

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref:
26/338

Vår ref:
26/00688

Dato:
12.03.2026

Høringsuttalelse - Forslag om midlertidig endring av alkoholovens bestemmelse om maksimaltid for skjenking under fotball-VM for herrer 2026

Folkehelseinstituttet viser til Helse- og omsorgsdepartementet sin høring om forslag til midlertidig endring av alkoholovens maksimaltid for skjenking under fotball-VM for herrer 2026, datert 30. januar 2026. Folkehelseinstituttet takker for anledningen til å komme med høringssvar.

Forslaget åpner for at kommuner kan gi skjenkesteder som viser direktesendte kamper fra mesterskapet tillatelse til å skjenke øl og vin (gruppe 1 og 2) utover lovens ordinære maksimaltid på kl. 03.00, i perioden 11. juni–19. juli 2026.

Departementet begrunner forslaget med at herrelandslagets VM-deltakelse er en ekstraordinær begivenhet av begrenset varighet, at fotball-VM er blant verdens mest sette TV-begivenheter, og at mange kan ønske å se kampene samlet på et serveringssted. Departementet erkjenner at forslaget kan medføre økt belastning på politi og helsevesen, økt forekomst av vold og kriminalitet, samt støyproblemer for naboer til serveringssteder. En eksplisitt avveining av forventede gevinster mot kjente skadevirkninger av utvidede skjenketider er imidlertid ikke foretatt i høringsnotatet.

Folkehelseinstituttets vurdering er at det ikke bør innføres midlertidige utvidede skjenketider under fotball-VM sommeren 2026. Forskningen på alkoholfeltet peker entydig på at utvidede skjenketider gir økt forekomst av alkoholrelatert vold og skader, og at fotball-VM representerer en kontekst der risikoen kan være forhøyet. På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget vi gjengir nedenfor vil Folkehelseinstituttet peke på tre forhold som samlet underbygger vår kritiske vurdering av forslaget:

- **Brudd med konsistens i alkoholpolitikken.** Et midlertidig unntak fra alkoholovens maksimaltid av hensyn til en kommersiell sportsbegivenhet med alkoholsponsorskap undergraver Nasjonal alkoholstrategi, WHO's anbefalinger om å ikke svekke eksisterende alkoholreguleringer, og den uttalte intensjonen om å styrke alkoholfrie arenaer i tilknytning til idrett. Departementets argumentasjon om at lovendringen ikke skaper presedens er ikke overbevisende: det avgjørende er ikke at endringen er midlertidig, men at alkoholoven faktisk endres for å imøtekomme en kommersiell sportsbegivenhet. Når det først er gjort, er grunnlaget for å avslå tilsvarende krav i fremtiden vesentlig svekket. Dette svekker den overordnede legitimiteten til den restriktive alkoholpolitikken der folkehelse og solidaritet benyttes som begrunnelse.
- **Forventet økning i alkoholrelaterte skader.** Selv om departementet erkjenner at forslaget kan øke belastningen på politi og helsevesen, er den forskningsmessige evidensen tydeligere enn departementet legger til grunn: studier fra norsk og europeisk kontekst viser konsistent at utvidede skjenketider øker forekomsten av vold og andre alkoholrelaterte skader, særlig i de

sene nattetimene. Fotball-VM som kontekst kan forsterke denne risikoen, gitt den dokumenterte sammenhengen mellom fotballkultur og alkoholrelatert vold.

- **Utilstrekkelig avveining av gevinster mot skadevirkninger.** Departementet begrunner forslaget med at herrelandslagets VM-deltakelse er en ekstraordinær begivenhet av begrenset varighet, og at mange kan ønske å se kampene samlet på skjenkesteder. Det gjøres imidlertid ingen avveining av forventede gevinster mot skadevirkninger, og det redegjøres ikke for hvorfor tilgang til alkohol etter kl. 03.00 er en nødvendig forutsetning for den beskrevne sosiale opplevelsen. Det kan innvendes at skjenking på serveringssteder er å foretrekke fremfor drikking i private hjem, der barn og andre kan være til stede, men forskningen gir ikke støtte for at utvidede skjenketider har en slik skadeforebyggende effekt.

Vurderingene er direkte forankret i kunnskapsgrunnet, og må forstås i lys av Folkehelseinstituttets rolle som statlig fagetat med ansvar for å gi faglig uavhengige råd til myndighetene om konsekvenser for folkehelsen av politiske forslag.

Kunnskapsgrunnet for vurderingen

Norsk alkoholpolitikk og folkehelse

Den restriktive alkoholpolitikken i Norge begrunnes med hensyn til folkehelse og solidaritet, og er faglig forankret i totalkonsummodellen: omfanget av alkoholrelaterte skader er nært forbundet med det samlede forbruket i befolkningen (Nasjonal alkoholstrategi 2021–2025). Befolkningsrettede tiltak for å begrense totalkonsumet er derfor en effektiv strategi for å redusere alkoholrelaterte skader – samtidig som særlig de som er mest sårbare for skadelig bruk beskyttes (Rossow et al. 2014). Alkoholpolitiske tiltak i Norge omfatter blant annet begrensede salgs- og skjenketider, monopolordningen, reklameforbud, høye avgifter og aldersgrenser. Dette folkehelsemotiverte alkoholpolitiske rammeverket har sin opprinnelse i Norden, og tiltakene har blitt anbefalt som modell for andre land (Babor et al. 2023, WHO 2019, Gapstur et al. 2025).

Alkohol er en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår, og er årsak til betydelig sykkelighet, skader, dødelighet og sosiale problemer:

- **Sykdomsbyrde:** Alkohol bidrar til betydelig sykdomsbyrde, med globalt millioner av dødsfall og tapte friske leveår tilskrevet alkoholbruk hvert år (Shield et al. 2025). Selv om alkoholforbruket er lavere enn i sammenlignbare land, er sykdomsbyrden av alkoholkonsumet også i Norge anslått som stor (FHI 2025).
- **Kroniske sykdommer og skader:** Alkohol er medvirkende årsak til mer enn 40 sykdoms- og skade kategorier (etter ICD-10), og for de fleste av disse er sammenhengen dose-responsbasert: jo høyere alkoholinntak, desto høyere risiko (Rehm et al. 2017, Rehm et al. 2021; GBD 2021 Risk Factors Collaborators 2024).
- **Kreftrisiko:** Alkohol er medvirkende årsak til flere kreftformer, og det er ikke påvist noe trygt minimumsnivå for kreftrisiko. Et betydelig antall krefttilfeller på verdensbasis kan tilskrives alkoholbruk (Rumgay et al. 2021; Fink et al. 2026).
- **Vold:** Alkohol er en viktig kausal faktor for vold og øker sannsynligheten for aggressiv atferd. Effekten er særlig tydelig i nordiske drikkekulturer med innslag av beruselsesdrikking (Rossow & Bye 2013; Babor et al. 2023).
- **Tredjepartsskader:** Mer enn for noe annet rusmiddel har alkohol betydelige konsekvenser for andre enn brukeren selv, inkludert fosterskader, barn av foreldre med alkoholproblemer og

alkoholrelatert vold (Babor et al. 2023). Hyppig drikking på serveringssteder er særlig forbundet med å oppleve skade fra andres drikking, og sårbare grupper som unge og kvinner er mest utsatt (Moan & Brunborg 2021).

- **Arbeidsliv:** Ansatte i serveringsbransjen er særlig utsatt for alkoholrelaterte skadevirkninger (Lund et al. 2023). Alkoholbruk kan bidra til sykefravær og lavere produktivitet (Marzan et al. 2022, Moan & Halkjelsvik 2020, Thørrisen et al. 2019).

Begrensning av alkoholens fysiske tilgjengelighet – herunder regulering av skjenketider – er et av de best dokumenterte og mest kostnadseffektive virkemidlene for å redusere alkoholkonsum, relaterte helsekonsekvenser og skader. Tiltaket er omtalt som et «Best buy» av Verdens helseorganisasjon (WHO 2017). I Nasjonal alkoholstrategi og Folkehelsemeldingen understrekes det at Norge skal videreføre og styrke denne politikken. Videre skal alkoholfrie arenaer forsterkes og utvikles, særlig i tilknytning til idretten. WHO's Global Alcohol Action Plan 2022–2030, som Norge har sluttet seg til, advarer mot at deregulering svekker alkoholpolitiske virkemidler på bekostning av folkehelsen, og anbefaler at alkoholpolitiske tiltak beskyttes mot kommersielle interesser (WHO 2022).

Skjenketider og alkoholrelaterte skader

Det er godt forskningsmessig belegg for at utvidede skjenketider gir økt forekomst av alkoholrelaterte skader, og at innskrenkning gir redusert skadeomfang. Tidligere har effekten av skjenketidsendringer i 18 norske byer blitt analysert. Her ble det vist at én times utvidelse av skjenketiden i gjennomsnitt ga 16 prosent økning i volden på nattestid i helgene i sentrum. Effekten var symmetrisk – like stor ved utvidelse som ved innskrenkning – og særlig tydelig for de sene nattetimene (kl. 02.00–03.00), rett før det tidsrommet det aktuelle forslaget vil åpne for utvidet skjenking. Utvidede skjenketider øker dessuten totalkonsumet fremfor å forskyve drikkingen fra private hjem til skjenkested – noe som taler direkte imot forestillingen om at skjenking i kontrollerte former har en skadeforebyggende effekt (Rossow og Norström 2012).

Fra Norden kan tidligere erfaringer fra Reykjavik være illustrerende: etter at skjenkestedene i 1999 fikk adgang til å skjenke hele døgnet (mot tidligere skjenkestopp kl. 02.00 i helgene), økte antallet pasienter med voldsskader på akuttmottak nattestid i helgene med 34 prosent (Ragnarsdottir et al. 2002). Videre konkluderer en systematisk gjennomgang av 21 studier fra perioden 2005–2015, fra Australia, Storbritannia, Canada, Norge og flere europeiske land, med at utvidede skjenketider gir høyere skadeomfang, og at begrensninger gir reduksjon i nattlig vold (Wilkinson et al. 2016).

Studiene som er gjennomgått gjelder i hovedsak varige endringer i skjenketid. Det foreligger ikke tilsvarende studier av kortvarige eller midlertidige unntak, men mekanismen for effekten – økt tilgjengelighet gir økt konsum og skaderisiko – er ikke betinget av at endringen er permanent. Tilsvarende effekter må derfor forventes også av kortvarige endringer.

Fotball, alkohol og vold

Alkohol og fotball er kulturelt tett forbundet, og for supportere kan fellesskapet på et skjenkested være en integrert del av selve kampopplevelsen. Samtidig viser forskningen at sportsbegivenheter kan forsterke alkoholrelaterte risikoer på flere nivåer:

Kvalitative studier viser at høyt alkoholkonsum er dypt forankret i en del fotballsupporteres kollektive identitet og oppleves som normalt (Bandura et al. 2024). En systematisk gjennomgang av 12 studier fra Storbritannia og Nord-Amerika dokumenterer en kobling mellom store idrettsbegivenheter og økt forekomst av vold i nære relasjoner, med alkohol, kulturell rivalisering og emosjonell intensitet som

sentrale forklaringsfaktorer (Forsdike et al. 2022). Alkoholkonsumets årsaksrolle er særlig godt dokumentert i en britisk studie basert på ti år med politiregistrerte data: antallet alkoholrelaterte partner-voldssaker økte med 47 prosent på dager da England vant i VM og EM, mens ikke-alkoholrelatert vold var upåvirket. Økningen var ikke knyttet til offentlige steder – den fotballrelaterte alkoholvolden skjer primært i hjemmet, i timene etter kampslutt (Trendl et al. 2021).

Til dette bildet hører det også at fotball-VM 2026 er tungt sponset av alkoholprodusenter — AB InBev er offisiell ølsponsor for mesterskapet og Diageo er offisiell spritsponsor (FIFA 2023, 2025). Alkoholindustrien bruker systematisk store idrettsbegivenheter som markedsføringsstrategi for å øke omsetningen og normalisere alkoholkonsum i nye målgrupper (Babor et al. 2023, Graham 2024).

Referanser

Babor, T.F., et al. (2023). *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy* (3rd ed.). Oxford University Press

Bandura, C.T., et al. (2024). Alcohol consumption among UK football supporters: investigating the contested field of the football carnivalesque. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 31(4), 431–442

FIFA. (2023). FIFA announces AB InBev as official beer sponsor of FIFA Women's World Cup 2023™ and FIFA World Cup 2026™. Pressemelding. <https://inside.fifa.com/tournament-organisation/commercial/media-releases/fifa-announces-ab-inbev-as-official-beer-sponsor-of-fifa-womens-world-cup-2023>

FIFA. (2025). Diageo named Official Spirits Supporter in North, Central and South America for FIFA World Cup 26™. Pressemelding. <https://inside.fifa.com/media-releases/diageo-official-spirits-supporter-world-cup-26-north-central-south-america>

Fink, H., Langselius, O., Vignat, J., Rungay, H., Rehm, J., Martinez, R. X., ... & Soerjomataram, I. (2026). Global and regional cancer burden attributable to modifiable risk factors to inform prevention. *Nature Medicine*, 1-10

FHI (2025). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge* [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse rapporten/>

Forsdike, K., O'Sullivan, G., & Hooker, L. (2022). Major sports events and domestic violence: A systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 30, e3670–e3685

Gapstur, S. M., Mariosa, D., Neamtui, L., Nethan, S. T., Rehm, J., Huckle, T., ... & Lauby-Secretan, B. (2025). The IARC perspective on the effects of policies on reducing alcohol consumption. *New England Journal of Medicine*, 392(17), 1752-1759

GBD 2021 Risk Factors Collaborators [Brauer, M., et al.] (2024). Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 403(10440), 2162–2203

Graham, C.J. (2024). Alcohol normalisation in Europe: the role of alcohol sports sponsorship. *Lancet Regional Health – Europe*, 48, 101156

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Nasjonal alkoholstrategi 2021–2025*. Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). Folkehelsemeldinga 2022–2023. Meld. St. 15 (2022–2023). Oslo

Lund, I., Moan, I.S., & Halkjelsvik, T. (2023). Alcohol-related sexual harassment in the workplace: A between and within industry analysis. *Drug and Alcohol Review*, 42(7), 1764–1772

Marzan, M., Callinan, S., Livingston, M., Leggat, G., & Jiang, H. (2022). Systematic review and dose–response meta-analysis on the relationship between alcohol consumption and sickness absence. *Alcohol and Alcoholism*, 57(1), 47–57

Moan, I. S., & Brunborg, G. S. (2021). Alcohol’s harm to others: Does the drinking location matter? *Substance Use & Misuse*, 56(10), 1421–1427

Moan, I. S., & Halkjelsvik, T. (2020). Socio-demographic differences in alcohol-related work impairment. *Addiction*, 116, 771–779

Ragnarsdottir, T., Kjartansdottir, A., & Davidsdottir, S. (2002). Effects of extended alcohol serving hours in Reykjavik. I: Room, R. (red.), *The effects of Nordic alcohol policies*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, s. 145–154

Rehm, J., et al. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction*, 112(6), 968–1001

Rehm, J., Rovira, P., Llamas-Falcón, L., & Shield, K. D. (2021). Dose–response relationships between levels of alcohol use and risks of mortality or disease, for all people, by age, sex and specific risk factors. *Nutrients*, 13(8), 2652

Rossow, I., & Bye, E.K. (2013). The problem of alcohol-related violence: an epidemiological and public health perspective. I: McMurrin, M. (red.), *Alcohol-Related Violence: Prevention and Treatment*. Chichester: Wiley-Blackwell, s. 3–19

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

Rossow, I., Mäkelä, P., & Kerr, W. (2014). The collectivity of changes in alcohol consumption revisited. *Addiction*, 109(9), 1447–1455

Rumgay, H., et al. (2021). Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *The Lancet Oncology*, 22(8), 1071–1080

Shield, K., et al. (2025). National, regional, and global statistics on alcohol consumption and associated burden of disease 2000–20. *The Lancet Public Health*, 10(9), e751

Thørrisen, M. M., Bonsaksen, T., Hashemi, N., Kjekshus, I., van Mechelen, W., & Aas, R. W. (2019). Association between alcohol consumption and impaired work performance (presenteeism): a systematic review. *BMJ Open*, 9, e029184

Trendl, A., Stewart, N., & Mullett, T.L. (2021). The role of alcohol in the link between national football (soccer) tournaments and domestic abuse – Evidence from England. *Social Science & Medicine*, 268, 113457

WHO. (2017). *Tackling NCDs: Best buys and other recommended interventions* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization

WHO. (2019). The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva: World Health Organization

WHO. (2022). Global alcohol action plan 2022–2030. Geneva: World Health Organization

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