

Elisabet E. Storvoll, Ingeborg Rossow og Jostein Rise

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
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 978-82-7171-329-4 (trykt)

ISBN 978-82-7171-330-0 (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

Nettadresse: <http://www.sirus.no>

Design og grafisk produksjon:

07 Gruppen 2009

www.07.no

Forord

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet. SIRUS fikk forespørsel om å skrive en rapport om utviklingen i folkeopinionen om alkohol basert på data som direktoratet hadde bestilt fra Synovate i perioden 2005-2009. Etter å ha vurdert hvilke muligheter som lå i datamaterialet, kom vi i samråd med direktoratet fram til at vi skulle beskrive endringer og stabilitet i befolkningens (1) holdninger til alkoholpolitikken og (2) oppfatninger om effekten av ulike virkemidler for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer.

Vi vil takke våre kolleger Øyvind Horverak, Øystein Skjælaaen, Sturla Nordlund, Christian Lund og Hilde Pape for nyttige innspill i slutføringen av rapporten.

Oslo, November 2009

Elisabet E. Storvoll, Ingeborg Rossow og Jostein Rise

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn for studien	9
1.2 Hvorfor studere befolkningens holdninger til alkoholpolitikken?	9
1.3 Holdninger og oppfatninger om effekt – en begrepsavklaring.	10
1.4 Tidligere studier av endring i holdninger til alkoholpolitikk	12
1.5 Holdninger til alkoholpolitikk i ulike undergrupper.	15
1.6 Alkoholpolitiske virkemidler.	16
1.6.1 Hva vet vi om effekten av ulike alkoholpolitiske virkemidler? ...	16
1.6.2 Har vi fått en mer liberal alkoholpolitikk?	19
1.7 Endringer i alkoholkonsumet	20
1.8 Alkoholkampanjer i regi av Helsedirektoratet	21
1.9 Problemstillinger.	22
2 Metode	23
2.1 Datamateriale	23
2.2 Måleinstrumenter	27
2.3 Statistiske analyser	30
3 Resultater.	31
3.1 Holdninger til alkoholpolitikken	31
3.2 Oppfatninger om effekten av ulike alkoholpolitiske virkemidler.	33
3.3 Oppfatninger om sammenhengen mellom alkoholkonsum og dødsfall. .	34
3.4 Sammenfall i endringer i holdninger og oppfatninger om effekt?	35
3.5 Holdninger og oppfatninger etter kjønn, alder og utdanning	38
3.6 Holdninger og oppfatninger etter drikkefrekvens	41

4 Diskusjon	45
4.1 Begrensninger ved studien	45
4.2 Oppfatninger om den skadereduserende effekten av ulike virkemidler .	48
4.3 Hvilke virkemidler og prioriteringer er det størst oppslutning om?	48
4.4 Forskjellige holdninger i ulike undergrupper	50
4.5 Hvordan kan vi forklare økt oppslutning om restriktive virkemidler? ...	50
4.6 Avsluttende kommentar.	53
Referanser	55
Appendiks	60
English summary	64

Sammendrag

Hovedmålet med denne rapporten har vært å beskrive endringer fra 2005 til 2009 i befolkningens (1) holdninger til alkoholpolitikken og (2) oppfatninger om effekten av ulike virkemidler for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. I tillegg har vi beskrevet hvordan holdningene og oppfatningene varierer etter kjønn, alder, utdanningsnivå og drikkefrekvens.

Rapporten bygger på data fra seks befolkningsundersøkelser som Helsedirektoratet bestilte fra Synovate (tidligere MMI) i perioden 2005-2009. Undersøkelsene ble gjennomført på web, og svarprosenten var mellom 41 og 55 %. Analysene ble begrenset til 20-69-åringene (total N = 8 256), og datasettene ble vektet med hensyn til kjønns- og aldersfordeling.

Studien tyder på at det har vært en bevegelse i befolkningens holdninger til sentrale deler av den norske alkoholpolitikken. Analysene viser at det var større oppslutning om restriktive alkoholpolitiske virkemidler på slutten av perioden 2005-2009 enn i begynnelsen. Det var for eksempel færre som var enige i at alkohol er for dyrt, at vin bør selges i butikk, at aldersgrensene er for høye og at promillegrensene er for strenge. Oppfatningene om effekten av sentrale virkemidler for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer endret seg også. Det var en økning i andelen som trodde at høye priser og tilgjengelighetsbegrensninger i stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol. På den annen side var det en nedgang i andelen som trodde at aldersgrenser for kjøp av alkohol og promilleregler for bilkjøring hadde en slik effekt. Andelene som trodde at foreldres grensesetting og informasjon og holdningsskapende arbeid i stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene, var stabil.

Oppslutningen om en restriktiv alkoholpolitikk var generelt sett størst blant kvinner, de eldste respondentene, de med høyest utdanning og de som ikke, eller bare sjelden drakk alkohol. De samme undergruppene var også mest tilbøyelige til å tro at de alkoholpolitiske virkemidlene det ble spurt om, var effektive for å begrense skadevirkningene av alkohol. Selv om holdningene til alkoholpolitikken og oppfatningene om effekt av

ulike virkemidler varierte mellom disse undergruppene, viste de statistiske analysene at *endringene* i holdninger og oppfatninger i perioden 2005-2009, med noen få unntak, gjaldt for alle gruppene.

Hvis vi ser holdningsendringene i denne studien i sammenheng med funnene fra tidligere norske studier, kan det se ut til at det har vært en tendens i retning av større oppslutning om restriktive alkoholpolitiske virkemidler gjennom det siste tiåret. Vi diskuterer dette i lys av tre forhold som kan tenkes å ha hatt betydning: liberaliseringen av den norske alkoholpolitikken, økningen i alkoholkonsumet og Helsedirektoratets alkoholkampanjer.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for studien

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet. SIRUS fikk forespørsel om å skrive en rapport om utviklingen i folkeopinionen om alkohol basert på data som direktoratet hadde bestilt fra Synovate i perioden 2005-2009. Etter å ha vurdert hvilke muligheter som lå i datamaterialet, kom vi i samråd med direktoratet fram til at vi skulle beskrive endringer og stabilitet i befolkningens (1) holdninger til alkoholpolitikken og (2) oppfatninger om effekten av ulike virkemidler for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. I tillegg har vi beskrevet hvordan holdningene og oppfatningene varierer mellom ulike undergrupper i befolkningen.

Vi antar at befolkningens holdninger til alkoholpolitikken endres relativt langsomt, med mindre det skjer brå og betydelige endringer som påvirker holdningsklimaet. Vi har derfor knyttet endringer og stabilitet i holdninger innenfor det lille tidsvinduet fra 2005 til 2009 til endringer i bruk av ulike alkoholpolitiske virkemidler og i alkoholkonsum over en noe lengre periode. Vi favner med andre ord et større tidsvindu i forklaringen av endringer og stabilitet enn den perioden vi har empiriske data for. I tillegg diskuterer vi om Helsedirektoratets alkoholkampanjer i perioden 2004-2008 kan ha hatt noe å si for befolkningens holdninger til alkoholpolitikken og deres oppfatninger om effekten av ulike virkemidler. Det er imidlertid viktig å presisere at denne rapporten ikke utgjør en evaluering av direktoratets alkoholkampanjer.

1.2 Hvorfor studere befolkningens holdninger til alkoholpolitikken?

I denne rapporten har vi valgt å definere alkoholpolitikk som innsatser og beslutninger truffet av en offentlig myndighet, som har, eller antas å ha betydning for alkoholkonsumet og/eller omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer. Alkoholpolitikk handler både om bruk av ulike virkemidler som kan påvirke konsumet og/eller omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer (for eksempel

avgiftsendringer) og prioriteringer med hensyn til hvor ressursene settes inn (for eksempel om forebygging skal opprioriteres i forhold til behandling).

Befolkningens holdninger til den alkoholpolitikken som føres, sier oss noe om hvor stor legitimitet politikken har i befolkningen. Er det stor oppslutning om sentrale virkemidler som prisreguleringer og tilgjengelighetsbegrensninger? Er noen av de restriktive alkoholpolitiske virkemidlene så upopulære at man må vurdere om kostnadene ved å benytte dem er for store? Er folk flest enig i prioriteringene med hensyn til hvor ressursene settes inn? For eksempel, mener de fleste at det satses tilstrekkelig på å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer blant ungdom? Hva med behandling av folk med misbruksproblemer?

Det er en utfordring at de mest virksomme tiltakene for å begrense omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer, som prisreguleringer og tilgjengelighetsbegrensninger, ofte er funnet å være de mest upopulære (for eksempel Giesbrecht et al., 2007; Greenfield et al., 2007a; Holmila et al., 2009; Wilkinson et al., 2009). Det tas derfor ofte til orde for å øke befolkningens kunnskap om hvilke virkemidler som er effektive for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer (Giesbrecht & Greenfield, 1999; Greenfield et al., 2007a), og å arbeide kontinuerlig med å sikre støtte for en restriktiv alkoholpolitikk i befolkningen (Edwards, 2001).

1.3 Holdninger og oppfatninger om effekt – en begrepsavklaring

Eagly & Chaiken (1993) sin definisjon av holdninger har etter hvert fått autoritativ status. De definerte holdninger som en psykologisk tendens eller disposisjon til å reagere på et objekt på en bestemt måte. Dette kommer til uttrykk ved en evaluering av objektet som mer eller mindre godt eller dårlig, gunstig eller ugunstig, positivt eller negativt, viktig eller uviktig, verdifullt eller verdiløst, osv. Når vi etablerer en holdning til et objekt, innebærer en slik definisjon at vi tar stilling til objektet som mer eller mindre godt eller dårlig. Et holdningsobjekt kan være hva som helst som er mulig å skille fra noe annet. Det kan være abstrakt (for eksempel talefrihet, liberalisme, konservatisme), konkret (for eksempel rødvin), personer (for eksempel Jens Stoltenberg), atferdsformer (for eksempel konsum av alkohol, stemmegivning), sosiale kategorier (for eksempel heroinbrukere), osv. Det er en sentral idé i psykologien at en ikke har etablert en holdning til et objekt før en har reagert på dette objektet på en evaluerende måte. Reaksjonen kan være av kognitiv, følelsesmessig eller atferdsmessig karakter. Dette har fått mange til å tro at holdninger består av

nettopp disse tre komponentene, men det er altså det evaluerende resultatet i form av en psykologisk tendens som utgjør selve holdningen.

En annen sentral tankegang i psykologien er at uten holdninger ville vi ha problemer med å skape mening, orden og forutsigbarhet i strømmen av inntrykk som vi hele tiden mottar fra omgivelsene. Holdninger fungerer som mentale skjema eller personlige arkivsystem som gir oss trygghet, stabilitet og forutsigbarhet, og ikke minst får våre vurderinger til å fremstå som konsistente og stabile. Holdninger setter oss med andre ord i stand til å fortolke objekter som fremmer vår velferd og overlevelse som gode og nyttige, og objekter som truer vår velferd og overlevelse som unyttige og dårlige.

Holdninger er et abstrakt fenomen som ikke lar seg observere direkte. Den numeriske oppsummeringen som er et resultat av måleprosedyren er ikke en holdning. Måleprosedyren består i å forsøke å arbeide baklengs fra de manifeste responsene som målingen representerer, til den latente, ikke-observerbare prosessen. Hva skjer så når folk blir avkrevd holdninger til et bestemt objekt, i dette tilfellet ulike sider ved den norske alkoholpolitikken? De fleste forstår hva temaet dreier seg om, og i mange tilfeller vil en evaluering dukke opp automatisk fra langtidshukommelsen. Hvis det ikke befinner seg en evaluering i arkivet allerede, eller at den er vanskelig å finne, vil personen måtte konstruere en ny evaluering på stedet ved hjelp av den informasjonen som er tilgjengelig i den spesifikke situasjonen. Basert på tilgjengelig informasjon, vil respondenten deretter "beregne" en bedømmelse ("judgement") av objektet, som personen ikke nødvendigvis vil vedstå seg. I stedet for å respondere på en sannferdig måte, kan det være at personen ønsker å justere holdningen slik at den passer til de rådende sosiale normer eller ønsker å presentere seg på en gunstigere måte. Til slutt rapporteres bedømmelsen ved å finne en passende svarkategori på det aktuelle spørsmålet eller påstanden.

Den vanligste måten å måle holdninger på, er slik vi kjenner den fra surveyundersøkelser, ved hjelp av selvrapporteringer. De mest kjente metodene er semantisk differensialskala (SD) (Osgood et al., 1957) og Likert-skala (se Bohner & Wänke, 2002). Når man ønsker å studere spesifikke sider ved alkoholpolitikken, for eksempel tilslutning til, eller motstand mot et bestemt virkemiddel, er det mest hensiktsmessig å benytte seg av en Likert-skala der en uttrykker grad av enighet-uenighet. Typiske eksempler i denne undersøkelsen er "Alkohol er for dyrt i Norge" og "Vin bør selges i butikk". Det er vanlig å benevne slike utsagn for oppfatninger om holdningsobjektet, og at enighet med en påstand impliserer en gunstig eller ugunstig holdning til

objektet. Det vil si at oppfatningen inneholder en evaluerende komponent i den forstand at den gir uttrykk for om objektet vurderes som godt eller dårlig, gunstig eller ugunstig. Slike evaluerende oppfatninger vil bli kalt holdninger i denne undersøkelsen for å skille dem fra ikke-evaluerende oppfatninger om effekt.

I denne undersøkelsen har vi flere eksempler på ikke-evaluerende oppfatninger. For eksempel blir respondentene spurt om: ”I hvilken grad tror du at følgende tiltak kan bidra til å begrense skadevirkninger av alkohol?” (a) Aldergrense for kjøp av alkohol, (b) Promilleregler for kjøring av bil i alkoholpåvirket stand, osv. Dette er utsagn om hvordan virkeligheten er, og kan uttrykkes i form av subjektive sannsynligheter eller grader av tillit til at skadevirkningene begrenses. Slike utsagn er ikke evaluerende fordi de ikke impliserer at objektet vurderes som godt eller dårlig, ønskelig eller uønsket, i motsetning til utsagn der det gis uttrykk for oppslutning om en bestemt politikk. Oppfatninger om hvordan virkeligheten er kan naturligvis i prinsippet slås fast empirisk, i motsetning til gyldigheten av holdninger.

Oppfatning om effekt av et politisk virkemiddel må derfor holdes atskilt fra oppslutningen om det samme virkemidlet. En person som tror at prisreguleringer kan bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol, kan samtidig være uenig i at en bør gjøre bruk av dette som et alkoholpolitisk virkemiddel. Samtidig er det sannsynlig at oppfatninger om effekten av et gitt virkemiddel har betydning for oppslutningen om dette virkemidlet, og dermed for virkemidlets legitimitet i befolkningen. Det blir derfor viktig å fremskaffe et bilde av befolkningens oppfatning om effekten av ulike virkemidler for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer i tillegg til å beskrive oppslutningen om de ulike virkemidlene.

1.4 Tidligere studier av endring i holdninger til alkoholpolitikk

Mens det finnes flere studier av endringer i befolkningens holdninger til alkoholpolitikken over tid, ser endringer i befolkningens oppfatninger om effekten av ulike virkemidler for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer, ut til å være lite belyst.

Når man ser på endringer i holdninger til alkoholpolitikken over tid, blir det viktig å minne om at alkoholpolitikken har endret seg. For eksempel, forholdt de som ble spurt om holdninger til omsetningsreglene for alkohol på 60-tallet seg til andre regler enn de som ble stilt tilsvarende spørsmål på 90-tallet. Som vi kommer tilbake til, har det blant annet vært en økning i antall vinmonopolutsalg, økning i antall skjenkesteder og en

utvidelse av utsalgs- og skjenketidene i Norge de siste årene. Videre innebærer en betydelig økning i lønnsnivå og kjøpekraft at alkohol har blitt relativt billigere.

Det har blitt stilt noen spørsmål om holdninger til alkoholpolitikken i SIRUS (tidligere SIFA) sine landsomfattende intervjuundersøkelser som har blitt gjennomført siden 1962. Det har blitt skrevet to forskningsrapporter på bakgrunn av disse dataene – først en om holdningsendringer i perioden 1962-1991 (Saglie og Nordlund, 1993) og deretter en om holdningsendringer i perioden 1962-2004 (Østhus, 2005). I følge disse rapportene gikk andelen som mente at de eksisterende omsetningsreglene (dvs. ”de mange lovene som regulerer omsetningen av alkohol”) var for strenge opp fra 1962 til 1985. Samtidig gikk andelen som mente at de var for lempelige ned. Andelen som mente at omsetningsreglene var passe strenge var relativt stabil i perioden 1962-1985. Andelen som mente at omsetningsreglene var henholdsvis ”for lempelige”, ”passe” og ”for strenge” var nokså stabil fra 1985 til 1999. Oppslutningen om omsetningsreglene så imidlertid ut til å gå noe opp fra 1999 til 2004: Andelen som mente at omsetningsreglene var passe strenge økte, og andelen som mente at de var for strenge gikk ned.

I tillegg til å spørre om omsetningsregler generelt, ble det fra og med 1991 også spurt om holdninger til vinmonopolordningen. Andelen som sluttet opp om denne ordningen gikk ned i perioden 1991-1999, mens andelen som ønsket vin i dagligvarebutikker gikk opp. Deretter så det ut til at oppslutningen om vinmonopolordningen økte igjen fra 1999 til 2004. I tråd med dette viser årlige befolkningsundersøkelser fra perioden 1990-2004 at det var en økning i andelen som mente at vin burde selges i dagligvarebutikker frem til 2001. Deretter gikk andelen som ville ha vin i butikk noe ned igjen (Nordlund, 2007). Andelen som syntes at alkohol var for dyrt var, ifølge SIRUS sine befolkningsundersøkelser stabilt høy i hele perioden (kun målt fra 1973 til 2004) (Østhus, 2005).

I rapporten om holdningsendringer fra 1962 til 2004 (Østhus, 2005) ble det undersøkt om liberaliseringen i synet på omsetningsreglene helt eller delvis hang sammen med at respondentene i de siste undersøkelsene hadde kortere vei til Vinmonopolet og oftere drakk alkohol, sammenlignet med de som deltok i de første undersøkelsene. De statistiske analysene tyder på at liberaliseringen særlig hang sammen med at folk drakk mer. Dette er imidlertid ikke ensbetydende med at økningen i alkoholforbruket førte til at folk fikk mer liberale holdninger. Det økte alkoholkonsumet og de mer liberale holdningene kan også henge sammen med andre forhold, som for eksempel at alkoholpolitikken har blitt mer liberal. Dette er svært komplekse sammenhenger

som det er vanskelig å gi en enkel forklaring på. Videre er det viktig å presisere at disse analysene var på individnivå, og ikke på aggregert nivå (befolkningsnivå). At enkeltpersoner som drikker jevnlig, har et mer liberalt syn på alkoholpolitikken enn de som drikker sjeldnere, betyr ikke nødvendigvis at befolkningens holdninger blir mer liberale når det totale konsumet øker.

Siden alkoholpolitikken varierer betydelig fra land til land, er det vanskelig å generalisere resultatene fra studier av befolkningens holdninger til gjeldende alkoholpolitikk fra et land til et annet. Vi vil allikevel kort gjøre rede for noen studier fra andre land som har belyst endringer og stabilitet i holdninger til alkoholpolitikken over tid. Den første av disse studiene sammenlignet utviklingen i Norge, Sverige og Finland fra 1988 og frem til 1997 (Holder et al., 1998). Samlet sett tydet funnene på at det var en liberalisering i holdningene til kontrollpolitikk i alle landene. Andelen svensker som ønsket salg av vin og sterkøl i dagligvarebutikker gikk imidlertid ned på slutten av perioden. I Norge og Finland så oppslutningen om salg av vin i butikk ut til å stabilisere seg på slutten av perioden, mens oppslutningen om salg av sterkøl i butikk var relativt stabil over hele perioden. I alle tre landene var andelen som ønsket sprit i dagligvarebutikker relativt stabil over tid. Studier fra Finland som går lengre bak i tid, indikerer at oppslutningen om kontrollpolitiske tiltak har svingt litt opp og ned (Holmila et al., 2009; Österberg, 2007). Mer presist gikk oppslutningen noe ned fra midten av 60-tallet, opp fra midten av 70-tallet, ned på 80-tallet og opp igjen fra midten av 90-tallet.

Studier fra USA (Greenfield et al., 2004 og 2007a, b), Canada (Giesbrecht et al., 2001 og 2007) og Australia (Wilkinson et al., 2009) tyder på at støtten til en restriktiv alkoholpolitikk gikk ned på 90-tallet og frem til midten av 2000-tallet da de seneste målingene ble foretatt. (De første målingene var fra 1989.)

Samlet sett kan det se ut til at oppslutningen om restriktive alkoholpolitiske virkemidler gikk ned blant nordmenn fra begynnelsen av 60-tallet og frem til slutten av 90-tallet. Det ser ut til at det har vært tilsvarende endringer i Finland, USA, Canada og Australia på 90-tallet. I Norge (og Finland) kan det se ut til at denne tendensen snudde rundt årtusenskiftet, men det foreliggende datagrunnlaget er for spinkelt til å slå fast at det nå er en tendens i retning av økt oppslutning om restriktive alkoholpolitiske virkemidler. Den foreliggende rapporten vil gi et mer utfyllende bilde av endringer i oppslutningen om restriktive alkoholpolitiske virkemidler i Norge på 2000-tallet.

1.5 Holdninger til alkoholpolitikk i ulike undergrupper

Tidligere studier – både fra Norge (Saglie & Nordlund, 1993; Østhus, 2005) og fra andre land (Giesbrecht et al., 2005 & 2007; Greenfield et al., 2007b; Holmila et al., 2009; Reitan, 2003; Wilkinson et al., 2009) – tyder gjennomgående på at oppslutningen om en restriktiv alkoholpolitikk er større blant kvinner enn blant menn. Analyser av SIRUS sine intervjuundersøkelser fra perioden 1962-2004 kan tyde på at denne kjønnsforskjellen er blitt noe mindre over tid. De observerte endringene i retning av mer liberale holdninger så ut til å være noe større blant kvinner enn blant menn (Saglie & Nordlund, 1993; Østhus, 2005).

Tidligere studier er også nokså entydige med hensyn til at oppslutningen om en restriktiv alkoholpolitikk er større blant eldre enn blant yngre personer. Dette gjelder både norske studier (Saglie & Nordlund, 1993) og studier fra andre land (Giesbrecht et al., 2007; Greenfield et al., 2007b; Holmila et al., 2009; Reitan, 2003; Wilkinson et al., 2009).

Saglie & Nordlund (1993) fant at de med lav utdanning i større grad slutter opp om en restriktiv alkoholpolitikk enn de med høy utdanning. Dette er i tråd med funn fra USA og Australia (Greenfield et al., 2007b; Wilkinson et al., 2009). Studier fra Finland, de baltiske landene, Canada og USA tyder imidlertid på at utdanningsnivået har relativt lite å si for holdningene til alkoholpolitikken (Holmila et al., 2009; Giesbrecht et al., 2007; Reitan, 2003).

Gjennomgående ser man også at folk er mer restriktive jo sjeldnere de drikker. Dette er funnet både i studier fra Norge (Østhus, 2005) og fra andre land (Giesbrecht et al., 2005 & 2007; Greenfield et al., 2007b; Holmila et al., 2009; Reitan, 2003; Wilkinson et al., 2009). Analyser av SIRUS-undersøkelsene tyder på at denne forskjellen ble noe mindre fra 1962 til 2004. De observerte endringene i retning av mer liberale holdninger så ut til å være noe større blant de som ikke, eller bare sjelden drakk alkohol enn blant de som drakk mer jevnlig (Saglie & Nordlund, 1993; Østhus, 2005).

Samlet sett viser disse studiene, både fra Norge og fra andre land, at oppslutningen om en restriktiv alkoholpolitikk er størst blant kvinner, eldre og de som ikke eller bare sjelden drikker alkohol. Det forventet vi også å finne i våre analyser. Det var ikke empirisk grunnlag for å ha en klar forventning til hvordan oppslutningen ville variere med utdanningsnivået. Vi hadde heller ingen klare forventninger med hensyn til om eventuelle endringer i holdninger over tid fant sted i hele

befolkningen eller kun i noen undergrupper, eller om noen undergrupper endret seg i større grad enn andre.

1.6 Alkoholpolitiske virkemidler

1.6.1 Hva vet vi om effekten av ulike alkoholpolitiske virkemidler?

Innenfor den internasjonale alkoholforskningen er det gjennom mange år gjort en rekke studier på effekten av ulike alkoholpolitiske virkemidler. Resultatene fra disse studiene tegner i sum et bilde av hva som er gode og hensiktsmessige strategier i offentlig politikk dersom man ønsker å forebygge alkoholrelaterte skader (på engelsk ”harms”). Vi oppsummerer her helt kort hovedpunktene fra denne forskningen.

Et sentralt premiss for å forstå betydningen av kontrollpolitiske virkemidler (regulering av pris og tilgjengelighet), er at det er en nær sammenheng mellom totalforbruket av alkohol i en befolkning og omfanget av alkoholrelaterte skader. Det vil si at jo mer vi i gjennomsnitt drikker, desto større er omfanget av skadene som forårsakes av alkohol (Skog, 1985; Lemmens, 1991). For en stor del av de alkoholrelaterte skadene, - først og fremst de akutte skadene, er det ikke en liten gruppe misbrukere som står for størstedelen av skadene. Tvert i mot kan størstedelen av de akutte alkoholskadene tilskrives det store flertallet av befolkningen som ikke har et misbruksproblem, men som noen ganger utsetter seg selv – og andre – for skader i fylla (Skog, 1999; Rossow & Romelsjö, 2006). Gjennom politiske virkemidler kan man påvirke omfanget av alkoholrelaterte skader på flere måter, dels ved å redusere etterspørselen og dermed totalforbruket av alkohol, og dels ved å redusere alkoholbruk i situasjoner hvor skaderisikoen er høy (for eksempel ved bilkjøring).

Ett av de mest effektive tiltakene for å begrense alkoholforbruket og skadeomfanget er bruk av prisvirkemidlene, først og fremst gjennom høye avgifter på alkoholholdige drikker. Det er svært godt dokumentert at forbruket av alkohol påvirkes av prisen, jo høyere pris, desto lavere forbruk – og omvendt (Wagenaar et al., 2009). Tilsvarende sammenheng mellom pris og forbruk ser vi også for andre varer, også avhengighetskapende varer som tobakk og heroin (Bretteville-Jensen, 1999; Kahende et al., 2009; Melberg, 2007). Det er verdt å merke seg at høye priser også reduserer forbruk og skader i sårbare grupper som ungdom og alkoholmisbrukere.

Begrensning av tilgjengelighet er et annet viktig virkemiddel for å redusere konsum og skader. Både begrensning av antall salgs- og skjenkesteder for alkohol og begrensning i salgs- og skjenketider er vist å ha effekt i så måte (Babor et al., 2003; Anderson et al., 2009; Stockwell et al., 2009). I forhold til salg i dagligvarebutikker, bidrar også en statlig monopolordning for alkoholomsetning, som Vinmonopolet, til en begrensning av tilgjengeligheten, både gjennom en betydelig begrensning av antall utsalgssteder og gjennom noe begrensning i salgstider¹ (Her et al., 1999). Det å ha nedre aldersgrenser for kjøp av alkohol er også et effektivt virkemiddel for å begrense alkoholbruk og skader blant ungdom (Babor et al., 2003). Også på dette feltet er parallellene klare til andre områder, som for eksempel tobakk – desto større begrensninger man legger på tilgjengeligheten av varen, desto mindre blir forbruket (Kahende et al., 2009).

Forebyggingstiltak som bygger på kunnskapsformidling eller holdningsskapende arbeid er svært utbredte og populære, og effekten av slike tiltak er svært godt studert forskningsmessig. Gjennomgående er imidlertid funnene fra disse studiene nedslående; verken mediekampanjer eller ulike former for forebyggingstiltak i skolen er vist å ha noen effekt på forbruk eller skader. Enkelte studier kan riktignok vise til positive kortsiktige effekter, men enkelte andre studier har vist negative effekter, og det store flertallet av studier viser ingen effekt av slike tiltak (Babor et al., 2003).

Noen tiltak er rettet mot å begrense alkoholbruk i risikofylte situasjoner, som for eksempel i trafikken eller på skjenkesteder. Promillegrenser, promillekontroller og sanksjoner (inndragning av førerkort, bøter eller fengsel) ved promillekjøring er tiltak som er vist å ha god effekt på begrensning av alkoholrelaterte trafikkskader (Shults et al., 2001). Tiltak på skjenkesteder for å begrense overskjenking og vold kan ha god effekt, men synes å være betinget av at kursing av personalet på skjenkestedene suppleres med kontroller og sanksjoner ved brudd på skjenkebestemmelsene (Rossow & Baklien, i trykk).

Til tross for at overskjenking og salg og skjenking til mindreårige forekommer i betydelig grad (Lauritzen & Baklien, 2007; Rossow et al., 2007), har kommunene i liten grad avdekket slike overtredelser gjennom kontroller. Dessuten blir de relativt få

¹ En annen begrunnelse for monopolordningen her i Norge er fraværet av et privat profittmotiv ved alkoholomsetningen, og at dette kan være av betydning for å begrense salg til blant annet mindreårige og tydelig berusede personer.

tilfellene som avdekkes i hovedsak ikke fulgt opp med sanksjoner, som bevillingsinndragning (Baklien & Rossow, 2009).

Kort oppsummert betyr dette at de effektive alkoholpolitiske virkemidlene omfatter prisregulering (gjennom avgifter), tilgjengelighetsbegrensning (gjennom bruk av aldersgrense, begrensning av antall salgs- og skjenkesteder og av salgs- og skjenketider og statlig monopolordning) og begrensning av promillekjøring (gjennom promillegrense og promillekontroller). I Norge har vi lange tradisjoner for bruk av disse restriktive – og effektive – virkemidlene. I et internasjonalt perspektiv er Norge i så måte blant de aller beste i klassen på god forebygging av alkoholrelaterte problemer og skader (Österberg & Karlsson, 2002).

Selv om de kontrollpolitiske tiltakene er vist å ha god effekt med hensyn til å forebygge omfanget av alkoholrelaterte problemer og skader, innebærer bruken av dem en begrensning i individuell handlefrihet. Mange vil antakelig mene at det er urimelig at alle alkoholbrukere blir pålagt begrensninger i sin tilgang til alkohol for å begrense problemer blant noen få ("Draining the ocean to prevent shark attacks?" (Rehm, 1999)). Skog (1999) har i lys av slike synspunkt diskutert kontrollpolitikken legitimitet og pekt på tre forhold som – også fra et liberalistisk synspunkt – kan legitimere en begrensning i den individuelle handlefrihet gjennom bruk av kontrollpolitiske virkemidler.

Det *første* forholdet er det faktum at alkoholbruk kan ha negative konsekvenser for andre enn brukeren selv. Fire av ti nordmenn har rapportert at de har opplevd negative konsekvenser av andres alkoholbruk i løpet av det siste året. De fleste av disse har vært utsatt for mindre alvorlige plager som å bli holdt våken om natten eller blitt skremt og engstelig (Rossow & Hauge, 2004). Eksempler på mer alvorlige konsekvenser av andres alkoholbruk kan være ofre for fyllekjøring og alkoholrelatert vold, og barn som vanskjøttes av foreldre med alkoholproblemer. Hensynet til å begrense slike kostnader for tredjepart kan legitimere samfunnets bruk av kontroll. Det *andre* forholdet er at premisset for å hevde retten til individuell handlefrihet – nemlig at voksne er rasjonelle aktører som best kan ivareta egne interesser – har begrenset gyldighet. Alkohol er et avhengighetsskapende rusmiddel, og de valgene man gjør både i prosessen mot utvikling av avhengighet og som alkoholavhengig vil ofte være uforutsette og i strid med egne interesser. Alkoholens effekt på vurderingsevnen innebærer også at man i beruset tilstand lett kan handle impulsivt og uten å vurdere konsekvensene av handlingen. Samfunnets bruk av kontrollpolitiske virkemidler kan dermed også begrunnes med at man beskytter individer mot

uforutsette negative konsekvenser av sine valg. Det *tredje* forholdet som Skog peker på, er at summen av handlinger som er i det enkelte individs egen interesse, ikke nødvendigvis er til beste for samfunnet som helhet.

1.6.2 Har vi fått en mer liberal alkoholpolitikk?

De alkoholpolitiske virkemidlene forvaltes dels på statlig nivå og dels på kommunenivå. Alkoholavgifter, aldersgrenser, importrestriksjoner, reklame- og markedsføringsrestriksjoner og monopolordning hører til de virkemidlene som forvaltes på statlig nivå. Kommunene er gitt adgang til å regulere antall salgs- og skjenkesteder og salgs- og skjenketider (innenfor statlig bestemte maksimaltider).

Gjennom de siste ti-femten årene har vi sett en viss liberalisering av enkelte virkemidler på statlig nivå som for eksempel selvbetjening i vinmonopolutsalgene og økt antall vinmonopolutsalg (fra 114 i 1997 til 222 i 2007). Samtidig har det skjedd en betydelig liberalisering i kommunenes forvaltning på dette området. En studie av hvordan norske kommuner har forvaltet alkoholloven de siste tiårene, viste at antallet skjenkesteder er fordoblet fra 1987 til 2007 (fra 3646 til 7332). I perioden fra 1998 (da endringene i alkoholloven trådte i kraft) til og med 2007 er det en stadig økende andel av kommunene som har gitt butikker og skjenkesteder adgang til å bruke maksimaltidene for salg og skjenking, mens en liten og stadig mindre andel har innskrenket salgs- og skjenketider i forhold til normaltiden (Lauritzen, 2008). Fra 1998 til 2007 økte andelen kommuner som hadde utvidete salgstider fra 40 % til 59 %, og andelen som hadde innskrenkede salgstider (i forhold til normaltid) gikk ned fra 47 % til 17 %. Når det gjelder skjenketider, økte andelen med utvidete tider fra 33 % til 58 % i denne tiårsperioden, mens andelen med innskrenkede skjenketider gikk ned fra 10 % i 2000 til 5 % i 2007. I seinere år har det i mediene vært en økende oppmerksomhet rundt utelivsvolden, og i 2008 var det flere bykommuner som strammet inn på skjenketidene igjen. Denne høsten (2009) har Helse- og omsorgsdepartementet fremmet et forslag om å redusere maksimaltidene for skjenking med en time fra kl. 03.00 til kl. 02.00. Begrunnelsen for forslaget er ønsket om å redusere omfanget av de alkoholrelaterte skadene knyttet til skjenking.

Flere av de sentrale alkoholpolitiske virkemidlene har vært helt, eller temmelig uendret over mange år; som aldersgrensene og vinmonopolordningen². Promillelovgivningen

² I 1996 ble import-, eksport- og engrosmonopolet opphevet. Produksjonsmonopolet ble opphevet i 2001. Det er imidlertid monopolet på detaljomsetningen som er av størst betydning for alkoholkonsumet og omfanget av alkoholrelaterte problemer.

ble noe skjerpet i 2001 da promillegrensen ble senket fra 0,5 til 0,2. Alkoholavgiftene er blitt noe lavere med reduksjoner i avgiftene på hetvin og brennevin, men det er først og fremst en betydelig økning i lønnsnivå og kjøpekraft de siste tiårene, som innebærer at alkohol er blitt relativt billigere.

1.7 Endringer i alkoholkonsumet

I perioden 1993 til 2008 økte alkoholkonsumet i Norge betydelig. Den registrerte alkoholomsetningen (omregnet til liter ren alkohol per voksen innbygger per år) økte fra 4,6 liter i 1993 til 6,8 liter i 2008; dvs. en økning på 48 %. I den samme perioden har det uregistrerte alkoholkonsumet (tax-free, grensehandel, hjemmelaget vin og ulovlig sprit) gått noe ned, slik at det totale konsumet (registrert omsetning + uregistrert konsum) har økt med om lag 25-30 %. I dag ligger det på ca. 8 liter ren alkohol per voksen innbygger (Rossow, 2007). En studie av norske drikkevaner fra 1973 til 2004 viste at økningen i alkoholkonsum har skjedd for begge kjønn og i alle aldersgrupper og sosiale lag, mens drikkemønsteret med helgedrikking og beruselsesepisoder har vært rimelig stabilt i denne perioden (Horverak & Bye, 2007).

Innenfor den siste delen av denne perioden, dvs. fra 2005 til 2008, har økningen i det registrerte alkoholkonsumet vært på 0,4 liter ren alkohol per voksen innbygger, dvs. en økning på ca 6 %.

Ved å følge endringene i det totale alkoholkonsumet i en befolkning får man en god indikasjon på endringene i omfanget av alkoholmisbruk og i omfanget av risikofylte drikketilfeller. Disse to størrelsene henger nært sammen med omfanget av alkoholrelaterte problemer og skader (Babor et al., 2003).

Mens Norge tradisjonelt har hatt et svært lavt alkoholkonsum sammenliknet med andre europeiske land, har økningen i konsumet siden tidlig på 1990-tallet bidratt til at det norske alkoholkonsumet har nærmet seg nivået i mange andre europeiske land. Samtidig har konsumet i søreuropeiske land som Frankrike og Italia gått betydelig ned gjennom de siste tiårene (SIRUS, 2008). Fremdeles har Norge og Island det laveste alkoholkonsumet i Europa, men forskjellene i totalkonsumet av alkohol mellom Norge og søreuropeiske land er betydelig mindre enn hva de var. Norske drikkevaner har også i noen grad nærmet seg søreuropeiske ved at en større andel av konsumet er vin, og størstedelen av økningen i alkoholkonsumet i Norge de siste femten årene kan tilskrives økningen i vinkonsum. Men fordi det norske

drikkemønsteret i større grad enn i Sør-Europa er preget av beruselsesdrikking, er skadepotensialet relativt større, og vi får flere dødsfall og flere alkoholrelaterte problemer per liter alkohol i Norge enn hva som er tilfellet i for eksempel Frankrike eller Italia (Norström et al., 2002).

1.8 Alkoholkampanjer i regi av Helsedirektoratet

I 2004 gjennomførte Helsedirektoratet alkoholkampanjen ”Alvorlig talt”, hvor målsetningen var å øke befolkningens bevissthet om omfanget av alkoholrelaterte skader og effektive virkemidler for å begrense disse. Dessuten tok kampanjen sikte på å gi foreldre råd om hvordan de skulle forholde seg til temaet barn/ungdom og alkohol. Det ble benyttet et bredt spekter av virkemidler, som arbeid med å øke mediedekningen av temaene, TV-sketsjer, annonser i ukepresse og på nettsteder, og opprettelse av en egen nettside (se Rise et al. (2005) for en evaluering av ”Alvorlig talt”).

Helsedirektoratet har også gjennomført årlige alkoholkampanjer i perioden 2005-2008. Hovedmålsettingen med disse har vært:

- 1) Økt bevissthet om alkoholrelaterte skader
- 2) Økt kunnskap om effektive virkemidler for å redusere alkoholskader
- 3) Økt foreldrebevissthet om ansvaret som rollemodeller og grensesettere

De årlige kampanjene har hatt både befolkningen generelt (punkt 1 og 2) og foreldre til mindreårige (punkt 3) som målgruppe. Fra 2006 har det i tillegg blitt rettet en innsats mot kommunal forvaltning, og fra 2007 mot gravide.

For å spre budskapet om omfanget av alkoholrelaterte skader, og hvilke virkemidler som er effektive for å begrense dette, ble det arbeidet med å øke antall medieoppslag om temaet. Arbeidet med å spre budskapene rundt foreldrerollen har gått under navnet ”Tør å sette grenser”. Ut over arbeidet med å øke mediedekningen av temaet, omfattet innsatsen i 2005 og 2007 reklamefilmer. I forbindelse med at det ble det lagt opp til aktiviteter på lokalt nivå, ble det også utformet en kampanjeweb i 2005. I 2007 ble reklamefilmene supplert med en utsendelse av informasjon til Foreldrearbeidsutvalgene på skolene. Innsatsene mot den kommunale forvaltningen omfattet blant annet en veileder for utforming av rusmiddelpolitiske handlingsplaner (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I tillegg har magasinet ”God rusforebygging” blitt utgitt fra og med 2006. Kampanjene rettet mot gravide har gått under navnet ”Alkoholritt svangerskap”.

I perioden 2005-2009 var innsatsen for å øke befolkningens bevissthet om de alkoholrelaterte skadene og effektive virkemidler for å begrense disse, først og fremst knyttet til å øke mediedekningen av temaet. Siden det ikke er gjennomført noen analyse av mediedekningen i perioden, kan vi ikke vite i hvor stor grad direktoratet lyktes i så måte.

1.9 Problemstillinger

Hovedmålet med denne rapporten er å studere endringer fra 2005 til 2009 i befolkningens (1) holdninger til den gjeldende alkoholpolitikken og (2) oppfatninger om effekten av ulike virkemidler for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. Dette gjøres gjennom å analysere:

- 1) Endringer i holdninger til alkoholpolitiske virkemidler som prisregulering, tilgjengelighetsbegrensninger inkludert aldersgrenser, promillegrenser, importrestriksjoner og reklamerestriksjoner. I tillegg undersøker vi om det har vært endringer i holdninger til om alkoholproblemer først og fremst rammer en liten gruppe i befolkningen, om det bør satses mer på henholdsvis behandling av misbrukere og forebygging rettet mot ungdom, og om myndigheten bør konsentrere seg om narkotika fremfor alkohol.
- 2) Endringer i oppfatninger om effekten av følgende alkoholpolitiske virkemidler: prisregulering, tilgjengelighetsbegrensninger inkludert aldersgrenser, vinmonopolordningen, promilleregler, informasjon/ holdningsskapende arbeid og foreldres grensesetting. I tillegg undersøker vi om oppfatningen om sammenhengen mellom befolkningens alkoholkonsum og antall dødsfall har endret seg over tid.

Til slutt beskriver vi om holdningene og oppfatningene var forskjellig for ulike undergrupper i befolkningen, og om utviklingen over tid var forskjellig i ulike undergrupper. Vi ser nærmere bestemt på variasjoner etter kjønn, alder, utdanningsnivå og drikkefrekvens.

2 Metode

2.1 Datamateriale

Dataene er fra seks befolkningsundersøkelser som Helsedirektoratet har bestilt fra Synovate (tidligere MMI) i perioden 2005-2009.

Undersøkelsene ble gjennomført blant personer som var 20 år og eldre. På hvert undersøkelsestidspunkt ble det trukket ut nye respondenter fra Synovates E-basepanel, som består av demografisk kartlagte personer som har sagt seg villig til å delta i deres undersøkelser. Det er kontinuerlig nyrekruttering (verving per telefon – ikke selvrekruttering) og jevn gjennomstrømming av respondenter i E-basen. I 2009 omfattet panelet ca. 60 000 personer. Utsendelsene fra E-basene ble vektet med hensyn til kjønn, alder og geografi.

Alle seks undersøkelsene ble gjennomført på web. Som vist i tabell 2.1, varierte svarprosenten noe fra år til år. Den var høyest i augustundersøkelsen i 2005 (55 %) og lavest i 2009 (41 %). Hvis vi ser alle undersøkelsene under ett, var svarprosenten på 45 %.

Tabell 2.1: Svarprosent samlet sett og for hvert tidspunkt.

År	Totalt	2005	2005	2006	2007	2008	2009
Måned		aug	des	okt	jun	jul	feb
Antall spurte	19 627	1 976	2 475	4 456	2 402	4 673	3 645
Antall som svarte	8 877	1 080	1 033	2 191	1 030	2 057	1 486
Svarprosent	45	55	42	49	43	44	41

I 2009 ble det tatt med ekstra mange respondenter fra Nord-Trøndelag. I forbindelse med skriving av denne rapporten ble antallet nordtrøndere redusert slik at de utgjorde en like stor andel i utvalget som de gjorde i befolkningen per 1. januar 2009. De personene som ble bevart i datafilen ble plukket ut innenfor tolv undergrupper basert på kjønn og alder. Vi beholdt hver 6. person til vi hadde nok

respondenter i hver gruppe. Etter denne reduksjonen besto utvalget i 2009 av 1 149 personer og det samlede utvalget av 8 540 personer.

De foreliggende undersøkelsene omfattet befolkningsutvalg hvor respondentene var 20 år eller eldre. Det var imidlertid kun 284 personer i totalutvalget som var 70 år eller eldre. Disse utgjorde til sammen 3,3 % av det samlede utvalget. I 2007 utgjorde denne aldergruppen 14,6 % av voksenbefolkningen (20 år +) (Statistisk Sentralbyrå, 2009). De eldste var med andre ord sterkt underrepresentert i de foreliggende befolkningsutvalgene. Videre er det grunn til å stille spørsmål ved om de i aldersgruppen 70+ som bruker internett og deltar i slike undersøkelser er representative for sin aldersgruppe, også når det gjelder holdninger til alkoholpolitikken. Vi begrenset derfor våre analyser til å omfatte 20-69 åringer (N= 8 256).

Tabell 2.2 viser kjønns- og aldersfordelingen i de utvalgene som ble analysert i rapporten. Som vi ser av tabellen, var kjønnsfordelingen lik over tid. Det var omtrent like mange menn og kvinner som deltok i alle seks undersøkelsene. Aldersfordelingen varierte imidlertid noe over tid: Respondentene i de to siste undersøkelsene var noe eldre enn i de foregående.

For å sikre at dataene fra de ulike undersøkelsestidspunktene skulle være så sammenlignbare som mulig, ble de derfor vektet slik at kjønns- og aldersfordelingen var identisk på alle tidspunktene. Dataene ble nærmere bestemt vektet slik at kjønns- og aldersfordelingen ble lik fordelingen blant 20-69-åringer i befolkningen i 2007 (Statistisk Sentralbyrå, 2009). Når man vekter dataene på denne måten, blir utvalgene mer representative for befolkningen med hensyn til kjønns- og alderssammensetningen, og man unngår at eventuelle endringer i holdninger og oppfatninger over tid kan tilskrives ulik kjønns- og alderssammensetning i utvalgene.

Tabell 2.2: Kjønn- og aldersfordeling i befolkningen, det samlede datasettet og datasettene fra hvert tidspunkt. Prosent (prosentandelene ble beregnet før utvalgene ble vektet).

År	Befolkningen ^a	Alle	2005	2005	2006	2007	2008	2009	Endring?
Måned			aug	des	okt	jun	jul	feb	
N		8256	1060	996	2138	1012	1956	1094	χ^2
Kjønn									
Menn	51	49	48	50	52	48	47	47	14,56 ^{is}
Kvinner	49	51	52	50	48	52	53	53	
Alder									
20-29	19	16	23	22	17	15	9	16	224,51**
30-39	23	22	22	24	24	23	21	18	
40-49	22	22	19	19	24	26	24	19	
50-59	20	23	21	20	21	20	28	25	
60-69	15	17	15	14	15	16	18	21	

** $p < 0,001$, ^{is} Ikke statistisk signifikant.

^a 20-69-åringer i befolkningen i 2007 (Statistisk sentralbyrå, 2009).

Når det gjaldt fordelingen av respondenter i de ulike helseregionene (tabell 2.3), var det ingen statistisk signifikant forskjell mellom utvalgene fra de ulike tidspunktene. Samlet sett var fordelingen i utvalget tilnærmet lik fordelingen i hele befolkningen.

Tabell 2.3: Fordeling etter helseregion i befolkningen, det samlede datasettet og datasettene fra hvert tidspunkt. Prosent.

År	Befolkningen ^a	Alle	2005	2005	2006	2007	2008	2009	Endring?
Måned			aug	des	okt	jun	jul	feb	
N		8256	1060	996	2138	1012	1956	1094	χ^2
Sør-Norge	19	18	18	18	19	20	17	19	25,54 ^{is}
Øst-Norge	36	39	39	38	41	39	39	35	
Vest-Norge	21	19	20	21	18	16	19	21	
Midt-Norge	14	14	14	13	13	13	14	15	
Nord-Norge	10	10	10	10	9	12	10	10	

^{is} Ikke statistisk signifikant.

^a Hele befolkningen (alle aldersgrupper) i 2007 (Statistisk sentralbyrå, 2009).

Tabell 2.4 viser utdanningsnivået til de som deltok i de ulike undersøkelsene. I alt oppga 8 % at de var under utdanning. For disse respondentene kjenner vi ikke utdanningsnivået. Vi vet ikke om dette var personer som fremdeles gikk på videregående skole, om de var heltidsstudenter på høyskole/ universitet eller om de tok en form for etterutdanning. Av de respondentene vi kjenner utdanningsnivået til (N=7565), svarte 11 % at de hadde en utdanning som tilsvarte grunnskolenivå

og 35 % at de hadde en utdanning på nivå med videregående skole. Dette var noe lavere andeler enn det vi finner i hele befolkningen. På den annen side var det en høyere andel i utvalget enn i befolkningen som hadde utdanning på universitetsnivå (55 %). Dette skyldes nok blant annet at internettbrukere – som disse utvalgene var trukket fra – trolig har et høyere utdanningsnivå enn befolkningen som helhet. Ettersom det i disse dataene er en viss sammenheng mellom høyt utdanningsnivå og (1) oppslutning om den gjeldende alkoholpolitikken og (2) tilbøyelighet til å tro at restriktive alkoholpolitiske virkemidler er effektive for å begrense skadevirkningene av alkohol, vil en slik utvalgsskjevhet ha betydning for funnene. En litt større andel av respondentene vil slutte opp om alkoholpolitikken, og oppfatte restriktive alkoholpolitiske virkemidler som effektive, enn av befolkningen som helhet. Det er imidlertid lite trolig at dette har påvirket funnene med hensyn til endringene over tid. Andelen som var under utdanning, og utdanningsnivået blant de som vi hadde slike data om, var tilnærmet lik i de seks undersøkelsene.

Tabell 2.4: Utdanningsnivå i befolkningen, det samlede datasettet og datasettene fra hvert tidspunkt. Prosent.

År	Befolkningen ^a	Alle	2005	2005	2006	2007	2008	2009	Endring?
Måned			aug	des	okt	jun	jul	feb	
N		8256	1060	996	2138	1012	1956	1094	χ^2
Under utd.	-	8	9	8	7	8	10	10	14,84 ^{is}
Utdanningsnivå blant respondenter som ikke var under utdanning (N=7565)									
Grunnskole	23	11	11	10	10	10	10	11	
Vg. skole	46	35	35	33	34	38	36	34	6,35 ^{is}
Universitet	31	55	54	56	56	52	54	55	

^{is} Ikke statistisk signifikant.

^a 20-66-åringene i befolkningen i 2007 (Statistisk sentralbyrå, 2009). Beregnet blant de som hadde oppgitt utdanningsnivå og fagfelt. I denne oversikten var det ingen egen kategori som het under utdanning. Det vil si at utdanningsnivået var beregnet blant alle – både de som var under utdanning og de som hadde fullført utdannelsen. Tallene fra Synovate er dermed ikke direkte sammenlignbare med tallene fra Statistisk sentralbyrå.

Kort oppsummert, for å unngå at eventuelle endringer over tid kunne tilskrives ulik kjønns- og alderssammensetning i utvalgene, vektet vi dataene slik at kjønns- og aldersfordelingen ble identisk på alle undersøkelsestidspunktene. Videre så vi at de ulike utvalgene var sammenlignbare når det gjaldt bosted (helseregion) og utdanningsnivå. At utvalgene ser ut til å være sammenlignbare over tid – i hvert fall langs disse variablene – betyr imidlertid ikke at utvalgene er representative for befolkningen i alle henseender. Det er grunn til å anta at funnene fra disse undersøkelsene gir et mer rimelig bilde av endringer i holdninger og oppfatninger,

enn av andelen som slutter opp om ulike sider ved alkoholpolitikken eller andelen som oppfatter ulike virkemidler som effektive for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer.

2.2 Måleinstrumenter

Holdninger til alkoholpolitikken ble målt ved å spørre respondentene om hvor enige eller uenige de var i 13 påstander. Disse er gjengitt i tabell 3.1. Respondentene fikk fremlagt følgende svaralternativer: (1) Helt enig, (2) Delvis enig, (3) Delvis uenig, (4) Helt uenig og (5) Helt umulig å svare på. De aller fleste tok stilling til om de var enig eller uenig i de 13 påstandene. Den påstanden som flest (5,7 %) ikke tok stilling til, var at alkoholproblemer først og fremst rammer en liten gruppe. Det var noen færre (2,7 %) som ikke svarte på om det var narkotika som var det rusmidlet som myndighetene burde konsentrere seg om, og om staten burde satse mer på behandling av misbrukere. For de 10 andre påstandene, var det kun mellom 0,5 og 1,4 % som oppga at det var helt umulig å svare. De som benyttet svaralternativet Helt umulig å svare på ble kodet som "missing". Det vil si at de funnene som presenteres i rapporten, reflekterer svarfordelingen blant de som hadde tatt stilling til de ulike påstandene. I analysene av hvordan holdningene endret seg over tid, og om holdningene varierte mellom ulike undergrupper, grupperte vi svarkategoriene på holdningsspørsmålene i to: hvorvidt man var enig (dvs. helt enig og delvis enig) eller uenig (dvs. helt uenig og delvis uenig) i de ulike påstandene. Enighet ble kodet som 1, mens uenighet ble kodet som 0. Svarfordelingen over alle fire kategoriene vises i tabell A.1 i appendikset.

Oppfatning om effekten av ulike alkoholpolitiske virkemidler ble målt med spørsmålet: "Den norske alkoholpolitikken har som mål å begrense skadevirkningene av alkohol. I hvilken grad tror du følgende tiltak kan bidra til å begrense skadevirkninger av alkohol?" De syv tiltakene som ble oppgitt, gjengis i tabell 3.2, og følgende svaralternativer kunne benyttes: (1) I meget stor grad, (2) I ganske stor grad, (3) I noen grad, (4) I liten grad eller overhodet ikke og (5) Kan ikke svare. De aller fleste respondentene hadde en oppfatning om effekten av de tiltakene det ble spurt om. Det var kun 0,6-1,5 % som benyttet svaralternativet Kan ikke svare. Disse ble kodet som missing. For de statistiske analysene ble også her svarkategoriene gruppert i to: stor tro på tiltaket (dvs. svarkategoriene I meget stor grad eller I ganske stor grad) og mindre tro på tiltaket (svarkategoriene I noen grad eller I liten grad eller overhodet ikke). Disse gruppene ble kodet henholdsvis 1 og 0. Svarfordelingen over alle fire kategoriene vises i tabell A.2 i appendikset.

Oppfatning om sammenhengen mellom tilgjengelighet/pris og skadenivå ble målt med spørsmålene: ”Hva tror du vil skje med hensyn til skadevirkninger av alkohol hvis stat og kommune...” (a) Øker tilgjengeligheten av alkohol for eksempel gjennom å tillate salg av vin i dagligvarebutikker? (b) Øker antall skjenkesteder og forlenger åpningstidene? og (c) Senker alkoholprisene til svensk nivå? Følgende svaralternativ ble oppgitt: (1) Meget stor skadevirkning, (2) Ganske stor skadevirkning, (3) Litt skadevirkning, (4) Overhodet ingen skadevirkning og (5) Ingen mening/kan ikke svare. Mellom 3,2 og 3,6 % benyttet svaralternativet Ingen mening/kan ikke svare. Disse ble kodet som missing. De øvrige svarene ble gruppert i to: store skadevirkninger (dvs. kategoriene Meget stor skadevirkning og Ganske stor skadevirkning) og ikke store skadevirkninger (kategoriene Litt skadevirkning eller Overhodet ingen skadevirkning). Disse ble kodet henholdsvis 1 og 0. Svarfordelingen over alle fire kategoriene vises i tabell A.3 i appendikset.

Oppfatning om sammenhengen mellom alkoholkonsumet i befolkningen og antall dødsfall ble målt med spørsmålet: ”I hvilken grad tror du at følgende påstand vil vise seg å stemme? ”Dersom det gjennomsnittlige alkoholforbruket per person i Norge øker med en liter ren alkohol per år (i dag er forbruket 6,6 liter), vil det resultere i betydelig økning i antall dødsfall som skyldes sykdommer, drap, selvmord, ulykker.” (I 2005 og 2006 ble det oppgitt at forbruket var på 6 liter ren alkohol per år.) Følgende svaralternativer ble oppgitt: (1) I meget stor grad, (2) I ganske stor grad, (3) I noen grad, (4) I liten grad eller overhodet ikke og (5) Kan ikke svare. De 6,7 % som benyttet svaralternativet ”Kan ikke svare”, ble kodet som missing. Resten av svarene ble gruppert i to: påstanden stemte godt (dvs. svarkategoriene I meget stor grad og I ganske stor grad) og påstanden stemte ikke så godt (kategoriene I noen grad og I liten grad eller overhodet ikke). Disse ble kodet henholdsvis 1 og 0. Svarfordelingen over alle fire kategoriene vises i tabell A.4 i appendikset. I 2007 ble det kun samlet inn slike data fra foreldre til barn under 10 år. Dette året inngår derfor ikke i de analysene hvor dette målet benyttes.

Følgende bakgrunnsvariabler ble benyttet i rapporten: Kjønn, alder, utdanning og drikkefrekvens.

I forbindelse med fremstillingen av *aldersvariasjon* i holdninger og oppfatninger i tabellene, ble respondentene inndelt i de fem aldersgruppene: 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år og 60-69 år. I de statistiske analysene benyttet vi imidlertid en kontinuerlig aldersvariabel.

Utdanningsnivå ble målt med følgende spørsmål: Hva er din høyeste fullførte utdanning? (I 2005 og 2006 ble respondentene bedt om å oppgi utdanning). Svaralternativene var: (1) Folkeskolenivå, (2) Ungdomsskole/ Realskolenivå, (3) Videregående skole/ Gymnasnivå, (4) Universitetsnivå og (5) Er under utdanning. De 8 % som oppga at de var under utdanning, ble kodet som missing siden vi ikke kjenner utdanningsnivået deres (se kommentarer i forbindelse med tabell 2.4). De øvrige respondentene ble delt i to grupper: de med høy utdanning (universitetsnivå) og de med lav utdanning (videregående skole eller lavere).

Målet på egen *alkoholbruk* var forskjellig i de ulike undersøkelsene. I 2005 ble respondenten spurt "Hvor ofte drikker du alkohol?". De andre årene ble de spurt "Hvor ofte drikker du selv alkohol i form av øl, vin eller sprit?" Svaralternativene var: (1) Hver dag/daglig, (2) 3-5 dager i uka, (3) 1-2 dager i uka, (4) 2-3 ganger i måneden, (5) 3-11 ganger i året (i 2005 var dette svaralternativet formulert som 1 gang i måneden), (6) Sjeldnere, (7) Aldri og (8) Ønsker ikke å svare (ikke med i 2005). For å gjøre dataene mest mulig sammenlignbare over tid, ble svaralternativ 5 og 6 slått sammen til kategorien Sjeldnere. Det var relativt få respondenter som svarte at de drakk hver dag (1,4 %). For å unngå å beregne prosentandeler i alt for små grupper, og dermed presentere veldig usikre funn, ble denne gruppen slått sammen med de som drakk 3-5 dager i uka. De som ikke ønsket å svare på spørsmålet ble kodet som missing. Vi satt dermed igjen med fem undergrupper. De som oppga at de drakk 3 dager i uka eller oftere, 1-2 ganger i uka, 2-3 ganger i måneden, sjeldnere og de som aldri drakk. Når vi så på variasjoner i synspunkter etter drikkevaner, gjorde vi dette i to steg: Først sammenlignet vi de som aldri drakk alkohol med de som drakk. Deretter undersøkte vi om synspunktene varierte med drikkefrekvensen blant de som oppga at de drakk. Til det siste benyttet vi en semikontinuerlig skala som ga en meget grov indikator på hvor ofte de drakk i løpet av en måned (0,5; 2,5; 6 eller 16 ganger).

Tidsvariabelen ble kodet som antall år etter første undersøkelse. Undersøkelsen fra august 2005 ble dermed gitt verdien 0, mens undersøkelsene i desember 2005, oktober 2006, juni 2007, juli 2008 og februar 2009 ble kodet som henholdsvis 0,33; 1,17; 1,83; 2,92 og 3,5. Som et eksempel på denne utregningen, gikk det 4 måneder mellom første og andre undersøkelse. Omregnet i antall år blir dette 0,33 (4/12).

2.3 Statistiske analyser

Prosentandelene i alle tabellene (bortsett fra tabell 2.2) er beregnet på grunnlag av vektete data.

Vi brukte kji-kvadrat test for å undersøke om fordelingen etter kjønn, alder og utdanningsnivå var forskjellig på de ulike tidspunktene, og F-test for å undersøke om den gjennomsnittlige drikkefrekvens endret seg over tid.

I analysene av endringer i holdninger til alkoholpolitikken og oppfatninger om effekt av ulike virkemidler over tid, grupperte vi svarkategoriene i to (for eksempel enig eller uenig i en påstand, betydelig tro eller mindre tro på effekten av et virkemiddel, osv.). Tabellene viser andelene som på de ulike tidspunkt var av en bestemt oppfatning – for eksempel enig i at vin bør selges i butikk. Vi benyttet bivariat logistisk regresjon til å teste om andelen som var av en slik oppfatning, endret seg i løpet av perioden. I disse modellene ble holdningsmålet lagt inn som avhengig variabel og tidsvariabelen som uavhengig variabel. Vi har oppgitt odds ratio (OR) i tabellene. Denne sier noe om retningen på statistisk signifikante endringer. Hvis OR er større enn 1, tyder det på at det var en økning i andelen som var enig i at vin bør selges i butikk. Hvis OR er mindre enn 1, tyder det på at det var en nedgang i andelen som var av en slik oppfatning.

Bivariat logistisk regresjon ble også benyttet til å undersøke om holdningene og oppfatningene om effekt var forskjellig i ulike undergrupper i utvalget (basert på kjønn, alder, utdanningsnivå og drikkefrekvens). Videre testet vi om utviklingen over tid var forskjellig for ulike undergrupper. Var det for eksempel slik at oppslutningen om aldersgrensene økte mer blant menn enn blant kvinner? For å teste dette la vi inn et interaksjonsledd mellom tidsvariabelen og kjønn i regresjonsligningen. Modellene ble dermed bygd opp på følgende måte: holdning til aldersgrensen ble lagt inn som avhengig variabel, og kjønn, tid og kjønn*tid ble lagt inn som uavhengige variabler. Tilsvarende fremgangsmåte ble benyttet for å teste om eventuelle endringer i holdninger og oppfatninger over tid var forskjellige i ulike aldersgrupper, og i grupper basert på utdanningsnivå og drikkefrekvens.

Siden totalutvalget var stort og vi foretok mange statistiske sammenligninger, satte vi signifikansnivået til 0,01.

3 Resultater

3.1 Holdninger til alkoholpolitikken

Tabell 3.1 viser andelen som sa seg enige i 13 påstander om ulike aspekter ved den norske alkoholpolitikken. De 9 første var formulert slik at enighet kunne tolkes som et ønske om en mer liberal alkoholpolitikk (synes alkohol er for dyrt i Norge, ønsker vin i butikk, osv.). Andelen som var enige i alle disse påstandene, gikk ned i perioden 2005-2009. Det vil si at det var *færre som ønsket en mer liberal alkoholpolitikk* i 2009 enn i 2005. Odds ratio (OR) kan betraktes som en grov indikator på størrelsen på disse endringene. Hvis vi for eksempel ser på endringer i andelen som var enige i at alkohol er for dyrt i Norge, var OR 0,81. Siden tidsvariabelen var kodet som antall år, kan vi regne om OR til omtrentlig prosentvis endring per år. Vi kan si at for hvert kalenderår gikk andelen som var enig i at alkohol er for dyrt i Norge i gjennomsnitt ned med omtrent 19 % ($1,00 \text{ minus } 0,81 = 0,19$).

Vi ser at det i 2009 var relativt mange som var enige i at ”vin bør selges i butikk” (61 %), at ”alkohol er for dyrt i Norge” (59 %) og at ”det er greit å smugle litt til eget forbruk” (46 %). På den annen side var det svært få som var enige i at ”det er greit å smugle alkohol og selge til andre” (2 %) og at ”aldersgrensene for kjøp av alkohol er for høye” (4 %). Andelen som var enige i de andre påstandene, lå mellom 14 og 20 %.

De fire siste påstandene i tabellen handler om prioriteringer med hensyn til hvor resurssene skal settes inn. Den første av disse påstandene handler om hvorvidt alkoholproblemer rammer en liten gruppe i befolkningen eller relativt mange. Denne påstanden ble endret i løpet av undersøkelsesperioden. På de tre første undersøkelsestidspunktene var påstanden ”Alkoholproblemer rammer først og fremst en liten gruppe *alkoholikere*”, mens den på de tre siste tidspunktene var ”Alkoholproblemer rammer først og fremst en liten gruppe”. Som vi ser av tabell 3.1, gikk andelen som var enig i denne påstanden noe opp når formuleringen ble endret. Dette kan skyldes endringen i spørsmålsformuleringen. Vi testet derfor om andelen som sa seg enige i disse påstandene endret seg innenfor hver av disse to

periodene (dvs. t.o.m. 2006 og f.o.m. 2007). Det gjorde den ikke. I 2009 sa en av fem seg enig i at alkoholproblemer først og fremst rammer en liten gruppe.

Andelen som sa seg enig i at ”staten bør satse mer på behandling av misbrukere” og at ”staten bør satse mer på forebygging rettet mot ungdom”, var omtrent like høy på alle undersøkelsestidspunktene. Dette gjaldt hhv. 90 og 93 % i 2009. Det var imidlertid en nedgang i andelen som mente at ”når det gjelder rusmidler, bør myndighetene konsentrere seg om narkotika”. Omtrent halvparten var enig i denne påstanden i 2009.

Tabell 3.1: Andelen som oppga at de var helt eller delvis enig i følgende påstander (Laveste N = 7784).

År	2005	2005	2006	2007	2008	2009	Endring?
Måned	aug	des	okt	jun	jul	feb	OR
Prisreguleringer							
Alkohol er for dyrt i Norge	75	70	72	65	60	59	0,81**
Tilgjengelighetsbegrensninger							
Det er for vanskelig å få kjøpt alkohol	24	19	22	17	16	20	0,90**
Vin bør selges i butikk	71	67	71	66	62	61	0,88**
Brennevin bør selges i butikk	26	23	22	20	19	18	0,89**
Aldergrenser							
Aldersgrensene for kjøp av alkohol er for høye	8	8	5	4	4	4	0,76**
Promillegrenser							
Dagens promillegrenser er for strenge	22	22	19	15	14	14	0,83**
Importrestriksjoner							
Det er greit å smugle litt til eget forbruk	57	55	54	52	51	46	0,91**
Det er greit å smugle alkohol og selge til andre	6	4	3	4	3	2	0,81**
Reklamerestriksjoner							
Det bør være lov å reklamere for alkohol	25	26	20	17	18	19	0,88**
Mange vs få							
Alkoholproblemer rammer først og fremst en liten gruppe	24	20	17	25	22	20	- ^a
Satsningsområde							
Når det gjelder rusmidler, bør myndighetene konsentrere seg om narkotika	63	59	56	53	52	54	0,90**
Staten bør satse mer på behandling av misbrukere	89	91	89	87	88	90	0,97 ^{is}
Staten bør satse mer på forebygging rettet mot ungdom	94	92	93	93	92	93	0,96 ^{is}

** p < 0,001, ^{is} Ikke statistisk signifikant.

^a Denne påstanden ble endret i løpet av undersøkelsesperioden. I 2005/2006 var påstanden ”Alkoholproblemer rammer først og fremst en liten gruppe alkoholikere”, mens den i 2007-2009 var ”Alkoholproblemer rammer først og fremst en liten gruppe”. Det var en liten nedgang i andelen som var enige i denne påstanden før spørsmålsformuleringen ble endret. Samme år som formuleringen ble endret, gikk andelen enige opp, for så å gå litt ned igjen. Vi testet om det var en statistisk signifikant nedgang innenfor hver av disse to periodene. Det var det ikke (OR var henholdsvis 0,85 og 0,96).

3.2 Oppfatninger om effekten av ulike alkoholpolitiske virkemidler

Som vist i tabell 3.2, var det i perioden 2005-2009 en økning i andelen som trodde at høye priser/ avgifter, vinmonopolordning og begrenset tilgjengelighet via skjenkesteder i stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol. Det var en nedgang i andelen som trodde at aldersgrenser og promilleregler hadde en slik effekt. Andelen som trodde at informasjon og holdningsskapende arbeid og foreldres grensesetting i stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene, var stabil gjennom perioden. Igjen kan OR betraktes som en grov indikator på størrelsen på endringene. Hvis vi for eksempel ser på endringer i andelen som trodde at høye priser/avgifter på alkohol er effektivt for å begrense skadevirkningene av alkohol, var OR 1,11. Det vil si at for hvert kalenderår som gikk, økte andelen som trodde at dette virkemidlet er effektivt i gjennomsnitt med omtrent 11 % (1,11 minus 1,00).

Blant respondentene i 2009, trodde et stort flertall at foreldres grensesetting (88 %) er effektivt for å begrense skadevirkningene av alkohol. Videre var det langt flere som trodde at informasjon og holdningsskapende arbeid (70 %) og promilleregler (66 %) var effektivt i så måte, enn som trodde at prisreguleringer (33 %) og begrensninger av tilgjengelighet (40-46 %) var det.

Tabell 3.2: Andelen som oppga at de trodde at følgende tiltak i meget stor grad eller i ganske stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol (Laveste N = 8 136).

År	2005	2005	2006	2007	2008	2009	Endring?
Måned	aug	des	okt	jun	jul	feb	OR
Høye priser/avgifter på alkohol	25	28	28	33	32	33	1,11**
Omsetning av vin og sprit begrenses til Vinmonopolet ^a	31	32	32	37	36	40	1,11**
Skjenkereglene som lukningstider på utesteder	35	44	40	50	43	46	1,09**
Aldersgrense for kjøp av alkohol	48	50	44	40	38	41	0,88**
Promilleregler for kjøring av bil i alkoholpåvirket stand	76	76	70	68	66	66	0,87**
Informasjon og holdningsskapende arbeid	69	69	70	67	66	70	0,97 ^{is}
At foreldre setter tydelige grenser for sine barn når det gjelder alkohol	84	86	86	86	86	88	1,05 ^{is}

** p < 0,001, ^{is} Ikke statistisk signifikant.

^a I 2005 var spørsmålet om alkohol generelt og ikke vin og sprit.

Det var også en økning i andelen som trodde at skadevirkningene av alkohol ville bli store hvis prisene ble senket eller tilgjengeligheten økte (tabell 3.3). I 2009 var det flere som trodde at skadevirkningene ville bli store hvis tilgjengeligheten økte gjennom flere skjenkesteder og forlengede åpningstider (45 %) enn hvis tilgjengeligheten økte gjennom salg av vin i dagligvarebutikker (31 %) eller at prisene ble lavere (31 %).

Tabell 3.3: Andelen som oppga at de trodde at skadevirkningene av alkohol ville bli meget store eller ganske store hvis stat og kommune gjør følgende (Laveste N = 7956).

År	2005	2005	2006	2007	2008	2009	Endring?
Måned	aug	des	okt	jun	jul	feb	OR
Senker alkoholprisene til svensk nivå	25	29	25	29	30	31	1,08**
Øker tilgjengeligheten til alkohol for eksempel gjennom å tillate salg av vin i dagligvarebutikker	20	25	22	25	28	31	1,15**
Øker antall skjenkesteder og forlenger åpningstidene	27	34	30	36	41	45	1,22**

** p < 0,001

3.3 Oppfatninger om sammenhengen mellom alkoholkonsum og dødsfall

Det siste målet handler om respondentenes oppfatning av om hvorvidt en økning i det gjennomsnittlige alkoholforbruket i befolkningen vil resultere i en betydelig økning i antall dødsfall som skyldes sykdommer, drap, selvmord og ulykker (tabell 3.4). Andelen som trodde at dette stemte godt var større på slutten enn i begynnelsen av perioden. I 2009 svarte halvparten at de trodde at dette stemte godt.

Tabell 3.4: Andelen som oppga at de i meget stor eller ganske stor grad trodde at en økning i det gjennomsnittlige alkoholforbruket i Norge med en liter ren alkohol per år, ville resultere i en betydelig økning i antall dødsfall som skyldes sykdommer, drap, selvmord og ulykker (N=7244).

År	2005	2005	2006	2007	2008	2009	Endring?
Måned	aug	des	okt	jun	jul	feb	OR
	38	45	39	- ^a	48	50	1,13**

** p < 0,001

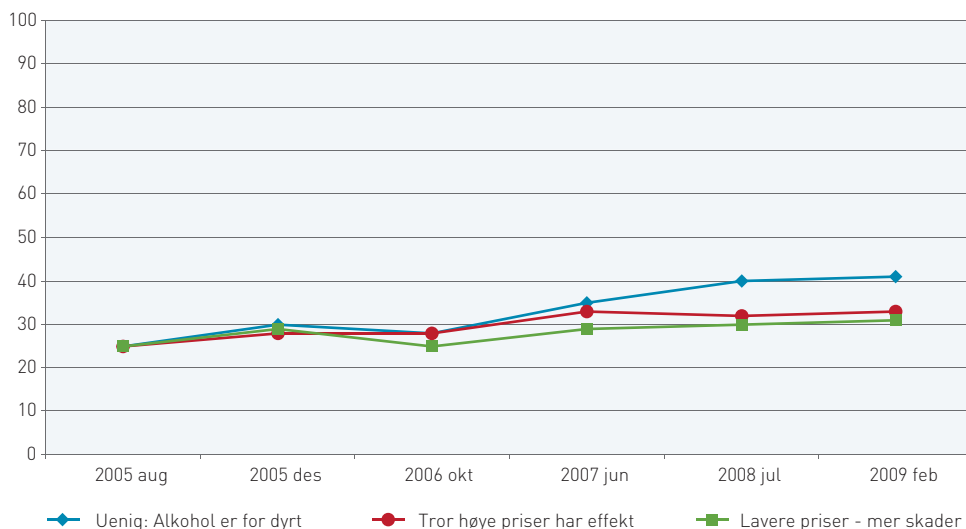
^a I 2007 ble det kun samlet inn slike data fra foreldre til barn under 10 år. Disse dataene inngår ikke i analysene.

3.4 Sammenfall i endringer i holdninger og oppfatninger om effekt?

I dette underkapitlet fremstilles svarene på alle spørsmålene som ble stilt om hvert enkelt virkemiddel i samme figur (fra tabell 3.1-3.3). Dette gir blant annet et inntrykk av om befolkningens oppslutning om et alkoholpolitisk virkemiddel endret seg i takt med befolkningens oppfatning om hvorvidt dette virkemidlet var effektivt for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. Det er viktig å presisere at vi her ser på endringer på befolkningsnivå, og ikke om det er slik at individer som tror at et virkemiddel i stor grad kan bidra til å begrense skadevirkningen av alkohol, også har en positiv holdning til dette virkemidlet.

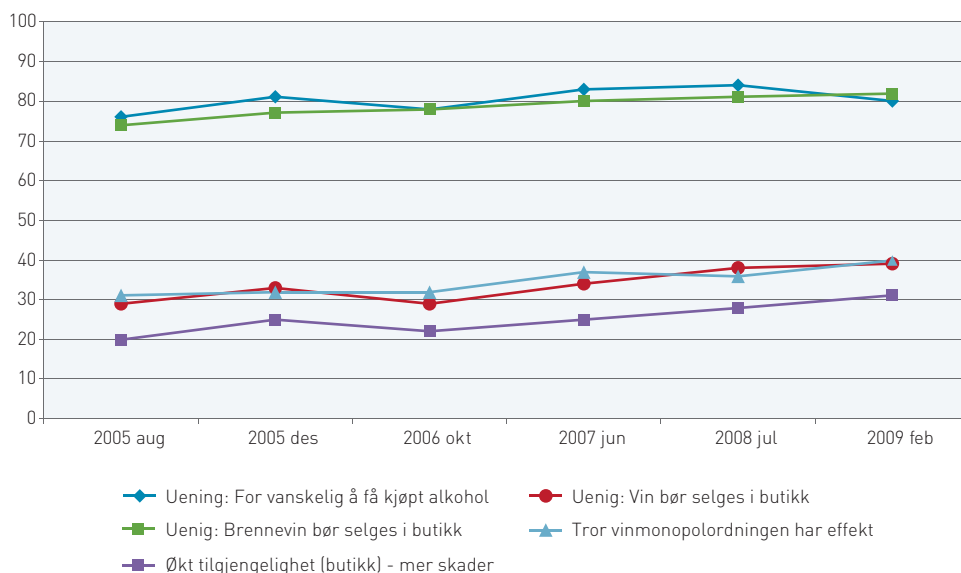
Figur 3.1 gir et samlet bilde av hvordan befolkningens oppfatninger om prisregulering endret seg i perioden 2005-2009. Som vi kan se, var det en økning i andelen som trodde at man kan begrense skadevirkningene av alkohol gjennom å holde et høyt prisnivå. Samtidig var det en økning i andelen som var uenig i at alkohol er for dyrt. Selv om det var en økning i både andelen som trodde at prisvirkemidlet kan begrense skadeomfanget og i oppslutningen om prisreguleringer, var fortsatt flertallet enig i at alkohol er for dyrt i 2009.

Figur 3.1: Andelen som oppga at de (1) var uenig i at alkohol er for dyrt, (2) trodde at høye priser/avgifter i stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol og (3) trodde at skadevirkningene av alkohol ville bli store hvis myndighetene senket alkoholprisene.



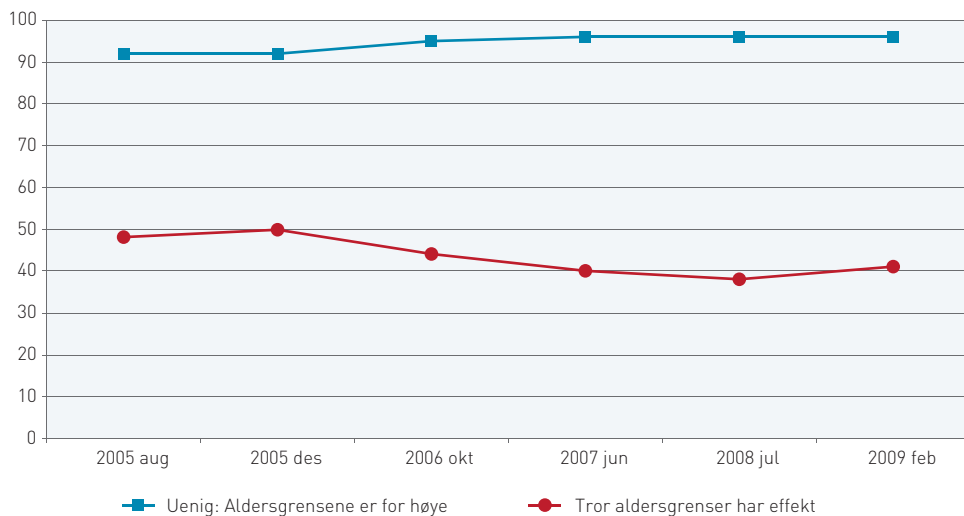
Respondentene ble stilt til sammen fire spørsmål om regulering av tilgjengelighet via utsalgssteder og ett om tilgjengeligheten av alkohol mer generelt. Svarene på disse spørsmålene er samlet i figur 3.2. Det var en økning i andelen som trodde at man kan begrense skadevirkningene av alkohol gjennom å begrense tilgjengeligheten av alkohol. Samtidig var det flere som sa seg uenige i at det er for vanskelig å få kjøpt alkohol, og at henholdsvis vin og brennevin bør selges i butikk. Det var altså et sammenfall mellom økningen i andelen som trodde at tilgjengelighetsbegrensninger var effektivt for å begrense skadevirkningene av alkohol og økt oppslutning om slike virkemidler. Andelen som sa seg enige i de ulike påstandene i 2009 var imidlertid svært forskjellig: Mens relativt få var enig i at det er for vanskelig å få kjøpt alkohol (20 %) og at brennevin bør selges i butikk (18 %), var godt over halvparten enig i at vin bør selges i butikk (61 %).

Figur 3.2: Andelen som oppga at de var uenig i (1) at det er for vanskelig å få kjøpt alkohol, (2) at vin bør selges i butikk, (3) at brennevin bør selges i butikk, og andelen som oppga at de trodde (4) at vinmonopolordningen i stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol og (5) at skadevirkningene av alkohol ville bli store hvis myndighetene økte tilgjengeligheten av alkohol gjennom for eksempel å tillate salg av vin i dagligvarebutikker.



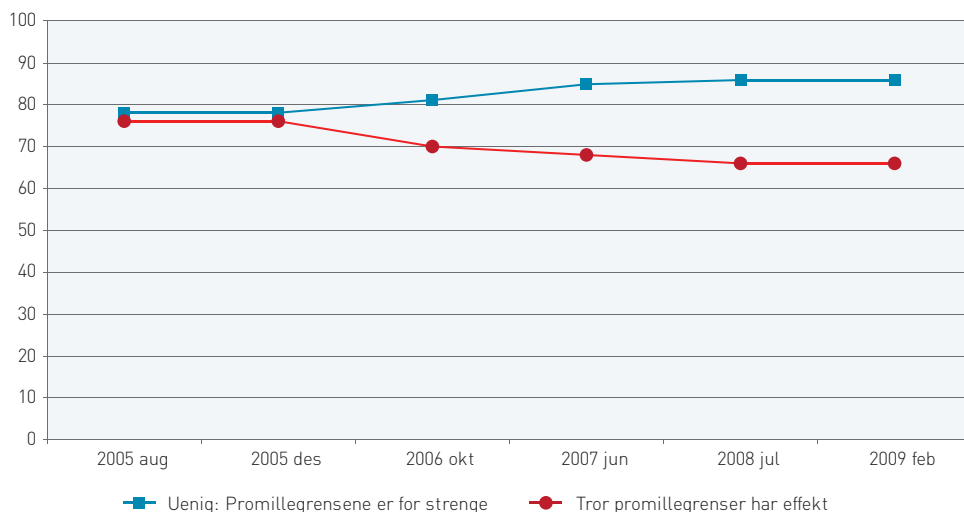
Figur 3.3 viser svarene på de to spørsmålene om aldersgrenser for kjøp av alkohol. Samtidig som det var en nedgang i andelen som trodde at aldersgrenser er effektivt for å begrense skadevirkningene av alkohol, var det en økning i andelen som var uenige i at aldersgrensene er for høye. Nedgangen i andelen som oppfattet aldersgrensene som effektive var med andre ord ikke ledsaget av en nedgang i oppslutning om aldersgrensene. I 2009 var det kun noen få som var enige i at aldersgrensene er for høye (4 %).

Figur 3.3: Andelen som oppga at de (1) var uenig i at aldersgrensene for kjøp av alkohol er for høy og (2) trodde at aldersgrenser i stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol.



Den siste figuren viser svarene på spørsmålene som handlet om promillegrenser for bilkjøring (figur 3.4). Igjen ser vi at mønsteret av endringer i perioden 2005-2009 var forskjellig avhengig av om vi ser på oppfatningen om effekten av virkemidlet og oppslutningen om det. Mens det var en nedgang i andelen som trodde at promillegrenser var effektivt for å begrense skadevirkningene av alkohol, var det en økning i andelen som var uenige i at promillegrensene er for strenge. Det var relativt få (14 %) som var enig i at promillegrensene er for strenge i 2009.

Figur 3.4: Andelen som oppga at de (1) var uenig i at dagens promillegrenser er for strenge og (2) trodde at promilleregler for kjøring av bil i alkoholpåvirket tilstand i stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol.



3.5 Holdninger og oppfatninger etter kjønn, alder og utdanning

I analysene i dette og i neste underkapittel har vi slått sammen dataene fra alle undersøkelsestidspunktene. Dette ga oss et sikrere grunnlag for å beskrive gruppeforskjeller i holdninger til alkoholpolitikken og oppfatninger om hvor effektive ulike virkemidler er for å begrense omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer.

Det var langt færre kvinner enn menn som ga uttrykk for at de ønsket en mer liberal alkoholpolitikk (tabell 3.5). Kvinnene hadde dessuten gjennomgående større tro på effekten av alle de alkoholpolitiske virkemidlene det ble spurt om (tabell 3.6 og 3.7).

Når vi ser på aldersforskjellene, er hovedmønsteret at jo eldre respondentene var, jo færre var det som ønsket en mer liberal alkoholpolitikk (tabell 3.5), og jo større tro hadde de på effekten av de alkoholpolitiske virkemidlene det ble spurt om (tabell 3.6 og 3.7).

Det var færre blant de med utdanning på universitetsnivå enn blant de med lavere utdanning som ønsket en mer liberal alkoholpolitikk (tabell 3.5). De med høy utdanning hadde dessuten større tro på effekten av alle de alkoholpolitiske virkemidlene det ble spurt om, unntatt informasjon og holdningsskapende arbeid (tabell 3.6 og 3.7).

Tabell 3.5: Andelen som oppga at de var helt eller delvis enig i følgende påstander etter kjønn, alder og utdanningsnivå. Lav utdanning (L) er på nivå med grunnskole- eller videregående skole og høy utdanning (H) er på nivå med universitet.

	Kjønn			Alder						Utdanning ^a		
	M	K	Forskj.	20 29	30 39	40 49	50 59	60 69	Forskj.	L	H	Forskj.
Prisreguleringer												
Alkohol er for dyrt i Norge	70	62	**	70	68	65	64	64	**	75	60	**
Tilgjengelighetsbegrensninger												
For vanskelig å få kjøpt alkohol	25	14	**	24	21	18	18	16	**	21	18	is
Vin bør selges i butikk	73	60	**	64	69	66	66	65	is	71	63	**
Brennevin bør selges i butikk	29	14	**	24	22	22	19	19	**	25	19	**
Aldersgrenser												
For høye aldersgrenser	7	3	**	7	4	4	5	6	is	7	4	**
Promillegrenser												
For strenge promillegrenser	25	10	**	18	17	16	17	20	is	20	16	**
Importrestriksjoner												
Greit å smugle litt til eget bruk	60	44	**	65	59	49	44	43	**	59	47	**
Greit å smugle og selge til andre	6	2	**	8	4	3	1	1	**	5	2	**
Reklamerestriksjoner												
Bør være lov å reklamere	26	15	**	27	18	16	19	24	is	24	17	**
Mange vs få												
Rammer en liten gruppe	28	13	**	22	19	18	22	26	*	24	19	**
Satsningsområde												
Prioritere narkotika	62	50	**	64	56	53	53	53	**	66	47	**
Satse mer på behandling	86	92	**	87	89	88	91	90	*	89	89	is
Satse mer på forebygging	92	94	**	87	93	94	95	97	**	93	93	is

* $p < 0,01$, ** $p < 0,001$, ^{is} Ikke statistisk signifikant.

^a Respondentene som oppga at de var under utdanning er utelatt fra analysene (Laveste N=7157).

Tabell 3.6: Andelen som oppga at de trodde at følgende tiltak i meget stor grad eller i ganske stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkninger av alkohol etter kjønn, alder og utdanningsnivå. Lav utdanning (L) er på nivå med grunnskole- eller videregående skole og høy utdanning (H) er på nivå med universitet.

	Kjønn			Alder						Utdanning ^a		
	M	K	Forskj.	20 29	30 39	40 49	50 59	60 69	Forskj.	L	H	Forskj.
Høye priser/avgifter på alkohol	29	31	*	29	27	30	31	35	**	24	34	**
Vinmonopolordning	31	39	**	34	31	34	37	41	**	31	38	**
Skjenkereglene	38	48	**	34	36	41	50	57	**	40	46	**
Aldersgrense for kjøp av alkohol	40	47	**	37	41	43	47	50	**	38	47	**
Promilleregler for kjøring av bil	64	75	**	68	67	67	72	76	**	67	72	**
Informasjons- og holdningstiltak	66	71	**	64	68	70	69	71	**	70	68	is
Foreldres grensesetting	84	88	**	81	87	87	87	87	**	84	88	**

* p < 0,01, ** p < 0,001, ^{is} Ikke statistisk signifikant.

^a Respondentene som oppga at de var under utdanning er utelatt fra analysene (Laveste N=7461).

Tabell 3.7: Andelen som oppga at de trodde at skadevirkninger av alkohol ville bli meget store eller ganske store hvis stat og kommune gjør følgende, etter kjønn, alder og utdanningsnivå. Lav utdanning (L) er på nivå med grunnskole eller videregående skole, og høy utdanning (H) er på nivå med universitet.

	Kjønn			Alder						Utdanning ^a		
	M	K	Forskj.	20 29	30 39	40 49	50 59	60 69	Forskj.	L	H	Forskj.
Senker alkoholprisene	24	31	**	29	24	26	28	32	is	23	31	**
Øker tilgjengeligheten (utsalg)	21	30	**	24	20	24	28	31	**	22	27	**
Øker tilgjengeligheten (skjenking)	31	40	**	28	28	32	43	53	**	33	38	**

** p < 0,001, ^{is} Ikke statistisk signifikant.

^a Respondentene som oppga at de var under utdanning er utelatt fra analysene (Laveste N=7291).

Som vist i tabellene 3.1-3.3, endret holdningene til alkoholpolitikken og oppfatningen om effekten av ulike alkoholpolitiske virkemidler seg i perioden 2005-2009. Vi benyttet logistisk regresjonsanalyse med interaksjonsledd til å teste om disse endringene over tid var forskjellig avhengig av respondentenes kjønn, alder og utdanningsnivå. Disse regresjonsanalysene tyder på at de observerte endringene var nokså like for menn og kvinner, og for personer med lav og høy utdanning.

Regresjonsanalysene avdekket imidlertid at mønsteret av endringer over tid i noen få tilfeller var avhengig av respondentenes alder. Dette gjaldt for begge spørsmålene som omhandlet aldersgrenser for kjøp av alkohol. Når det gjaldt andelen som var enige i at aldersgrensene for kjøp av alkohol er for høye, var det en tydelig nedgang fra 2005 til 2009 blant 20-29 åringene, mens nedgangen i de andre aldersgruppene var mindre markante ($B = 0,088$, $SE B = 0,033$, $p < 0,01$). Andelen som oppfattet aldersgrenser som effektive for å begrense skadevirkningene av alkohol gikk ned i alle aldersgruppene, bortsett fra blant 20-29-åringene ($B = -0,053$, $SE B = 0,014$, $p < 0,001$).

Endringene i oppfatning om effekten av å begrense omsetning av vin og sprit til Vinmonopolet varierte også med respondentenes alder. Mens andelen som trodde at dette virkemidlet var effektivt økte i de tre yngste aldersgruppene, gikk denne andelen litt opp og ned i de to eldste aldersgruppene ($B = -0,045$, $SE B = 0,015$, $p < 0,01$).

3.6 Holdninger og oppfatninger etter drikkefrekvens

Tabell 3.8 viser gjennomsnittstall for hvor ofte respondentene drakk alkohol i løpet av en måned. I følge disse tallene kan det se ut til at det har vært en liten økning i drikkefrekvensen til og med 2007, og at den deretter gikk litt ned igjen. Når vi her ser en liten variasjon i gjennomsnittlig drikkefrekvens gjennom perioden fra 2005 til 2009, er dette trolig snarere et uttrykk for at vi har brukt et lite presist mål, at sesongvariasjon i alkoholkonsumet kan ha påvirket rapporteringen, og at de ulike utvalgene kan være noe ulikt sammensatt, heller enn at det speiler reelle variasjoner i drikkefrekvensen i den norske voksenbefolkningen. For perioden 2005 til 2008 var det en jevn økning i det registrerte alkoholkonsumet i Norge på til sammen snaut 0,4 liter ren alkohol per voksen innbygger. Det vil si en økning på ca. 6 % - altså en relativt beskjeden endring.

Tabell 3.8: Beregnet månedlig drikkefrekvens i det samlede datasettet og i datasettene fra hvert tidspunkt. Gjennomsnitt og median.

År	Alle	2005	2005	2006	2007	2008	2009	Endring?
Måned		aug	des	okt	jun	jul	feb	
N	8221	1060	996	2121	1007	1948	1089	F
Gjennomsnitt	4,5	4,2	4,0	4,6	4,8	4,5	4,4	3,48*
Standardavvik	4,8	4,5	4,3	4,8	5,1	4,9	4,7	
Median	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	

* < 0,01

De som ikke drakk alkohol, skilte seg markant fra de som drakk. Det var langt færre i denne gruppen som ønsket en mer liberal alkoholpolitikk (tabell 3.9). De hadde med ett unntak (dvs. informasjon og holdningsskapende arbeid) også mye større tro på at de alkoholpolitiske virkemidlene det ble spurt om var effektive for å begrense skadevirkningene av alkohol (tabell 3.10 og 3.11). Disse forskjellene kan ikke tilskrives at de som ikke drakk skilte seg betydelig ut med hensyn til kjønns- og alderssammensetningen. Det var riktignok en litt større andel 60-69-åringer blant de som ikke drakk enn i det samlede utvalget (21 % versus 15 %), men denne forskjellen er ikke stor nok til å forklare de relativt store forskjellene i synspunkter. Kjønnfordelingen var omtrent lik i begge gruppene.

Det var også noe variasjon blant de som oppga at de drakk alkohol. Hovedregelen var at jo oftere de drakk, jo flere var det som ønsket en mer liberal alkoholpolitikk (tabell 3.9), og jo færre var det som trodde at prisreguleringer og tilgjengelighetsbegrensninger var effektivt for å begrense skadevirkningene av alkohol (tabell 3.10 og 3.11).

Vi benyttet logistisk regresjonsanalyse med interaksjonsledd for å teste om endringene i holdninger og oppfatninger over tid (tabell 3.1-3.3) var forskjellig avhengig av (1) om respondentene drakk alkohol eller ikke og (2) drikkefrekvensen blant de som drakk. Disse regresjonsanalysene tyder på at de observerte endringene fra 2005-2009 gjaldt for alle – uavhengig av om- og eventuelt hvor ofte de drakk.

Tabell 3.9: Andelen som oppga at de var helt eller delvis enig i følgende påstander etter drikkefrekvens. Aldri (A), 1 gang i måneden eller sjeldnere (S), 2-3 ganger i måneden, 1-2 ganger i uka og 3 dager i uka eller oftere. Laveste N =7755.

	A	S	2-3 mnd	1-2 uke	3+ uke	Drikker?	
						Nei/ja	Frek.
						Forskj.	Forskj.
Prisreguleringer							
Alkohol er for dyrt i Norge	19	61	70	72	77	**	**
Tilgjengelighetsbegrensninger							
Det er for vanskelig å få kjøpt alkohol	1	12	20	25	29	**	**
Vin bør selges i butikk	20	58	70	74	77	**	**
Brennevin bør selges i butikk	2	17	20	26	31	**	**
Aldersgrenser							
Aldersgrensene for kjøp av alkohol er for høye	1	5	5	5	7	**	is
Promillegrenser							
Dagens promillegrenser er for strenge	1	12	16	21	30	**	**
importrestriksjoner							
Det er greit å smugle litt til eget bruk	12	45	55	60	64	**	**
Det er greit å smugle alkohol og selge til andre	2	3	4	4	5	is	is
Reklamerestriksjoner							
Det bør være lov å reklamere for alkohol	3	17	21	24	27	**	**
Mange vs få							
Rammer en liten gruppe	4	16	20	26	28	**	**
Satsningsområde							
Prioritere narkotika	32	53	59	59	57	**	is
Satse mer på behandling	87	90	88	88	88	is	is
Satse mer på forebygging	93	94	93	92	93	is	is

** p < 0,001, ^{is} Ikke statistisk signifikant.

Tabell 3.10: Andelen som oppga at de trodde at følgende tiltak i meget stor grad eller i ganske stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkninger av alkohol etter drikkefrekvens. Aldri (A), 1 gang i måneden eller sjeldnere (S), 2-3 ganger i måneden, 1-2 ganger i uka og 3 dager i uka eller oftere. Laveste N = 8 104.

	A	S	2-3 mnd	1-2 uke	3+ uke	Drikker?	
						Nei/ja	Frek.
						Forskj.	Forskj.
Høye priser/avgifter på alkohol	65	32	27	26	27	**	*
Vinmonopolordning	68	39	33	29	26	**	**
Skjenkereglene som lukningstider på utesteder	73	45	40	39	41	**	is
Aldersgrense for kjøp av alkohol	60	43	41	42	43	**	is
Promilleregler for kjøring av bil	79	71	68	70	67	**	is
Informasjon og holdningsskapende arbeid	72	69	68	69	65	is	is
Foreldres grensesetting	92	87	86	86	83	*	is

* p < 0,01, ** p < 0,001, ^{is} Ikke statistisk signifikant.

Tabell 3.11: Andelen som oppga at de trodde at skadevirkninger av alkohol ville bli meget store eller ganske store hvis stat og kommune gjør følgende etter drikkefrekvens. Aldri (A), 1 gang i måneden eller sjeldnere (S), 2-3 ganger i måneden, 1-2 ganger i uka og 3 dager i uka eller oftere. Laveste N =7 927.

	A	S	2-3 mnd	1-2 uke	3+ uke	Drikker?	
						Nei/ja	Frek.
						Forskj.	Forskj.
Senker alkoholprisene til svensk nivå	77	36	23	20	18	**	**
Øker tilgjengeligheten (utsalg)	75	33	21	16	16	**	**
Øker tilgjengeligheten (skjenking)	80	42	30	29	30	**	**

** p < 0,001.

4 Diskusjon

Våre analyser tyder på at det har vært en bevegelse i befolkningens holdninger til sentrale deler av den norske alkoholpolitikken i perioden 2005-2009. Det var større oppslutning om en restriktiv alkoholpolitikk på slutten av perioden enn i begynnelsen. Det var for eksempel færre som var enige i at alkohol er for dyrt, at vin bør selges i butikk, at aldersgrensene er for høye og at promillegrensene er for strenge. Oppfatningene om effekten av sentrale virkemidler for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer endret seg også. Det var en økning i andelen som trodde at prisreguleringer og tilgjengelighetsbegrensninger i stor grad kan bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol. På den annen side var det en nedgang i andelen som trodde at aldersgrenser og promilleregler var effektivt i så måte. Andelen som trodde at foreldres grensesetting og informasjons- og holdningsskapende arbeid i stor grad kan bidra til å begrense skadevirkningene, var stabil i perioden.

Holdningene til alkoholpolitikken varierte for ulike undergrupper i befolkningen. Oppslutningen om en restriktiv alkoholpolitikk var størst blant kvinner, de eldste respondentene, de med høyest utdanning og de som ikke, eller bare sjelden drakk alkohol. De samme gruppene var også mest tilbøyelige til å tro at de alkoholpolitiske virkemidlene det ble spurt om, var effektive for å begrense skadevirkningene av alkohol. Selv om holdningene og oppfatningene var forskjellige i ulike undergrupper, tyder de statistiske analysene på at de observerte endringene i perioden 2005-2009, med noen få unntak, gjaldt for alle.

4.1 Begrensninger ved studien

Hensikten med å foreta slike opinionsundersøkelser er å si noe om befolkningens holdninger og oppfatninger om et eller flere tema – i dette tilfellet ulike sider ved den norske alkoholpolitikken. Når man skal vurdere kvaliteten av slike studier, blir det derfor viktig å vite hvor representative de som har deltatt i undersøkelsen er for den befolkningen man vil si noe om. Undersøkelsene dekket i utgangspunktet hele voksenbefolkningen, men respondentene over 69 år utgjorde en langt mindre andel enn de skulle gjort hvis utvalget hadde hatt samme aldersfordeling som i

befolkningen. Videre er det grunn til å anta at de over 69 år som bruker internett og deltar i slike undersøkelser ikke er representative for sin aldersgruppe – heller ikke når det gjelder holdninger til alkoholpolitikken. Vi så oss derfor nødt til å begrense studien til å gjelde for 20-69-åringer.

Vi vektet dataene fra hvert undersøkelsestidspunkt slik at kjønns- og aldersfordelingen ble lik fordelingen i befolkningen i 2007. Andelen som bodde i de ulike helseregionene stemte godt overens med fordelingen i befolkningen (etter at vi hadde tatt ut de nordtrønderne som var tatt med ekstra i 2009). Respondentene hadde imidlertid et høyere utdanningsnivå enn i befolkningen generelt. Dette kan nok delvis tilskrives at undersøkelsen ble gjennomført blant internettbrukere. Sammenlignet med de med lav utdanning, fant vi at de med høy utdanning i større grad sluttet opp om en restriktiv alkoholpolitikk og trodde at restriktive alkoholpolitiske virkemidler i stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol. Dette betyr at denne rapporten nok gir inntrykk av at holdningene til alkoholpolitikken er litt mer restriktive, og at litt flere har stor tro på restriktive alkoholpolitiske virkemidler, enn det tilfellet er i befolkningen. Siden svarprosenten var nokså lav (45 % for alle utvalgene samlet), kan vi heller ikke utelukke at de som deltok i undersøkelsen skiller seg fra befolkningen langs andre variabler. Vi har for eksempel sett at drikkefrekvens henger sammen med holdninger til alkoholpolitikken. Vi kan imidlertid vanskelig vurdere om utvalgene er representative for den generelle befolkningen med hensyn til drikkefrekvens.

Siden hovedmålet med denne studien har vært å beskrive endringer i holdninger og oppfatninger over tid, er det *viktigste* kvalitetskriteriet at dataene fra de ulike undersøkelsestidspunktene er sammenlignbare. Vi vektet dataene slik at kjønns- og aldersfordelingen var identisk på alle undersøkelsestidspunktene, og vi fant at de ulike utvalgene er sammenlignbare når det gjaldt bosted (helseregion), utdanningsnivå og drikkefrekvens. Det betyr at de observerte endringene i perioden 2005-2009 ikke kan tilskrives at utvalget er ulikt sammensatt langs disse variablene.

Et annet sentralt spørsmål er hvor gode målene er. Måler vi det fenomenet vi tar sikte på å beskrive på en god måte? Som påpekt i innledningen, er holdninger et abstrakt fenomen som ikke kan observeres direkte. Det vil alltid være noen feilkilder forbundet med å forsøke å måle uobserverbare fenomener. I likhet med vanlig praksis i spørreundersøkelser, ble holdninger målt ved å spørre respondentene om hvor enig/uenige de var i 13 påstander om sentrale deler av den norske alkoholpolitikken. De svarene man får på slike spørsmål, er avhengig av hvordan påstandene er formulert. Det er for eksempel lett å si seg enig i at staten bør satse mer på behandling av misbrukere så lenge det ikke går ut

over andre gode formål. Svarene ville trolig vært annerledes hvis man hadde spurt om behandling av misbrukere burde oppprioriteres på bekostning av forebygging rettet mot ungdom. Det er heller ikke gitt hva folk som sier seg enige i at alkohol er for dyrt, måtte mene om prisreguleringer. Det kan bety at de synes at staten legger for høye avgifter på alkohol, men det kan også bety at de synes at butikker og utesteder tjener for mye på salg av alkohol. Nok et eksempel på en påstand som det er vanskelig å tolke evalueringen av er ”Alkoholproblemer rammer først og fremst en liten gruppe”. Når respondentene sier seg uenige i denne påstanden, kan det tolkes som at de er innforstått med at det er relativt mange som opplever problemer som helt eller delvis kan tilskrives alkoholbruk, og ikke bare en liten gruppe. En annen tolkning kan være at de mener at alle kan få alkoholproblemer (dvs. bli alkoholikere), ikke bare en liten sårbar gruppe. Ennå vanskeligere blir det når vi tar i betraktning at spørsmålsformuleringen ble endret underveis. På de tre første undersøkelsestidspunktene var formuleringen ”Alkoholproblemer rammer først og fremst en liten gruppe alkoholikere”. Dette illustrerer også et annet sentralt poeng, nemlig at det er svært viktig å ha identiske spørsmålsformuleringer og svaralternativer når man studerer endringer over tid.

For å redusere sjansen for tilfeldige målefeil er det tilrådelig å bruke flere påstander eller spørsmål for å måle holdningene til et objekt. Tilfeldige målefeil kan for eksempel skyldes at påstandene er utydelige formulert, at avgrensningen mellom svarkategoriene er utydelig og at rekkefølgen på spørsmålene påvirker svarene. Av ulike årsaker, blant annet plasshensyn, brukes det imidlertid ofte bare en påstand eller ett spørsmål. Dette var også tilfellet for flere av de alkoholpolitiske virkemidlene som ble studert i denne rapporten (for eksempel prisreguleringer, aldersgrenser og promilleregler). Siden spørsmålene har vært stilt på samme måte ved de ulike undersøkelsestidspunktene, er det rimelig å anta at de tilfeldige målefeilene har vært stabile over tid. Man kan derfor anta at observerte holdningsendringer over tid ikke kan tilskrives slike målefeil.

Det er grunn til å anta at dataene er rimelig godt egnet til å studere endringer fra 2005 til 2009 i den norske voksenbefolkningens holdninger til alkoholpolitikken, og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. Når det gjelder andelen som slutter opp om en restriktiv alkoholpolitikk og har stor tro på effekten av de ulike virkemidlene, må funnene tolkes med større forsiktighet.

4.2 Oppfatninger om den skadereduserende effekten av ulike virkemidler

Et klart flertall ga uttrykk for at de trodde at informasjon og holdningsskapende arbeid (70 %), foreldres grensesetting (88 %) og promillegrenser for bilkjøring (66 %) i stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol. Det var langt færre som trodde at prisreguleringer (33 %) og begrensninger av tilgjengelighet gjennom skjenkereglene (46 %), aldersgrenser (41 %) og omsetning på Vinmonopolet (40 %) var effektivt i så måte (prosentandeler fra 2009-undersøkelsen). Oppfatningene om effekten av disse virkemidlene er altså ikke helt i tråd med det vi har forskningsmessig dokumentasjon for å si at virker. Som redegjort for i innledningen, viser forskningslitteraturen at det er lite som tyder på at informasjons- og holdningsskapende tiltak har noen effekt på alkoholforbruket og relaterte skader (Babor et al., 2003). De alkoholpolitiske virkemidlene vi har god dokumentasjon for at er effektive for å redusere konsum og begrense skadevirkningene, er derimot alkohollavgifter (Wagenaar et al., 2009), tilgjengelighetsbegrensninger inkludert aldersgrenser og monopolordningen (Anderson et al., 2009; Babor et al., 2003; Her et al., 1999; Stockwell et al., 2009), og promillegrenser, promillekontroller og sanksjoner (Schultz et al., 2001).

Selv om en økende andel i befolkningen i løpet av perioden 2005-2009 oppfattet sentrale alkoholpolitiske virkemidler som prisreguleringer og tilgjengelighetsbegrensninger som effektive, trodde i 2009 fortsatt under halvparten at slike virkemidler i stor grad kunne bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol. Videre var det langt færre som trodde at disse virkemidlene var effektive for å begrense skadevirkningene, enn som trodde at informasjons- og holdningsskapende arbeid var det. Det er med andre ord fortsatte et relativt stort gap mellom det vi ut fra forskningen kan si om effekten av disse virkemidlene og befolkningens oppfatning om dette.

4.3 Hvilke virkemidler og prioriteringer er det størst oppslutning om?

Spørsmålene om holdninger til ulike aspekter ved alkoholpolitikken kan gi noen indikasjoner på hvilke virkemidler og prioriteringer det er størst oppslutning om. Når vi her benytter vurderingen av ulike påstander til å si noe om befolkningens oppslutning om alkoholpolitikken, må vi minne om at de svarene vi får er helt avhengig av hvordan påstandene formuleres (jf. punkt 4.1).

Resultatene tyder på at de aller fleste slutter opp om dagens aldersgrenser og promilleregler. I 2009 var det kun et lite mindretall (hhv 4 og 14 %) som sa seg enig

i at disse reglene er for strenge. Videre var det relativt få (20 %) som var enig i at det er for vanskelig å få kjøpt alkohol. Synet på omsetning av alkohol i butikk var helt avhengig av hvilke drikkevarer det ble spurt om. Mens to av ti var enige i at brennevin burde selges i butikk, var seks av ti enige i at vin burde selges i butikk. Det var også seks av ti som var enige i at alkohol er for dyrt. Det er altså varierende oppslutning om de alkoholpolitiske virkemidlene som vi har god dokumentasjon for at er effektive for å begrense skadevirkningene av alkohol (jf. punkt 1.6.1).

De siste holdningsspørsmålene handler om prioriteringer med hensyn til hvor ressursene skal settes inn. Kun en av fem sa seg enig i at alkoholproblemer først og fremst rammer en liten gruppe. Selv om det er vanskelig å vite hva respondentene la i en slik vurdering, kan det se ut til at de fleste er innforstått med at det er relativt mange som opplever problemer som helt eller delvis kan tilskrives alkoholbruk.

Omtrent halvparten var enige i påstanden ”Når det gjelder rusmidler, bør myndighetene konsentrere seg om narkotika”. En slik prioritering står ikke i forhold til det vi ut fra forskningen vet om de negative konsekvensene av henholdsvis alkohol- og narkotikabruk. Det er god dokumentasjon for at alkohol forårsaker en langt større belastning for samfunnets ressurser, og representerer et alvorlig problem for langt flere konsumenter og deres familie, enn hva narkotika gjør (Rossow, 2009).

Nesten alle sa seg enig i at staten burde satse mer både på forebygging rettet mot ungdom (93 %) og på behandling av misbrukere (90 %). Her må vi minne om at det er lett å si seg enig i slike påstander så lenge det ikke går på bekostning av andre gode formål.

Denne beskrivelsen baserte seg på holdningene i 2009. Hvor lenge kan vi forvente at dette bildet er gyldig? Svaret avhenger av om holdningene til alkoholpolitikken er relativt stabile eller om de i stor grad er kontekstavhengige. Hvis informasjon om alkoholpolitiske spørsmål er vedvarende tilgjengelig i omgivelsene, kan vi forvente at holdninger til ulike virkemidler og prioriteringer tenderer til å være stabile. Hvis derimot informasjonen er usystematisk og tilfeldig, dvs. temporært tilgjengelig, vil holdningene i større grad variere med situasjonen (jf. Bohner og Wänke, 2002). Dersom myndighetene ønsker å sikre stor oppslutning om en alkoholpolitikk som best mulig kan begrense alkoholrelaterte skader og problemer, blir det derfor viktig å gjøre informasjon om effektive virkemidler og gunstige prioriteringer vedvarende tilgjengelig.

4.4 Forskjellige holdninger i ulike undergrupper

Som forventet ut fra tidligere studier av holdninger til alkoholpolitikk (jf. punkt 1.5), fant vi at oppslutningen om en restriktiv alkoholpolitikk generelt sett var størst blant kvinner, eldre og de som aldri eller bare sjelden drakk alkohol. Disse gruppene hadde også størst tro på at de alkoholpolitiske virkemidlene det ble spurt om, var effektive for å begrense skadevirkningene av alkohol. En norsk studie viser dessuten at kvinner, eldre og de som aldri eller bare sjelden drikker alkohol generelt sett har et mer restriktivt syn på alkoholbruk. Sammenlignet med andre, vurderer de oftere beskrivelser av ulike drikkemønstre som misbruk (Nordlund, 2008). Vi nøyer oss her med å slå fast at vi fant de samme gruppeforskjellene i holdninger til alkoholpolitikk som i andre studier – både fra Norge og fra andre land – uten å gå nærmere inn på å forklare disse gruppeforskjellene.

Videre fant vi at de med høy utdanning (her definert som universitetsnivå) i større grad sluttet opp om en restriktiv alkoholpolitikk enn de med lavere utdanning. Andelen som oppfattet de alkoholpolitiske virkemidlene det ble spurt om som effektive for å begrense skadevirkningene av alkohol, var med ett unntak (dvs. informasjons- og holdningsskapende arbeid) også størst blant de med høy utdanning. Forskjellene i holdninger etter utdanningsnivå stemmer ikke overens med funnene fra en tidligere norsk studie (Saglie & Nordlund, 1993). Om dette skyldes at de faktiske forholdene har endret seg, eller om det skyldes metodologiske ulikheter ved studiene kan vi ikke si noe sikkert om.

Tidligere studier tyder på at oppslutningen om en restriktiv alkoholpolitikk også varierer langs andre dimensjoner enn de vi har sett på i denne rapporten. For eksempel er oppslutningen funnet å være større blant de som er personlige kristne (Saglie & Nordlund, 1993), har en konservativ politisk orientering mer generelt (Wagenaar et al., 2000) eller har opplevd alkoholrelatert kranling, slåssing eller andre uroligheter i nærmiljøet (Holmila et al., 2009).

4.5 Hvordan kan vi forklare økt oppslutning om restriktive virkemidler?

Samlet sett tyder analysene på at det ble større oppslutning om restriktive alkoholpolitiske virkemidler i befolkningen i løpet av perioden 2005-2009. Endringene i denne perioden kan trolig ses som en fortsettelse av en endring som har pågått siden rundt årtusenskiftet. Som redegjort for i innledningen, kan tidligere studier fra Norge (Nordlund, 2007; Østhus, 2005) tyde på at det var et skifte i retning av

større oppslutning om restriktive alkoholpolitiske virkemidler rundt årtusenskiftet. Et liknende skifte er sett i finske studier (Holmila et al., 2009; Österberg, 2007). Hvordan kan vi i så fall forklare en økt oppslutning om restriktive alkoholpolitiske virkemidler i Norge siden rundt årtusenskiftet?

Sannsynligvis kan ikke en slik tendens forklares av ett enkelt forhold, men må ses som et resultat av flere sammenfallende og samvirkende prosesser. Det er mulig at den økte oppslutningen om restriktive alkoholpolitiske virkemidler delvis kan forklares av den liberaliseringen vi har sett i alkoholpolitikken over tid og det økte alkoholkonsumet de siste femten årene. Vi skal heller ikke utelukke at Helsedirektoratets årlige alkohol-kampanjer kan ha hatt noe å si for holdningsendringene de siste årene. I det følgende vil vi utdype hvordan vi tenker oss at disse forholdene hver for seg og sammen kan ha bidratt til å øke oppslutningen om restriktive alkoholpolitiske virkemidler.

Som vi redegjorde for i innledningen, har de siste tiårene vært preget av en viss liberalisering av alkoholpolitikken. På statlig nivå har det blant annet vært en økning i antall vinmonopolutsalg og innføring av selvbetjente vinmonopol. De største endringene har nok imidlertid foregått på kommunalt nivå. Det har blant annet vært en dramatisk økning i antall skjenkesteder. Samtidig har salgs- og skjenketidene blitt utvidet. Videre innebærer en betydelig økning i lønnsnivå og kjøpekraft, at alkohol er blitt relativt billigere. Den reduserte motstanden mot prisreguleringer kan muligens sees i lys av at alkohol er blitt relativt billigere, og den reduserte motstanden mot begrenset tilgjengelighet kan muligens betraktes som en motreaksjon til liberaliseringen av alkoholpolitikken over tid. Det er mulig at folk i økende grad mener at det ikke er behov for å øke tilgjengeligheten av alkohol ytterligere, og kanskje til og med stramme inn på enkelte områder igjen. I den forbindelse kan det være nyttig å trekke inn en komparativ studie fra USA og Canada. I USA, som har lavere avgifter og flere utsalgssteder enn Canada, var befolkningen mer positive til å øke avgiftene og redusere tilgjengeligheten (Giesbrecht & Greenfield, 1999). Vi har her fokusert på hvordan endringer i alkoholpolitikken påvirker befolkningens holdninger til den gjeldende politikken. Det omvendte vil imidlertid også kunne være tilfelle, dvs. at befolkningens holdninger til alkoholpolitikken kan ha noen konsekvenser for den politikken som føres (Holder et al., 1998; Saglie, 1996; Saglie og Nordlund, 1993; Wagenaar et al., 2000).

I takt med den økte tilgjengeligheten av alkohol, har alkoholforbruket i befolkningen økt betydelig de siste femten årene. Som nevnt i innledningen, viser forskningen at det er en tydelig sammenheng mellom nivået på alkoholkonsumet

og omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer i en befolkning. Når konsumet øker, er det derfor rimelig å anta at flere opplever alkoholens skyggesider. Det er for eksempel antakelig flere som lever tett inn på folk med misbruksproblemer, som utsettes for vold eller trakassering fra berusede personer og som opplever at arbeidskolleger uteblir fra jobb eller presterer mindre enn de ellers ville gjort. Dersom flere opplever negative konsekvenser av alkoholbruk, og kanskje særlig av andres alkoholbruk, kan det hende at flere etter hvert ser behovet for å regulere alkoholkonsumet i befolkningen. Dette kan igjen føre til at flere slutter opp om restriktive alkoholpolitiske virkemidler. I tråd med en slik antagelse viser en studie fra Finland at de som hadde opplevd alkoholrelaterte uroligheter i nærmiljøet, i større grad sluttet opp om en restriktiv alkoholpolitikk (Holmila et al., 2009). I tillegg til at flere trolig selv opplever alkoholens skyggesider, kan også økningen i omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer ha blitt speilet i media og i ulike sosiale fora. Hvis vi ser på utviklingen i den finske befolkningen, har det siden midten av 90-tallet vært en lignende utvikling som i Norge – altså økt alkoholkonsum i befolkningen og større oppslutning om restriktive alkoholpolitiske virkemidler. Samtidig viser den finske studien at endringene i konsumet og oppslutning om restriktive alkoholpolitiske virkemidler ikke alltid har fulgt hverandre på denne måten (Holmila, 2009; Österberg, 2007). Sammenhengen ser altså ut til å være mer komplisert enn som så.

Som beskrevet i innledningen, har Helsedirektoratet siden 2004 gjennomført årlige alkoholkampanjer for å øke befolkningens bevissthet om alkoholrelaterte skader og effektive virkemidler for å begrense disse. Dette kan også ha bidratt til å øke oppslutningen om restriktive alkoholpolitiske virkemidler – men kun de siste årene. En slik antagelse forutsetter: (1) At Helsedirektoratets kampanjer økte befolkningens bevissthet om de alkoholrelaterte skadene og hvilke virkemidler som er effektive for å begrense disse. (2) At *oppslutningen* om restriktive alkoholpolitiske virkemidler delvis kan forklares av bevisstheten om omfanget av alkoholrelaterte skader og at restriktive virkemidler er effektivt for å begrense skadeomfanget.

I tråd med direktoratets målsetting tyder analysene på at folk ble mer bevisst at det er en sammenheng mellom det gjennomsnittlige alkoholkonsumet i en befolkning og antall dødsfall som skyldes sykdommer, drap, selvmord og ulykker. Videre var det en økning i andelen som trodde at prisreguleringer og tilgjengelighetsbegrensninger er effektivt for å begrense skadevirkningene av alkohol. På den annen side var det en nedgang i andelen som trodde at aldersgrenser for kjøp av alkohol og promilleregler for bilkjøring er effektivt i så måte. En mulig forklaring

på at en synkende andel oppfatter aldersgrenser som effektive, er at folk i økende grad oppfatter at aldersgrensene ofte brytes – enten ved selvsyn eller via mediene. Det har blant annet vært en del medieoppslag basert på forskningsarbeid som viser at ungdom under 18 år relativt ofte får kjøpt alkohol på utsalg- og skjenkesteder (for eksempel Rossow et al., 2005 og 2007).

Som påpekt i innledningen, er det ikke slik at økt bevissthet om at et virkemiddel er effektivt for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer, nødvendigvis fører til økt oppslutning om dette virkemidlet. Vi så eksempler på dette i våre analyser. Oppslutningen om aldersgrensene og promillegrensene gikk opp til tross for at det var en nedgang i andelen som trodde at disse virkemidlene var effektive for å begrense skadevirkningene av alkohol. Vi kan med andre ord ikke forklare den økte oppslutningen om disse virkemidlene med at flere trodde at de var effektive. På den annen side viste analysene at oppslutningen om prisreguleringer og tilgjengelighetsbegrensninger økte i takt med at flere trodde at slike virkemidler var effektive for å begrense skadevirkningene av alkohol. Det er viktig å merke seg at vi her har sett på sammenhenger på aggregert nivå (befolkningsnivå), og ikke om enkeltindivider som har stor tro på effekten av et gitt virkemiddel i større grad enn de som ikke har det, slutter opp om dette virkemidlet.

Selv om Helsedirektoratets alkoholkampanjer kan ha bidratt til å øke oppslutningen om restriktive alkoholpolitiske virkemidler, kan vi ikke si noe sikkert om dette ut fra våre analyser. Innsatsen for å øke befolkningens bevissthet om alkoholrelaterte skader og effektive virkemidler for å begrense disse, var først og fremst knyttet til å øke mediedekningen av temaet. Siden det ikke er gjennomført noen analyse av mediedekningen i perioden, vet vi ikke i hvilken grad direktoratet lyktes med dette. Også med en slik analyse ville det vært vanskelig å vite i hvor stor grad deres aktivitet bidro til å forme mediebildet.

4.6 Avsluttende kommentar

Vi har sett at det har vært en endring i oppfatningene om de negative konsekvensene av alkoholbruk og om effektive virkemidler for å begrense disse i perioden 2005-2009. En økende andel trodde at en økning i alkoholforbruket ville gi en økning i skadevirkningene, og en økende andel trodde at noen av de mest effektive alkoholpolitiske virkemidlene har stor betydning for å begrense skadevirkningene. Det er imidlertid fortsatt slik at det er langt færre som tror at høye priser og begrenset tilgjengelighet er effektivt for å begrense skadevirkningene av alkohol,

enn som tror at informasjons- og holdningsskapende arbeid har en slik effekt. Det er med andre ord et betydelig gap mellom den forskningsbaserte kunnskapen om hva som er effektive virkemidler for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer, og befolkningens oppfatninger om dette. Vi fant at det er betydelig variasjon i oppslutningen om de mest sentrale virkemidlene for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. I 2009 mente for eksempel kun 4 % at aldersgrensene er for høye, 14 % at promillegrensene for bilkjøring er for strenge og 20 % at det er for vanskelig å få kjøpt alkohol. Det var imidlertid et flertall som sa seg enige i at vin burde selges i butikk (61 %) og at alkohol er for dyrt (59 %). Dersom myndighetene ønsker å føre en alkoholpolitikk som best mulig kan bidra til å begrense omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer, blir det en utfordring å sikre bred støtte for bruk av effektive virkemidler som alkoholavgifter og tilgjengelighetsbegrensninger. Dette må i så fall ses på som en kontinuerlig prosess, snarere enn en tidsbegrenset oppgave.

Referanser

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

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.

Baklien, B. & Rossow, I. (2009). Regulatoriske virkemidler – viktig i god rusmiddelforebygging. http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_11232/hParent_1/hDKey_1

Bohner, G. & Wänke, M. (2002). *Attitudes and attitude change*. East Sussex, UK: Psychology Press Ltd.

Bretteville-Jensen, A.L. (1999). Gender, heroin consumption and economic behaviour. *Health Economics*, 8, 379-389.

Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.

Edwards, G. (2001). Alcohol policy: securing a positive impact on health. I Rehn, N. with Room, R. & Edwards, G.: *Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies*. World Health Organization Regional Office for Europe, 77-84.

Giesbrecht, N. & Greenfield, T.K. (1999). Public opinion on alcohol policy issues: a comparison of American and Canadian surveys. *Addiction*, 94, 521-531.

Giesbrecht, N., Ialomiteanu, A. & Anglin, L. (2005). Drinking patterns and perspectives on alcohol policy: Results from two Ontario surveys. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 132-129.

Giesbrecht, N., Ialomiteanu, A., Anglin, L. & Adlaf, E. (2007). Alcohol marketing and retailing: Public opinion and recent policy development In Canada. *Journal of Substance Use*, 12, 389-404.

Giesbrecht, N., Ialomiteanu, A., Room, R. & Anglin, L. (2001). Trends in Public opinion on alcohol policy measures: Ontario 1989-1998. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 142-149.

Greenfield, T.K., Johnson, S.P. & Giesbrecht, N.A. (2004). Public opinion on alcohol policy: a review of U.S. research. *Contemporary Drug Problems*, 31, 759-790.

Greenfield, T.K., Ye, Y. & Giesbrecht, N.A. (2007a). Alcohol policy opinions in the United States over a 15-year period of dynamic per capita consumption changes: Implications for today's public health practice. *Contemporary Drug Problems*, 34, 649-680.

Greenfield, T.K., Ye, Y. & Giesbrecht, N.A. (2007b). Views of alcohol control policies in the 2000 National Alcohol Survey: What news for alcohol policy development in the US and its States? *Journal of Substance Use*, 12, 429-445.

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

Holder, H.D., Kühnhorn, E., Nordlund, S., Österberg, E., Romelsjö, A. & Ugland, T. (1998). *European integration and Nordic alcohol policies. Changes in alcohol controls and consequences in Finland, Norway and Sweden*. Aldershot: Ashgate.

Holmila, M., Mustonen, H., Österberg, E. & Raitasalo, K. (2009). Public opinion and community-based prevention of alcohol-related harms. *Addiction Research and Theory*, 17, 360-371.

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

Kahende, J.W., Loomis, B.R., Adhikari, B.B. & Marshall, L.T. (2009). A review of economic evaluations of tobacco control programs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 51-68.

Lauritzen, H.C. (2008). *Kommunenes forvaltning av alkoholloven*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Lauritzen, H.C. & Baklien, B. (2007). *Overskjenking i Bergen. En oppfølgingsevaluering av Ansvarlig vertskap*. SIRUS-rapport nr 5/2007. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Lemmens, P.H.H.M. (1991). *Measurement and distribution of alcohol consumption*. Maastricht: University of Maastricht.

Melberg, H.O. (2007). *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005*. SIRUS-skrift nr 1/2007. Oslo: Statens Institutt for Rusmiddelforskning.

Norström, T., Hemström, Ö., Ramstedt, M., Rossow, I. & Skog, O.-J. (2002). Mortality and population drinking. In T. Norström (Ed.), *Alcohol in postwar Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries* (pp. 157-175). Stockholm: National Institute of Public Health.

Norlund, S. (2008). What is alcohol abuse? Change in Norwegians' reception of drinking practices since the 1960s. *Addiction Research and Theory*, 16, 85-94.

Norlund, S. (2007). The influence of EU on alcohol policy in a non-EU country. *Journal of Substance Use*, 12, 405-418.

Osgood, C.E., Suci, G.J. & Tannenbaum, P.H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana, IL: University of Illinois Press.

Rehm, J. (1999). Draining the ocean to prevent shark attacks? The empirical foundation of alcohol policy. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 16 (Supplement), 46-54.

Reitan, T.C. (2003). Democracy in a bottle: Attitudes towards alcohol regulation in the post-communist Baltic Sea region. *Journal of Baltic Studies*, 34, 131-158.

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

Rossow, I. (2009). Alkohol – et større samfunnsproblem enn narkotika. www.sirus.no/internett/alkohol/article/1026.html

Rossow, I. (2007). Trends in alcohol consumption and alcohol-related harms in Norway around the turn of the millennium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24, 61-72.

Rossow, I. & Baklien, B. (I trykk). Effectiveness of responsible beverage service: the Norwegian experiences. *Contemporary Drug Problems*.

Rossow, I. and Hauge, R. (2004). Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others' drinking. *Addiction*, 99, 1094-1102.

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

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., Storvoll, E.E. & Pape, H. (2007). Håndheves aldersgrensen for å få kjøpt alkohol? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 127, 1510-1512.

Saglie, J. (1996). Attitude change and policy decisions: The case of Norwegian alcohol policy. *Scandinavian Political Studies*, 19, 309-327.

Saglie, J. & Nordlund, S. (1993). *Alkoholpolitikken og opinionen*. SIFA-Rapport nr. 3/1993. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Shults, R.A., Elder, R. W., Sleet, D.A., Nicholds, J.L., Alao, M.O., Carande-Kulis, V.G., et al. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 21, 66-88.

SIRUS (2008). *Rusmidler i Norge 2008*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Skog, O.-J. (1999). The prevention paradox revisited. *Addiction*, 94, 751-757.

Skog, O.-J. (1985). The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction*, 80, 83-99.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Statistisk sentralbyrå (2009). www.ssb.no

Stockwell, T., Zhao, J. & Thomas, G. (2009). Should alcohol policies aim to reduce total alcohol consumption? New analyses of Canadian drinking patterns. *Addiction Research and Theory*, 17, 135-151.

Wagenaar, A.C., Harwood, E.M., Toomey, T.L., Denk, C.E. & Zander, K.M. (2000). Public opinion on alcohol policies in the United States: Results from a national survey. *Journal of Public Health Policy*, 21, 303-327.

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, 179-190.

Wilkinson, C., Room, R. & Livingston, M. (2009). Mapping Australian public opinion on alcohol policies in the new millennium. *Drug and Alcohol Review*, 28, 263-274.

Österberg, E. (2007). Finish attitudes to alcohol policy in 2005. *Journal of Substance Use*, 12, 419-427.

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

Østhus, S. (2005). *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken – en analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag*. SIRUS-rapport 3/2005. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Appendiks

Tabell A.1: Andelen som oppga at de var helt enig, delvis enig, delvis uenig og helt uenig i følgende påstander.

År		2005	2005	2006	2007	2008	2009
Måned		aug	des	okt	jun	jul	feb
Prisreguleringer							
Alkohol er for dyrt i Norge	Helt enig	46	37	39	33	27	27
	Delvis enig	28	32	33	32	33	33
	Delvis uenig	14	16	15	17	18	21
	Helt uenig	12	15	14	18	22	20
Tilgjengelighetsbegrensninger							
Det er for vanskelig å få kjøpt alkohol	Helt enig	8	5	6	3	4	5
	Delvis enig	16	14	16	14	12	15
	Delvis uenig	24	26	22	23	22	22
	Helt uenig	52	56	56	60	63	58
Vin bør selges i butikk	Helt enig	41	35	37	32	30	29
	Delvis enig	29	32	34	33	32	32
	Delvis uenig	13	16	11	12	14	16
	Helt uenig	16	17	18	23	24	23
Brennevin bør selges i butikk	Helt enig	12	9	10	8	7	8
	Delvis enig	14	14	12	13	12	10
	Delvis uenig	20	21	18	19	17	17
	Helt uenig	55	57	59	61	64	65
Aldersgrenser							
Aldersgrensene for kjøp av alkohol er for høye	Helt enig	2	2	1	1	1	1
	Delvis enig	6	5	4	3	2	3
	Delvis uenig	15	16	14	12	11	12
	Helt uenig	77	77	81	84	85	84
Promillegrenser							
Dagens promillegrenser er for strenge	Helt enig	9	8	6	5	4	4
	Delvis enig	13	13	13	10	10	9
	Delvis uenig	13	14	12	11	11	12
	Helt uenig	65	65	69	75	74	74
Importrestriksjoner							
Det er greit å smugle litt til eget forbruk	Helt enig	28	25	24	22	23	19
	Delvis enig	29	30	30	30	28	27
	Delvis uenig	21	20	19	19	19	20
	Helt uenig	22	26	27	29	30	34
Det er greit å smugle alkohol og selge til andre	Helt enig	2	2	1	1	1	1
	Delvis enig	4	2	2	3	2	1
	Delvis uenig	11	8	9	9	10	7
	Helt uenig	84	88	88	88	87	91

Reklamerestriksjoner							
Det bør være lov å reklamere for alkohol	Helt enig	9	9	8	4	5	7
	Delvis enig	16	17	13	12	13	12
	Delvis uenig	22	22	19	20	19	20
	Helt uenig	53	53	61	64	63	61
Mange vs få							
Alkoholproblemer rammer først og fremst en liten gruppe ^a	Helt enig	5	4	4	5	5	4
	Delvis enig	19	16	13	20	17	16
	Delvis uenig	32	33	32	34	35	34
	Helt uenig	44	47	51	42	43	46
Satsningsområde							
Når det gjelder rusmidler, bør myndighetene konsentrere seg om narkotika	Helt enig	25	21	19	21	18	18
	Delvis enig	39	39	37	32	34	35
	Delvis uenig	19	23	24	23	27	25
	Helt uenig	18	18	21	24	21	22
Staten bør satse mer på behandling av misbrukere	Helt enig	48	49	47	45	46	49
	Delvis enig	41	42	43	42	42	41
	Delvis uenig	8	7	9	9	9	9
	Helt uenig	3	3	2	4	4	2
Staten bør satse mer på forebygging rettet mot ungdom	Helt enig	64	63	64	65	62	66
	Delvis enig	30	30	29	28	30	27
	Delvis uenig	4	6	6	5	5	6
	Helt uenig	1	2	1	3	3	2

^a I 2005/2006 var påstanden ”Alkoholproblemer rammer først og fremst en liten gruppe alkoholikere”.

Tabell A.2: Oppfatninger av i hvor stor grad følgende tiltak kunne bidra til å begrense skadevirkninger av alkohol. Andelen som svarte i meget stor grad, i ganske stor grad, i noen grad og i liten grad eller overhodet ikke.

År		2005	2005	2006	2007	2008	2009
Måned		aug	des	okt	jun	jul	feb
Høye priser/avgifter på alkohol	Meget stor grad	8	8	8	12	10	10
	Ganske stor grad	17	20	20	22	22	23
	Noen grad	39	38	39	37	38	39
	Liten grad	36	34	33	30	30	29
Omsetning av vin og sprit begrenses til Vinmonopolet ^a	Meget stor grad	12	12	12	16	15	17
	Ganske stor grad	19	21	20	21	22	23
	Noen grad	34	37	39	39	38	35
	Liten grad	35	31	29	25	26	26
Skjenkereglene som lukningstider på utesteder	Meget stor grad	13	17	13	20	18	19
	Ganske stor grad	23	27	27	30	25	27
	Noen grad	38	36	39	32	36	33
	Liten grad	27	20	21	18	21	21
Aldersgrense for kjøp av alkohol	Meget stor grad	19	21	17	15	14	15
	Ganske stor grad	30	29	27	25	24	27
	Noen grad	38	36	38	39	41	39
	Liten grad	14	14	17	21	22	19
Promilleregler for kjøring av bil i alkoholpåvirket stand	Meget stor grad	43	42	40	41	36	37
	Ganske stor grad	33	34	30	27	30	29
	Noen grad	18	17	21	20	23	21
	Liten grad	6	7	10	12	11	14
Informasjon og holdningsskapende arbeid	Meget stor grad	31	33	33	30	31	34
	Ganske stor grad	38	36	37	37	35	35
	Noen grad	27	26	27	28	28	27
	Liten grad	4	5	4	5	6	3
At foreldre setter tydelige grenser for sine barn når det gjelder alkohol	Meget stor grad	54	53	55	56	55	57
	Ganske stor grad	31	33	31	30	31	31
	Noen grad	15	13	12	13	12	11
	Liten grad	1	2	2	1	2	1

^a I 2005 var spørsmålet om alkohol generelt og ikke vin og sprit.

Tabell A.3: Oppfatninger av hva som ville skje med hensyn til skadevirkninger av alkohol hvis stat og kommune ... Andelen som svarte meget store skadevirkninger, ganske stor skadevirkninger, litt skadevirkninger og overhodet ingen skadevirkninge.

År	Måned	2005	2005	2006	2007	2008	2009
		aug	des	okt	jun	jul	feb
... senker alkoholprisene til svensk nivå?	Meget store	8	10	9	11	9	9
	Ganske store	17	19	16	18	20	22
	Litt	40	39	43	43	42	40
	Ingen	36	32	33	29	28	29
... øker tilgjengeligheten til alkohol for eksempel gjennom å tillate salg av vin i dagligvarebutikker?	Meget store	8	10	9	10	11	12
	Ganske store	13	15	13	15	18	19
	Litt	40	41	41	44	45	42
	Ingen	39	34	38	31	27	27
... øker antall skjenkesteder og forlenger åpningstidene?	Meget store	8	11	9	11	13	15
	Ganske store	18	24	21	26	28	30
	Litt	44	42	47	42	41	39
	Ingen	29	23	23	21	18	17

Tabell A.4: Oppfatninger av hvorvidt en økning i det gjennomsnittlige alkoholforbruket i Norge med en liter ren alkohol per år ville resultere i en betydelig økning i antall dødsfall. Prosent. ^a

År	Måned	2005	2005	2006	2007	2008	2009
		aug	des	okt	jun	jul	feb
I meget stor grad		13	15	12	-	17	18
I ganske stor grad		25	30	27	-	31	32
I noen grad		48	43	45	-	41	36
I liten grad eller overhodet ikke		14	12	15	-	11	14

^a I 2007 ble et kun samlet inn slike data fra foreldre til barn under 10 år. Disse dataene inngår ikke i analysene.

English summary

The main object of this report was to describe changes occurring between 2005 and 2009 in the public's (1) attitudes to alcohol policy and (2) perceptions of the effect of different measures aimed at limiting alcohol-related harm and problems. We have also described how attitudes and perceptions vary by gender, age, education level and drinking frequency.

The report is based on data derived from six surveys commissioned by the Norwegian Directorate of Health from Synovate (formerly MMI) in the period 2005–09. The surveys were conducted via the Internet and the response rate varied between 44 and 55 %. The analyses were limited to 20–69-year-olds (total N = 8,256), and the data sets were weighted with regard to gender and age distribution.

The study indicates changes in the public's attitude to key elements of Norwegian alcohol policy. The analyses show higher support for restrictive policy measures at the end of the period 2005–09 than at the beginning. For instance, fewer respondents agreed that alcohol was too expensive, that wine should be sold in grocery shops, that the age limits were too high and that legal BAC levels for driving were too low. Perceptions regarding the impact of key measures to limit alcohol-related harm also changed. There was a rise in the proportion that believed high prices and accessibility restrictions could significantly limit alcohol-related harm. On the other hand, fewer believed that minimum legal ages for purchasing alcohol and legal BAC levels for driving had such an effect. The percentages that believed that parental restrictions and information and efforts to change attitudes had a significant harm-limiting effect remained stable.

Support for a restrictive alcohol policy was generally highest among women, the oldest respondents, those with the highest education levels, and those who drank alcohol only rarely or never. These sub-groups were generally also more likely to believe that the various alcohol policy measures in question were effective in limiting alcohol-related harm. Although attitudes to alcohol policy and perceptions on the effect of various measures varied between these sub-groups, the statistical analyses showed that the changes in attitudes and perceptions during the period 2005–09, apart from a few exceptions, applied across all groups.

If we look at changes in attitudes revealed by this study relative to those found by earlier Norwegian studies, it seems there was a tendency towards increasing support for restrictive alcohol policy measures throughout the past ten years. We discuss this tendency in light of three factors which conceivably have been important: liberalisation of Norwegian alcohol policy; rise in alcohol consumption; and alcohol campaigns conducted by the Directorate of Health.

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:

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. Storrø Regionprosjektet – *Nyttig forebygging? Evaluering av et pilotprosjekt om lokalt basert rusforebygging*. 216 s. Oslo 2007.

5/2007 Lauritzen, 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 *Rusmiddelmissbruk 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 kvasiekseptimentell 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 tobakksplakkene*. 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.