

Notat 2026

Evaluering av Nasjonal alkoholstrategi (2021-2030)

Ingeborg Rossow, Inger Synnøve Moan, Ingeborg Lund, Solveig Glestad Christiansen og
Daniel Bergsvik, Avdeling for rusmidler og tobakk, Folkehelseinstituttet

Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	5
1.1 Oppdraget	5
1.2 Begrepsbruk, begrensninger og prioriteringer i evalueringsarbeidet	6
2. Status i strategiarbeidet	7
2.1 Innhenting av informasjon om status for tiltakene	7
2.2 Planlagte tiltak	8
2.3 Økonomiske rammer	10
2.4 Status: Videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken	11
2.5 Status: Understøtte alkoholforebygging i kommunene	17
2.6 Status: Forsterke tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk (i helsetjenesten)	19
2.7 Status: Fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter	27
2.8 Status: Styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol	30
2.9 Status: Prioritere forskning på sykdom og skader knyttet til alkohol	32
3. Behov for styrket innsats gjennom strategiperioden	33
4. Vurdering av målsettingen i alkoholstrategien	34
4.1 Er målsettingen realistisk gitt at bruken av effektive alkoholpolitiske virkemidler ikke endres?	34
4.2 Hvordan bør alkoholpolitikken eventuelt innrettes for å nå målet?	40
Noen avsluttende betraktninger	44
Vedlegg 1.	47
Referanser	51

Sammendrag

Evalueringen omfatter 3 hoveddeler. De to første hoveddelene, begge med to underpunkter, er direkte svar på oppdraget, mens den tredje delen gir noen få avsluttende betraktninger.

Del 1. Vurdering av status på strategiarbeidet:

a) I hvilken grad er planlagte tiltak gjennomført hittil i strategiperioden?

Alkoholstrategien inneholder 6 prioriteringsområder og 42 foreslåtte tiltak for å redusere skadelig alkoholbruk. Informasjon om status for tiltakene i alkoholstrategien er hovedsakelig innhentet fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, men også fra Akan kompetansesenter, Norges Forskningsråd, e-innsyn i relevante dokumenter til eller fra HOD eller Hdir, og relevante nettsider. I det følgende oppsummeres status for hvert prioriteringsområde.

1. Videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken

Hovedlinjene i alkoholpolitikken omfatter de kontrollpolitiske virkemidlene, i første rekke særavgifter, antall salgs- og skjenkesteder, åpningstider, aldersgrenser, reklameforbud og monopolordningen for salg av vin og brennevin. Innenfor rammene av regelverket har det på kommunalt nivå skjedd noe økning i tilgjengeligheten av alkohol: det vil si en økt andel skjenkesteder som får skjenke til kl. 03:00 (lovens maksimaltid), og økt antall salgs- og skjenkesteder.

2. Understøtte alkoholforebygging i kommunene

Hdir har i løpet av perioden arrangert fagdager og en konferanse for kommunene, og arrangementene kunne følges digitalt. Kommunene tilbys også verktøy og statistikker som beskrevet i alkoholstrategien. På dette området synes mange av tiltakene å være gjennomført eller blir opprettholdt.

3. Forsterke tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk

Dette er et omfattende prioriteringsområde i alkoholstrategien med mange tiltak. For de aller fleste av disse synes arbeidet å være igangsatt først på vårparten 2026.

4. Fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter

På dette området er det gjennomført flere enkle konkrete tiltak. Flere andre tiltak er diffuse mht. mål, innhold, eller/og virkemidler, og det er vanskelig å vurdere status for disse. Et par av tiltakene er trolig ikke gjennomført.

5. Styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol

Målgruppene for tiltak i dette prioriteringsområdet omfatter både befolkningen generelt og helsepersonell. Flere av tiltakene for å styrke kunnskapen i befolkningen generelt er påbegynt/iverksatt. Når det gjelder tiltak for å styrke kunnskap og kompetanse blant helsepersonell, er det mulig at disse inngår som del av et nylig oppstartet arbeid i Hdir (jfr. punkt 3 over).

6. Prioritere forskning på sykdom og skader knyttet til alkohol

Innhentet informasjon viser at de foreslåtte tiltakene på dette prioriteringsområdet foreløpig ikke er blitt tilstrekkelig fulgt opp.

- b) På hvilke strategiområder er det særlig behov for en styrket innsats i den siste delen av strategiperioden når man ser hen til kunnskap om forventet effekt av tiltak på disse strategiområdene?**

På prioriteringsområde 1 (hovedlinjene i alkoholpolitikken) vil det være behov for en styrket innsats, snarere enn å opprettholde virkemidlene, for å nå målsettingen. På prioriteringsområde 3 (Tidlig innsats) er det behov for betydelig styrket innsats i siste del av strategiperioden, men det er likevel lite trolig at en eventuell styrking vil være tilstrekkelig til å bidra til redusert alkoholkonsum innen 2030. På de øvrige prioriteringsområdene har vi foreløpig ikke forskningsmessig belegg for å anbefale styrket innsats gjennom resten av strategiperioden.

Del 2. Vurdering av målsettingen i strategien

- a) Er målsettingen realistisk gitt at bruken av effektive alkoholpolitiske virkemidler ikke endres?**

En gjennomgang av oppdatert relevant forskningslitteratur tilsier at det ikke er realistisk å nå målsettingen om 20 % reduksjon i totalkonsumet innen 2030.

- b) Hvordan bør alkoholpolitikken eventuelt innrettes for å nå målet?**

Det mest nærliggende er å ta i bruk et sett av virkemidler. Ut fra kunnskap om forventet effekt er det følgende virkemidler som peker seg ut: økte avgifter, innstramminger av innførselskvoten, innføring av advarselsmerking, eventuelt supplert med vesentlige begrensninger i antall salgs- og skjenkesteder og i salgs- og skjenketider.

Del 3. Avsluttende betraktninger

Alkoholstrategien har en ambisiøs målsetting om en reduksjon i alkoholkonsumet på 20 % innen 2030 sammenlignet med 2010. Et sentralt premiss for alkoholstrategien var at man ikke skulle endre pris- og tilgjengelighetsreguleringene, som er de mest effektive virkemidlene for å dempe konsumet. Følgelig var det lite sannsynlig at strategiens målsetting om en betydelig reduksjon i alkoholkonsumet ville kunne oppnås. Alkoholstrategien omfatter et stort antall ulike tiltak. For mange av disse tiltakene foreligger det lite eller ingen evidens for effekt og gjennomførbarhet, og det er derfor lite trolig at de vil ha betydning for totalkonsumet. Enkelte av tiltakene kan sannsynligvis bidra til å redusere konsumet, men det er lite trolig at disse vil kunne bli gjennomført og få tilstrekkelig virkning i løpet av gjenværende strategiperiode. Det er behov for en styrket forskningsinnsats for å bedre kunnskapsgrunnlaget om effekter og gjennomførbarhet av ulike tiltak for å dempe alkoholkonsumet og forebygge alkoholrelaterte skader i befolkningen.

1. Innledning

1.1 Oppdraget

Folkehelseinstituttet (FHI) mottok følgende oppdrag i Tildelingsbrev 2025 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) med opprinnelig frist 31.12.25:

«Folkehelseinstituttet skal foreta en kvalitativ evaluering av gjennomføringen av alkoholstrategien. Som en del av evalueringen skal Folkehelseinstituttet vurdere om målet om 20 prosent reduksjon i alkoholforbruket i perioden 2010–2030 er realistisk med dagens virkemidler og hvordan alkoholpolitikken eventuelt bør innrettes for å nå målet.»

Etter dialog mellom FHI og HOD i 2025 ble oppdragsteksten noe justert og konkretisert, og fristen for oppdraget ble utsatt til 1. juni 2026.

Oppdraget består av 2 hoveddeler:

Del 1. Formålet med den kvalitative evalueringen av Nasjonal alkoholstrategi (heretter: alkoholstrategien) er å foreta en vurdering av status på strategiarbeidet. Denne delen av evalueringen vil besvare spørsmålene: a) i hvilken grad planlagte tiltak er gjennomført i første halvdel av strategiperioden¹, og b) på hvilke strategiområder er det særlig behov for en styrket innsats i den siste delen av strategiperioden når man ser hen til kunnskap om forventet effekt av tiltak på disse strategiområdene.

Alkoholstrategien inneholder 6 hovedprioriteringer for å redusere skadelig alkoholbruk:

1. Videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken
2. Understøtte alkoholforebygging i kommunene
3. Forsterke tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk (i helsetjenesten)
4. Fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter
5. Styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol
6. Prioritere forskning på sykdom og skader knyttet til alkohol.

For hver av de 6 prioriteringsområdene har vi gjort en vurdering av status for planlagte tiltak. HelseDirektoratet (Hdir) har ansvar for å iverksette mange av tiltakene som er beskrevet i alkoholstrategien. Det gjelder særlig foreslåtte tiltak under prioriteringsområde 2, 3 og 5 og i noen grad prioriteringsområde 4. Vurdering av status for de planlagte tiltakene under prioriteringsområde 2-5 er gjort i dialog med Hdir.

Del 2. Formålet med oppdragets andre del er å besvare to spørsmål:

- a) er målet om 20 % reduksjon i alkoholforbruket fra 2010 til 2030 realistisk gitt at bruken av de effektive alkoholpolitiske virkemidlene ikke endres i forhold til dagens situasjon?
- b) hvordan bør alkoholpolitikken eventuelt innrettes for å nå målet?

Spørsmålene drøftes med bakgrunn i forskningslitteraturen om forventet effekt av ulike alkoholpolitiske virkemidler og innsikt i norsk alkoholpolitikk.

¹ Strategiperioden var opprinnelig 2021 – 2025, men ble senere forlenget fram til 2030, og i evalueringen er første del av strategiperioden fra 2021 til våren 2026.

I tillegg til å besvare oppdragets to deler, omfatter evalueringen også en **Del 3**: Noen avsluttende betraktninger.

1.2 Begrepsbruk, begrensninger og prioriteringer i evalueringsarbeidet

Med 'strategi' mener vi her "opplegg og gjennomføring av planer med sikte på å nå bestemte mål» (jfr. *Store Norske Leksikon*). I forordet til alkoholstrategien står følgende: «Strategien synliggjør denne [helsefremmende og solidariske alkohol-] politikken, samtidig som den viser hvor og hvordan regjeringen vil forsterke innsatsen for å nå målet om 10 prosent reduksjon i skadelig alkoholbruk i perioden 2010 til 2025». Det er i første rekke den siste delen om hvordan innsatsen skal forsterkes for å nå en bestemt målsetting, som er relevant her. Målsettingen for strategien er konkretisert, og seks prioriterte innsatsområder er beskrevet. Vårt utgangspunkt for å evaluere alkoholstrategien er først å avklare hvilke mål som er satt, og hvilke planer som er beskrevet for å oppnå målene på et overordnet nivå. Deretter, i vurderingen av status for strategiarbeidet, ser vi nærmere på uttalte spesifikke mål og utsagn om virkemidler (hvem skal gjøre hva) under hvert av de seks prioriterte områdene.

Alkoholstrategien beskriver innledningsvis (s. 5) at «*Det er et generelt mål å begrense i størst mulig utstrekning de samfunnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan innebære (jf. alkoholloven § 1-1). Jo høyere alkoholforbruket er i befolkningen, jo flere er det som har et skadelig og risikofyllt alkoholkonsum (6). En reduksjon i totalkonsumet, vil også redusere omfanget av høykonsumenter, og sannsynligvis også omfanget av alkoholbrukslidelser (7). Den beste strategien for å redusere skadelig bruk av alkohol, vil derfor være å redusere totalforbruket i befolkningen.*»

Det bør nevnes her at Nasjonal alkoholstrategi ble vedtatt forlenget til 2030 i Folkehelsemeldinga (Meld. St. 15, 2022-2023) og at målet samtidig ble endret til 20 % reduksjon i skadelig alkoholbruk innen 2030 sammenlignet med 2010. Ved en slik forlengelse av strategiperioden og endring i målsettingen, kan denne evalueringen anses som en midtveisevaluering med muligheter for innspill til innsatser i den siste delen av strategiperioden.

Under de seks prioriterte områdene i alkoholstrategien er det angitt en rekke mål eller ambisjoner, og for mange av disse undersøkes det nærmere og helt konkret hva som er gjort i planperioden. Vi har vektlagt vurdering av status for disse ulikt, dels avhengig av evidens for hvor effektive de er med hensyn til å kunne redusere totalkonsumet av alkohol, men en svært summarisk gjennomgang av flere av tiltakene reflekterer også at vi i varierende grad har greid å innhente informasjon om status.

De mest effektive virkemidlene for å begrense alkoholkonsumet og omfanget av skader og problemer som følge av eget eller andres konsum, er de regulatoriske virkemidlene, i første rekke pris- og tilgjengelighetsregulering (Babor et al., 2023). Disse omtales hovedsakelig i forbindelse med det første prioriteringsområdet i alkoholstrategien ('Videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken'). Følgelig vektlegges strategiens mål og virkemidler og status for arbeidet på punktene under dette prioriteringsområdet mest. Når det gjelder tidlig innsats, favner dette virkemidler som også er av vesentlig betydning for folkehelsen. I tillegg til å hjelpe grupper i befolkningen som ville kunne ha stor nytte av å få adekvat og tidlig behandling, vil forebygging for å unngå problemer også falle under dette punktet. Det ligger kanskje også et potensial i å redusere det totale forbruket gjennom slike virkemidler, og følgelig er dette også et område som er vektlagt.

De øvrige prioriteringsområdene har gjennomgående fått mindre oppmerksomhet i evalueringen ettersom det ikke foreligger evidens for at disse vil kunne bidra til å oppnå målsettingen for alkoholstrategien, det vil si en nedgang i totalkonsumet av alkohol.

2. Status i strategiarbeidet

Under beskriver vi hvordan vi gikk frem for å innhente informasjon om status for de ulike tiltakene som er beskrevet i alkoholstrategien. Deretter beskrives de planlagte tiltakene og de økonomiske rammene. Til slutt vurderes status for de planlagte tiltakene for de seks prioriteringsområdene i alkoholstrategien.

2.1 Innhenting av informasjon om status for tiltakene

I forbindelse med revidering og konkretisering av oppdragsteksten fremgikk det at Hdir hadde ansvar for å iverksette mange av tiltakene i strategien, særlig tiltak under prioriteringsområde 2, 3 og 5 og i noen grad prioriteringsområde 4. Vurdering av status for planlagte tiltak under punkt 2-5 ble derfor gjort i dialog med Hdir. Vurderingene er også basert på innspill fra HOD.

Det ble først sendt generelle henvendelser til Hdir og HOD via e-post. Følgende spørsmål ble stilt til HOD:

1. Har HOD i årene 2020 og fram til nå utført eget arbeid med hensyn til å gjennomføre alkoholstrategien? I så fall, hva består dette arbeidet i og hvem har hatt ansvaret for arbeidet?
2. Vi er kjent med at Hdir ved avdeling Levekår har arbeidet med deler av alkoholstrategien. Har HOD gitt i oppdrag til andre enn avdeling Levekår å arbeide med å gjennomføre deler av alkoholstrategien? I så fall, hvilke instanser/hvem er dette?
3. Hvor mye penger er bevilget fra HOD til arbeid med alkoholstrategien for hvert av kalenderårene 2020-2026, og hvordan er bevilgningene fordelt på ulike mottakere?

Disse spørsmålene ble stilt til Hdir:

1. Hvilke arbeidsoppgaver har Hdir hatt i årene 2020 og fram til nå med hensyn til å gjennomføre alkoholstrategien? I så fall, hva består dette arbeidet i og hvem har hatt ansvaret for dette arbeidet? Vi vil her presisere at vi er kjent med at avdeling Levekår har arbeidet med flere deler av alkoholstrategien, og at vi innhenter informasjon om dette fra avdeling Levekår. Men, vi ønsker også å avklare om det er andre avdelinger i direktoratet som har arbeidet med alkoholstrategien, og i så fall få informasjon om hva arbeidet har bestått i og hvem som har (hatt) ansvaret,
2. Hvor mye penger er bevilget fra HOD til Hdir for arbeid med alkoholstrategien for hvert av kalenderårene 2020-2026? Er det evt. mulig å spesifisere hvordan pengene er fordelt på ulike tema/arbeidsoppgaver?
3. Har Hdir fått tilført andre ressurser (f.eks. faglig bistand) til arbeidet med å gjennomføre alkoholstrategien?

Den generelle henvendelsen til HOD og Hdir ble besvart og det fremgikk at avdeling Levekår i Hdir hadde ansvar for iverksetting av de fleste tiltakene i alkoholstrategien. Svarene ga imidlertid ikke en fullstendig oversikt over status for tiltakene. For å få klarhet i dette ble det derfor sendt flere oppfølgingsmailer til HOD og Hdir. Dette omfattet blant annet e-poster til Hdir som angikk nesten samtlige tiltak under prioriteringsområde 3 (Tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk) og for flere av tiltakene under prioriteringsområde 5 (vedrørende styrket kunnskap og kompetanse om alkohol for helsepersonell). For et av tiltakene svarte Hdir at Akan kompetansesenter hadde ansvar for å følge opp arbeidet. En henvendelse ble derfor

sendt til Akan kompetansesenter med spørsmål om status for dette tiltaket. Det ble også sendt en henvendelse til Norges forskningsråd for å få informasjon om status for et tiltak. I tillegg er vurderingene basert på uttrekk fra e-innsyn med gjennomgang av inn- eller utgående dokumenter i HOD/Hdir knyttet til alkoholstrategien, og søk på relevante nettsider.

Vektleggingen av ulike tiltak er basert på kunnskap om forventet effekt av tiltak, jfr. målsettingen om 20 % reduksjon i totalkonsumet av alkohol innen 2030 sammenlignet med 2010. Siden det for flere av tiltakene i alkoholstrategien ikke finnes evidens for at de har effekt på totalkonsumet har vi ikke vektlagt å gi en presis statusbeskrivelse for alle 42 tiltakene i alkoholstrategien. Tiltak med dokumentert effekt er tillagt større vekt enn øvrige tiltak.

2.2 Planlagte tiltak

Alkoholstrategien angir i alt 42 tiltak, mål eller ambisjoner (i hovedsak angitt som kulepunkter i strategiteksten), og vi omtaler disse i det følgende som tiltak. De 42 tiltakene er fordelt slik: 1 tiltak innenfor prioriteringsområde 1 (videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken), 6 tiltak på prioriteringsområde 2 (understøtte alkoholforebygging i kommunene), 17 tiltak på prioriteringsområde 3 (tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk), 8 tiltak på prioriteringsområde 4 (fremme alkoholfrie arenaer), 7 tiltak på prioriteringsområde 5 (styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol), og 3 tiltak på prioriteringsområde 6 (forskning på sykdom og skader knyttet til alkohol).

Svaret på spørsmålet om i hvilken grad planlagte tiltak er gjennomført i første halvdel av strategiperioden, avhenger av hva som inngår i 'planlagte tiltak'. I Helsedirektoratets plan for oppfølging av alkoholstrategien (gitt som svar på oppdrag fra HOD 21. juni 2022), er det angitt 19 tiltak (se Appendix 1): 3 av disse var gjennomført per juni 2022 (angitt med G i tabellen), 11 var løpende tiltak (angitt med L i tabellen), og 5 var planlagte tiltak (angitt med P i tabellen). Samsvar mellom tiltak angitt i alkoholstrategien og tiltak (gjennomførte, løpende og planlagte) i Hdirs oppdragssvar fra juni 2022 framkommer av Tabell 1. Per juni 2022 var det særlig på prioriteringsområde 3 (tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk) og i noen grad på prioriteringsområde 5 (styrket kunnskap og kompetanse om alkohol) et betydelig antall av alkoholstrategiens tiltak som ikke inngikk i Hdirs planer for tiltak. Våren 2026 er dette bildet endret ved at Hdir nå har påbegynt arbeid også med de tiltakene under prioriteringsområde 3 og 5, som ikke inngikk i oversikten fra juni 2022 (dette omtales nærmere under seksjonene 2.6 og 2.8). Følgelig har Hdir ansvar for de fleste tiltakene i alkoholstrategien, selv om mange av disse ikke inngikk i Hdirs oversikt over planlagte tiltak tidlig i strategiperioden. Vi legger her til grunn at 'planlagte tiltak' favner alle de 42 beskrevne mål, tiltak og ambisjoner i alkoholstrategien.

Tabell 1. Oversikt over prioriteringsområder (1-6) og tiltak i Nasjonal alkoholstrategi og konkretiserte oppgaver avtalt mellom HOD og Hdir

	Oppgaver i Nasjonal alkoholstrategi	Hdirs tiltak
1	Videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken	
a	Utarbeide forskrifter om utmåling av overtredelsesgebyr	G
2	Understøtte alkoholforebygging i kommunene	
a	Sikre bedre etterlevelse av alkoholregelverket - Øke kunnskap om regelverket	P
b	Følge opp fireårsregelen og prikktildelingssystemet	
c	Sørge for pålitelige verktøy til planlegging av barn og unges oppvekstmiljø	L
d	Videreføre tilbud om verktøy, statistikker (folkehelseprofiler, Brukerplan, Ungdata)	L
e	Hdir gjennomgå/oppdatere veileder til systematisk folkehelsearbeid	

f	Ungdomspaneler	
3	Forsterke tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk (i helsetjenesten)	
a	Øke fastlegenes kunnskap om alkoholproblemer	
b	Videreutvikle behandlingstilbud rask psykisk helsehjelp	
c	Relevante veiledere/retningslinjer ivaretar tema om alkohol/rusmidler (helsestasjon og skolehelsetjenesten)	L
d	Videreutvikle tverrfaglige og oppsøkende FACT-ung team	
e	Videreføre satsing Demens-/Eldreomsorgens ABC i ny demensplan	
f	Oppfordre kommunene: ta i bruk forebyggende hjemmebesøk for eldre	
g	Ansatte i somatiske avdelinger skal ha tilstrekkelig kompetanse om og kunnskap i bruk av anbefalte kartleggingsverktøy for alkoholbruk blant pasienter	
h	Somatiske avdelinger etablerer systemer for å identifisere pasienter med underliggende rusproblemer, og at dette følges opp i alle helseforetak	
i	Vurdere om pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten skal inneholde krav om kartlegging av skadelig bruk av alkohol og andre rusmidler	
j	Det etableres gode systemer og rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger og TSB, og mellom psykisk helsevern og TSB	
k	Ha basistjenester som akuttmottak, avrusning, poliklinikk, ambulante tjenester og døgnbehandling, innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak	
l	Sikre faste stedlige tjenester innen psykisk helsevern og TSB i alle fengsler	
m	Tilrettelegge for at flere individuelle jobbstøtte-virksomheter gir tilbud til personer med rusmiddelproblemer	
n	Ungdom som har vært til behandling for alkoholforgiftning eller annen forgiftning på sykehus eller på legevakt, får tilbud om samtale og videre oppfølging med kvalifisert personell	
o	Utrede tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge – TSB Ung	
p	Utnytte mulighetene digitale løsninger gir for tidlig innsats mot psykiske lidelser og rusproblemer	
q	Videreføre støtten til kommunenes arbeid med å gi barn og unge riktig hjelp til riktig tid	
4.	Fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter	
	Målsetting om å trekke frivillig sektor mer inn i forebyggende arbeid ²	L
a	Bidra til å opprettholde idretten som en alkoholfri sone for barn og unge	L
b	Alle barn, uavhengig av foreldrenes sosiale og økonomiske situasjon, skal ha mulighet til å delta jevnlig i minst én organisert fritidsaktivitet sammen med andre	
c	Legge til rette for rusundervisning i skolen gjennom det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring	L
d	Oppdatere støttemateriell for rusmiddelforebyggende arbeid i skolen i tråd med læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020 som ble tatt i bruk i skolen fra høsten 2020	P
e	Invitere til et rådslag om rusmiddelforebyggende arbeid i tilknytning til russefeiring og fadderukene	P
f	Invitere arbeidslivets parter til et toppmøte om rus og arbeidsliv	G
g	Fortsatt støtte opp under Akan-modellen i norsk arbeidsliv	L
h	Videreføre arbeidet mot ruspåvirket trafikkdeltakelse til lands, til vanns og i luften	L
5	Styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol	
a	Utrede spørsmålet om det er faglig grunnlag for å innføre en generell veileder om alkoholbruk, eventuelt med anbefalte øvre grenser for alkoholinntak	

² I alkoholstrategien er dette punktet omtalt som et innspill, men det inngår ikke som et tiltak på linje med andre beskrevne tiltak, og vi har ikke gjort noen statusvurdering av dette. Det inngår imidlertid i oversikten over konkretiserte oppgaver avtalt mellom HOD og Hdir.

b	Fortsatt sikre tilgang til oppdatert og kvalitetssikret informasjon om alkohol og andre rusmidler tilpasset mottakergruppene	L
c	Foreslå å innføre krav til advarselsmerking på alkoholholdig drikk i Norge	G
d	Starte en prosess for å foreslå nasjonale krav til innholdsmerking i Norge	
e	Bidra til at helsepersonell har nødvendig kunnskap om forebygging og behandling av rusmiddelrelaterte problemer	
f	Anbefale at det etableres konkrete læringsmål for kunnskaper og ferdigheter helsepersonell må inneha innen kartlegging og oppfølging av ruslidelser	
g	Bidra til å formidle kunnskap om alkohol og mulige skadevirkninger	L
6	Prioritere forskning på sykdom og skader knyttet til alkohol	
a	Prioritere forskning på rusmiddelbruk og sykdomsutvikling og skader	
b	Vurdere behovet for å innføre et årlig grensehandelsbarometer	
c	Opprettholde aktiv deltakelse i internasjonalt samarbeid på alkoholområdet ³	L

Note: G = gjennomførte tiltak per juni 2022, L = løpende tiltak per juni 2022, og P = planlagte tiltak per juni 2022.

2.3 Økonomiske rammer

I alkoholstrategien heter det at *“Alle tiltak som er lagt fram i denne strategien, vil kunne gjennomføres innenfor de enkelte departementenes gjeldende budsjettammer. Helse- og omsorgs-departementets tiltak i forbindelse med strategien vil ha et begrenset omfang og ikke medføre at staten eller kommunene får økte utgifter innenfor helse- og omsorgssektoren.”*

Samtidig er det verdt å merke seg at alkoholstrategien er nevnt i tilknytning til flere av bevilgningene til Hdir i strategiperioden. I perioden 2020-2026 er Hdir tildelt 64,78 millioner kroner til rusforebyggende arbeid. Alkoholstrategien er imidlertid ikke omtalt spesifikt i forbindelse med alle tildelingene. Tildelingene der alkoholstrategien er nevnt spesifikt (se understrekning) utgjør totalt 35,6 millioner kroner. Dette kan indikere at deler av arbeidet knyttet til alkoholstrategien er fulgt opp gjennom eksisterende satsinger og budsjettposter, uten at alle tildelingene eksplisitt er knyttet til strategien.

- 2020: Alkoholstrategien ikke spesifikt nevnt, men "9,4 mill. kroner til videreutvikling av det alkohol- og narkotikaforebyggende arbeidet" ⁴
- 2021: "9,4 mill. kroner til videreutvikling av det alkohol- og narkotikaforebyggende arbeidet. Midlene skal blant annet ses i sammenheng med oppfølgingen av Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025)" ⁵
- 2022: "9,4 mill. kroner til rusmiddelforebyggende arbeid, herunder oppfølging av Nasjonal alkoholstrategi (2021–2025) og gjennomføring av en kampanje mot rus i arbeidslivet, jf. omtale under kap. 714, post 70" ⁶
- 2023: "7 mill. til satsinger på rusmiddelområdet, herunder oppfølging av nasjonal alkoholstrategi og tiltak mot cannabis" ⁷
- 2024: Alkoholstrategien ikke spesifikt nevnt, men "19,78 mill. kr til satsinger på rusmiddelforebyggende arbeid, herunder 12,5 mill. kroner til implementering av Nasjonalt program for rusforebyggende arbeid" ⁸
- 2025: "4,8 mill. kroner til oppfølging av nasjonal alkoholstrategi og videreutvikling av annet rusforebyggende arbeid" ⁹

³ Dette punktet er omtalt i et eget kapittel om internasjonalt samarbeid.

⁴ Statsbudsjettet 2020 - kap. 740 Helsedirektoratet - endelig tildelingsbrev

⁵ Statsbudsjett 2021 - kap. 740 Helsedirektoratet - endelig tildelingsbrev

⁶ Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2022

⁷ Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023

⁸ Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024

⁹ 2025

- 2026: "5 mill. kroner til Helsedirektoratets oppfølging av Forebyggings- og behandlingsreformen, og Nasjonal alkoholstrategi på folkehelseområdet"¹⁰.

2.4 Status: Videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken

Som beskrevet i kapittel 3 i Nasjonal alkoholstrategi har Norge tatt i bruk virkemidlene som anses for å være mest effektive for å begrense alkoholbruk og relaterte skader og problemer: bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, alkoholavgiftene og aldersgrenser for kjøp av alkohol. På bakgrunn av dette konkluderer regjeringen med at de vil videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken i strategiperioden.

Det er ikke spesifisert nærmere hva som menes med 'videreføring', og vi legger her til grunn at en videreføring betyr at det ikke skal skje noen endring i de regulatoriske virkemidlene, verken i mer liberaliserende eller mer restriktiv retning.

2.4.1 Bevillingssystemet

Alkoholloven setter de ytre rammene for bevillingssystemet, mens kommunene har ansvar for å tildele salgs- og skjenkebevillinger og for den løpende forvaltningen av alkoholloven lokalt.

Salgs- og skjenkebevillingene er knyttet til 3 grupper av alkoholholdig drikke: Alkoholgruppe 1 omfatter øl, sider og rusbrus med alkoholinnhold opp til 4,7 %. Alkoholgruppe 2 omfatter øl, vin og brennevin med alkoholstyrke mellom 4,7 % og 22 %, mens alkoholgruppe 3 omfatter brennevin med alkoholstyrke mellom 22 % og 60 %.

Informasjon om kommunenes forvaltning av alkoholloven innhentes årlig gjennom spørreskjema til alle landets kommuner. Undersøkelsen gjelder foregående år. Den ble tidligere administrert av FHI, men ble i 2024 overført til Hdir. Datagrunnlaget bygger på kommunenes egne rapporteringer, og kvaliteten på opplysningene kan derfor variere.

Under beskrives utviklingen i salgs- skjenkebevillinger, og salgs- og skjenketider i årene 2020-2024.

2.4.2 Salgsbevillinger – alkoholgruppe 1

Salget av alkohol i alkoholgruppe 1 foregår i hovedsak gjennom dagligvarebutikker, men det selges også øl/sider/rusbrus gjennom andre utsalg som gårdsutsalg, lokale bryggerier og gjennom nettsalg.

Tabell 2. Antall salgsbevillinger, kilde: Kommunenes forvaltning av alkoholloven, Hdir

	Antall salgsbevillinger
2020	4 648
2021	4 804
2022	4 806
2023	4 693
2024	4 733

Tabell 2 viser at antallet salgsbevillinger for alkoholgruppe 1 økte med om lag 2 prosent i perioden 2020–2024.

¹⁰ Tildelingsbrev 2026 Helsedirektoratet (Hdir)

Den 13.02.26 varslet regjeringen at den vil åpne for utvidet mulighet for å selge alkoholholdig drikk direkte fra produsent (gårdssalg)¹¹. I dag kan man kun selge alkoholholdige produkter over 4,7 prosent dersom de ikke er omfattet av EØS-avtalen, eksempelvis sider, mjød og vin fremstilt ved gjæring av fruktsafter (unntatt saft fra friske druer). Endring av dagens regelverk forutsetter at man finner en løsning som ikke rokker ved Vinmonopolets rolle. Regjeringen vil sende ut høringsforslag før sommeren.

2.4.3 Skjenkebevillinger

Skjenkebevillinger regulerer servering av alkoholholdig drikk for konsum på stedet.

Tabell 3 viser en oversikt over antall kommunale skjenkebevillinger i perioden 2020–2024.

Tabell 3. Antall skjenkebevillinger, kilde: Kommunenes forvaltning av alkoholloven, Hdir

	Antall skjenkebevillinger
2020	7 988
2021	8 299
2022	8 456
2023	8 573
2024	8 801

Det fremgår av Tabell 3 at antallet kommunale skjenkebevillinger økte med om lag 10 prosent i perioden 2020–2024.

2.4.4 Salgstider

Salg av alkoholholdig drikk i alkoholgruppe 1 kan etter alkoholloven skje i tidsrommet kl. 08.00–18.00. På dager før søndag- og helligdager skal salget opphøre kl. 15.00. Kommunestyret kan imidlertid utvide salgstiden til kl. 20.00 på hverdager og til kl. 18.00 på dager før søndag- og helligdager. De fleste kommuner benytter denne adgangen. I 2024 hadde 97 prosent av kommunene fastsatt salgstid til lovens maksimaltid.

2.4.5 Skjenketider

Etter lovens normaltid kan skjenking av alkoholgruppe 1 og 2 skje alle dager frem til kl. 01.00, mens skjenking av alkoholgruppe 3 kan skje frem til kl. 24.00. Kommunene kan fastsette andre skjenketider innenfor lovens rammer, men kan ikke tillate skjenking utover lovens maksimaltider. Dette innebærer at skjenking ikke kan skje etter kl. 03.00.

Det er mindre vanlig at kommunene benytter lovens maksimaltid for skjenking enn for salg. Samtidig har det vært en økning i andelen kommuner som tillater skjenking frem til kl. 03.00 på fredager og lørdager mellom 2020 (tabell 4) og 2024 (tabell 5).

¹¹ [Gårdssalg av alkoholprodukter: Regjeringen legger frem forslag før sommeren - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Tabell 4. Antall kommuner etter maksimaltid for skjenking på fredag/lørdag for alkoholgruppe 1 og 2 og alkoholgruppe 3, 2020, Kilde: Kommunenes forvaltning av alkoholloven, Hdir

Skjenking til kl.	Alkoholgruppe 1 og 2, antall kommuner (N=340)	Alkoholgruppe 3, antall kommuner (N=340)
00:00	7 (2,1 %)	22 (6,5 %)
00:30	7 (2,1 %)	1 (0,3 %)
01:00	7 (2,1 %)	61 (17,9 %)
01:30	24 (7,1 %)	26 (7,6 %)
02:00	181 (53,2 %)	144 (42,4 %)
02:30	40 (11,8 %)	34 (10,0 %)
03:00	60 (17,6 %)	52 (15,3 %)

I 2020 tillot 17,6 prosent av kommunene skjenking av alkoholgruppe 1 og 2 frem til kl. 03.00 (tabell 4). I 2024 var andelen økt til 21,2 prosent (tabell 5). Dette tilsvarer en relativ økning på om lag 20 prosent. For alkoholgruppe 3 økte andelen kommuner som tillot skjenking til kl. 03.00 fra 15,3 prosent i 2020 til 20,1 prosent i 2024, tilsvarende en relativ økning på om lag 31 prosent.

Tabell 5. Antall kommuner etter maksimaltid for skjenking på fredag/lørdag for alkoholgruppe 1 og 2 og alkoholgruppe 3, 2024, Kilde: Kommunenes forvaltning av alkoholloven, Hdir

Skjenking til kl.	Alkoholgruppe 1 og 2, antall kommuner (N=349)	Alkoholgruppe 3, antall kommuner (N=349)
00:00	4 (1,2 %)	14 (4,0 %)
00:30	1 (0,3 %)	2 (0,6 %)
01:00	23 (6,6 %)	54 (15,5 %)
01:30	23 (6,6 %)	21 (6,0 %)
02:00	187 (53,6 %)	155 (44,4 %)
02:30	37 (10,6 %)	33 (9,5 %)
03:00	74 (21,2 %)	70 (20,1 %)

Mulig midlertidig endring av skjenketidene under fotball-VM for herrer

Regjeringen sendte i januar 2026 på høring et forslag om midlertidig endring av alkoholloven § 4-4, som setter maksimaltid for skjenking under fotball-VM for herrer som arrangeres i perioden 11. juni–19. juli 2026.¹² Tidsforskjellen innebærer at en rekke kamper vil sendes etter kl. 03.00 – lovens nåværende maksimaltid for skjenking av alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2. Departementet foreslår at kommunene i denne perioden kan tillate skjenking av øl og vin (gruppe 1 og 2, ikke brennevin) utover maksimaltiden, men kun for skjenkesteder som viser direktesendte kamper. Forslaget er begrenset til mesterskapets varighet og er ikke ment å skape presedens. Lovforslaget ble behandlet og vedtatt i Stortinget i mai 2026.

2.4.6 Vinmonopolordningen

Vinmonopolet er opprettholdt i perioden, og det har ikke skjedd store endringer. Antall butikker øker gradvis, og 97% av befolkningen bor nå i en kommune med, eller ikke mer enn

¹² Prop. 88 L (2025–2026) - regjeringen.no

30 km unna, et vinmonopolutsalg (vinmonopolet, årsberetning, 2025). I perioden 2020-2025 økte antall polutsalg med 5%, slik at det nå er 353 polutsalg i landet (Tabell 6).

Regjeringen vil før sommeren 2026 legge fram forslag om å tillate salg av alkoholholdig drikk over 4,7 volumprosent alkohol direkte fra produsent, såkalt gårdssalg (også nevnt under 2.4.2). Det forutsettes at dette skal gjøres uten å svekke monopolordningen. Selv om det er ukjent hvor mange produsenter som ønsker å benytte seg av ordningen, innebærer forslaget en liberalisering. Det bryter med hovedlinjene i alkoholpolitikken om at salg over 4,7 volumprosent alkohol kun skal skje gjennom Vinmonopolet, og det innebærer økt tilgjengelighet av alkohol.

2.4.7 Salgsbevillinger – alkoholgruppe 2 & 3

Monopolordningen omfatter tilnærmet alt salg av alkoholholdige drikkevarer i alkoholgruppe 2 og 3. Tabell 6 viser antall vinmonopolutsalg i årene 2020-2025.

I perioden 2020–2025 økte antallet Vinmonopolutsalg fra 337 til 353, noe som tilsvarer om lag 5 prosent (tabell 6).

Tabell 6. Antall vinmonopolutsalg, 2020-2025. Kilde: Vinmonopolet.

År	Vinmonopolutsalg
2020	337
2021	339
2022	344
2023	348
2024	351
2025	353

2.4.8 Forskyvning av Vinmonopolets åpningstider

I 2020 vedtok Stortinget å forskyve åpningstiden på Vinmonopolet på lørdager og dager før helligdager, fra 8:30-15:00 til 10:00-16:00. Begrunnelsen for denne forskyvningen var en tilpasning til nordmenns handlemønstre, og å sikre at Vinmonopolet har legitimitet i befolkningen. Ettersom utgangspunktet før forskyvningen var at de aller fleste av Vinmonopolets butikker ikke åpnet før kl. 10:00 på lørdager, innebar endringen i praksis en økning i salgstiden med 1 time på lørdager og dager før helligdager (Bergsvik et al., 2025).

2.4.9 Reklameforbudet

Alkoholoven § 9-3 lovfester Helsedirektoratets ansvar for å føre tilsyn med at reklamebestemmelsene i alkoholoven overholdes¹³. Direktoratets tilsynsansvar fratar imidlertid ikke bevillingsmyndighetene deres ansvar for å føre kontroll med sine bevillingshavere. Når det gjelder kommunale salgs- eller skjenkebevillinger, har kommunene et selvstendig ansvar for å håndheve reklameforbudet. Kommunene som har et ansvar for å føre kontroll med at kommunale bevillingshavere overholder alkoholoven, herunder reklameforbudet, jf. alkoholoven § 1-9.

¹³ [Reklameforbud - Helsedirektoratet](#)

I 2024 fikk Hdir anledning til å ilegge gebyr for overtredelser av reklameforbudet. Utover det har det ikke skjedd noen endring i regelverket. Reklameforbudet utfordres i sosiale medier, og Hdir bruker mye tid på tilsyn og saksbehandling av tilsynssaker (personlig kommunikasjon med Hdir). Det er ukjent om antall saker har økt eller om mer ressurser er satt av til slike saker i perioden etter 2021.

2.4.10 Alkoholavgiften

Alkoholavgiften i Norge er en statlig særavgift som ilegges alkoholholdige drikkevarer ved innenlandsk produksjon og import, og har vært en sentral del av reguleringen av alkoholomsetning over lang tid. Avgiften er hovedsakelig utformet som en mengde- og styrkebasert avgift, der satsene varierer etter drikketype og alkoholinnhold, med høyere avgifter for produkter med høyere alkoholstyrke. Brennevin avgiftsbelegges per volumprosent alkohol per liter, mens øl og vin enten avgiftsbelegges per liter eller per volumprosent, avhengig av styrkeintervall. I 2025 er avgiftssatsen for brennevinsbaserte drikker 9,03 kroner per volumprosent per liter, mens øl i styrkeområdet 3,7–4,7 volumprosent ilegges 23,68 kroner per vareliter. For gjæret alkoholholdig drikk produsert ved små bryggerier gjelder differensierte og reduserte satser innenfor bestemte produksjonsvolumer, med progresjon etter årlig produksjonsmengde. Ordningen, som ble innført i 2019, innebærer lavere avgift per liter for de første produksjonstrinnene og har som formål å ta hensyn til småskalaprodusenter uten å endre hovedprinsippene i avgiftssystemet. De senere årene har alkoholavgiftene i hovedsak blitt justert årlig i tråd med generell prisvekst, f.eks. med om lag 3 prosent økning fra 2024 til 2025, uten vesentlige strukturelle endringer.

2.4.11 Aldersgrense og forbud mot langing

Aldersgrensene er opprettholdt i strategiperioden. Kontroll med at aldersgrensene overholdes er et kommunalt ansvar, og det er vanskelig å vite om håndhevingen av aldersgrensen har endret seg over tid. Unntaket er kontrollen av aldersgrenser i vinmonopolbutikker, som gjennomgående er svært god, og som også ble forbedret i årene 2020-2024. I 2020 avdekket polutsalgene ca. 90% av forsøk på kjøp av mindreårige i mystery-shopping-tester (Vinmonopolets årsrapport, 2021)¹⁴. Dette var økt til 97% i 2024 (Vinmonopolets årsrapport, 2025)¹⁵. Ved privatimport av alkohol er kontrollen av aldersgrensene overlatt til utenlandske nettbutikker.

Når det gjelder forbudet mot langing, heter det i alkoholstrategien at «*Bransjen oppfordres i Helseinspektorens veileder i salgs- og skjenkekontroll (40) til å ha retningslinjer for hvordan man skal håndtere mistanke om langing og å ha rutiner for å rapportere til politiet.*»

Gjeldende veileder for salgs- og skjenkekontroll, som belyser langing på s. 22 og 38, ble publisert 1. desember 2012¹⁶. Det bør vurderes om det er behov for å oppdatere veilederen da informasjonen kan bli utdatert eller av andre grunner miste målgruppen.

Videre i alkoholstrategien står det: «*Kommunen oppfordres til å ha fokus på problematikken og opprette samt intensivere et samarbeid med politiet, både i*

¹⁴ [vinmonopolet-arsrapport-2021.pdf](#)

¹⁵ [ef774075a12ed5977e6e5325356049143a26e5b4.pdf](#)

¹⁶ [Salgs- og skjenkekontroll – Veileder.pdf](#)

forebyggende og reaktivt øyemed, ettersom det har en preventiv effekt å stoppe langing av alkohol til mindreårige.»

Dette fremgår også på s. 22 i Helsedirektoratets veileder for salgs- og skjenkekontroll ¹⁶. Det er imidlertid ikke spesifisert i veilederen hvem som har ansvar for å oppfordre kommunene og på hvilken måte dette skjer.

2.4.12 Øvrig regulering

De siste årene har det vært utredninger og politisk debatt om å senke promillegrensen for småbåter til 0,2 ‰, og Sjøfartsdirektoratet har foreslått dette ¹⁷ (Nasjonal handlingsplan for sjøsikkerhet, 2024), men ingen lovendring er vedtatt per 2026.

De viktigste endringene i regelverket for innførsel av alkohol og tobakk, med betydning for taxfree-handel ved ankomst til norske lufthavner og ferger, har vært knyttet til strammere bytteregler. Fra 1. januar 2022 ble det ikke lenger tillatt å bytte tobakskvoten mot ekstra øl eller vin, og de avgiftsfrie kvotene ble samtidig ført tilbake til nivået som gjaldt før 1. juli 2014. Selve alkoholkvotene (for brennevin, vin og øl) har i hovedsak vært uendret siden dette, og 24-timerskravet for å kunne kjøpe avgiftsfrie varer (taxfree) ved ankomst har ligget fast.

2.4.13 Utarbeide forskrifter om utmåling av overtredelsesgebyr etter alkoholoven

Dette er det eneste punktet som er nevnt som et spesifikt tiltak under prioriteringsområdet "Videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken». Tiltaket er gjennomført ved at HOD har fastsatt forskrifter for overtredelsesgebyr (jfr. tiltak 1a, Tabell 1) slik at ordningen kunne iverksettes, noe den ble i september 2024 ¹⁸.

¹⁷ [nasjonal-handlingsplan-for-sjosikkerhet.pdf](#)

¹⁸ [Forskrift om illeggelse og utmåling av overtredelsesgebyr etter alkoholoven - Lovdata](#)

2.4.14 Vurdering av status for prioriteringsområde 1: Videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken:

I kapittel 3 i Nasjonal alkoholstrategi vises det til at Norge har tatt i bruk virkemidlene som anses for å være mest effektive for å begrense alkoholbruk og relaterte skader og problemer. Vi har i denne delen gått gjennom status for disse, der denne er kjent: bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, alkoholavgiftene og aldersgrensene.

I alkoholstrategien er det ikke spesifisert hva som menes med 'videreføring', og vi la til grunn at en videreføring betyr at det ikke skal skje noen endring i de regulatoriske virkemidlene, verken i mer liberaliserende eller mer restriktiv retning. Der vi har kunnet identifisere endringer, har disse i hovedsak har gått i en mer liberaliserende retning, særlig når det gjelder tiltak som påvirker tilgjengelighet av alkohol:

- I perioden 2020–2024 økte antallet salgsbevillinger for alkoholgruppe 1 med om lag 2 prosent.
- Den 13.02.26 varslet regjeringen at den vil åpne for utvidet mulighet for å selge alkoholholdig drikk over 4,7 volumprosent direkte fra produsent (gårdssalg).
- I perioden 2020–2024 økte antallet kommunale skjenkebevillinger med om lag 10 prosent.
- I perioden 2020-2024, har det vært en økning i andelen kommuner som tillater skjenking frem til kl. 03.00 på fredager og lørdager (20 % for alkoholgruppe 1 og 2 og 31 % for alkoholgruppe 3).
- I forbindelse med fotball-VM for herrer sommeren 2026, har departementet foreslått at kommunene kan midlertidig tillate skjenking av øl og vin (gruppe 1 og 2, ikke brennevin) utover maksimaltiden, for skjenkesteder som viser direktesendte kamper.
- I perioden 2020–2025 økte antallet Vinmonopolutsalg med om lag 5 prosent.
- I 2020 vedtok Stortinget å forskyve åpningstiden på Vinmonopolet på lørdager og dager før helligdager, fra 8:30-15:00 til 10:00-16:00, noe som i praksis innebar en økning i salgstiden med 1 time på lørdager og dager før helligdager.
- De senere årene har alkoholavgiftene i hovedsak blitt justert årlig i tråd med generell prisvekst, f.eks. med om lag 3 prosent økning fra 2024 til 2025, uten vesentlige strukturelle endringer.

Noen av endringene i liberaliserende retning (økt antall skjenkebevillinger, økt skjenketid og økt antall vinmonopolbutikker) er en følge av kommunenes alkoholpolitiske beslutninger, mens økt salgstid i Vinmonopolets butikker og foreslått adgang for gårdssalg og utvidet skjenketid under fotball-VM inngår i den statlige alkoholpolitikken.

2.5 Status: Understøtte alkoholforebygging i kommunene

I kapittel 4 Alkoholforebygging i kommunene står det at regjeringen vil legge vekt på å støtte kommunene i deres alkoholpolitiske arbeid og legge til rette for en systematisk og kunnskapsbasert tilnærming til lokal alkoholforebygging. Et uttalt mål er å legge til rette for at virkemidlene som ligger i den kommunale alkoholpolitikken *utnyttes bedre*.

Alkoholstrategien beskriver følgende tiltak:

2.5.1 Tiltak for å øke kunnskapen om alkoholregelverket

«Regelverket er komplekst og til dels vanskelig tilgjengelig. Regjeringen vil se på tiltak for å øke kunnskapen om alkoholregelverket blant bevillingsmyndighet og bevillingshavere. Blant annet vil Helsedirektoratet i løpet av strategiperioden sørge for kunnskapsheving gjennom konferanser for politikere, oversettelse av aktuelt regelverk til engelsk og utarbeidelse av guider og veiledere til regelverket. Dette vil kunne styrke forvaltningen og etterlevelsen av alkoholregelverket.»

Hdir har i 2023 og 2025 arrangert fagdager om alkoholloven der alle landets kommuner, statsforvalterembeter og KORUS var invitert. Mer informasjon om fagdage finnes på Hdirs hjemmeside ¹⁹. Hdir har videre laget engelskspråklige oversettelser av alkoholloven²⁰ og alkoholregelverk ²¹.

2.5.2 Fireårsregelen og prikktildelingssystemet

Alkoholstrategien har nevnt disse to som følger:

«Regjeringen vil følge opp Folkehelseinstituttets evaluering av fireårsregelen.»

«i etterkant av Folkehelseinstituttets evalueringer vil regjeringen vurdere om det er behov for å gjøre justeringer i regelverket knyttet til prikktildelingssystemet.»

Vi har ikke fått informasjon om at det er gjort noe på disse to punktene gjennom våre generelle forespørsler til HOD og Hdir, og det foreligger heller ingen dokumenter i e-innsyn med treff på 'Fireårsregelen' eller 'Prikktildelingssystem'.

2.5.3 Verktøy i lokalt rusforebyggende arbeid

«Regjeringen vil videreføre arbeidet med å tilby kommunene verktøy og statistikker som folkehelseprofiler, Brukerplan og Ungdata som gir et godt bilde av alkoholforbruket i den enkelte kommune.»

«Det er et mål at kommunene skal få bedre oversikt over lokale utfordringer og gode verktøy til bruk i det lokale forebyggingsarbeidet.»

Hdir publiserer tilgang til folkehelseprofiler og oppvekstprofiler ²² Statistikk fra Ungdataundersøkelsene brukes i Folkehelseprofilene og Oppvekstprofilene ²³

Hdir har inngått avtale med Helse Stavanger om leveranse av Brukerplan (nasjonalt helseregister med opplysninger om personer med rusmiddel- eller/og psykiske helseproblemer som mottar kommunale tjenester) ²⁴. I 2026 var ungdom og rusmidler tema for oppvekstprofilene. Resultatene ble lansert på en konferanse som også kunne følges digitalt ²⁵.

¹⁹ [Helsedirektoratets fagdager om alkoholloven - Helsedirektoratet](#)

²⁰ [Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. \(alkoholloven\)](#)

²¹ [Forskrift om omsetning av alkoholholdig drikk mv. \(alkoholforskriften\)](#)

²² [Last ned folkehelseprofil eller oppvekstprofil - Helsedirektoratet](#)

²³ [Om statistikken fra Ungdataundersøkelsen i Folkehelseprofilene og Oppvekstprofilene - Helsedirektoratet](#)

²⁴ [Brukerplan](#)

²⁵ [Oppvekstprofiler 2026 – Ungdom og rusmidler - Helsedirektoratet](#)

Arbeidet med å tilby kommunene nevnte verktøy og statistikker er derved videreført som angitt i alkoholstrategien.

2.5.4 Hdirs veileder til et systematisk folkehelsearbeid

«Hesledirektoratets veileder til et systematisk folkehelsearbeid (42) gir råd om hvordan arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer kan utføres i praksis. Helseledirektoratet vil gjennomgå og oppdatere veiledninger om forebyggende virkemidler tilpasset lokale utfordringer.»

Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) ble publisert i mars 2021. Gjeldende versjon av veileder for systematisk folkehelsearbeid ble publisert 11. juni 2020 ²⁶, noe som tyder på at veilederen ikke er oppdatert så langt i strategiperioden. Det er ikke kjent om Hdir og HOD har gjort vurderinger av behovet for revidering av veilederen etter 2021.

2.5.5 Medvirkning fra ungdom

«Hesledirektoratet vil i samarbeid med aktuelle organisasjoner invitere ungdom til å delta i ungdomspaneler der ungdom er berørt. Dette kan være relevant for eksempel i forbindelse med endringer i alkoholloven og oppdatering eller utvikling av veiledningsmateriell.»

Hdir har benyttet ungdomspanelet DigiUng ved flere anledninger, blant annet har panelet inngått i en referansegruppe for en rapport (fra 2024) om tverrsektorielt rusforebyggende arbeid blant barn og unge, og panelet har deltatt på en konferanse om ungdom og rusmidler i Hdir (2026).

2.5.6 Vurdering av status for prioriteringsområde 2: Understøtte alkoholforebygging i kommunene:

Tre av punktene på dette prioriteringsområdet er fulgt opp: øke kunnskap om alkoholregelverket gjennom å arrangere fagdager om alkoholloven og oversette alkoholloven til engelsk, tilby kommunene nevnte verktøy og statistikker (Brukerplan og Folkehelse- og Oppvekstprofilerer), og bruk av ungdomspanel. Vi har ikke informasjon om at fireårsregelen og prikktildelingssystemet er fulgt opp eller at Hdirs veileder til et systematisk folkehelsearbeid er blitt revidert i strategiperioden. Når det gjelder de siste to punktene (målet om at kommunene skal få bedre oversikt over lokale utfordringer og gode verktøy og medvirkning fra ungdom) er det uklart hva konkret som er planlagt og eventuelt gjennomført.

2.6 Status: Forsterke tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk (i helsetjenesten)

I kapittel 5 i Nasjonal alkoholstrategi beskrives mulighetene for å forsterke tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk. Det står at regjeringen vil legge til rette for tidlig innsats mot alkoholproblemer og bidra til større åpenhet om skadelig alkoholbruk. Her beskrives

²⁶ Systematisk folkehelsearbeid - Helseledirektoratet

potensialet som ligger i helse- og omsorgstjenestene for å forebygge videreutvikling av risikofylt rusmiddelbruk. I tillegg fremheves NAV, barnevern, PP-tjeneste, skole og arbeidsliv, bedriftshelsetjeneste, frivillige organisasjoner, selvhjelpsgrupper og bruker- og pårørendeorganisasjoner som viktige aktører og arenaer med mulighet til å fange opp problematisk rusmiddelbruk. For tilnærmet samtlige tiltak under dette prioriteringsområdet, har vi fått informasjon fra Hdir om at et arbeid med disse tiltakene er påbegynt våren 2026. En samlet redegjørelse om dette finnes på slutten av seksjon 2.6, og vi har i liten eller ingen grad hatt mer spesifikk informasjon vedrørende status for de enkelte tiltakene.

Regjeringen skisserer følgende konkrete målsettinger for Helse- og omsorgstjenestene i kommunene i strategiperioden:

2.6.1 Øke fastlegenes kunnskap om alkoholproblemer og betydningen av å avdekke slike problemer og utvikle verktøy for å håndtere dette

Det er ikke spesifisert nærmere hvordan dette målet kan oppnås, utover at: «*Regjeringen vil vurdere om flere verktøy [enn NEL, dvs. Norsk Elektronisk Legehåndbok] skal tas i bruk for å legge til rette for at fastlegene i større grad kan bidra til å avdekke og forebygge skadelig alkoholbruk.*»

HOD ba i 2023 FHI om “å vurdere aktuelle strategier og tiltak som kan bidra til i større grad å forebygge helseskader i forbindelse med alkoholbruk”, og dette skulle ses i sammenheng med tiltakene i Nasjonal alkoholstrategi. Blant tiltakene som skulle vurderes, var:

1. Øke kunnskapen hos helsepersonell om alkoholens følgeskader og når man bør være mer oppmerksom på at det kan foreligge et alkoholproblem
2. Øke ferdighetene hos helsepersonell for å kunne gi enkle intervensjoner overfor personer som har alkoholproblemer.

FHI leverte oppdraget i form av et notat i 2023. En oppdatert versjon av notatet ble levert i august 2024. Notatet beskrev en rekke ulike tiltak for å øke kunnskapen og ferdighetene hos helsepersonell for å forebygge alkoholrelaterte helseskader og inngikk som kunnskapsgrunnlag i Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet, del 1 (Meld. St. 5, 2024–2025). For vurdering av status for dette arbeidet, se punkt 2.6.18.

2.6.2 Legge til rette for å videreutvikle behandlingstilbud som uten lang ventetid raskt kan redusere symptomene og styrke funksjonen og livskvaliteten for de som mottar hjelp

Dette dreier seg, mest sannsynlig, om behandlingstilbud for psykisk helsehjelp. Formuleringen er en direkte gjengivelse av en setning i avsnittet om rask psykisk helsehjelp, og det står videre at «*Det er et mål at det etableres flere lavterskeltiltak etter modell av Rask psykisk helsehjelp. Dette er kunnskapsbaserte tiltak som gir økt tilgang og tilgjengelighet til behandling for befolkningen. Fra og med 2021 foreslås en gradvis omlegging av tilskuddsordningen for å styrke opplærings- og implementeringsarbeidet med Rask psykisk helsehjelp.*»

2.6.3 Sikre at relevante veiledere og retningslinjer ivaretar problemstillinger knyttet til bruk av alkohol og rusmidler

I dette avsnittet står det blant annet: «*Flere veiledere og retningslinjer legger føringer for aktiviteten ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For å sikre at disse på en tilfredsstillende måte ivaretar problemstillinger knyttet til bruk av alkohol og andre rusmidler skal*

Helsedirektoratet gjennomgå disse og vurdere behov for revidering.» Hdir oppga i sin oversikt fra 2022 at dette er et løpende tiltak. Blant Hdirs mange nasjonale retningslinjer, råd og veiledere, er det 62 som har nevnt alkohol. Blant disse er det flere som er relevante for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (f.eks. «Tidlig samtale om alkohol og levevaner» og «Råd til kvinner som ammer»), som ikke har vært revidert i strategiperioden (etter 2020). Når det gjelder den nasjonale faglige retningslinjen om svangerskapsomsorgen, er denne revidert (med små endringer) siden 2019, men ingen av endringene handler om problemstillinger knyttet til alkohol eller andre rusmidler. Vi har ikke mottatt informasjon fra Hdir om de har vurdert behovet for revidering av disse veilederne.

2.6.4 Videreutvikle tverrfaglige og oppsøkende FACT-ung team

Dette punktet er hentet fra avsnittet om Oppsøkende arbeid barn og unge: «Det er satt i gang et arbeid for å utvikle tverrfaglige og oppsøkende team for barn og unge med sammensatte hjelpebehov, herunder FACT-ung. FACT-ung piloteres i bydelene Grünerløkka og St. Hanshaugen i Oslo, samt Nesodden og Kristiansund kommuner. Ytterligere 5 forprosjekter er igangsatt andre steder i landet.

Det ble i 2020 bevilget 1,5 millioner kroner til dette arbeidet. Det foreslås bevilget 6,5 millioner kroner i 2021, herunder 2 millioner kroner til opplæring, utvikling av digitale virkemidler og evaluering av FACT-ung. 3 millioner kroner foreslås i 2021 til å utvide piloteringen med flere team. Regjeringen vil på bakgrunn av evalueringen videreutvikle tverrfaglige og oppsøkende FACT-ung team.»

FACT-ung er en ungdomstilpasning av FACT-modellen (Flexible Assertive Community Treatment, eller fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam på norsk). Disse teamene retter seg mot ungdom mellom 12–25 år som har sammensatte vansker og nedsatt fungering på flere områder i livet. For eksempel ungdom som har psykiske vansker, og/eller en grad av rusvansker. Det er gjennomført en evaluering av de første pilot teamene i 2022 ²⁷. Evalueringen trekker frem at ungdommene, deres pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere, opplever at de unge får god hjelp fra FACT ung-teamet, og mener at FACT ung-tilbudet bør bestå og videreutvikles. Men, ifølge evalueringen var ungdom med psykiske problemer, og som i tillegg hadde rusproblemer, i liten grad rekruttert til FACT ung-pilotene. Det er derfor usikkert hvilken betydning FACT-Ung hittil har hatt i rusforebyggende arbeid.

2.6.5 Videreføre satsingen på Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC i ny demensplan. Tiltaket inngår også i nytt kompetanseløft – Kompetanseløft 2025

Punktet er hentet fra avsnittet om Tidlig innsats for eldre: «Regjeringen har gjennom opplæringsprogrammet Eldreomsorgens ABC lagt til rette for at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal få oppdatert fagkunnskap og muligheter for faglig refleksjon. I Eldreomsorgens ABC er rus i eldre år tematisert, og det er et mål at ansatte som har gjennomført opplæringen skal ha drøftet holdninger til rusmiddelbruk hos eldre, ha kunnskap om risikofull bruk av rusmidler hos eldre og kan bevisstgjøre og motivere tjenestemottakere til å ta forebyggende og helsefremmende valg.»

Alkoholstrategien gir ingen informasjon om hvordan satsningen på Demensomsorgens ABC skal skje. Om Kompetanseløftet 2025 står det: «I Kompetanseløftet 2025, vil det være kompetansetiltak til ansatte innen psykisk helse og rusproblematikk gjennom kompetanse- og

²⁷ [Evaluering FACT ung-piloter](#)

innovasjonstilskuddet.» Fylkeskommunene kan søke om tilskudd til kompetansetiltak innen psykisk helse og rusfeltet.

Disse ABC-opplæringene er utviklet av Nasjonalt senter for aldring og helse på oppdrag fra Hdir. I Demensplan 2025²⁸ står det at ansatte fra 345 av 356 kommuner har deltatt i kompetansehevingsprogrammene Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC i perioden 2004-2025.

I Demensplan 2025 fremheves alkohol som risikofaktor for demens, og viktigheten av opplæring av helsepersonell understrekes.

2.6.6 Oppfordre kommunene til å ta i bruk forebyggende hjemmebesøk for eldre

Alkoholstrategien viser til et rundskriv til kommunene i 2016 om forebyggende besøk og til Hdirs veileder om forebyggende hjemmebesøk. Det står ikke noe nærmere om hvordan oppfordringsarbeidet skal gjøres i alkoholstrategien og vi har ikke mottatt informasjon fra HOD eller Hdir om dette.

For spesialisthelsetjenesten skisserer regjeringen flere ambisiøse målsettinger:

2.6.7 At ansatte i somatiske avdelinger har tilstrekkelig kompetanse om og kunnskap i bruk av anbefalte kartleggingsverktøy for alkoholbruk blant pasienter

I alkoholstrategien står det at: «*Helsepersonell bør ha nødvendig kunnskap om det biologiske, psykologiske og sosiale grunnlaget for utvikling av rus- og avhengighetslidelser. De bør også ha kunnskaper, holdninger og ferdigheter knyttet til sentrale undersøkelses-, behandlings- og rehabiliteringsmetoder av mennesker med rus- og avhengighetsproblemer.*» Det står ikke noe om hvordan man vil nå denne målsettingen.

2.6.8 At somatiske avdelinger etablerer systemer for å identifisere pasienter med underliggende rusproblemer, og at dette følges opp i alle helseforetak

Dette er også sentralt for Systematisk kartlegging og oppfølging (SKO). HODs oppdragsbrev til RHF'ene har siden 2014 pålagt dem å gjøre dette, men uten å lykkes i særlig grad (Rossow, 2026). Det framgår ikke av alkoholstrategien hva man vil gjøre for å oppnå at avdelingene etablerer slike systemer.

2.6.9 Vurdere om pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten skal inneholde krav om kartlegging av skadelig bruk av alkohol og andre rusmidler

I alkoholstrategien står det: «I pakkeforløp psykiske lidelser voksne står det konkret om hvordan basisutredning inneholder kartlegging av rusmiddelbruk. Denne anbefalingen bør også konkretiseres i somatiske pakkeforløp, som for eksempel for kreftsykdommer.» Det står ikke noe nærmere om dette i alkoholstrategien.

²⁸ [Demensplan 2025 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

2.6.10 At det etableres gode systemer og rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger og TSB, og mellom psykisk helsevern og TSB

I alkoholstrategien står det: «*Det er behov for å utvikle samhandlingen mellom somatiske avdelinger og TSB om pasienter som trenger behandling innenfor begge fagområder, herunder tilrettelegge for mer tilgjengelige konfereringsordninger og eventuelt rusfaglig tilsyn. Dette gjelder også for samhandling mellom psykisk helsevern og TSB. Samarbeid må etableres både på systemnivå og på individnivå, med tydelige rutiner for samhandling rundt den enkelte pasients behandling.*»

Det er ikke beskrevet i alkoholstrategien hvordan dette skal gjøres.

2.6.11 Ha basistjenester som akuttmottak, avrusning, poliklinikk, ambulante tjenester og døgnbehandling, innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak

Under avsnittet om behandlingstilbudet til pasienter med alkoholproblemer står det: «*For at pasientene som identifiseres med ruslidelser i de somatiske sykehusavdelingene og psykisk helsevern skal få tilpasset helsehjelp, er det avgjørende at det finnes gode basistjenester innenfor TSB. Det innebærer at pasientene må ha tilgang på akutte tjenester, avrusning, poliklinikk, ambulant virksomhet og døgntilbud. Kvaliteten på tjenesten må være god og i samsvar med nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp. Oppbygging av slike basistjenester innenfor TSB i alle helseforetak er en forutsetning for å lykkes med god oppfølging av den enkelte pasient og realisere målet om tilgjengelige tilbud, tidlig intervensjon og forsvarlig oppfølging av pasienter med kjent rusmiddelproblematikk*». Dette er trolig en ambisiøs målsetting, og det står ikke noe om hvordan man vil oppnå dette.

2.6.12 Sikre faste stedlige tjenester innen psykisk helsevern og TSB i alle fengsler

Under avsnittet om behandlingstilbudet til pasienter med alkoholproblemer står det videre: «*I tillegg til basistjenester, må TSB nå ut til pasientgrupper som vanskelig kan benytte seg av ordinære tjenester. Det er eksempelvis anslått at om lag 65 prosent av innsatte i norske fengsel har et rusproblem, og alkohol er den dominerende rusutfordringen også i denne gruppen. Mange innsatte ønsker og har behov for å jobbe med sin rusmiddelproblematikk under soning, men rusbehandling må tilpasses fengselet og rammebetingelsene der. Regjeringen vil derfor etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som sikrer faste stedlige tjenester innenfor begge fagområdene i alle fengsler*». Det står ikke noe nærmere om hvordan dette skal oppnås.

2.6.13 Tilrettelegge for at flere individuelle jobbstøtte-virksomheter gir tilbud til personer med rusmiddelproblemer

På s. 45 (i egen boks) står det: «*Individuell jobbstøtte (IPS) er et tilbud til personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser som ønsker bistand til å komme i ordinært, lønnet arbeid. [] Det er et mål å få flere IPS-virksomheter til å gi et tilbud til personer med rusmiddelproblemer.*» Det står ikke noe nærmere om hvordan dette skal oppnås i alkoholstrategien.

2.6.14 At ungdom som har vært til behandling for alkoholforgiftning eller annen forgiftning på sykehus eller på legevakt, får tilbud om samtale og videre oppfølging med kvalifisert personell

Dette punktet er kanskje en spissing av følgende formulering i alkoholstrategien: *“Det er et mål at alle helseforetak skal utvikle og implementere gode rutiner for identifikasjon og intervensjon overfor pasienter som har en helseskadelig bruk av alkohol. Helseforetakene skal ha systemer og rutiner på plass som sikrer at nødvendig kartlegging finner sted, med prosedyrer som beskriver rutinene for å avdekke skadelig bruk av rusmidler. Det kan eksempelvis dreie seg om akutt ruspåvirkning, der pasienter med høy promille trenger observasjon eller der pasienten har inntatt rusmidler eller legemidler som kan øke faren for somatiske komplikasjoner eller forgiftning/alkoholdelir.”* Det står ikke noe nærmere om hvordan dette skal følges opp i alkoholstrategien.

2.6.15 Utrede tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge – TSB Ung

I alkoholstrategien framkommer det at: - det er få pasienter under 18 år som kommer i behandling i TSB, - det er nødvendig å sørge for tilstrekkelig kunnskap om rusproblematikk hos spesialister i BUP. Og – relevante spesialistutdanninger innen medisin og psykologi må ivareta behovet for at behandlerne har god kunnskap om barn og unge og rus og avhengighet. Det er ikke beskrevet nærmere i alkoholstrategien hvordan tilstrekkelig kunnskap skal sikres blant behandlere og vi har ikke mottatt informasjon om dette fra HOD eller Hdir.

Om Nettbaserte behandlings- og kartleggingstilbud står det at regjeringen vil:

2.6.16 Utnytte mulighetene digitale løsninger gir for tidlig innsats mot psykiske lidelser og rusproblemer

I alkoholstrategien står det (s. 47): *«Å bygge ut digitale tjenester og andre lavterskeltilbud bidrar til nærhet og bedre tilgjengelighet. Med digitale løsninger kan en nå pasientgrupper som har høy terskel for å oppsøke hjelp, eller av andre grunner har utfordringer med å komme i kontakt med hjelpeapparatet (f.eks. reisevei). Veiledet nettbasert behandling kan gi en mer aktiv pasientrolle hvor man i større grad tar ansvar for egen helse. Dette vil kunne gi flere hjelp til å mestre sin egen livssituasjon – uten lang ventetid. Samtidig frigjøres ressurser til behandling av andre pasienter slik at kapasiteten i helsetjenesten øker»*- Prøveprosjektet E-meistring er omtalt i dette avsnittet. Det står ikke noe nærmere i alkoholstrategien om hvordan man vil utnytte mulighetene som digitale løsninger gir.

I tillegg skriver regjeringen at utsatte barn og unge og deres familier vil støttes gjennom å:

2.6.17 Videreføre støtten til kommunenes arbeid med å gi barn og unge riktig hjelp til riktig tid

Under avsnittet Utsatte barn og familier står det, blant annet: *«Bufdir gir tilskudd til systematisk identifikasjon og oppfølging av utsatte barn. Tilskuddsordningen er etablert for å støtte kommunenes arbeid med å gi barn og unge riktig hjelp til riktig tid. Tilskuddsmidlene skal styrke kommunenes utviklingsarbeid, forebyggende arbeid og arbeid som skal hindre problemutvikling, ekskludering og marginalisering av barn og unge. Gjennom utvikling av en helhetlig samhandlingsmodell kan kommunen:*

- kartlegge og systematisere kompetanse og tiltak i kommunen

- utvikle bedre verktøy for å identifisere og følge opp utsatte barn og familier styrke det tverrfaglige samarbeidet på tvers av tjenester og nivåer
- gi ansatte økt kunnskap og kompetanse i arbeidet med utsatte barn
- styrke brukermedvirkning i arbeidet med barn og familier

Rusmiddelbruk hos barn eller deres foreldre kan gi grunnlag for tiltak fra barnevernet. Barnevernloven skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Dette innebærer at hjelp enten kan gis direkte til barnet eller hjelpen kan rettes mot å bedre foreldres omsorgskompetanse. For å kunne gi hjelp er barnevernstjenesten avhengig av å få informasjon når noen er bekymret for et barn.» Det synes som om 'videreføring av støtten til kommunenes arbeid' er – i hvert fall delvis - knyttet til Bufdir's tilskudd. Bufdirs tilskudd til kommunene for systematisk identifikasjon og oppfølging av barn har gått ned i årene 2022 – 2024. I 2024 fikk 15 norske kommuner 500 000,- hver i tilskudd fra Bufdir etter søknad (totalt 7, 5 mill.). I 2023 fikk 29 kommuner til sammen 18,9 mill., fordelt med litt ulike beløp. I 2022 fikk 33 kommuner til sammen 23,5 mill., tilskuddet var enten 1 mill. eller 0,5 mill. til hver kommune. Fra og med 2026 er denne tilskuddsordningen avviklet ²⁹.

Hdir har oppgitt at dette tiltaket også inngår i det større samlede arbeidet hvor tiltak i Nasjonal alkoholstrategi 'sluses inn' (jfr. punkt 2.6.18).

²⁹ [Tilskudd til systematisk identifikasjon og oppfølging av utsatte barn | Bufdir](#)

2.6.18 Vurdering av status for prioriteringsområde 3: Forsterke tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk (i helsetjenesten):

Innenfor dette prioriteringsområdet er det ett punkt (- sikre at relevante veiledere og retningslinjer ivaretar problemstillinger knyttet til bruk av alkohol og rusmidler) som kanskje kan være ivaretatt gjennom aktiviteter i 2025 eller tidligere. Hdir anga dette punktet som en løpende oppgave i 2022. Den nasjonale faglige retningslinjen for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom favner et bredt sett av råd og anbefalinger for disse helsetjenestene, deriblant anbefaling om skolehelsetjenestens bidrag i universell rusforebygging, og retningslinjen ble revidert i 2025.

Når det gjelder de øvrige 16 punktene på dette prioriteringsområdet, opplyser Hdir (personlig kommunikasjon 30.04-3.05) følgende:

«Vi er i gang med et større arbeid med alkohol i helse- og omsorgstjenestene, forankret i føringer fra alkoholstrategien, Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet (St.meld. 5, 2024-2025) og oppdrag i tildelingsbrev. Tiltak om tidlig intervensjon mv. fra Nasjonalt program blant annet, vil "sluses" inn her.

Det konkrete arbeidet er - i første omgang - å gjennomføre en utredning av konkret problemforståelse/utfordringsbilde og mulige tiltak på alkoholområdet i tjenestene, jf. tiltaket i handlingsplan mot overdoser, del C.

Arbeidet ledes av Helsedirektoratet, i samarbeid med ekstern faglig leder Torgeir Gilje Lid. Arbeidsgruppa vil utgjøres av omtrent 15 eksterne med representasjon fra praksisfeltet, forskning, og bruker-/erfaringskompetanse. Invitasjon til arbeidsgruppa vil gå ut i disse dager og det planlegges et oppstartsmøte i juni.

Oversikt over innsats til nå:

- Intern forankring i direktoratet i relevante divisjoner og avdelinger
- Allokering av personellressurser internt
- Anskaffelse av faglig leder
- Organisering av arbeidsgruppe
- Planlegging av prosessen

Alle tiltak i alkoholstrategien og FBR vil vurderes i utredningen. Det meste av arbeid og oppdrag om alkohol på tjenesteområdet "samles" i utredningen. Tiltak skal både vurderes, og prioriteres, og det skal gis anbefalinger om oppfølging. Utredningen er dermed et slags første steg i en lengre prosess.»

Arbeidet med tiltak på dette prioriterte området har altså startet ganske nylig. Ettersom den planlagte utredningen som favner tiltak i alkoholstrategien er et første steg i en lengre prosess, er det per nå ikke klart hvor mange av tiltakene på dette området som blir iverksatt i løpet av den forlengete strategiperioden (til 2030).

2.7 Status: Fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter

I kapittel 6 i Nasjonal alkoholstrategi står det at regjeringen vil fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter. Videre beskrives det at hensikten med dette er å legge til rette for å ta alkoholfrie valg, og øke aksepten for ikke å drikke. Det skisseres ulike målsettinger innenfor hver av disse arenaene. Disse oppsummeres under.

Innen idretten vil regjeringen:

2.7.1 Bidra til å opprettholde idretten som en alkoholfri sone for barn og unge

Under avsnittet om idretten står det: «Kulturdepartementet følger opp idrettens verdiarbeid, herunder arbeidet med å bevare idretten som en alkoholfri sone for barn og unge, gjennom sin løpende dialog med idrettsforbundet». Dette er et eksempel på at arbeidet med alkoholstrategien favner noe videre enn den sentrale helseforvaltningen. Det står ikke mer om hva Kulturdepartementet skal gjøre. I svarene på vår generelle henvendelse til HOD har vi heller ikke mottatt noen konkretiseringer av dette.

2.7.2 Arbeide for at alle barn, uavhengig av foreldrenes sosiale og økonomiske situasjon, skal ha mulighet til å delta jevnlig i minst én organisert fritidsaktivitet sammen med andre

På s. 54 står det: «Å legge til rette for likere muligheter til å delta [i fritidsaktiviteter] vil gi flere tilgang til fellesskapet i slike aktiviteter og kan bidra til å styrke det generelle forebyggende arbeidet, også på det ruspolitiske området». Det står ikke noe nærmere om dette punktet. Premisset for målet om at alle barn skal kunne delta i minst en organisert fritidsaktivitet impliserer trolig økonomiske støtteordninger. I svarene på vår generelle henvendelse til HOD har det ikke fremkommet informasjon som tilsier at det er iverksatt økonomiske støtteordninger for å sikre barns deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter.

Innen utdanning vil regjeringen:

2.7.3 Legge til rette for rusundervisning i skolen gjennom det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring

På s 57 heter det: «I de nye lærerplanene fra 2020 inngår rus som tema både i samfunnsfag, samfunnskunnskap (videregående skole) og naturfag. Tematikken er forankret i det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring og knyttes til at elevene skal settes i stand til å gjøre gode valg for seg selv om sin fremtid». Det er uklart hva regjeringen vil gjøre utover det som allerede finnes i læreplanen fra 2020.

2.7.4 Oppdatere støttemateriell for rusmiddelforebyggende arbeid i skolen i tråd med læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020 som ble tatt i bruk i skolen fra høsten 2020

Støtteressurs for rusmiddelforebyggende arbeid i skolen ble oppdatert av Hdir våren 2025 og sendt på høring til ulike aktører i juni 2025³⁰. Høsten 2025 ble støtteressursen revidert. Den reviderte versjonen av støtteressursen er ikke publisert, men skal ferdigstilles før sommeren slik at den kan tas i bruk skoleåret 2026/2027 (personlig kommunikasjon med Hdir 04.05.26).

³⁰ [Støtteressurs for rusmiddelundervisning i grunn- og videregående skole - Helsedirektoratet](#)

2.7.5 Invitere til et rådslag om rusmiddelforebyggende arbeid i tilknytning til russefeiring og fadderukene

Hdir gjennomførte rådslag om rusmiddelforebyggende arbeid i tilknytning til fadderuker i juni 2023 og i tilknytning til russefeiring i juni 2024. Med hensyn til sistnevnte publiserte Hdir en oppsummering av innspillene på sin nettside i april 2024 ³¹.

I arbeidslivet vil regjeringen:

2.7.6 Invitere arbeidslivets parter til et toppmøte om rus og arbeidsliv

På s. 59 heter det: «Regjeringen vil etablere et samarbeid med arbeidslivets parter om bevissthet rundt holdninger til alkohol i arbeidslivet og verdien av alkoholfrie arenaer. Formålet er sette konkrete mål for et styrket og forpliktende samarbeid om partenes alkoholforebygging i arbeidslivet og styrke arbeidslivets kunnskap om og bruk av effektive, forebyggende virkemidler. Helsedirektoratet vil invitere arbeidslivets parter til et toppmøte om rus og arbeidsliv. Toppmøtet skal forankres i en arbeidsgruppe som skal vurdere tidsperspektiv og behovet for årlige toppmøter. Arbeidsgruppens forslag legges fram på toppmøtet.»

Under punktet arbeidsliv fremhevet Hdir følgende punkter som svar på vår generelle henvendelse om hva som er fulgt opp i alkoholstrategien:

1. Hdir arrangerte et toppmøte om rus og arbeidsliv i samarbeid med Akan kompetansesenter 1. september 2021. Arbeidslivets parter, LO, NHO og staten, var representert, og HOD, Hdir og Akan kompetansesenter deltok. En forsker fra FHI oppsummerte kunnskapsstatus på feltet og pekte på kunnskapsbehov.
2. Som oppfølging av toppmøtet, samarbeidet Hdir, Akan kompetansesenter og partene i arbeidslivet om en kampanje, "Brygget for ettertanke". I den forbindelse mottok Akan økt tilskudd (kr 2 mill. i tillegg til deres øremerkede driftstilskudd) i 2022.
3. Hdir finansierte forskningsprosjektet «En oppfølging av Nasjonal alkoholstrategi i arbeidslivet (2021-2025) - monitorering, kunnskap og forebygging». Prosjektet ledes av FHI og det ble tildelt kr 4,5 mill. i perioden 2021-2026. Prosjektet er i rute. Avsluttende rapport skal publiseres i 2026.

FHI sendte en oppfølgingsmail til HOD og Hdir med spørsmål om de hadde kjennskap til om det var satt konkrete mål for et styrket og forpliktende samarbeid om partenes alkoholforebygging i arbeidslivet, hva som evt. er gjort for å styrke arbeidslivets kunnskap om og bruk av effektive, forebyggende virkemidler, hvordan tidsperspektivet og behovet for årlige toppmøter var blitt vurdert (jfr. formålet skissert i alkoholstrategien, se over). Det ble også stilt spørsmål om det er arrangert flere toppmøter etter 2021 og om toppmøtet er fulgt opp på andre måter. Hdir svarte at Akan kompetansesenter hadde ansvar for å følge opp dette arbeidet og en henvendelse ble sendt til Akan kompetansesenter. De svarte at det foreløpig ikke er satt konkrete mål for et styrket og forpliktende samarbeid om partenes alkoholforebygging i arbeidslivet, men at de arbeider med et mandat for arbeidsgruppen. Akan kompetansesenter jobber kontinuerlig for å styrke arbeidslivets kunnskap om og bruk av effektive forebyggende virkemidler, bla. gjennom konferanser og kampanjer. Videre vurderer Akan kompetansesenter å arrangere et nytt toppmøte for arbeidslivets parter i 2026, men det er foreløpig ikke er besluttet.

³¹ [En trygg russefeiring for alle? Oppsummering av innspill fra rådslag 08.06.2023 - Helsedirektoratet](#)

2.7.7 Fortsatt støtte opp under Akan-modellen i norsk arbeidsliv

På s 60 er Akan kompetansesenter omtalt. Det står ellers ikke noe om hva som konkret skal gjøres for å støtte opp under Akan-modellen. 'Akan-modellen' er et samlebegrep som brukes for å beskrive de ulike tiltakene Akan kompetansesenter benytter i sitt arbeid. Virksomheter som benytter seg av Akan-modellen kan tilby arbeidstakere med avhengighetsproblematikk en individuell Akan-avtale slik at arbeidstaker får hjelp mens de står i jobben, samtidig med at HMS på arbeidsplassen blir ivaretatt. Vi vet lite om hvor utbredt Akan-modellen er i norsk arbeidsliv, og blant virksomheter som benytter seg av Akan-modellen, vet vi lite om i hvilken grad de ulike tiltakene i modellen er implementert og hvorvidt arbeidstakere og arbeidsgivere opplever at de ulike tiltakene fungerer slik de er tenkt (Moan et al., 2025).

I vegtrafikken vil regjeringen:

2.7.8 Videreføre arbeidet mot ruspåvirket trafikkdeltakelse til lands, til vanns og i luften

Dette tiltaket har vi også omtalt under prioriteringsområdet «Videreføring av hovedlinjene i alkoholpolitikken knyttet til «Øvrig regulering av alkohol», der blant annet Vegtrafikklovens promillegrenser er omtalt. Under prioriteringsområdet Alkoholfrie arenaer vises det til Nasjonal tiltaksplan for trafikkikkerhet på vei 2018-2021 med definerte mål for omfang av ruspåvirket kjøring i 2026. I denne tiltaksplanen er det nedfelt flere tiltak rettet mot ruspåvirket trafikkferdsel, deriblant vurdering av påbud om alkohol og holdningsskapende arbeid. Det står ikke noe nærmere om hvordan dette arbeidet skal videreføres og vi har ikke mottatt informasjon om dette fra HOD eller Hdir.

2.7.9 Rådslag om alkoholfrie arenaer

I 2024 ga HOD i oppdrag til Hdir å gjennomføre et rådslag med relevante aktører om alkoholfrie arenaer. Det ble gjennomført 25. november 2024. Noen av spørsmålene som ble drøftet var: Hvilke arenaer bør være alkoholfrie?, Hvordan kan vi sørge for tilslutning i befolkningen til alkoholfrie arenaer?, Hvordan fremme inkluderende arenaer? og Hvordan kan folks forståelse av alkoholbruk og konsekvenser av alkoholbruk bidra til økt eller redusert støtte for alkoholfrie arenaer? Innspillene i rådslaget ble oppsummert av Hdir i et notat til HOD. Vi har ikke mottatt informasjon fra HOD eller Hdir om og eventuelt hvordan innspillene fra rådslaget er fulgt opp.

2.7.10 Vurdering av status for prioriteringsområde 4: Fremme alkoholfrie arenaer:

Gjennomgangen av dette prioriteringsområdet viser at det er gjennomført flere enkle konkrete tiltak som rådslag (om fadderuker, russefeiring og alkoholfrie arenaer) og et toppmøte (om rus og arbeidsliv). Hdir har også oppdatert en Støtteressurs for rusmiddelforebygging i grunn- og videregående skole som vil tas i bruk skoleåret 2026/2027. Tre av de øvrige tiltakene er diffuse («bidra til å opprettholde idretten som en alkoholfri sone», «legge til rette for rusundervisning i skolen», og «støtte opp under Akan-modellen»), og det er vanskelig å gjøre en vurdering av hva som eventuelt er gjort på disse områdene. To av tiltakene er så vidt vi kan se ikke iverksatt («støtteordninger for å sikre barns deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter» og «videreføring av arbeid mot ruspåvirket ferdse»).

2.8 Status: Styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol

I kapittel 7 i Nasjonal alkoholstrategi vises det til viktigheten av å øke kunnskapen om sykdoms- og skaderisiko forbundet med alkoholbruk (10). Videre står det at regjeringen vil sikre tilgang til oppdatert og kvalitetssikret informasjon om skadevirkningene av alkohol og andre rusmidler, tilpasset mottakergruppene. Målet er økt kunnskap om skader, sykdomsrisiko og tredjepartsskader. På dette området har alkoholstrategien følgende tiltakspunkter:

2.8.1 Utrede spørsmålet om det er faglig grunnlag for å innføre en generell veileder om alkoholbruk, eventuelt med anbefalte øvre grenser for alkoholinntak

På s. 67 står det: «*Helsedirektoratet vil blant annet på denne bakgrunn utrede spørsmålet om det er faglig grunnlag for å innføre en generell veileder om alkoholbruk, eventuelt med anbefalte øvre grenser for alkoholinntak.*»

Utredningen er gjennomført av Hdir og er klar for oversending til HOD (personlig kommunikasjon med Hdir 7.05.26). FHI har foreløpig ikke fått tilgang til utredningen.

2.8.2 Fortsatt sikre tilgang til oppdatert og kvalitetssikret informasjon om alkohol og andre rusmidler tilpasset mottakergruppene

På s 65 står det: «*Helsenorge.no, Rustelefonen.no og Ung.no er viktige kanaler for å formidle kvalitetssikret informasjon om alkohol til befolkningen. Også Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og flere helseforetak har informasjon om alkohol*». Dette er et av tiltakene som Hdir angir som en løpende oppgave. Hdir bidrar til informasjonsinnholdet på Helsenorge.no, Hdir finansierer Rusinfo.no (tidligere Rustelefonen.no), og Hdir leder, i samarbeid med Bufdir, et tverrsektorielt samarbeid – DigiUng – som favner Ung.no. Nettsidene er tilgjengelige og ved søk på 'alkohol' på disse sidene synes innholdet å være oppdatert og å gi pålitelig informasjon. Det tas forbehold ved at søkene ikke var systematiske og omfattende.

2.8.3 Foreslå å innføre krav til advarselsmerking på alkoholholdig drikk i Norge

På s. 67 står det: «*Regjeringen anser at advarselsmerking av alkoholholdig drikk vil kunne øke befolkningens kunnskap om risiko ved alkoholbruk. Regjeringen vil derfor foreslå å innføre en ordning med krav til advarselsmerking i Norge.*»

HOD satte i gang arbeidet med advarselsmerking ved et oppdrag til Hdir i 2021, som ble fulgt opp i tildelingsbrevet i 2022. Det ble senere fulgt opp ved et oppdrag i tildelingsbrevet for 2023 om å vurdere praktiske løsninger for å innføre merking av helseinformasjon på alkohol (personlig kommunikasjon med HOD 10.04.26). Oppdraget ble svart ut i desember 2024 med et notat der det anbefales å merke alkohol med nødvendig helseinformasjon, blant annet med hensyn til kreftrisiko. Når endelig beslutning tas med hensyn til eventuell innføring av krav om advarselsmerking er per mai 2026 uvisst.

2.8.4 Starte en prosess for å foreslå nasjonale krav til innholdsmerking i Norge

På s. 68 står følgende: «*Regjeringen vil starte en prosess for å foreslå nasjonale krav til innholdsmerking i Norge. Hvorvidt det er gjennomførbart å innføre et slikt krav, vil avhenge av de EØS-rettslige prosesskravene for å få dette godkjent. Dersom det viser seg at det blir felles regler i EØS-området, vil vi unngå utfordrende problemstillinger knyttet til innføring av særnorske nasjonale krav som fraviker fra EØS-retten. Europakommisjonen er imidlertid ikke sikret gjennomslag for sine forslag i den politiske behandlingen i EU.*»

HOD ga Mattilsynet i oppdrag å utrede innføring av innholdsmerkebestemmelser for alkohol i 2021. Det ble ikke levert noen utredning på dette, ettersom det på den tiden pågikk prosesser i EU for å utvikle alkoholmerkebestemmelser. Det er nå vedtatt innholdsmerkebestemmelser for vin og aromatiserte drikker i EU, og det er til vurdering om det skal tas inn i EØS-avtalen (personlig kommunikasjon med HOD 10.04.26).

2.8.5 Bidra til at helsepersonell har nødvendig kunnskap om forebygging og behandling av rusmiddelrelaterte problemer

Dette er et omfattende punkt, og det overlapper i vesentlig grad med tiltaket beskrevet i 2.6.1 (Øke fastlegenes kunnskap om alkoholproblemer og betydningen av å avdekke slike problemer og utvikle verktøy for å håndtere dette) og 2.6.15 (Utrede tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge – TSB Ung). På s 70 heter det: «I forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene, som gjelder for helse- og sosialfagutdanninger som gis i universitets- og høgskolesektoren, står det at kandidatene etter endt utdanning skal ha «kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov.» (Jf. forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, § 2, andre ledd, 7.) Det innebærer at alle utdanninger som omfattes av forskriften skal gi opplæring i dette.» Og videre: «Noen grupper av helsepersonell må ha spesialisert kompetanse om rus- og avhengighet. For å styrke fagområdet er det blant annet etablert en egen medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin for leger. Det skal også utvikles retningslinjer for en masterutdanning i psykisk helse og rusarbeid for sykepleiere, og for en tverrfaglig videreutdanning innen psykisk helse og rusarbeid som er ment å fungere som et tverrfaglig tilbud rettet mot flere profesjonsgrupper for å ivareta behovet for tverrfaglighet i psykisk helse- og rusarbeid. I begge utdanningene er det viktig å sikre kompetanse innen somatiske helseproblemer hos pasientgruppene, og de skal begge innrettes mot behovene både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I Kompetanseløftet 2025, vil det være kompetansetiltak til ansatte innen psykisk helse og rusproblematikk gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet.»

Både mht. grunnutdanning for helsepersonell og spesialisert utdanning finnes det noen kompetansetiltak: en forskrift for helse- og sosialfagutdanninger i UH-sektoren og spesialisert masterutdanning og videreutdanning. En fortolkning av at målet her er å bidra til at helsepersonell har **nødvendig** kunnskap, er at helsepersonell ikke har (eller hadde i 2020) nødvendig kunnskap og at regjeringen vil gjøre noe for å bidra til at de får denne kunnskapen. Hva dette bidraget i så fall består i er usikkert. En annen fortolkning kan være at dette er noe man monitorer og jevnlig forsikrer seg om at helsepersonell har nødvendig kunnskap.

For status på dette punktet, se 2.6.18.

2.8.6 Anbefale at det etableres konkrete læringsmål for kunnskaper og ferdigheter helsepersonell må inneha innen kartlegging og oppfølging av ruslidelser

Vi kan ikke se at dette punktet speiler øvrig tekst i alkoholstrategien, og vi har heller ikke funnet informasjon om at det er kommet slik anbefaling. Det er mulig at dette punktet også omfattes av det større arbeidet som nylig er igangsatt, se 2.6.18.

2.8.7 Bidra til å formidle kunnskap om alkohol og mulige skadevirkninger

Vi kan ikke se at dette punktet speiler øvrig tekst i alkoholstrategien. Dette punktet er angitt som et løpende tiltak i Hdir.

2.8.8 Vurdering av status for prioriteringsområde 5: Styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol:

Hdir har utredet spørsmålet om det er faglig grunnlag for å innføre en generell veileder om alkoholbruk, men utredningen er ikke sendt til HOD. Det er ikke spesifisert hvordan man konkret skal sørge for oppdatert informasjon på *Helsenorge.no*, *Rustelefonen.no* og *Ung.no*, og hvordan man skal sikre fortsatt tilgang til informasjonen. Arbeidet med advarselsmerking av alkoholholdig drikk ble igangsatt i 2021, og Hdirs oppdrag ble svart ut i desember 2024. I mai 2026 er det fremdeles uvisst når endelig beslutning tas med hensyn til eventuell innføring av krav om advarselsmerking. Utredningen av mulig innføring av innholdsmerkebestemmelser for alkohol ble igangsatt i 2021. Det er vedtatt innholdsmerkebestemmelser for vin og aromatiserte drikker i EU, og det er til vurdering om skal tas inn i EØS-avtalen. Formidling om kunnskap om alkohol til befolkningen generelt er en løpende oppgave i Hdir. Når det gjelder punktene om helsepersonells kunnskaper og ferdigheter, antar vi at dette vil inngå i det nylig oppstartete arbeidet i Hdir, jamfør tilbakemeldingen under punkt 2.6.18.

2.9 Status: Prioritere forskning på sykdom og skader knyttet til alkohol

Det er angitt to tiltak under dette prioriteringsområdet:

2.8.1 Prioritere forskning på rusmiddelbruk og sykdomsutvikling og skader

I kapittel 8 i Nasjonal alkoholstrategi er det angitt at HOD skulle be Norges forskningsråd (NFR) om å prioritere forskning på sykdomsutvikling og skader knyttet til alkohol på områder der det er manglende kunnskap. Denne føringen ble fulgt opp formelt ved at prioriteringen ble tatt inn i HODs tildelingsbrev til NFR i 2021, og indirekte videreført i påfølgende tildelingsbrev gjennom henvisninger til oppfølging av alkoholstrategien. Ifølge tilbakemelding fra NFR har dette imidlertid ikke resultert i dedikerte utlysninger eller særskilte satsinger på alkoholforskning i perioden. Alkoholrelatert forskning har kun kunnet inngå som tema innenfor generelle ordninger, som fri prosjektstøtte og brede helseutlysninger. Det er dermed vanskelig å se at prioriteringen i praksis har ført til økt forskningsinnsats på alkohol og alkoholrelaterte sykdoms- og skadeutfall. FHI etterlyste i 2023, i tråd med føringene i alkoholstrategien, tydeligere utlysninger på alkoholområdet i dialog med HOD. Så langt er det imidlertid ikke indikasjoner på at dette har resultert i særskilte prioriteringer eller satsinger fra NFR.

HOD har imidlertid vært partner i WHO sitt Evidence into Action Alcohol Project (EVID-ACTION prosjekt), der målsettingen er å redusere alkoholrelaterte skader i samfunnet ved en kunnskapsbasert alkoholpolitikk. Dette prosjektet har vært tildelt 10 mill. EUR (personlig kommunikasjon HOD 10.04.26). Vi har ikke informasjon om hvorvidt dette prosjektet har bidratt til prioritering av forskning på sykdom og skader av alkohol i Norge.

2.9.2 Vurdere behovet for å innføre et årlig grensehandelsbarometer

På s. 74 står det: «Regjeringen vil prioritere arbeidet med å utvikle bedre oversikt over grensehandelen, herunder handel med alkohol, og vil vurdere behovet for å innføre et årlig grensehandelsbarometer.»

SSB har lagt om statistikken over grensehandelen i 2023. Denne statistikken har kun beløp, ikke varemengder³², og det er derfor ikke et fullt grensehandelsbarometer.

2.8.3 Vurdering av status for prioriteringsområde 6: Prioritere forskning på sykdom og skader knyttet til alkohol:

Gjennomgangen av dette prioriteringsområdet viser at det i tidsrommet 2021-2026 ikke har vært dedikerte utlysninger eller særskilte satsinger på alkoholforskning gjennom utlysninger i NFR. Så langt i strategiperioden har det ikke blitt utviklet et grensehandelsbarometer.

3. Behov for styrket innsats gjennom strategiperioden

Vurderingene av behov for styrket innsats gjennom resten av strategiperioden er gjort med utgangspunkt i målsettingen om reduksjon i totalkonsumet.

Kunnskap fra internasjonale forskningsoppsummeringer om effekter av tiltak tilsier at det i all hovedsak er bruk av regulatoriske virkemidler (pris- og tilgjengelighetsvirkemidler) som er av betydning for å dempe befolkningens alkoholkonsum (Babor et al., 2023). For å nå alkoholstrategiens målsetting om reduksjon i totalkonsumet av alkohol, vil det altså være på prioriteringsområde 1 (hovedlinjene i alkoholpolitikken) at det er behov for en styrket innsats, snarere enn å opprettholde virkemidlene. Som vi har sett i det foregående, ser vi imidlertid at på dette området har politikken, både på nasjonalt og lokalt nivå, i noen grad gått i en liberaliserende retning.

På prioriteringsområde 2 (Understøtte alkoholforebygging i kommunene) heter det at regjeringen vil «legge vekt på å støtte kommunene i deres alkoholpolitiske arbeid og legge til rette for en systematisk og kunnskapsbasert tilnærming til lokal alkoholforebygging. Et uttalt mål er å legge til rette for at virkemidlene som ligger i den kommunale alkoholpolitikken utnyttes bedre». Det er, så vidt vi kjenner til, ikke forskningsmessig belegg for at statlige tiltak som skissert i alkoholstrategien (dvs. øke kunnskapen om alkoholregelverket, tilby statistikker, utarbeide veileder eller sikre medvirkning fra ungdom) påvirker alkoholpolitiske beslutninger på lokalt nivå (Babor et al., 2023). Hvorvidt en styrket innsats på de skisserte tiltakspunktene vil kunne påvirke kommunenes alkoholpolitikk i en mer restriktiv retning, er derfor uvisst.

På prioriteringsområde 3 (Tidlig innsats) er det noen tiltak som kan øke bruken av systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten (SKO) og derved utvilsomt vil kunne være av betydning for å redusere risikofyllt alkoholbruk i befolkningen. Det er god evidens fra internasjonal forskning for at SKO kan redusere alkoholbruken blant personer med risikofyllt

³² Grensehandel – SSB

høy alkoholbruk (Schweer-Collins et al., 2023; Tanner-Smith et al., 2022). Samtidig er det godt dokumentert fra mange land, også i Norge, at det er vanskelig å lykkes med å iverksette SKO i stor skala (Rossow, 2026). Beregninger tyder på at en vesentlig oppskalering av iverksetting av SKO vil kunne redusere totalkonsumet av alkohol betydelig (Manthey et al., 2021). Flere av tiltakene som er angitt på dette prioriteringsområdet er nettopp relatert til å bedre muligheten for iverksetting av SKO i større skala, men for disse tiltakspunktene i alkoholstrategien er arbeidet startet først helt nylig. Det er helt klart behov for en betydelig styrket innsats på nettopp dette området i den siste delen av strategiperioden. Det er likevel tvilsomt om det er mulig å oppnå en storskala implementering av SKO i løpet av den resterende strategiperioden.

På prioriteringsområde 4 (fremme alkoholfrie arenaer) er det, så langt vi kjenner til, ikke forskningsmessig belegg for at noen av de nevnte tiltakene har noen betydning for alkoholkonsumet i befolkningen (Babor et al., 2023). Det er følgelig ikke forskningsmessig grunnlag for å anbefale en styrket innsats på dette området.

På prioriteringsområde 5 (Styrke kunnskap og kompetanse om alkohol) er det noe forskningsbelegg for at krav om helseadvarselmerking på alkoholemballasje kan redusere alkoholkonsumet i befolkningen. (For en mer utdypende beskrivelse, se seksjon 4.1.2, avsnitt b). Følgelig kan det argumenteres for behov for en styrket innsats i prosessen fram mot en endelig beslutning og eventuell gjennomføring av dette tiltaket.

På prioriteringsområde 6 (Prioritere forskning på sykdom og skader knyttet til alkohol) er det, så vidt vi kjenner til, heller ikke forskningsmessig belegg for å anta at en styrket innsats vil kunne ha en direkte effekt på alkoholkonsumet i befolkningen (Babor et al., 2023).

4. Vurdering av målsettingen i alkoholstrategien

4.1 Er målsettingen realistisk gitt at bruken av effektive alkoholpolitiske virkemidler ikke endres?

I denne delen vurderer vi om målet om 20 % reduksjon i alkoholforbruket fra 2010 til 2030 er realistisk gitt at bruken av de effektive alkoholpolitiske virkemidlene ikke endres i forhold til dagens situasjon. Med effektive alkoholpolitiske virkemidler forstår vi her de regulatoriske virkemidlene som beskrives i alkoholstrategiens kapittel 3 «Hovedlinjene i alkoholpolitikken», nærmere bestemt bevillingssystemet og åpningstider, monopolordningen, reklameforbudet, alkoholavgiften og avgiftsfrie innførselskvoter, aldersgrenser og forbud mot langing, promillegrenser i vei- og båttrafikken (se f.eks. (Babor et al., 2023) for evidens for effekt av disse virkemidlene).

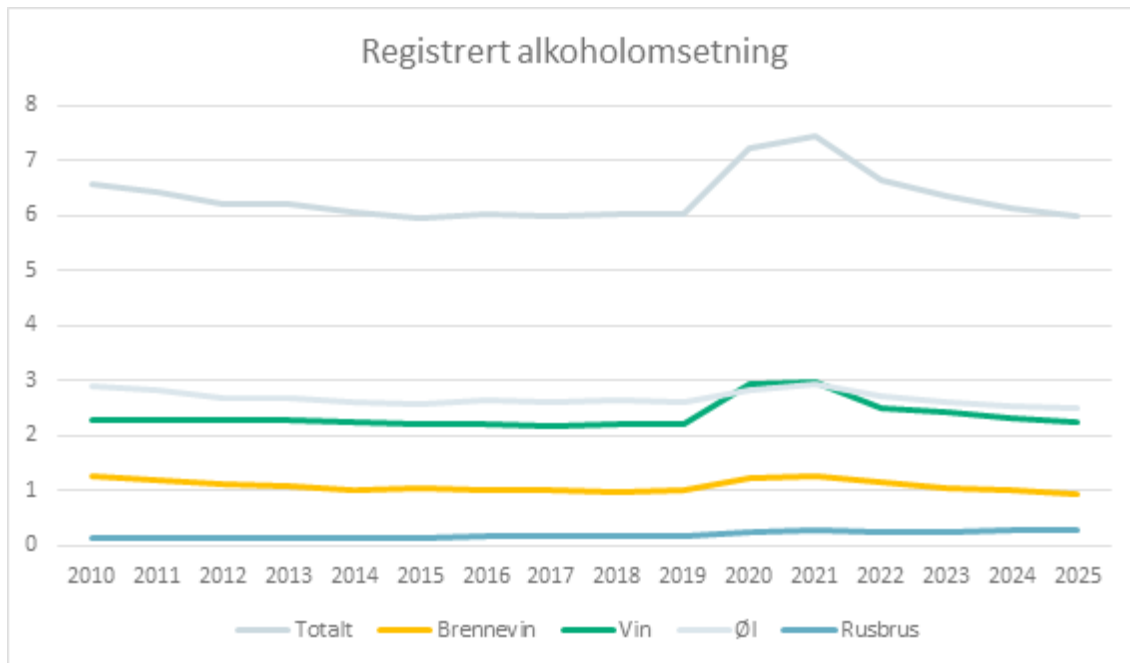
Med andre ord: er det sannsynlig at man kan oppnå en 20 % reduksjon i alkoholforbruket kun ved hjelp av andre virkemidler enn de ovennevnte effektive alkoholpolitiske virkemidlene? Vi beskriver først utviklingen i alkoholforbruket for perioden 2010-2025 og hvor stor reduksjonen må være fra 2025-2030 for å oppnå en 20 % reduksjon, og drøfter deretter kunnskapsgrunnlaget for å vurdere sannsynlige effekter av relevante virkemidler.

4.1.1 Utviklingen i alkoholforbruket fra 2010-2025 og ønsket endring fram til 2030

Det totale alkoholforbruket uttrykkes gjerne som liter ren alkohol per innbygger 15 år og eldre. For praktiske formål bruker vi ofte omsetningstallene fra butikker, Vinmonopolet og

skjenkesteder. I tillegg til den registrerte omsetningen kommer det uregistrerte forbruket, i all hovedsak taxfree-import og grensehandel (Bergsvik, 2024).

I 2010 var den registrerte omsetningen 6,59 liter ren alkohol per innbygger 15 år og over, i 2025 var omsetningen 5,98 liter, det vil si en nedgang på 9 %. Omsetningen, totalt og per drikkesort, for årene 2010-2025 er beskrevet i Figur 1.



Figur 1. Registrert alkoholomsetning per år etter drikkesort og totalt. I liter ren alkohol per innbygger 15 år og eldre.

Den registrerte alkoholomsetningen gikk noe ned i årene fra 2010 til 2014, lå deretter ganske stabilt til og med 2019 og viste deretter en klar økning i årene 2020 og 2021 og til dels 2022, altså årene med reiserestriksjoner under COVID-19-pandemien. I samme periode var det også en betydelig nedgang i taxfree-handelen og i grensehandelen med Sverige (Mäkelä et al., 2021; Trolldal, 2026).

For taxfreehandel ved ankomst på flyplasser har vi presise tall for hvert år, mens tall for taxfreehandel på ferger mellom Norge og utlandet kun er beregnet gjennom spørreundersøkelser, og er følgelig mer usikre.

Grensehandel med Sverige utgjør den andre betydelige delen av den uregistrerte omsetningen (Bergsvik, 2022). For årene 2010-2012 har vi ingen tall, og for årene 2013 – 2015 har vi kun estimater fra spørreundersøkelser på grensehandelen, mens fra og med 2016 har vi ganske presise tall på omsetningen, rapportert av det svenske CAN - (Centralförbundet for Alkohol- och Narkotikaupplysning)(Trolldal, 2026).

Den uregistrerte omsetningen for 2018 er beregnet til å være 1,0 liter ren alkohol per innbygger 15 år og over, hvorav

- 0,38 liter fra taxfreehandel på flyplasser,
- 0,58 liter fra grensehandel i Sverige,
- 0,07 liter fra taxfreehandel på ferge,
- 0,07 liter fra annen turistimport.

De to sistnevnte tallene var beregninger fra spørreundersøkelser, og dette er usikre tall, og representerer trolig et underestimat. For eksempel viser tall fra CAN at grensehandelen i 2018 var 0,58 liter, som var vesentlig høyere enn beregningen basert på spørreundersøkelse som var 0,25 liter.

I Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025 er målet om 10 % reduksjon i det totale alkoholforbruket spesifisert som en 10 % nedgang i det registrerte alkoholforbruket, hvilket svarer til en nedgang fra 6,59 liter i 2010 til 5,93 liter i 2025. Dette målet er tilnærmet nådd, dvs. det registrerte forbruket var 5,98 liter i 2025.

Vi kan ikke fullt ut forklare årsakene til nedgangen i det registrerte forbruket fra 2010 til 2025. En mulig årsak som kan bidra til å forklare nedgangen er at det kan ha skjedd en forskyvning fra registrert til uregistrert forbruk. Vi har som beskrevet over, ikke presise tall for grensehandelen, taxfree-handel på ferger og annen turistimport for årene 2010-2015. Taxfreeomsetningen på norske flyplasser økte noe i årene 2010-2014, parallelt med nedgangen i det registrerte forbruket, men på langt nær i like stort omfang. Denne delen av det uregistrerte forbruket kan altså bare i noen grad forklare nedgangen i det registrerte forbruket. For årene 2016-2025 har vi presise tall på grensehandelen med Sverige, men vi mangler foreløpig tall på taxfreeomsetningen på norske flyplasser for årene 2023-2025 (disse vil ikke bli ferdigstilt før tidligst juni 2026). Vi har derfor ikke grunnlag for å tallfeste hvorvidt eller i hvilken grad nedgangen i det registrerte forbruket kan tilskrives en forskyvning fra registrert til uregistrert forbruk. Man kunne i utgangspunktet også tenkt seg at nedgangen kunne skyldes redusert kjøpekraft. Selv om tall fra SSB viser at kjøpekraften økte litt for de aller fleste årene i perioden 2010-2025, er det likevel slik at det har vært en økning i andelen som har dårlig råd (SSB, 2026). Det kan derfor ikke utelukkes at dette har hatt innvirkning på alkoholkonsumet i perioden.

For å nå målsettingen om minst 20 % reduksjon fra 2010 til 2030, må det registrerte totalforbruket ned med ytterligere 0,7 liter i løpet av 5 år. Er det realistisk å nå et slikt mål med andre tiltak og virkemidler enn de regulatoriske virkemidlene? FHI drøftet et tilsvarende spørsmål ganske kort i sitt innspill til Nasjonal alkoholstrategi i 2020, og oppsummerte med at det er lite trolig at andre tiltak enn de regulatoriske virkemidlene kan sikre en vesentlig nedgang i alkoholforbruket³³.

I det følgende utdyper vi en slik drøfting nærmere, og vi viser til både oppdatert internasjonal forskning og norske erfaringer for å kunne si noe mer spesifikt om realistiske forventninger til effekt av virkemidlene.

4.1.2 Hva vet vi om sannsynlige effekter av andre virkemidler?

a) Systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten

I alkoholstrategien er Tidlig innsats et prioriteringsområde som er viet mye oppmerksomhet, og systematisk kartlegging og oppfølging (SKO) i helsetjenesten er sentralt i denne delen av strategien. Her heter det blant annet følgende:

- «Det er et mål at alle helseforetak skal utvikle og implementere gode rutiner for identifikasjon og intervensjon overfor pasienter som har en helseskadelig bruk av alkohol. Helseforetakene skal ha systemer og rutiner på plass som sikrer at nødvendig

³³ [vurdering-av-forebyggende-tiltak-pa-alkoholfeltet.pdf](#)

kartlegging finner sted, med prosedyrer som beskriver rutinene for å avdekke skadelig bruk av rusmidler.»

Når det gjelder bruk av SKO i primærhelsetjenesten, heter det:

- *«Regjeringen vil øke fastlegenes kunnskap om alkoholproblemer og betydningen av å avdekke slike problemer og utvikle verktøy for å håndtere dette.»*
- *«Regjeringen vil vurdere om flere verktøy [enn råd/veiledning/skjemaer i NEL] skal tas i bruk for å legge til rette for at fastlegene i større grad kan bidra til å avdekke og forebygge skadelig alkoholbruk.»*

Omfattende forskning har i 'efficacy'- studier (der intervensjonen gjerne er gjort under optimale betingelser) vist at dette er et tiltak som reduserer alkoholforbruket blant personer med risikofylt alkoholkonsum (Barata et al., 2017; O'Connor et al., 2018; Schmidt et al., 2016). Slike gunstige effekter av SKO er funnet både i spesialisthelsetjenesten (oftest i studier fra akuttmottak) og i primærhelsetjenesten. Beregninger fra Tyskland illustrerte at det kan være et betydelig potensial for å redusere totalkonsumet av alkohol dersom man lykkes med å ta i bruk SKO i utstrakt grad i primærhelsetjenesten (Manthey et al., 2021). I studien ble det beregnet at dersom man i allmennpraksis økte andelen pasienter som ble kartlagt og derved eventuelt fikk oppfølging, fra 3 % til 50 %, ville dette kunne gi en reduksjon i det totale alkoholforbruket i den tyske befolkningen på 11 % over en ti-årsperiode.

Utfordringen er at det er vanskelig å iverksette en slik intervensjon i helsetjenestene i stort omfang og under realistiske forhold, slik det er dokumentert fra omfattende internasjonal forskning (Gargaritano et al., 2020; Rosário et al., 2021) og fra norske studier (Lid et al., 2015; Nygaard et al., 2010; Næss et al., 2023). Det synes ikke å være noen nyere oversikt over i hvilken utstrekning SKO er implementert i helsetjenestene i Norge, men flere studier peker i retning av at SKO ikke er tatt i bruk i vesentlig utstrekning, verken i primær - eller spesialisthelsetjenestene (Rossow, 2026).

Norske studier har belyst ulike barrierer for implementering av SKO i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (se (Rossow, 2026) for en nærmere drøfting). I spesialisthelsetjenesten er en av barrierene mangel på kompetansehevende tiltak (Næss et al., 2023). I alkoholstrategien erkjennes kompetansebehovet i spesialisthelsetjenesten, men det er ikke angitt tiltak for å oppnå tilstrekkelig kompetanse. Når det gjelder primærhelsetjenesten, er alkoholstrategien klar på målsettingen om å øke fastlegenes kompetanse, men – som beskrevet i forrige del, er det få, om noen, indikasjoner på at det foregår et slikt arbeid i nevneverdig utstrekning. Når de regionale helseforetakene i liten grad synes å ha lyktes med utbredt iverksetting av SKO, mer enn 10 år etter at dette var et uttalt mål i oppdragsbrevet, kan dette antakelig i noen grad også tilskrives at det ikke får noen konsekvenser for helseforetakene å ikke innføre rutiner for SKO (Næss et al., 2023).

Systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten synes altså å ha et vesentlig potensial for å redusere alkoholkonsumet i befolkningen, og da særlig blant dem med et risikofylt høyt konsum. Likevel synes det lite sannsynlig å kunne oppnå en nevneverdig effekt av SKO i løpet av noen ganske få år, tatt i betraktning det arbeidet som hittil er gjort med å få iverksatt tiltaket i stort omfang.

b) Advarselsmerking

I alkoholstrategien heter det at «Regjeringen anser at advarselsmerking av alkoholholdig drikk vil kunne øke befolkningens kunnskap om risiko ved alkoholbruk. Regjeringen vil derfor foreslå å innføre en ordning med krav til advarselsmerking i Norge.»

Den internasjonale forskningslitteraturen som har belyst effekter av advarselsmerking som faktisk er gjennomført ('real world'-studier) omhandler i stor grad studier fra Nord-Amerika (Joyce et al., 2024; Kokole et al., 2021). Eldre studier av advarselsmerking i USA i 1989 tydet på at merkingen (med fokus på risiko under svangerskap og ved bilkjøring) førte til økt bevissthet og kunnskap, men at den hadde svært liten eller ingen effekt på alkoholbruk. En nyere studie fra Yukon i Canada evaluerte effekter av advarselsmerking i en kvasi-eksperimentell studie og fant at advarselsmerkingen førte til økt oppmerksomhet og kunnskap (Hobin, Schoueri-Mychasiw, et al., 2020; Hobin, Weerasinghe, et al., 2020; Schoueri-Mychasiw et al., 2020) og til en reduksjon i alkoholsalget med vel 6 % kort tid etter intervensjonen (Zhao et al., 2020). Forskergruppen bak denne studien pekte på flere mulige forklaringer på at man fant større effekter av advarselsmerkingen i Yukon, spesielt med hensyn til alkoholkonsum, enn av advarselsmerkingen i USA. Budskapet omfattet blant annet helserisiko for alvorlige og utbredte sykdommer som brystkreft og tarmkreft, og utformingen av merkingen var mer i øyenfallende med hensyn til fargebruk, størrelse og bruk av figurer (Zhao et al., 2020). Funnene fra Yukon-studien tyder altså på at advarselsmerking kan ha effekt også på alkoholkonsumet, dersom merkingen er utformet slik at den lett legges merke til og at budskapet om helserisiko er spesifikt, for eksempel knyttet til kreftrisiko. Disse betingelsene er i tråd med funn fra nyere forskning om hensiktsmessig utforming og innhold av advarselsmerking for å sikre at merkingen blir lagt merke til (Blackwell et al., 2021; Kokole et al., 2021).

Så til spørsmålet om hvorvidt det er realistisk å oppnå reduksjon i det registrerte alkoholforbruket innen 2030 ved å innføre krav om advarselsmerking. Regjeringens forslag i alkoholstrategien ble fulgt opp ved at HOD i juli 2021 ga Hdir i oppdrag å utrede forslag til en ordning om advarselsmerking med sikte på å innføre slik merking i Norge. I april 2022 kom utredningen fra Hdir, som anbefalte et påbud om slik merking. I 2023 fikk så Hdir i oppdrag fra HOD om å følge opp utredningen og vurdere praktiske løsninger for å innføre advarselsmerking. Dette oppdraget ble svart ut i desember 2024 med et notat der det anbefales å merke alkohol med nødvendig helseinformasjon, blant annet med hensyn til kreftrisiko. Det er nå uvisst hvor lang tid det vil ta før det fattes en endelig beslutning med hensyn til eventuell innføring av krav om advarselsmerking.

Erfaringer fra Irland peker i retning av at det også kan ta lang tid fra beslutningen fattes og til den faktisk iverksettes. I Irland inngikk krav om advarselsmerking i endringene i alkoholloven i 2018, men iverksetting er blitt utsatt i flere runder, trolig først og fremst som følge av alkoholindustriens lobbyvirksomhet (Cott et al., 2025), og i den hittil siste runden har regjeringen bestemt at kravet skal iverksettes fra september 2028.

Alt i alt peker dette i retning av at selv om innføring av krav om advarselsmerking (med tilsvarende innhold og utforming som i Yukon) vil kunne redusere alkoholforbruket, synes det lite realistisk å få iverksatt dette kravet innen utgangen av 2029, dvs. tidsnok til å oppnå reduksjon i alkoholsalget innen 2030.

c) Styrket forebygging i kommunene

I alkoholstrategien er et prioritert område å understøtte alkoholforebygging i kommunene. Kommunene forvalter viktige regulatoriske virkemidler i alkoholpolitikken ved å kunne begrense antall salgs- og skjenkesteder, og begrense salgs- og skjenketider. I tillegg forvalter kommunene håndhevingen av salgs- og skjenkebevillingene og har mulighet for å inndra bevillinger ved brudd på salgs- og skjenkebestemmelsene. I praksis ser det ut til at norske kommuner i liten grad begrenser tilgjengeligheten av alkohol ved å benytte regulatoriske virkemidler lokalt. Salgs- og skjenkebevillinger blir i all hovedsak innvilget ved søknad, og de blir sjelden inndratt (Helsedirektoratet, 2026). Nesten alle kommuner tillater alkoholsalg fram til maksimaltiden som er gitt i alkoholoven. Når det gjelder skjenketider, tillater halvparten av kommunene skjenking kun fram til kl. 02:00, men det er en noe større andel av bykommuner (18 av de 30 største byene) som tillater skjenking fram til 02:30 eller 03:00, som er lovens maksimaltid (Helsedirektoratet, 2026).

Alkoholstrategien angir følgende tiltak som skal understøtte kommunenes alkoholforebygging: - øke kunnskapen om alkoholregelverket, - følge opp evalueringen av fire-årsregelen, - vurdere justeringer knyttet til prikktildelingssystemet, og - videreføre arbeid med å tilby statistikker og data.

Ut fra hva vi vet fra evalueringer av ulike tiltak (Babor et al., 2023), er det ikke grunnlag for å anta at noen av de ovennevnte tiltakene for å understøtte kommunenes alkoholforebygging vil kunne ha nevneverdig effekt på alkoholforbruket.

d) Andre virkemidler nevnt i alkoholstrategien

Disse omfatter å fremme alkoholfrie arenaer og styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol. Når det gjelder alkoholfrie arenaer, er det lite forskning som kan belyse forventet effekt av de ulike foreslåtte tiltakene, og det er ikke forskningsmessig belegg for å forvente at tiltak for å fremme alkoholfrie arenaer vil kunne redusere alkoholkonsumet. I alkoholstrategien heter det at regjeringen vil fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter. Hensikten med dette er å legge til rette for å ta alkoholfrie valg, og øke aksepten for ikke å drikke.

I vegtrafikken vil regjeringen videreføre arbeidet mot ruspåvirket trafikkferdsel til lands, til vanns og i luften. Her finnes det godt forskningsmessig belegg for at tiltak som promillegrenser og tilfeldige kontroller, slik vi har i Norge, bidrar til å redusere omfanget av promillekjøring og relaterte ulykker (Babor et al., 2023). Dette er imidlertid tiltak som begrenser en situasjonsbestemt alkoholbruk, og det er derfor lite sannsynlig at slike tiltak har noen betydning for det totale alkoholforbruket.

I alkoholstrategien er det angitt flere tiltak for å øke kunnskap: rusundervisning i skolen, veileder og informasjonstilgang. Både når det gjelder rusundervisning i skolen og annet opplysningsarbeid, er det svært lite trolig at en eventuell forsterket innsats vil kunne ha noen effekt på totalforbruket av alkohol. En omfattende internasjonal forskningslitteratur viser at ulike universelle undervisnings- og informasjonstiltak i beste fall kan ha en beskjeden og relativt kortvarig effekt på målgruppens alkoholbruk (Babor et al., 2023; Lee et al., 2016), og følgelig kan man ikke forvente noen effekt på totalforbruket av alkohol av slike tiltak (Babor et al., 2023).

I sum, tilsier dette at det er svært lite sannsynlig å kunne oppnå en 20 % reduksjon i alkoholforbruket fra 2010-2030 med bruk av andre virkemidler enn de regulatoriske, og som angitt i alkoholstrategien.

4.2 Hvordan bør alkoholpolitikken eventuelt innrettes for å nå målet?

Generelt er alkoholpolitikken en politisk avveining av ulike hensyn og interesser, der folkehelse, trygghet og sosialt velvære vurderes opp mot andre interesser som næringsinteresser og individuell frihet. Hvordan politikken bør innrettes, er derfor i utgangspunktet et verdispørsmål om hvilke hensyn som skal veie tyngst. Dette kan ikke besvares med kunnskap om effekter av alkoholpolitiske virkemidler. Spørsmålet om hvordan politikken bør innrettes for å nå målet om 20 % reduksjon i forbruket, forstår vi imidlertid på en annen måte, omformulert til omtrent følgende: Hvilke virkemidler kan tas i bruk eller forsterkes ytterligere, og i så fall i hvilken grad/på hvilke måter, for å nå målsettingen om 20 % reduksjon i forbruket?

Vi vil i det følgende kort belyse foreliggende kunnskap om effekter av ulike relevante alkoholpolitiske virkemidler fra internasjonal og norsk forskning, og drøfte forventete effekter på totalkonsumet av alkohol i Norge gitt en bestemt endring i virkemiddelet. I vurderingen av de ulike virkemidlene, kan andre hensyn enn forventet effekt på konsumet likevel være av betydning for å vurdere hensiktsmessigheten av virkemidlene, dette kan for eksempel være vurderinger av aksept i befolkningen og gjennomførbarhet av virkemiddelet.

4.2.1 Prisvirkemidlet regnes gjerne som et særlig effektivt virkemiddel (Babor et al., 2023; Kilian et al., 2023) for å dempe konsumet, og prisen reguleres i hovedsak gjennom særavgiftene. Omfattende forskning viser en systematisk sammenheng mellom alkoholpriser og alkoholforbruk: når prisen går opp, går forbruket ned, og tilsvarende går forbruket ned når prisen går opp (Babor et al., 2023; Guindon et al., 2022; Kilian et al., 2023). For eksempel viste en meta-analyse av Kilian og medarbeidere (2023) at en dobling av alkoholavgiftene i gjennomsnitt ga en reduksjon i alkoholforbruket på 10 %. På tvers av et stort antall studier fra mange land har man funnet at sammenhengen mellom pris og forbruk (målt som priselastisitet) varierer mellom ulike drikkesorter (Babor et al., 2023; Guindon et al., 2022). Flere studier har estimert priselastisiteten for alkohol i Norge (se Additional File 1 i (Nelson, 2013) og (Alver, 2004), men disse elastisitetene varierer svært mye mellom studiene. Vi har derfor tatt utgangspunkt i en nyere meta-analyse som rapporterte at priselastisitetene for øl, vin og brennevin var henholdsvis om lag -0,3, -0,6 og -0,65 (Guindon et al., 2022). Dette betyr at en økning i ølprisene med 10 % vil gi en forventet reduksjon i ølforbruket med 3 %, en økning i vinprisene med 10 % vil gi en forventet reduksjon i vinforbruket med 6 %, og en økning i brennevinsprisene med 10 % vil gi en forventet reduksjon brennevinsforbruket med 6,5%. Gitt disse priselastisitetene, vil man kunne anta at dersom særavgiftene økte slik at alkoholprisene for hver av de tre drikkesortene økte med 10 %, ville vi kunne forvente en reduksjon i øl-, vin- og brennevinsomsetningen med henholdsvis 0,075 liter, 0,135 liter og 0,06 liter, det vil si totalt en reduksjon på 0,27 liter ren alkohol, basert på 2025 tallene. Dersom prisene økte med 20 %, ville den forventete reduksjonen i totalforbruket være 0,52 liter ren alkohol. Som vist over, må det registrerte totalforbruket ned med ytterligere 0,7 liter i løpet av 5 år for å nå målsettingen om minst 20 % reduksjon fra 2010 til 2030, Hvis man utelukkende skulle ta i bruk prisvirkemiddelet for å oppnå en reduksjon i totalforbruket på 0,7 liter, ville prisene måtte øke med nærmere 30 % i løpet av denne femårsperioden. Vi gjør oppmerksom på at vi da ikke har tatt hensyn til sannsynlige effekter av økt grensehandel og annen turistimport som følge av en slik prisøkning.

4.2.2 Innførselskvoten for alkohol er relatert til prisvirkemiddelet. Som vi har sett over, utgjør turistimport av alkohol omkring 15 % av det totale alkoholforbruket, og grensehandel i Sverige og taxfree-salg ved ankomst på flyplasser utgjør størstedelen av turistimporten. Dersom man fjerner ordningen med innførselskvote – helt eller delvis – vil dette kunne bidra til å redusere totalforbruket av alkohol. Hvor stor effekten vil være, er beregnet i en tidligere utredning fra FHI (Bergsvik & Rossow, 2016). Beregningene anslo at dersom man fjerner innførselskvoten fullstendig, ville totalforbruket bli redusert med mellom 0,15 og 0,38 liter ren alkohol per innbygger 15 år og eldre. Dersom man kun fjerner taxfreesalgene på fly og ferger til Norge og norske lufthavner ved ankomst, ble det anslått at totalforbruket av alkohol ville bli redusert med mellom 0,11 og 0,25 liter ren alkohol per innbygger 15 år og eldre. En innstramning av taxfreeordningen eller en fjerning av innførselskvoten vil altså kunne bidra i noen grad, men langt fra tilstrekkelig til å oppnå målsettingen som innebærer en ytterligere reduksjon i totalforbruket på 0,7 liter.

4.2.3 Begrensninger i antall salgs- og skjenkesteder er et annet tiltak som kan bidra til å dempe alkoholkonsumet. Forskning som har belyst betydningen av antall salgssteder for totalkonsumet av alkohol, omfatter relativt få studier, og alle er fra Nord-Amerika (Guindon et al., 2025; Sherk et al., 2018). Disse studiene har i hovedsak vist at en økning i antall salgssteder øker totalkonsumet, men effektstørrelsen synes å være beskjeden. En kanadisk studie (Stockwell et al., 2009) fant at en 10 % økning i antall salgssteder per 10 000 innbyggere ga en økning i totalkonsumet på 1,5 % (dette estimatet ble først beskrevet i Sherk et al. 2018). Hvorvidt man kan forvente en symmetrisk effekt, altså en tilsvarende stor reduksjon i konsumet med en 10 % nedgang i antall salgssteder, er usikkert. I Norge er antall salgssteder for alkohol allerede i stor grad begrenset gjennom Vinmonopolordningen. Også av denne grunn er det vanskelig å gjøre noen anslag på forventet effekt på totalkonsumet gitt en bestemt reduksjon i antall salgssteder.

4.2.4 Endring i salgs- og skjenketider påvirker totalkonsumet og omfanget av alkoholrelaterte skader (Babor et al., 2023; Guindon et al., 2025; Sherk et al., 2018). Man kunne tenkt seg at nasjonale myndigheter innskrenket kommunenes handlefrihet, for eksempel ved å legge ytterligere begrensninger i nasjonale rammer for salgs- og skjenketider, slik det ble gjort ved endringen av alkoholloven i 1997 med innføring av maksimaltid for salg og skjenking.

Når det gjelder salgstider for alkohol, viser internasjonal forskning at det er en sammenheng mellom salgstider og alkoholforbruk, nærmere bestemt: økte salgstider medfører økt forbruk (se (Bergsvik et al., 2024) for en litteraturgjennomgang). Men studiene har i hovedsak vist ganske små effekter av relativt betydelige endringer i salgstid. Lørdagsstenging av Vinmonopolets butikker førte til en reduksjon i den totale alkoholomsetningen på 1,2 % (Nordlund, 1984), og innføring av lørdagsåpne Systembolagsbutikker i Sverige førte til en økning i total alkoholomsetning med 3 % (Norström & Skog, 2003; Norström & Skog, 2005). I 2020 ble salgstidene på Vinmonopolet endret, hvilket innebar en økning i salgstiden med 1 time på lørdager og dager før helligdager. Evalueringen av denne lille endringen i salgstid viste ingen effekt på omsetningen på Vinmonopolet (Bergsvik et al., 2025). I Norge er salgstidene allerede betydelig begrenset på kveldstid (senest til kl. 20:00 i dagligvarebutikker og kl. 18:00 på Vinmonopolet). På denne bakgrunn synes det å være lite realistisk å kunne oppnå vesentlige endringer i totalforbruket av alkohol med mindre det gjøres svært betydelige restriksjoner i salgstidene.

Når det gjelder skjenketider, viser internasjonal forskning en sammenheng mellom skjenketider og alkoholrelaterte skader: utvidet skjenketid fører til økt skadeomfang (f.eks. vold) og innskrenket skjenketid fører til redusert skadeomfang. Internasjonale

litteraturgjennomganger tilsier at betydningen av endret skjenketid for alkoholomsetning i liten grad er belyst (Babor et al., 2023; Taylor et al., 2018; Wilkinson et al., 2016). En norsk studie fant at en skjenketidsreduksjon med 1 time i snitt ville gi en reduksjon i omsetningen i utelivsbransjen på mellom 9 og 12 % (Melberg & Schøyen, 2012). Dersom vi legger dette estimatet til grunn og antar at skjenketid utgjør om lag en tiendedel av den totale alkoholomsetningen, vil en innskrenking i skjenketiden med en time antakelig kunne gi en reduksjon i det totale alkoholforbruket med om lag 1 %. Mange kommuner, også en del av de større byene, har allerede kortere skjenketider enn den nasjonale maksimaltiden (Helsedirektoratet, 2026), og en nasjonal innskrenking av maksimal skjenketid til kl. 02:00, kan derfor forventes å gi en reduksjon i det totale alkoholkonsumet på mindre enn 1 %, og en innskrenking av skjenketiden til kl. 01:00 kan forventes å gi en reduksjon på mindre enn 2 %. Uansett vil en tenkt reduksjon i maksimaltid for skjenking mest sannsynlig måtte være svært betydelig for å kunne ha noen vesentlig betydning for det totale alkoholforbruket.

4.2.5 Aldersgrense for kjøp av alkohol har betydning for omfang av ulike alkoholrelaterte skader og alkoholkonsum blant unge (Babor et al., 2023). Studier fra USA viste at en økning i aldersgrensen fra 18 til 21 år, førte til noe reduksjon i alkoholbruken blant 18 – 20-åringene (Carpenter & Dobkin, 2011). I Norge er aldersgrensen 18 år for kjøp av øl og vin (alkoholgruppe 1 og 2) og 20 år for kjøp av brennevin (alkoholgruppe 3). En betydelig andel av ungdom under 18 år har likevel et risikofyllt alkoholkonsum. For eksempel viste data fra ESPAD-undersøkelsen i 2024 at blant norske 15-16 -åringene hadde 22 % drukket mer enn 5 alkoholenheter ved samme anledning i løpet av siste måned, og 20 % svarte at de i løpet av siste 12 måneder hadde vært utsatt for en ulykke eller skadet seg i forbindelse med egen alkoholbruk (Bye & Moan, 2025). Butikker og skjenkesteder synes imidlertid i svært liten grad å være forsyningskilder for mindreårig ungdoms alkoholbruk, de aller fleste skaffer alkohol fra andre ungdommer, fra hjemmet (med eller uten lov) eller fra andre kilder (Bye & Moan, 2025). En eventuell økning av aldersgrensen i Norge, for eksempel til 21 år for kjøp av alle alkoholsorter, vil trolig kunne redusere, men på ingen måte eliminere, alkoholbruken blant unge under 21 år, og det er følgelig tvilsomt om et slikt tiltak vil kunne ha noen nevneverdig betydning for det totale alkoholforbruket.

4.2.6 Begrensninger eller forbud mot alkoholreklame/markedsføring av alkohol har god indirekte støtte for effekt på alkoholkonsumet. Nærmere bestemt, reklame og markedsføring påvirker alkoholbruk blant unge (Sargent et al., 2020). Men, ut fra en begrenset internasjonal forskning er effekten av innføring eller forsterking av slike tiltak mer usikker (Manthey et al., 2024). Innføringen av reklameforbudet i Norge i 1975 ga en reduksjon i det totale alkoholsalget på 7 % (Rossow, 2021). Dette forbudet er allerede svært omfattende, og det er lite trolig at det kan utvides eller forsterkes ytterligere. Det er imidlertid mulig at en bedret håndheving av forbudet mot alkoholreklame/markedsføring av alkohol i sosiale medier kan bidra til å styrke virkemiddelet.

Andre begrensninger i tilgangen til alkohol omfatter blant annet:

4.2.7 Kvoter (rasjonering) for kjøp i butikk. Kunnskapen om effekter av kvoteordninger er beskjeden (Babor et al., 2023), og slike ordninger har i hovedsak forekommet et godt stykke tilbake i tid. Både begrunnelser for kvoteordninger, størrelsen på kvotene, hvem som har hatt tilgang til alkoholkvoter, og kontroll og sanksjoner ved brudd på kvotebestemmelsene har variert. Erfaringene fra slike kvoteordninger, blant annet i Sverige, Polen og på Grønland tilsier at både det totale alkoholkonsumet og i særlig grad omfanget av alkoholrelaterte helsemessige og sosiale skader kan begrenses gjennom et kvotesystem (Babor et al., 2023). Men, erfaringene peker på at de som har vært underlagt en kvoteordning, i svært stor grad har

utnyttet kvoten og gjerne har kjøpt så mye alkohol de kunne innenfor kvoten. I norsk sammenheng har vi erfaring med rasjonering under 2. verdenskrig, og – på grunn av avgiftsfritaket – er det fremdeles en kvoteordning for fastboende på Svalbard (Rossow, 2018). Sistnevnte omfatter kvoter for øl, hetvin og brennevin, mens det ikke er noen begrensning for kjøp av bordvin, og totalt utgjør disse kvotene (inkludert den faktiske omsetningen av bordvin per innbygger) 25,2 liter ren alkohol i året, altså mer enn 3 ganger gjennomsnittskonsumet i Norge. Selv om en langt mer restriktiv kvoteordning for hele landet trolig vil kunne dempe alkoholkonsumet og da i særlig grad blant dem med et svært høyt konsum, vil det trolig ikke være opplutning om et slikt tiltak, verken i de fleste politiske partier eller i opinionen.

4.2.8 Et sett av virkemidler

For å nå målsettingen om en 20 % reduksjon i det totale alkoholforbruket fra 2010-2030, synes det mest nærliggende å ta i bruk et sett av virkemidler. Ut fra kunnskap om forventet effekt, slik vi har beskrevet over, er de virkemidlene som peker seg ut i første rekke, økte avgifter, helt eller delvis fjerning av innførselskvoten, innføring av advarselsmerking, eventuelt supplert med vesentlige begrensninger i antall salgs- og skjenkesteder og i salgs- og skjenketider.

Hvorvidt det er realistisk å få tatt i bruk disse virkemidlene i tilstrekkelig grad til å oppnå målet om redusert totalkonsum med ytterligere 10 % (0,7 liter) innen 2030, er betinget av flere faktorer. Generelt vet vi at aktører med klare næringsinteresser forsøker å motvirke endringer som vil innebære redusert alkoholomsetning (McCambridge et al., 2018). En annen faktor er hensynet til legitimitet og opplutning i befolkningen. I Norge representerer Vin- og brennevinleverandørenes forening (VBF), Bryggeri- og drikkevareforeningen (BROD), og NHO Mat og drikke viktige næringsinteresser i alkoholpolitiske spørsmål. Oppslutningen i befolkningen om ulike alkoholpolitiske virkemidler, kartlegges jevnlig gjennom spørreundersøkelser på oppdrag av Helsedirektoratet (2026).

Når det gjelder avgiftsendring, har alle disse næringslivsaktørene uttrykt at de ønsker lavere alkoholavgifter (blant annet for å begrense grensehandelen), og en vesentlig økning i alkoholavgiftene vil utvilsomt møte mye motstand blant disse aktørene. I befolkningen er det et klart flertall (65 %) som mener at alkohol er for dyrt i Norge (Helsedirektoratet, 2026), og en vesentlig økning i avgiftene vil trolig ha liten opplutning.

Reduksjon eller fjerning av innførselskvotene synes ikke å ha vært direkte tematisert av næringsinteressene, men BROD, VBF og NHO Mat og Drikke er alle bekymret for omfanget av grensehandelen, og det er derfor mulig at de vil støtte en eventuell fjerning av innførselskvoten. I befolkningen er det imidlertid et klart flertall (63 %) som mener at dagens taxfreeordning bør bestå, og bare 11 % er helt eller delvis enig i at man ikke bør kunne ta med seg noe alkohol på taxfreekvote inn i landet (Helsedirektoratet, 2026).

Innføring av advarselsmerking er et tiltak som synes å ha god opplutning i befolkningen: 63 % er helt eller delvis enige i at alkoholholdige varer bør merkes med helseinformasjon om farer ved bruk (Helsedirektoratet, 2026), men det er godt mulig det blir imøtegått av næringslivsinteresser, slik erfaringene fra Canada og Irland har vist (se over), og at innføring ikke blir iverksatt eller utsatt i lang tid.

Innskrenking av maksimaltid for skjenking vil mest sannsynlig også møte betydelig motstand fra næringslivsinteresser. I 2009 foreslo HOD å innskrenke maksimaltiden for skjenking fra kl. 03:00 til kl. 02:00, men bestemte deretter å avvente å fremme forslaget til det forelå mer kunnskap om effekter av skjenketidsendringer i norske kommuner (Prop. 48 L (2010-2011)). Slik kunnskap forelå med to publiserte studier i 2012 som viste at økt skjenketid var forbundet

med økt omsetning (Melberg & Schøyen, 2012) og med økt voldsomfang (Rossow & Norström, 2012). Forslaget om skjenketidsbegrensning ble likevel ikke gjenopptatt. Aktører med klare næringsinteresser argumenterte sterkt imot innskrenking av skjenketiden (Rossow & McCambridge, 2019), og det er mulig at dette påvirket beslutningen om ikke å gjenoppta forslaget. Nylig ga NHO Mat og drikke og VBF sine høringssvar vedrørende forslag om midlertidig utvidet skjenketid under fotball-VM 2026, og uttrykte at de ønsker en permanent utvidet skjenketid.

Noen avsluttende betraktninger

Begrensning av det totale alkoholkonsumet

Målsettingen med alkoholstrategien er «reduksjon av skadelig alkoholforbruk i befolkningen», nærmere bestemt en reduksjon i det totale alkoholkonsumet. Som beskrevet i alkoholstrategien, er en slik reduksjon hensiktsmessig for å begrense omfanget av skader som skyldes alkoholbruk, både konsekvenser av egen alkoholbruk og skader på tredjepart. Et risikofylt drikkemønster, der alkoholkonsumet konsentreres om færre drikkeepisoder med høyt inntak per gang, innebærer større skadeomfang for hver liter alkohol som drikkes per innbygger (Babor et al., 2023). Det norske drikkemønsteret er fremdeles preget av relativt hyppige risikofylte drikkeepisoder, og en nedgang i totalkonsumet kan derved gi en større folkehelsegevinst per liter alkohol i Norge, sammenliknet med andre land med mindre risikofylt drikkemønster (Rossow & Mäkelä, 2021).

Restriksjoner på tilgangen til alkohol gjennom bl.a. særavgifter, monopolordningen, og begrensninger på salgs- og skjenketider er, som beskrevet i Kapittel 3, de mest effektive virkemidlene for å begrense totalkonsumet (Babor et al., 2023). Dette erkjennes også i alkoholstrategien (s. 17). Likevel var det et premiss for utarbeidingen av alkoholstrategien at hovedlinjene i alkoholpolitikken ikke skulle endres. Dette framkommer for eksempel i HODs invitasjon til innspill til strategien:

«Det legges til grunn at hovedlinjene i alkoholpolitikken skal ligge fast. Det er ønskelig med tiltak som kan supplere de regulatoriske virkemidlene som ligger til grunn for dagens politikk. Innspillene kan omhandle tiltak og temaer innenfor alle sektorer i samfunnet, men tiltak må kunne gjennomføres innenfor berørte departementers budsjettammer.» (HOD, 2020).

I utgangspunktet for arbeidet med alkoholstrategien var det altså en implisitt formodning om at andre tiltak, som kan supplere de regulatoriske virkemidlene, ville kunne bidra til å oppnå målsettingen om reduksjon i totalkonsumet.

FHI og Hdir ble bedt om å gi faglige innspill til alkoholstrategien. FHIs innspill (juni 2020) omfattet blant annet en litteraturgjennomgang av effekter av ulike alkoholpolitiske virkemidler, og her ble det konkludert slik:

«I kapittel 3 vurderes muligheter for måloppnåelse ved bruk av andre virkemidler enn de regulatoriske (f.eks. regulering av pris, tilgjengelighet og markedsføring). Tiltakene som er beskrevet i kapittel 1.2, har svært liten, om noen, effekt på alkoholkonsumet i målgruppene. Det er derfor lite trolig at andre tiltak enn de regulatoriske virkemidlene kan sikre måloppnåelse om 10 % reduksjon i alkoholforbruket per innbygger innen 2025.»

I mellomtiden er strategiperioden forlenget med 5 år og målsettingen om reduksjon i totalkonsumet er blitt enda mer ambisiøs, med et mål om 20 % reduksjon innen 2030.

Gjennom strategiperioden er det kommet til ytterligere forskningslitteratur som tilsier at enkelte andre virkemidler enn de nevnte pris- og tilgjengelighetsvirkemidlene også kan ha betydning for totalkonsumet. Som beskrevet i Kapittel 4.1.2, har vi nå noe evidens for at helseadvarselsmerking kan redusere totalkonsumet, og en modelleringsstudie har funnet at utstrakt iverksetting av SKO (systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten) vil kunne redusere totalkonsumet. Begge disse tiltakene inngår i alkoholstrategien, men det synes, som drøftet i det foregående, lite sannsynlig at man med disse tiltakene vil kunne oppnå en reduksjon i totalkonsumet i løpet av siste del av strategiperioden.

En omfattende strategi med mange ulike tiltak

Alkoholstrategien omfatter et stort antall tiltak, men for mange av disse er det lite trolig at de vil ha noen betydning for totalkonsumet. Flere av tiltakene kan imidlertid ha andre målsettinger som er berettiget i en omfattende helhetlig alkoholpolitikk, slik som for eksempel at forbrukere og beslutningstakere i politikken kan gjøre godt informerte valg. HOD inviterte våren 2020 til innspill til alkoholstrategien, og fikk nærmere 500 konkrete forslag, og det kan synes som om mange av tiltakene reflekterer flere av innspillene (alkoholstrategien, s. 6-7).

En del av tiltakene i alkoholstrategien kan sies å være enkle, konkrete oppgaver, og av disse er mange gjennomført (som å utarbeide forskrift vedrørende overtredelsesgebyr, invitere til ulike rådslag eller toppmøte, bruk av ungdomspanel, starte prosess for å foreslå nasjonale krav til innholdsmerking), eller de anses som løpende tiltak i Hdir (som videreføre tilbud om verktøy/statistikker, sikre at veiledere ivaretar alkoholtema, bidra til formidling av kunnskap om alkohol, deltakelse i internasjonalt samarbeid på alkoholområdet). Forslag om innføring av krav til advarselsmerking er også et gjennomført tiltak, ettersom forslaget foreligger, men prosessen videre mot å få vedtatt og iverksatt et slikt krav, vil trolig være langt mer krevende.

Mange av tiltakene i alkoholstrategien er innenfor området «Tidlig innsats». Flere av disse synes svært ambisiøse, ettersom de impliserer en styrking av helsetjenester (f.eks. ha ulike basistjenester innen TSB i alle helseforetak, samtale og oppfølging av all ungdom med alkoholforgiftning i sykehus/legevakt, samhandling mellom TSB og somatikk/PHV), samtidig som prioriteringen av disse innsatsene «*vil kunne medføre at andre oppgaver må nedprioriteres*» (s. 81 i alkoholstrategien). Mange av tiltakene innenfor «Tidlig innsats» er trolig mer komplekse og tidkrevende enn mange andre tiltak, og med tanke på å oppnå effekter i inneværende strategiperiode, er det uheldig at arbeidet med disse tiltakene så vidt er igangsatt først våren 2026.

Noen av tiltakene i alkoholstrategien er diffuse med hensyn til hva som skal gjøres, for eksempel: trekke frivillig sektor mer inn i forebyggende arbeid og fortsatt støtte opp under Akan-modellen. Her er det også uklart hva som eventuelt er gjort i strategiperioden.

Behov for kunnskap og styrket forskning

At departementet har bedt om denne evalueringen av nasjonal alkoholstrategi forstår vi blant annet som et ønske om å øke kunnskapsgrunnlaget på området, og i alkoholstrategien framholdes det også at tiltak skal være kunnskapsbasert: «*Forskning og innovasjon er sentrale virkemidler i utviklingen av kvalitet, pasientsikkerhet og kostnadseffektivitet i helse- og*

omsorgstjenesten og i folkehelsearbeidet». Vi finner en slik vektlegging enda tydeligere uttrykt i Stortingsmelding 5 (Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet):

«Rusmiddelforebyggende tiltak som skal anvendes skal være kunnskapsbasert, kvalitetssikret og kunne dokumentere effekt. Tiltak som ikke har eller kan dokumentere effekt, skal fases ut. Dette gjelder både helsefremmende og universelle tiltak og spesifikke forebyggingstiltak som retter seg mot risikogrupper og risikoutsatte enkeltpersoner, som tidlig identifisering og tidlig intervensjon.»

I lys av dette er det verdt å merke seg at det foreligger lite eller ingen evidens for effekt og gjennomførbarhet for mange av tiltakene i alkoholstrategien. Regulatoriske tiltak, som har god evidens for effekt, er ikke gjenstand for styrket innsats, men synes å være noe svekket i strategiperioden.

For mange av tiltakene der det mangler evidens for effekt og gjennomførbarhet, kan det være hensiktsmessig å styrke forskningsinnsatsen for derved å skaffe et bedre kunnskapsgrunnlag. Noen eksempler på tiltak i alkoholstrategien som peker seg ut med hensyn til behov for styrket forskningsinnsats, kan være systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten (SKO), implementering av krav om helseadvarselsmerking, utnyttelse og potensial av Akan-modellen, og hensiktsmessige virkemidler for å understøtte kommunenes alkoholpolitikk.

Det siste prioriteringsområdet i alkoholstrategien omhandler forskning på sykdom og skader knyttet til alkohol. Dette gir kunnskap som blant annet danner et viktig grunnlag for informasjonsarbeid. Men, slik forskning pågår i betydelig utstrekning internasjonalt, og kunnskapen er i høy grad overførbart til norske forhold. Kunnskap om effekter og gjennomførbarhet av ulike tiltak vil i større grad være kontekstuellet betinget, og kunnskap fra tiltaksforskning er derfor ikke nødvendigvis direkte overførbart mellom ulike jurisdiksjoner med ulike lovgivning og ulike samfunnsforhold. Dette tilsier at det, sett med norske øyne, vil være viktigere å styrke forskning om effekter og implementering av relevante forebyggende tiltak enn forskning på sykdom og skader. Alkoholstrategiens ambisiøse målsetting om redusert alkoholkonsum og et bredt sett av tiltak med begrenset evidens, understreker også behovet for styrking av tiltaksforskningen på dette feltet.

Vedlegg 1.

Hesledirektoratets svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide en plan for oppfølging av Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) på folkehelse

Innledning

Hesledirektoratet har forstått oppdraget til å innebære å utarbeide en oversikt for oppfølging av de ulike oppgavene i Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) som direktoratet er involvert i på folkehelseområdet. Direktoratet har på bakgrunn av dette utarbeidet en plan basert på faglige prioriteringer av oppgavene, samt en vurdering av kapasitet og ressurser i direktoratet i strategiperioden.

Direktoratet har strukturert planen i en tabell etter oppdrag som allerede er gjennomført, løpende oppgaver, og planlagt arbeid. Tabellen inneholder, fra venstre kolonne mot høyre, de enkelte oppdragene på folkehelse i strategien, kort vurdering av direktoratets egen rolle og oppgaver tilknyttet oppdraget, prioritet og tidsplan for iverksetting/gjennomføring. I sistnevnte kolonne er også utdypende kommentarer til og begrunnelser for prioriteringene beskrevet.

Oppdragene som er løpende eller planlagt er prioritert som 1 – høyt, 2 – middels eller 3 – lavt. Tiltak som er prioritert som 1 – høyt antas å ha særlig stor betydning for å nå målene i strategien og/eller være særlig omfattende. Løpende oppgaver som ikke er høyt prioritert er vurdert som tilstrekkelig ivaretatt pr. i dag og igjennom direktoratets ordinære virksomhet.

Hesledirektoratets plan for oppfølging av Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025)

OPPDAG I NASJONAL ALKOHOLSTRATEGI (2021-2025)	HESELEDIREKTORATETS ROLLE	PRIORITET	TIDSPLAN MED KOMMENTARER
Gjennomførte oppdrag			
Overtredelsesgebyr; Hdir gitt i oppdrag å utarbeide forskrifter om utmåling av gebyrene	Gjennomføringsansvar		Oppdrag levert 31. januar 2021. Direktoratet imøteser videre dialog med departementet om oppdraget og arbeid tilknyttet det, ved behov.
Foreslå å innføre krav til advarselmerking på alkoholholdig drikk i Norge	Gjennomføringsansvar		Oppdrag levert 4. april 2022.
Invitere arbeidslivets parter til et toppmøte om rus og arbeidsliv	Gjennomføringsansvar		Gjennomført 1. september 2021. Hesledirektoratet inviterte arbeidslivets parter til toppmøtet i samarbeid med Akan kompetansesenter. Samarbeidet er videreført i en arbeidsgruppe med deltagere fra arbeidslivsorganisasjonene, KMD, Akan kompetansesenter og Hesledirektoratet. Det er igangsatt arbeid med en felles kampanje

			<p>som skal lanseres i løpet av senhøsten 2022 som skal sette fokus på rus i arbeidslivet. Arbeidsgruppen har også som mål å arrangere et nytt toppmøte høsten 2022.</p>
--	--	--	--

Løpende oppgaver			
Legge til rette for rusundervisning i skolen gjennom det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring	Bistå Utdanningsdirektoratet rusfaglig	2	Hdir bistår Udir. ved behov. Arbeidet ses i sammenheng med oppdrag om å oppdatere støttemateriell for rusmiddelforebyggende arbeid i skolen.
Sørge for at kommunene har pålitelige verktøy i planleggingen av barn og unges oppvekstmiljø	Gjennomføringsansvar sammen med andre aktører Forvalter tilskudd	3	Ivretas gjennom Ungdata. Helsedirektoratet ønsker utvidelse av Ungdata med 5.-7.-klasse. Budsjettmessige innspill gitt til departementet. Videre er folkehelse- og oppvekstprofilene viktige verktøy for kommunene. Helsedirektoratet har dialog med FHI om videreutvikling av disse. (Se også under.)
Videreføre arbeidet med å tilby kommunene verktøy og statistikker som gir et godt bilde av alkoholforbruket i den enkelte kommune	Gjennomføringsansvar i samarbeid med FHI	2	Helsedirektoratet følger opp løpende og har foreslått innspill til folkehelse- og oppvekstprofilene som FHI utarbeider vedrørende rusmidler.
Bidra til å opprettholde idretten som en alkoholfri sone for barn og unge	Bistå Kultur- og likestillingsdepartementet rusfaglig	3	Helsedirektoratet bistår KLD ved behov.
Fortsatt støtte opp under Akan-modellen i norsk arbeidsliv	Gjennomføringsansvar Forvalter tilskudd	2	Ses i sammenheng med oppdrag om å invitere arbeidslivets parter til et toppmøte i samarbeid med Akan kompetansesenter. Som del av den ovennevnte kampanjen høsten 2022 vil det utarbeides en landingsside med verktøy og ressurser fra Akan-modellen for å gjøre disse ytterligere tilgjengelige og kjent i arbeidslivet.
Videreføre arbeidet mot ruspåvirket trafikkdeltakelse til lands, til vanns og i luften	Bistå POD/Vegdirektoratet rusfaglig Forvalter tilskuddsordninger	2	Helsedirektoratet deltar i arbeidsgruppe som følger opp Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på vei 2022-2025 med halvårlige møter.

Fortsatt sikre tilgang til oppdatert og kvalitetssikret informasjon om alkohol og andre rusmidler tilpasset mottakergruppene	Gjennomføringsansvar	3	Helsedirektoratet har nylig oppdatert infosiden Weedensenteret og alkoholartiklene på Helsenorge.no. Anses derfor som godt ivaretatt per i dag.
Opprettholde en aktiv deltakelse i det internasjonale samarbeidet på alkoholområdet	Gjennomføringsansvar for direktoratets oppgaver	2	Helsedirektoratet vil videreføre samarbeidet med de andre nordiske landene om rusforebygging blant annet gjennom årlig deltagelse på/arrangering av Nordisk Rusmiddelseminar (NRS), der Norge har en representant i programstyregruppen. I 2022 arrangeres NRS på Island i tilknytning til Nordisk folkehelsekonferanse i uke 26. Direktoratet vil delta på aktuelle internasjonale konferanser i strategiperioden, samt følge kunnskapsproduksjon og utvikling på alkoholområdet, spesielt ellers i Europa, men også internasjonalt.
Bidra til å formidle kunnskap om alkohol og mulige skadevirkninger	Gjennomføringsansvar	1	Ses i sammenheng med andre oppdrag som innebærer formidling av informasjon og kunnskap om alkohol og alkoholbruk.
Møteplass for folkehelse: sette søkelys på frivilligheten som ressurs i det rusmiddelforebyggende arbeidet	Forvalter tilskudd til Frivillighet Norge.	3	Direktoratet vil gå i dialog med Frivillighet Norge om hvordan alkohol kan inngå som tema på neste Møteplass.
Sikre at relevante veiledere og retningslinjer ivaretar problemstillinger knyttet til bruk av alkohol og rusmidler – helsestasjons og skolehelsetjeneste, svangerskap	Gjennomføringsansvar for veiledere og retningslinjer som direktoratet eier	2	Ny kunnskap vil omtales i aktuelle retningslinjer.

Planlagt arbeid			
Oppdatere støttemateriell for rusmiddelforebyggende arbeid i skolen i tråd med læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020 som ble tatt i bruk i skolen fra høsten 2020	Gjennomføringsansvar i samarbeid med Utdanningsdirektoratet	2	Oppdrag gitt til Korusene, men avventer tilbakemelding fra Udir. før oppdraget kan igangsettes. Vil være tema på nasjonal samling for Korusene høsten 2022 der direktoratet deltar.
Sikre bedre etterlevelse av alkoholregelverket (se på tiltak som for å øke kunnskapen alkoholregelverket blant bevillingsmyndighet og bevillingshavere) sørge for kunnskapsheving gjennom konferanser for politikere, oversettelse av aktuelt regelverk til engelsk og utarbeidelse av guider og veiledere til regelverket.	Gjennomføringsansvar	1	<p>Løpende oppgaver, i tillegg til nye tiltak som vil startes opp fra høsten 2022.</p> <p>Det er et stort behov for å gjøre deler av alkoholregelverket mer tilgjengelig og forenklet for bevillingshaverne og bevillingsmyndighetene. Direktoratet prioriterer å igangsette arbeidet med å utarbeide kortfattede og forenklede versjoner av regelverket tilpasset ulike målgrupper.</p> <p>Direktoratet vil arrangere årlige seminarer om alkoholregelverket for statsforvalterne og Korusene. Stasforvalteren skal tilby veiledning til kommunene i forståelsen av alkoholloven, jf. hovedinstruksen. I 2022 er seminaret planlagt til september.</p> <p>Helsedirektoratet planlegger å arrangere kurs for landets kommuner om alkoholregelverket i løpet av strategiperioden.</p> <p>Vi viser også til direktoratets svar på oppdrag i tildelingsbrev for 2019 om å vurdere hvilke tiltak som kan iverksettes for å styrke alkoholloven som forebyggingsverktøy og vil vurdere å gjennomføre enkelte foreslåtte tiltak i løpet av strategiperioden.</p>
Invitere til et rådslag om rusmiddelforebyggende arbeid i tilknytning til russefeiring og fadderukene; utdanningsinstitusjonene, studentsamskipnadene og elev- og studieorganisasjonene samt andre aktuelle aktører	Gjennomføringsansvar	1	<p>Oppstart høst 2022.</p> <p>Helsedirektoratet vil i samarbeid med relevante direktorater invitere til rådslag om henholdsvis russefeiring og fadderukene i løpet av 2022/2023.</p> <p>Helsedirektoratet vurderer hvordan rådslagene kan følges opp videre, internt i direktoratet og i tverrsektorielt samarbeid, med mål om å utvikle nye, helhetlige tiltak og styrket innsats på disse områdene gjennom strategiperioden.</p>

Ta i bruk ungdomspaneler i forbindelse med innføring av eller endringer i rusmiddelforebyggende virkemidler som berører ungdom	Gjennomføringsansvar	1	Oppstart høst 2022. Vil ses i sammenheng med relevante oppgaver og arbeid som berører ungdom.
Utrede spørsmålet om det er faglig grunnlag for å innføre en generell veileder om alkoholbruk, eventuelt med anbefalte øvre grenser for alkoholinntak	Gjennomføringsansvar	1	Oppstart høst 2022. Bør skje i samarbeid med FHI og OUS. Arbeidet bør kunne leveres i løpet av 2023.

Referanser

- Alver, Ø. o. (2004). *Om pris og etterspørsel etter alkohol i Norge*.
- Babor, T., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I., & Sornpaisarn, B. (2023). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy. 3rd edition*. Oxford University Press.
<https://fdslive.oup.com/www.oup.com/academic/pdf/openaccess/9780192844484.pdf>
- Barata, I. A., Shandro, J. R., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C. J., Duber, H. C., Weaver, L. M., Heins, A., Owen, H. S., & Josephson, E. B. (2017). Effectiveness of SBIRT for alcohol use disorders in the emergency department: a systematic review. *Western journal of emergency medicine, 18*(6), 1143.
- Bergsvik, D. (2022). *Alkoholomsetningen i Norge*. Folkehelseinstituttet
<https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholomsetningen-i-norge/>
- Bergsvik, D., Grøtting, M. W., & Rossow, I. (2025). Effect of a small increase in off-premises trading hours on alcohol sales in Norway: A stepped-wedge cluster-randomized controlled trial. *Addiction, 120*.1: 86-94.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/add.16683>
- Bergsvik, D., & Rossow, I. (2016). *En vurdering av virkningen av dagens taxfree-ordning* (Uredning til Helse- og omsorgsdepartementet, Issue.
<https://www.fhi.no/contentassets/9cfb167a09e549ac84e5c18368126fdd/en-vurdering-av-virkningen-av-dagens-taxfree-ordning.pdf>
- Blackwell, A. K., Clarke, N., Pechey, E., & Attwood, A. S. (2021). Alcohol Labelling: Evidence for Product Information Interventions. In *The Palgrave Handbook of Psychological Perspectives on Alcohol Consumption* (pp. 451-475). Springer.
- Bye, E. K., & Moan, I. S. (2025). *Bruk av alkohol og illegale rusmidler blant ungdom og unge voksne i Norge (1995 - 2024)*. Folkehelseinstituttet.
- Carpenter, C., & Dobkin, C. (2011). The minimum legal drinking age and public health. *Journal of Economic Perspectives, 25*(2), 133-156.
- Cott, É., Dunaiceva, J., White, P., Neely, R. A., & Lesch, M. (2025). Labelling the debate: a thematic analysis of alcohol industry submissions to the EU consultation on alcohol health warnings in Ireland. *Globalization and health, 21*(1), 34.

- Gargaritano, K. L., Murphy, C., Auyeung, A. B., & Doyle, F. (2020). Systematic review of clinician-reported barriers to provision of brief advice for alcohol intake in hospital inpatient and emergency settings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 44*(12), 2386-2400.
- Guindon, G. E., Li, C., Trivedi, R., Abbas, U., Xiong, G., & Atri, A. (2025). The effectiveness and cost-effectiveness of population-level policies to reduce alcohol use: A systematic umbrella review. *Canadian journal of public health, 1*-34.
- Guindon, G. E., Zhao, K., Fatima, T., Garasia, S., Quinn, N., Baskerville, N. B., & Paraje, G. (2022). Prices, taxes and alcohol use: a systematic umbrella review. *Addiction, 117*(12), 3004-3023.
- Haug, H. K. (2025). Personlig kommunikasjon med Ingeborg Rossow om systematisk kartlegging og oppfølging. In. Helsedirektoratet. (2026). *Tall om alkohol*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tall-om-alkohol/pdf-av-rapporten/_/attachment/inline/72dc630b-f793-4728-8979-3bb903e0076b:85d77b17388071b50717e38a18e7fb900e6efb1b/Tall%20om%20alkohol%20-%20pdf%20-%202011-03-2026.pdf
- Hobin, E., Schoueri-Mychasiw, N., Weerasinghe, A., Vallance, K., Hammond, D., Greenfield, T. K., McGavock, J., Paradis, C., & Stockwell, T. (2020). Effects of strengthening alcohol labels on attention, message processing, and perceived effectiveness: a quasi-experimental study in Yukon, Canada. *International Journal of Drug Policy, 77*, 102666.
- Hobin, E., Weerasinghe, A., Vallance, K., Hammond, D., McGavock, J., Greenfield, T. K., Schoueri-Mychasiw, N., Paradis, C., & Stockwell, T. (2020). Testing alcohol labels as a tool to communicate cancer risk to drinkers: A real-world quasi-experimental study. *Journal of studies on alcohol and drugs, 81*(2), 249-261.
- Joyce, K. M., Davidson, M., Manly, E., Stewart, S. H., & Al-Hamdani, M. (2024). A systematic review on the impact of alcohol warning labels. *Journal of addictive diseases, 42*(3), 170-193.
- Kilian, C., Lemp, J. M., Llamosas-Falcón, L., Carr, T., Ye, Y., Kerr, W. C., Mulia, N., Puka, K., Lasserre, A. M., & Bright, S. (2023). Reducing alcohol use through alcohol control policies in the general population and population subgroups: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine, 59*.
- Kokole, D., Anderson, P., & Jané-Llopis, E. (2021). Nature and Potential Impact of Alcohol Health Warning Labels: A Scoping Review. *Nutrients, 13*(9), 3065.
- Lee, N. K., Cameron, J., Battams, S., & Roche, A. (2016). What works in school-based alcohol education: A systematic review. *Health Education Journal, 75*(7), 780-798.
- Lid, T. G., Karlsson, N., Thomas, K., Skagerström, J., O'Donnell, A., Abidi, L., & Nilsen, P. (2021). Addressing patients' alcohol consumption—A population-based survey of patient experiences. *International journal of public health, 66*, 1604298.
- Lid, T. G., Nesvåg, S., & Meland, E. (2015). When general practitioners talk about alcohol: exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. *Scandinavian journal of public health, 43*(2), 153-158.
- Manthey, J., Jacobsen, B., Klinger, S., Schulte, B., & Rehm, J. (2024). Restricting alcohol marketing to reduce alcohol consumption: a systematic review of the empirical evidence for one of the 'best buys'. *Addiction, 119*(5), 799-811.
- Manthey, J., Solovei, A., Anderson, P., Carr, S., & Rehm, J. (2021). Can alcohol consumption in Germany be reduced by alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care? Results of a simulation study. *PLOS one, 16*(8), e0255843.
- McCambridge, J., Mialon, M., & Hawkins, B. (2018). Alcohol industry involvement in policymaking: a systematic review. *Addiction, 113*, 1571-1584.

- Melberg, H. O., & Schøyen, Ø. (2012). *Hvordan påvirker redusert skjenketid omsetningen i utelivsbransjen? [How does a reduction in trading hours affect the sales in the night time economy?]* (Sirus Report, Issue).
- Moan, I. S., Scheffels, J., & Lund, M. (2025). *Rusmiddelproblemer i en arbeidslivskontekst: Arbeidstakeres erfaringer med individuelle Akan-avtaler*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/21b51744934244248a5327513c988465/arbeidstakeres-erfaringer-med-individuelle-akanavtaler-2025.pdf>
- Mäkelä, P., Rossow, I., Moan, I. S., Bye, E. K., Kilian, C., Raitasalo, K., & Allebeck, P. (2021). Measuring changes in alcohol use in Finland and Norway during the COVID-19 pandemic: Comparison between data sources. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, e1892.
- Nasjonal kompetansetjeneste TSB. (2024). *Systematisk alkoholkartlegging i somatiske avdelinger*. <https://kudos.dfo.no/dokument/77801/systematisk-alkoholkartlegging-i-somatiske-avdelinger#:~:text=Temaheftet%20%C2%ABAlkoholkartlegging%20i%20somatisk%20avdeling%C2%BB%20gir%20r%C3%A5d%20i%20inspirasjon%2C,prosedyrer%20pasientinformasjon%20og%20deler%20erfaringer%20fra%20kliniske%20avdelinger>.
- Nelson, J. P. (2013). Meta-analysis of alcohol price and income elasticities—with corrections for publication bias. *Health economics review*, 3(1), 17.
- Nordlund, S. (1984). Effekten av lørdagsstengningen ved Vinmonopolets butikker (the effect of Saturday closing of alcohol monopoly outlets). *Alkoholpolitikk*, 1(4), 221-229.
- Norström, T., & Skog, O.-J. (2003). Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an impact analysis. *Journal of studies on alcohol*, 64(3), 393-401.
- Norström, T., & Skog, O. J. (2005). Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases. *Addiction*, 100(6), 767-776.
- Nygaard, P., Paschall, M. J., Aasland, O. G., & Lund, K. E. (2010). Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol & Alcoholism*, 45(2), 207-212.
- Næss, O., Ekeland, T.-J., Arnevik, E. A., Aarstad, J., & Lid, T. G. (2023). Governing by commissioning services—implementing alcohol screening and brief interventions in hospital settings in Norway. *Evaluation and Program Planning*, 98, 102271.
- O'Connor, E. A., Perdue, L. A., Senger, C. A., Rushkin, M., Patnode, C. D., Bean, S. I., & Jonas, D. E. (2018). Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 320(18), 1910-1928.
- Rosário, F., Santos, M. I., Angus, K., Pas, L., Ribeiro, C., & Fitzgerald, N. (2021). Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: a systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework. *Implementation Science*, 16(1), 6.
- Rossow, I. (2021). The alcohol advertising ban in Norway: Effects on recorded alcohol sales. *Drug and Alcohol Review*, 40(7), 1392-1395. <https://doi.org/10.1111/dar.13289>
- Rossow, I. (2026). Effektivt, men lite brukt. Systematisk kartlegging og oppfølging i helsetjenesten. *Tidsskriftet Forebygging.no*. <https://www.forebygging.no/Artikler/2026/effektivt-men-lite-brukt/>
- Rossow, I., & McCambridge, J. (2019). The handling of evidence in national and local policy making: a case study of alcohol industry actor strategies regarding data on on-premise trading hours and violence in Norway. *BMC Public Health*, 19(1), 44.
- Rossow, I., & Mäkelä, P. (2021). Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter? *Journal of studies on alcohol and drugs*, 82(1), 9-17.

- Rossow, I., & Norström, T. (2012). The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*, *107*(3), 530-537.
- Sargent, J. D., Cukier, S., & Babor, T. F. (2020). Alcohol marketing and youth drinking: is there a causal relationship, and why does it matter? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*(s19), 5-12.
- Schmidt, C. S., Schulte, B., Seo, H. N., Kuhn, S., O'Donnell, A., Kriston, L., Verthein, U., & Reimer, J. (2016). Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings. *Addiction*, *111*(5), 783-794.
- Schoueri-Mychasiw, N., Weerasinghe, A., Vallance, K., Stockwell, T., Zhao, J., Hammond, D., McGavock, J., Greenfield, T. K., Paradis, C., & Hobin, E. (2020). Examining the impact of alcohol labels on awareness and knowledge of national drinking guidelines: A real-world study in Yukon, Canada. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *81*(2), 262-272.
- Schweer-Collins, M. L., Parr, N. J., Saitz, R., & Tanner-Smith, E. E. (2023). Investigating for whom brief substance use interventions are most effective: An individual participant data meta-analysis. *Prevention Science*, *24*(8), 1459-1482.
- Sherk, A., Stockwell, T., Chikritzhs, T., Andréasson, S., Angus, C., Gripenberg, J., Holder, H., Holmes, J., Mäkelä, P., & Mills, M. (2018). Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *79*(1), 58-67.
- Stockwell, T., Zhao, J., Macdonald, S., Pakula, B., Gruenewald, P., & Holder, H. (2009). Changes in per capita alcohol sales during the partial privatization of British Columbia's retail alcohol monopoly 2003–2008: a multi-level local area analysis. *Addiction*, *104*(11), 1827-1836.
- Tanner-Smith, E. E., Parr, N. J., Schweer-Collins, M., & Saitz, R. (2022). Effects of brief substance use interventions delivered in general medical settings: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, *117*(4), 877-889.
- Taylor, N., Miller, P., Coomber, K., Mayshak, R., Zahnow, R., Patafio, B., Burn, M., & Ferris, J. (2018). A mapping review of evaluations of alcohol policy restrictions targeting alcohol-related harm in night-time entertainment precincts. *International Journal of Drug Policy*, *62*, 1-13.
- Trolldal, B. (2026). *Nordisk gränshandel med alkohol i Sverige. Kortfakta 08*. C.-C. f. a.-o. narkotikaupplysning. <https://www.can.se/app/uploads/2026/02/kortfakta-08-nordisk-grashandel-med-alkohol-i-sverige.pdf>
- Wilkinson, C., Livingston, M., & Room, R. (2016). Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005-2015. *Public Health Research & Practice*, *26*(4), e2641644. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17061/phrp2641644>
- Zhao, J., Stockwell, T., Vallance, K., & Hobin, E. (2020). The effects of alcohol warning labels on population alcohol consumption: an interrupted time series analysis of alcohol sales in Yukon, Canada. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *81*(2), 225-237.