

10 år med genstandsgrænser

Om Sundhedsstyrelsens alkohol-
kampagne i uge 40, 1990-1999



1997

1999

1996

1998

meget alkohol
for lidt sex

Fester og alkohol hører nu engang sammen. Men en fuld far er ikke sjov - selv om han tror det. Ved at drikke med måde får du overskud og energi til at feste sammen med dem, du holder af - og dem der holder af dig. Og dagen derpå bliver garanteret også en hel del sjovere. Valget er dit.

Højst 14 genstande om ugen for kvinder og højst 21 for mænd - men ikke på én gang.

For meget alkohol
- for lidt hygge

DEN
RØDE
BALL

10 år med *genstandsgrænser*

Om Sundhedsstyrelsens alkohol-
kampagner i uge 40, 1990-1999

Forord

I slutningen af firserne ændredes dansk alkoholpolitik. Det erkendtes, at den hidtidige politik ikke kunne dæmme op for en række sociale og sundhedsmæssige problemer i forbindelse med det høje danske alkoholforbrug. En betydelig bredere indsats måtte til, og denne indsats måtte omfatte forebyggelse, tidlig opsporing, alkoholbehandling og efterbehandling. Den danske alkoholpolitik gik dermed fra primært at være rettet mod højrisikopersoner til også at blive rettet mod den brede befolkning. Denne massestrategi forudsatte samtidig nye metoder, og det er i denne forbindelse, at halvfemsernes alkoholkampagner blev udviklet.

Det umiddelbare og gennemgående mål med kampagnerne har været at skabe opmærksomhed og debat om alkoholforbruget og at formidle viden om – primært – Sundhedsstyrelsens grænser for et i sundhedsmæssig henseende fornuftigt forbrug. Et langsigtet mål med kampagnerne har været at medvirke til en generel forbrugssænkning, som igen kunne føre til et fald i alkoholrelaterede skader.

Den første kampagne gennemførtes i 1990, og siden da har der været gennemført årlige kampagner, foreløbig i alt 10. Den samlede investering i kampagnerne gennem halvfemserne har været i størrelsesordenen 50 millioner kroner. Dette tal skal ses i forhold til Sundhedsministeriets beregning af de samfundsmæssige omkostninger ved alkoholforbrug på 8-12 mia. kr. årligt, svarende til samlede omkostninger i 90'erne på 80-120 mia. kr.

I international sammenhæng er de danske alkoholkampagner spændende, idet de er gennemført over en længere årrække med samme overordnede budskab og på ensartet måde. De giver således en helt speciel mulighed for at indhøste erfaringer med

effekter af en bred, vedvarende sundhedskampagne rettet mod en hel og relativt homogen befolkning.

Sundhedsstyrelsen har løbende gennemført forskellige evalueringer af kampagnerne med henblik på at vurdere, hvorledes de blev modtaget i befolkningen. Siden 1993 er der gennemført ensartede interviewundersøgelser af repræsentative stikprøver af den voksne befolkning.

Formålet med denne rapport er at fremlægge en række analyser af, hvorledes kampagnernes hovedbudskab om, at mænd højst bør drikke 21 genstande og kvinder højst 14 genstande om ugen, er spredt fra 1993-99 i forskellige grupper af befolkningen opdelt efter køn, alder, skoleuddannelse og alkoholforbrug.

Rapporten giver samtidig et samlet overblik over alkoholkampagnerne fra 1990-1999.

Rapporten er udarbejdet af professor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, dr. med. Lars Iversen, overlæge ved Institut for Sygdomsforebyggelse, Ph.D. Morten Grønbæk, afdelingslæge i Sundhedsstyrelsen, dr. med. Lars Møller og informationsmedarbejder i Sundhedsstyrelsen, cand. comm. Henrik Strunge.

København, maj 2000

Einar Krag

Vibeke Graff

Medicinaldirektør

Kontorchef

Indhold

1.	Alkoholforbrug og skader	7
2.	Kampagner som led i forebyggelse af alkoholskader	15
3.	Det sundhedsfaglige grundlag – genstandsgrænserne	19
4.	Alkoholkampagnernes målsætninger og form 1990-1999	27
5.	Kan effekten af kampagner måles?	49
6.	Udbredelse af kendskabet til genstandsgrænserne i den danske befolkning	57
7.	Sammenfatning og perspektiver	63
Bilag 1.	Genstandsgrænser	67ww
Bilag 2.	Kvindes kendskab til egen genstandsgrænse	79
Bilag 3.	Mænds kendskab til egen genstandsgrænse	81
Bilag 4.	Cd-rom med tv-spot fra kampagnerne 1990-1998	83

Alkoholforbrug og skader

I

2

3

4

5

6

7

Alkoholforbruget i Danmark er steget kraftigt i efterkrigstiden: Fra et gennemsnitligt forbrug på ca. 4 l ren alkohol i halvtredserne frem til slutningen af halvfjerdserne, hvor forbruget var mere end tredoblet (figur 1).

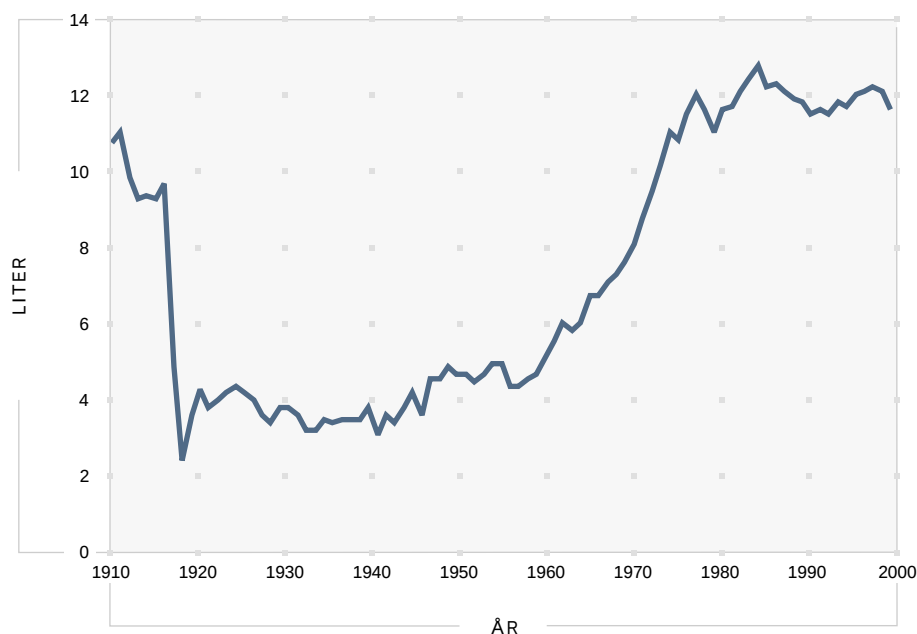
En væsentlig del af baggrunden for denne udvikling har været et øget forbrug blandt kvinder. Endvidere har forbruget af vin været markant stigende gennem hele perioden. De sidste 20 år har det gennemsnitlige alkoholforbrug været nogenlunde konstant på cirka 12 l, men inden for de seneste år har der været et lille fald i forbruget på sammenlagt ca. 5%. Specielt forbruget af øl er i disse år vigende.

En række interviewundersøgelser tyder på, at de sidste tyve års stagnation dækker over væsentlige ændringer i forskellige befolkningsgruppers alkoholforbrug.

Et repræsentativt studie af alkoholforbruget i 1979 og 1992 viste, at antallet af danskere, der havde et forbrug »den foregående dag«, var uændret fra 1979 til 1992. Dette fund dækkede dog over en stigning i forbruget hos de 40-59-årige, og et fald i forbruget blandt de yngre, specielt de 20-29-årige. Forbruget var både i 1979 og 1992 størst blandt personer med længere skoleuddannelse i forhold til personer med kortere skoleuddannelse, men forskellene var blevet mindre i perioden. Forbruget i den gruppe med længst skoleuddannelse var således faldet med 15% for kvinderne og 8% for mændene. Forbruget i gruppen med kortest skoleuddannelse var uændret i samme periode. Undersøgelsen viste i øvrigt, at knap 10% af befolkningen stod for cirka 50% af forbruget (Såbye-Hansen 1998).

FIGUR 1

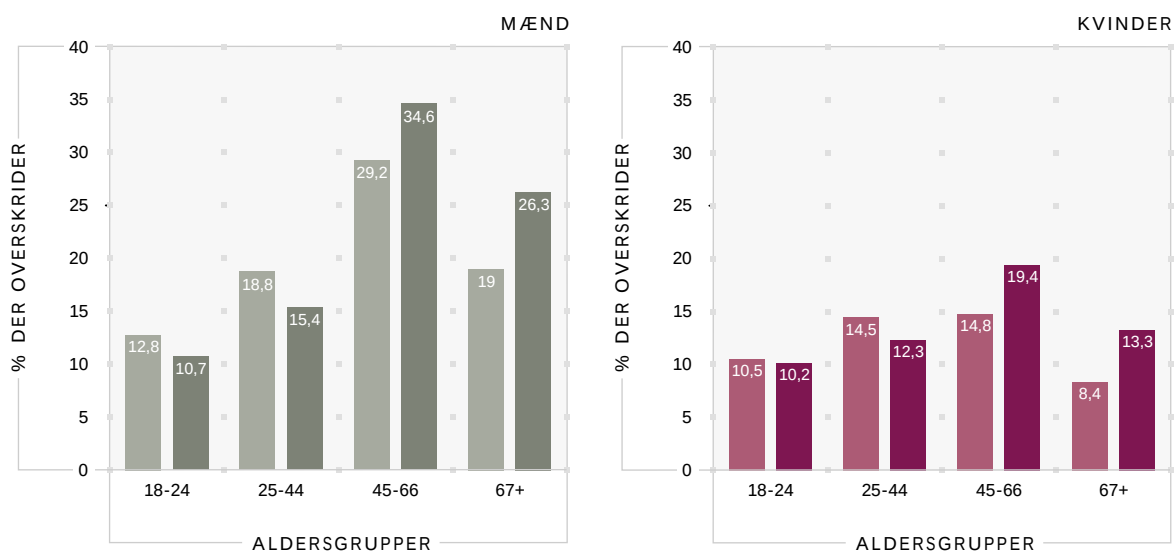
Årligt alkoholforbrug i liter ren alkohol pr. indbygger over 14 år, 1910-1998



Kilde: Sundhedsstyrelsen 1998

FIGUR 2 & 3

Overskridelse af Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse i 1991 (■/■) og 1995 (■/■) i Københavns Kommune



Kilde: Københavns Kommune 1996

DIKES landsdækkende sundheds- og sygelighedsundersøgelser fra 1987 og 1994 viser, at hverdagsforbruget for personer under 45 år er aftagende, hvimod det øges for aldersgrupper over 45 år (Kjøller 1995).

Undersøgelser fra Københavns Kommune bekræfter denne udvikling. Blandt de yngre aldersgrupper er andelen, der angiver at drikke over genstands-

grænserne, faldende. Den modsatte tendens ses blandt de ældre aldersgrupper (figur 2 og 3).

Det konstante konsum af alkohol siden slutningen af halvfjerdserne dækker således over væsentlige ændringer i forskellige aldersgruppers forbrugsmønstre. Der foreligger ikke gentagne, ensartede undersøgelser, der gør det muligt at beskrive udviklingen mere detaljeret.

1.2 Alkoholskader

Den stærke stigning i forbruget i efterkrigstiden har afspejlet sig i et voksende antal alkoholskader. Det mest markante og målbare udtryk herfor er stigningen i alkoholrelateret dødelighed, hvilket fremgår af figur 4.

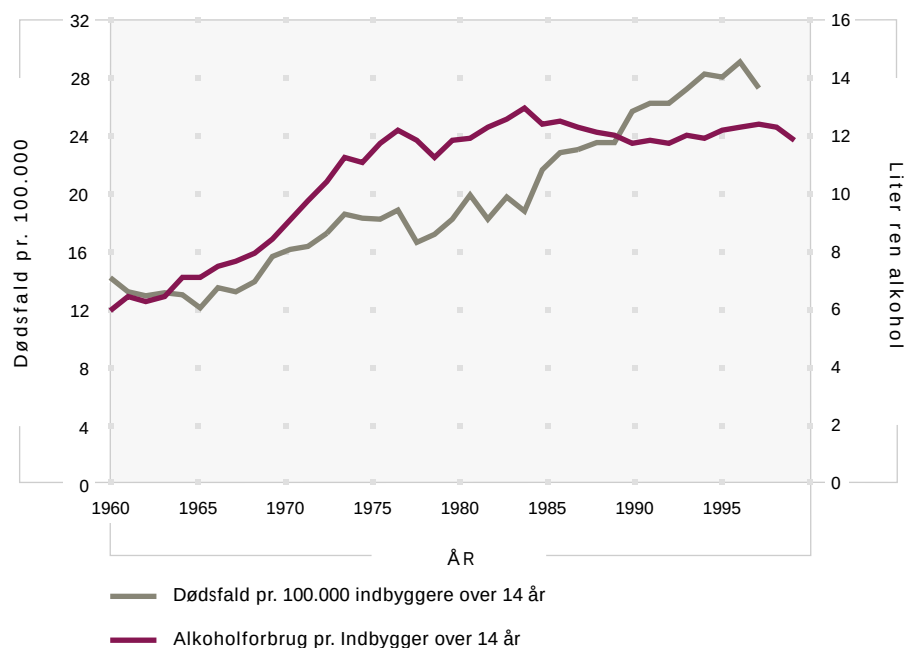
Den alkoholrelaterede dødelighed er imidlertid blot toppen af isbjerget, idet alkoholskader optræder på utallige måder i form af psykiske, fysiske og sociale skader. Skaderne rammer ikke kun den, der indtager alkohol, men også andre som fx samlever og

børn. Også på dette område mangler der imidlertid systematiske undersøgelser, der kan vise, hvorledes typen og omfanget af skader har udviklet sig.

Alkoholskadesmønstret er formodentlig under ændring. Således er fx antallet af alkoholrelaterede færdselsuheld reduceret stærkt – se figur 5. I det hele taget er spirituskørsel under stærk reduktion specielt for de unge aldersklassers vedkommende, hvilket er i overensstemmelse med det faldende forbrug i de samme aldersklasser. Antallet af detentionsanbringelser er også for nedadgående.

FIGUR 4

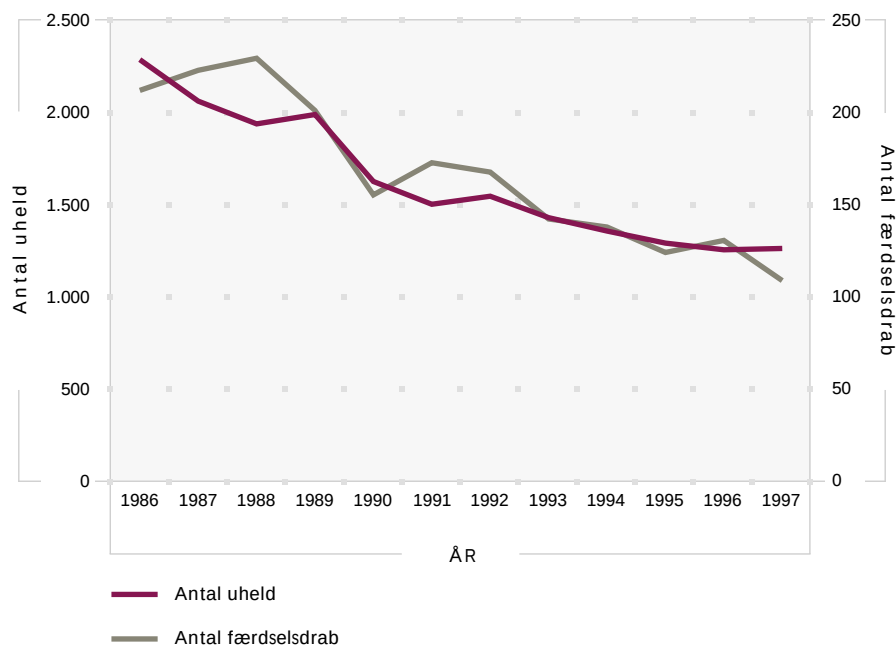
Alkoholrelaterede dødsfald og alkoholforbrug, 1960-1998



Kilde: Sundhedsstyrelsen 1998 og Danmarks Statistik.

FIGUR 5

Alkoholrelaterede færdselsuheld med personskade, 1986-1997



Kilde: Sundhedsstyrelsen 1998.

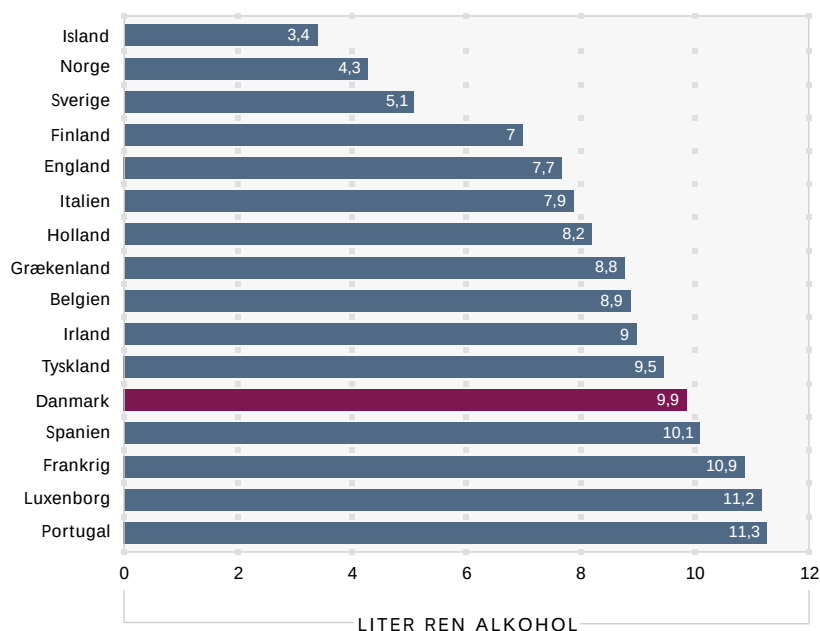
1.2.1 Alkoholskader i international sammenhæng

Det danske alkoholforbrug er i international sammenhæng relativt højt. Blandt EU-landene ligger Danmark som nummer 5 foran lande som Irland, Italien og Storbritannien, og på linie med Spanien (figur 6). Blandt de nordiske lande har Danmark klart det største forbrug. Det registrerede danske

forbrug er næsten dobbelt så stort som det svenske. Nordiske interviewundersøgelser af forbruget bekræfter dette billede. Danske mænd og kvinder angiver at drikke markant mere end de øvrige lande. I forhold til nordmænd drikker danske mænd næsten halvdelen gang mere om året, og danske kvinder drikker cirka 3 gange så meget som norske kvinder. (Mäkelä 1999).

FIGUR 6

Alkoholforbrug pr. indbygger i lande i EU og Norden, 1997



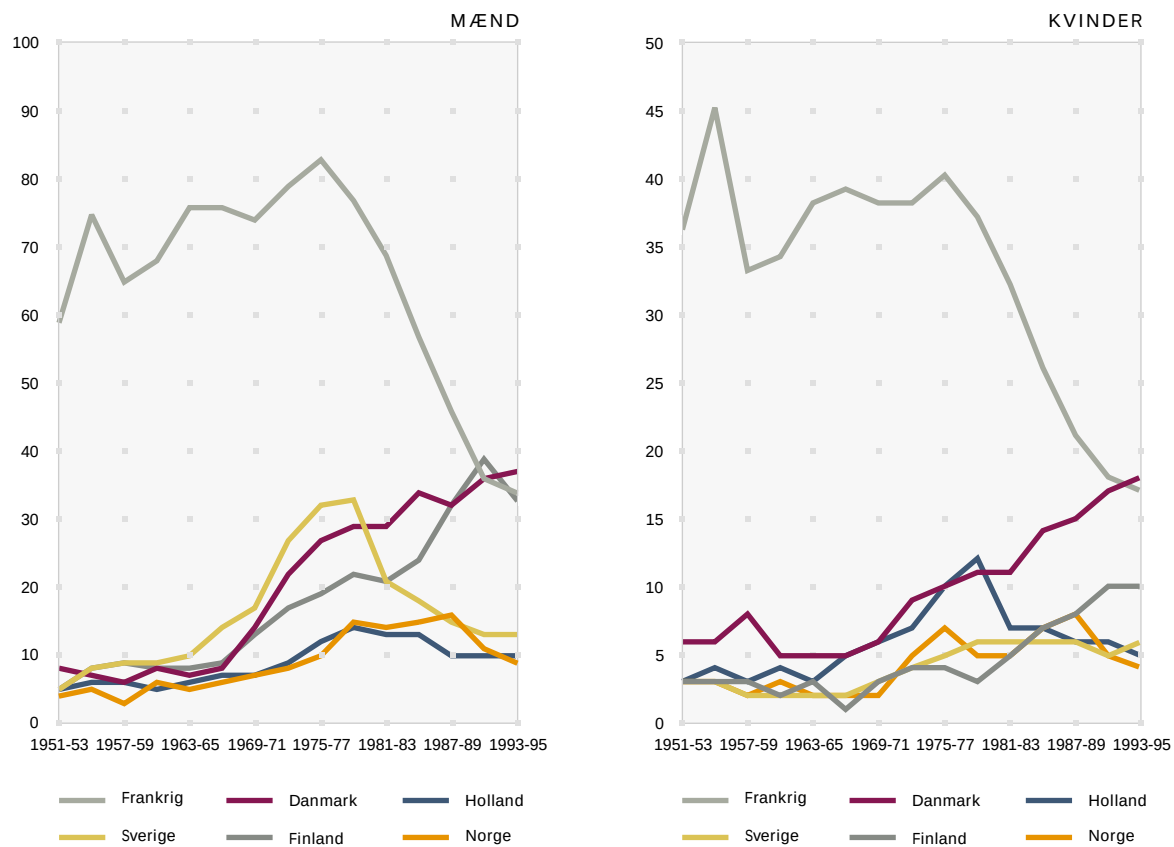
Kilde: Sundhedsstyrelsen 1998.

Det høje danske alkoholforbrug afspejler sig også i et relativt højt skadesmønster. Af Sundhedsministeriets rapport *Danskernes dødelighed i 1990'erne* fra 1998 fremgår således, at dødeligheden af levercirrose blandt 45-54-årige danske mænd og kvinder har været stigende siden begyndelsen af halvfjerdserne

og stadig mere afvigende i forhold til lande som Norge, Sverige og Holland. Siden midten af halvfemserne er dødeligheden af levercirrose endog højere i Danmark end i Frankrig. Se figur 7 og 8 (Sundhedsministeriet 1998).

FIGUR 7 OG 8

Dødeligheden af levercirrose, 1951-95. Alder 45-54 år, rater pr. 100.000



Kampagner
som led i forebyggelse
af alkoholskader

2

1

3

4

5

6

7

Den sundhedspolitiske indsats mod alkoholskader bygger på en samtidig indsats på flere områder: forebyggelse, tidlig opsporing af alkoholproblemer, behandling og efterbehandling. Nationale sundhedskampagner kan medvirke til at understøtte en sådan politik på flere måder, nemlig ved at:

1. Sætte dagsorden – prioritere og give autoritet

Gennem alkoholkampagner kan behovet for at gøre noget ved alkoholproblemerne synliggøres med den autoritet, der er forbundet med de nationale og lokale sundhedsmyndigheder. Ved at gentage kampagnerne over en længere periode understreges prioriteringen.

2. Oplyse og give handlingsanvisninger og dermed kvalificere den enkeltes valg

Gennem kampagnerne gives oplysning om forskellige typer af problemer med alkohol, og genstandsgrænserne giver et enkelt redskab til at vurdere, hvornår et alkoholforbrug er problematisk ud fra en sundhedsmæssig vurdering.

3. Fastholde sundhedsfaglige facts

Der reklameres intensivt for øl, vin og spiritus. I en situation, hvor markedet er vigende, må det forventes, at producenter og forhandlere vil intensivere markedsføringen for at fastholde deres position.

Ofte er oplysningerne i markedsføringen af forskellige produkter modstridende, og for den enkelte kan det være vanskeligt at gennemskue, hvad der er reklame, og hvad der er facts. Her kan kampagner med troværdig afsender være med til at fastholde facts.

4. Mobilisere social støtte ved at nedbryde tabuer og fremme ændringer

Alkoholproblemer har traditionelt været identificeret med de klassiske misbrugsproblemer i form af afhængighed, hvorimod man ikke har skelnet mellem storbrugere uden afhængighed og brugere med et mere almindeligt forbrug. Det har derfor været forbundet med tabu at tale om alkoholproblemer i familier, på arbejdspladser eller i sundhedsvæsenet, fordi disse umiddelbart har været defineret som misbrug med potentiel social deroute. Kampagnerne kan medvirke til at nuancere billedet af alkoholproblemer.

5. Medvirke til udvikling af understøttende miljøer

Ændringer i befolkningens alkoholforbrug vil som regel forudsætte ændringer i en række understøttende miljøer. Disse ændringer kommer ikke af sig selv, men forudsætter et samspil mellem befolkningen og de enkelte miljøer. Kampagner kan facilitere dette samspil ved at skabe forståelse for behovet for ændringer. De vigtigste understøttende miljøer er:

- **markedet** (producenter, dagligvareforhandlere, restauranter og værtshuse): fx udvikling af produkter med mindre indhold af alkohol – »light øl«, overholdelse af markedsføringsregler, overholdelse af udskænkingsregler og regler for forbud mod salg af alkohol til mindreårige.
- **lokale aktører** (amter, kommuner, politi, private misbrugsbekæmpende organisationer): fx udvikling af alkoholpolitik lokalt, oprustning af behand-

lingsindsatsen, herunder tidlig opsporing, håndhævelse af udskænkingsregler for mindreårige og købsforbud.

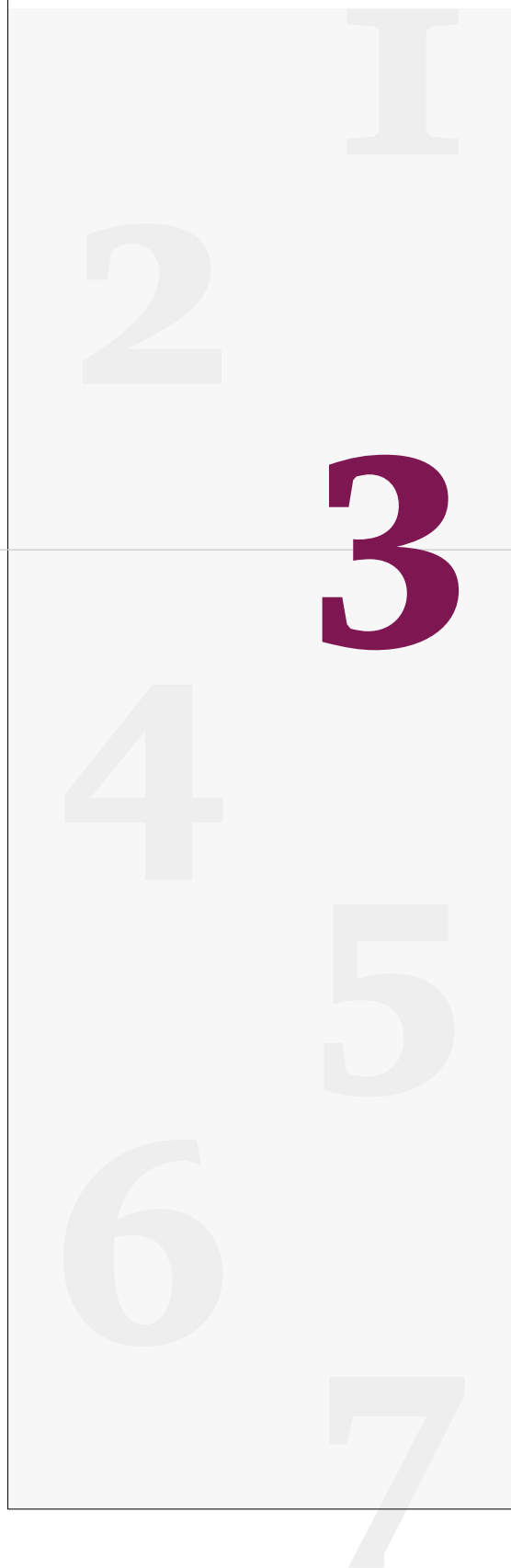
- **sundhedsvæsenet:** fx systematisk rådgivning af patienter om deres alkoholforbrug og tilbud om visitation til alkoholbehandling.
- **institutioner, herunder skoler:** undervisning om alkohol, alkoholpolitik på institutionerne, støtte til børn i familier med misbrugsproblemer.
- **arbejdspladser:** alkoholpolitik på arbejdspladserne, støtte til medarbejdere med alkoholproblemer.

Sundhedsstyrelsens alkoholkampagner har gennem alle årene haft som sine gennemgående og eksPLICIT-

te mål at skabe opmærksomhed og debat om alkoholproblemer og at formidle viden specielt om grænserne for et sundhedsmæssigt forsvarligt forbrug. På det organisatoriske plan har det været et mål at støtte decentrale aktiviteter og styrke den lokale netværksdannelse.

Indirekte har kampagnerne derfor haft betydning i forhold til udvikling af understøttende miljøer – fx i form af alkoholpolitik på arbejdspladser eller mere åbenhed om alkoholproblemer indenfor sundhedsvæsenet. Disse indirekte effekter beskrives dog ikke nærmere i denne rapport.

Det sundhedsfaglige
grundlag –
genstandsgrænserne



Et gennemgående budskab i alkoholkampagnerne har været anbefalingen om, at mænd højst bør drikke 21 genstande og kvinder højst 14 genstande om ugen.

Formålet med alkoholkampagnerne er ikke at opfordre til afholdenhed, men til et sundhedsmæssigt forsvarligt forbrug. Et sådant budskab må imidlertid konkretiseres, hvis det skal have mening. En generel opfordring til ikke at drikke for meget alkohol er meningsløs af to grunde. For det første er der ingen ny information i budskabet. Hele befolkningen ved, at for meget alkohol både på kort og lang sigt er en stor helbredsmæssig belastning. For det andet vil der i befolkningen være mange forskellige opfattelser af, hvornår et forbrug er for meget.

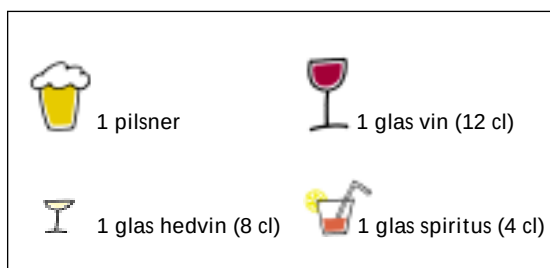
En genstandsgrænse er således et forsøg på ud fra en sundhedsmæssig synsvinkel at angive, hvornår et alkoholforbrug indebærer helbredsmæssige risici. Genstandsgrænsen bliver hermed et instrument for den enkelte forbruger af alkohol til vurdering af eget forbrug. Grænsen kan samtidig fungere som en social norm for, hvornår der foreligger et sundhedsmæssigt alkoholproblem hos et familiemedlem, en kollega eller en bekendt, og dermed et legitimt grundlag for at tale med vedkommende om problemet.

Genstandsgrænserne kan således i kampagnesammenhæng være hensigtsmæssige, fordi de i overskuelig form kan medvirke til at definere, hvornår der foreligger et alkoholproblem, og hvornår der skal handles ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt.

3.1. Hvad er en genstand?

En genstand er i Danmark defineret som den mængde alkohol, der er i en almindelig dansk pilsner, nemlig 12 gram ren alkohol. En flaske vin indeholder typisk 5-7 genstande afhængig af styrken. Som tommelfingerregel er der en genstand i et glas vin (12 cl), et glas hedvin (8 cl) eller et glas spiritus (4 cl).

En genstand er fx:



3.2. Befolkningens kendskab til, hvad en genstand er

Det har været et væsentligt element i alkoholkampagnerne at udbrede kendskabet til, hvad en genstand er som en forudsætning for, at befolkningen kan benytte genstandsgrænserne.

Siden uge 40 1994 har øl- og spiritusfabrikanter og vinimportører efter opfordring fra Sundhedsstyrelsen gennemført en mærkning på flaskerne, således at forbrugeren direkte kan se, hvor mange genstande flasken indeholder.

Foreningen Gode Alkoholdninger, der består af Foreningen af Danske Spiritusfabrikanter, Vin og Spiritus Organisationerne i Danmark og Bryggeriforeningen har i flere perioder i forbindelse med de årlige kampagner indrykket annoncer med oplysninger om genstandsindholdet. Se figur 9.

Sundhedsstyrelsen har gennemført løbende målinger af befolkningens kendskab til genstandsindholdet i øl, vin og spiritus, og det ses, at kendskabet er stigende siden 1994, hvor målingerne gennemførtes første gang. Se figur 10 på næste side.

FIGUR 9

Det er nemt at følge Sundhedsstyrelsens råd - højst 14 genstande om ugen for kvinder og højst 21 for mænd. En række øl- og spiritusmærker, der produceres i Danmark, og visse vine, der aftappes her i landet, er påført antal genstande.

Hvad er en genstand?
En genstand er defineret som 12 gram alkohol, hvilket svarer til en almindelig pilsner, skattekasse 1.

- En let øl, skattekasse 1, svarer til 1/2 genstand.
- En stærk øl, skattekasse 3 og 4, svarer til 1 1/2 - 2 genstande.
- En guldøl, skattekasse 2, svarer til 1 1/4 genstand.
- En flaske vin varierer fra 10 til 13% vol. Det svarer til 5 - 6 1/2 genstande.
- Et restaurationsmål (5 cl) hvidvin varierer fra 15 til 21 % vol. Det svarer til 1/2 til 3/4 genstand.
- Et restaurationsmål (2 cl) spiritus svarer til 1/2 genstand.

En pilsner: 1 genstand

En snaps, 2 cl: 1/2 genstand

"Hvis du ikke vil drikke for meget, må du vide, hvor meget du drikker."

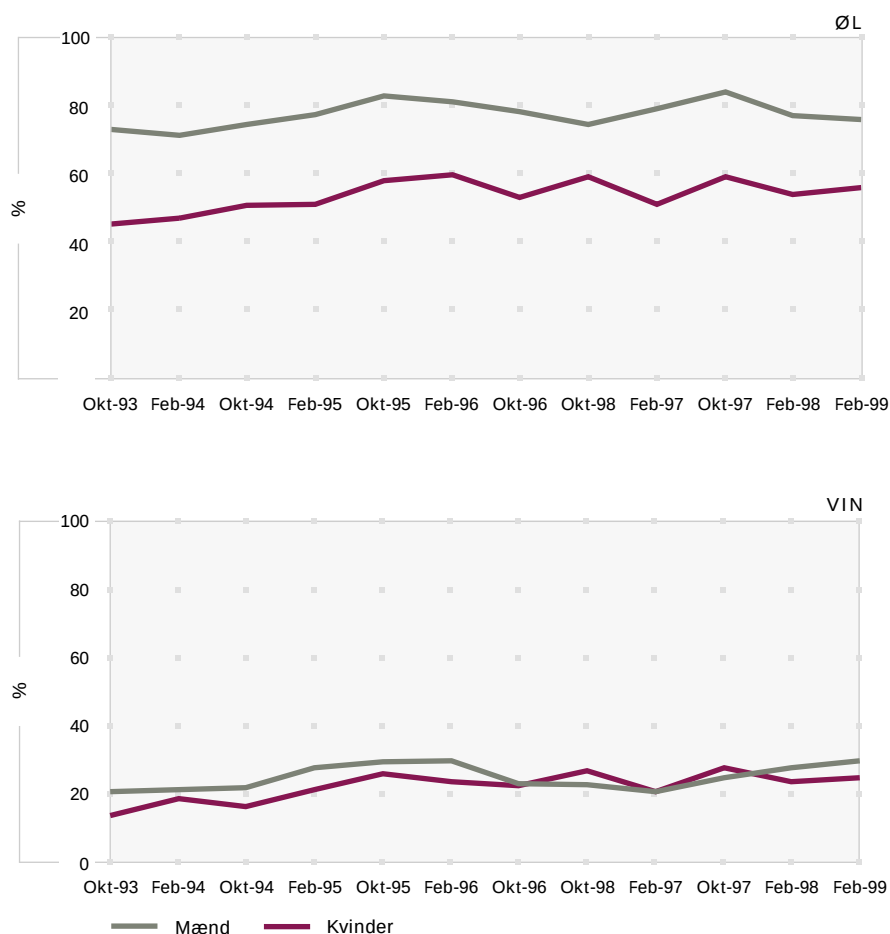
Et glas rødvin, 12% vol.: 1 genstand

Tæl genstande, men husk, at alkoholprocenter er lunefulde - de afhænger bl.a. af vægt og køn, og hvor meget man har spist.

I Danmark har vi mange smukke genstande. Pas godt på dem!

GODA
Foreningen Gode Alkoholdninger

Foreningen Gode Alkoholdninger (GODA) er stiftet af Foreningen af Danske Spiritusfabrikanter, Vin og Spiritus Organisationerne i Danmark (V.S.O.B.) og Bryggeriforeningen med det formål at fremme den gode alkoholkultur og derved at modvirke og reducere misbrugsproblemer.

FIGUR 10*Kendskab til genstandsindhold i øl og vin*

3.3. Den sundhedsfaglige begrundelse for genstandsgrænserne

Et for højt alkoholforbrug er forbundet med et væld af skadevirkninger på kort og lang sigt. Skadevirkningerne omfatter nedsat social og psykisk funktionsevne og en række somatiske skader, der medfører forøget dødelighed.

Genstandsgrænserne må nødvendigvis baseres på en række sammenlignelige videnskabelige undersøgelser af skadevirkninger, der kan måles på ensartet og systematisk vis. Enkeltstående undersøgelser vil altid være forbundet med usikkerhed og kan kun undtagelsesvis danne grundlag for fastsættelse af en grænse. Disse krav har gjort det nødvendigt at basere grænserne på epidemiologiske undersøgelser af dødelighed i forbindelse med alkohol-

forbrug. Dødelighed er et meget groft mål for skadevirkninger af alkohol, og det kunne være ønskeligt med andre mål som fx nedsættelse af evne til at være forældre eller til at passe sit arbejde, men der foreligger ikke videnskabelige undersøgelser af disse forhold, som kan bruges til at fastsætte genstandsgrænser.

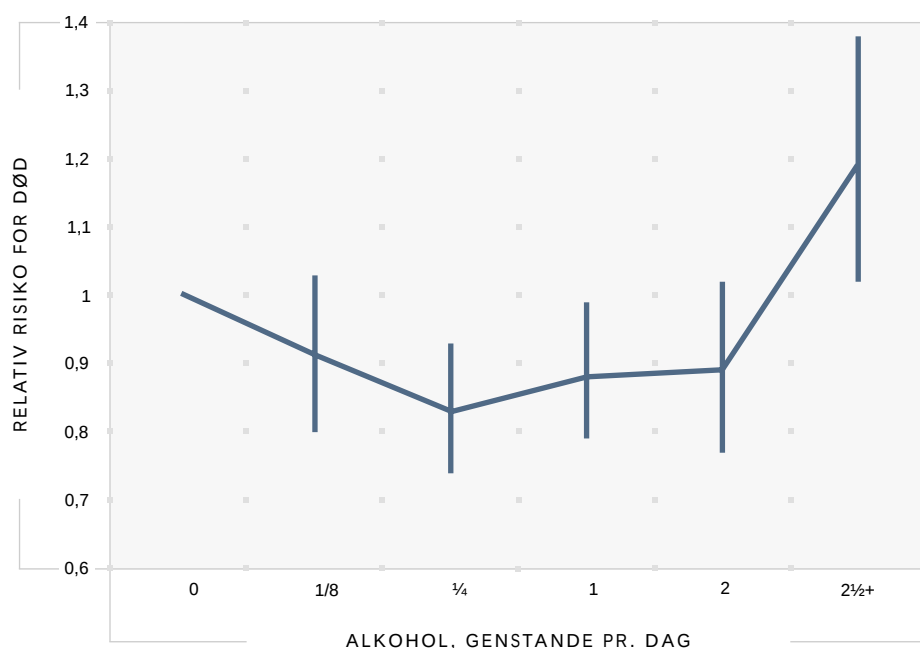
3.4. Hvordan sættes grænserne?

Som udgangspunkt udvælges undersøgelser, der har inkluderet flest personer i længst tid. Disse vil give

mere eksakte oplysninger om, hvor overgangen (tærsklen) er fra lav til tydelig højere risiko. Når det forudsættes, at alkoholforbrugsoplysningerne er pålidelige, og der er taget højde for andre faktorer, der påvirker dødeligheden, som fx køn, alder, socialklasse og rygning, er tærsklen bestemt af to faktorer: Forskellen i dødeligheden mellem konsumgrupperne og den statistiske sikkerhed, hvormed denne forskel er bestemt. Figur 11 viser en undersøgelse fra 1995 af mere end 85.000 kvinder fulgt i 12 år med henblik på død af alle årsager, og på figur 12 ses en undersøgelse fra 1990 af 278.000 amerikanske mænd fulgt i 12 år med hensyn til dødelighed. Disse undersøgelser har

FIGUR 11

Undersøgelse fra 1995 af 85.000 kvinder



(Fuchs 1995)

den fordel, at de inkluderer så mange mennesker, at man med god sikkerhed kan sige, ved hvilket alkoholforbrug risikoen tydeligt er forøget. Det fremgår af figurerne, at kvinders øgede risiko sandsynligvis starter ved et lavere konsum end mænds. Det fremgår ligeledes, at de øvre grænser for gennemsnitligt ugentligt konsum ligger på ca. 14 genstande for kvinder (lidt under 17,5 genstande per uge) og ca. 21 genstande for mænd (lidt under 23,3 genstande per uge).

Risikokurverne har en karakteristisk U-formet sammenhæng, således at risikoen er markant forøget ved et forbrug over genstandsgrænserne, mens afholdenhed også synes at være forbundet med en for-

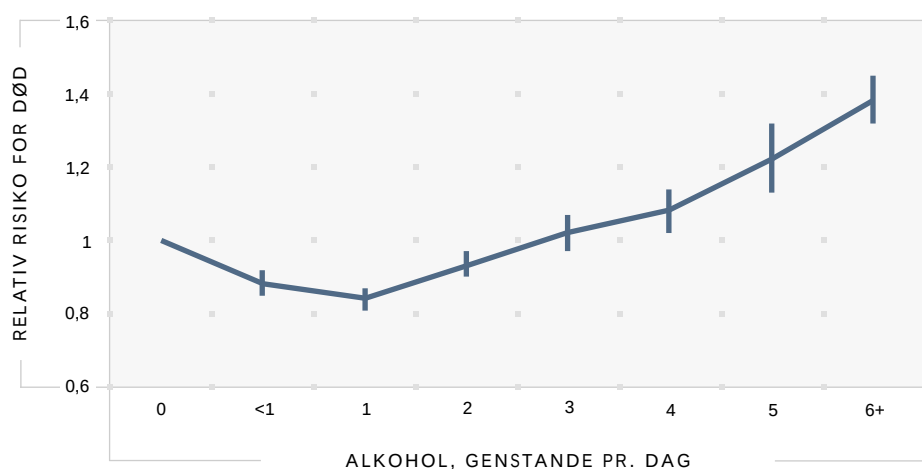
højet risiko. Baggrunden herfor er, at alkohol ikke kun har negative virkninger på helbredet, men også kan have positive virkninger. Helt tilsvarende resultater er fundet i Danmark (Grønbæk 1994).

Af de kendte skadevirkninger af alkohol på helbredet kan nævnes skrumpelever og kræft i mund og spiserør. Et højt alkoholforbrug er yderligere forbundet med betændelse i mavesækkens slimhinde, hjertemuskelsvækkelse, bugspytkirtelbetændelse, nervebetændelse og hjernesvind.

Det venstre ben i U'et i den U-formede kurve udgøres fortrinsvis af overdødelighed af hjerte-kar-sygdom blandt afholdende.

FIGUR 12

Undersøgelse fra 1990 af 278.000 mænd



(Boffetta 1990)

3.5. Konklusion

På det foreliggende videnskabelige grundlag kan konkluderes:

- Overforbrug af alkohol medfører stærkt øget risiko for et bredt spektrum af somatiske sygdomme og er desuden associeret med mange psykiatriske lidelser og socioøkonomiske problemer.
- Der er en overhyppighed af hjerte-kar-sygdom blandt alkohol-afholdende.
- Et let til moderat alkoholforbrug er forbundet med den laveste dødelighed.

- Grænsen mellem 'harmløst forbrug' og 'potentielt skadeligt forbrug' er, hvad angår dødelighed, ca. 14 genstande om ugen for kvinder og ca. 21 genstande for mænd.
- Der er muligvis forskel på virkningen af øl, vin og spiritus, således at vin har en mere beskyttende effekt med hensyn til dødelighed.

Genstandsgrænserne gælder ikke for personer med tendens til kontroltab, og ej heller for gravide (Sundhedsstyrelsen 1999). Desuden er det sandsynligt, at kun de, der i forvejen er i risiko for at få hjerte-kar-sygdom, har en positiv effekt af et moderat forbrug.

Alkoholkampagnernes
målsætninger
og form 1990-1999

4

Målet med kampagnerne har været at skabe opmærksomhed og debat om alkoholforbruget og at formidle viden om – primært – Sundhedsstyrelsens grænser for et fornuftigt forbrug. På længere sigt er målet med kampagnerne at medvirke til en generel forbrugssænkning, som vil betyde et fald i antallet af alkoholrelaterede skader.

Kampagnerne har typisk bestået af en opmærksomhedsskabende del med annoncering på tv, i aviser, magasiner og/eller »outdoor«-trafikreklame, og en lokal del udført i samarbejde med primært amterne. Til det lokale arbejde er der udviklet forskellige materialer, bl.a. pjecer, debataviser, genstandstæller, tællekort og plakater.

I tabel 1 er en oversigt over hvilke elementer, der har indgået i de enkelte års kampagner.

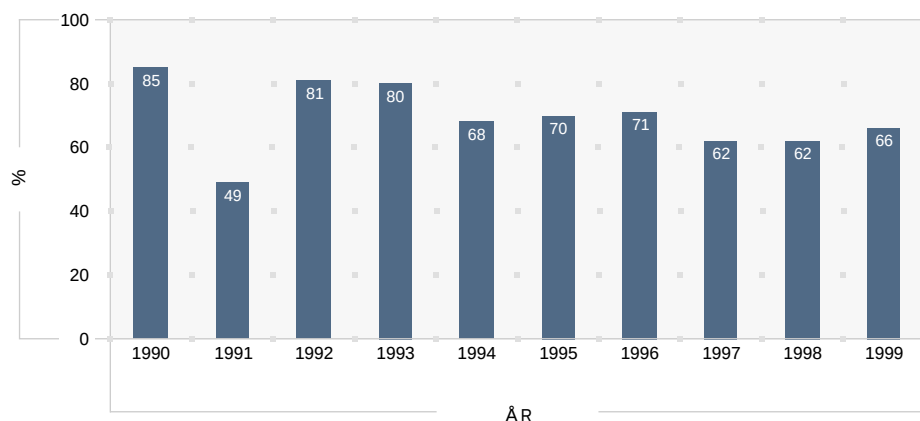
I alle kampagner har samarbejdet med amterne og Københavns og Frederiksberg kommuner været et centralt element, selvom samarbejdet har skiftet karakter over tiden. I de første kampagner var målet for den lokale indsats et spørgsmål om at skabe opmærksomhed på lokalt niveau. I de senere kampagner er den lokale indsats i højere grad set som et middel til at nå risikogruppen, storbrugerne, der drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Ved at koncentrere indsatsen til en enkelt uge frem for at sprede den over hele året, har kampagnerne været med til at gøre alkoholproblematikken mere synlig og dermed skabe et bedre grundlag for det lokale arbejde.

Kampagnerne har skabt ganske høj opmærksomhed, som det fremgår af figur 13, der viser hvor man-

TABEL 1

Oversigt over elementer i alkoholkampagnerne 1990-1999

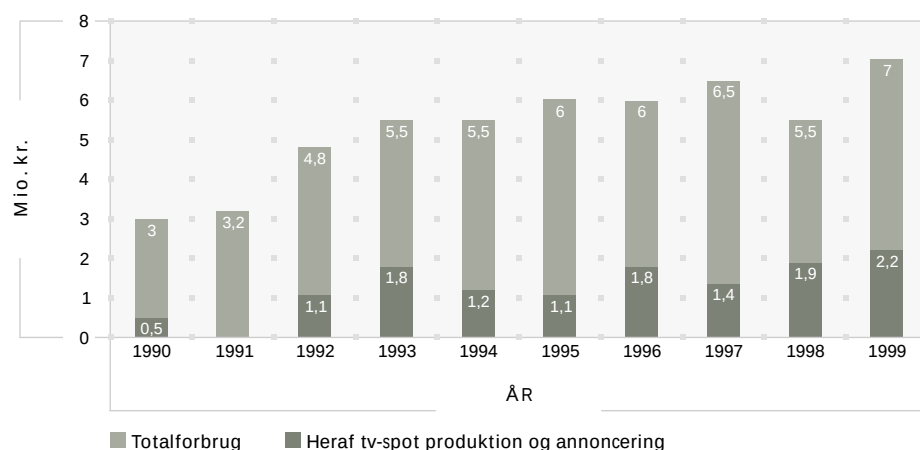
	ANNONCER				GENSTANDS- TÆLLER	FAKTA- FOLDER	PÅRØRENDE	PJECER TIL		
	TV	AVIS	MAGASIN	TRAFIK				STOR- BRUGERE	FAG- GRUPPER	AVIS
1990	X	X	X	X	X					
1991		X		X	X					
1992	X	X		X	X					
1993	X	X	X	X	X					
1994	X	X		X	X	X				X
1995	X	X				X				X
1996	X		X	X			X	X		
1997	X		X	X	X	X	X	X		
1998	X		X	X	X	X		X		
1999	X		X	X	X	X	X	X	X	

FIGUR 13*Erindring om alkoholkampagne 1990-1999*

ge, der kan huske kampagnen i uge 43 – altså 3 uger efter en kampagne. Bemærketheden har været jævnt aftagende siden den første kampagne i 1990, med en iøjnefaldende undtagelse i 1991, hvor der ikke blev produceret tv-spot. Den aftagende bemærkethed kan overvejende tilskrives en kombination af, at udviklingen på annoncemarkedet har gjort det både dyrere og vanskeligere at opnå den samme annonceeffekt

i 1999 som i 1990, og at kampagnebudgetterne ikke er vokset tilsvarende. Det skal bemærkes, at befolkningens kendskab til genstandsgrænserne ikke viser en tilsvarende faldende udvikling, jf. kapitel 6.

Typisk har budgettet for kampagnerne været fordelt med godt 50% til produktion og indrykning af annoncer, ca. 40% til materialer og støtte til lokale aktiviteter og knap 10% til evaluering.

FIGUR 14*Samlede udgifter til alkoholkampagnerne 1990-1999, herunder tv-spot*

Alle kan trænge til en alkoholfri uge 40

Uge 40 blev valgt som kampagneuge, fordi målgruppen for den første kampagne var 40-årige – ikke kun på grund af aldersgruppens relativt høje alkoholforbrug (ca. 27% over gennemsnittet), men også med begrundelsen, at denne gruppe ofte optræder i en modelfunktion, primært som forældre, men ofte også på arbejdspladsen. Genstandsgrænserne var indarbejdet i kampagnen i form af udmeldingen *Der er kun ringe risiko for helbredsskader ved et ugentligt alkoholforbrug på 14 genstande for kvinder og 21 gen-*

stande for mænd, men fokus for kampagnen var på, at man ind imellem havde brug for helt at lade være med at drikke alkohol, og det kunne man passende gøre i uge 40. Sloganet for den første kampagne var i overensstemmelse hermed *Alle kan trænge til en alkoholfri uge 40*. Kampagnens omdrejningspunkt var en *direct mail* – et brev fra amtet eller fra Københavns eller Frederiksberg Kommune, sendt direkte til alle 40-årige om at holde en alkoholfri uge. Man havde sendt brevet til alle født i 1950, hvorfor en del af modtagerne endnu ikke var fyldt 40, ligesom en del 40-årige ikke fik brevet. Dette blev blæst kraftigt op i pressen og har sammen med nyhedsværdien i, at uge 40-kampagnen var den første større offentlige sundhedskampagne, været med til at give kampagnen meget høj opmærksomhed. Dette kan også ses af, at selv om budskabet om alkoholfri uge var specifikt for 1990-kampagnen, har prædikatet *Alkoholfri Uge 40* hængt ved kampagnerne siden. Kampagnematerialerne omfattede herudover plakater, tælleskemaer, avisannoncer, og Obs-spot. I Obs-spottet blev der fokuseret på genstandsindholdet i forskellige drikkevarer og opfordret til, at de 40-årige holdt alkoholfri uge. Annoncerne – hvoraf der var 10 i alt – havde meget forskelligartede budskaber, dog med den alkoholfri uge som fælles afmelding.



Tælleskemaer skulle gøre det lettere at holde styr på ugens alkoholforbrug.

Vedr. Alkohol

Kampagnen i 1991 var på sin vis en gentagelse af 1990-kampagnen, men uden direct mail til de 40-årige, uden tv-spot og med et væsentligt lavere budget. Kampagnens overskrift var det meget neutrale *Vedr. Alkohol*. Den alkoholfri uge var ikke længere i fokus, i stedet blev der fokuseret på genstandsgrænserne i afmeldingen *Regn med højst 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd*. Målgruppen var udvidet til de 30-50-årige. Der blev i samarbejde med DR lavet 6 korte tv-programmer om alkohol, som blev vist i kampagneugen. Desværre blev de ikke – som oprindeligt planlagt – bragt i prime-time. Kampagneplakat og tælleskema var udformet som i 1990. Der blev udarbejdet en faktabog *En lille en*, som blev distribueret via apoteker og biblioteker og anvendt af amterne til lokale aktiviteter. Kampagnen fik væsentlig ringere gennemslagskraft end 1990-kampagnen.



Faktabogen *En lille en* blev meget anvendt i forbindelse med lokale aktiviteter.

Tæl dine genstande. Det kan hurtigt løbe op.

I 1992 blev der igen fokuseret på genstandsgrænserne, denne gang med en mere handlingsanvisende opfordring: *Tæl dine genstande*. Målet var at gøre opmærksom på, hvordan det daglige forbrug kan vokse, uden man er klar over, hvor meget man

egentlig drikker. Centralt i kampagnen stod derfor temaet om underrapportering – det forhold, at man »glemmer« op mod halvdelen af sit forbrug, når man skal gøre rede for det. Kampagnematerialet blev fornyet med et mande- og et kvindeglasshovede som gennemgående kampagnesymboler, og tælleskemaet blev afløst af en *genstandstæller* – et klippekort med 14 eller 21 taloner til at rive af. Faktabogen *En Lille en om alkohol* blev genoptrykt, og der blev produceret plakater, avisannoncer, radiospot og tv-spot. I denne kampagne blev der for første gang annonceret i landsdækkende reklame-tv. Hvor de første kampagner visuelt havde været forholdsvis neutrale, blev 1992-kampagnen oplevet som mere dystre i kraft af tv-spottet med de to glasshoveder, der langsomt fyldtes med forskellige alkoholiske drikke. Kampagnen fik opmærksomhed på niveau med den første kampagne. Medvirkende til at skabe opmærksomhed om kampagnen var en nedsættelse af afgifterne på øl og vin med 25% midt i uge 40, som led i den generelle harmonisering inden for EU.



Genstandstællere til henholdsvis mænd og kvinder afløste tælleskemaet, som et enkelt redskab til at følge kampagnens opfordring: Tæl dine genstande.

HOLD HOVEDET KLART, HVER GANG DER BLIVER BUDT RUNDT



Hvis man vil holde sig inden for grænserne på 14 genstande om aften for kvinder og 21 for mænd, kan det være nødvendigt at holde hovedet klart. Det gælder, jo hadede det går til.

Hvis man vil holde sig inden for grænserne på 14 genstande om aften for kvinder og 21 for mænd, kan det være nødvendigt at holde hovedet klart. Det gælder, jo hadede det går til.

*Højeste mulige 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd.

SUNDHEDSSTYRELSEN

TÆL DINE GENSTANDE. DET KAN HURTIGT LØ

Annoncerne med halvfylde glashoveder blev indrykket i dagbladene.

NU ER DER EKSTRA GRUND TIL AT HOLDE HOVEDET KLART



Alkoholisme bliver stadig en større og større problem. De fleste mennesker har mere end nok til at gøre sig selv og deres familie til en belastning. Derfor er det vigtigt at holde hovedet klart.

Alkoholisme bliver stadig en større og større problem. De fleste mennesker har mere end nok til at gøre sig selv og deres familie til en belastning. Derfor er det vigtigt at holde hovedet klart.

Alkoholisme bliver stadig en større og større problem. De fleste mennesker har mere end nok til at gøre sig selv og deres familie til en belastning. Derfor er det vigtigt at holde hovedet klart.

SUNDHEDSSTYRELSEN

TÆL DINE GENSTANDE. DET KAN HURTIGT LØBE OP!

I medierne var der meget kritik af, at afgifterne på øl og vin blev sænket netop i kampagneugen. Som reaktion herpå, blev der i hast i løbet af uge 40 lavet en annonce, der kommenterede på situationen.

Spring genstandene over til hverdag. Ellers kan det hurtigt løbe op

Udgangspunktet for 1993-kampagnen var det samme som året før: Det ureflekterede daglige forbrug, der »løber op«. For at fastholde nyhedens interesse for

kampagnen blev dens visuelle stil ændret markant: Fra de dystre glashoveder til en munter grøn frø, der springer genstandene over. Genstandstællerne blev genbrugt i nyt layout og distribueret via apoteker, biblioteker og posthuse, mens faktabogen *En lille en om alkohol* blev suppleret af en mindre indholdstung faktafolder. Der blev som det foregående år produceret tv-spot, avisannoncer og plakat. Kampagnen havde i højere grad end de tidligere kampagner appel til yngre voksne (18-29 år).



Frøen blev valgt som kampagnesymbol, fordi den på en humoristisk måde kunne illustrere kampagnens budskab om at springe genstande over.

I testmålinger er tv-spottet med frøen det kampagnespot, som flest mennesker gerne vil se igen.



Genstandstællerne fik en mere handy udformning og blev opstillet i displays på apoteker, biblioteker og posthuse.



SUNDHEDSSTYRELSEN

SPRING GENSTANDENE OVER TIL HVERDAG. ELLERS KAN DET MURTIGT LØBE OP!

HVOR STOR ER **DET USIKKER STØRRELSE.**

En genstand er 12 gram ren alkohol. Det svarer til mængden i en almindelig ølkanne, en glas vin eller et glas snaps.

Det er altså den samme mængde alkohol, du får i bløden, hvad enten du drikker af øl eller snaps. Men koncentrationen i bløden bliver større, jo hurtigere alkoholen indtages. De fleste er som bekendt længere ude at drikke en af end en øl.

Hvor meget er der i en genstand?

1 øl (33 cl)	1 glas vin (12 cl)
1 glas tequila (3 cl)	1 glas sprit (3 cl)
stærk øl (4 cl)	stærk øl (4 cl)
stærk øl (4 cl)	stærk øl (4 cl)

(Mængde af en 12 gram genstand)
Der er altså 4 genstande i en flaske vin.

Genstandsmåling!
Vedta regner du, at hver genstand er 12 gram ren alkohol. Hvis du drikker alkohol, optages den via mavesystemet og fordøjes af alle kroppens organer via bløden.

Der genstande kan kun beregnes sikkert via en blodprøve eller en test af alkohol i luften.

Ja mindre du vejer, jo større genstande.
En lille person har mindre kropsvægt og blod. En genstand giver derfor hurtigere mængde større genstande.

Kvinder får højere genstande end mænd!
En kvinde har mindre vægt i kroppen end en mand af samme størrelse. Derfor vil en

kvinde få højere genstande end en mand, hvis de indtager samme mængde genstande.

Alkoholindholdet spiller også ind!
Det er meget svært at regne sin egen genstand ud, fordi en mængde faktorer spiller ind. For eksempel bliver højden, hvor meget drikker hurtigt. Drikker man på samme måde, går alkoholen hurtigere i

Moder! Omvendt kan optagelsen af alkohol forøges af et særligt miljø.

Et par eksempler:
En kvinde på 55 kg drikker 3 glas vin inden for 1 time. Den genstand er 36 gram. Den genstand er 36 gram.
En mand på 80 kg drikker 3 glas vin inden for 1 time. Den genstand er 36 gram.

Der blev produceret en ny og mere letlæst faktafolder, som supplement til En lille en.

Spring de lige gyldige genstande over.

Så er der mere liv i dig

1994-kampagnen var i høj grad en gentagelse af kampagnen i 1993. Frøen blev igen anvendt som kampagnesymbol, da den var blevet positivt modta-

get mange steder, og amterne fandt, at den var et godt grundlag for lokalaktiviteter. Udgangspunktet var igen det ureflekterede daglige forbrug: de lige gyldige genstande. Der var dog kommet et løfte ind i sloganet: Der er mere liv i dig, hvis du ikke drikker for meget. Et løfte, som også blev afspejlet i tv-spottet, hvor frøen møder en mage. Der blev lavet en ny faktafolder og et nyt layout på genstandstælleren, mens faktabogen *En lille en om alkohol* ikke blev genoptrykt. For at styrke det lokale islæt i kampagnen blev der lavet en debatavis, *Flaskeposten*, som blev udgivet i 16 forskellige eksemplarer – en for hvert amt samt Københavns og Frederiksberg kommuner. Kampagnen fik mindre opmærksomhed end de foregående, bortset fra 1991-kampagnen. Dette kan skyldes, at genanvendelsen af frøen som kampagnesymbol har mindsket kampagnens nyhedsværdi.



I 1994 var fokus stadig mest på alkoholforbrugets konsekvenser for helbredet. I flere af annoncerne havde frøen dog fået en mage, hvorved de sociale konsekvenser af et for stort alkoholforbrug blev tematiseret.



PÅ ÉT PUNKT FÅR VI ALDRIG LIGESTILLING



Hvordan kan mænd ikke få ligestilling med kvinder, når kvinder kan lide at drikke?

Kvinder har mere end 100 gange mere risiko for at blive berusede end mænd.

Kvinder har mere end 100 gange mere risiko for at blive berusede end mænd.

Kvinder har mere end 100 gange mere risiko for at blive berusede end mænd.

PATIENTER DER IKKE DRIKKER KOMMER SIG HURTIGERE

Størrelsen af alkohol har en direkte effekt på operationer. Dens koncentration kan være som en Aids-patient.



ALKOHOLFORSKNING SKAL GIVE BEDRE BEHANDLING

FAKTA OM ALKOHOL

HVAD ER EN GENSTAND?

Debatavisen Flaskeposten blev produceret i 16 forskellige udgaver. Halvdelen af avisen var skrevet af Sundhedsstyrelsen, den anden halvdel af amtet/kommunen.

Drik mindre – lev mere

1995-kampagnen markerede et skift i forhold til de tidligere kampagner. Hvor det underliggende tema i de hidtidige kampagner havde været, at man skader sit helbred ved at drikke for meget, var det nu og fremover det sociale ansvar og de sociale skader, der var i fokus. I 1995-kampagnen blev der således lagt vægt på de sociale gevinster ved et mindre alkoholforbrug i form af tid til familien, psykisk overskud og livskvalitet. Der var dette år ikke et aktivt gennemgående kampagnesymbol, som frøen eller glashovederne, men et logo med genstandsgrænserne 14/21 i

sammenstillede kvinde/mandetegn. Debatavisen *Flaskeposten* blev igen et væsentligt indslag i den lokale kampagne, mens der ikke blev fremstillet genstandstællere. For at skabe ekstra opmærksomhed om kampagnen blev der dagligt under tv-dækning af TV2-Vejret udkastet flaskeposter i danske farvande. Lokalt blev der arrangeret konkurrencer og kendte erhvervsfolk og kulturpersonligheder skrev om alkohol og alkoholpolitik på arbejdspladsen i lokalaviserne. Kampagnen fik opmærksomhed på niveau med kampagnen i 1994.



Søværnets Operative Kommando deltog i 1995-kampagnen ved dagligt at kaste flaskeposter i danske farvande. Finderne af flaskeposten vandt et kampagneur.

Min far drikker ikke for meget til festen



Fester og alkohol hæver nu engang sammen. Men en fuld far er ikke sjov - selv om han tror det. Ved at drikke med måde får du overskud og energi til at feste sammen med dem, du holder af - og dem der holder af dig. Og dagen derpå bliver garanteret også en hel del sjovere. Valget er dit.

Højst 14 genstande om aften for kvinder og højst 21 for mænd - men ikke på én gang

Kampagnen i 1995 fokuserede på de positive sociale gevinster, der er forbundet med et ikke for stort alkoholforbrug.

Drik mindre - lev mere



Fakta om alkohol
Skadestyrken



Der blev lavet en ny faktafolder til
1995-kampagnen.

Giv ham en god grund til at drikke mindre

Kampagnerne frem til og med 1995 havde den brede voksenbefolkning – både moderat drikkende og storbrugere – som målgruppe. Dette havde igennem årene affødt kritik af, at kampagnerne ikke var målrettede nok, og derfor ikke nåede ud, hvor det nyttede: til storbrugerne. På denne baggrund flyttede 1996-kampagnen fokus fra den brede befolkning og henvendte sig eksplicit til pårørende til storbrugere, som sammen med storbrugerne var kampagnens primære målgruppe. Logoet med 14/21-grænserne fra 1995 blev genanvendt, men ellers var der tale om en ny stil i kampagnen, hvor annoncematerialerne fremstod kornede i brunlige nuancer for at opnå en realistisk dokumentar-effekt. Til forskel fra de tidligere kampagner blev der ikke annonceret i aviserne. I stedet benyttedes tv-, magasin- og trafikreklamer. Materialerne med den brede befolkning som målgruppe – debatavisen og faktafolderen – blev ikke fremstillet. Derimod produceredes en pjece til pårørende om, hvad man kan gøre, hvis man er tæt på en, der drikker for meget, og en pjece til storbrugere, der beskrev en metode til at sætte forbruget ned. Selvom man kunne forvente, at kampagnens direkte henvendelse til pårørende ville gøre den mindre bemærket i den brede befolkning, fik den opmærksomhed på niveau med de to forrige. Der blev forsøgsvis gennemført en registrering af henvendelser til alkoholambu-

latorier og –rådgivninger i forbindelse med alkohol-kampagnen. Der registreredes en markant stigning i antallet af henvendelser: 20-25% flere pårørende henvendte sig til ambulatorier og rådgivninger i den periode kampagnen kørte, og der var 5-10% flere henvendelser fra storbrugere. 10% af samtlige henvendelser til telefonrådgivningen Alko-linjen i 1996 kom ligeledes i forbindelse med alkoholkampagnen.



I tv-spottene blev brugt øjenkontakt, direkte tale i speaken og kornet dokumentar-effekt i billederne for at gøre spottene nærgående og vedkommende.

Giv ham en god grund til at drikke mindre

Mange af os kender én, der drikker for meget. En vi er borte på.

Måske har du talt med ham om det - uden det har hjulpet. Tag fat i ham igen. Prøv på en ny måde, det rykker ikke at lade som ingenting. Giv ham en god grund til at drikke mindre - prøv fx at forklare ham, at der også er grænser for, hvad du kan holde til. Sig at du er bange for, hvad det skal ende med, hvis han bliver ved med at drikke.

Fortæl ham, hvor meget der egentlig står på spil. Så gør du, hvad du kan. Resten er op til ham selv.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at mænd højst drikker 21 gramstørrelser om ugen. Og kvinder højst 14. Drikker du mere, drikker du for meget.

 Sundhedsstyrelsen

Læs mere på TV 2 (kanal TV side 563) og hent folderen på apcnetet

Magasinannoncerne med direkte henvisning til pårørende til storbrugere blev udarbejdet i både kvinde- og mandeversioner.

Giv hende en god grund til at drikke mindre

Mange af os kender én, der drikker for meget. En vi er borte på.

Måske har du talt med hende om det - uden det har hjulpet. Tag fat i hende igen. Prøv på en ny måde, det rykker ikke at lade som ingenting. Giv hende en god grund til at drikke mindre - prøv fx at forklare hende, at der også er grænser for, hvad du kan holde til. Sig at du er bange for, hvad det skal ende med, hvis hun bliver ved med at drikke.

Fortæl hende, hvor meget der egentlig står på spil. Så gør du, hvad du kan. Resten er op til hende selv.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinder højst drikker 14 gramstørrelser om ugen. Og mænd højst 21. Drikker du mere, drikker du for meget.

 Sundhedsstyrelsen

Læs mere på TV 2 (kanal TV side 563) og hent folderen på apcnetet

Du ved godt, du drikker for meget

1997-kampagnen lå i direkte forlængelse af kampagnen i 1996 med fokus på storbrugerne i højere grad end på den brede befolkning. Hvor 1996-kampagnen henvendte sig til de pårørende med opfordring til at tale om problemerne, henvendte 1997-kampagnen sig til storbrugeren og satte fokus på hans (eller hen-

des) ansvar over for familie og venner. Den kornede visuelle stil blev bibeholdt i annoncematerialet, som blev produceret til tv, magasiner og trafikreklamer. Pårørende- og storbrugerpjece blev genoptrykt i mere neutral udformning og der blev på ny lavet en faktafolder.



I 1997 kom alkoholkampagnen på Internet med hjemmesiden www.alkoholkampagne.dk. På siden kan man se den aktuelle kampagnes pjecer og annoncer, og få en vurdering af sit eget alkoholforbrug.

Kampagnen var som de
foregående år synlig i
gadebilledet på bl.a.
Atribusplakater.



Folderne – her folderen til
storbrugere – kom i en ny
version, der i størrelse og
design var tilpasset, at de
skulle stå på apotekerne og
overvejende tages ved selv-
betjening.

For meget alkohol – for lidt sex/ferie/hygge

I 1997 blev der gennemført en samlet evaluering af de hidtidige kampagner. Evalueringen mandede ud i en anbefaling af, at man vendte tilbage til at have den brede befolkning som målgruppe for den centrale del af kampagnen og lod indsatsen mod storbrugere foregå lokalt. Dette blev derfor grundlaget for 1998-kampagnen, men stadig med det sociale ansvar centralt placeret i kampagnen. Kampagnens slogan blev i magasinannoncer varieret med temaerne *For meget alkohol, for lidt sex/for lidt hygge/for lidt ferie*. Tv-spottet var holdt i dramatiseret dogme-stil og viste, hvordan et for stort alkoholforbrug ved familie-

festen kan gå ud over familie og venner. Gennemgående for alle temaer var betoningen af, at det går ud over andre (og en selv), hvis man drikker for meget eller på de forkerte tidspunkter. Faktafolderen og pjecen til storbrugere blev igen anvendt, mens pjecen til pårørende ikke blev genoptrykt.



En del af trafikreklamen bestod af bus-hængeskilte. Der var lokale afmeldinger i de amter og kommuner, hvor man havde skaffet ekstra eksponeringer i kraft af egne aftaler med busselskaberne.



Faktafolderen fra 1997 blev genoptrykt til 1998-kampagnen.

Annoncerne skulle kunne skabe opmærksomhed og forstås i et hurtigt blik. Samtidig skulle de skabe mulighed for identifikation og fordybelse. Annoncerne blev derfor opbygget med en række væsentlige fællestræk. Ordet alkohol skulle fremgå tydeligt. Der skulle vises situationer, hvor det gik ud over en selv og andre, når man drak for meget. Der skulle være øjenkontakt med »offeret«. Man skulle ved at kigge nærmere på billedet kunne aflæse mere om historien i baggrunden bag offeret.



Hvem går det ud over, når du drikker for meget?

1999-kampagnen lå i direkte forlængelse af kampagnen i 1998, stadig med fokus på det sociale ansvar. Konceptet fra magasinannoncerne blev bibeholdt med temaerne *For meget alkohol – for lidt sex/for kort weekend/for lidt hygge*. Med afmeldingen *Hvem går det ud over, når du drikker for meget?*, fortsatte tv-spottet »Børnefødselsdagen« den dramatiserede stil.

Der blev udarbejdet tre nye foldere målrettet udvalgte nøglepersoner inden for social- og sundhedssektoren: Sundhedspersonale på hospitaler, sagsbehandlere i kommunernes socialforvaltninger og pædagogisk personale i børnehaver. Folderne indeholdt en beskrivelse af alkoholproblemerne karakter inden for de respektive faggruppers arbejdsområde, samt en beskrivelse af faggruppernes relevante handlemuligheder. Faktafolderen og pjecen til storbrugere blev igen anvendt og pjecen til pårørende fra 1996 blev genoptrykt.

1998-kampagnen havde vist sig at være synlig og passede godt til det lokale arbejde. Annoncekonceptet blev derfor genanvendt med mindre justeringer i stil og tone.



Der var to målsætninger med folderne til social- og sundhedspersonale: Dels at gøre faggrupperne opmærksomme på alkoholproblemer og handlemuligheder inden for deres fagområde. Dels at skabe kontakt mellem faggrupperne og amternes alkoholkonsulenter, som med folderne havde et værktøj til at indlede kontakten.



Tv-spottet Børnefødselsdagen, der var instrueret af Susanne Bier, blev vist på TV 2, TV3 og TvDanmark.

Udviklingen i kampagnerne

Sammenfattende kan udviklingen i kampagnerne illustreres ved tv-spottene. Overordnet er der foregået to sideløbende bevægelser: Fra distanceret til

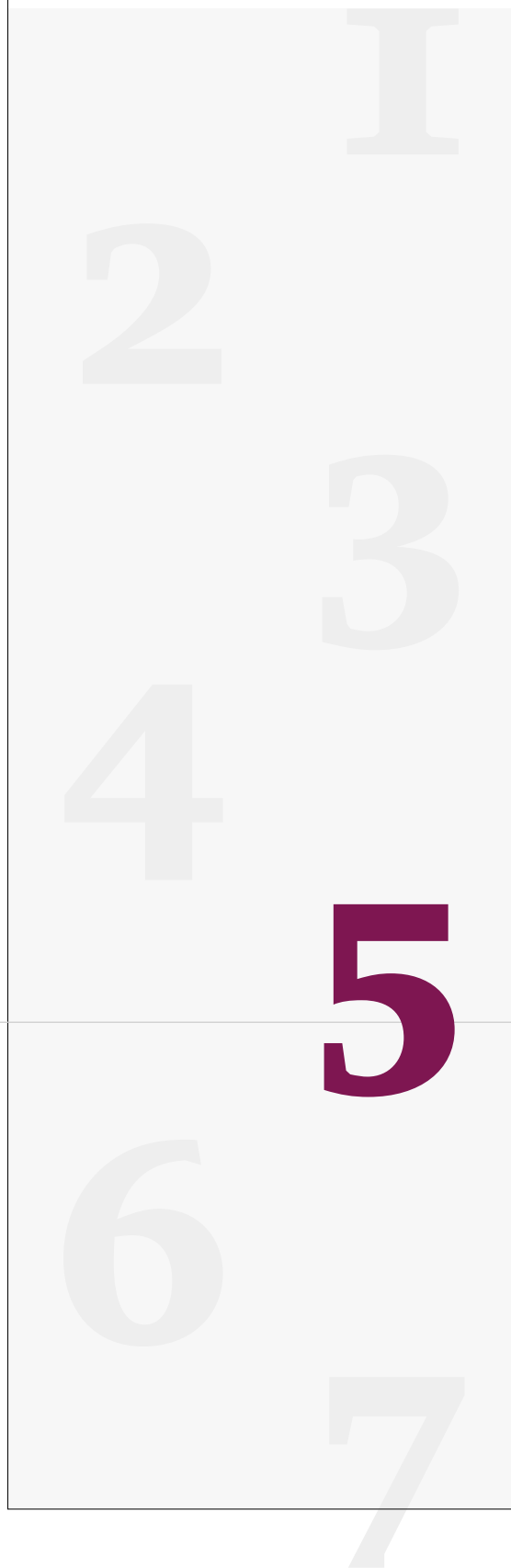
dokumentarisk påtrængende stil, som også ses i overgangen fra anvendelse af symboler til anvendelse af personer, og fra fokus på egen sundhed til fokus på ansvaret for andre.

TABEL 2

Oversigt over tv-spot

	AFMELDING	FIGUR/PERSON	STIL	NEDSÆT FORBRUG AF HENSYN TIL
1990	Alle kan trænge til en alkoholfri uge 40	Vært, faktuel formidler	Rationel, nøgtern, »OBS-agtig«	Sundhed
1991	Intet spot			
1992	Tæl dine genstande. Det kan hurtigt løbe op	Symbol: Glashoveder	Dyster, alvorlig	Sundhed
1993	Spring genstandene over til hverdag. Ellers kan det hurtigt løbe op	Symbol: Frø	Humoristisk, tegnefilm	Sundhed
1994	Spring de ligegyldige genstande over. Så er der mere liv i dig	Symbol: Frø	Humoristisk, tegnefilm	Sundhed og Få mere ud af livet
1995	Drik mindre – lev mere	Personer	Stiliseret realisme	Få mere ud af livet
1996	Giv ham en god grund til at drikke mindre	Personer	Dokumentarisk, påtrængende	Andre (og sig selv)
1997	Du ved godt, du drikker for meget	Personer	Dokumentarisk, påtrængende	Andre (og sig selv)
1998	Gør dig selv og andre en tjeneste. Lad være med at drikke for meget	Personer	Dramatiseret, dogmestil, fokus på pinlighed	Andre (og sig selv)
1999	Hvem går det ud over, når <i>du</i> drikker for meget?	Personer	Dramatiseret, dogmestil, fokus på pinlighed	Andre (og sig selv)

Kan effekten
af kampagner måles?



Den ideelle måde at evaluere kampagner på er det kontrollerede, randomiserede forsøg. Dette indebærer, at man udvælger en række samfund – måske 30-40 – på størrelse med det danske og med en tilsvarende social, kulturel og økonomisk baggrund. Ved lodtrækning opdeles disse samfund i en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Interventionsgruppen udsættes for årlige kampagner i en årrække. Kontrolgruppen udsættes ikke for kampagner, heller ikke indirekte gennem omtale af kampagnerne i interventionsgruppen. I øvrigt antages det, at de to grupper af samfund er sammenlignelige. Det forudsættes også, at der ikke i interventions- og opfølgningsperioden gennemføres andre forebyggende initiativer, der kan påvirke forekomsten af alkoholrelaterede skader.

Effekten af kampagnerne på alkoholskaderne måles herefter i en årrække efter forsøgets ophør. Da de fulde effekter af et reduceret forbrug – fx i form af lavere forekomst af levercirrose – først vil vise sig 10-20 år efter, må opfølgningstiden også strække sig over et tilsvarende tidsrum, før en endelig konklusion formentlig kan drages.

I virkelighedens verden kan en sådan evaluering selvfølgelig ikke gennemføres. Der findes fx kun et dansk samfund, og det er helt urealistisk at forestille sig den samme kampagne gennemført i flere samfund på en gang.

Et mindre ambitiøst mål kunne være at måle den direkte effekt af kampagnerne på alkoholforbruget, hvorved man undgår den lange opfølgningstid, før en reduktion af alkoholskaderne kan slå igennem. Også dette er forbundet med meget stor usikkerhed, fordi forbruget påvirkes af mange andre faktorer end kampagnerne – fx producenterne produktudvikling og markedsføring, som selvfølgelig vil blive intensiveret, i det omfang kampagnerne faktisk lykkes med at reducere forbruget.

Prisen på alkohol spiller også en rolle for forbrugets omfang. Alkoholafgifterne er således blevet nedsat betragteligt i 1990'erne for at reducere grænsehandelen. Dette mål er nået, men det har ændret vilkårene for alkoholkampagnerne. Alligevel har det danske alkoholforbrug ligget stort set konstant i hele perioden med afgiftsnedsættelser. Det er altså lykkedes at reducere prisen på alkohol væsentligt uden en udvidelse af forbruget. Hvilken rolle kampagnerne kan have spillet i denne forbindelse, er uafklaret.

Håndhævelse af alkoholrestriktioner – fx købsforbud, udskærkningsregler mv. – er et tredje eksempel på faktorer, der kan påvirke forbrugets omfang. Ændres denne håndhævelse – måske indirekte som følge af alkoholkampagnerne – er det vanskeligt – formentligt umuligt – at vurdere den isolerede effekt af kampagnerne.

Det er ikke muligt af praktiske grunde i klassisk forstand direkte at måle, om alkoholkampagner ned-sætter forbruget og skaderne.

Det betyder ikke, at det ikke er muligt på viden-skabelig vis at evaluere alkoholkampagnerne, men forestillingen om det enkle design og forventningen om et enkelt svar på spørgsmålet, om kampagnerne virker, må opgives.

En mere realistisk evalueringsstrategi er at tage udgangspunkt i de umiddelbare mål for kampagner, som er skitseret i det foregående afsnit og herefter vurdere, hvorledes disse kan evalueres. Disse mål var:

1. at sætte dagsorden – prioritere og give autoritet
2. at oplyse og give handlingsanvisninger og dermed kvalificere den enkeltes valg
3. at fastholde sundhedsfaglige facts
4. at mobilisere social støtte ved at nedbryde tabuer og fremme ændringer

5. at medvirke til udvikling af understøttende miljøer.

Det siger sig selv, at de enkelte delmål nødvendigvis må evalueres med forskellige undersøgelsesdesign og metoder. Det siger også sig selv, at tidshorisonten for indfrielse af hvert delmål er forskellig. Mål 1 og 2 kan måles umiddelbart efter hver kampagne, hvori-mod mål 3 – 5 først kan måles efter flere år og måske endda afhængigt af, hvilket understøttende miljø – marked, lokale aktører, sundhedsvæsen, institutioner og skoler og arbejdspladser – der er tale om.

I denne rapport fremlægges en række analyser, der belyser, hvorledes målet om at oplyse og give handlingsanvisninger – dvs. formidlingen af gen-standsgrænserne – er opfyldt fra 1990 til 1999. Rap-porten indeholder ingen analyser om de øvrige fire mål.

5.1 Evalueringer af alkoholkampanjerne

Sundhedsstyrelsen har gennem årene gennemført en række evalueringer af forskellige aspekter af kampanjerne. Evalueringerne har typisk fokuseret på de umiddelbart målelige effekter af kampanjerne: Opmærksomheden omkring kampanjerne og kendskab til kampagnernes budskab, ligesom der i en række

ke tilfælde er gennemført prætest af udvalgte elementer i kampanjerne som fx tv-spot og annoncer i dag- og ugeblade.

Denne rapport bygger alene på data fra en serie af interviewundersøgelser fra 1994 til 1999.

Alle kampanjer er blevet evalueret ved omnibusundersøgelser, men da vigtige faktorer som undersøgelsestidspunkt, spørgsmålsformuleringer

TABEL 3

Oversigt over omnibusundersøgelser efter kampagne

	UNDERSØGELSESTIDSPUNKT	BEFOLKNINGSUDSNIT	ANTAL INTERVIEWS
1990	1-2 uger efter kampagnen	18-50 år	1059
1991	5 uger efter kampagnen	Over 13 år	892
1992	3 uger efter kampagnen	Over 18 år	1007
	5 måneder efter kampagnen	Over 18 år	945
1993	3 uger efter kampagnen	Over 18 år	990
	5 måneder efter kampagnen*	Over 18 år	1063
1994	3 uger efter kampagnen	Over 18 år	2280
	5 måneder efter kampagnen*	Over 18 år	1052
	11 måneder efter kampagnen	Over 18 år	1002
1995	3 uger efter kampagnen	Over 18 år	2081
	5 måneder efter kampagnen*	Over 18 år	1031
	11 måneder efter kampagnen	Over 18 år	1009
1996	3 uger efter kampagnen	Over 18 år	2007
	5 måneder efter kampagnen*	Over 18 år	1041
	11 måneder efter kampagnen	Over 18 år	1001
1997	3 uger efter kampagnen	Over 18 år	2017
	5 måneder efter kampagnen*	Over 18 år	1042
	11 måneder efter kampagnen	Over 18 år	1007
1998	3 uger efter kampagnen	Over 18 år	2004
	5 måneder efter kampagnen*	Over 18 år	1005

Undersøgelser markeret med * indgår i analysen i denne rapport.

og befolkningsudsnit varierer i de første undersøgelser, er disse ikke umiddelbart sammenlignelige med de senere. Fra oktober 1993 er data indsamlet systematisk to gange om året. Der er i perioden tilføjet enkelte nye spørgsmål, og fra 1995 er der gennemført tre årlige surveys. Denne rapport bygger på sammenlignelige data fra 1994 og frem.

Undersøgelserne har givet grundlag for at vurdere effekten af de enkelte kampagner ved før- og eftermålinger, samt for at følge udviklingen fra år til år.

De gennemgående spørgsmål i undersøgelserne har været:

- kendskab til genstandsgrænser
- kendskab til genstandsindhold i øl og vin
- forbrugsstørrelse
- ændring i personligt alkoholforbrug
- årsag til ændring i personligt alkoholforbrug.

Derudover er der spørgsmål, der kun er stillet umiddelbart før eller efter en kampagne:

- hvorvidt alkoholkampagnen er blevet bemærket
- hvorvidt alkoholkampagnen har haft betydning for personligt forbrug
- holdning til alkoholpolitik på arbejdspladsen
- holdning til alkoholkampagner
- vurdering af omfanget af alkoholproblemer i Danmark.

Oktoberundersøgelserne 3 uger efter kampagnerne er de mest omfattende, både i antallet af interviews og mængden af spørgsmål. Fra 1994 er der gennemført ca. 2.000 interviews i oktoberundersøgelserne for at give mulighed for opdeling af data på amtsplan.

Februarundersøgelserne har givet mulighed for at vurdere resultatet af kampagnerne, efter at den umiddelbare kampagneeffekt har fortaget sig. De efterfølgende analyser er baseret på en række gennemgående spørgsmål, der er stillet i alle undersøgelser fra 1994-1999 (tabel 4).

TABEL 4

Gennemgående spørgsmål, der er benyttet i evalueringsundersøgelser fra 1994-1999

SPØRGSMÅL 1

Køn

1: Mand

2: Kvinde

SPØRGSMÅL 2

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man ikke drikker over et vist antal genstande om ugen. Ved De, hvor mange genstande det er for mænd og kvinder?

For mænd

1: Nej, ved ikke

2: Ja Hvis JA: ____ genstande om ugen

3: Andet, notér interval

For kvinder

1: Nej, ved ikke

2: Ja Hvis JA: ____ genstande om ugen

3: Andet, notér interval

SPØRGSMÅL 3

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at mænd ikke drikker over 21 genstande om ugen og at kvinder ikke drikker over 14 genstande om ugen. Vurderer De, at De drikker mere eller mindre end hvad Sundhedsstyrelsen anbefaler?

1: Mere

2: Mindre

3: På grænsen

4: Ved ikke

SPØRGSMÅL 4

Hvad er Deres alder?

1: Alder

2: Vil ikke svare

SPØRGSMÅL 5

Hvad er Deres højeste skoleuddannelse?

1: 7. kl. eller kortere

2: 8-9 kl./mellemskole

3: 10. kl./realeksamen

4: Student/Hf-eksamen

5: Vil ikke svare

TABEL 5*Antal mænd og kvinder i undersøgelsen fordelt på år*

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Mand	519	512	485	535	491	424	2.966
Kvinde	513	540	538	498	533	564	3.186
Total	1.032	1.052	1.023	1.033	1.024	988	6.152

Beskrivelse af data og statistisk metode

Analyserne i denne rapport er baseret på Sundhedsstyrelsens stikprøveundersøgelser i februar måned 1994-1999, begge år inklusive. I hvert år er et repræsentativt udsnit af Danmarks befolkning blevet interviewet om deres kendskab til genstandsgrænserne (ca. 500 mænd og 500 kvinder). Der har været et vist bortfald, men til det formål at sammenligne på hinanden følgende undersøgelsesresultater, har dette bortfald sandsynligvis kun ringe betydning, selvom man må formode, at der blandt storforbrugere er et noget større bortfald end blandt andre.

Der foreligger oplysninger på forskellige baggrundsvariable. Af disse baggrundsvariable blev følgende udvalgt: køn, alder, bopæl (amt), skoleuddannelse, erhverv, antal voksne personer i husstanden, husstandens indkomst, alkoholforbrug i forhold til genstandsgrænsen samt et eventuelt nedsat alkoholforbrug indenfor det seneste år. Udvælgelsen skete ud fra hvilke baggrundsvariable, der var sammenlignelige i de forskellige undersøgelser. Der blev lavet forskellige krydscheck af data for at identificere eventuelle problemer som for eksempel kategorier med meget få eller ingen personer.

På spørgsmålet, om personen havde nedsat sit alkoholforbrug indenfor det seneste år var det i 1994 og 1995 ikke muligt at svare »drikker ej«, hvorfor variablen i disse år er på to niveauer (»ja/nej«), mens den i de efterfølgende år er på tre niveauer (»ja/nej/drikker ikke«). De øvrige baggrundsvariable er ensartede over de forskellige stikprøver.

For henholdsvis kvinder og mænd blev der lavet multiple logistiske regressioner, hvor kendskab til egen genstandsgrænse var den afhængige variable, og ovennævnte baggrundsvariable var uafhængige variable (alle var kategoriske variable). Signifikansniveauet var 5% for hovedeffekterne, mens 1. ordens interaktioner skulle være signifikante på niveau 3% for at forblive i modellen. Undtaget fra denne regel var skoleuddannelse – den viste sig ikke at være signifikant for mændenes vedkommende. Variablen blev dog bibeholdt i analysen af mændenes kendskab til genstandsgrænser, da den har stor teoretisk og praktisk interesse.

Udbredelse af kendskabet
til genstandsgrænserne
i den danske befolkning

6

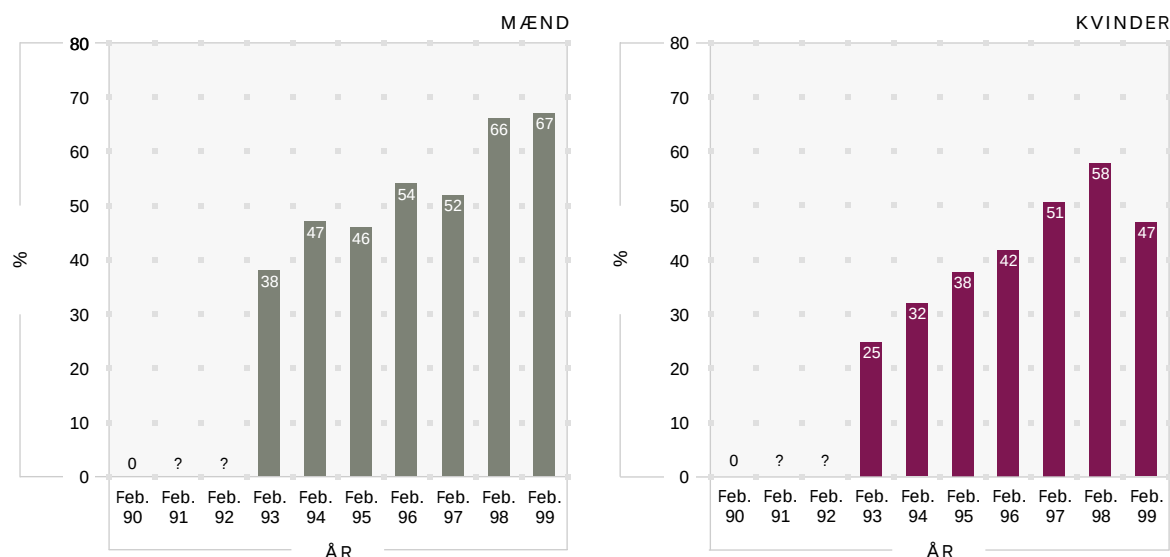
I dette afsnit redegøres for, hvorledes kendskabet til genstandsgrænserne har spredt sig i den danske befolkning fra 1994-99. Af figur 15 og 16 fremgår, at kendskabet er øget kraftigt for begge køn. I 1993 kendte 25% af kvinderne grænsen. I 1998 var andelen øget til 58%, hvorefter den i 1999 faldt til 47%, hvilket stadig er en fordobling i forhold til 1993. For mændenes vedkommende kendte 38% grænsen i 1994, og i 1999 var det 67%, der kendte grænsen. Igennem hele perioden er der en større andel af mændene, der kender genstandsgrænsen, end blandt

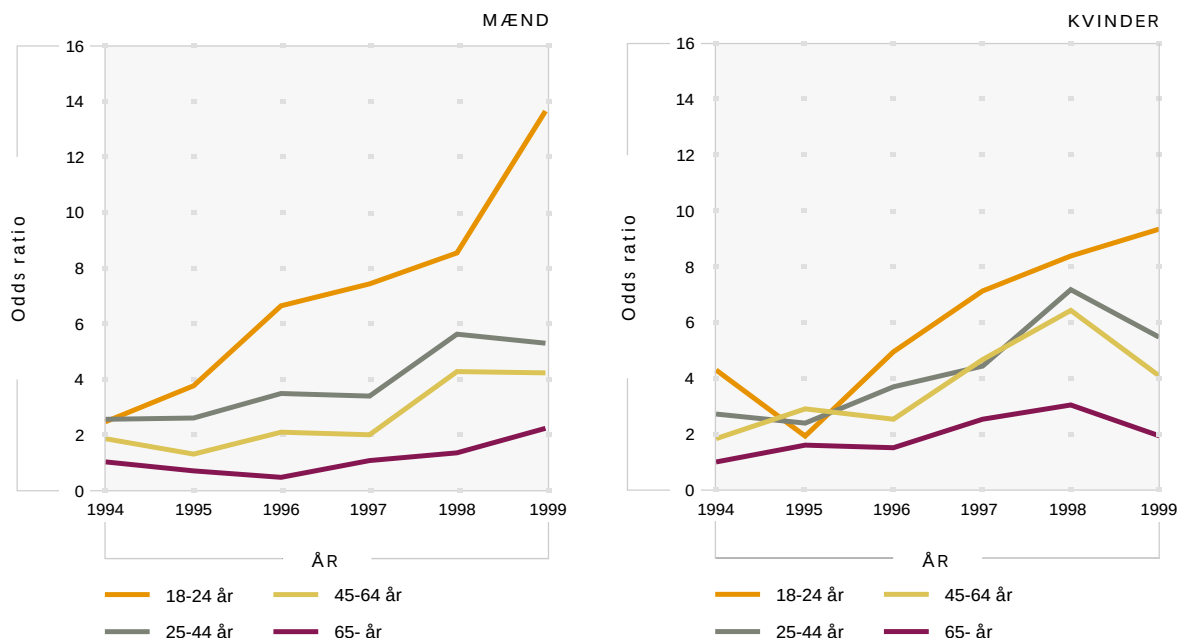
kvinderne. I det sidste år er der et markant fald for kvinderne, som det ikke umiddelbart er muligt at forklare.

I de efterfølgende analyser er inddraget køn, alder, skoleuddannelse, det selvrapporterede aktuelle alkoholforbrug og ændringer i forbruget inden for det sidste år med henblik på at vurdere, hvorledes udbredelsen af kendskabet til genstandsgrænserne er betinget af disse faktorer. Der er i analyserne af den enkelte faktor kontrolleret for de øvrige faktorer.

FIGUR 15 & 16

Mænds og kvinders kendskab til egen genstandsgrænse. Mænd 21 genstande om ugen. Kvinder 14 genstande om ugen



FIGUR 17 & 18*Kendskab til genstandsgrænser. Mænd og Kvinder. Alder*

6.1 Alder

I figur 17 og 18 er vist udviklingen i mænds og kvinders kendskab til egen genstandsgrænse, fordelt på 4 aldersklasser. Sandsynligheden for at kende genstandsgrænser blandt 65-årige i 1994 er sat til 1, og alle øvrige observationer fra 1994 til 1999 i fire aldersklasser er relateret hertil. Det ses, at disse ældre mænds kendskab fordobledes henover årene – til 2,2 i 1999. Det ses ligeledes, at yngre mænds kendskab til genstandsgrænserne 5-dobledes fra at være 2,5 gange højere end ældre 1994-mænds i 1994 til at være 13,7 gange højere end 1994-mænds i 1999.

For mændenes vedkommende ses det, at kendskabet til genstandsgrænsen i hele perioden følger en systematisk gradient, således at jo yngre aldersklas-

se, jo større andel kender genstandsgrænsen. Det ses også, at der praktisk taget ingen tilvækst er i andelen, der kender genstandsgrænsen i den ældste aldersklasse fra 1994 til 1999, hvorimod den yngste aldersklasse – de 18-25-årige – meget hurtigt udvikler sit kendskab til genstandsgrænsen.

For kvindernes vedkommende er udviklingen i store træk den samme.

Aldersmæssigt ser det således ud, at jo yngre man er, jo flere kender genstandsgrænsen. For den ældste aldersklasser vedkommende sker der kun en langsom og svag tilvækst i andelen med kendskab til genstandsgrænsen. Det er bemærkelsesværdigt, at målgruppen for uge 40-kampagnerne – de 30-50 årige – har et lavere kendskab end de unge under 25 år, som kampagnen ikke har været målrettet mod.

6.2 Skoleuddannelse

Af figur 19 og 20 fremgår sammenhængen mellem skoleuddannelse og kendskab til genstandsgrænserne. For mændenes vedkommende ses et ensartet forløb for de 4 kategorier af skoleuddannelse. Der kan ikke påvises nogen signifikant forskel mellem uddannelseskategorierne, hvilket er udtryk for, at tilvæksten i andelen, der kender genstandsgrænserne, ikke er relateret til skoleuddannelse. Der ses heller ikke noget systematisk struktur i uddannelseskategoriernes rækkefølge i de enkelte år. Personer med gymnasium/HF-uddannelse har fx størst kendskab i 1994, men ligger sidst i 1999.

For kvindernes vedkommende er udviklingen tilsvarende som for mændene. Dog er der en signifi-

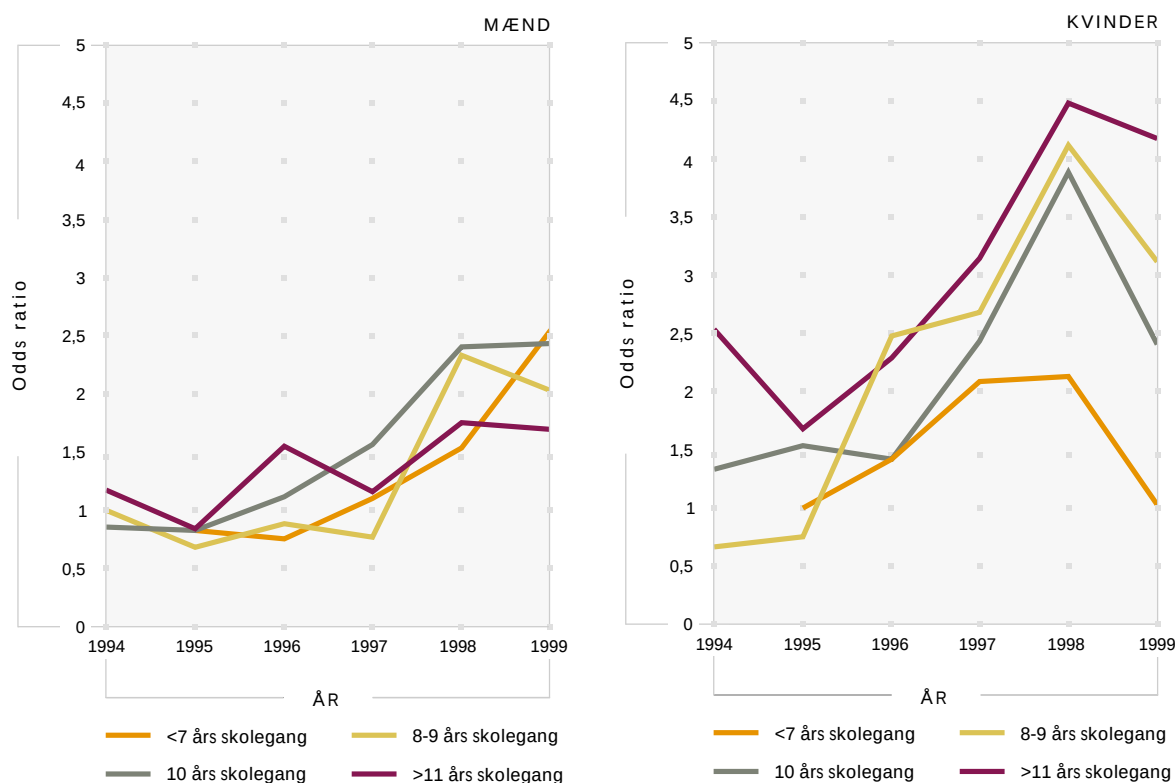
kant forskel for så vidt angår gruppen med op til 7 års skoleuddannelse. Udviklingen synes at være, at denne lavtuddannede gruppe har en svagere tilvækst i 1996 og 1997 for i 1998 at adskille sig signifikant fra de øvrige grupper. De højtuddannede kvinder ligger bortset fra et enkelt år – 1996 – højere end de øvrige grupper. Forskellen er dog ikke signifikant.

Der er endvidere gennemført en række analyser af husstandsindkomstens betydning for kendskabet til genstandsgrænsen. Disse analyser, som ikke er medtaget i denne rapport, pegede ikke på en sammenhæng.

En formodning om, at kendskab til genstandsgrænserne udbredes i særlig grad og særligt hurtigt i de privilegerede – højtuddannede – grupper kan således ikke bekræftes.

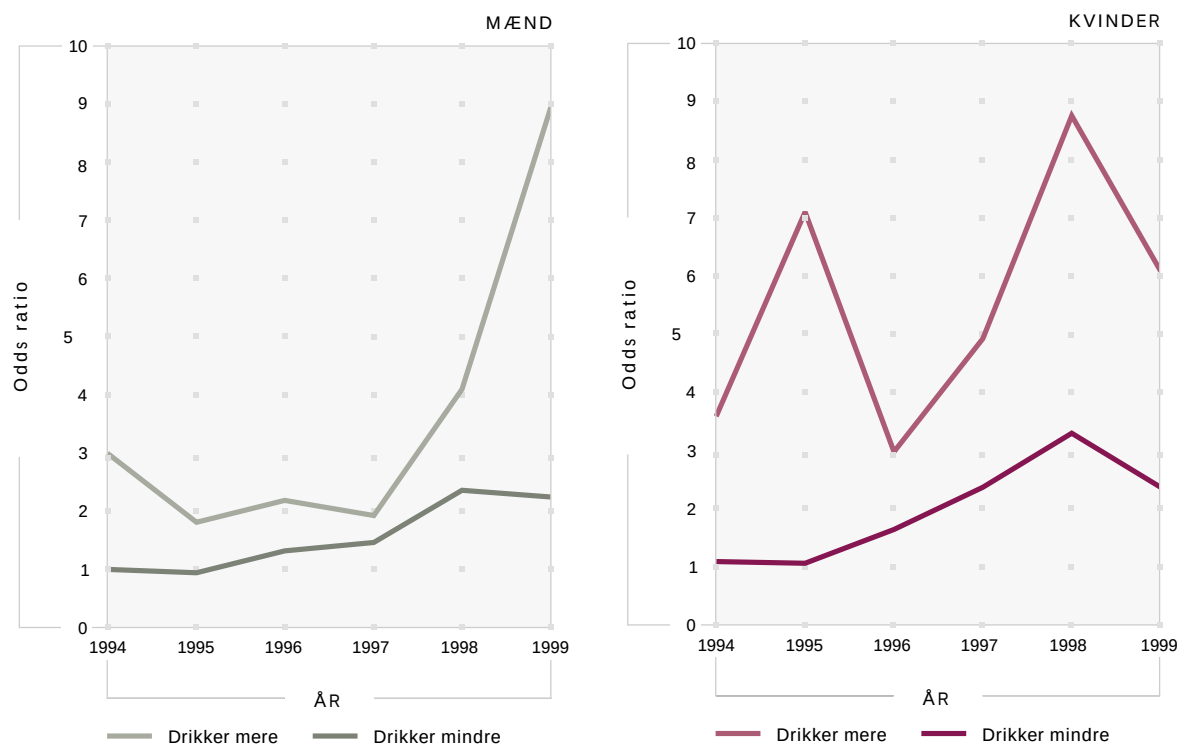
FIGUR 19 & 20

Kendskab til genstandsgrænser. Mænd og kvinder. Skoleuddannelse



FIGUR 21 & 22

Kendskab til genstandsgrænser. Mænd og kvinder. Alkoholforbrug



6.3 Alkoholforbrug

I interviewet har svarpersonerne skulle angive om deres sædvanlige alkoholforbrug ligger under, på eller over genstandsgrænserne. I analyserne har vi valgt at slå personer, der drikker på eller over genstandsgrænserne sammen.

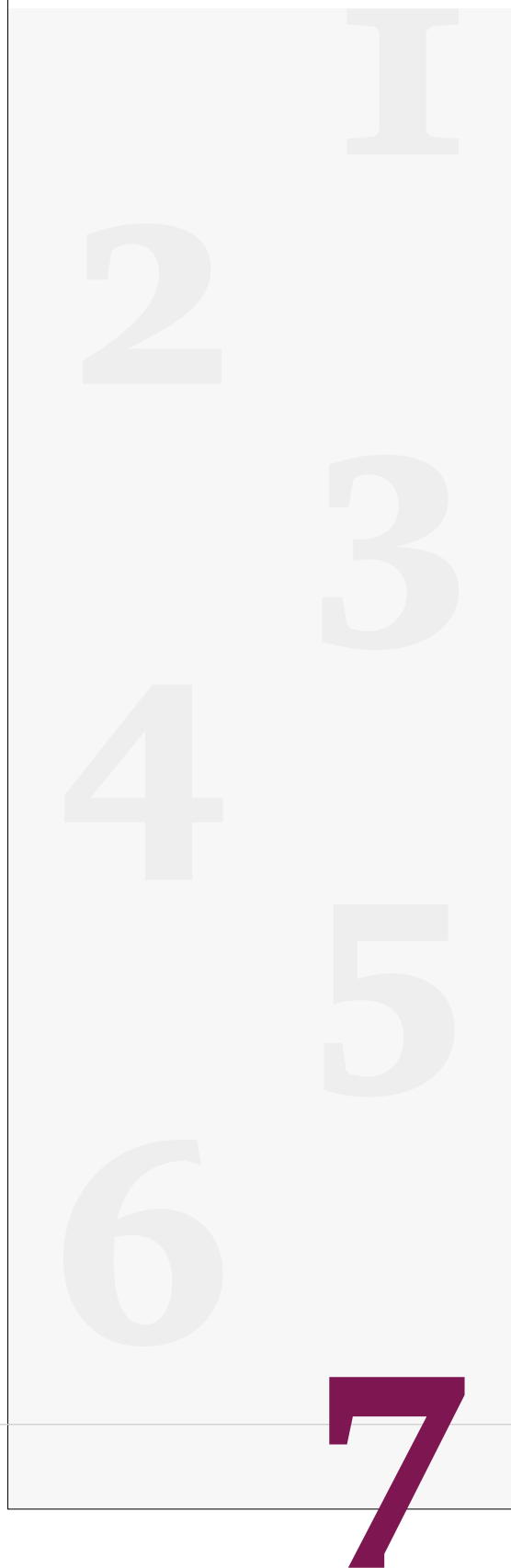
Af figur 21 og 22 fremgår, at personer, der angiver at drikke på eller over genstandsgrænserne, for begge køn og i alle år fra 1994 – 1999 har signifikant bedre kendskab til genstandsgrænserne. For mændenes vedkommende er den relative forskel fra

2-9 gange. For kvinderne er forskellen fra 2 til 7 gange.

Personer, der angiver at drikke under genstandsgrænserne, har derimod en betydelig langsommere udvikling i kendskabet til genstandsgrænserne. Fra 1994 til 1999 fordobles andelen kun.

En ofte udtalt forventning om, at uge 40 kampagnerne ikke når ud til storbrugere af alkohol, kan afkræftes ud fra disse analyser, hvor alkoholforbruget er målt ved selvrapporteret angivelse af, om ens forbrug overstiger genstandsgrænserne.

Sammenfatning og perspektiver



Kampagner for at udbrede kendskabet til Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser startede i 1990. Fra 1994 gennemførtes systematiske interviewundersøgelser af repræsentative udsnit af den voksne befolkning med henblik på at måle det konkrete kendskab til disse grænser. Disse undersøgelser er gennemført cirka 1 måned efter kampagnerne og cirka 5-6 måneder efter kampagnerne. I denne rapport er alene benyttet den sidste type af undersøgelser, der således afspejler det mere blivende kendskab i befolkningen nogle måneder efter kampagnerne, og hvor man må forvente, at den kortsigtede effekt af kampagnerne er aftaget.

Efter 9 års systematisk kampagneindsats har cirka 67% af mændene og 47% af kvinderne korrekt kendskab til genstandsgrænserne. Målinger fra 1994 til 1999 viser en markant tilvækst i kendskabet for begge køn.

Analyserne viser endvidere, at:

- mænd har bedre kendskab til genstandsgrænserne end kvinder i hele perioden
- jo yngre man er, jo bedre kendskab
- skoleuddannelse spiller ingen særlig rolle for kendskabet, når bortses fra gruppen af kvinder med under 8 års skoleuddannelse

- jo større alkoholforbrug, jo bedre kendskab til genstandsgrænserne
- personer, der er afholdende, har markant ringere kendskab til genstandsgrænserne end personer, der indtager alkohol.

Der er i analyserne af hver enkelt faktors betydning for kendskabet til grænserne, kontrolleret for de øvrige faktorerers indflydelse.

Det mønster, der tegner sig, er, at jo mere alkohol fylder i dagligdagen for en given gruppe i befolkningen, jo større synes kendskabet til genstandsgrænserne at være i gruppen. Det viser sig direkte ved, at personer, der angiver at drikke på eller over genstandsgrænserne, har markant bedre kendskab end personer, der drikker under genstandsgrænserne. Afholdende personer har det dårligste kendskab til grænserne. Det viser sig også indirekte ved, at befolkningsgrupper, hvor alkoholindtaget er relativt større – som fx mænd i forhold til kvinder eller højtuddannede kvinder i forhold til lavt uddannede kvinder – har bedre kendskab.

Forventninger om, at kampagnen kun når de veluddannede, kan afkræftes, ligesom forventninger om, at de personer – der har allermest brug for kampagnen, storbrugere – ikke nås, også kan afkræftes.

Konklusion

En omlægning af den danske alkoholkultur uden en oplyst befolkning er ikke tænkelig. Oplysning om alkohol kan gives via massekampagner, hvor enkle budskaber kommunikeres bredt til befolkningen. Alkoholkampagnerne er envejskommunikation i den forstand, at der ikke gives mulighed for at tilpasse budskaberne til den enkelte modtager af kommunikationen. Kampagneformen giver heller ikke mulighed for dialog med modtagerne, således som det vil være muligt ved oplysningsindsatser fx på arbejdspladser, i skoler og fremfor alt i sundhedsvæsenet i forbindelse med kontakten til patienterne.

Alkoholoplysningen bør aldrig baseres udelukkende på envejskommunikationsformer som alkoholkampagner. Dialog mellem afsender og modtager vil altid være af helt afgørende betydning for ændring af vaner. Det lokale islet i alkoholkampagnerne åbner for en sådan dialog, men det er klart, at for at have effekt, skal dialogen være kontinuerlig og kan ikke begrænses til få uger om året. Alkoholkampagnerne kan imidlertid medvirke til at fremme denne dialog gennem nedbrydning af tabuer og gennem konkret information om alkohol. De danske alkoholkampagner har fokuseret på udbredelse af kendskab til grænser for et ugentligt forbrug, der kun indebærer ringe risiko for sundhedsproblemer. Dette tema har været gennemgående i 10 kampagner fra 1990-1999.

Der er i denne rapport fremlagt resultater fra systematiske interviewundersøgelser fra 1994-1999. Det kan konkluderes, at der har været en markant årlig tilvækst i andelen, der kender grænserne, og at hen ved to tredjedele af mændene og cirka halvdelen af kvinderne nu kender dem.

Befolkningen udsættes via massemedierne for overvældende mange informationer, og det høje kendskab til grænserne kan med rimelighed fortolkes som et udtryk for, at grænserne af befolkningen opfattes som troværdige, vedkommende og værd at

huske. Grænserne imødekommer formentlig en efterspørgsel i befolkningen efter viden om alkohol.

Det er endvidere bemærkelsesværdigt, at der ikke synes at være særlige forskelle i kendskabet til genstandsgrænserne, hvis befolkningen opdeles efter skoleuddannelse eller indtægt.

De befolkningsgrupper, der har det bedste kendskab til genstandsgrænserne, er de unge og de, der drikker på eller over genstandsgrænserne.

Umiddelbare konsekvenser af kampagnerne på det registrerede alkoholforbrug i halvfemserne kan af metodiske grunde ikke måles. Forbrugsundersøgelser tyder på, at de yngre har reduceret forbruget, men hvilken betydning kampagnerne har haft i denne forbindelse ved vi ikke.

Der foreligger ikke kontrollerede undersøgelser, der viser, hvorledes individer bruger viden om genstandsgrænser – fx til forbrugsreduktion på egen hånd, til at opsøge egen læge eller til at søge alkoholbehandling. Det er imidlertid tankevækkende, at storbrugergruppen har så stort kendskab til genstandsgrænserne. Det tyder på, at budskabet vedkommer målgruppen – ellers ville den fornægte eller fortrænge budskabet. Det er også tankevækkende, at de grupper i befolkningen, der har det ringeste kendskab til grænserne, er dem, der slet ikke drikker alkohol.

En vedvarende ændring af den danske alkoholkultur forudsætter mange andre indsatser end oplysningskampagner. Fx restriktioner i tilgængelighed, afgifter, reklameregulering, alkoholpolitik på arbejdspladser, institutioner og skoler, øget behandlingsindsats, herunder tidlig opsporing, i sundheds- og socialsektoren mv.

At forvente, at kampagner i sig selv skulle være tilstrækkelige, er urealistisk.

Kampagnerne kan fremme forståelsen for disse indsatser og dermed være et nødvendigt bidrag til alkoholpolitikken. Resultaterne i denne rapport understøtter denne vurdering.

Henvisninger

Boffetta 1990

Boffetta P, Garfinkel L. Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society prospective study. *Epidemiology* 1990; 1: 342-8.

Fuchs 1995

Fuchs CS, Stampfer MJ, Colditz GA m.fl. Alcohol consumption and mortality among women. *N Engl J Med* 1995; 332 (19): 1245-50.

Grønbæk 1994

Grønbæk M, Deis A, Sørensen TIA, Becker U, Borch-Johnsen K, Müller C, Schnohr P, Jensen G. Influence of sex, age, body mass index, and smoking on alcohol and mortality. *BMJ* 1994; 308: 302-6.

Kjøller 1995

Kjøller M, Rasmussen NKr, Keiding L, Petersen HC m.fl. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 – og udviklingen siden 1987. København: DIKE, 1995.

Københavns Kommune 1996

Københavnernes Sundhed '96. København: Københavns Sundhedsdirektorat, 1996.

Mäkelä 1999

Mäkelä P. Drinking habits in the nordic countries. SIFA rapport 2/99. Oslo: SIFA, 1999.

Sundhedsministeriet 1998

Danskernes dødelighed i 1990'erne. 1. delrapport fra middelevetidsudvalget. København: Sundhedsministeriet, 1998.

Sundhedsstyrelsen 1998

Alkohol- og narkotikamisbruget 1997. Forebyggelse og sundhedsfremme 1998/13. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.

Sundhedsstyrelsen 1999

Graviditet og alkohol. Forebyggelse og sundhedsfremme 1999/15. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.

Såbye-Hansen 1998

Såbye-Hansen H, Grønbæk MN, Hardt F m.fl. Danskernes alkoholforbrug 1979-92. Ugeskrift for Læger 1998; 160: 7118-21.

Bilag

Bilag 1.

Genstandsgrænser. Oversigtsartikel fra Ugeskrift for læger. Særtryk 1997.

Bilag 2.

Kvindes kendskab til egen genstandsgrænse. Analyse på baggrund af multipel logistisk regression.

Bilag 3.

Mænds kendskab til egen genstandsgrænse. Analyse på baggrund af multipel logistisk regression.

Bilag 4.

Cd-rom med tv-spot fra kampagnerne 1990-1999.

Bilag I
Genstandsgrænser

I

2

3

4

5

6

7

Genstandsgrænser

OVERSIGTSARTIKEL

Morten N. Grønbæk, mag.scient.soc. Lars Iversen,
Jørn Olsen, Poul Ulrik Becker, Finn Hardt &
Thorkild I. A. Sørensen

Særtryk 1997

Genstandsgrænser

OVERSIGTSARTIKEL

Morten N. Grønbæk, *mag.scient.soc.* Lars Iversen,
Jørn Olsen, Poul Ulrik Becker, Finn Hardt &
Thorkild I. A. Sørensen

Resumé

Mange store befolkningsundersøgelser fra forskellige lande har beskrevet en U- eller J-formet sammenhæng mellem forbrug af alkohol og dødelighed. Et højt dagligt forbrug indebærer en forøget dødsrisiko og øget somatisk og psykiatrisk sygelighed samt alvorlige psykosociale problemer. Til gengæld har de, der intet drikker, en lidt højere risiko for at dø af hjerte-kar-sygdom end dem, der drikker let til moderat, og meget tyder på, at det er alkoholindtagelsen, der har en vis gavnlige virkning. Dette gør det vanskeligere at rådgive om alkoholforbrug end om faktorer, der er overvejende helbredsskadelige, som fx rygning. Der er ikke sundhedsfagligt grundlag for at anbefale alle total afholdenhed.

Nærværende artikel har til formål at identificere gen-

standsgrænser, dvs. øvre grænser for et uskadeligt alkoholforbrug. Gennemgangen er fortrinsvis baseret på epidemiologiske undersøgelser af dødelighed og overvejende somatisk sygelighed. De alvorlige psykiske, sociale, kriminalitets- og ulykkesbefordrende og økonomiske konsekvenser af større alkoholforbrug og alkoholmisbrug er således kun overfladisk behandlet her, men bør naturligvis indgå i en helhedsvurdering.

Det konkluderes, at de nuværende genstandsgrænser for voksne – højst 21 genstande per uge for mænd og højst 14 genstande per uge for kvinder – bør bibeholdes. Det indskræpes, at disse grænser kun gælder for voksne personer, der ikke har problemer med kontroltab, samt at genstandsgrænserne ikke gælder for gravide.

Somatiske virkninger af alkohol

Alkohol og cirrose

Med et stigende alkoholforbrug stiger risikoen for udvikling af alkoholisk cirrose (1, 2). I 1993 var hyppigheden af skrumpeliver 18 per 100.000 danskere over 14 år (3). Ud af 100 personer, der drikker mere end fem genstande (60 g) alkohol per dag, vil i gennemsnit to få cirrose hvert år, men tærsklen for alkoholisk cirrose kendes ikke præcis (2). I en dansk undersøgelse havde kvinder en signifikant øget risiko for cirrose ved et lavere forbrug end mænd (4). Denne kønsforskel kan skyldes, at kvinder på grund af mindre kropsmasse og relativt større fedtindhold har mindre fordelingsvolumen end mænd, hvilket igen medfører en højere koncentration af alkohol i blodet ved en given dosis. Desuden er kvinders lever mindre og metaboliseringstiden derfor længere ved samme alkoholindtag. Desuden kan kønsforskelle i ventriklens metabolisering af alkohol som følge af forskelle i alkoholdehydrogenaseaktivitet

spille en rolle, ligesom der kan være kønshormonbetingede forskelle i leverens følsomhed for alkoholskade.

Alkohol og cancer

Personer med et højt alkoholforbrug har en øget risiko for at få cancer. Høj cancerforekomst ses især i de organer, der kommer direkte i berøring med alkohol – oropharynx og esophagus – hvilket taler for en årsagssammenhæng, men et højt alkoholforbrug er ofte ledsaget af andre livsvaner, som kan forårsage cancer. Flere har studeret eventuelle sammenhængen mellem alkohol og brystcancer, uden at nogen sikker association er fundet (15). Om alkohol er associeret med cancer i andre organer, er mere tvivlsomt (6).

Alkohol og hjerte-kar-sygdomme

En række epidemiologiske undersøgelser af sammenhængen mellem alkoholforbrug og hjerte-kar-sygdom har vist, at personer, der ikke drikker alkohol, har en 40-60% større risiko for at få hjerte-kar-sygdom end personer, der drikker let til moderat (7, 8).

De epidemiologiske fund understøttes af kliniske og eksperimentelle undersøgelser af effekten af alkohol på formodet patogenetiske mekanismer i aterosklerose- og trombosdannelse på følgende vis (9-11):

1. Alkoholindtagelse forbedrer kolesterolprofilen i blodet:

Antaget den 21. juli 1997.

H:S Kommunehospital, institut for sygdomsforebyggelse, center for epidemiologisk grundforskning.

H:S Bispebjerg Hospital, Direktionen,

Statens Serum Institut, København, Center for Epidemiologisk Grundforskning, og

H:S Hvidovre Hospital, medicinsk gastroenterologisk afdeling, alkoholenheden.

- a) HDL kolesterol øges.
 - b) LDL kolesterol sænkes.
2. Alkoholindtagelse hæmmer trombosdannelsen ved at:
- a) reducere trombocyttaggregation,
 - b) reducere fibrinogen i blodet,
 - c) øge fibrinolyse.
3. Alkoholindtagelse har desuden følgende virkninger:
- a) Reducerer hjertearteriespasmer som respons på stress.
 - b) Øger blodtilførslen til hjertet.
 - c) Reducerer det arterielle blodtryk (ved moderat alkoholforbrug).
 - d) Reducerer insulinniveauet i blodet.
 - e) Øger østrogenniveauet (ved samtidig leversygdom).

Alkohol og apopleksi

Da alkohol i moderate doser synes at reducere hyppigheden af akut myokardieinfarkt og at påvirke blodlipider i gunstig retning med hensyn til udvikling af aterosklerose, er det forventeligt, at et moderat alkoholforbrug reducerer hyppigheden af iskæmisk apopleksi, hvilket også bekræftes af flere epidemiologiske studier (12).

På grund af alkohols effekt på trombocyttaggregation

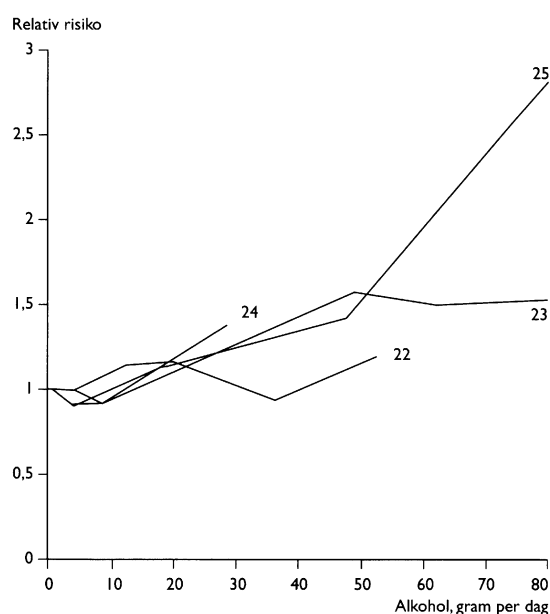


Fig. 1. Prospektive befolkningsstudier af sammenhængen mellem alkoholforbrug og dødelighed blandt kvinder. Det ses, at der ved hver af de fire undersøgelser er en lavere dødelighed blandt dem, der drikker ca. en genstand om dagen, i forhold til dem, der intet drikker, og dem, der drikker meget. Tallene ud for hver kurve refererer til artiklen, hvori de er beskrevet (London: Royal College of Physicians, 1995).

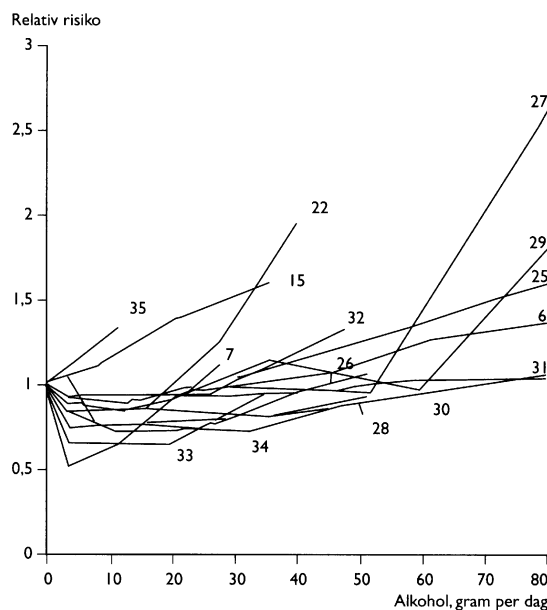


Fig. 2. Prospektive befolkningsundersøgelser af sammenhængen mellem alkoholforbrug og dødelighed blandt mænd. I 13 af de 15 uafhængige undersøgelser er der en tydelig U-formet sammenhæng. Undersøgelserne 19 og 38 er af forholdene hos yngre (fin-ske og svenske) mænd. Tallene ud for hver kurve refererer til artiklen, hvori de er beskrevet (London: Royal College of Physicians, 1995).

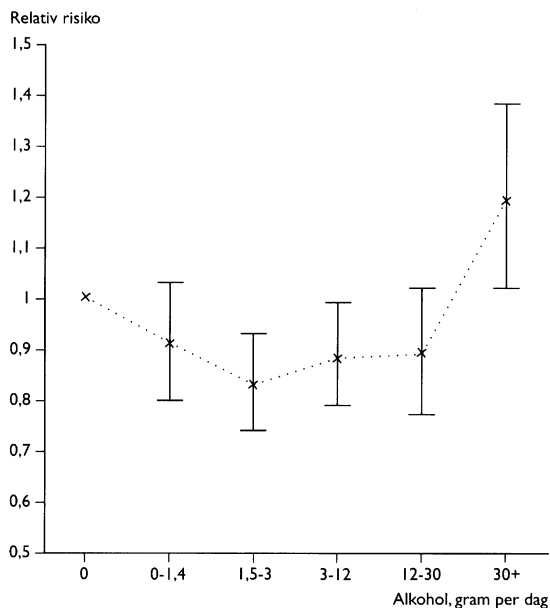
og fibrinolyse vil man forvente en højere incidens af hæmoragisk apopleksi hos personer med et vist alkoholforbrug, hvilket også er fundet i flere studier (12). En anden af de medvirkende mekanismer kan være, at et højt alkoholforbrug er associeret med højt blodtryk, der er associeret med hæmoragisk apopleksi (13).

Andre somatiske skadevirkninger af et højt alkoholforbrug

Ligesom for cirrose er der heller ingen tvivl om, at mange andre tilstande, såsom gastritis, kardiomyopati, pancreatitis, polyneuropati og demens, er betydelig hyppigere hos personer med et højt alkoholforbrug end hos personer med et lavt eller intet forbrug (14). Sygdomsudviklingen for disse lidelser er ikke afklaret, men opståelsesmåden kan være en direkte toksisk virkning af alkohol på cellemembranerne (14).

Alkohol og traumatisk død

Storforbrug og misbrug af alkohol er stærkt forbundet med øget hyppighed af trafikulykker, suicidier, vold og mord. Disse tilstande er medvirkende faktorer til det stigende ben i den U-formede kurve (Fig. 1-4). Da vi med denne artikel vil fokusere på overgangen til et skadeligt forbrug inden for det let til moderate, har vi desuden valgt ikke at medtage den lange række af familiemæssige, psykologiske, psykiatriske og sociale problemer (16, 17).



(1976-1978) drak 34% af kvinderne og 10% af mændene (selvrapporteret) mindre end én genstand per uge.

Pålideligheden af befolkningsundersøgelser

Alle epidemiologiske studier af alkohols virkninger må fortolkes i lyset af en række vigtige fejkilder. Alkohol drikkes af mange forskellige grunde, og forbrugsmønstret er tæt korreleret med andre faktorer, der kan spille en rolle for sygelighed og dødelighed. Selv i de bedst kontrollerede studier er der mulighed for såkaldt residual confounding.

Alkoholoplysningerne er stadig i en vis udstrækning tabubelagt, og et højt forbrug svækker hukommelsen, derfor må en vis underrapportering forventes. Mange studier forlader sig på, at denne underrapportering sker jævnt over hele skalaen, så personernes rangorden er korrekt, hvilket ville medføre, at effekterne på dødeligheden indtræffer ved et højere forbrug end angivet, hvorfor de anførte grænser måske kunne være noget højere. Der er dog ingen garanti for, at underrapporteringen sker uafhængigt af forbruget, og det er sandsynligt, at underrapporteringen stiger med et stigende forbrug, og en korrektion herfor ville indebære et meget bredere plateau med konstant risiko. Hvis alkoholforbruget benægtes blandt personer med et misbrug, ville det kunne medføre, at gruppen »afholdende« indeholder enkelte med et (benægtet eller tidligere) misbrug, og ville kunne forklare, hvorfor de afholdende har højere risiko for tidlig død end personer, der drikker moderat. I Østerbroundersøgelsen fandt man dog den laveste risiko for alkoholisk cirrose blandt afholdende kvinder og kun en let øget risiko blandt mændene, hvilket taler imod, at de, der rapporterede afholdenhed i større omfang, er personer med et tidligere eller aktuelt misbrug.

Alkoholforbruget ændres desuden over tid, og der mangler en begrebsafklaring af, hvordan den kumulerede dosis måles bedst. Der er endnu ingen biologiske markører, der kan erstatte interview/spørgeskema, selv om flere har virket lovende (21, 22).

Mange studier er desuden præget af bortfald, som kan medføre bias, mest sandsynligt i form af en underestimering af dødeligheden. De danske befolkningsundersøgelser spiller her en central rolle, fordi CPR-nummeret muliggør komplet followup med hensyn til død, så længe folk bliver i landet.

Resultater fra befolkningsundersøgelser

Når man skal vurdere den øvre grænse for et alkoholforbrug, bør man tage samtlige konsekvenser af alkoholforbruget i betragtning, hvilket blev gjort i *Royal College of Physicians'* rapport (19). Alvorlige somatiske helbredskonsekvenser vil vise sig i befolkningens dødelighed, og Fig. 1 viser sammenhængen mellem alkohol og dødelighed for kvinder fra fire forskellige befolkningsundersøgelser (23-26). Dødeligheden stiger ved et forbrug fra ca. to genstande (ca. 20 g) per dag. Fig. 2 viser samme sammenhæng hos mænd; her er der en sti-

gende dødelighed i et ganske bredt område fra én til fem genstande (ca. 10-50 g) per dag (6, 7, 16, 23, 26-36). På nær to undersøgelser af yngre mænd (16, 36) viser studierne, at afholdende har en øget dødelighed i forhold til personer, der drikker let til moderat.

En anden måde at vurdere genstandsgrænser på er at udvælge de undersøgelser, der inkluderer personer i længst tid, da disse bedst vil vise langtidseffekter og dermed vil kunne give mere relevante oplysninger om, ved hvilket konsum der er en signifikant forøget risiko. Hvis det forudsættes, at alkoholoplysningerne er valide og stabile, at der er udført sufficient konfounderkontrol, og at der ikke er selektionsbias på grund af manglende followup, vil dette tærskelniveau for alkoholkonsum være bestemt af den reelle forskel i dødelighed mellem konsumgrupperne og af den statistiske sikkerhed, hvorved denne forskel er bestemt. På Fig. 3 vises en undersøgelse fra 1995 af mere end 85.000 kvindelige sygeplejersker fulgt i 12 år med henblik på død af alle årsager (15), og på Fig. 4 ses en undersøgelse fra 1990 af 278.000 mandlige medlemmer af *American Cancer Society* fulgt i 12 år med hensyn til dødelighed (6). Disse undersøgelser har den fordel, at de inkluderer så mange mennesker, at 95% sikkerhedsgrænserne bliver ganske snævre, således at man med god statistisk sikkerhed kan sige, ved hvilket alkoholforbrug dødsrisikoen er forøget. Det fremgår af figurerne, at den øgede risiko hos kvinder sandsynligvis begynder ved et lavere konsum end hos mænd. En svag ved Fig. 3 er, at grænsen skal sættes mellem den næsthøjeste og højeste kategori af alkoholkonsum; sidstnævnte indeholder både personer med et meget højt alkoholforbrug og personer med fx et forbrug på tre genstande per dag. Ikke desto mindre er det rimeligt at konkludere, at de øvre grænser for gennemsnitligt ugentligt konsum uden signifikant stigning i dødeligheden fra niveauet for afholdende ligger på lidt under 210 g alkohol (17 genstande) per uge for kvinder og lidt under 280 g alkohol (23 genstande) per uge for mænd. Det skal bemærkes, at ved fastsættelse af disse grænser har referencegruppen været afholdende og dermed ikke gruppen med den laveste dødelighed.

Har alderen betydning for grænsen?

Den stigende risiko for at dø med stigende alder og den aldersafhængige relative fordeling af enkelte dødsårsager kunne tænkes at medføre aldersafhængige tærskler for skadeligt alkoholforbrug. Den hyppigste dødsårsag blandt yngre kvinder er brystcancer, mens død af hjertekar-sygdom er hyppigste dødsårsag blandt ældre kvinder. Det er således muligt, at den kardioprotektive effekt af alkohol kun ses hos ældre kvinder, selv om sygdomsprocessen har været i gang i mange år. Forskerne bag den amerikanske undersøgelse af sygeplejersker vist i Fig. 3 konkluderer, at det kun er dem, der i forvejen har risikofaktorer for at få hjerte-kar-sygdom (såsom høj alder, diabetes, hypertension, højt kolesterol og lav fysisk aktivitet), der har en egentlig beskyttende effekt

af at drikke små mængder alkohol (15). Dette kunne ikke eftervises i Østerbroundersøgelsen, hvor man tværtimod fandt, at den U-formede sammenhæng mellem alkohol og dødelighed persisterede i alle aldersstrata (37).

Type af alkohol

Man har i alle de ovennævnte undersøgelser antaget, at det har været alkoholen i sig selv, der forårsagede de beskrevne effekter på hjerte-kar-sygdom. Enkelte undersøgelser har forsøgt at se på forskelle i risiko for hjerte-kar-sygdom og død som følge af forbrug af hver af de tre typer alkohol: øl, vin og spiritus. I de fleste undersøgelser har det været gjort ganske overfladisk, eller også har der ikke været drukket tilstrækkeligt selektivt af hver af de tre typer alkohol til, at man har kunnet vurdere forskellene (15, 38). For nylig har en dansk undersøgelse vist, at der er forskel i dødeligheden som funktion af de tre typer af alkohol (39). Den viser, at de, der drak vin daglig (i moderate mængder), havde halveret deres risiko for at dø i den undersøgte periode i forhold til dem, der aldrig drikker vin, men for øldrikkere og spiritusdrikkere var der ikke den samme effekt. Drikker man 3-5 glas spiritus om dagen, viste undersøgelsen en signifikant øget dødelighed i forhold til hvis man ikke drikker spiritus, mens øl i moderate doser ikke havde betydning for dødeligheden. Dette støttes af fund fra populations-korrelationsstudier, der sammenholdt konsumet af de forskellige typer alkohol i forskellige lande med forekomsten af hjerte-kar-sygdom i de pågældende lande, som fandt, at vindrikkende nationer havde en lavere hyppighed af hjerte-kar-sygdom end øl- og spiritusdrikkende (40).

Rødvin har et højt indhold af flavonoider og fenolforbindelser, som formodes at have en antioxidativ effekt, hvilket måske kan forklare, at den danske undersøgelse ikke alene viste en beskyttende effekt på hjerte-kar-sygdom, men også på død af andre årsager. På den anden side er det sandsynligt, at sammenhængen mellem forskellige alkoholforbrugsmønstre er særlig udsat for konfounding. Både alkoholforbruget og drikkemønstret er tæt korreleret med sociale faktorer og måske også med kostvaner og andre livsstilsfaktorer. Ingen af de gennemførte studier har tilstrækkelige informationer til at kunne udelukke andre årsagsmekanismer.

Skulle den beskyttende effekt været knyttet til andre substanser i vin end alkohol, får det naturligvis afgørende indflydelse på anbefalede genstandsgrænser, men denne viden foreligger ikke nu.

Konklusion

Generel information

Oplysning om genstandsgrænser til befolkningen kunne baseres på følgende:

- Overforbrug af alkohol medfører stærkt øget risiko for et bredt spektrum af somatiske sygdomme og er desuden associeret med mange psykiatriske lidelser,

psykosociale økonomiske problemer, kriminalitet samt selvmord, ulykker, vold og drab.

- Der er tilsyneladende en overhyppighed af hjerte-kar-sygdom blandt alkoholafhængende.
- Et let til moderat alkoholforbrug er forbundet med den laveste dødelighed.
- Grænsen mellem »harmløst forbrug« og »potentielt skadeligt forbrug« er, hvad angår dødelighed, ca. 14 genstande om ugen for kvinder og ca. 21 genstande for mænd.
- Det er muligt, at vin har en større beskyttende effekt med hensyn til dødelighed, men her er der behov for mere forskning.

På baggrund heraf kan de nuværende øvre genstandsgrænser på 21 genstande per uge for mænd og 14 genstande per uge for kvinder beholdes. Det må antages, at den beskyttende effekt forudsætter et jævnt moderat forbrug, men også af andre grunde kan det anbefales at undgå enkelte episoder med meget højt forbrug.

Der er desuden gode grunde til at rette informationsvirksomhed vedrørende maksimale genstandsgrænser mod personer med et meget højt alkoholforbrug. Ovennævnte retningslinjer gælder ikke børn, unge, gravide eller personer med misbrugsproblemer, som alle bør opfordres til afholdenhed. Desuden er det muligt, at kun de, der i forvejen har en øget risiko for at få hjerte-kar-sygdom, vil have en positiv effekt af et moderat forbrug.

Individuel rådgivning

Som udgangspunkt for individuel rådgivning kan følgende strategi benyttes:

Til patienten/personen, der er nuværende/tidligere alkoholmisbruger

- er afholdenhed sandsynligvis det bedste budskab.

Hvis patienten/personen drikker alkohol

- skal dette forbrug kvantiteres, drikkemønstret skal vurderes, og i tilfælde af periodevist excessivt forbrug tilrådes dette reduceret.

Er patienten/personen afholdende og i risiko for hjerte-kar-sygdom

- skal vedkommende tilbydes yderligere udredning af risikoprofilen samt, om muligt, modifikation af denne.
- kan der oplyses om et fald i risikoen for hjerte-kar-sygdom ved en eller to genstande daglig.

Summary

Morten N. Grønbaek, Lars Iversen, Jørn Olsen, Povl Ulrik Becker, Finn Hardt & Thorkild I. A. Sørensen:

Sensible drinking limits.

Ugeskr Læger 1997; 159: 5939-45.

A large number of prospective population studies from many countries have described a J- or U-shaped relation

between alcohol intake and mortality. Both heavy drinkers and abstainers are at a higher risk of dying from all causes than individuals with light to moderate alcohol intake. This makes information to the public about sensible drinking limits more complex than, eg, that concerning smoking.

The present paper aims at identifying upper thresholds for harmless alcohol intake. The review is mainly based on epidemiological evidence concerning somatic morbidity and mortality.

It is concluded that the present Danish recommendations – 14 drinks per week for women and 21 drinks per week for men – should be maintained. It is emphasised that these limits apply to adults who are at no risk of dependency and that they do not apply to pregnant women. Information about a potentially beneficial effect of a moderate alcohol intake should be reserved for individuals already at risk of coronary events.

Reprints: Morten N. Grønbaek, Institut for Sygdomsforebyggelse, H:S Kommunehospital, DK-1399 København K.

Dette arbejde er finansielt støttet af Sundhedsstyrelsen.

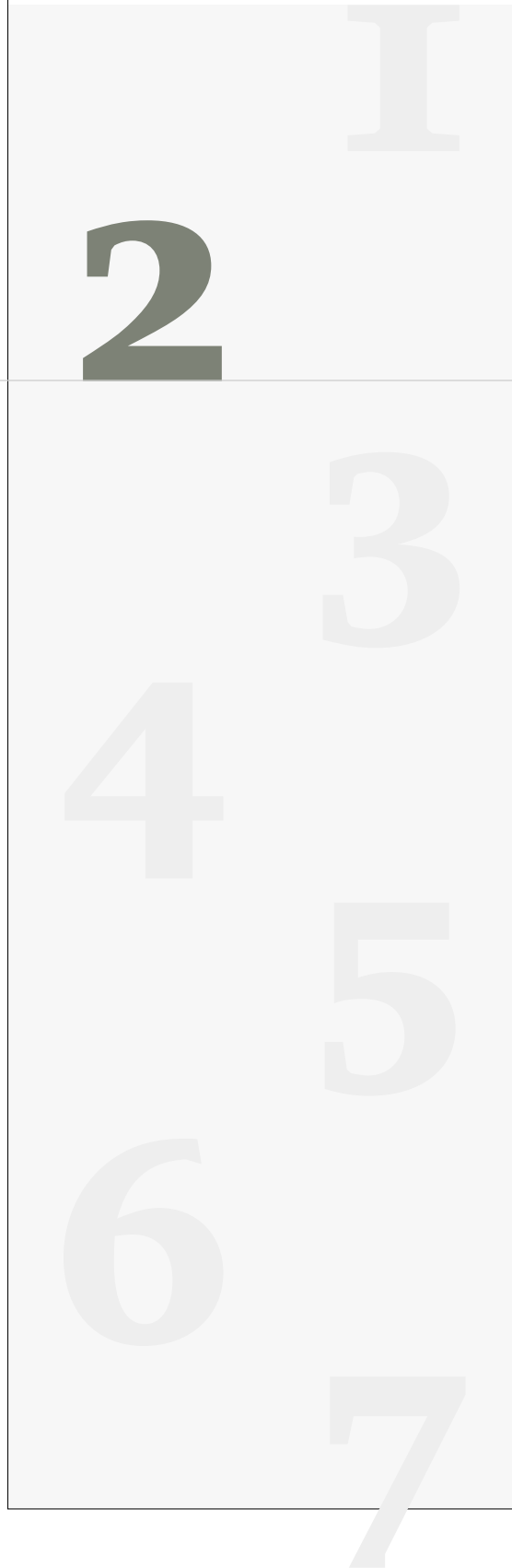
Litteratur

1. Boucher IAD, Hislop WS, Prescott RJ. A prospective study of alcoholic liver disease and mortality. *J Hepatol* 1992; 16: 290-7.
2. Sørensen TIA. Alcohol and liver injury: dose-related or permissive effect? *Liver* 1989; 9: 189-97.
3. Thorsen T. Dødelighed af levercirrose. 14. delrapport fra Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg. København: Sundhedsministeriet, 1994.
4. Becker U, Deis A, Sørensen TIA, Grønbaek M, Borch-Johnsen K, Müller CF et al. Prediction of risk of liver disease in relation to alcohol intake, sex and age: a prospective population study. *Hepatology* 1996; 23: 1025-9.
5. Schatzkin A, Longnecker MP. Alcohol and breast cancer – where are we now and where do we go from here? *Cancer* 1994; 74: 1101-10.
6. Boffetta P, Garfinkel L. Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society prospective study. *Epidemiology* 1990; 1: 342-8.
7. Blackwelder WC, Yano K, Rhoads GG, Kagan A, Gordon T, Palesch Y. Alcohol and mortality: the Honolulu Heart Study. *Am J Med* 1980; 68: 164-9.
8. Jackson R, Scragg R, Beaglehole R. Alcohol consumption and risk of coronary heart disease. *BMJ* 1991; 303: 211-6.
9. Criqui MH, Cowan LD, Tyroler HA, Bangdiwala S, Heiss G, Wallace RB et al. Lipoproteins as mediators for the effects of alcohol consumption and cigarette smoking on cardiovascular mortality: results from the Lipid Research Clinics Follow-up Study. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 629-37.
10. Gaziano JM, Buring J, Breslow JL, Goldhaber SZ, Rosner B, VanDenburgh M et al. Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993; 329: 1829-34.
11. Renaud SC, Beswick AD, Fehily AM, Sharp DS, Elwood PC. Alcohol and platelet aggregation: the Caerphilly Prospective Heart Disease Study. *Am J Clin Nutr* 1992; 55: 1012-7.
12. Camargo CA. Moderate alcohol consumption and stroke. The epidemiologic evidence. *Stroke* 1989; 20: 1611-26.
13. Beilin LJ. Alcohol and hypertension. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1995; 22: 185-8.
14. Lieber CS. Medical disorders of alcoholism. *N Engl J Med* 1995; 333: 1058-65.
15. Fuchs CS, Stampfer MJ, Colditz GA, Giovannucci EL, Manson JE, Kawachi I et al. Alcohol consumption and mortality among women. *N Engl J Med* 1995; 332: 1245-50.
16. Andréasson S, Romelsjö A, Allebeck P. Alcohol, social factors and mortality among young men. *Br J Addict* 1991; 86: 877-87.
17. Rehm J, Richter MM, Elton M. Effects on mortality of alcohol consumption, smoking, physical activity, and close personal relationships. *Addiction* 1993; 88: 101-12.
18. Royal College of Physicians. A great and growing evil – the medical consequences of alcohol abuse. Report of a working party. London: Tavistock, 1987.
19. Marmot M, Ghodse AH, Jarvis S, Kemm JR, Ritson EB, Wallace P. Alcohol and the heart in perspective. London: Royal College of Physicians, 1995.
20. Inter-Departmental Working Group. Sensible drinking. Wetherby: Department of Health, 1995.
21. Midanik LT. Validity of self-reported alcohol use: a literature review and assessment. *Br J Addict* 1988; 83: 1019-29.
22. Grønbaek M, Henriksen JH, Becker U. Carbohydrate-deficient transferrin – a valid marker of alcoholism in population studies? Results from the Copenhagen City Heart Study. *Alcohol Clin Exp Res* 1995; 19: 457-61.
23. Camacho T, Caplan G, Cohen R. Alcohol consumption and mortality in Alameda County. *J Chron Dis* 1987; 40: 229-36.
24. Gordon T, Kannel W. Drinking and mortality: the Framingham Study. *Am J Epidemiol* 1984; 120: 97-107.
25. Garfinkel L, Boffetta P, Stellman S. Alcohol and breast cancer: a cohort study. *Prev Med* 1988; 17: 686-93.
26. Klatsky A, Armstrong M, Friedman G. Alcohol and mortality. *Ann Intern Med* 1992; 117: 646-54.
27. Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 911-8.
28. Dyer AR, Stamler J, Paul O, Lepper M, Shekelle RB, McKean H et al. Alcohol consumption and 17-year mortality in the Chicago Western Electric Company Study. *Prev Med* 1980; 9: 78-90.
29. Anonym. Diet and the regulation of serum cholesterol. I: Kannel WB, Gordon T, eds. The Framingham study. Washington: Government Printing Office, 1970.
30. Gordon T, Doyle JT. Drinking and mortality: the Albany Study. *Am J Epidemiol* 1987; 125: 263-70.
31. Grønbaek M, Deis A, Sørensen TIA, Becker U, Borch-Johnsen K, Müller C et al. Influence of sex, age, body mass index, and smoking on alcohol intake and mortality. *BMJ* 1994; 308: 302-6.
32. Kittner SJ, Garcia-Palmieri MR, Costas R Jr., Cruz-Vidal M. Alcohol and coronary heart disease in Puerto Rico. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 538-50.
33. Kono S, Ikeda M, Tokudome S, Nishizumi M, Kuratsune M. Alcohol and mortality: a cohort study of male Japanese physicians. *Int J Epidemiol* 1986; 15: 527-32.
34. Marmot MG, Rose G, Shipley MJ, Thomas BJ. Alcohol and mortality: A U-shaped curve. *Lancet* 1981; i: 580-3.
35. Shaper AG, Wannamethee G, Walker M. Alcohol and mortality: explaining the U-shaped curve. *Lancet* 1988; ii: 1268-73.
36. Suhonen O, Aromaa A, Reunanen A, Knekt P. Alcohol con-

- sumption and sudden coronary death in middle-aged Finnish men. *Acta Med Scand* 1987; 221: 335-41.
37. Grønbaek M. Alcohol and mortality – explanations of the U-shaped risk function. University of Copenhagen, 1996.
38. Rimm EB, Giovannucci EL, Willett WC, Colditz GA, Ascherio A, Rosner B et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. *Lancet* 1991; 338: 464-8.
39. Grønbaek M, Deis A, Sørensen TIA, Becker U, Schnohr P, Jensen G. Mortality associated with moderate intake of wine, beer, or spirits. *BMJ* 1995; 310: 1165-9.
40. Leger S, Cochrane AL, Moore F. Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine. *Lancet* 1979; I: 1017-20.
-

Bilag 2

Kvinders kendskab til egen genstandsgrænse

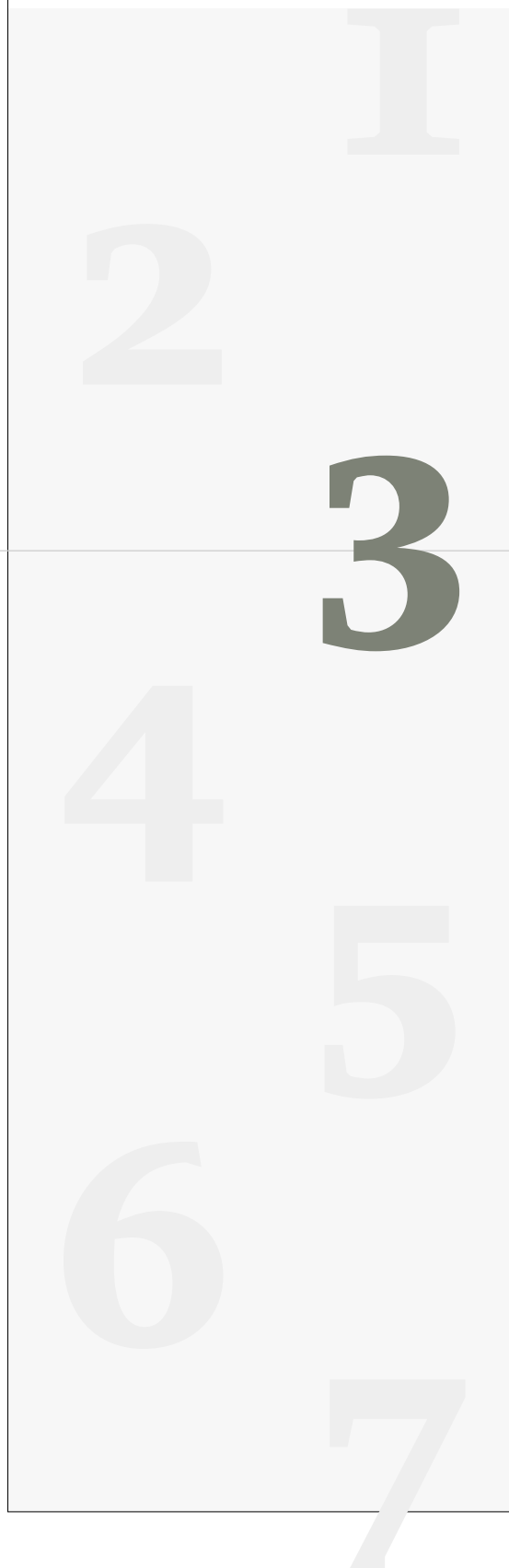


Der er lavet multipel logistisk regression med kvinders kendskab til egen genstandsgrænse som outcome og variablene alder, år, skoleuddannelse, nedsat alkoholforbrug samt forbrug i forhold til genstandsgrænsen som determinanter. Odds ratios er vist med 95%-konfidensgrænser.

	ODDS RATIO	NEDRE 95%	ØVRE 95%
Aldersklasse			
1: [18;25[	2.74	1.96	3.83
2: [25;45[	2.28	1.76	2.95
3: [45;65[	1.95	1.54	2.48
4: [65; [	1.00	1.00	1.00
År			
1: 1999	2.09	1.60	2.74
2: 1998	2.92	2.22	3.83
3: 1997	2.04	1.55	2.68
4: 1996	1.41	1.07	1.84
5: 1995	1.06	0.81	1.39
6: 1994	1.00	1.00	1.00
Uddannelse			
1: Gym./HF	2.08	1.57	2.77
2: Folkesk., 10	1.50	1.15	1.96
3: Folkesk., 8-9	1.31	0.98	1.76
4: Folkesk., <7	1.00	1.00	1.00
Nedsat alkoholforbrug			
0: Drikker ej	0.42	0.29	0.60
1: Nedsat	1.07	0.84	1.37
2: Ej nedsat	1.00	1.00	1.00
Alkoholforbrug			
1: Drikker mere	2.93	2.28	3.76
2: Drikker mindre	1.00	1.00	1.00

Bilag 3

Mænds kendskab til
egen genstandsgrænse



Tilsvarende analyse som i bilag 2, logistisk regression med mænds kendskab til egen genstandsgrænse som outcome og variablene alder, år, skoleuddannelse, nedsat alkoholforbrug samt forbrug i forhold til genstandsgrænse som determinanter.

	ODDS RATIO	NEDRE 95%	ØVRE 95%
Aldersklasse			
1: [18;25[	5.85	4.04	8.46
2: [25;45[	3.48	2.71	4.48
3: [45;65[	2.26	1.78	2.87
4: [65; [	1.00	1.00	1.00
År			
1: 1999	2.26	1.69	3.01
2: 1998	2.10	1.59	2.76
3: 1997	1.23	0.95	1.59
4: 1996	1.15	0.88	1.50
5: 1995	0.86	0.66	1.12
6: 1994	1.00	1.00	1.00
Uddannelse			
1: Gym./HF	1.18	0.90	1.55
2: Folkesk., 10	1.22	0.94	1.59
3: Folkesk., 8-9	1.02	0.78	1.34
4: Folkesk., <7	1.00	1.00	1.00
Nedsat alkoholforbrug			
0: Drikker ej	0.35	0.22	0.57
1: Nedsat	0.93	0.72	1.21
2: Ej nedsat	1.00	1.00	1.00
Alkoholforbrug			
1: Drikker mere	2.03	1.66	2.47
2: Drikker mindre	1.00	1.00	1.00

Bilag 4

Cd-rom med tv-spot fra
kampagnerne 1990-1998

GANG DER BLIVER BUDT RUND



r meget alkohol
for lidt sex



Åben er fuld af muligheder for at
at du efter to. Der kan være
Men en spætt at sætte dem. Hvis
der er alkohol med i spillet. Men
der præstationer tidligere allerede
størst den første glas. Og hvor han-
pen vil være skabt. Altså, stærkt,
fordi du vil se det.

Spring ind i det nye år at be-
dig, der er bedre for helheden.
Og husk: Alkohol vil ikke stæn-
ke på dig. Kvinder skal ikke så
meget - og mænd skal ikke så meget.

SUNDHEDSSTYRELSEN

LD DIG I FORM. SPRING GENSTANDENE OVER TIL HVERDAG.

forvaltningerne

Til sundhedspersonalet på hospitaler

Man kan let blive revet med af stem-
ningen. Af det gode selskab. Af den
gode vin. Alle de andre drikker jo
også. Det kræver viljestyrke at sige
fra, for dømmekraften har det med
at falde i takt med, at humøret stiger.

Hvis man vil holde sig inden for
grænsen på 14 genstande om ugen
for kvinder og 21 for mænd, kan
det være nødvendigt at holde hovedet
koldt. Det gælder, jo hedere det
går til.*

* Nogle mennesker, bl.a. gravide, bør være særligt opmærksomme på ikke at drikke alkohol.

SUNDHEDSSTYRELSEN

Giv hende en god grund til at drikke mindre

1991

1993

1995

1990

1992

1994

Drik mindre - lev mere

