

Ingeborg Rossow, Hilde Pape og Bergljot Baklien

Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer

SIRUS-Rapport nr. 5/2010
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2010

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS

Oslo 2010

ISBN 978-82-7171-349-2(trykt)

ISBN 978-82-7171-350-8 (PDF)

ISSN 1502-8178

SIRUS

Pb. 565 Sentrum

0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B

Telefon: 22 34 04 00

Fax: 22 34 04 01

E-post: sirus@sirus.no

www.sirus.no

Design og grafisk produksjon:

07 Gruppen 2010

www.07.no

Forord

I 2010 er det 50 år siden Statens institutt for alkoholforskning (SIFA) startet sin virksomhet. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), som er en direkte videreføring av SIFA, markerer dette med blant annet å utgi tre rapporter som presenterer sentrale tema innen instituttets virksomhet. Den foreliggende rapporten handler om tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. De andre handler om (1) misbruk og avhengighet av alkohol, narkotika og til dels spill og røyking, og (2) skader og problemer forbundet med bruk/misbruk av alkohol, narkotika og tobakk.

Vi vil takke våre kolleger Jostein Rise, som har gitt viktige bidrag underveis i arbeidet, og Sturla Nordlund og Øystein Skjælaaen som har gitt nyttige kommentarer og innspill under slutføringen av rapporten.

Oslo, september 2010

Ingeborg Rossow, Hilde Pape og Bergljot Baklien

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	9
2 Regulering av pris og tilgjengelighet	12
2.1 Regulering av alkoholpriser	12
2.1.1 Alkoholavgifter i Norge	12
2.1.2 Betydning av priser og avgifter for alkoholkonsum og alkoholrelaterte problemer	13
2.2 Regulering av alkoholens tilgjengelighet	16
2.2.1 Aldersgrenser	16
2.2.2 Regulering av antall salgs- og skjenkesteder	17
2.2.3 Regulering av salgs- og skjenketider	20
2.2.4 Statlig monopolordning	21
3 Informasjons- og holdningstiltak	24
3.1 Kampanjer	24
3.1.1 Hvilke effekter kan oppnås?	25
3.2 Tiltak i skolen	27
3.2.1 Ulike målsetninger	27
3.2.2 Variasjoner i innhold og formidlingsstrategier	28
3.2.3 Skolebasert rusforebygging i praksis	29
3.2.4 Hva viser effektforskningen?	30
3.2.5 Svakheter ved forskningen om effekter av skoletiltak	32
3.3 Informasjons- og holdningstiltak: Hvorfor så liten (eller ingen) atferdseffekt?	33
3.4 Regulering av reklame og markedsføring	35
4 Andre tiltak: i situasjoner eller overfor personer med forhøyet risiko	38
4.1 Tiltak mot promillekjøring	38
4.2 Tiltak i tilknytning til skjenkesteder	39
4.3 Kartlegging og tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten	41

5	Alt tatt i betraktning ...	42
5.1	Kontrollpolitikkenes negative konsekvenser.....	42
5.2	Kostnadseffektivitet	43
5.3	Alkoholpolitikk og opinionen.....	44
5.4	Kunnskapsgrunnlag og beslutninger	45
5.5	Alkoholpolitikkenes begrensninger	46
6	Noen veier videre.....	48
6.1	Norge – «best i klassen» – og hva så?.....	48
6.2	Uprøvde eller underutnyttete tiltak?	49
6.2.1	Håndhevelse av skjenkebestemmelsene	49
6.2.2	Kartlegging og tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten.....	53
6.3	Videre forskning	54
	Referanser	57
	English summary.....	69

Sammendrag

Alkoholrelaterte skader og problemer favner vidt og berører mange og ofte i alvorlig grad. Å begrense alkoholenes skadevirkninger er derfor en viktig oppgave. I denne rapporten rettes søkelyset mot de viktigste tiltakene på dette feltet i en norsk kontekst. På grunnlag av en stor internasjonal forskningslitteratur, og ut fra kunnskap om norsk alkoholpolitikk, forsøker vi å besvare følgende spørsmål: Hva vet vi om effekten av ulike tiltak for å begrense alkoholkonsum og relaterte skader og problemer i befolkningen? Har tiltakene effekt også for viktige undergrupper (ungdom) og for misbrukere? Hva er «bivirkningene» ved bruk av tiltakene? Og hvordan ser bildet ut i Norge når det gjelder bruk av virksomme tiltak i alkoholpolitikken? Har bruk av ulike virkemidler endret seg over tid, og hvilke virkemidler kan det være grunn til å satse mer – eller mindre – på i tiden framover?

Studier av informasjons- og holdningsskapende tiltak som mediekampanjer og skolebaserte tiltak viser i hovedsak ingen effekt på alkoholbruk eller relaterte problemer. Det er vist at tiltak for å begrense promillekjøring (promillegrense, promillekontroller og sanksjoner ved promillekjøring) kan minke omfanget av trafikkulykker. Videre framstår enkelte typer tiltak på skjenkesteder som lovende med hensyn til å motvirke overskjenking og alkoholrelatert vold. Det er også avdekket gode effekter av kartlegging og tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten med hensyn til å redusere alkoholkonsumet blant personer med et høyt og risikofyllt alkoholinntak.

Å regulere pris og tilgjengelighet til alkohol er vist å ha god effekt på så vel alkoholsalget som på alkoholrelaterte problemer og skader. Det vil si at høyere priser og mer begrenset tilgjengelighet følges av lavere etterspørsel og mindre problemomfang – både i befolkningen generelt, blant ungdom og blant dem som drikker svært mye. Norsk alkoholpolitikk omfatter mange effektive tiltak for å begrense omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer. Med et relativt høyt prisnivå, betydelige begrensninger på tilgjengelighet, betydelige restriksjoner på reklame og markedsføring, og restriktive tiltak for å begrense promillekjøring, er Norge blitt vurdert som 'best i klassen' på bruk av virksomme forebyggings tiltak. Potensialet for å styrke det forebyggende arbeidet i Norge ligger trolig på andre

områder enn å intensivere bruken av disse virkemidlene. To typer av tiltak synes særlig relevante i så måte; tiltak i tilknytning til skjenkesteder og kartlegging og tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten. Avslutningsvis pekes det også på noen videre viktige forskningsoppgaver på dette området.

1 Innledning

Alkohol er ikke bare en kilde til glede og velbehag, og en markør på festlig sosialt samvær, men også en viktig vare i økonomisk forstand. Samtidig har medaljen en grim bakside, som dreier seg om sorg og ubehag, skader og ulykker, sykdom, misbruk og sosiale problemer, samt tap av velferd og svekket produktivitet. I rike, industrialiserte land er alkohol, nest etter tobakk, den viktigste risikofaktoren for tap av friske leveår i befolkningen. Både fylla og langvarig misbruk bidrar til betydelige helseskader og sosiale problemer (se f.eks. Storvoll, Rossow, Moan, et al., 2010). De negative konsekvensene rammer ikke bare den som drikker, men kan også skape problemer for nære pårørende, for lokalmiljøet og for samfunnet som helhet. Å begrense alkoholens skadevirkninger er derfor en viktig oppgave. I denne rapporten vil vi rette søkelyset mot de viktigste tiltakene på dette feltet i en norsk kontekst.

På grunnlag av forskningsbasert kunnskap fra en stor internasjonal forskningslitteratur, men også ut fra kunnskap om norsk alkoholpolitikk, forsøker vi å besvare følgende spørsmål: Hva vet vi om effekten av ulike tiltak for å begrense alkoholkonsum og relaterte skader og problemer? Har tiltakene effekt også for særlig sårbare grupper som ungdom og misbrukere? Hva er «bivirkningene» ved bruk av tiltakene? Og hvordan ser bildet ut i Norge når det gjelder bruk av virksomme tiltak i alkoholpolitikken? Har bruk av ulike virkemidler endret seg over tid, og hvilke virkemidler kan det være grunn til å satse mer – eller mindre – på i tiden framover?

Denne gjennomgangen av en omfattende forskningslitteratur er nødvendigvis summarisk og den er også – rimeligvis – preget av forfatterens kompetanse og interesser på dette området. Hovedvekten ligger på effektevaluering. Annen viktig og relevant kunnskap fra evalueringsforskning er i vesentlig mindre grad dekket. Dette gjelder blant annet kunnskap om hvorfor bestemte tiltak blir – eller ikke blir iverksatt og hvordan de opprettholdes.

Den alkoholpolitiske «verktøykassen» er rikholdig. En internasjonal forskergruppe har nylig gjennomgått 42 ulike typer av alkoholpolitiske virkemidler med hensyn til

effekt på konsum og/eller skader og problemer (Babor, et al., 2010). For mange av disse virkemidlene finnes det igjen ulike spesifikke programmer, eller behandlingsformer. Virkemidlene er inndelt i 7 hovedgrupper eller strategier; prisregulering, tilgjengelighetsregulering, endring av drikkekontekst, tiltak mot promillekjøring, begrensning av markedsføring, informasjon og overtalelse, samt behandling og tidlig intervensjon. Disse strategiene favner ulike målsettinger og har ulike målgrupper. Noen er universelle virkemidler rettet mot hele befolkningen/alle konsumentene (som f.eks. prisregulering). Andre er selektive rettet mot personer/grupper med forhøyet risiko for skader/problemer (som f.eks. screening og kortvarig intervensjon) eller anvendes i situasjoner med forhøyet risiko for skader/problemer (som f.eks. tiltak mot promillekjøring), mens noen tiltak er indikative (som f.eks. behandling). Vi har i denne rapporten lagt hovedfokus på de tiltakene som berører relativt mange, det vil si de universelle og selektive tiltakene. Det finnes også en stor forskningslitteratur på behandling av alkoholproblemer som ikke er omfattet av denne rapporten, men som er oppsummert i tidligere gjennomganger (Babor, et al., 2010; NOU 2003: 4; Room, Babor, & Rehm, 2005).

I denne rapporten har vi samlet virkemidlene innenfor tre hovedgrupperinger; – regulering av pris og tilgjengelighet, -informasjons- og holdningsskapende tiltak, og – andre tiltak (i situasjoner eller overfor personer med forhøyet risiko). Dette henger til dels sammen med teoretiske forståelser av hvordan virkemidlene kan påvirke atferd (dvs. etterspørsel og konsum) som kan danne et forklaringsgrunnlag for hvorfor noen typer av virkemidler synes å være mer effektive enn andre med hensyn til atferdspåvirkning.

Noen virkemidler har en godt dokumentert effekt på alkoholforbruk og alkoholrelaterte problemer, noen virkemidler har man undersøkt godt uten å finne noen (eller noen særlig) effekt på atferd eller problemer, og mange virkemidler vet man ikke så mye om når det gjelder slike effekter. Sammenholder man kunnskapen om effekt av ulike virkemidler og hvilke virkemidler som iverksettes, ser man mange eksempler på at realpolitikken ikke speiler hva man kunne ha forventet ut fra kunnskapen om effekt av virkemidlene. Det gjelder både effektive tiltak som i liten eller begrenset grad blir iverksatt, og tiltak som iverksettes i stor skala til tross for at det ikke er dokumentert effekt av dem. Til sistnevnte kategori tiltak hører skoletiltakene. Det er etter vår erfaring overraskende for mange at skoletiltakene i liten grad virker etter intensjonene, og ettersom det også finnes en stor forskningslitteratur på dette temaet, har vi derfor valgt å fordype oss noe mer på akkurat dette virkemiddelet.

Det er mange forhold som påvirker alkoholkonsumet og omfanget av alkoholrelaterte problemer, – ikke bare de alkoholpolitiske virkemidlene. Det er også flere forhold som er av betydning for iverksetting av ulike virkemidler, – ikke bare den forventete effekten på alkoholforbruk og alkoholproblemer. Avslutningsvis peker vi på noen områder som det kan synes særlig viktig å styrke innsatsen på i årene framover, både med hensyn til tiltak og videre forskning.

2 Regulering av pris og tilgjengelighet

Ifølge standard økonomisk teori bestemmes etterspørselen (eller konsumet) av en vare av prisen på varen, prisen på andre (alternative) varer, individets samlede budsjett, tilgjengeligheten av varen, markedsføringen av varen, samt andre forhold (Alver, 2004). Dette betyr at vi for alle varer forventer at når prisen går opp, går etterspørselen ned og *vice versa*, gitt at de andre forholdene som har betydning for etterspørselen ikke er endret. Tilsvarende forventer vi at når tilgjengeligheten til en vare går opp, går også etterspørselen opp, og *vice versa* (gitt samme forutsetninger som over). Dette er ikke bare teoretiske antakelser, det er omfattende empirisk støtte for at det er en klar sammenheng mellom prisen på en vare og etterspørselen av varen og tilsvarende for sammenhengen mellom tilgjengeligheten til, og etterspørselen av en vare, og at dette har en generell gyldighet for ulike varer. Dette betyr at regulering av pris og tilgjengelighet gjennom politiske virkemidler kan være effektivt for å endre etterspørselen av en vare i en ønsket retning.

Når det gjelder avhengighetsskapende varer, som tobakk, alkohol og heroin, er det imidlertid mange som tror at avhengige brukere ikke responderer på slike reguleringer av pris og tilgjengelighet, og at de skaffer seg varen (nesten) uansett pris og tilgjengelighetskostnader. Det er derfor av særlig interesse å belyse betydningen av pris- og tilgjengelighetsreguleringer av avhengighetsskapende varer, både med hensyn til den samlede etterspørselen etter varen, og med hensyn til etterspørselen blant de som er avhengige eller har et særlig høyt konsum.

2.1 Regulering av alkoholpriser

2.1.1 Alkoholavgifter i Norge

Det er flere tiltak som kan bidra til å regulere prisene på alkohol. I Norge er det i første rekke særavgiftene som regulerer alkoholprisene. I tillegg gir alkoholloven forbud mot rabattsalg. Avgiftene på alkohol er høye i Norge sammenliknet med

andre europeiske land (Österberg & Karlsson, 2002). Særavgiftene er ca. 4 kroner per cl ren alkohol for øl og vin og ca. 6 kroner per cl ren alkohol for brennevin. I løpet av de siste 10 årene har det ikke skjedd store endringer i disse avgiftene. Avgiftene for øl i klasse d (middels sterkt øl, som utgjør det aller meste av ølkonsumet i Norge) har økt med 10 %, og avgiftene på vin har økt med 11 %¹. Avgiftene på brennevin ble redusert med 15 % i 2002 og med ytterligere 9 % året etter, mens mindre avgiftsøkninger igjen i 2008 og 2009 innebærer at særavgiftene på brennevin nå ligger 12 % lavere enn i 1999 (Edland-Gryt, 2009). Med reduserte avgifter og priser på brennevin i 2002 og 2003 fulgte også en økning i brennevinsomsetningen på hhv. 12 og 10 %, hvilket er høyere enn de etterfølgende små årlige økningene i omsetningen. Hetvinssalget utgjør en svært liten del av den totale alkoholomsetningen i Norge. Det har i hovedsak vært gradvis synkende over mange år, men fra 1999 til 2000 økte salget med 9 %, parallelt med at avgiftene ble satt ned.

I forhold til konsumprisindeksen (som gir et uttrykk for det generelle prisnivået på varer og tjenester) har prisene på alkoholholdige varer i Norge sunket noe i løpet av de siste ti årene². Det vil si, sammenliknet med andre varer (og tjenester) er alkohol blitt noe billigere i denne perioden. Samtidig har lønnsnivået i Norge steget betraktelig i denne perioden, og følgelig også kjøpekraften. Det betyr at i forhold til hvor mye vi tjener, er alkohol blitt betydelig billigere i løpet av de siste ti årene³. Dette gjenspeiles også i tallene for husholdningenes utgifter til alkohol. Selv om det registrerte alkoholkonsumet har steget med nesten 50 % siden 1993, utgjør alkoholforbruket en lavere andel av husholdningenes utgifter nå enn for 15 år siden (SSB, 2010).

2.1.2 Betydning av priser og avgifter for alkoholkonsum og alkoholrelaterte problemer

Flere norske studier har avdekket en klar negativ sammenheng mellom alkoholpriser og alkoholsalg (Alver, 2004; ECON, 1998; Horverak, 1977; Strand, 1993). Det vil si at en høyere pris er forbundet med lavere salg, og omvendt: med lavere pris blir salget høyere. Dette er i tråd med hva man har funnet i en rekke

¹ Fram til og med 1999 var det vesentlig høyere avgifter på hetvin enn på bordvin, men avgiftene på hetvin ble satt ned med nesten 50 % og dermed harmonisert med avgiftene for bordvin fra og med år 2000.

² Fra 1998 til 2008 (da man har satt forholdet mellom pris på alkohol og konsumprisindeksen til 100) har prisen på brennevin sunket til 80, prisen på hetvin sunket til 88, prisen på bordvin sunket til 96 og prisen på øl sunket til 90.

³ Tar vi utgangspunkt i forholdstall mellom alkoholpriser og lønnsnivå som er satt til 100 i 1998, er dette forholdstallet vesentlig lavere i 2008; nemlig 62 for brennevin, 68 for hetvin, 74 for bordvin og 69 for øl (Edland-Gryt, 2009).

andre studier fra ulike land. En nylig publisert oversiktsstudie presenterte resultater fra 112 publiserte studier om sammenhengen mellom pris og alkoholsalg og viste at disse studiene entydig fant en negativ sammenheng mellom pris og salg. Med andre ord: dersom alkoholprisen går opp, vil salget gå ned, og når prisen går ned, vil salget gå opp (Wagenaar, Salois, & Komro, 2009). Tilsvarende sammenhenger er også blitt avdekket i studier av andre avhengighetsskapende varer, herunder tobakk og heroin (Grossman, 2005).

Det er godt dokumentert at det er en sammenheng mellom hvor stort alkoholkonsumet i befolkningen er og hvor omfattende de alkoholrelaterte problemene er (Babor, et al., 2010). Når vi så ser at alkoholprisene har betydning for etterspørselen av alkohol, ville vi derfor forvente en sammenheng mellom alkoholpriser og omfang av alkoholrelaterte problemer. En rekke studier finner også nettopp en slik sammenheng (Chaloupka, Grossman, & Saffer, 2002; Wagenaar, et al., 2009). Nærmere bestemt har de vist at en økning i alkoholprisene er forbundet med en nedgang i bl.a. promillekjøring og trafikkulykker, skrumpleverdødelighet, selvmord og volds- og vinningskriminalitet.

Det er altså grunnlag for å anta at tiltak som fører til høye priser kan være effektivt for å forebygge alkoholproblemer. Det vanligst brukte alkoholpolitiske virkemiddelet for å påvirke alkoholprisene er alkoholavgifter. Man antar generelt at en avgiftsøkning innebærer en tilsvarende eller større økning i prisen til forbruker, selv om det er relativt få studier som ligger til grunn for en slik antakelse (Wagenaar, et al., 2009). Bruken av avgifter er det prisregulerende virkemiddelet som er mest undersøkt.

Hva viser så studier av endringer i alkoholavgifter med hensyn til effekter på alkoholsalg og på alkoholrelaterte problemer? Blant de mest slående eksemplene på betydningen av avgiftsendring er økningen i avgiften på brennevin i Danmark i 1917 som innebar at utsalgsprisen ble omtrent ti ganger så høy. Med dette fulgte en dramatisk reduksjon i brennevinssalget i Danmark; fra 4,3 liter per innbygger i 1916 til 0,2 liter per innbygger i 1918 og en nedgang i den samlede alkoholomsetningen på 77 %. Parallelt med avgiftsøkningen og salgsnedgangen så man også en betydelig nedgang i omfanget av problemer knyttet til alkoholbruk, som alkoholrelatert dødelighet og sykelighet og arrestasjoner for offentlig beruselse (Thorsen, 1990).

Nyere studier av avgiftsendringer har vært knyttet til avgiftsnedsettelse. I Sveits ble avgiftene på importert brennevin redusert i 1999 og utsalgsprisene på dette gikk da

ned med 30–50 %, mens avgifter og priser på annen alkohol forble uendret. I kjølvannet av denne avgiftsendringen så man en betydelig økning både i brennevinssalget og i omfanget av alkoholproblemer (Mohler-Kuo, Rehm, Heeb, & Gmel, 2004). Høsten 2003 ble brennevinavgiftene i Danmark redusert med 45 % for å motvirke turistimport fra andre EU-land, hvilket innebar en reduksjon i utsalgsprisene på om lag 25 % på de rimeligste typene brennevin. Salget av brennevin i Danmark økte betydelig etter avgiftsnedsettelsen; omsetningen siste kvartal 2003 var 41 % høyere enn i tilsvarende periode året tidligere. Samtidig var det en jevn nedgang i ølsalget i Danmark, og det samlede alkoholsalget fortsatte også den nedadgående trenden som hadde startet på slutten av 1990-tallet. Data fra spørreundersøkelser i befolkningen viste ikke noen endringer i selvrapportert alkoholkonsum eller alkoholrelaterte problemer etter avgiftsreduksjonen. Derimot viste data fra akuttmottakene i Danmark at det var en signifikant økning i omfanget av akutt alkoholforgiftning blant ungdom i tilknytning til avgiftsnedsettelsen på brennevin (Bloomfield, Rossow, & Norström, 2009).

I 2004 ble alkoholavgiftene også satt ned i Finland. Bakgrunnen var også her at man ønsket å motvirke turistimport fra andre EU-land, i første rekke Estland. Avgiftsreduksjonen i Finland var størst for brennevin (44 %), noe mindre for øl (32 %) og minst for vin (10 %), og utsalgsprisene gikk ned med rundt 30 % for brennevin, 13 % for øl og 3 % for vin. Alkoholsalget økte i 2004 med 17 % for brennevin og 5 % for øl, mens vinsalget ikke ble påvirket. I alt økte alkoholsalget i Finland med 7 % i 2004. Man fant også en klar økning i omfanget av alkoholrelaterte dødsfall, alkoholrelaterte sykdommer og alkoholforgiftning, arrestasjoner for offentlig beruselse og promillekjøring i tiden etter endringene i 2004. Parallelt med avgiftsreduksjonen og det økte alkoholsalget i Finland skjedde det også en viss økning i det uregistrerte alkoholkonsumet som følge av turistimport fra Estland (som ble medlem av EU i mai 2004). Økningene i omfanget av de alkoholrelaterte problemene kan altså ikke bare tilskrives avgiftsnedsettelsen, men også den økte grensehandelen med alkohol (Mäkelä & Österberg, 2009).

Det er verdt å merke seg at særlig sårbare grupper som ungdom og alkoholavhengige også responderer på prisendringer og drikker mindre når prisene går opp, og vice versa (Cook & Moore, 2002). De nevnte studiene av avgiftsendringer har til dels vist relativt større endringer i skader og problemer som er forbundet med alkoholmisbruk enn i alkoholkonsumet. Dette tilsier at oppfatningen om at alkoholprisene ikke påvirker konsumet hos misbrukere er feilaktig, og indikerer snarere tvert om at bruk av alkoholavgifter også kan være et viktig virkemiddel for å nå alkoholmisbrukere.

I tillegg til bruk av avgifter kan myndighetene også regulere alkoholprisene gjennom andre virkemidler som for eksempel fastsettelse av minimumspriser og begrensning av rabatt- og tilbudsordninger. I den norske alkoholloven er det gitt forbud mot å selge alkohol med rabatt. Den internasjonale forskningslitteraturen omfatter få studier som har belyst effekten av dette, og studiene er av svak kvalitet (Babor, et al., 2010). Ett eksempel er en amerikansk studie som viste at beruselsesdriking blant collestudenter forekom i større grad der det var spesialtilbud og kvantumsrabatt på alkohol (Kuo, Wechsler, Greenberg, & Lee, 2003).

2.2 Regulering av alkoholens tilgjengelighet

Det finnes en rekke virkemidler som bidrar til å begrense tilgjengeligheten til alkohol. Her i Norge er de viktigste tilgjengelighetsbegrensende virkemidlene aldersgrense for kjøp, begrensninger i salgs- og skjenketider og begrensninger i antall salgs- og skjenkesteder. Vinmonopolordningen hører også til her, og innebærer både en betydelig begrensning i antall salgssteder samt en viss begrensning i salgstider. Vi vil i det følgende beskrive de viktigste tilgjengelighetsregulerende tiltakene i Norge og kort oppsummere hva forskningslitteraturen viser med hensyn til effekt av disse tiltakene på alkoholkonsum og alkoholrelaterte problemer.

2.2.1 Aldersgrenser

I Norge er aldersgrensen 18 år for å få kjøpt øl, vin og rusbrus, og 20 år for kjøp av brennevin. Sammenliknet med sør- og mellomeuropeiske land er aldersgrensen her til lands høy, men den tilsvarer (omtrent) aldersgrensen i flere andre nordiske land og er lavere enn i USA. Flere studier har vist at mindreårig ungdom likevel får kjøpt alkohol både i butikker, på skjenkesteder og på Vinmonopolet (Buvik & Baklien, 2006; Rossow, Pape, & Storvoll, 2005). Man kan derfor undres på om det å ha en nedre aldersgrense egentlig har noen særlig betydning for alkoholkonsumet og omfanget av alkoholrelaterte problemer blant ungdom.

Mye av forskningslitteraturen på effekt av aldersgrenser er fra USA. På 1970-tallet senket mange amerikanske delstater aldersgrensen for kjøp av alkohol, for så å heve den igjen på 1980-tallet. I 1988 var det innført 21 års aldersgrense i alle delstatene. Hvilken betydning – om noen – har slike endringer for alkoholkonsumet blant de unge? En rekke undersøkelser har søkt å finne svar på dette spørsmålet. En oversiktsartikkel som favnet alle disse studiene i perioden 1960–2000 (i alt 241 studier), viste at nær halvparten av dem ikke fant noen effekt av at aldersgrensene

forandret seg (Wagenaar & Toomey, 2002). De øvrige studiene derimot, avdekket at når aldersgrensen gikk ned, gikk alkoholkonsumet blant ungdom opp, og omvendt; – når aldersgrensen gikk opp, gikk alkoholkonsumet ned. Det er også gjort en rekke liknende studier av endringer i aldersgrensen, men med promillekjøring og trafikkulykker blant ungdom som utfallsmål. Majoriteten av disse studiene fant et tilsvarende mønster, nemlig at når aldersgrensen går opp, så går problemomfanget ned, og vice versa (Wagenaar & Toomey, 2002).

I Danmark ble aldersgrense for kjøp av alkohol i butikk fjernet i 1970 og så innført igjen i 1998. Bakgrunnen for at man da innførte 15 års aldersgrense var dels en bekymring for ungdoms bruk av rusbrus (alcopops), og dels at den første ESPAD-undersøkelsen⁴ viste at danske ungdommer lå på europatoppen i alkoholkonsum (Møller, 2002). Spørreundersøkelser blant 11–17-åringer viste at alkoholkonsum og alkoholberuselse gikk noe ned etter at aldersgrensen ble innført, først og fremst blant ungdom under 15 år, men også blant de over (Møller, 2002). Funnene ble fortolket dit hen at innføringen av aldersgrense hadde en effekt på alkoholkonsum blant mindreårig ungdom og at den offentlige debatten knyttet til innføringen av aldersgrense trolig også bevirket mer restriktive holdninger blant foreldre og derigjennom påvirket konsumet blant ungdom over 15 år (Møller, 2002). Det er åpenbart at betydningen av aldersgrense er avhengig av hvordan, og i hvilken grad denne håndheves. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 5.

2.2.2 Regulering av antall salgs- og skjenkesteder

For å kunne selge alkohol i Norge kreves det en salgs- eller skjenkebevilling. Det er kommunene som gir slike bevillinger for salg av øl og rusbrus i butikk⁵ og for skjenking av alkohol i restauranter, på barer, etc. Det er også kommunene som gir bevilling for vinmonopolutsalg. Dette betyr at kommunene har anledning til å endre tilgjengeligheten av alkohol gjennom å innskrenke eller utvide antall salgs- og skjenkesteder. Alle norske kommuner har nå salg av alkohol, men de fleste kommunene har kun salg av øl og rusbrus i butikk. I 199 kommuner er det

⁴ European School Project on Alcohol and Drugs; en stor sammenliknende undersøkelse av alkohol-, tobakk- og narkotikabruk blant 15-16-åringer i over 30 europeiske land

⁵ Fra og med 1993 ble sterkøl kun tillatt solgt på Vinmonopolet, og fra 2003 ble rusbrus (alcopops) tillatt solgt i dagligvarebutikker.

vinmonopolutsalg⁶, og så godt som alle kommuner⁷ har ett eller flere skjenkesteder (Skjælaaen, 2009). Et fåtall kommuner har satt tak på antall salgs- og skjenkebevillinger, og det var i 2008 nesten ingen kommuner som hadde avslått søknader om salgsbevilling, mens det var noen flere kommuner som hadde avslått søknader om skjenkebevilling (Skjælaaen, 2009)⁸.

Over tid er kommunenes regulering av antall salgs- og skjenkesteder hovedsakelig gått i en mer liberal retning. Antall kommuner som ikke har noen salgssteder og antall kommuner uten skjenkebevilling har gått betydelig ned de siste 30 årene⁹. Antall skjenkesteder i Norge er nesten tredoblet i perioden fra 1980 til 2008¹⁰. I denne perioden har det også skjedd en dreining mot at en stadig økende andel av skjenkestedene har skjenkerett for alle drikkesorter¹¹. Det totale antall salgssteder for øl (og rusbrus) økte noe på 1980-tallet, men har hatt en svak nedgang siden tidlig på 1990-tallet¹² (Edland-Gryt, 2009), hvilket trolig reflekterer endringene i struktur og antall butikker i dagligvarehandelen. Antallet vinmonopolutsalg er nesten tredoblet fra 1980 til 2008¹³ (Edland-Gryt, 2009). Siden 1995 har det vært et synkende antall kommuner som har satt tak på antall salgs- og skjenkebevillinger, og det har på 2000-tallet vært et synkende antall kommuner som har avslått søknader om salgsbevilling. Antall kommuner som har avslått søknader om skjenkebevilling har variert i denne perioden (Skjælaaen, 2009).

Flere norske studier har belyst hvilken betydning en endring i antall salgs- eller skjenkesteder har for alkoholkonsumet og/eller omfanget av alkoholrelaterte problemer. Noen av disse har belyst mulige effekter av opprettelse av vinmonopolutsalg i en kommune. I en fersk studie brukte Nordlund (2010) data fra spørreundersøkelser i 1999 og 2004 til å beregne hvorvidt det å ha fått et

⁶ 85 % av landets befolkning bor i disse 199 kommunene. Ytterligere 112 kommuner ønsker å få vinmonopolutsalg (Vinmonopolet, 2010)

⁷ 425 av 430 kommuner. De fem kommunene som ikke har skjenkebevilling er alle små kommuner. Det er uvisst om manglende skjenkebevilling i disse kommunene er resultat av alkoholpolitiske beslutninger eller om det ikke har vært noen søknader om skjenkebevilling (Skjælaaen, 2009).

⁸ Avslag på søknader om salgs- og skjenkebevillinger har ulike typer begrunnelser, ofte kan det være manglende oppfyllelse av krav om økonomisk vandel eller lokalpolitiske hensyn, og i en del tilfelle kan det være klanderverdige forhold i forhold til alkohollovgivningen (Skjælaaen, 2009).

⁹ Antall kommuner uten salgssted har gått ned fra 213 i 1980 til 0 i 2003 og etterfølgende år. Antall kommuner uten skjenkebevilling er gått ned fra 111 til 6 i samme periode (Skjælaaen, 2009).

¹⁰ Fra 2439 til 7230

¹¹ I 1980 hadde tre av fire skjenkesteder kun rett til å servere øl og vin, mens i 2008 hadde mer enn 80 % av skjenkestedene rett til også å skjenke brennevin.

¹² Fra ca 5000 til ca 4500

¹³ Fra 87 i 1980 til 239 i 2008

vinmonopol i sin kommune i femårsperioden mellom undersøkelsene, innebar en økning i alkoholkonsumet. Han fant imidlertid at konsumøkningen skjedde i kommuner som allerede hadde et vinmonopolutsalg i 1999, og at det i kommuner som fikk vinmonopolutsalg i perioden, skjedde en dreining i brennevinskonsumet fra hjemmebrent til polvare (Nordlund, 2010). Også tidligere studier av effekter av åpning av vinmonopolutsalg har vist omtrent tilsvarende resultater; det vil si at det ikke har vært noen vesentlig endring i det totale alkoholkonsumet, men en dreining fra hjemmeprodusert vin og brennevin til polvarer (Hauge & Amundsen, 1994).

Det er vanskelig å si hvorfor disse norske studiene ikke viser noen effekt av økt tilgjengelighet. Som vi skal se, står dette i motsetning til hva den internasjonale forskningslitteraturen i all hovedsak viser. Nordlund (2010) peker på flere metode-svakheter som kan ha hatt betydning for funnene. Det kan også være grunn til å se nærmere på andre mulige forklaringer på denne motsetningen. Selv om man ikke har sett noen økning i det totale alkoholkonsumet som følge av åpning av ett vinmonopolutsalg, kunne man likevel tenke seg at den betydelige økningen i antall vinmonopolutsalg over tid kunne ha betydning for alkoholkonsumet.

Parallelt med økningen i antall vinmonopolutsalg, og dermed i tilgjengelighet av vin og brennevin, er vinsalget mer enn fordoblet fra 1993 til 2009, mens brennevinssalget har økt med vel 30 % i denne perioden. Samtidig har det vært en viss nedgang i det uregistrerte alkoholkonsumet, men nedgangen har vært mindre enn salgsøkningen, slik at det totale alkoholkonsumet (når vi regner inn både salg og uregistrert konsum) har økt med om lag 25 % (Rossow, under trykking). Hvorvidt, eller i hvilken grad denne konsumøkningen kan tilskrives den økte tilgjengeligheten, er uvisst. Det er flere andre forhold som trolig har hatt betydning for økningen i alkoholsalget og alkoholkonsumet. For det første har, som nevnt, prisene på alkohol i forhold til kjøpekraften gått betydelig ned i denne perioden, og dette kan være den viktigste forklaringen på den betydelige salgsøkningen.

Når det gjelder skjenkesteder, har altså antallet økt betydelig i løpet av de siste tre tiårene. Hvilken betydning denne økningen har hatt for alkoholkonsum og omfang av alkoholrelaterte skader og problemer, har vi ganske begrenset kunnskap om. Andelen av det totale alkoholsalget som er skjenket, har trolig ligget på omkring 15 % over lengre tid, hvilket skulle tilsi at det i perioden med økt antall skjenkesteder også har skjedd en betydelig økning i skjenket volum av alkohol. Ettersom skjenkesteder er forbundet med økt voldsrisiko, kunne man tenke seg at en økning i antall skjenkesteder var forbundet med økt voldsomfang. I tråd med en slik

antakelse fant Norström i en studie av endringer i antall skjenkesteder i Norge, at en økning med ett skjenkested per 10 000 innbyggere ga en forventet økning i voldskriminaliteten på ca. 6 % (Norström, 2000).

En omfattende internasjonal forskningslitteratur viser også en sammenheng mellom hvor mange salgs- eller skjenkesteder det er, og omfanget av ulike typer alkoholrelaterte problemer (som f.eks. vold og trafikkulykker) (Anderson & Baumberg, 2006). Det finnes flere eksempler på hvordan vesentlige endringer i antall salgs- eller skjenkesteder har påvirket alkoholkonsumet og omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer. En svært dramatisk endring i tilgjengeligheten av alkohol skjedde i Finland i 1969 da øl ble tillatt solgt i dagligvarebutikker og antallet utsalgssteder for alkohol økte fra vel 100 til over 17 000. I tillegg økte også antallet skjenkesteder fra snaut 1000 til over 4000. Bare på ett år – fra 1968 til 1969 – økte alkoholkonsumet i Finland med 46 %, og i de neste årene så man at omfanget av alvorlige alkoholproblemer økte relativt mer enn totalkonsumet. Antall dødsfall på grunn av skrump-lever økte med 50 %, og innleggelser i sykehus med alkoholsykoser ble mer enn fordoblet (Mäkelä, Rossow, & Tryggvesson, 2002).

Effekten av den økte tilgjengeligheten av alkohol syntes å føre til en relativt større økning i konsumet blant dem som i utgangspunktet drakk svært mye. Det er flere forhold som understøtter dette; for det første var det en betydelig økning i sykелighet og dødelighet med diagnoser som man særlig ser blant alkoholmisbrukere. Dessuten viste oppfølgingsundersøkelser av utvalg fra den generelle befolkningen at de som drakk mest før tilgjengelighetsendringen, også økte konsumet sitt mer enn andre alkoholkonsumenter.

2.2.3 Regulering av salgs- og skjenketider

Alkoholloven har angitt «normaltider» og «maksimaltider» for salg og skjenking av alkohol¹⁴, og den enkelte kommune kan vedta salgs- og skjenketider som er mer begrenset eller utvidet i forhold til normaltidene, så lenge de er innenfor maksimaltidene (Skjælaaen, 2009). Etter endringen i alkoholloven i 1997, som anga normaltider og maksimaltider for salg og skjenking, har en stadig økende andel av kommunene utvidet salgs- og skjenketidene utover normaltiden. Samtidig er det en liten og minkende andel av norske kommuner som har strammet inn salgs- og skjenketidene i forhold til normaltiden (Skjælaaen, 2009). Imidlertid har vi

¹⁴ Normaltiden for salg er kl 08-18 på hverdager og kl 08-15 på dager før søn- og helligdager, mens maksimaltiden for salg er til hhv. kl 20 og kl 18. Normaltiden for skjenking av brennevin er kl 13-24 alle ukedager, mens maksimaltiden er til kl 03. Normaltiden for øl og vin er kl 08-01 alle dager, mens maksimaltiden er til kl 03.

foreløpig bare informasjon om hvorvidt salgs- og skjenketidene er innskrenket eller utvidet i forhold til normaltiden. Det kan derfor ha skjedd innstramminger i politikken uten at vi så langt kan tallfeste det, og dette er en klar begrensning i de tilgjengelige dataene vi har på kommunenes regulering av salgs- og skjenketider. Eksempelvis har en del kommuner innskrenket skjenketiden (f.eks. fra 03.00 til 02.00), men de blir likevel kategorisert som kommuner med utvidet skjenketid.

Vold og nattebråk forekommer på, og like utenfor mange skjenkesteder i de små timer, og et spørsmål mange stiller, er om en innskrenking av skjenketidene med f. eks. en halv eller en time vil ha en positiv effekt på omfanget av vold, fyll og uro. Avisoppslag fra flere kommuner hvor det har vært innstramminger i skjenketiden (med f.eks. en halv eller en time), har vist til ulike tendenser i endringer i omfang av vold og nattebråk. Hittil har det ikke i Norge vært gjort vitenskapelige studier som har undersøkt ulike mulige konsekvenser av endringer i skjenketider (og salgstider). En viktig forskningsmessig utfordring vil være å belyse mer systematisk hvorvidt slike mindre endringer i skjenketiden har betydning for voldsomfang og ordensforstyrrelser. I skrivende stund har Regjeringen lagt fram et forslag om å stramme inn maksimaltiden for skjenking fra kl. 03.00 til 02.00. Dersom forslaget gjennomføres, vil det bli viktig å evaluere.

En nylig gjennomgang av den internasjonale forskningslitteraturen på dette feltet omfattet i alt 49 studier, hvorav 14 studier av god vitenskapelig kvalitet (Stockwell & Chikritzhs, 2009). De fleste av disse viste at utvidete skjenketider følges av en økning i problemomfanget, f.eks. mht. vold, trafikkulykker og alkoholforgiftning, mens en reduksjon i skjenketidene følges av en reduksjon i problemomfanget. Flertallet av studiene belyste betydningen av en økning i skjenketiden, og få studier har belyst betydningen av en liten endring i skjenketiden. Forfatterne (Stockwell & Chikritzhs, 2009) oppsummerte gjennomgangen med at en økning i skjenketidene i de fleste tilfeller vil føre til en økning i alkoholbruken og i relaterte problemer som vold. Tilsvarende konklusjoner er også trukket i andre litteraturgjennomganger av betydning av salgs- og skjenketider for konsum og relaterte problemer (Anderson & Baumberg, 2006; Babor, et al., 2010).

2.2.4 Statlig monopolordning

Den statlige monopolordningen for detaljsalg av vin og brennevin (og andre alkoholdrikker over 4,75 volumprosent) innebærer først og fremst en betydelig begrensning i antallet salgsteder. Nå i 2010 er det 242 vinmonopolbutikker i Norge, mens det er vel 4200 butikker med bevilling til å selge øl. I tillegg har vin-

monopolbutikkene noe kortere åpningstider enn salgstidene for øl i dagligvarebutikkene. Man antar også at fraværet av privatøkonomisk motiv har betydning for vinmonopolbutikkens håndtering av aldersgrenser og salg til berusede personer. En studie fra Finland og Norge viste at 18-åringer som så unge ut for alderen, oftere ble nektet å kjøpe alkohol i vinmonopolbutikkene enn i dagligvarebutikkene (Rossow, Karlsson, & Raitasalo, 2008).

Innenfor den norske statlige monopolordningen har det skjedd endringer i løpet av de siste par tiårene som har siktet mot å øke Vinmonopolets popularitet og legitimitet, og som har medført økt tilgjengelighet. På slutten av 1980-tallet startet en policy-endring som omfattet en rekke forbrukervennlige tiltak; en økning i produktutvalget, en økning i antall utsalg, internettsalg og selvbetjening i butikkene. Overgangen fra salg over disk til selvbetjening startet i 1998, og i de påfølgende 8 årene fikk nesten samtlige utsalg selvbetjening (Horverak, 2008). Innføringen av selvbetjening i de første butikkene ble lagt opp slik at det var mulig å evaluere ordningen forskningsmessig på en god måte. Funnene fra denne evalueringen skulle danne grunnlag for videre beslutninger om innføring av selvbetjening. Horverak (2008) fant at selvbetjeningen innebar en netto salgsøkning på ca. 10 %, ganske tilsvarende det Skog (2000) fant ved evalueringen av selvbetjening i svenske monopolutsalg.

Selv om evalueringen av selvbetjening viste en økning i alkoholforbruket, fortsatte omleggingen til selvbetjening. En annen viktig endring innenfor monopolordningen som trolig har betydning for alkoholtilgjengeligheten, er bag-in-box-salget av vin. I 1988 ble vin i såkalte «bag-in-box» (pappkartonger, oftest inneholdende tre liter) introdusert på Vinmonopolet. Dette ble raskt populært, og salget av vin på slike kartonger har i de etterfølgende årene ikke bare økt i volum, men utgjør også en stadig økende andel av det totale vinsalget. I 2009 utgjorde vin på kartong 55 % av all vin som ble solgt i Norge (Nordahl, pers. komm., 2010). Den betydelige økningen i vinsalget i løpet av de siste to tiårene har i hovedsak skjedd i form av vin på kartong.

En utbredt misforståelse er at vinmonopolordningen fører til høyere priser på alkohol. En studie av priser og avgifter på alkohol i de nordiske land viste at når man trakk fra avgiftene på alkohol, var prisene på vin og brennevin de samme eller lavere i Finland, Island, Norge og Sverige – som har monopol – enn i Danmark, som ikke har det (Horverak & Österberg, 2002). Forfatterne konkluderte med at de nordiske detaljmonopolene ikke synes å være kostnadsdrivende i forhold til det danske markedet, men at det snarere kan være grunn til å hevde at detaljmonopolene

i seg selv bidrar til å senke prisene på alkohol. Studien viste med andre ord at det var avgiftene og ikke monopolordningen som førte til høyere alkoholpriser i eksempelvis Norge sammenliknet med Danmark. Da grossistmonopolet i Norge ble opphevet i 1996, var en mulig konsekvens at konkurransen mellom mange aktører i grossistleddet ville føre til lavere priser. Dette syntes imidlertid ikke å være tilfelle, i hvert fall det første året etter opphevingen av grossistmonopolet (Lund, 1997).

En oppsummering av den internasjonale forskningslitteraturen om effekten av en statlig monopolordning for omsetning av alkohol, viste at de fleste studier (i all hovedsak fra USA og Canada) har funnet en effekt av en slik monopolordning. Studiene viser at en oppheving av monopolordningen er forbundet med en økning i alkoholkonsumet i befolkningen og en økning i omfanget av alkoholrelaterte problemer (Her, Giesbrecht, Room, & Rehm, 1999). En gruppe forskere har beregnet hva som ville være en forventet effekt på alkoholkonsumet og omfanget av alkoholrelaterte problemer dersom man opphevet monopolordningen i de nordiske landene (Holder, et al., 1995). For Norges del fant de at en oppheving av vinmonopolordningen kunne forventes å gi en 50 % økning i vinkonsumet og en 15 % økning i brennevinskonsumet, og en økning i det totale alkoholkonsumet på omkring 13 %. Nyere beregninger av potensielle konsekvenser av oppheving av det svenske monopolet, har vist at dersom detaljomsetningen av alkohol blir lagt ut til dagligvareforretningene, vil man kunne forvente en økning i det totale alkoholkonsumet på omkring 29 % og en tilsvarende eller større relativ økning i omfanget av alkoholrelaterte problemer som vold, ulykker, selvmord og sykefravær (Holder, 2007). Det svenske monopolet har en større andel av den totale alkoholomsetningen enn hva det norske monopolet har. Det er derfor rimelig å anta at dersom det skulle bli en privatisering av det norske monopolet, ville konsekvensene trolig være noe mindre enn hva beregningene for det svenske monopolet indikerte.

3 Informasjons- og holdningstiltak

I dette kapitlet rettes søkelyset mot den type forebyggingstiltak som gjerne går under betegnelsen «educational approaches» i engelskspråklig fag- og forskningslitteratur. Det kan dreie seg om opplysningsvirksomhet og holdningsskapende tiltak i form av kampanjer i massemedia, undervisningsopplegg i skolen, advarselsmerking og rådgivning fra helsemyndighetene. Disse hører også til de mest utbredte og populære tiltakene for å begrense alkoholrelaterte problemer (Babor, et al., 2010).

Det finnes ulike teorier og modeller for hvordan informasjons- og holdningstiltak kan påvirke atferd. Den enkle antakelsen om at informasjonstiltak for å endre kunnskap og holdninger vil føre til endring i atferd, har vært kritisert i flere tiår. Flay (1981, 1982 gjengitt i Ihlen, 1995) har påpekt at det først er en rekke forutsetninger for kunnskaps- og holdningsendring som må oppfylles. Selv om slike tiltak oppnår kunnskaps- og holdningsendringer, er det langt fra sannsynlig at de også vil kunne føre til atferdsendringer (Flay & Sobel, 1983). Som vi skal se i dette kapitlet, viser forskningslitteraturen at der man har funnet effekter av informasjons- og holdningstiltak på alkoholbruk, hører dette til unntakene.

3.1 Kampanjer

Fra et etisk perspektiv kan man argumentere for at ingen bør være lykkelig uvitende om alkoholens ulike skadevirkninger. Kunnskap kan dessuten betraktes som et gode i seg selv. Mange informasjonskampanjer, enten de dreier seg om rusmidler eller om andre helserelaterte temaer, opererer imidlertid med mer ambisiøse målsetninger enn som så. Ifølge McGuire (1985) dreier slike kampanjer seg om «[å] overtale folk til å ta personlig ansvar for sin egen helse ved å endre livsstil i mer helsemessig gunstig retning ved bruk av massemedia og andre kommunikasjonskanaler for å informere offentligheten om farene, motivere dem til å redusere risikoen eller trene dem i ferdigheter som setter dem i stand til å tilpasse seg en mer helsemessig gunstig livsstil». Som sitatet illustrerer, er økt kunnskap i mange tilfeller ikke det

endelige målet. Til syvende og sist er det ofte, men ikke alltid, atferdsendringer man ønsker å oppnå.

Mange av Helsedirektoratets kampanjer har hatt som målsetting å øke folks kunnskaper på alkoholfeltet, for eksempel å endre kunnskaper om, og holdninger til bruk av alkoholpolitiske virkemidler (Rise, Natvig, & Storvoll, 2005; Storvoll, Rossow, & Rise, 2010). Slike framstøt kan ha gode muligheter for å nå sine mål. Å bedre folks kunnskaper og å skape blest om en sak er imidlertid de minst krevende målsetningene å innfri; selv enkeltstående informasjonskampanjer av begrenset varighet kan i enkelte tilfeller være effektive i så henseende (Rise, et al., 2005).

Holdningsendringer er vanskeligere å oppnå. Å ha etablert en holdning innebærer at man har tatt stilling til og evaluert et saksforhold langs ulike dimensjoner, for eksempel som mer eller mindre positivt eller negativt, gunstig eller ugunstig, viktig eller uviktig. En holdning defineres også som en forbindelse mellom et holdningsobjekt (f.eks. alkoholkonsum) og en evaluering. Jo sterkere denne forbindelsen er, desto vanskeligere er det å endre en holdning.

Kampanjer som tar sikte på å endre holdninger (eller kanskje aller helst atferd), benytter gjerne sterkere virkemidler enn dem som bare har som mål å øke kunnskapsnivået. Framfor å formidle objektive fakta på en nøktern måte, «markedsføres» bestemte synspunkter på et gitt tema, og ofte blir budskapet framstilt på en måte som appellerer til målgruppens følelser – positive (humor) såvel som negative emosjoner (frykt, skyldfølelse).

I Norge har det vært gjennomført enkelte store kampanjer for å redusere alkoholkonsumet generelt, men i hovedsak har innsatsen vært rettet mot avgrensede målgrupper (ungdom, tenåringsforeldre, gravide) eller mot bestemte typer atferd (kjøp av ulovlig sprit). Men har innsatsen gitt ønsket avkastning? Hva viser norsk og internasjonal forskningslitteratur om effekten av informasjons- og holdningskampanjer på alkoholfeltet?

3.1.1 Hvilke effekter kan oppnås?

Vi skal først kort referere effektevalueringer av to norske kampanjer. I 1985 startet norske myndigheter Aksjon Rus og Graviditet, – en bredt anlagt informasjons- og holdningskampanje som omfattet to strategier; budskapet om at alkoholbruk under svangerskapet kan skade barnet ble både formidlet via massemedia (altså til den generelle befolkningen) og via helsepersonell på svangerskapskontroll og svanger-

skapskurs (altså til gravide og partnere/pårørende). Spørreundersøkelser blant gravide like før (1984/85) og fem år etter at kampanjen fant sted (1990) viste at alkoholkonsumet blant gravide i 1990 var 50 % lavere enn hva det var blant gravide før kampanjen (Ihlen, Amundsen, & Trønnes, 1993). Spørreundersøkelser i den generelle befolkningen viste at det i samme periode hadde skjedd en økning i andelen som hadde hørt om/lest om temaet alkohol og svangerskap, en økning i andelen som visste at alkohol kan skade fosteret, og en økning i andelen som mente at gravide burde avstå fra å drikke alkohol (Ihlen, et al., 1993).

Slike funn er i tråd med en sentral forutsetning i McGuires helseopplysningsmodell¹⁵ (1973, gjengitt i Ihlen, 1995) om at publikum er sterkt involvert og informasjons-søkende i forhold til det budskap som kommuniseres, og på en aktiv måte forsøker å bruke informasjonen til et bestemt formål. Det er grunn til å anta at gravide nettopp er opptatt av hva som kan skade barnet under svangerskapet og er sterkt motiverte for å begrense slike skader, og at helseopplysning til denne gruppen derfor kan ha større gjennomslagskraft enn ellers. Å endre atferd for å begrense faren for fosterskader innebærer dessuten at man forholder seg til en skaderisiko som gjelder «her og nå», og ikke i en fjern framtid. Det at holdningene til alkoholbruk under graviditeten ble mer restriktive i den generelle befolkningen i etterkant av kampanjen, kan også ha medført at gravide, i større grad enn før kampanjen, ble underlagt uformell sosial kontroll i potensielle drikkesituasjoner.

En annen norsk effektstudie dreide seg om en holdningskampanje mot kjøp av smuglersprit og hjemmebrent, som ble gjennomført midt på 1990-tallet (Aas, 1996). Studien viste at sammenliknet med hva som var tilfellet før kampanjen, var folks negative holdninger til ulovlig sprit blitt forsterket, og andelen som hadde drukket og kjøpt ulovlig sprit hadde gått noe ned. Parallelt med nedgangen i andelen som hadde drukket og kjøpt ulovlig sprit, var det imidlertid også en nedgang i andelen som var blitt tilbudt ulovlig sprit (Aas, 1996). Det kan derfor tenkes at endringen i atferd (konsum og kjøp) speiler en endring på tilbudssiden i det ulovlige spritmarkedet. Dette kan i så fall være en forklaring som kommer enten i tillegg til eller i stedet for en endring i konsumentatferden.

De to omtalte studiene fra Norge er imidlertid unntak fra det generelle bildet som avtegner seg i effektforskningen på feltet. En gjennomgang av den internasjonale

¹⁵ 'Information-processing model of general attitude and behavior change' som er mye brukt i evaluering av massekommunikasjon og helseopplysning.

forskningslitteraturen peker temmelig entydig i retning av at verken informasjons-/holdningskampanjer eller såkalt «mot-reklame» (counter-advertising) påvirker alkoholkonsumet (Babor et al., 2010). Tilsvarende har man heller ikke funnet noen effekt av advarselsmerking på alkoholholdige drikkevarer.

3.2 Tiltak i skolen

Skolen blir ofte løftet fram som en svært viktig arena for rusforebyggende virksomhet. Det kan sees i sammenheng med at forebygging dreier seg om å «være i forkant», og at barn og unge følgelig peker seg ut som en helt sentral målgruppe. Via skolen kan man dessuten nå *alle* unge. Samtidig vet vi at forebyggingstiltak som favner bredt, vil kunne ha mye mer å si for det totale omfanget av rusrelaterede skader og problemer i ungdomsbefolkningen, enn dem som bare berører utsatte grupper (Rossow & Romelsjö, 2006; Weitzman & Nelson, 2004). Via skolen er det dessuten mulig å iverksette tiltak som strekker seg over mange år, og langsiktige satsinger har etter alt å dømme mer for seg enn kortvarige stunt.

Et godt og inkluderende skolemiljø, som både fremmer læring, trivsel og personlig vekst, bidrar antakelig til å dempe risikoen for skjevutvikling på ulike livsområder. Denne framstillingen vil imidlertid begrense seg til tiltak som *spesifikt* tar sikte på å motvirke rusmiddelbruk blant elevene – først og fremst alkohol. De mest brukte tiltakene i så henseende er rettet mot skoleungdom i sin alminnelighet, og det er slike universelle tiltak som omhandles her.

Den rusforebyggende virksomheten i skolen er uensartet, og i det følgende vil vi først gi en kortfattet beskrivelse av dette mangfoldet. Deretter vil søkelyset bli rettet mot forskningen på feltet: Hva kjennetegner den aktuelle forskningslitteraturen, og hva er implikasjonene av de resultatene som er blitt avdekket?

3.2.1 Ulike målsetninger

Skoletiltak mot alkoholbruk tar sjelden utgangspunkt i skolen eller nærmiljøet som sosialt system, men har i hovedsak et individrettet fokus. Unge i tidlige tenår er den viktigste målgruppen, men også foreldre blir tidvis trukket inn. I følge Ferrer-Wreder og medarbeidere (2004), bygger så å si alle skoletiltak på en antakelse om at jo senere de unge begynner med alkohol, og jo mindre de drikker, desto større vil forebyggingsgevinstene være – både på kort og lang sikt. Å heve debutalderen og å motvirke fyll og høykonsum av alkohol blant de unge er følgelig sentrale målsetninger.

Å fremme de unges «drikkekompetanse» med sikte på å få dem til å etablere «fornuftige» alkoholvaner, blir sjelden løftet fram som et viktig mål. Skadereduksjon er da også et omstridt tema – særlig hvis målgruppen favner ungdom som befinner seg under aldersgrensen for kjøp av alkohol. Få skoleprogrammer tar utgangspunkt i at de fleste faktisk begynner å drikke i løpet av tenårene, men det finnes unntak. Det norske skoleprogrammet *Fryspunkt*, som er tilpasset videregående skole, er et aktuelt eksempel (se www.fryspunkt.no). Det tar sikte på å fremme bevisstgjøring og refleksjon om det å drikke, blant annet ved å få elevene til å diskutere sine egne erfaringer med alkohol – positive såvel som negative. Framfor å promotere en edruelig livsstil, er målet å få ungdom til «fryse» alkoholinntaket når rusen er lystbetont og fortsatt såpass svak at risikoen for å oppleve alkoholens skyggesider er liten. Det bør kanskje nevnes at bryggerinæringen står som utgiver av dette programmet, og at alkoholindustrien også i andre land står bak liknende typer tiltak.

«Å bidra til bevisstgjøring og refleksjon» er formuleringer som går igjen i beskrivelsene av mange rusforebyggende skoletiltak. Det er med andre ord vanlig å operere med målsetninger som ikke direkte har å gjøre med de unges *bruk* av rusmidler. Å fremme restriktive holdninger til rus, og å øke de unges kunnskaper om temaet, blir også fremhevet som viktig. Dette er eksempelvis listet opp som hovedmål for det norske skoleprogrammet *Unge & Rus* – på lik linje med det å utsette alkoholdebuten (se www.ungeogrus.no). Andre forebyggingsprogrammer skiller i større grad mellom hovedmål og delmål. Mens hovedmålet er å påvirke atferd, går delmålene ofte ut på å påvirke elevenes holdninger, normer, forventninger og intensjoner i disfavør av rusmiddelbruk. Slike kognitive endringer blir gjerne ansett som viktige for å kunne oppnå tilsiktede atferdseffekter. Selv om nevnte typer delmål blir innfridd, er det imidlertid langt fra gitt at innsatsen også vil føre til redusert rusmiddelbruk blant de unge.

3.2.2 Variasjoner i innhold og formidlingsstrategier

Innholdet i de skolebaserte tiltakene har variert mye over tid (Cuijpers, 2003; Paglia & Room, 1998). På 1960-tallet var innsatsen begrenset til opplysningsvirksomhet, ofte med klare innslag av skremsel, og med hovedfokus rettet mot rusmidlenes skadevirkninger. I tiåret som fulgte ble såkalte affektive skoleprogrammer utviklet og tatt i bruk. De bygget på en antakelse om at de unges rusmiddelbruk har å gjøre med individuelle mangler eller problemer på ulike livsområder. Å styrke elevenes selvfølelse og psykososiale ferdigheter, og å få dem til å ta selvstendige valg, sto følgende sentralt. Rusmiddelbruk var derimot ikke noe viktig tema.

De rusforebyggende skoletiltakene fikk etter hvert en sterkere teoretisk forankring. Kognitivt orienterte teorier om sosial påvirkning har vært spesielt innflytelsesrike. Grunntanken er at ungdom begynner med rusmidler som følge av modell-læring, opplevd gruppepress og positive forventninger til rusmidlenes virkninger. Derfor legges det blant annet vekt på å lære dem hvordan de kan avvise andres oppfordringer om å bruke rusmidler (drug refusal skills). Å styrke den enkeltes tiltro til at de er i stand til å ta slike avvissingsstrategier i bruk, blir gjerne ansett som spesielt viktig. Andre viktige grep dreier seg om å påvirke de unges normer, forestillinger og forventninger slik at rusmiddelbruk framstår som mindre attraktivt. Realitetsorientering med hensyn til omfanget av alkohol- og narkotikabruk er et sentralt element i så henseende. Bakgrunnen er at mange studier, også norske (Fekjær & Pape, 2004; Aas & Klepp, 1992), kan tyde på at tenåringer overvurderer de jevnaldrenes bruk av rusmidler – noe som i sin tur antas å kunne svekke den enkeltes barrierer mot å gjøre det samme selv.

Hvordan skoletiltak blir iverksatt, og hvilke pedagogiske virkemidler de bygger på, varierer en god del. Skillet mellom interaktive og ikke-interaktive opplegg er blitt løftet fram som spesielt viktig i denne sammenheng (Tobler, 1986; Tobler & Stratton, 1997; Tobler et al., 2000). Mens sistnevnte dreier seg om tradisjonell undervisning, innebærer de interaktive tiltakene høy grad av egeninnsats fra elevenes side – for eksempel i form av gruppeoppgaver, diskusjoner og rollespill. «Elev-til-elev»-metoden («peer education»), som forøvrig er et helt sentral element i den norske forebyggingsprogrammet *Fristil* (se juvente.sober.no/fristil), hører også hjemme her. Den innebærer at elevene selv står for formidlingen av undervisningsopplegg til jevnaldrende eller til elevgrupper som er yngre enn dem selv. Enkelte tiltak legger særlig vekt på at elevformidlerne bør rekrutteres med omhu, og at oppgaven fortrinnsvis bør gis til ungdommer som framstår som gode, innflytelsesrike rollemodeller overfor sine medelever.

3.2.3 Skolebasert rusforebygging i praksis

Mange av de rusforebyggende skoleprogrammene som finnes her til lands er verken teoretisk eller empirisk fundert (Nordahl et al., 2006). Derimot bygger de på gode intensjoner og løse antakelser om hva som skal til for å motvirke rusmiddelbruk blant de unge. Noen programmer er det frivillige organisasjoner som står bak, mens andre er utviklet av forskere eller annen fagekspertise.

Hva slags rusforebyggende virksomhet som faktisk foregår i skolen vet vi lite om, men mye tyder på at ressurskrevende tiltak gjerne blir valgt bort til fordel for

enkler alternativer (Dusenbury & Hansen, 2004). Det er også holdepunkter for at hvilke tiltak som blir valgt, i liten grad beror på om det finnes dokumentasjon for at de virker etter hensikten (Baklien et al., 2007; Blanck, Hensing, & Spak, 2007). Andre hensyn veier tyngre, som for eksempel om tiltakene er enkle å iverksette og om de framstår som intuitivt meningsfylte.

Vi vet lite om i hvilken grad standardiserte programpakker blir benyttet i norske skoler, men ofte blir antakelig «hjemmesnekrede» opplegg benyttet i stedet. De kan for eksempel dreie seg om besøk av eks-narkomane eller tørrlagte alkoholikere som deler sine livserfaringer med elevene, eller om foredrag i regi av politifolk eller andre eksterne fagfolk (Baklien, Pape, Rossow, & Storvoll, 2007). Prosjektarbeid om temaet er trolig heller ikke uvanlig. En del skoler arrangerer dessuten særskilte foreldremøter om ungdom og rus, og i noen tilfeller deltar også elevene på disse møtene.

I internasjonal sammenheng finnes det svært mange studier av skoletiltak mot rusmiddelbruk, men de dreier seg nesten utelukkende om standardiserte forebyggingsprogrammer som er blitt utviklet av forskere. Deler av denne forskningen har undersøkt *hvordan* skolene går fram når de iverksetter slike programmer på egen hånd. Resultatene peker entydig i retning av at vanlig praksis sjelden samsvarer med programutviklernes instruksjoner og intensjoner (Cahill, 2007; Dusenbury et al., 2003). Modifiseringer synes å være regelen mer enn unntaket, og i realiteten er det ofte ufullstendige «light»-versjoner av skoleprogrammer som blir gjennomført. Også norske studier har avdekket at programinstruksene oftest fungerer som «anbefalte retningslinjer», og ikke som en ufravikelig oppskrift som må følges til punkt og prikke (Steinkjer, 2008; Kallestad & Olweus, 2003).

Det kan være mange grunner til at instruksene for iverksetting av skoletiltak i liten grad blir fulgt. Mangelfull opplæring av lærere samt knapphet på tid og penger er antakelig noe av forklaringen. I en hektisk skolehverdag med andre viktige forpliktelser, kan det nok også skorte på lærernes motivasjon for å beskjeftige seg med slike tiltak. Det har dessuten vist seg at innsatsen har en tendens til å avta over tid, hvilket tyder på at pionérfasens glød og engasjement kan være vanskelig å holde ved like (Cahill, 2007; Dusenbury et al., 2003).

3.2.4 Hva viser effektforskningen?

Effektstudier fra ulike land har vist at rusforebyggende skoleprogrammer kan bidra til økt kunnskap om rusmiddelbruk og til å påvirke de unges rusrelaterte holdninger

i gunstig retning (Babor et al., 2010, NOU 2003: 4). Det viktigste spørsmålet er likevel om slike tiltak også kan redusere de unges *bruk* av rusmidler, eller aller helst; føre til at forekomsten av rusrelaterte skader og problemer avtar.

For få år siden nedsatte norske helse- og utdanningsmyndigheter en ekspertgruppe som fikk i oppdrag å foreta en faglig vurdering av de rusforebyggende skoletiltakene som finnes her til lands (Nordahl et al., 2006). Konklusjonen var at bare ett, nemlig *Unge & Rus*, kunne anbefales. Begrunnelsen var at en effektstudie hadde avdekket at en forløper til dette programmet bidro til redusert tenåringsdriking på kort sikt. Andre forskere har imidlertid påvist alvorlige svakheter ved den aktuelle studien, og konstatert at det i realiteten er høyst usikkert hvilke virkninger – om noen – *Unge & Rus* har på elevenes alkoholbruk (Pape et al., 2007). Effekten av de øvrige skoleprogrammene som Nordahl og medarbeidere (2006) vurderte er også uvisst ettersom ingen av dem var blitt forskningsmessig evaluert. En nyere norsk undersøkelse tyder imidlertid på at Olweus-programmet mot mobbing kan gi gunstige bi-effekter i form av redusert fyll blant skoleungdom (Amundsen & Ravndal, 2008). Grunnet begrensninger ved denne studien, bør resultatene betraktes som tentative.

Den internasjonale forskningslitteraturen om effektene av skoletiltak mot rusmiddelbruk er omfangsrik. Fordi positive funn etter alt å dømme har større sannsynlighet for å bli publisert enn negative (McCambridge 2007; Room 2008), kan imidlertid denne litteraturen bidra til større forebyggingsoptimisme enn det faktisk er dekning for. Fravær av tilsiktede atferdsendringer er likevel et gjennomgående funn i brorparten av de publiserte studiene (Babor et al., 2010; Foxcroft et al., 2002, 2003). I tilfeller der positive programeffekter er blitt rapportert, dreier dessuten de seg nesten utelukkende om små og kortvarige blaff. Holdepunkter for at skoletiltak i verste fall kan føre til *økt* rusmiddelbruk, eller gi andre uønskede virkninger, er også blitt avdekket (Foxcroft et al., 2002; Werch & Owen, 2002).

Tobler og medarbeideres (Tobler, 1986; Tobler & Stratton, 1997; Tobler et al., 2000) meta-analyser blir ofte trukket fram som dokumentasjon for at «det nytter». Deres analyser av funn fra drøyt 200 effektstudier, tydet riktignok på at skoletiltak mot rusmiddelbruk *generelt* sett hadde liten effekt. Men noen programtyper, nemlig de som søkte å fremme elevenes psykososiale ferdigheter (life skills training) og de som fordret aktiv deltakelse fra elevenes side, skilte seg positivt ut. En nyere og mer adekvat analyse av det samme datamaterialet avdekket imidlertid at ingen bestemte typer skoletiltak var nevneverdig bedre enn andre, men at alle var omtrent like lite

virksomme (Roona et al., 2007). Disse nedslående resultatene er beskrevet i en artikkel som bare finnes på et nettsted som er ukjent for de fleste, og i stor grad har de da også gått upåaktet hen.

3.2.5 Svakheter ved forskningen om effekter av skoletiltak

I likhet med all annen forskning, bør forskning om virkningene av rusforebyggende skoleprogrammer bli møtt med et kritisk blikk – uavhengig av resultatene. Samtidig er det mye som tilsier at man bør være ekstra forbeholden til de studiene som har trukket løfterike konklusjoner, blant annet av følgende grunner (Pape, 2009a):

- Effektstudier med positive funn har nesten utelukkende blitt utført av forskere som har evaluert sine egne skoleprogrammer. Noen av dem har dessuten hatt økonomiske interesser knyttet til programmene sine. Slike forhold gir en sterkt forhøyet sannsynlighet for at forskere konkluderer med at tiltak er virkningsfulle.
- Mange av de tilsynelatende løfterike effektstudiene har anvendt analysestrategier eller statistiske tester som er tvilsomme, men som øker muligheten for å «påvise» positive virkninger. Å forbigå ufordelaktige funn i stillhet, forekommer også.
- Nesten all dokumentasjon i favør av skolebasert rusforebygging skriver seg fra studier av standardiserte opplegg som ble gjennomført «etter oppskriften» og under forhold som var lagt ekstraordinært godt til rette for å oppnå størst mulig effekt.
- Så å si alle disse studiene dreier seg om kortsiktige programeffekter. Ofte er virkningene så små at de neppe vil ha noe å si for omfanget av rusrelaterte skader og problemer i ungdoms-befolkningen.

I tillegg til ovennevnte begrensninger, savnes gode replikasjonsstudier – både i regi av forskere uten potensielle egeninteresser i å vise positive funn, og av tiltak iverksatt under de betingelsene som *vanligvis* er til stede i skolen. Svært få slike replikasjonsstudier er blitt utført, og de som finnes, har ikke gitt støtte til de opprinnelige effektstudiens løfterike konklusjoner (Pape, 2009a).

Selv om flere hundretalls effektstudier av rusforebyggende skoleprogrammer er blitt gjennomført, er det lite høykvalitetsforskning på feltet (Foxcroft, 2006a; Foxcroft et al., 2002; 2003). Enkelte forskere har derfor vegret seg mot å trekke bombastiske konklusjoner. Det er riktignok ingen tvil om at «bevisbyrden» går i disfavør av slike tiltak, men ifølge Foxcroft (2006b) kan vi ikke vite sikkert om

virkningene på de unges rusmiddelbruk enten er svært små eller om de er totalt fraværende. Imidlertid har forskningen på dette området så å si utelukkende dreid seg om programpakker som er blitt gjennomført i løpet av en begrenset tidsramme. Om en langsiktig, systematisk satsing på rusforebygging i skolen kan ha en viss betydning, skal derfor ikke utelukkes. Det er også mulig at skolebaserte tiltak kan spille en viktig rolle hvis de kombineres med andre, og mer effektive, forebyggingsstrategier.

3.3 Informasjons- og holdningstiltak: Hvorfor så liten (eller ingen) atferdseffekt?

Som beskrevet i kapittel 2, er regulering av pris og tilgjengelighet effektive virkemidler for å begrense alkoholkonsumet og omfanget av alkoholrelaterte problemer i befolkningen. Når prisen stiger, avtar salget fordi fortsatt konsum på samme nivå vil hindre konsum av andre, viktigere varer. Tilsvarende vil innskrenkninger av antall skjenkesteder eller av åpningstidene innebære at alkoholkonsumertene må anstrenge seg mer for å kunne drikke like mye. I begge disse tilfellene endrer alkoholkonsumet seg som følge av erfaringsbaserte konsekvenser med kort læringstid, dvs. at konsekvensene av tiltakene opptrer etter kort tid og med full sikkerhet.

Informasjons- og holdningstiltak bygger på helt andre påvirkningsprinsipper. Eventuelle atferdseffekter av slike tiltak beror blant annet på om den enkeltes vilje, opplevde evne og motivasjon til å forandre seg, blir påvirket. Å få folk til drikke mindre er en spesielt stor utfordring, ikke minst fordi inntak av alkohol gir mange umiddelbare positive effekter for den enkelte. Den absolutte risikoen for alvorlige skader eller sykdommer som følge av egen drikking er dessuten svært lav for de aller fleste, og det skal godt gjøres å få folk til å moderere konsumet sitt for at denne risikoen skal bli enda lavere. Utfordringen ligger i at alkoholens helsemessige og sosiale kostnader hovedsakelig er av kollektiv karakter. For hver og en vil det, i de fleste tilfeller, derfor være rasjonelt å fortsette å drikke som før – uavhengig av hva helsemyndighetene eller andre «kampanje-aktører» måtte mene om saken.

McGuire's (1985) trinnvise modell for informasjonsprosessering illustrerer hvorfor det er så vanskelig å oppnå atferdsendringer som følge av informasjons- og holdningstiltak. For det første må personene i målgruppen bli eksponert for budskapet, dernest bli oppmerksom på innholdet, fatte interesse for det, forstå argumentene, lære seg hvordan anbefalte atferdsendringer skal utføres, akseptere

innholdet, lagre argumentene i langtidshukommelsen, hente det frem igjen til senere bruk, nyttegjøre seg argumentene i en aktuell beslutningssituasjon, handle i henhold til beslutningen, forsterke selve atferden og konsolidere den som en del av sitt repertoar. Denne modellen gir ikke nødvendigvis en presis fremstilling av hvordan et budskap læres, men er likevel nyttig fordi den tydeliggjør hvor komplisert prosessen er. La oss ta et eksempel: Hvis 70 % av målgruppen blir eksponert for budskapet og det er 70 % sannsynlig at budskapet når hvert av de påfølgende trinnene, vil det bare være 8 % sjanse for at de aksepterer budskapet, og 1 % sjanse for at den nye atferden konsolideres.

Eksempelen over illustrerer hvorfor en enkeltstående kampanje ikke kan forventes å gi utslag i form av atferdsendringer. Ved å sende lignende budskap med jevne mellomrom intensivt over lengre tid (flere år), er det imidlertid mulig at stadig flere vil bli interessert i budskapet. Hvis man bruker passende og slående argumenter, er det videre mulig at budskapet i økende grad vil bli akseptert, og at det dermed etableres et mulig grunnlag for å kunne oppnå visse atferdseffekter.

I motsetning til kampanjer i massemedia, innebærer de skolebaserte tiltakene at budskapsformidlingen foregår i direkte interaksjon med målgruppen – noe som i utgangspunktet kunne antas å være fordelaktig med tanke på å oppnå effekt. Som beskrevet, dreier slike tiltak seg dessuten om mye mer enn bare informasjonsformidling og holdningsarbeid. Likevel er det altså lite som tyder på at tiltakene gir tilsiktede effekter i form av senere alkoholdebut eller mindre drikking. Hvorfor?

En sannsynlig årsak til at skoletiltak i beste fall bare gir ubetydelige atferdseffekter, er at de kulturelle føringene og den sosiale påvirkningen i favør av drikking er så mye sterkere. I store deler av den vestlige verden konsumerer de voksne alkohol regelmessig, og i løpet av oppveksten blir de fleste eksponert for tallrike, innflytelsesrike rollemodeller for alkoholbruk. Sosialiseringen på dette området starter tidlig, og studier fra ulike land har vist at selv småbarn vet en god del om alkoholens virkninger og sosiale betydning (Dalton et al., 2005; Fossey, 1994; Zucker et al., 1995). Ifølge amerikansk forskning er det dessuten vanlig å la barn få smake alkohol i små mengder (Donovan & Molina 2008). Om også norske barn får slike «smaksprøver» er riktignok uvisst, men det hersker liten tvil om at alkohol er et allment akseptert rusmiddel her til lands. Å begynne å drikke i god tid før man har nådd aldersgrensen er dessuten et normalfenomen blant norsk ungdom. I en slik kulturell kontekst skal

det godt gjøres å oppnå betydelige atferdsendringer som følge av kortvarige forebyggingsøkter i skolen.

Samtidig er det grunn til å stille spørsmål ved selve innholdet i skoletiltakene, og ved de underliggende antakelsene som mange av dem bygger på (Brown, 2001; Karlson & Bergmark, 2009). Eksempelvis er det lite som tyder på at ungdom begynner å drikke alkohol som følge av lav selvfølelse, svake sosiale ferdigheter eller manglende evne til å motstå gruppepress (se Karlson & Bergmark, 2009; Paglia & Room, 1999). At slike faktorer kan ha noe å si i enkelttilfeller skal riktignok ikke utelukkes, men en problemfokuseret årsaksmodell er neppe egnet til å forklare alkoholbruk blant ungdom flest. Tatt i betraktning at alkohol – og til en viss grad også hasj – tiltrekker seg oppegående ungdommer med mange venner (Pedersen, 2006; Øia & Strandbu, 2010), er det tvert i mot underlig at mange rusforebyggende tiltak søker å styrke elevenes selvfølelse og sosiale kompetanse.

En annen pussighet har å gjøre med målsetningen om å få ungdom til å ta «selvstendige valg». Dypest sett er jo hensikten å få dem til å velge det de voksne vil – nemlig å holde seg unna rusmidlene. Mange skoletiltak synes dessuten å overvurdere betydningen av de unges rusrelaterte normer, holdninger, forestillinger og forventninger. Det er for eksempel tvilsomt om tendensen til å overvurdere hvor mye jevnaldrende drikker, faktisk fremmer fyll og høykonsum av alkohol blant de unge (se Kypri & Langley, 2003).

3.4 Regulering av reklame og markedsføring

Produsenter og selgere av alkohol bruker normativ påvirkning gjennom reklame og markedsføring for å øke etterspørselen etter sitt produkt. For å motvirke den antatte økningen i etterspørsel etter alkohol som følge av slik påvirkning har mange land regulert hvordan industrien kan drive reklame og markedsføring av alkohol. I Norge ble det i 1975 innført forbud mot reklame for drikkevarer som inneholder mer enn 2,5 % alkohol. Forbudet var i første omgang avgrenset til å gjelde aviser, ukeblader og tidsskrift, men ble to år seinere utvidet til også å omfatte andre medier samt inventar på serveringssteder. Utvidelsen av forbudet i 1977 innebar også at reklame for lettøl og alkoholfritt øl må ha egne varemerker eller navn som tydelig adskiller produktet fra alkoholholdige drikke. Alkoholloven begrenser også i stor grad mulighetene for markedsføring av alkoholholdige produkter, og det er forbudt å dele ut alkoholholdige drikker i markedsføringsøyemed.

Er slike restriksjoner på reklame og markedsføring effektive tiltak for å begrense alkoholkonsumet og omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer? Det er, så vidt vi vet, ikke gjort noen undersøkelser i Norge som belyser spørsmålet. En forutsetning for at regulering av reklame og markedsføring skal kunne være et forebyggende tiltak, er at reklame og markedsføring faktisk øker den totale etterspørselen etter alkohol og ikke bare dreier etterspørselen mellom ulike varemerker. Forskningen på dette feltet omhandler i hovedsak også undersøkelser av hvorvidt, og i hvilken grad etterspørselen påvirkes av reklame og markedsføring. Studier av reklame og markedsføring av alkohol fra andre land, viser at dette er en omfattende industri globalt med utstrakt bruk av sofistikerte og subtile virkemidler (Babor, et al., 2010). En rekke studier på 1970-, -80- og -90-tallet fant liten eller ingen sammenheng mellom hvor mye som ble brukt på markedsføring av alkohol og alkoholkonsum. Noen studier viste riktignok en sammenheng mellom reklameutgifter for spesifikke merker og etterspørselen etter disse varene (Babor, et al., 2003). En rekke kritiske innvendinger har imidlertid vært reist mot forskningsmetodene i disse studiene (Babor, et al., 2003).

I løpet av det siste tiåret har både omfanget av studier og metodologiske tilnærminger gitt et bedre grunnlag for å vurdere betydningen av reklame og markedsføring for konsum og skader. Ved å slå sammen resultatene fra et stort antall studier i en meta-analyse fant Gallet (2007) en liten, men statistisk signifikant sammenheng mellom reklameutgifter og salg av brennevin, det vil si at brennevinnsalget økte i takt med økte reklameutgifter (Gallet, 2007). Et annet tilfang til forskningslitteraturen er de mange nyere studier som har belyst hvilken betydning det har for unge menneskers alkoholkonsum å bli eksponert for reklame og markedsføring. Flere systematiske litteraturgjennomganger av longitudinelle studier på dette området har konkludert med at alkoholreklame øker sannsynligheten for at unge mennesker begynner å drikke, og at de som allerede drikker, vil drikke mer (Babor, et al., 2010).

I Norge har ulike deler av alkoholindustrien utfordret reklameforbudet gjennom flere rettssaker, men staten har i siste instans fått rettens medhold i opprettholdelse av forbudet. Norske myndigheter har imidlertid ikke absolutt kontroll med reklame og markedsføring av alkohol gjennom alkoholloven og reklameforbudet. TV-sendinger og nettsteder som opererer i andre land omfattes ikke av den norske lovgivningen. Av større betydning er kanskje at norske medier kan gi redaksjonell omtale av alkoholprodukter. Spesielt er vinanmeldelser en framtrædende del av redaksjonelle omtaler, og siden starten med slike redaksjonelle omtaler av vin i

1988 har norske aviser i økende grad anmeldelser og anbefalinger av viner. En studie av vinanmeldelser i 6 norske aviser viste en klar sammenheng mellom anmeldernes anbefalinger og etterspørselen etter de anbefalte vinene (Horverak, 2009). Hvorvidt disse omtalene og anbefalingene også har bidratt til den betydelige økningen i vinkonsumet i Norge de siste to tiårene, er imidlertid vanskelig å avgjøre på grunnlag av foreliggende dokumentasjon.

4 Andre tiltak: i situasjoner eller overfor personer med forhøyet risiko

Risikoen for skader knyttet til alkoholbruk er større i noen situasjoner enn i andre. Bilkjøring og håndtering av maskiner og farlig redskap er eksempler på situasjoner hvor risikoen for skader ved alkoholbruk er forhøyet. Svært mange land har derfor også regulering av promillekjøring i veitrafikken og i kommersiell båt- og flytrafikk, og noen arbeidsplasser (f.eks. oljeboringsplattformer) har regler om pliktmessig avhold. Andre eksempler på situasjoner med forhøyet risiko for skader kan være det å være beruset på skjenkested. En del av tiltakene for å forebygge alkoholrelaterte skader har derfor som målsetting å begrense (eller unngå) alkoholbruk i nettopp slike situasjoner. Barn og unge er en gruppe som er særlig sårbare for alkoholskader. Håndhevelse av alkohollovens bestemmelser om salg og skjenking til berusede og til mindreårige inngår derfor i dette kapittelet. Det er åpenbart at risikoen for alkoholrelaterte skader og problemer er høyere blant dem som har et høyt alkoholinntak. Tiltak som er rettet mot å redusere alkoholinntak og relaterte problemer i denne gruppen, omtales derfor også her.

4.1 Tiltak mot promillekjøring

Regulering av promillekjøring omfatter blant annet promillegrense, promillekontroller og sanksjoner ved promillekjøring. Her i Norge har vi en lang tradisjon for lovgivning og sanksjoner knyttet til promillekjøring (Hauge & Guslund, 1992). Promillegrensen i Norge ble satt ned fra 0,5 til 0,2 i 2001. Norge er dermed ett av landene i Europa med strengest promillegrense. Samtidig har man sett at mange europeiske land har senket promillegrensen i løpet av de siste par tiårene (Österberg & Karlsson, 2002).

Det er politiet som håndhever promillegrensen og som gjennomfører både tilfeldige promillekontroller og undersøker promille ved trafikkulykker. Sanksjonene er avhengig av promillenivået¹⁶. I tillegg til bøter og eventuelt fengsel, blir promillekjøring også straffet med inndragning av førerkort.

Innskjerpingen av promillegrensen i Norge fra 0,5 til 0,2 er, så vidt vi vet, ikke belyst mht. eventuell effekt på omfang av promillekjøring eller trafikkulykker. I Sverige foretok man en tilsvarende innskjerping av promillegrensen i 1990, og i tiden som fulgte ble det registrert en nedgang i omfanget av trafikkulykker. Også promillenivået blant promilledømte var lavere enn da 0,5-grensen gjaldt (Norström, 1997).

En gjennomgang av studier som har belyst innføring av promillegrense eller innskjerping av promillegrense, viste at de fleste av disse studiene fant at tiltakene førte til reduksjon i trafikkulykker (Mann, et al., 2001). Utover det å ha en promillegrense (på f.eks. 0,5 promille) i seg selv, viser en internasjonal forskningslitteratur at promillekontroller (helst tilfeldige promillekontroller), og sanksjoner ved promillekjøring (som inndragelse av førerkort og/eller bot), også er effektive virkemidler for å begrense omfanget av promillekjøring og alkoholrelaterte trafikkskader (Babor et al., 2010).

4.2 Tiltak i tilknytning til skjenkesteder

Vold, uro og ordensforstyrrelser forekommer relativt hyppig på og rundt skjenkesteder. Dette kan ha flere forklaringer. Dels kan det nok skyldes at en del skjenkesteder tiltrekker seg personer med høyt alkoholkonsum og aggressiv eller utagerende atferd. På den annen side vil også overskjenking av gjester og ansattes konflikthåndtering være av vesentlig betydning for omfanget av vold og uro på og ved skjenkestedene (Graham, Bernards, Osgood, & Wells, 2006; Pernanen, 1996). Det finnes flere typer av tiltak som kan tenkes å begrense omfanget av vold og uro på skjenkesteder. De tar dels sikte på å begrense overskjenking og skjenking til mindreårige, dels å kunne forebygge voldssituasjoner gjennom bedre konflikthåndtering. Effekten av disse

¹⁶ a) med bot ved alkoholkonsentrasjon i blodet til og med 0,5 promille, b) med bot og betinget fengsel ved alkoholkonsentrasjon i blodet over 0,5 til og med 1,0 promille, c) med bot og betinget eller ubetinget fengsel ved alkoholkonsentrasjon i blodet over 1,0 til og med 1,5 promille, d) med bot og ubetinget fengsel ved alkoholkonsentrasjon i blodet over 1,5 promille. I stedet for bot og ubetinget fengsel kan det idømmes bot og betinget fengsel med vilkår som nevnt i straffeloven § 53 nr. 3 bokstav

tiltakene er ulike, og det er også svært varierende hvor godt en eventuell effekt er dokumentert.

Et utbredt tiltak som har vært gjenstand for effektevaluering i mange studier er 'responsible beverage service' (RBS), – i Norge kalt 'Ansvarlig vertskap'. Dette tiltaket er blitt iverksatt i en del norske kommuner i løpet av de siste ti årene. Målsettingen for Ansvarlig vertskap er å hindre skjenking til mindreårige og berusede gjester, og begrense konflikter og vold på skjenkestedene. Tiltaket omfatter blant annet opplæring av serveringspersonale i alkoholloven og konflikthåndtering.

Evalueringsstudier av 'Ansvarlig Vertskap' i Norge (i Trondheim, Bergen og 5 kommuner i Regionprosjektet) har imidlertid ikke funnet at Ansvarlig Vertskap har hatt noen effekt på omfanget av overskjenking eller skjenking til mindreårige, og forklaringene på dette er flere (Rossow & Baklien, 2010). I Trondheim lyktes man egentlig ikke i å implementere tiltaket (Buvik & Baklien, 2006). I Bergen lyktes man i å få personale til å delta på kurs, blant annet fordi dette medførte utvidete skjenketider, men omfanget av overskjenking ble ikke redusert, snarere tvert imot (Lauritzen & Baklien, 2007). En oppsummering av forskningslitteraturen viser også at en slik kursvirksomhet alene ikke synes å ha noen effekt på overskjenking og vold (Babor, et al., 2010).

En kombinasjon av opplæring av personale i såkalt ansvarlig alkoholserving, – en strengere håndheving av salgs- og skjenkebestemmelser med kontroller og sanksjoner av skjenkesteder ved overskjenking (og skjenking til mindreårige), – samt mediedekning og samarbeid mellom serveringsbransjen og politiet er hovedkomponentene i STAD-prosjektet i Stockholm (Wallin, 2004). Resultatene fra dette prosjektet er løfterike; her har man både lyktes i å redusere omfanget av overskjenking og voldsomfanget (Wallin, 2004). Den politianmeldte volden på nettene gikk ned med 29 % i tiltaksområdet sammenliknet med kontrollområdet, og andelen av tilsynelatende berusede gjester som ble nektet skjenking, gikk opp fra 5 % til 55 % i tiltaksområdet (Wallin, 2004). Andelen som ble nektet økte også (men i noe mindre grad) i kontrollområdet, og det er derfor usikkert i hvilken grad nedgangen i overskjenking (dvs. økningen i andel som ble nektet servering) kan tilskrives selve intervensjonen.

4.3 Kartlegging og tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten

Det finnes ikke et skarpt skille mellom et uproblematisk alkoholforbruk på den ene siden og et alkoholmisbruk eller -avhengighet på den andre. Mange har hva vi vil kalle et risikofylt høyt alkoholforbruk med fare for utvikling av et misbruk eller avhengighet og/eller betydelige helsemessige og sosiale problemer som følge av alkoholforbruket. Det er utviklet tiltak for å identifisere denne gruppen alkoholforbrukere og redusere deres alkoholforbruk. Dette kalles 'kartlegging og tidlig intervensjon'¹⁷ og foregår gjerne i primærhelsetjenesten. Når man på grunnlag av en kartlegging av drikkevaner har identifisert pasienter som har et risikofylt høyt konsum, blir disse tilbudt en mindre og kortvarig intervensjon. Denne består vanligvis av en til tre korte rådgivende samtaler med lege eller annet helsepersonell, hvor pasienten motiveres til å redusere sitt alkoholkonsum.

Her i Norge har dette tiltaket vært evaluert både med hensyn til kortsiktig og langsiktig effekt. En studie blant personer med et risikofylt høyt alkoholkonsum viste at etter ett år hadde pasientgruppen som ble kartlagt og hadde fått rådgivning redusert alkoholkonsumet med 50 %, mens kontrollgruppen hadde økt sitt alkoholinntak med 20 % (Nilssen, 1991). De samme gruppene ble igjen undersøkt 9 år senere, og funnene tydet på at tiltaket også bidro til å redusere alkoholkonsumet på lengre sikt (Nilssen, 2004).

Siden tidlig på 1980-tallet er effekten av denne type tiltak undersøkt i mer enn 100 metodologisk gode studier¹⁸, og disse viser gjennomgående at pasientenes alkoholkonsum og alkoholrelaterte problemer reduseres betydelig som følge av tiltaket (Whitlock et al., 2004). De aller fleste av disse studiene har evaluert korttidseffekter, det vil si hvilken effekt man finner etter 6 eller 12 måneder etter intervensjonen. De gode effektene synes å være de samme for både kvinner og menn, og de er i liten grad avhengig av intensitet av intervensjonen (en eller flere samtaler) og klinisk setting (om pasienten er i poliklinisk eller annen behandlingssetting) (Wilk, Jensen, & Havighurst, 1997).

Når slik selektert individrettet informasjon til en risikogruppe synes å ha en klart bedre effekt enn universelle informasjonstiltak, kan det skyldes at pasientene trolig oppfatter risikoen for problemer som betydelig større og nærmere i tid enn hva befolkningen i alminnelighet gjør.

¹⁷ På engelsk omtales det gjerne som 'screening and brief intervention', i NOU 2003: 4 ble det omtalt som 'mini-intervensjon'

¹⁸ Randomiserte kontrollerte forsøk

5 Alt tatt i betraktning ...

På samme måte som alle legemidler har bivirkninger, har tiltak i rusmiddelpolitikken også utilsiktede eller negative konsekvenser, både på individ- og samfunnsnivå. Alkoholpolitiske veivalg handler derfor ikke bare om hvilken effekt ulike tiltak kan forventes å ha med hensyn til alkoholbruk og alkoholproblemer, men også om sannsynlige utilsiktede virkninger av tiltakene. I tillegg til en avveining mellom sannsynlige tilsiktede og utilsiktede virkninger, vil også andre forhold komme i betraktning. Disse omfatter blant annet kostnader forbundet med å iverksette og vedlikeholde tiltakene, og ikke minst vil verdivalg og politisk gjennomførbarhet være viktige forhold å ta i betraktning.

5.1 Kontrollpolitikkenes negative konsekvenser

Som vist i kapittel 2, er høye priser og begrenset tilgjengelighet effektive virkemidler for å begrense alkoholkonsumet, men blant de negative konsekvensene er grensehandel og ulovlig produksjon og innførsel av alkohol. Omfanget av det samlede uregistrerte alkoholforbruket (dvs. alkohol fra turistimport, smugling, og lovlig og ulovlig hjemmeproduksjon) i Norge ble i 2004 beregnet til omkring 1,4 liter ren alkohol per voksen innbygger (Horverak & Bye, 2007), det vil si omkring 20 % av det samlede alkoholforbruket. Alkohol fra turistimport (dvs. fra tax-free-handel og grensehandel) står for størstedelen; – dvs. i størrelsesorden to tredjedeler av det uregistrerte alkoholforbruket, mens hjemmebrent synes å utgjøre en stadig minkende andel av det uregistrerte konsumet. På 1990-tallet var kjøp av smuglersprit ganske utbredt blant menn, men synes nå å ha blitt nærmest utradert i etterkant av de mye medieomtalte metanoldødsfallene (Horverak & Bye, 2007).

Et spørsmål som ofte reises i alkoholpolitiske debatter, er hvorvidt høye priser og begrenset tilgjengelighet i hovedsak bare dreier en del av forbruket over til ulovlig alkohol eller grensehandel uten å ha noen vesentlig betydning for det samlede forbruket. Som vi har sett i kapittel 2, er det vist at pris- og tilgjengelighetsvirkemidlene også har betydning for omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer. Dette er en god indikator på at pris- og tilgjengelighetsendringer ikke

bare fører til en forflytning mellom registrert og uregistrert konsum, men også påvirker det samlede alkoholkonsumet¹⁹.

Likevel vil noen mene at ulemperne knyttet til grensehandel, smugling og hjemmebrenning er så vesentlige at de ikke kan forsvares av en sannsynlig netto gevinst av restriktive tiltak når det gjelder konsum og skader. En slik avveining mellom ulemper på ett område og goder på et annet område vil være uttrykk for et verdisyn. Tilsvarende kan man argumentere når det gjelder sanksjoner ved brudd på skjenkebestemmelsene. Inndragning av en salgs- eller skjenkebevilling er trolig et forebyggingsinstrument som virker, men det er også et instrument som koster. Først og fremst rammer det de driver som driver et salgs- eller skjenkested, men det kan også ha betydning for kommunens økonomi. Mange norske kommuner er relativt små og har nokså få salgs- og skjenkesteder. Tapte arbeidsplasser gir reduserte skatteinntekter, og dreier det seg for eksempel om et hotell som mister muligheten til alkoholserving, eventuelt blir nedlagt, får det ringvirkninger for annen næringsvirksomhet i kommunen.

På et mer generelt plan vil vi minne om at en restriktiv alkoholpolitikk innebærer begrensninger i individuell handlefrihet og næringslivsinteresser. Hvor restriktive tiltak man velger å ha, vil derfor også innebære avveininger mellom tiltakenes forventete effekt på samfunnssteder som helse og velferd på den ene siden og tiltakenes inngripen i forbruker- og næringslivsinteresser på den andre. Slike avveininger er nødvendigvis verdibaserte og betyr at valg av kontrollpolitiske tiltak også er verdivalg.

5.2 Kostnadseffektivitet

Hva koster det å iverksette og videreføre et tiltak i forhold til de forventete effektene av tiltaket, og får man mer helse og velferd igjen for å investere i ett tiltak framfor et annet? Svaret på et slikt spørsmål etterspørres av mange, og vil være av betydning for beslutninger om tiltak på de fleste områder, så også på alkoholfeltet. Etter en

¹⁹ Et interessant eksempel er anti-alkoholkampanjen i Sovjetunionen fra 1985 til 1988 som bl.a. omfattet betydelige prisøkninger og restriksjoner på alkoholtilgjengelighet. Alkoholsalget gikk ned med mer enn 50 %, men samtidig økte hjemmebrenningen. Beregninger viser imidlertid at det totale alkoholkonsumet iberegnet hjemmebrent, gikk ned med omkring 25 % de første to årene av kampanjen. Antall dødsfall som særlig sees hos alkoholmisbrukere gikk ned med 25-50 % fra 1984 (før kampanjen) til 1987 (da kampanjen avtok). Antall dødsfall av andre årsaker som ofte er forbundet med alkohol (som f.eks. ulykker, selvmord og drap), gikk også betydelig ned i denne treårsperioden (Shkolnikov & Nemtsov, 1997).

omfattende gjennomgang av effektstudier av alkoholpolitiske tiltak har en gruppe forskere beregnet kostnadseffektiviteten av ulike alkoholpolitiske tiltak (Anderson, Chisholm, & Fuhr, 2009). Beregningene er basert på anslag for hvor store kostnader det er forbundet med en type tiltak i forhold til forventet effekt på sykelighet og dødelighet²⁰. Her framheves tiltak som regulerer pris og tilgjengelighet samt reklameforbud som særlig kostnadseffektive tiltak i alkoholpolitikken. Tiltak for å begrense promillekjøring og kartlegging og tidlig intervensjon er relativt kostbare, og helsegevinsten i forhold til kostnadene er derfor mindre for disse tiltakene. Ettersom man ikke finner noen effekt (av betydning) av skoleprogrammer (eller andre informasjonstiltak), har Anderson og medarbeidere (2009) følgelig heller ikke beregnet kostnadseffektivitet av disse tiltakene.

Til tross for at man ikke finner effekt av skoleprogrammer, kan de likevel ha en rolle som forebyggende tiltak. En studie blant norske tenåringer viste at deres kunnskap om alkohol- og narkotikabruk var svært begrenset, og på den bakgrunn er det blitt foreslått å styrke undervisningen om temaet i skolen (Pape et al., 2006). Forskere fra andre land har også anbefalt økt satsing på kunnskapsformidling, og grunnene til dette er flere (Anderson, et al., 2009; Room, 2003). I motsetning til tiltak der hensikten er å redusere de unges rusmiddelbruk, er det gode muligheter for å lykkes når målsettingen er å øke de unges kunnskap på området. Det er spesielt viktig å formidle forskningsbasert kunnskap om at kontrollpolitikk og restriksjoner i tilgangen på alkohol gir lavere konsum og færre alkoholrelaterte skader. Dette ikke minst fordi slik kunnskap trolig kan bidra til økt aksept for å ta slike virkningsfulle forebyggingsstrategier mer effektivt i bruk. I så fall vil det være minst like viktig å nå fram til beslutningstakere og andre viktige målgrupper, og ikke bare til skoleungdom.

5.3 Alkoholpolitikk og opinionen

Politisk gjennomførbarhet av alkoholpolitiske virkemidler vil også være betinget av opinionen, medietrykket og den offentlige debatt. Robin Room har, litt forenklet, formulert forholdet mellom opinionsstøtte og effekt av alkoholpolitiske tiltak på følgende måte: de populære tiltakene virker ikke, og de virksomme tiltakene er politisk umulige (Room, 2003), hvilket sier noe om den betydelige utfordringen som ligger i det politiske håndverket på dette feltet.

²⁰ Her har man brukt et samlet mål på helsetap ved sykelighet og dødelighet som kan forstås som tap av friske leveår (Disability adjusted life years, DALYs).

Spørreundersøkelser om holdninger til alkoholpolitiske virkemidler viser også at et flertall av forbrukerne synes alkohol er for dyrt og at vin bør selges i dagligvareforretninger (Storvoll, Rossow, & Rise, 2010). Samtidig viser undersøkelser at disse andelene har sunket i løpet av de siste årene, og at det derved kan se ut til å være en viss økende oppslutning om de pris- og tilgjengelighetsregulerende virkemidlene (Storvoll et al., 2010). Men disse holdningsendringene bør også sees i lys av at alkohol er blitt relativt billigere og noe mer tilgjengelig. Et annet aspekt ved opinionen og alkoholpolitikens legitimitet er hvordan man vektlegger alkoholproblemer versus narkotikaproblemer. Et flertall av respondenter i spørreundersøkelser sier seg enig i påstanden om at 'når det gjelder rusmidler, bør myndighetene konsentrere seg om narkotika' (Storvoll, Rossow, & Rise, 2010), og dette legger kanskje også noen føringer på politikernes prioriteringer på det rusmiddelpolitiske feltet.

5.4 Kunnskapsgrunnlag og beslutninger

I politiske debatter hevdes det ofte at man trenger et bedre – gjerne forskningsbasert – kunnskapsgrunnlag for å kunne iverksette et tiltak eller endre politikken på et område. Og i vitenskapelige publikasjoner ser man utallige eksempler på påstander om at det å få mer kunnskap på et felt, vil være avgjørende for praksisfeltet og politikktutformingen. Men hvor stor betydning den forskningsbaserte kunnskapen faktisk har for politikktutformingen er – og har vært – gjenstand for diskusjoner. For nærmere førti år siden var den finske alkoholforskeren Kertil Bruuns konklusjon at *forskning produserer argumenter for den politiske debatten snarere enn logiske føringer med hensyn til politiske veivalg* (Bruun, 1973, gjengitt i Babor, et al., 2010). Tilsvarende var også Bergljot Bakliens konklusjon fra et norsk prosjekt femten år seinere (Baklien, 1989), og Babor og medarbeidere (2010) mener at dette fremdeles synes å ha gyldighet.

Ikke minst når det gjelder rusforebyggende skoletiltak, kan det være grunn til å undres over hvorfor de er så populære, når de ikke gir nevneverdige atferdseffekter. Ett svar på dette spørsmålet er at beslutningstakere på ulike nivåer trolig er lite kjent med den nedslående forskningslitteraturen på feltet. Både blant fagfolk og frivillige i praksisfeltet, så vel som i forskernes rekke, finnes det dessuten aktører som uansett tror at rusforebyggende tiltak i skolen gir ønsket effekt (Pape, 2009a; 2009b). En ytterligere forklaring kan være at det å vise ansvarlighet og handlekraft også kan være et motiv – kanskje særlig blant politikere: «..den viktigste grunnen til å sette i gang

tiltak, kan simpelthen være å vise at det gjøres 'noe', uten at dette 'noe' nødvendigvis trenger å være godt underbygget vitenskapelig sett' (NOU 2003: 4, s. 48).

Alison Ritter (2009) påpekte at forskningsbasert kunnskap må konkurrere med en rekke andre faktorer som ideologi og verdier, opinion og pragmatiske hensyn, når politiske beslutninger fattes. Vi vil her også nevne to eksempler fra nyere tiltak på rusfeltet i Norge som kan tjene som illustrasjoner på dette. Erfaringene fra et rusforebyggingsprosjekt i noen kommuner var at beslutningene om hvilke forebyggings-tiltak man ville satse på i disse kommunene i liten (om noen) grad hvilte på kunnskap om effekten av de ulike tiltakene man hadde til rådighet (Baklien, et al., 2007). Det var snarere helt andre forhold og hensyn som ble framholdt som grunnlag for beslutninger om valg av tiltak.

Et annet interessant eksempel kan være innføringen av selvbetjente vinmonopol-butikker i Norge. I 1998 ble selvbetjening introdusert i noen få butikker som ledd i en eksperimentell studie, – dette for å danne grunnlag for en endelig politisk beslutning om selvbetjening i vinmonopolets butikker (Horverak, 2008). Sommeren 2001, – ett år før evalueringen av den eksperimentelle studien skulle være ferdig – besluttet imidlertid regjeringen å innføre selvbetjening. På dette tidspunktet var regjeringen allerede kjent med preliminare resultater fra studien som viste at selvbetjening trolig ville føre til en økning i alkoholsalget på omkring 10 % (Horverak, 2008). Horverak kommenterte dette med at flertallet av politikere er mer opptatt av forbrukerhensyn og konsumentenes rett til en rimelig enkel tilgang til alkohol enn alkoholpolitiske betraktninger som å begrense tilgjengeligheten for derved å begrense konsumet.

5.5 Alkoholpolitikkenes begrensninger

Som vi har sett i de foregående kapitlene, benyttes effektive tiltak som pris- og tilgjengelighetsregulering i stor utstrekning i Norge. Likevel har alkoholkonsumet her til lands økt betydelig de siste 15 årene. Dette betyr ikke at pris- og tilgjengelighetsregulering ikke virker her i Norge, men er snarere et uttrykk for at det også er mange andre forhold som virker inn på alkoholkonsumet vårt. Ikke minst er den økte kjøpekraften én viktig forklaring på konsumøkningen.

I andre land, som for eksempel Frankrike og Italia, har alkoholkonsumet, og i all hovedsak vinkonsumet, gått betydelig ned i løpet av de siste tiårene. Nedgangen i konsumet i disse landene kan bare i noen grad tilskrives endringer i alkoholpolitiske

tiltak, og må også sees i sammenheng med andre endringer i samfunnet (Gual & Colom, 1997). Blant annet er lunchmåltidets form endret og vindriking til lunch har blitt mindre vanlig. Samtidig er alkoholfrie drikkevarer blitt et mer tilgjengelig alternativ til vin. Dette betyr at selv om alkoholpolitiske tiltak kan påvirke alkoholkonsumet, og til dels i betydelig grad, må vi også ta andre forhold i betraktning når vi sammenholder alkoholpolitikk og alkoholkonsum. Dette gjelder hva enten vi ser på endringer over tid eller forskjeller mellom land.

6 Noen veier videre

Vi har i de foregående kapitlene sett at regulering av pris og tilgjengelighet er tiltak som påvirker alkoholkonsum og alkoholrelaterte problemer. Det samme gjelder enkelte tiltak på skjenkesteder, tiltak for å begrense promillekjøring og kartlegging og tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten. Når det gjelder informasjonstiltak og holdningsskapende tiltak derimot, har man i hovedsak ikke funnet at disse har noen særlig eller vedvarende effekt på alkoholkonsum eller alkoholproblemer. Som vi har sett, vil også hensyn til andre interesser og verdier tas med i betraktning ved valg av alkoholpolitiske tiltak. Når man sammenholder hva vi vet om ulike tiltaks effekt og de samme tiltakenes legitimitet og politiske gjennomførbarhet, blir de politiske utfordringene åpenbare (jfr. Rooms (2003) formulering om populære tiltak som ikke virker og virksomme tiltak som er umulig å gjennomføre). Dette danner også bakteppet for våre avsluttende betraktninger om noen veier videre, så vel i praksisfeltet som i forskningen.

6.1 Norge – «best i klassen» – og hva så?

Som vi har sett, har vi i Norge i stor grad tatt i bruk effektive tiltak for å begrense omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer. Vi har et høyt prisnivå, betydelige begrensninger på tilgjengelighet, betydelige restriksjoner på reklame og markedsføring, og restriktive tiltak for å begrense promillekjøring. Sammenliknet med andre land i Vest-Europa har Norge i sum den mest omfattende og mest restriktive alkoholpolitikken (Österberg & Karlsson, 2001, 2002). En analyse av bruk av alkoholpolitiske virkemidler i 30 OECD-land fant også at Norge kom på førsteplass blant disse landene med hensyn til å bruke et bredt spekter av tiltak med dokumentert effekt for å begrense omfanget av alkoholrelaterte problemer og ha en høy grad av restriktivitet i tiltakene (Brand, Saisana, Rynn, Pennoni, & Lowenfels, 2007). Når vi tar dette med i betraktning, kan det synes som om ytterligere restriksjoner i alkoholpolitiske virkemidler kan være vanskelig politisk gjennomførbart.

6.2 Uprøvde eller underutnyttete tiltak?

Fra den store «verktøykassen» av tiltak har vi i Norge tatt i bruk de aller fleste. Vi vil i det følgende diskutere noen muligheter for å iverksette effektive tiltak som hittil i liten eller svært begrenset grad er benyttet her til lands. Vi vil også diskutere muligheter for å bedre håndhevingen av skjenkebestemmelsene som et virkemiddel for å redusere omfanget av alkoholrelaterte problemer.

6.2.1 Håndhevelse av skjenkebestemmelsene

Alkohollovens bestemmelser om skjenking til mindreårige og berusede personer skal i første rekke ivaretas av skjenkestedene, men kommunene er også ansvarlige for håndhevelse av disse bestemmelsene. Hvordan kommunene håndhever skjenkebestemmelsene er betinget av i hvilken utstrekning, og på hvilken måte kontrollene utføres, i hvilken grad kontrollene avdekker overtredelser, og hvorvidt dette medfører sanksjoner og eventuelt hva slags sanksjoner.

I henhold til alkoholloven skal hvert salgs- og skjenkested kontrolleres minst en gang i året, og i sum skal det være minst tre ganger så mange kontroller som det er bevillinger. Kommunene bestemmer selv hvordan kontrollen praktisk skal gjennomføres. En stadig vanligere måte å ordne kontrollen på, er å sette den ut til private aktører, først og fremst vakselskaper. I 2008 hadde to tredjedeler av alle norske kommuner overlatt kontrollen til et vakselskap eller liknende (Skjælaaen, 2009).

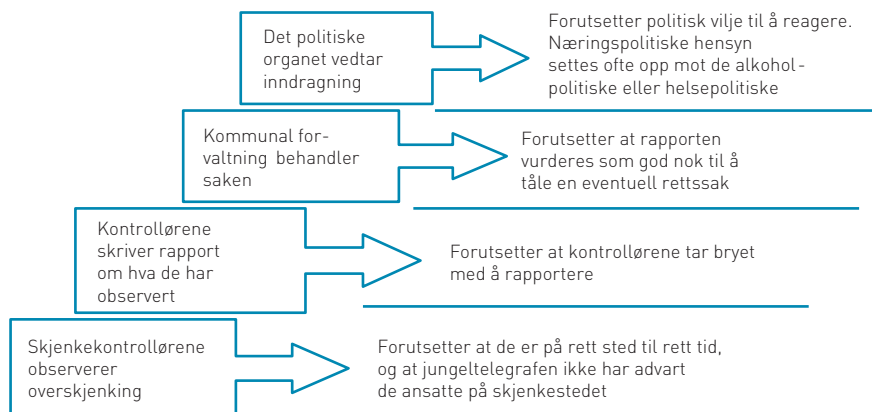
SIRUS' årlige spørreundersøkelse til kommunene gir grunn til å tro at mange kommuner ikke oppfyller lovens krav (Skjælaaen 2009). Enkelte kommuner hadde ikke hatt salgs- eller skjenkekontroller i det hele tatt i 2008. Andre undersøkelser fra enkelte fylker har også funnet at mange kommuner har liten oversikt over hvor mange kontroller som blir gjennomført, og også at mange kommuner ligger langt under lovens krav til antall kontroller.

Selv om mange kommuner ikke gjennomfører de kontrollene de er pålagt å gjøre, er det noen få som gjør mer enn de er pålagt. Det gjelder bl.a. Bergen og Trondheim, som skjerpet kontrollene etter rapporter som påviste betydelig overskjenking der (Buvik & Baklien, 2006; Lauritzen & Baklien, 2007). I alt foretas det ca. 35 000 kontroller på norske salgs- og skjenkesteder hvert år (Skjælaaen, 2009). I 2008 ble det gjennom disse kontrollene avdekket til sammen 890 overtredelser på skjenkesteder.

Noe under en fjerdedel av overtredelsene dreide seg skjenking til mindreårige eller til berusede personer²¹ (Skjælaaen, 2009).

Hvis det avdekkes overtredelser, er det kommunen som bestemmer om bevillingen skal inndras og eventuelt for hvor lenge. Inndragningen kan gjelde én dag, eller i alvorlige tilfeller ut bevillingsperioden. Én eller to uker er det vanligste. Ofte gir kommunen en advarsel før de går til det skritt å inndra bevillingen. At vilkårene for å fatte vedtak om inndragning er oppfylt, betyr ikke at kommunen har plikt til å inndra bevillingen. Her er altså handlingsrommet stort. Veien fra overskjenking til inndragning er lang, og en rekke betingelser må være oppfylt (Figur 1).

Figur 1 Fra overskjenking til inndragning (hentet fra Lauritzen & Baklien, 2007)



I tråd med at det er en lang vei fra kontroll til eventuell inddragning, ser vi også at et mindretall av avdekkete overtredelser fører til sanksjoner i form av inddragninger av bevilling. I 2008 var det i alt 120 inddragninger av skjenkebevillinger. Ser vi spesielt på Oslo, viser Kommunerevisjonens gjennomgang at det i hovedstaden i løpet av nesten tre kvart år (perioden 1.1–14.9.08) ble avdekket 25 tilfeller av skjenking til åpenbart påvirkete personer, mens det var en enkelt bevillingsinndragning for slike

²¹ De øvrige avdekkete overtredelsene dreide seg hovedsakelig om brudd på reklamebestemmelser, mangler ved plasseringen av alkoholholdige drikker, økonomiske mangler, mangler ved internkontrollsystemet, brudd på reklamebestemmelser og manglende tilbud om alkoholfri drikke. Til sammenlikning ble det avdekket 165 overtredelser på salgsbestemmelsene i butikker, og en fjerdedel av disse dreide seg om salg til mindreårige. (Skjælaaen, 2009)

overtredelser (Oslo kommune 2009). I samme periode rapporterte kontrollen om 18 tilfeller av skjenking til mindreårige, og tre inndragninger av denne grunn.

Flere studier har vist at skjenking til mindreårige og berusete forekommer i betydelig grad, og indikerer dermed at håndhevelsen av alkohollovens bestemmelser neppe er tilstrekkelig. I studier i Bergen og Trondheim har man brukt skuespillere som framstår som svært fulle for å se på omfanget av overskjenking (Buvik & Baklien, 2006; Lauritzen & Baklien, 2007). I disse studiene fikk de tilsynelatende svært fulle gjestene kjøpt alkohol i over 80 % av tilfellene. Også når skuespilleren framsto som så beruset at han eller hun knapt kunne ta vare på seg selv, fikk vedkommende likevel servering. Overskjenkingsprosenten var lavere tidlig på kvelden, og økte utover natta. I disse studiene har det ikke vært en eneste serveringsnekt i skjenketidens siste time. Lignende studier fra Sverige og Finland har også vist tilsvarende resultater (Wallin & Gripenberg 2002, Wallin, Gripenberg & Andréasson 2002, Warpenius 2005, Warpenius, Holmila & Mustonen 2010). Det er ingen grunn til å tro at situasjonen i Bergen og Trondheim er annerledes enn i andre deler av landet.

Også når det gjelder aldersgrensen for salg og skjenking, har flere studier vist at håndhevelsen er begrenset. De fleste studier av håndhevelsen av aldersgrensen har undersøkt i hvilken grad mindreårige får kjøpt alkohol²². Det er gjort noen norske studier på dette. I spørreundersøkelser rapporterer mindreårig ungdom at de har lykkes i å kjøpe alkohol på skjenkested i et flertall av de gangene de har forsøkt (Rossow, Storvoll, & Pape, 2007). Man har også funnet at 18-åringer som ser unge ut for alderen har lyktes i å få kjøpt alkohol i noe under halvparten av tilfellene på skjenkesteder (Buvik & Baklien, 2006). En spørreundersøkelse blant et stort utvalg tenåringer under 18 år fra alle deler av landet, viste at en av tre mindreårige hadde drukket seg fulle på et skjenkested i løpet av det siste året, og at en av ti beruselseepisoder forekom på et skjenkested (Storvoll, Rossow, & Pape, 2010).

Det kan være overraskende at så vidt få overtredelser av alkoholloven blir avdekket, når vi samtidig vet at det foregår både mye overskjenking og mye salg og skjenking til mindreårige. Mye tyder på at kommunene ikke utnytter det forebyggings-

²² Måten dette undersøkes på varierer mellom studier. I noen studier har man sendt ut ungdommer som faktisk var mindreårige (til dels godt under aldersgrensen) for å kjøpe alkohol, mens man i andre slike kjøpsstudier har benyttet ungdom som faktisk var over aldersgrensen, men som så klart yngre ut. Det har også vært gjort minst en studie hvor man har spurt mindreårig ungdom om både kjøpsforsøk og faktiske kjøp og ut fra dette beregnet andelen kjøpsforsøk som lyktes.

potensialet som burde ligge i strenge og konsekvente sanksjoner. Særlig gjelder det skjenkebevillingene.

Hvordan lovens kontrollbestemmelser forvaltes i kommunene, preges av økonomiske avveininger. Kontroll er billigere når kontrolløren bruker kort tid på hvert sted, og den er billigere hvis det er én kontrollør som går alene. Ulempen er at én person observerer færre situasjoner enn to personer. I tillegg krever kontroll en rekke vurderinger som det er betryggende å være to om. For eksempel kan en ved mistanke om at mindreårige får servering, eller i tvilstilfeller om hvorvidt en person er åpenbart påvirket eller ikke, diskutere seg i mellom framfor å måtte ta vurderingen selv. Samtidig har en rapport fra to kontrollører en helt annen tyngde. Når det gjelder hvor lang tid kontrollørene skal bruke på hvert sted, vil en ved å være lenge på et sted på en bedre måte kunne vurdere om salg eller skjenking foregår innenfor lovens rammer. Særlig kan dette være tilfelle om en skal undersøke om det skjenkes til mindreårige eller til personer som er åpenbart påvirket. Det sier seg selv at det koster mer jo lenger tid en estimerer at en kontroll i gjennomsnitt skal vare. Om kommuner er opptatt av å ha billigst mulige kontroller, vil det kunne gå utover kontrollørenes mulighet til å avdekke overtredelser og kunne dokumentere overtredelsen godt.

Som i beslutninger om hvordan kontrollen skal gjennomføres, har spenningsfeltet mellom den statlige styringen og det kommunale selvstyret betydning for hvordan sanksjonsbestemmelsene praktiseres. Spenningsfeltet synliggjøres i det faktum at sanksjonene ikke utstedes av et rettsapparat, men av lokale politikere. Mens loven er entydig på at det *skal* kontrolleres et minimum antall ganger, er den mer utydelig når det kommer til sanksjoner på avdekkede overtredelser. Overtredelse av salgs- eller skjenkebestemmelse *kan* sanksjoneres med inndragning av bevilling for en kortere eller lengre periode. Selv om loven angir momenter som bør spille inn i vurderingen av hvorvidt det skal foretas inndragning, gir den ingen klare retningslinjer. Det er overlatt til kommunen å avgjøre hvordan overtredelser skal sanksjoneres.

På den ene siden har vi altså en alkohollov som burde kunne være et virkningsfullt forebyggingsredskap, og på den andre siden ser vi at dette redskapet bør kunne utnyttes langt bedre enn i dag. Innenfor rammene av dagens lovverk og maktfordelingen mellom stat og kommune, vil det først og fremst være opplærings- tiltak og bevisstgjøring av de lokale aktørene som forvalter alkoholloven som kan endre denne situasjonen. Det dreier seg om politikere som har beslutningsmyndighet

i bevillings- og inndragningssaker, kommunale saksbehandlere som har ansvaret for slike saker, og salgs- og skjenkekontrollører. Mye tyder på at alle disse trenger generell kunnskap om innholdet i alkoholloven og lovens forebyggingspotensiale. De kommunale saksbehandlerne trenger kunnskap om hvordan de kan følge opp salgs- og skjenkekontrollen. De kommunene som kjøper kontrolltjenester fra private firmaer, trenger mer kunnskap om hvordan de kan utforme kravspesifikasjoner slik at kontrollen blir mest mulig effektiv. Kontrollørene trenger kunnskap om hvordan de skal rapportere overtredelser på en slik måte at det ikke er tvil om hva som har skjedd, og også slik at det holder i en eventuell rettssak hvis salgs- eller skjenkestedet anker et vedtak om bevillingsinndragning. Kontrollørene trenger også trening i den vanskelige skjønsmessige vurderingen av om en person er «åpenbart påvirket av rusmidler», dvs. for beruset til å få kjøpt eller bli skjenket alkohol ut fra lovens krav. Helsedirektoratet har nå satt i gang et prosjekt for å styrke skjenkekontrollen i bred forstand.

I et scenario utenfor de nevnte rammene som ligger i dagens lovverk og maktfordeling, kan man også tenke seg andre tiltak som kunne bedre håndhevingen av alkoholloven. Dette er tiltak som forutsetter at den betydelige autonomien som kommunene i dag har på det alkoholpolitiske feltet blir redusert. På andre områder, som helsetjenester og barnevern, er kommunene underlagt en viss kontroll og styring på et høyere administrativt nivå. Slik er det ikke når det gjelder den kommunale forvaltningen av alkoholloven. Når mange kommuner ikke oppfyller lovens krav om antall kontroller, er det ingen instans som griper fatt i det. Man kunne derfor tenke seg at et tilsyn med kommunenes lovpålagte oppgaver etter alkoholloven ble tillagt for eksempel fylkesmannen, akkurat som fylkesmannen følger med på andre kommunale oppgaver som for eksempel barnevernet. Likedan kunne man tenke seg at kontroller og sanksjoner av overtredelser ble løftet opp på et regionalt nivå, slik man for eksempel har det i Finland. Dette ville også gi en distanse til de private relasjoner og næringsinteresser som med dagens ordning kan påvirke beslutningene, særlig i de mindre kommunene. Nyttan av slike tiltak må imidlertid veies opp mot verdien av det kommunale selvstyret innenfor alkoholpolitikken.

6.2.2 Kartlegging og tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten

Vi har tidligere vist (kapittel 4.3) at det er godt dokumentert at kartlegging og tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten kan gi gode resultater med redusert alkoholkonsum blant pasienter med et risikofyllt høyt alkoholkonsum. Til tross for at dette er et tiltak med godt dokumentert effekt, ser det ut til at det i begrenset grad blir

tatt i bruk i Norge. En spørreundersøkelse blant 1000 norske allmennleger viste at tre av fire ikke brukte noe kartleggingsinstrument (f.eks. AUDIT eller biomarkører²³) for å avdekke mulig risikofylt konsum blant pasientene (Nygaard, Paschall, Aasland, & Lund, 2010). Studien viste at det i første rekke var legenes kjennskap til slike kartleggingsinstrument som var av betydning for om legene brukte dette eller ikke, mens økonomiske insentiv (bedre refusjonsordninger) syntes å være av mindre betydning. På den annen side tydet erfaringer fra Regionprosjektet²⁴ på at også utilstrekkelige økonomiske insentiv nettopp kan være en grunn til at norske allmennpraktikere i liten grad tar i bruk kartlegging og tidlig intervensjon (Baklien et al., 2007). Foreliggende forskning tyder imidlertid på at det neppe spiller noen vesentlig rolle om det er leger eller annet helsepersonell som foretar slik kartlegging og tidlig intervensjon (Babor et al., 2010). Det kan derfor kanskje være mer hensiktsmessig å forsøke å få sykepleiere til å utføre tiltaket, – i så fall vil muligens barrierene og de økonomiske kostnadene da være mindre og mulighetene for å nå bedre ut med et effektivt tiltak være større.

6.3 Videre forskning

Vi vil avslutningsvis peke på noen områder som framstår som særlig viktige for videre forskning på dette feltet i Norge. I NOU 2003: 4 «Forskning på rusmiddel-feltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak» er det gitt noen anbefalinger om videre forskning i Norge på effekt av tiltak. Kommisjonen bak NOU'en framhevet noen områder hvor forskningen i Norge er mangelfull eller fraværende i forhold til aktuelle tiltak. Disse områdene omfattet blant annet følgende:

- tiltak rettet mot barn og unge med særskilt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer
- lokalbaserte tiltak
- åpningstider for salg og skjenking av alkohol
- håndheving av aldersgrenser
- differensielle effekter av prisendringer i ulike befolkningsgrupper og mulig kritisk nivå for prisendringer
- forebyggende tiltak i arbeidslivet
- miniintervensjoner i helsetjenesten (kartlegging og tidlig intervensjon).

²³ AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) er et selvutfyllingsinstrument med ti spørsmål om alkoholbruk og noen konsekvenser av alkoholbruk. Biomarkører kan for eksempel være leververdier målt fra blodprøver. Dersom disse er høye, kan det indikere et høyt alkoholinntak.

²⁴ Et satsingsprosjekt på lokal rusmiddelforebygging i noen norske kommuner

I årene som har gått etter at denne NOU'en kom, er det gjort studier i Norge på flere av disse områdene, i første rekke på håndheving av aldersgrenser (Buvik & Baklien, 2006; Rossow, et al., 2008; Rossow, et al., 2005; Rossow, et al., 2007), men også på evaluering av lokalbaserte tiltak (Baklien, et al., 2007) og på kartlegging og tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten (Nygaard, et al., 2010).

I drøftingen av prioritering av videre effektforskning i Norge pekte kommisjonen bak NOU'en på flere hensyn som bør legges til grunn for slik prioritering, – deriblant problemomfangets størrelse, sannsynlig effektoppnåelse, legitimerings-hensyn og økonomiske hensyn. Kommisjonen pekte også på betydningen av å vurdere overførbarhet av kunnskap fra studier i andre land. I dette ligger at man snarere bør prioritere forskning på tiltak hvor overførbarheten fra andre land er liten. Vi vil her legge til at det også vil være viktig å prioritere forskning på særnorske forhold samt forskning på tiltak som gjøres i Norge og som er lite belyst i den internasjonale forskningslitteraturen og hvor kunnskapen vil være overførbar til andre land. Vi antyder i det følgende kort noen tematiske områder som på dette grunnlaget vil være viktig å prioritere i den videre forskningen på tiltak for å redusere alkoholrelaterte skader og problemer.

I en drøfting av hva som virker, blir spørsmål knyttet til forvaltningen av alkoholloven sentrale. Implementeringen av i og for seg virkningsfulle forebyggingsredskaper, begrenses av lokale interesser og lokal økonomi. Det finnes lite internasjonal forskning som belyser disse spenningsfeltene. Her ligger det imidlertid viktige temaer som både inviterer til mer forskning, og som kanskje bør få sin plass på den rusmiddelpolitiske dagsorden.

I løpet av de siste par årene har en del større norske byer innskrenket skjenketiden noe i forhold til maksimaltiden. Hvorvidt en slik endring har hatt betydning for omfanget av vold og ordensforstyrrelser i disse byene, er foreløpig usikkert. Temaet har vært gjenstand for mye debatt og det har vært framsatt påstander i sprikende retninger om hvorvidt skjenketidsrestriksjoner har hatt betydning for voldsomfanget. Både fordi det er av nasjonal interesse og fordi slik kunnskap trolig har overføringsverdi til andre, vil det være viktig å evaluere betydningen av de skjenketidsrestriksjonene som er gjort med hensyn til mulige konsekvenser for omfang av vold og uro.

Ettersom skjenkesteder, som nevnt, representerer en «risikosone» for alkoholrelatert vold, vil tiltak på skjenkesteder være særlig relevante. Som vi har sett, er det trolig

et stort mangfold i hvordan kontroller gjennomføres på skjenkesteder og hva som skal til for at overtredelser sanksjoneres. Mer kunnskap om hvordan dagens praksis er, samt kunnskap om tiltak for å bedre håndhevingen av skjenkebestemmelsene gjennom kontroller og sanksjoner, vil derfor også være viktige tema i forskningen på dette feltet. Videre forskning på implementering av kartlegging og tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten vil også være et viktig område å prioritere framover.

Referanser

Aas, H.N. (1996). *Evaluering av aksjon mot ulovlig spritometning* (SIFA-rapport nr. 2/96). Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Aas, H. & Klepp, K.-I. (1992). Adolescents' alcohol use related to perceived norms. *Scandinavian Journal of Psychology*, 33, 315–325.

Alver, Ø. O. (2004). *Om pris og etterspørsel etter alkohol i Norge* (SIRUS-rapport nr. 4/2004). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Amundsen, E.J. & Ravndal, E. (2010) Does successful school-based prevention of bullying influence substance use among 13–16 year olds? *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 17, 42–54.

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.

Anderson, P., Chisholm, D. & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 373(9682), 2234–2246.

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Osterberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Second edition. Oxford: Oxford University Press.

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Osterberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.

Baklien, B. (1989). *Aksjon mot russkader. Evalueringsrapport*. Oslo: Rusmiddel-direktoratet.

Baklien, B., Pape, H., Rossow, I. & Storvoll, E.E. (2007). *Regionprosjektet – nyttig forebygging? Evalueringen av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging* (SIRUS-rapport nr. 6/2007). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Blanck, P., Hensing, G. & Spak, F. (2007). «We do what we think is the best» – A content analysis of experiences of alcohol problem prevention in Sweden. A short report. *Substance Use & Misuse*, 42, 2073–2083.

Bloomfield, K., Rossow, I. & Norström, T. (2009). Changes in alcohol-related harm after alcohol policy changes in Denmark. *European Addiction Research*, 18(4), 224–231.

Botvin, G.J. & Griffin, K.W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 22, 211–232.

Brand, D. A., Saisana, M., Rynn, L. A., Pennoni, F. & Lowenfels, A. B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Medicine*, 4(4), 752–759.

Brown, J.H. (2001). Youth, drugs and resilience education. *Journal of Drug Education* 31, 83–122.

Buvik, K. V., & Baklien, B. (2006). *Skal det være noe mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim* (SIRUS-rapport nr. 4/2006). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Cahill, H.W. (2007). Challenges in adopting evidence-based school drug education programmes. *Drug and Alcohol Review*, 26, 673–679.

Chaloupka, F. J., Grossman, M. & Saffer, H. (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research & Health*, 26, 22–34.

Cook, P. J. & Moore, M. J. (2002). The Economics Of Alcohol Abuse And Alcohol-Control Policies. *Health Affairs*, 21(2), 120–133.

Cuijpers, P. (2003). Three decades of drug prevention. *Drugs: Education, Prevention & Policy* 10, 7–20.

Dalton, M.A., Bernhardt, A.M., Gibson, J.J., Sargent, J.D., Beach, M.L., Adachi-Mejia, A.M., Titus-Ernstoff, L. L. & Heatherton, T.F. (2005). Use of cigarettes and alcohol by preschoolers while role-playing as adults. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 159, 854–859.

Donovan, J. E. & Molina, B.S.G. (2008). Children's Introduction to Alcohol Use: Sips and Tastes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 32(1), 108–119.

Dusenbury L., Brannigan, R., Falco, M. & Hansen, W.B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implication for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18, 237–256.

ECON (1998). *Markedet for alkoholdige drikker*. Oslo: ECON.

Edland-Gryt, M. (Ed.). (2009). *Rusmidler I Norge 2009*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Fekjær, S. & Pape, H (2004). Når «alle» doper seg. Feilaktige forestillinger om narkotikabruk blant ungdom. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 4 (2), 21–32.

Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C.C., Tubman, J.G. & Adamson, L. (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt*. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete / IMS. Statens institusjonsstyrelse / SiS.

Flay, B.R., Bigan, A., Boruch, R.F., Castro, F.G., Gottfredson, D., Kellam, S., Moscicki, E.K., Schinke, S., Valentine, J.C. & Ji, P. (2005). Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6, 151–175.

Fossey, E. (1994). *Growing up with alcohol*. London: Routhledge.

Foxcroft, D. (2006a). *Alcohol misuse prevention for young people: a rapid review of recent evidence*. WHO Technical Report. Geneva: World Health Organization.

Foxcroft, D. (2006b). Alcohol education: absence of evidence or evidence of absence? *Addiction*, 101, 1057–1059.

Foxcroft, D., Ireland, D., Lister-Sharp, G., Lowe, D. & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98, 397–411.

Foxcroft, D., Ireland, D., Lowe, D. & Breen, R. (2002). Primary prevention for alcohol misuse in young people (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002/3. Art. No.: CD003 024.

Foxcroft, D., Lister-Sharp, G. & Lowe, D. (1997). Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction*, 92, 531–338.

Gallet, C. (2007). The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 51, 121–136.

Gorman, D. (2002). The «science» of drug and alcohol prevention: the case of the randomized trial of the Life Skills Training program. *International Journal of Drug Policy*, 13, 21–26.

Gorman, D. (2005). The centrality of critical rational reasoning in science: A response and further comments on the Life Skills Training program, the Seattle Social Development Project, and prevention studies. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 263–275.

Gottfredson, D. (2001). *Schools and delinquency*. Cambridge: Cambridge University Press.

Graham, K., Bernards, S., Osgood, D. W. & Wells, S. (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.

Grossman, M. (2005). Individual behaviors and substance use: the role of price. In B. Lindgren & M. Grossman (Eds.), *Substance use: individual behaviour, social interactions, markets and politics*. Amsterdam: Elsevier.

Gual, A., & Colom, J. (1997). Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe? *Addiction*, 92(Suppl 1), S21–31.

Hauge, R., & Guslund, J. J. (1992). *Straffutmålingen i promillesaker. En undersøkelse av hvordan endringene i promillelovgivningen i 1988 har påvirket domstolenes straffutmålingspraksis* (SIFA-rapport nr. 1/92). Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Her, M., Giesbrecht, N., Room, R. & Rehm, J. (1999). Privatizing alcohol sales and alcohol consumption: Evidence and implications. *Addiction*, 94, 1125–1139.

Holder, H. (Ed.) (2007). *If retail alcohol sales in Sweden were privatized, what would be the potential consequences?*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.

Holder, H., Giesbrecht, N., Horverak, Ø., Nordlund, S., Norström, T., Olsson, O., Österberg, E. & Skog, O.J. (1995). Potential consequences from possible changes to nordic retail alcohol monopolies resulting from European Union membership. *Addiction*, 90(12), 1603–1618.

Horverak, Ø. (1977). *Etterspørselen etter brennevin og vin i Norge. En analyse av sammenhengen mellom omsatt kvantum og priser på brennevin og vin*. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning.

Horverak, Ø. (2008). The transition from over-the-counter to self-service sales of alcoholic beverages in Norwegian monopoly outlets. Implications for sales and customer satisfaction. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25(2), 77–99.

Horverak, Ø. (2009). Wine Journalism-Marketing or Consumers' Guide? *Marketing Science*, 28(3), 573–579.

Horverak, Ø., & Bye, E. K. (2007). *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973 til 2004* (SIRUS-rapport nr. 2/2007). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Horverak, Ø., & Österberg, E. (2002). Utviklingen i avgifter og priser på alkoholdrikker i Norden på 1990-tallet. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift*, 19(2), 91–105.

Ihlen, B.-M., Amundsen, A., & Trønnes, L. (1993). Reduced alcohol use in pregnancy and changed attitudes in the population. *Addiction*, 88(3), 389–394.

Ihlen, B.-M. (1995). *Graviditet og rusmiddelbruk. En prospektiv studie av alkohol, tobakk, neonatale effekter holdnings- og konsumendringer fra 1985 til 1990*. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Kallestad, J.H. & Olweus, D. (2003). Predicting Teachers' and Schools' Implementation of the Olweus Bullying Prevention Program: A Multilevel Study. *Prevention & Treatment*, 6, Article 21.

Karlson, P. & Bergmark, A. (2009). Nya grepp i preventionsarbetet? *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, 26, 5–18.

Karlsson, T., & Österberg, E. (2002). Norway. In E. Österberg & T. Karlsson (Eds.), *Alcohol policies in EU member states and Norway* (pp. 321–340). Helsinki: Stakes.

Kuo, M., Wechsler, H., Greenberg, P., & Lee, H. (2003). The marketing of alcohol to college students: the role of low prices and special promotions. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 204–211.

Kypri, K. & Langley, J.D. (2003). Perceived social norms and their relation to university student drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 829–834.

Lauritzen, H. C. & Baklien, B. (2007). *Overskjenking i Bergen. En oppfølgingsevaluering av Ansvarlig vertskap*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Lund, I. (1997). *Alkohol og marked: nye utfordringer i kjølvannet av EØS-avtalen* (SIFA-rapport nr. 1/97). Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Mäkelä, P. & Österberg, E. (2009). Weakening of one or more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*, 104, 554–563.

Mäkelä, P., Rossow, I. & Tryggvesson, K. (2002). Who drinks more or less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. In R. Room (Ed.), *The effects of Nordic alcohol policies? What happens to drinking and harm when alcohol controls change?* (pp. 17–70). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Mann, R. E., Macdonald, S., Stotudo, G., Bondy, S., Jonah, B. & Shaikh, A. (2001). The effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: An international review. *Accident Analysis and Prevention*, 33, 569–583.

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.

McGuire, W.J. (1985). Attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 233–346). New York: Random House,

Mohler-Kuo, M., Rehm, J., Heeb, J. L. & Gmel, G. (2004). Decreased taxation, spirits consumption and alcohol-related problems in Switzerland. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(2), 266–273.

Møller, L. (2002). Legal restrictions resulted in a reduction of alcohol consumption among young people in Denmark. In R. Room(Ed.), *The effects of Nordic alcohol policies: What happens to drinking and harm when alcohol controls change?* (pp. 155–166). Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Nilssen, O. (1991). The Tromsø study: identification of and a controlled intervention on a population of early-stage risk drinkers. *Preventive Medicine*, 20, 518–528.

Nilssen, O. (2004). Long-term effect of brief intervention in at-risk alcohol drinkers: a 9-year follow-up study. *Alcohol and Alcoholism*, 39(6), 548–551.

Nordahl, T., Natvig, H., Samdal, O., Thyholdt, R. & Wilhelmsen, B.U. (2006). Vurdering av rusprogrammer i skolen. I: Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudsmoen, H., Larsen T.M.B. & Rørnes, K. (red.) *Forebyggende innsatser i skolen* (s. 78–119). Oslo: Utdanningsdirektoratet.

Nordlund, S. (2010). Effects of increasing availability of wine and spirits in Norway. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift*, 27(2), 127–140.

Norström, T. (1997). Assessment of the impact of the 0.02 % BAC-limit in Sweden. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 6, 245–248.

Norström, T. (2000). Outlet density and criminal violence in Norway, 1960–1995. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(6), 907–911.

NOU 2003: 4. *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Nygaard, P., Paschall, M. J., Aasland, O. G. & Lund, K. E. (2010). Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol & Alcoholism*, 45(2), 207–212.

Paglia, P. & Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *The Journal of Primary Prevention*, 20, 3–50.

Pape, H. (2009a). Skoletiltak som synes å gi effekt: Fruktbar forskning om rusforebygging eller suspekke historier om suksess? *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift*, 26, 341–354.

Pape, H. (2009b). Tro, håp og kjærlighet – eller hypotesetestende forskning? En kommentar til Natvigs innlegg. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, 26, 362–364.

Pape, H., Rossow, I. & Baklien, B. (2007). Villedende om rusforebygging i skolen. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 127,1399.

Pape, H., Storvoll, E.E. & Rossow, I. (2006). Så feil kan man ta! En studie av unge menneskers kunnskap om alkohol- og narkotikabruk. *Tidsskrift for Ungdomsforskning*, 6, 97–109.

Pedersen, W. (2006). *Bittersøtt. Ungdom, rusmidler, sosialisering* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Pernanen, K. (1996). *Sammenhengen alkohol – vold* (SIFA-rapport nr. 3/96). Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Rise, J., Natvig, H., & Storvoll, E. E. (2005). *Evaluering av alkoholkampanjen «Alvorlig talt»* (SIRUS-rapport nr. 1/2005). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Ritter, A. (2009). How do policy makers access research evidence? *International Journal of Drug Policy*, 20, 70–75.

Room, R. (2003). *Preventing alcohol problems: popular approaches are ineffective, effective approaches are politically impossible*. Paper presented at the 13th Alcohol Policy Conference.

Room, R. (2008). Dealing with publication bias: two possible steps forward. *Drug and Alcohol Review*, 27, 343–344.

Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*, 365(9458), 519–530.

Roona, M., Streke, A., Ochshorn, P., Marshall, D. & Palmer, A. (2007). *Identifying effective school-based substance abuse interventions*. Hentet fra: silvergategroup.com/public/PREV2000/Roona.pdf (tilgjengelig 11. mai 2007)

Rossow, I. & Romelsjö, A. (2006). The extent of the 'prevention paradox' in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction*, 101, 84–90.

Rossow, I., Pape, H. & Storrø, E.E. (2005). Beruselsens kilder – hvordan ungdom skaffer seg alkohol. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 119, 216–220.

Rossow, I., & Baklien, B. (2010). Effectiveness of responsible beverage service: the Norwegian experiences. *Contemporary Drug Problems*, 37, 91–107.

Rossow, I., Karlsson, T., & Raitasalo, K. (2008). Old enough for a beer? Compliance with minimum legal age for alcohol purchases in monopoly and other off-premise outlets in Finland and Norway. *Addiction*, 103, 1468–1473.

Rossow, I., Storrø, E. E., & Pape, H. (2007). Håndheves aldersgrensen for å få kjøpt alkohol? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127, 1510–1512.

Rossow, I. (under trykking). Trends in alcohol consumption, alcohol related harms and alcohol policy in Norway from 1990 to 2010. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*.

Shkolnikov, V. M., & Nemtsov, A. (1997). The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. In J. L. Bobadilla, C. A. Costello & F. Mitchell (Eds.), *Premature death in the new independent states*. Washington, DC: National Academy Press.

Skjælaaen, Ø. (2009). *Kommunenes forvaltning av alkoholloven 2009*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Steinkjer, B. (2008). *Tiltaket Unge & Rus i Oslo – en prosessevaluering*. Narvik: Nordnorsk kompetansesenter Rus.

Stockwell, T., & Chikritzhs, T. (2009). Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking. *Crime Prevention and Community Safety*, 11, 153–170.

Storvoll, E. E., Rossow, I. & Pape, H. (2010). Where do adolescents get drunk? A study of the relative importance of various drinking locations among Norwegian adolescents. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27(3), 209–221.

Storvoll, E. E., Rossow, I., & Rise, J. (2010). *Alkoholpolitikken og opinionen. Endringer i befolkningens holdninger til alkoholpolitikken og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005–2009* (SIRUS-rapport nr. 1/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Storvoll, E.E., Rossow, I., Moan, I.S., Norström, T., Scheffels, J. & Lauritzen, G. (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk* (SIRUS-rapport nr. 3/2010). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Strand, M. M. (1993). *Pris- og inntektselastisiteter for brennevin og vin*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Thorsen, T. (1990). *Hundrede års alkoholmisbrug, alkoholforbrug og alkoholproblemer i Danmark*. København: Alkohol- og narkotikarådet.

Tobler, N., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A. V. & Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1997 meta-analyses. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275–336.

Tobler, N. & Stratton, H. (1997): Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analyses of the research. *Journal of Primary Prevention*, 8, 71–128.

Tobler, N. (1986): Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programmes. *Journal of Drug Issues* 16: 537–567.

Vinmonopolet (2010). *Om Vinmonopolet*. Hentet fra www.vinmonopolet.no 16.08.2010

Wagenaar, A. C. & Toomey, T. L. (2002). Effects of minimum drinking age laws: Review and analyses of the literature from 1960 to 2000. [Review]. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 206–225.

Wagenaar, A. C., Salois, M. J., & Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104(2), 179–190.

Wallin, E. (2004). *Responsible beverage service. Effects of a community action project*. Stockholm University, Stockholm.

Wallin, E., Gripenberg, J. & Andréasson, S. (2002). Too drunk for a beer? A study of overserving in Stockholm. *Addiction*, 97, 901–907.

Wallin, E. & Gripenberg, J. (2002) *Dags att gå hem? En oppföljande studie av servering til berusade kroggäster i Stockholm*. Stockholm: STAD-prosjektet.

Warpenius, K. (2005). «Ett shtort stop ...». Skådespelare testar krogars serveringspraxis, *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 22, 385–400.

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.

Weitzman, E.R. & Nelson, T.F. (2004). College student binge drinking and the «prevention paradox»: implications for prevention and harm reduction. *Journal of Drug Education*, 34, 247–265.

Werch, C.E. & Owen, D.M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 581–590.

Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. & Klein, J. (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(7), 557–568.

Wilk, A. I., Jensen, N. M., & Havighurst, T. C. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 274–283.

Zucker, R.A., Kincaid, S.B., Fitzgerald, H.E. & Bingham, C.R. (1995). Alcohol schema acquisition in preschoolers. Differences between children of alcoholics and children of non-alcoholics. *Alcoholism – Clinical and Experimental Research*, 19, 1011–1017.

Øia, T. & Strandbu, Å. (2010). *15-åringer – hvem drikker? En undersøkelse av tiendeklassinger i Oslo*. NOVA-rapport nr. 1/10. Oslo: NOVA.

Österberg, E., & Karlsson, T. (2001). Alcohol policies in the ECAS countries, 1950–2000. In T. Norström (Ed.), *Alcohol in postwar Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: National Institute of Public Health, Sweden.

Österberg, E., & Karlsson, T. (Eds.). (2002). *Alcohol policies in EU member states and Norway. A collection of country reports*. Helsinki: Stakes.

English summary

Alcohol related harms and problems are of many kinds and affect many people and often severely. To curb the extent of such harms and problems is therefore an important task. This report addresses the most important interventions in this respect within a Norwegian context. Drawing on an extensive international research literature and knowledge about Norwegian alcohol policy we attempt at addressing the following questions: What is the evidence of effectiveness of various interventions to curb alcohol consumption and related harms in the population? Are the interventions effective in particularly significant groups (youth) and heavy drinkers? What are the 'side effects' of the interventions? To what extent are effective interventions employed in Norwegian alcohol policy? Has the use of policy measures in Norway changed over time, and are there measures that should be employed to a larger – or lesser – extent?

Studies that have evaluated educational strategies such as media campaigns and school based programs have generally not demonstrated any effects with respect to alcohol use or related harms. Measures directed at preventing drinking-driving (i.e. lowered BAC limit, random BAC testing, sanctions for drinking-driving) are shown to be effective in reducing traffic crashes. Moreover, there is good evidence that screening and brief intervention in primary health services are effective in reducing alcohol consumption among at-risk drinkers. Evaluations of certain interventions at licensed premises have also shown promising results.

Regulating price and availability of alcohol has proved to be effective not only with respect to alcohol sales but also the extent of alcohol related harms. This means that higher prices and more restrictions on availability are accompanied by less alcohol sales and less harms, in the general population as well as among youth and heavy drinkers. Many interventions that are effective in curbing the extent of alcohol related harms are elements in Norwegian alcohol policy. By employing high alcohol prices, significant restrictions on availability and marketing of alcohol, and restrictive drinking-driving counter-measures Norway has been rated as having the most effective alcohol policy among 30 OECD countries. Thus, the potential to further enhance prevention of alcohol related harms does not seem to lie in intensifying these restrictive measures, but rather in other areas of interventions. Two types of interventions seem particularly relevant in this respect; interventions in licensed premises and screening and brief intervention in primary health services. Finally, some further important research tasks in this area are addressed.

SIRUS-rapporter

Følgende rapporter er kommet ut i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-rapporter, se www.sirus.no under publikasjoner:

4/2010 Redaktør: Ellen J. Amundsen. Forfattere: Ingeborg Lund & Anne Line Bretteville-Jensen, Astrid Skretting, Jostein Rise, Sturla Nordlund og Ellen J. Amundsen *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang.* 78 s. Oslo 2010

3/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow, Inger Synnøve Moan, Thor Norström, Janne Scheffels & Grethe Lauritzen *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk.* 97 s. Oslo 2010

2/2010 Edland-Gryt, Marit & Astrid Skretting *Fylkeskommunenes tannhelsetilbud til rusmiddelmisbrukere – En kartlegging.* 111 s. Oslo 2010

1/2010 Storvoll, Elisabeth E., Ingeborg Rossow & Jostein Rise *Alkoholpolitikken og opinionen – Endringer i befolkningens holdninger og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005–2009.* 68 s. Oslo 2010

9/2009 Rossow, Ingeborg, Inger Synnøve Moan & Henrik Natvig *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?.* 65 s. Oslo 2009

8/2009 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge.* 65 s. Oslo 2009

7/2009 Skretting, Astrid & Hilgunn Olsen *Nye lokaler – andre resultater? – videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo.* 72 s. Oslo 2009

6/2009 Lund, Karl Erik *A tobacco-free society or tobacco harm reduction? Which objective is best for the remaining smokers in Scandinavia?* 85 s. Oslo 2009

5/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008.* 87 s. Oslo 2009.

4/2009 Vedøy, Tord Finne & Astrid Skretting *Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser.* 84 s. Oslo 2009.

3/2009 Aarø, Leif Edvard, Karl Erik Lund, Tord Finne Vedøy & Simon Øverland *Evaluering av myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer i perioden 2003 til 2007*. 140 s. Oslo 2009.

2/2009 Lund, Karl Erik *Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon? Hvilken målsetning tjener de gjenstående røykerne?* 80 s. Oslo 2009.

1/2009 Baklien, Bergljot & Tonje Wejden *Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon»*. 135 s. Oslo 2009.

1/2008 Vedøy, Tord & Ellen J. Amundsen *Rusmiddelbruk blant personer med innvandrerbakgrunn. Oversikter fra befolkningsundersøkelser*. 76 s. Oslo 2008.

8/2007 Lund, Marte K. Ødegård, Astrid Skretting & Karl Erik Lund *Rusmiddelbruk blant unge voksne, 21–30 år. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1998, 2002 og 2006*. 107 s. Oslo 2007.

7/2007 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom*. 169 s. Oslo 2007.

6/2007 Baklien, Bergljot, Hilde Pape, Ingeborg Rossow & Elisabet E. Storvoll *Regionprosjektet – Nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging*. 216 s. Oslo 2007.

5/2007 Laurizen, Hege Cesilie & Bergljot Baklien *Overskjenking i Bergen. En oppfølgingsevaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen*. 98 s. Oslo 2007.

4/2007 Tefre, Ellen M., Arvid Amundsen, Sturla Nordlund & Karl Erik Lund *Studenter og rusmidler. Bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo*. 130 s. Oslo 2007

3/2007 Ihlebæk, Camilla & Ellen J. Amundsen *Majoritet og minoritet. Alkoholbruk blant ungdom utenfor storbyen*. 54 s. Oslo 2007.

2/2007 Horverak, Øyvind & Elin K. Bye *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004*. 245 s. Oslo 2007.

1/2007 Snertingdal, Mette Irmgard *Kalkulerende kjeltringer eller offer for omstendighetene? En kvalitativ studie av heroinomsetningens utvikling og aktører*. 140 s. Oslo 2007.

5/2006 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. 83 s. Oslo 2006.

4/2006 Buvik, Kristin V. & Bergljot Baklien *Skal det være noe mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim*. 112 s. Oslo 2006.

3/2006 Nøkleby, Heid & Grethe Lauritzen *Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie*. 165 s. Oslo 2006.

2/2006 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Ingen enkle løsninger: Evaluering av Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. 166 s. Oslo 2006.

1/2006 Solbakken, Bjørn H. & Grethe Lauritzen *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. 150 s. Oslo 2006.

6/2005 Berg, Frid Fjose & Anne Line Bretteville-Jensen *Ungdoms etterspørsel etter alkohol. En empirisk analyse basert på intervjudata 1990–2004*. 75 s. Oslo 2005.

5/2005 Solbakken, Bjørn H., Grethe Lauritzen & Marte K. Ødegård Lund *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. 124 s. Oslo 2005.

4/2005 Bretteville-Jensen, Anne Line *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993–2004*. 176 s. Oslo 2005.

3/2005 Østhus, Ståle *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken. En analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag*. 120 s. Oslo 2005.

2/2005 Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003*. 44 s. Oslo 2005.

1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storvoll *Evaluering av alkoholkampanjen «Alvorlig talt»*. 128 s. Oslo 2005.

SIRUS-skrifter

Følgende publikasjoner er utkommet i denne serien fra og med 2005. For oversikt over alle tidligere utgitte SIRUS-skrifter, se www.sirus.no under publikasjoner:

1/2008 Lund, Karl Erik & Jostein Rise *Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer*. 83 s. Oslo 2008.

5/2007 Hetland, Jørn, Leif Edvard Årø & Simon Øverland *Røykfrie serveringssteder. Samlerapport fra en prospektiv undersøkelse blant ansatte i serveringsbransjen*. 43 s. Oslo 2007.

4/2007 Frøyland, Kjetil *Med arbeidslivet som arena. Om kunnskaps- og utviklingsbehov i arbeidslivsrelatert rusmiddelforskning*. 65 s. Oslo 2007.

3/2007 Lund, Marianne & Rita Lindbak *Norwegian Tobacco Statistics 1973–2006*. 43 s. Oslo 2007.

2/2007 Lund, Karl Erik (red.), Rune Ottesen, Jostein Rise, Sidsel Graff-Iversen & Kjell Bjartveit: *Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigarettøyking i 1950- og 60 årene i Norge*. Erklæringer til Norges Høyesterett i forbindelse med søksmål fra skadelidt om erstatning fra tobakksprodusent. 231 s. Oslo 2007.

1/2007 Melberg, Hans Olav *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005*. 29 s. Oslo 2007.

5/2006 Rise, Jostein *En sosialpsykologisk analyse av et fryktvekkende budskap. En kvasiekperimentell undersøkelse*. 68 s. Oslo 2006.

4/2006 Larsen, Elisabeth, Jostein Rise & Pål Kraft *En evaluering av tobakkskampanjen «Hver eneste sigarett skader deg»*. 53 s. Oslo 2006.

3/2006 Larsen, Elisabeth, Karl Erik Lund og Jostein Rise *Evaluering av tobakkskampanjen «Røyken tar pusten fra deg»*. 116 s. Oslo 2006.

2/2006 Lund, Karl Erik *The introduction of smoke-free hospitality venues in Norway. Impact on revenues, frequency of patronage, satisfaction and compliance*. Evaluation of public tobacco control work in Norway 2003–2007. 110 s. Oslo 2006.

1/2006 Lund, Karl Erik *Innføring av røykfrie serveringssteder i Norge. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse.* 121 s. Oslo 2006.

6/2005 Larsen, Elisabeth, Marianne Lund & Karl Erik Lund: *Evaluering av helseadvarslene på tobakkspakkene.* 33 s. Oslo 2005.

5/2005 Amundsen, Ellen J. *Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: Hva betyr innvandrerbakgrunn? Resultater fra en helseundersøkelse blant 10 klassinger i Oslo 2000/2001.* 92 s. Oslo 2005.

4/2005 Lund, Karl Erik *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument.* 60 s. Oslo 2005.

3/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykfrie serveringssteder. Luftkvalitet, helse og trivsel blant ansatte i serveringsbransjen.* 46 s. Oslo 2005.

2/2005 Hetland, Jørn & Leif Edvard Aarø *Røykevaner, holdninger til innføring av røykfrie serveringssteder og opplevelse av håndhevingsproblemer i serveringsbransjen. En prospektiv panelundersøkelse.* 75 s. Oslo 2005.

1/2005 Hetland, Hilde & Leif Edvard Aarø *Hva kan forbedres i VÆR røykFri-programmet? Intervjuer med elever, lærere og rektorer.* 59 s. Oslo 2005.