



Departementene

Strategiplan

Nasjonalt alkoholstrategi

En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk

2021-2025



INNHOOLD

Forord	3
1. En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk	5
1.1 Mål og hovedprioriteringer	5
1.2 Innspill til strategien	6
1.3 Sammendrag	7
2. Status og utfordringer	1
2.1 Bruken av alkohol i Norge og verden	11
2.2 Alkoholkonsekvenser	13
3. Hovedlinjene i alkoholpolitikken	17
3.1 Bevillingssystemet	17
3.2 Vinmonopolordningen	18
3.3 Reklameforbudet	19
3.4 Alkoholavgiften	19
3.5 Aldersgrensene og forbud mot langing	20
3.6 Øvrig regulering av alkohol	20
4. Alkoholforebygging i kommunene	23
4.1 Kommunenes forvaltning av alkoholloven	23
4.2 Verktøy i lokalt rusmiddelforebyggende arbeid	26
4.3 Kriminalitetsforebygging	30
5. Tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk	33
5.1 Helse- og omsorgstjenestene i kommunene	33
5.2 Spesialisthelsetjenesten	40
5.3 Nettbaserte behandlings- og kartleggingstilbud	47
5.4 Utsatte barn og familier	48
6. Alkoholfrie arenaer	53
6.1 Idrett og annen fritid	54
6.2 Utdanning	57
6.3 Arbeidslivet	59
6.4 Vegtrafikken	61
7. Kunnskap og kompetanse om alkohol	65
7.1 Helsekompetanse	65
7.2 Merking av alkoholholdig drikk	67
7.3 Helsepersonells kompetanse om alkohol	69
8. Forskning og kunnskapsgrunnlag	73
8.1 Forskning	73
8.2 Kunnskapsgrunnlag	73
9. Internasjonalt samarbeid	77
10. Økonomiske og administrative konsekvenser	81
11. Referanser	82

FORORD

De fleste voksne i Norge bruker alkohol. I en undersøkelse i 2019 oppga 85 prosent at de hadde brukt alkohol siste år, og om lag 70 prosent svarte at de hadde brukt alkohol siste fire uker (1). Alkohol er likevel ingen ordinær vare.

Alkoholbruk er en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen, og medfører også kostnader for andre enn brukeren selv. For eksempel kostander for behandling for sykdom og skader, kostnader i rettsvesenet og hjelpeapparatet og kostnader i arbeidslivet. I tillegg kommer menneskelige kostnader knyttet til omsorgsvisitt, frykt, ulykker, vold og annen type rusrelatert kriminalitet, fosterskader og andre tredjepartsskader.

De fleste som drikker alkohol har et forbruk som innebærer lav risiko, mens noen har et forbruk som er forbundet med høy risiko. Den tiendedelen av befolkningen som drikker mest, konsumerer om lag halvparten av det samlede alkoholforbruket (1).

Mange vil nok derfor mene at det er opplagt at forebyggingstiltakene først og fremst må rettes mot dem som har det høyeste alkoholforbruket. Denne gruppen står for en relativt stor del av de alkoholrelaterte problemene. Men risikoen for sykdom øker med gjennomsnittlig alkoholinntak (2), og selv et lavt alkoholinntak innebærer en viss risiko for alkoholrelatert sykdom eller skade. På befolkningsnivå ser vi derfor at sykdomsbyrden av en rekke utbredte og alvorlige sykdommer, deriblant enkelte kreftformer og hjerte-karsykdommer, er størst i den delen av befolkningen som ikke tilhører høyrisikogruppen. Dette gjelder også størstedelen av de akutte, alkoholrelaterte problemene (3). Derfor er alkoholreguleringene begrunnet i et folkehelseperspektiv.

Når tilgjengeligheten til alkohol øker, går gjennomsnittsforbruket opp. Når gjennomsnittsforbruket i befolkningen går opp, øker forbruket både blant normalforbrukere og blant storforbrukere. Dette fenomenet har solid støtte i empiriske undersøkelser og omtales som totalkonsumteorien (4). Derfor er alkoholreguleringene også begrunnet i et solidaritetsperspektiv.


Alkohol er regulert av hensyn til folkehelsen og i solidaritet med den gruppen som har en skadelig bruk av alkohol. Dette er de to hovedpilarene i alkoholpolitikken. Samtidig er det nødvendig å regulere alkohol av hensyn til dem som opplever problemer og ubehageligheter som følge av andres alkoholbruk og for å begrense de samfunnsmessige kostnadene alkoholbruken fører med seg.

Regjeringen Solberg har ført en helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk. Det vil regjeringen fortsette med. Strategien synliggjør denne 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.

Jeg inviterte i april 2020 alle interesserte til å gi innspill til strategien. Responsen viste at dette er et politikkområde som engasjerer bredt. I alt 61 organisasjoner og enkelte privatpersoner leverte nærmere 500 konkrete forslag. Mange av forslagene var overlappende og noen var likelydende, og selv om det kun er rom for å følge opp enkelte av forslagene i denne strategien, utgjør innspillene et verdifullt kunnskapsgrunnlag for strategien.

Takk til alle som har bidratt med forslag til strategien.

Bent Høie
Helse- og omsorgsminister

A person in a dark blue sweater is shown from the side, gesturing with their hands as if speaking to a group of people. The background is blurred, showing several other people seated at a table. The overall scene suggests a professional meeting or presentation.

En reduksjon av skadelig alkoholforbruk i befolkningen bygger på de to hovedpilarene folkehelse og solidaritet. Dette krever både befolkningsstrategier og høyrisikostrategier.

1 EN HELSEFREMMEDE OG SOLIDARISK ALKOHOLPOLITIKK

1.1 Mål og hovedprioriteringer

Verdens helseorganisasjon (WHO) har gjennom handlingsplan for forebygging og begrensning av ikke-smittsomme sykdommer (noncommunicable diseases, NCD) vedtatt et globalt mål om reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 prosent innen 2025 sammenliknet med 2010 (5). Norge har forpliktet seg til å følge opp dette målet.

En reduksjon av skadelig alkoholforbruk i befolkningen bygger på de to hovedpilarene folkehelse og solidaritet. Dette krever både befolkningsstrategier og høyrisikostrategier. Alkoholstrategien inneholder seks hovedprioriteringer for å redusere skadelig alkoholbruk.

Regjeringen vil

1. videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken
2. understøtte alkoholforebygging i kommunene
3. forsterke tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk
4. fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter
5. styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol
6. prioritere forskning på sykdomsutvikling og skader knyttet til alkohol

Det alkoholforebyggende arbeidet rettet mot ungdom er særlig vektlagt i strategien.

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.

Befolkningsstrategier innebærer å redusere forbruket gjennom tiltak som treffer hele befolkningen. Bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, alkoholavgifter og aldersgrensene er eksempler på effektive, befolkningsrettede virkemidler og er hovedlinjer i alkoholpolitikken. Kommunene har i sin forvaltning av alkoholloven en avgjørende betydning for hvor godt disse virkemidlene treffer. Kommunenes forvaltning av alkoholloven er derfor en viktig prioritering i denne strategien.

Folkehelseloven legger til grunn at kommunene skal etablere et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Ambisjonen er at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert og systematisk. For at kommunene skal kunne oppfylle ambisjonene og forpliktelsene i folkehelseloven og alkoholloven, tilbys kommunene kunnskap og verktøy til bruk i det lokale folkehelsearbeidet, blant

annet gjennom Folkehelseprofilene, Ungdata og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål – korusene.

Høyrisikostراتيجier innebærer å identifisere personer eller grupper med høy risiko eller sårbarhet og sette inn forebyggende tiltak, hjelp eller behandling. Tidlig innsats i helse- og omsorgstjenesten mot skadelig alkoholbruk, tidlig innsats for utsatte barn og familier, og tidlig innsats fra frivillige organisasjoner, selvhjelpsgrupper og bruker- og pårørendeorganisasjoner er avgjørende.

Det er regjeringens ambisjon å fremme verdien av alkoholfrie arenaer. Regjeringen vil fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter. Hensikten er å legge til rette for å ta alkoholfrie valg, og øke aksepten for ikke å drikke.

Alkoholpolitikken er en del av en samlet rusmiddelpolitikk der målet er å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk. Tiltakene i strategien omhandler alkohol, men en rekke av tiltakene må ses i en videre ramme, både som en del av en helhetlig rusmiddelpolitikk, som del av folkehelsepolitikken og som en del av et større samfunnsansvar for å sikre gode oppvekstvilkår og et bærekraftig velferdssamfunn.

Strategien er også et ledd i arbeidet for å oppfylle FNs bærekraftsmål om god helse og livskvalitet, der delmål 3.5 er å «styrke forebygging og behandling av rusmiddelmissbruk, blant annet misbruk av narkotiske stoffer og skadelig bruk av alkohol» (8). Alkohol er ikke bare et folkehelseproblem i Norge, men i økende grad også en global utfordring som Norge må bidra til å takle.

Granavolden-plattformen varsler at regjeringen vil «legge fram en nasjonal alkoholstrategi for å følge opp gjeldende målsetning om reduksjon i skadelig alkoholkonsum, og etablere et samarbeid med idretten og arbeidslivets parter om bevissthet rundt holdninger til alkohol i idrett og arbeidsliv og verdien av alkoholfrie arenaer» (9).

Strategien er også et svar på en anmodning fra Stortinget: «Stortinget ber regjeringen invitere arbeidslivets parter til et styrket samarbeid for økt bevissthet rundt holdninger til alkohol i arbeidslivet, for å fremme verdien av alkoholfrie arenaer og understreke behovet for valgfrihet og redusert alkoholpress i arbeidssammenheng.» (Jf. Stortingets vedtak nr. 38, 20. november 2018).

1.2 Innspill til strategien

Virkemidlene i alkoholpolitikken er sektorovergripende, og strategien er utviklet i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Finansdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet inviterte alle interesserte – organisasjoner og enkeltpersoner – til å gi innspill til strategien våren 2020. Helse- og omsorgsdepartementet fikk nærmere 500 konkrete forslag (der mange var likelydende eller tilnærmet likelydende) fra 61 organisasjoner, i tillegg til noen innspill fra privatpersoner. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har bidratt med faglige innspill til strategien.

Mange av de som kom med innspill er opptatt av betydningen av hovedlinjene i alkoholpolitikken. Det kom inn 115 forslag fra 32 organisasjoner om endringer av hovedlinjene i alkoholpolitikken. Regjeringen vil videreføre hovedlinjene i dagens alkoholpolitikk, og det er ikke aktuelt gjøre vesentlige endringer i alkoholregelverket eller å endre avgiftspolitikken. Hovedlinjene i alkoholpolitikken er omtalt i kap. 3.

Mange er opptatt av å integrere rusmiddelforebygging i det øvrige folkehelsearbeidet og av tiltak for å understøtte det forebyggende arbeidet i kommunene. Flere organisasjoner har foreslått tiltak for å sikre bedre forvaltning og etterlevelse av alkoholloven, blant annet gjennom videreutvikling av ansvarlig alkoholhåndtering, kompetansekrav og tiltak for å øke kunnskapen om regelverket. Flere av disse forslagene er reflektert i kap. 4.

Det kom inn om lag 150 forslag fra 36 organisasjoner som går inn i temaet tidlig innsats. Mange av forslagene omhandler kartlegging og tidlig intervensjon i helse- og omsorgstjenestene, men også oppvekstvilkår, lavterskeltilbud til unge, foreldrestøtte og brukermedvirkning er viktige stikkord. Dette er en tematikk som er viktig i alkoholstrategien, og tidlig innsats mot skadelig alkoholbruk er en hovedprioritering som er omtalt i kap. 5.

Det kom inn over 100 forslag som kan plasseres innenfor tematikken alkoholfrie arenaer. Det har blant annet kommet forslag om å synliggjøre normene rundt alkohol og arbeide for at alkohol ikke skal være en selvfølge i alle sosiale sammenhenger. Idrett og annen fritid, utdanning, arbeidsliv og

veitrafikken er viktige alkoholfrie arenaer som regjeringen vil støtte opp under gjennom denne strategien, jf. kap. 6.

En rekke organisasjoner har kommet med forslag om å sørge for god informasjon om helseskader knyttet til alkoholbruk, slik at folk blir i stand til å ta informerte valg for egen helse. Flere organisasjoner er opptatt av å innføre merking av alkohol med ingredienser, næringsinnhold og helseadvarsler. Å styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol er en hovedprioritering som er omtalt i kap. 7.

Det har kommet noen forslag om å styrke forskningen. Evaluering, tiltaksforskning, brukermedvirkning og konsekvenser for barn og unge er viktige stikkord blant de forslagene som har kommet. Prioriteringer innenfor forskning og kunnskapsgrunnlag er omtalt i kap. 8.

Det internasjonale perspektivet er viktig for flere av organisasjonene, og mange er opptatt av WHO's arbeid på området. Det internasjonale samarbeidet er omtalt i kap. 9.

1.3 Sammendrag

Verdens helseorganisasjon (WHO) har gjennom handlingsplan for forebygging og begrenning av ikke-smittsomme sykdommer (noncommunicable diseases, NCD) vedtatt et globalt mål om reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 prosent innen 2025 sammenliknet med 2010 (5). Norge har forpliktet seg til å følge opp dette målet. Alkoholstrategien inneholder seks hovedprioriteringer for å redusere skadelig alkoholbruk.

Den første hovedprioriteringen er å videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken. Norge har tatt i bruk de virkemidlene som er regnet for å være mest effektive for å begrense alkoholbruken. Bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, alkoholavgiftene og aldersgrensene er virkemidler som samlet sett har begrenset alkoholbruken og dermed de skader og ulemper som følger av alkoholbruk. Regjeringen vil derfor videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken.

Den andre hovedprioriteringen er å understøtte alkoholforebygging i kommunene. 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. Regjeringen vil støtte opp under eksisterende og legge til rette for nye, lokale samarbeidsstrukturer innen rus- og kriminalitetsforebygging, SLT (samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak) og politiråd.

Den tredje hovedprioriteringen er å legge til rette for tidlig innsats mot alkoholproblemer og bidra til større åpenhet om skadelig alkoholbruk. Helse- og omsorgstjenestene har gode muligheter for å forebygge videreutvikling av risikofylt rusmiddelbruk. Men også NAV, barnevern, PP-tjeneste, skole og arbeidsliv, bedriftshelsetjeneste, frivillige organisasjoner, selvhjelpsgrupper og bruker- og pårørendeorganisasjoner er viktige aktører og arenaer med mulighet til å fange opp problematisk rusmiddelbruk. Regjeringen vil utnytte mulighetene digitale plattformer gir for tidlig innsats mot psykiske lidelser og rusproblemer.

Utsatte barn og familier er en viktig målgruppe for tidlig innsats, også mot alkoholrelaterte problemer. Regjeringen vil videreføre støtten til kommunenes arbeid med å gi barn og unge riktig hjelp til riktig tid.

Den fjerde hovedprioriteringen er å fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter. Hensikten er å legge til rette for å ta alkoholfrie valg, og øke aksepten for ikke å drikke.

I Norge har idretten som alkoholfri arena alltid stått sterkt, og det har vært et viktig, førende prinsipp at alle skal oppleve trygge, gode idrettsarenaer.

Skolens muligheter til å fange opp elever som av ulike årsaker har det vanskelig, er også viktig. Et trygt og godt skolemiljø, som fremmer læring, trivsel og personlig vekst, kan dempe risikoen for skjevutvikling på ulike livsområder. 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.

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.

Norge er et av verdens mest trafikksikre land, og det er regjeringens ambisjon å arbeide for at denne positive utviklingen fortsetter, blant annet gjennom fortsatt innsats mot ruspåvirket kjøring.

Den femte hovedprioriteringen er å styrke kunnskapen og kompetansen om alkohol. WHO påpeker viktigheten av å øke kunnskapen om sykdoms- og skaderisiko forbundet med alkoholbruk (10). 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. Regjeringen vil utrede spørsmålet om det er faglig grunnlag for å innføre en generell veileder om alkoholbruk, foreslå å innføre krav til advarselsmerking på alkoholholdig drikk i Norge og starte en prosess for å foreslå nasjonale krav til innholdsmerking av alkoholvarer i Norge.


Regjeringen vil bidra til at helsepersonell har nødvendig kunnskap om forebygging og behandling av rusmiddelrelaterte problemer. For at helsepersonell skal ha riktig kunnskap og kompetanse, og dermed trygghet i sin yrkesutøvelse knyttet til rusmiddelproblematikk, er det viktig at grunn-, videre- og spesialistutdanningene i tilstrekkelig grad vektlegger fagområdet rus- og avhengighet.

Den sjette hovedprioriteringen er å prioritere forskning på koblingen mellom alkoholforbruk og sykdomsutvikling og skader. Målet er å belyse sammenhenger der det ikke foreligger tilstrekkelig med kunnskap. 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.

Alkohol er ikke bare et folkehelseproblem i Norge, men i økende grad også en global utfordring som Norge må bidra til å håndtere. Derfor er det en viktig prioritering for Norge å opprettholde en aktiv deltakelse i det internasjonale samarbeidet på alkoholområdet. Internasjonalt samarbeid er nødvendig for å begrense skadevirkninger ved alkoholbruk, og mange tiltak krever internasjonalt samarbeid for å bli effektive. Kunnskapsbaserte tiltak krever et nært samarbeid med forskningsmiljøene, og erfaringsutveksling om virkemidler. Norges deltakelse i de store internasjonale programmene knyttet til oppfylling av FNs bærekraftsmål legger til rette for å fremme tiltak med målbare resultater.

Det vil være viktig å vurdere effekten av strategien som helhet. Folkehelseinstituttet vil foreta en kvalitativ evaluering av strategien, med en midtveisevaluering i 2023. Folkehelseinstituttet vil også vurdere egne evalueringer av enkelte av tiltakene, der det ligger til rette for dette.



Alkohol er det mest utbredte rusmidlet i Norge, og for mange en kilde til nytelse og glede. Men alkoholbruk er også en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen, og er i tillegg årsak til sosiale problemer og skader for andre enn brukeren selv.

2 STATUS OG UTFORDRINGER

2.1 Bruken av alkohol i Norge og verden

Sammenliknet med andre europeiske land er alkoholomsetningen og det totale alkoholforbruket i Norge lavt. I verdensmålestokk ligger forbruket i Norge omtrent på det globale gjennomsnittet. For WHO's Europa-region lå det gjennomsnittlige forbruket på 11,3 liter i 2016 (11). Måten alkohol brukes på varierer betydelig mellom land og regioner. Norge er blant de landene som har den høyeste andelen med alkoholbrukere i befolkningen, men mange land har høyere hyppighet av bruk enn Norge.

Folkehelseinstituttet følger med på totalkonsumet av alkohol i Norge, og i nettpublikasjonen Alkohol i Norge (12) oppsummeres forbruket slik:

- Åtte av ti har drukket alkohol siste år og halvparten har drukket seks eller flere alkoholenheter ved samme anledning. Disse målene har vært stabile i perioden 2012–2019
- Menn drikker mer, oftere og mer risikofyllt enn kvinner
- Eldre drikker oftere enn yngre, men de har et mindre risikofyllt drikkemønster
- Dagens eldre drikker mer enn generasjonene før dem
- Høyt utdanningsnivå og inntekt er forbundet med høyere drikkefrekvens, men med lavere omfang av risikofyllt drikking
- Tre av fire drikker kun i helgene

Forekomsten av tenåringsdrikking har gått ned siden årtusenskiftet – både i Norge og i mange andre land (13); (14). I Norge ble denne utviklingen senest bekreftet i Ungdatas nasjonale resultater for 2020 (15). Sammenliknet med Europa for øvrig, er andelen norske 15–16-åringer som drikker alkohol lav, og de som drikker gjør det sjelden. Når norske tenåringer først drikker, er alkoholinntaket relativt høyt (13).

Andelen eldre personer forventes å øke betraktelig i årene fremover, spesielt eldre over 80 år. Middeldrende og eldre nordmenn drikker mer og oftere enn generasjonene før dem. Økningen er størst i aldersgruppen 66–79 år, og den er omtrent like stor for kvinner og menn (16). Det er fremdeles uvanlig å drikke seg beruset blant de eldre, særlig for eldre kvinner, og eldre har også få episoder med storkonsum (seks eller flere alkoholenheter per gang).

Alkoholforbruket kan deles inn i to hoveddeler. Den ene er det registrerte forbruket, det vil si den avgiftsbelagte omsetningen som skriver seg fra salg fra butikker, Vinmonopolet og skjenking fra kaféer, restauranter, barer og lignende. Den andre delen er det uregistrerte forbruket som omfatter lovlig turistimport ved ankomst på norske luft- og havner, ved ankomst fra ferger, grensehandel, hjemmeproduksjon og smugling. Hjemmeproduksjon og smugling antas å være av ubetydelig omfang, ifølge Folkehelseinstituttet. Hvor mye alkohol som kjøpes ved grensehandel til Sverige,

turistimport fra andre land og tax-freehandel på ferger, beregnes kun på grunnlag av spørreundersøkelser, og tallene er derfor usikre. I senere år har Folkehelseinstituttets anslag for denne delen av det uregistrerte forbruket vært om lag 0,4 liter ren alkohol per innbygger 15 år og eldre og per år (17).

I 2019 var det beregnete totale forbruket om lag 6,8 liter ren alkohol. (per innbygger over

15 år). Av dette utgjorde det registrerte forbruket (den avgiftsbelagte omsetningen) 6,05 liter, og det uregistrerte forbruket er anslått til 0,77 liter (17).

Det registrerte forbruket regnes for å være en god indikator for totalforbruket (6), og dermed for målet om reduksjon i skadelig bruk av alkohol med minst 10 prosent innen 2025 sammenliknet med 2010.

Tabell 2.1 Registrert alkoholbruk per innbygger 15 år og over, omregnet til liter ren alkohol.

År	Registrert omsetning	Reduksjon
2010	6,59	0,0 %
2011	6,43	-2,4 %
2012	6,21	-5,8 %
2013	6,22	-5,6 %
2014	6,06	-8,0 %
2015	5,97	-9,4 %
2016	6,03	-8,5 %
2017	6,00	-9,0 %
2018	6,02	-8,6 %
2019	6,05	-8,2 %

Kilde: [Statistisk sentralbyrå](#)

Det registrerte alkoholforbruket i Norge økte kraftig fra 1990 og fram til 2008. Fra 2010 til 2015 gikk forbruket tydelig ned igjen, og har siden ligget på rundt 6 liter per innbygger, noe som gir en reduksjon på om lag 8,2 prosent fra 2010 til 2019.

Målet om minst 10 prosent reduksjon innebærer at det registrerte forbruket skal ligge på 5,93 liter eller mindre per innbygger i 2025.

2.2 Alkoholkonsekvenser

Norge

Alkohol er det mest utbredte rusmidlet i Norge, og for mange en kilde til nytelse og glede. Men alkoholbruk er også en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen, og er i tillegg årsak til sosiale problemer og skader for andre enn brukeren selv.

Det er ikke et skarpt skille mellom bruk og skadelig bruk av alkohol (6). Alkoholbruk kan forårsake en lang rekke psykiske og somatiske helseproblemer og sosiale problemer for den som drikker. De viktigste psykiske helseproblemene som kan forårsakes av alkohol er alkoholbrukslidelser, alvorlig depresjon og demens (18). Både et høyt alkoholinntak per gang og et høyt alkoholinntak over tid vil hver for seg øke risikoen for problemer og skader. Akutte skader, som ulykkesskader, voldsskader og selvskading/selvmondsatferd er ofte knyttet til beruselsesdriking og høyt alkoholinntak per gang (19). Alkoholbruk er også en medvirkende årsak til en rekke utbredte og alvorlige sykdommer, deriblant ulike kreftformer, noen hjerte-karsykdommer og sykdommer i lever og bukspyttkjertel (18). Risikoen for sykdom øker med gjennomsnittlig alkoholinntak (2), men selv et lavt alkoholinntak innebærer en viss risiko for alkoholrelatert sykdom eller skade.

De som drikker mest, har størst risiko for å pådra seg sykdommer eller skader som følge av alkoholbruken. Samtidig er det slik at en stor andel av helseplager og skader som skyldes alkoholbruk, kan tilskrives det store flertallet av alkoholbrukere som ikke har et spesielt høyt forbruk (20). Følgelig vil det kunne være en helsegevinst også ved en

reduksjon i alkoholforbruket blant dem som ikke drikker svært mye.

En betydelig andel av sykdomsbyrden i hele befolkningen skyldes alkoholbruk, og i aldersgruppene 15–49 år er alkoholbruk den viktigste risikofaktoren for dødsfall og tap av friske leveår (2); (21). I disse aldersgruppene vil derfor helsegevinsten av en reduksjon i alkoholforbruket være særlig merkbar.

Andelen som har et risikofyllt høyt konsum og omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer, henger nært sammen med totalkonsumet av alkohol i befolkningen. Når totalkonsumet av alkohol øker, vil omfanget av helseproblemer knyttet til alkoholbruk også øke. Tilsvarende vil en nedgang i totalkonsumet forebygge sykkelighet og dødelighet forbundet med alkoholbruk (20). For de fleste sykdommer og skader hvor alkoholbruk er en risikofaktor, er det også andre risikofaktorer. For noen sykdommer og skader, deriblant leversykdommer, kreft, ulykker, vold og selvmondsatferd, er det en betydelig andel av tilfellene som skyldes alkoholbruk (22). Tiltak som reduserer alkoholkonsumet, vil derfor ha en særlig tydelig forebyggende effekt på omfanget av slike sykdommer og skader.

Om lag 5 prosent av den voksne befolkningen i Norge oppfyller diagnosekriteriene for en alkoholbrukslidelse (7). En slik diagnose baseres på at man har mer enn et visst antall gitte symptomer innenfor et diagnosesystem, og innebærer at personer som fyller diagnosekriteriene kan ha svært ulike symptomer og betydelig varierende alvorlighetsgrad av lidelsen. I klinisk praksis er det imidlertid gjerne konsumnivå, kliniske

kjennetegn og biomarkører som er av større betydning enn formelle diagnostiske kriterier for vurdering av alkoholbrukslidelse (23). Det er derfor trolig at andelen med alkoholbrukslidelse i en befolkning, på samme måte som andelen med et svært høyt alkoholkonsum, speiler totalkonsumet i befolkningen (7).

Globalt

Globalt kan mer enn 3 millioner dødsfall årlig tilskrives skadelig bruk av alkohol, og dette utgjør 5,3 prosent av alle dødsfall globalt. Alkoholforbruk forårsaker død og tap av friske leveår relativt tidlig i livet, og i aldersgruppen 20 til 39 år kan om lag 13,5 prosent av dødsfallene tilskrives alkoholbruk.

Gjennom det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet Global Burden of Disease er det gjennomført estimater for alkoholrelatert død fordelt på sykdomsgrupper:

- 28,7 prosent skyldes ulykker
- 21,3 prosent skyldes fordøyelsesykdommer
- 19 prosent skyldes hjerte-/karsykdommer
- 12,9 prosent skyldes infeksjonssykdommer
- 12,6 prosent skyldes kreft.

Skader som rammer andre

Mer enn for noe annet rusmiddel har alkoholbruk også betydelige konsekvenser for andre enn brukeren selv (24). Slike konsekvenser favner vidt, både med hensyn til hvem som rammes, på hvilke måter, og hvor alvorlige og hvor langvarige skadene er. For eksempel kan alkoholbruk under svangerskapet medføre skader på foster, høyt alkoholkonsum hos foreldre kan skade barns oppvekstkår, og alkoholbetinget vold, hærverk og bråk reduserer helse, trygghet og trivsel for de mange som rammes av dette.

Alkoholbruk under svangerskapet påvirker utvikling av fosterets kropp og sentralnervesystem (25). Jo høyere alkoholkonsum under svangerskapet og jo flere episoder med høyt alkoholinntak, desto større er risikoen for skader på fosteret. Alkohol kan påvirke utviklingen av sentrale organer som hjerne, hjerte og nyrer (26). Føtalt alkoholsyndrom (FAS) er en diagnostisk betegnelse på en alvorlig alkoholrelatert fosterskade, som kjenne-tegnes av redusert vekst (vekt og/eller lengde), spesielle og avvikende ansiktstrekk samt klare tegn på hjerneskode. Føtalt alkohol spektrum forstyrrelser (FASD) er en betegnelse som også rommer mindre funksjonsnedsettelse og skader på sentralnervesystemet.


To norske undersøkelser har med ulike metoder og datagrunnlag beregnet hvor mange barn som har minst en forelder med et risikofylt alkoholkonsum (27) eller en alkoholbrukslidelse (28). Tross ulike kriterier, data og metoder i de to undersøkelsene, var det beregnede anslaget i samme størrelsesorden: I Norge er det 50 000–150 000 barn av forelder med risikofylt alkoholkonsum (27) og 90 000 barn av forelder med alkoholbrukslidelse (28).

På befolkningsnivå er det en klar sammenheng mellom alkoholbruk og vold. Omfanget av voldshandlinger øker når alkoholkonsumet i et samfunn går opp, og minker når alkoholbruken går ned (29).

Omfanget av ulike helsemessige og sosiale problemer som forårsakes av alkoholbruk, innebærer også betydelige kostnader for arbeidslivet, for helse- og sosialtjenester og politi og rettsvesen (30). Studier i Norge og Sverige har vist at økt alkoholbruk på befolkningsnivå er assosiert med økning i sykefravær (31). Det kan også forventes at økt totalkonsum av alkohol kan ramme arbeidslivet ved at en større andel arbeidstakere opplever nedsatt yteevne grunnet alkoholbruk (32).

De samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol i Norge ble i 2004 anslått til å ligge mellom 18 og 19,6 milliarder kroner (33) og til over 22 milliarder kroner for året 2011 (34).

Folkehelseinstituttet har en nærmere omtale av negative konsekvenser av alkoholbruk for andre enn brukerne i nettpublikasjonen [Alkohol i Norge](#) (35).



Bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, alkoholavgiftene og aldersgrensene er virkemidler som samlet sett har begrenset alkoholbruken og dermed de skader og ulemper som følger av alkoholbruk. Regjeringen vil derfor videreføre disse hovedlinjene i alkoholpolitikken.

3

HOVEDLINJENE I ALKOHOLPOLITIKKEN

Norge har tatt i bruk de virkemidlene som er regnet for å være mest effektive for å begrense alkoholbruken. Bevillingssystemet, vinmonopolordningen, reklameforbudet, alkoholavgiftene og aldersgrensene er virkemidler som samlet sett har begrenset alkoholbruken og dermed de skader og ulemper som følger av alkoholbruk. Regjeringen vil derfor videreføre disse hovedlinjene i alkoholpolitikken.

Hovedlinjene er i samsvar med WHO's anbefalte hovedstrategier for å redusere skadelig bruk av alkohol «the best buys»: regulere salg og tilgjengelighet, regulere eller forby markedsføring og alkoholavgifter som er med på å øke prisene (10).

De fleste regulatoriske virkemidler har som mål å redusere tilgjengeligheten. Noen reguleringer har som hovedmål å påvirke holdninger og etterspørselen etter alkohol, for eksempel forbudet mot alkoholreklame. Rammene for disse virkemidlene er i stor grad fastsatt i alkohollovgivningen (med unntak for avgiftene). Alkohollovgivningen har dermed en sentral plass i det forebyggende arbeidet.

Alkohollovgivningen befinner seg i skjæringspunktet mellom behovet for å begrense og regulere omsetningen av folkehelsehensyn på den ene siden og næringsinteresser på den andre siden. Ansvaret for utformingen av alkoholpolitikken er delt mellom stat og kommune. Staten trekker opp rammene for omsetning av alkoholholdig drikk gjennom nasjonal regulering. Det skjer blant

annet gjennom alkohollovens rammer for bevillingsordningen, vinmonopolordningen, maksimaltider for salg og skjenking, aldersgrenser og avgifter. Kommunene har innenfor disse rammene ansvaret for å utforme en lokalt tilpasset alkoholpolitikk. Behandling av bevillingssøknader, fastsetting av salgs- og skjenketider og kontroll og håndheving av alkoholregelverket står sentralt.

3.1 Bevillingssystemet

Salg og skjenking av alkoholholdig drikk kan bare skje på grunnlag av bevilling etter alkoholloven. Dette begrenser tilgjengeligheten til alkohol. Salgs- og skjenkebevillinger gis som hovedregel av kommunen med mindre det gis statlige bevillinger etter alkoholloven kapittel 5. Alkoholloven stiller opp visse vilkår som må være oppfylt for at kommunal bevilling skal kunne gis. Når disse vilkårene er oppfylt, er det opp til kommunens frie skjønn om bevilling skal gis.

Kommunale salgs- og skjenkebevillinger kan gis for maksimalt fire år av gangen. Kommunen har anledning til å beslutte at gjeldende kommunale salgs- og skjenkebevillinger likevel ikke skal utløpe etter fire år, men gjelde videre uten fornyelse. Et vilkår for å kunne fatte et slikt unntak, er at kommunen har foretatt en gjennomgang av alkoholpolitikken, herunder bevillingspolitikken, etter kommunevalget. Kommunen har en plikt til å vurdere om det er alkoholpolitisk ønskelig å la bevillinger løpe videre uten ny behandling.

Kommunens mulighet til å sette vilkår i bevillingsvedtaket

Kommunen kan sette vilkår i bevillingsvedtaket. Vilkåret må ha saklig sammenheng med den bevillingen som gis, for eksempel fremme alkohollovens formål, avverge skadevirkninger ved salg/skjenking av alkoholholdig drikk, eller lette kontrollen. Vilkåret må være forenelig med alkohollovens bestemmelser og ikke være i strid med lovgivningen for øvrig.

Åpningstider

Den enkelte kommune er gitt ansvaret for å fastsette salgs- og skjenketider i sin kommune innenfor maksimaltidene som er fastsatt i alkoholloven. Normaltiden for salg av alkoholholdig drikk som inneholder til og med 4,7 volumprosent alkohol er til kl. 18.00 på hverdager, men kommunen kan utvide til kl. 20.00 (maksimaltiden for salg).

Normaltiden for skjenking er kl. 01.00 for drikker som inneholder opptil 22 volumprosent alkohol, og kl. 24.00 for sterkere drikker. Også når det gjelder skjenking kan kommunen utvide tiden, men ikke utover maksimaltiden som er kl. 03.00.

Vinmonopolet kan ha åpent mellom kl. 08.30 og 18.00 på hverdager og fra kl. 10.00 til 16.00 på dagen før søn- og helligdager. Åpningstidene for Vinmonopolets utsalg kan likevel ikke være lengre enn fastsatt salgstid for annen alkoholholdig drikk i kommunen.

Inndragning av bevilling

Dersom bevillingshaver ikke selger eller skjenker alkohol i henhold til kravene som stilles, kan kommunen inndra bevillingen for en kortere periode eller for den resterende del av bevillingsperioden. Adgangen til å inndra bevillinger i bevillingsperioden reguleres av alkoholloven § 1-8.

Ved Stortingets behandling av Prop. 58 L (2014–2015) ble det innført et obligatorisk og nasjonalt prikktildelingsystem som grunnlag for en mer effektiv oppfølging av bevillingshavers brudd på alkoholloven, se omtale av prikktildelingsystemet i kapittel 4.1 Kommunenes forvaltning av alkoholloven.

3.2 Vinmonopolordningen

Vinmonopolet har vært heleid av staten siden 1931 og er et av de viktigste alkoholpolitiske virkemidlene for å sikre ansvarlig salg av alkohol i Norge. Vinmonopolet har enerett til salg av alkoholholdig drikk som inneholder over 4,7 volumprosent alkohol, og bidrar til begrenset omsetning av alkohol. Detaljmonopolets særlige kjennetegn og eksistensberettigelse er at det holder de privatøkonomiske interessene utenfor handelen med alkohol. Dermed blir det mulig å regulere og begrense tilgjengeligheten på en enkel måte, samtidig som kontrollen med at salget følger reglene i alkoholloven, blir mer effektiv.

Det er godt dokumentert at statlige detaljmonopoler er effektive for å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer. I Sverige er det foretatt analyser av hva som ville blitt konsekvensen dersom man opphevet detaljsalgsmonopolet (36).

Analysen viste en forventning om markant økning i konsum og forventning om en betydelig årlig økning i skadeomfang og alkoholrelaterte dødsfall. Det er grunn til å tro at en slik endring ville medføre tilsvarende effekt i Norge.

3.3 Reklameforbudet

Forbudet mot alkoholreklame bidrar til å redusere alkoholkonsumet i befolkningen og dermed også omfanget av skader og problemer knyttet til alkoholbruk. Det er vist at markedsføring som treffer unge fører til tidligere alkoholdebut og økt konsum blant dem som allerede drikker (37).

I Norge er alkoholreklame forbudt med mindre reklamen faller inn under et av de særlige unntakene fastsatt i alkoholforskriften. Forbudet gjelder også reklame for andre varer med samme merke eller kjennetegn som drikk som inneholder over 2,50 volumprosent alkohol. Slike varer må heller ikke inngå i reklame for andre varer eller tjenester. Helsedirektoratet fører tilsyn med at bestemmelsene om reklameforbud overholdes, og kan ved overtredelse pålegge retting av forholdet. Samtidig med at pålegg om retting gis, kan tvangsmulkt fastsettes. Mulkten løper fra oversittelse av fristen for retting, og kan fastsettes i form av engangsmulkt eller dagmulkt. Mulkten tilfaller staten. Klage på Helsedirektoratets vedtak om reklame behandles av Markedsrådet.

Overtredelsesgebyr

Effektive reaksjoner tilpasset regelbruddet er sentralt for å sikre etterlevelse. Dette gjelder blant annet aktørenes etterlevelse av alkoholreklameforbudet, hvor Helsedirektoratet er tilsynsmyndighet. Stortinget har

vedtatt bestemmelser om overtredelsesgebyr i alkoholloven, og Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utarbeide forskrifter om utmålingen av gebyrene. Helse- og omsorgsdepartementet vil fastsette forskrifter for iverksettelse av overtredelsesgebyr slik at ordningen kan iverksettes.

3.4 Alkoholavgiften

Prisvirkemidler er, sammen med begrensninger i tilgjengeligheten av alkohol, de mest effektive virkemidlene for å begrense alkoholforbruket i befolkningen og dermed omfanget av de alkoholrelaterte skadene (38). I Norge bidrar en egen særavgift på alkohol til høye priser (alkoholavgifter).

Avgiftene på alkohol gir staten inntekter, men bidrar også til at prisene på alkoholvarer i større grad inkluderer kostnadene bruken medfører for samfunnet. Disse kostnadene er blant annet knyttet til helseutgiftene som dekkes av fellesskapet, og ulempene ved alkoholforbruk for andre enn de som bruker varene. Avgiften må betales ved innførsel og innenlandsk produksjon av alkohol, og blir vedtatt av Stortinget hvert år gjennom de årlige særavgiftsvedtakene. For å sikre oppslutningen om alkoholpolitikken må avgiftsnivået balanseres mot befolkningens oppslutning om de alkoholpolitiske virkemidlene. Et høyt avgiftsnivå på forbruksvarer kan omgås ved grensehandel, smugling og hjemmebrenning av alkohol.

Helseeffektene ved avgiftsleggingen må vurderes opp mot de samfunnsmessige kostnadene ved disse aktivitetene.

3.5 Aldersgrensene og forbud mot langing

Bestemmelser om aldersgrenser regnes som et effektivt, forebyggende tiltak, og aldersgrensene er et sentralt virkemiddel i alkoholpolitikken. Det er sterkt empirisk støtte for at aldersgrenser for kjøp av alkohol reduserer salg og alkoholproblemer for unge, gitt at forbudet håndheves (37). Unge er særlig utsatt for risiko ved beruselse, og undersøkelser tyder på at tidligere alkoholdebut øker faren for å utvikle et høyt alkoholforbruk i voksen alder (39). De fleste europeiske land har særlige beskyttelsestiltak rettet mot ungdom. Det er gjennomgående strengere regler for de sterkeste alkoholdrikkene.

Det følger av alkoholloven § 1-5 at salg, skjenking og utlevering av alkoholholdig drikk under 22 volumprosent alkohol ikke må finne sted til noen som er under 18 år, og at salg, skjenking og utlevering av alkoholholdig drikk over 22 volumprosent alkohol ikke må finne sted til noen som er under 20 år. Det er tilsvarende aldersgrenser for dem som står for salget og skjenkingen.

Det følger videre av alkoholloven § 8-8 at det er forbudt å kjøpe alkoholholdig drikk på vegne av personer som er under aldersgrensene for tillatt kjøp av alkohol – såkalt langing. Bransjen oppfordres i Helsedirektoratets 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.

Kommunen oppfordres til å ha fokus på problematikken og opprette samt intensivere et samarbeid med politiet, både i forebyggende og reaktivt øyemed, ettersom det har en preventiv effekt å stoppe langing av alkohol til mindreårige. Salgs- og skjenkenæringen er selv opptatt av denne problematikken. Vinmonopolet arbeider aktivt med å forhindre langing som del av sitt arbeid med ansvarlig salg, og har gjennomført flere kampanjer for å motvirke langing.

3.6 Øvrig regulering av alkohol


Ut over det som er beskrevet over, inneholder alkoholregelverket også andre reguleringer som skal bidra til redusert alkoholbruk. Forhold knyttet til alkohol er også regulert i flere andre lover. Bestemmelser om alkoholavgifter, avgiftsfrie innførselskvoter mv. er regulert i toll- og avgiftsregelverket. Vegtrafikkloven setter forbud mot kjøring av motorvogn under påvirkning av alkohol. En alkoholkonsentrasjon på over 0,2 promille i blodet regnes alltid som påvirkning. For øvrig følger det av småbåtloven at promillegrensen for småbåter er 0,8 promille, og for fritidsbåter er grensen 0,2 promille ettersom disse følger sjøloven. Flere lover har bestemmelser om særlig avholdsplikt for visse yrkesgrupper, også i et spesifisert tidsrom før yrkesutøvelsen. For eksempel gjelder dette for helsepersonell etter helsepersonelloven, i transportsektoren og for flygere etter luftfartsloven.

Hovedlinjene



Regjeringen vil

- videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken



Alkohollovens grunnleggende system er at de til enhver tid folkevalgte i kommunen skal kunne bestemme alkoholpolitikken i kommunen, blant annet ved å bruke bevillingssystemet. Å finne den rette balansen mellom ulike interesser, som for eksempel næringsinteresser og folkehelse, er et politisk ansvar.

4 ALKOHOLFOREBYGGING I KOMMUNENE

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.

Gjennom alkoholloven har kommunene gode verktøy for å begrense alkoholforbruket og sørge for at omsetning foregår i henhold til lovgivningen. Kommunene skal føre en ansvarlig alkoholpolitikk og tilrettelegge for at alkoholloven etterleves. De regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål (korusene) er opprettet blant annet for å bistå kommunene i deres rusmiddelforebyggende arbeid. Ifølge Helsedirektoratet har mange kommuner likevel ikke nok ressurser og kompetanse til å følge opp sitt ansvar i tilstrekkelig grad. Et mål er derfor å legge til rette for at virkemidlene som ligger i den kommunale alkoholpolitikken utnyttes bedre.

Kommunenes arbeid med alkohol- og rusmiddelforebygging skal ikke avgrenses til alkohollovens virkemidler. En fellesnevner for vellykkede lokalsamfunnsprosjekter er at de gjerne tar i bruk flere typer av virkemidler på lokalt nivå (41). Det er den enkelte kommune som står nærmest til å kjenne utfordringer som finnes innenfor sine kommunegrenser, og dermed kunne sette inn nødvendige tiltak.

4.1 Kommunenes forvaltning av alkoholloven

Det kommunale bevillingssystemet

Kommunene har som bevillingsmyndighet ansvar for to viktige sider av forvaltningen av alkoholpolitikken. Kommunene skal vurdere om bevillinger til salg og skjenking skal gis, og sette vilkår for bevillingene. Videre skal kommunene føre kontroll med at bevillingshaverne overholder regelverket og inndra bevillinger ved brudd på regelverket. En helhetlig og forsvarlig alkoholpolitikk forutsetter at kommunen er bevisst begge disse sidene av rollen som bevillingsmyndighet.

En velfungerende innvilgelsespolitikk må følges opp med god kontroll. God kunnskap om alkoholregelverket er en forutsetning for at kommunene kan føre en helhetlig og ansvarlig alkoholpolitikk. Alkohollovens grunnleggende system er at de til enhver tid folkevalgte i kommunen skal kunne bestemme alkoholpolitikken i kommunen, blant annet ved å bruke bevillingssystemet. Å finne den rette balansen mellom ulike interesser, som for eksempel næringsinteresser og folkehelse, er et politisk ansvar.

Kunnskap om alkoholregelverket er nødvendig for å kunne utarbeide en helhetlig alkoholpolitikk. Både administrasjonen og de politiske beslutningstagerne i kommunen må derfor ha kunnskap om dette. En forutsetning for å forvalte og etterleve regelverket er at man forstår det. Deler av alkoholregel-

verket, blant annet bevillingssystemet, har gjennomgått justeringer i de seneste årene. 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.

Alkoholpolitisk handlingsplan og fireårsregelen

Kommunene har etter alkoholloven § 1-7d plikt til å utarbeide alkoholpolitisk handlingsplan. Planen bør behandles i hver kommune-styreperiode, og det anbefales at den inngår i en helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan. Kommunene vil gjennom en slik plan kunne se alkoholpolitikken i et helhetsperspektiv, og den vil være et viktig styringsdokument for kommunenes alkoholpolitikk. I merknaden til alkoholloven § 1-7d går det fram at den alkoholpolitiske handlingsplanen bør angi hva som er målet med kommunens alkoholpolitikk og hvilke virkemidler som bør tas i bruk for å nå målene.

Folkehelseloven pålegger kommunene å legge til rette for god folkehelse i sin kommune gjennom planarbeid, mål, strategier og iverksetting av nødvendige tiltak. Den alkoholpolitiske handlingsplanen må ses i sammenheng med kommunenes generelle folkehelsearbeid og planarbeid etter folkehelseloven.

I Prop. 141 L (2014–2015) ble det foreslått å endre alkoholloven § 1-6 som fastsetter

bevillingsperioden for salgs- og skjenkebevillinger. Endringen innebar at kommunale salgs- og skjenkebevillinger ikke måtte utløpe etter fire år (fireårsregelen), men kunne videreføres uten krav om ny bevilling (fornyelse). Endringen innebar at fireårsregelen ble opprettholdt som hovedregel, men at det ble tatt inn en unntaksbestemmelse i alkoholloven § 1-6 som ga kommunen anledning til å beslutte at gjeldende kommunale salgs- og skjenkebevillinger likevel ikke skulle utløpe etter fire år, men gjelde videre uten fornyelse. En forutsetning for å fatte et slikt unntak var at kommunene hadde foretatt en gjennomgang av alkoholpolitikken etter kommunevalget.

Helse- og omsorgsdepartementet understreket i proposisjonen at forslaget ikke hadde til hensikt å redusere kommunenes ansvar for og rett til å føre en forsvarlig alkoholpolitikk som blant annet ivaretar folkehelsehensyn. Det ble ansett som viktig at kommunen hadde et bevisst forhold til bevillingspolitikken i kommunen, og at det ble gjort en faktisk vurdering av hvordan bevillingspolitikken burde være utformet. Et eventuelt unntak fra kravet om fornyelse av salgs- og skjenkebevillingene skulle være et bevisst valg med basis i den alkoholpolitikken og folkehelsepolitikken kommunene ønsker å føre.

Endringene i fireårsregelen er under evaluering av Folkehelseinstituttet. Evalueringen vil blant annet se på hvorvidt kommunene velger å gjennomføre fornyelsesprosessen helt eller delvis, og hvordan kommunenes prosess fram til beslutning om dette er, jf. kravet om en gjennomgang av alkoholpolitikken. Regjeringen vil følge opp Folkehelseinstituttets evaluering av fireårsregelen.

Prikktildelingssystemet

I oppfølgingen av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk ble det innført nasjonale krav til kommunenes reaksjoner ved brudd på alkoholloven, det såkalte prikktildeingssystemet. I Prop. 58 L (2014–2015) ble det foreslått å gi en ny bestemmelse i alkoholloven § 1-8 som hjemler nye forskriftsbestemmelser om «inndragning av bevillinger etter første og annet ledd, herunder saksbehandlingsregler og standardiserte reaksjoner for ulike typer overtredelser». Endringene var ment å tydeliggjøre kommunenes ansvar for å reagere ved brudd på bevillingsvilkårene, og sikre likebehandling av bevillingshavere på tvers av kommunegrenser. Forslaget innebar justeringer i bevillingsordningen slik at den i enda større grad skulle bidra til å redusere problemer knyttet til alkoholbruk. Det ble lagt til grunn at overgangen til det normerte systemet for inndragning av bevillinger skulle følges og evalueres. Daværende Statens institutt for rusmiddelforskning (som nå er sammenslått med Folkehelseinstituttet) ble bedt om å evaluere det innførte systemet. Evalueringen vil pågå fram til 2021. I etterkant av Folkehelseinstituttets evalueringer vil regjeringen vurdere om det er behov for å gjøre justeringer i regelverket knyttet til prikktildeingssystemet.

Alkoholforebygging i kommunene



Regjeringen vil

- sikre bedre etterlevelse av alkoholregelverket
- følge opp Folkehelseinstituttets evalueringer av fireårsregelen og prikktildeingssystemet

4.2 Verktøy i lokalt rusmiddel-forebyggende arbeid

Folkehelseloven legger prinsippet om «helse i alt vi gjør» til grunn for kommunenes folkehelsearbeid. Kommunene skal legge til rette for en forsvarlig alkoholpolitikk der relevante sektorer i kommunen involveres, og kommunene skal ha oversikt over lokale rusrelaterte utfordringer. En kunnskapsbasert praksis baserer seg også på kunnskap fra både innbyggere, tjenester og forskning. Bedre kunnskap om bredden av faktorer som har betydning for rusmiddelbruk, skader og ulykker, kan bidra til bedre forebygging.

Kunnskap fra forskning, kommunens tjenester og ulike grupper av innbyggere bør samles inn systematisk for å gi god oversikt over helsetilstanden og dens påvirkningsfaktorer. 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.

Helsedirektoratets [veileder til et systematisk folkehelsearbeid](#) (42) gir råd om hvordan arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer kan utføres i praksis. Helsedirektoratet vil gjennomgå og oppdatere veiledninger om forebyggende virkemidler tilpasset lokale utfordringer.

Mange kommuner har ifølge Helsedirektoratet et behov for økt kunnskap om virkemiddelbruk i det forebyggende arbeidet. Kommunene ønsker også en mer samordnet innsats fra statlige myndigheter, både når det gjelder kunnskapsformidling og stimulerings- og tilskuddsordninger. Det er et mål

at kommunene skal få bedre oversikt over lokale utfordringer og gode verktøy til bruk i det lokale forebyggingsarbeidet.

Kompetansesenter rus, region Midt-Norge har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet rapporten [Lokalt rusmiddelforebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv](#) (43). Rapporten synliggjør kunnskapskilder, hvordan kommunene kan forankre rusmiddelforebyggende arbeid i planverk og hvordan kommunene kan utvikle rusmiddelforebyggende arbeid.

Folkehelseprofiler og oppvekstprofiler

Folkehelseprofilene gir ved hjelp av bestemte indikatorer en sammenfattet oversikt over helsetilstanden i befolkningen og viktige påvirkningsfaktorer for folkehelsen i alle fylkeskommuner, kommuner og bydelene i de fire største byene. Folkehelseprofilene og de tilhørende statistikkbankene skal understøtte folkehelsearbeidet i kommuner og fylker. Sammen med andre data og lokal kunnskap kan disse produktene benyttes til å få oversikt over folkehelsen og bidra til målrettet folkehelsearbeid. Fra 2018 har folkehelseprofilene hatt tall for alkoholbruk i kommunene. Disse tallene kan sammenlignes med landsgjennomsnittet.

Oppvekstprofilene dekker alle landets kommuner og bydelene i de fire største byene, og gir kommunene et verktøy til planleggingen av barn og unges oppvekstmiljø. Formålet med oppvekstprofilene er å samle oppdatert oppvekststatistikk på ett sted og samtidig publisere statistikk som er unik for hver enkelt kommune.

Flere forhold har betydning for at barn og unge skal få en god oppvekst, blant annet

at de føler tilhørighet og trygghet i familien, blant venner og i nærmiljøet, og at de får god tilknytning til skole og etter hvert også arbeidsliv. I tillegg har psykisk og fysisk helse, økonomi og levekår betydning. De nye oppvekstprofilene inneholder statistikk om disse forholdene i kommunen og omtaler mulige virkemidler som kommunen kan benytte.

Folkehelseinstituttet har samarbeidet med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet om oppvekstprofilene som ble lansert i september 2020.

Regjeringen vil gjennom folkehelseprofilene og oppvekstprofilene sørge for at kommunene har et pålitelig verktøy i planleggingen av barn og unges oppvekstmiljø.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål – korusene

De sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (korusene) bidrar til å styrke kunnskapen og kompetansen på rusfeltet. Kompetansesentrene retter seg mot kommunale og statlige tjenester, og har et særlig ansvar for innsatser i kommunene. Virksomheten favner hele rusfeltet fra alkoholloven til tverrfaglig spesialisert behandling. Korusene skal bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet.

Korusene arbeider overfor kommunene gjennom forankring av rusmiddelforebyggende arbeid og folkehelsearbeid. Korusene har kontakt med de aller fleste av landets kommuner, og mer enn halvparten av kommunene har samarbeidstiltak med korusene.

Tall fra Sintef (44) viser at det er svært høy brukertilfredshet blant kommunene knyttet til samarbeidet med korusene.

Korusene har bistått et stort antall kommuner i kartleggings- og oversiktsarbeid, herunder standardiserte Ungdata- og Brukerplan-kartlegginger. Ungdata junior er en utvidelse av Ungdata med femte til sjuende trinn, og gjennomføres i flere kommuner i regi av korusene.

Resultatene fra Ungdata, Ungdata junior og Brukerplan er et viktig grunnlag for kommunalt planarbeid, herunder folkehelsearbeid og rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Korusene bidrar til at kommunene ser rusmiddelbruk som en viktig del av folkehelseutfordringene gjennom faglig bistand til oversiktsarbeid og kartlegginger.

Program for folkehelsearbeid i kommunene

Det er et mål å legge til rette for erfaringsutveksling mellom kommunene. Gjennom program for folkehelsearbeid i kommunene (2017–2026) har fylkene fått 77 millioner kroner i årlige tilskudd som en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet.

Barn og unge er en prioritert målgruppe, og psykisk helse og rusforebygging er sentrale temaer. Folkehelseprogrammet gir kommunene muligheter til å drive lokalt utviklingsarbeid for å fremme psykisk helse og lokalt forebyggende arbeid mot rus. Kunnskap og erfaringer som utvikles gjennom programmet, skal deles slik at de kommer alle kommuner til gode.

Helsedirektoratet samarbeider med Frivillighet Norge, Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner og Ungdom og fritid om kompetansestøtte. Formålet er å fremme gode miljøer for barn og unge i frivillige organisasjoner og på fritidssektoren, samt utvikling av kommunal frivillighetspolitikk. Å utvikle bedre styringsdata til kommunene er viktig i folkehelsearbeidet. Pilotering av Ungdata junior og støtte til korusenes arbeid med Ungdata har også vært en del av kompetansestøtten i Folkehelseprogrammet.

Ungdata

Folkehelseloven pålegger kommunene å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål bidrar i dette arbeidet gjennom å samarbeide med kommunene om blant annet Ungdata og Brukerplan. Kompetansesenter rus, region Midt-Norge har spilt inn at dette er gode verktøy som flere kommuner bør bruke i oversiktsarbeidet.

Ungdata er lokale undersøkelser der skoleelever over hele landet svarer på spørsmål om hvordan de har det, og hva de driver med på fritiden. Undersøkelsene er tilpasset barn og ungdom på mellomtrinnet (femte til sjuende trinn), ungdomstrinnet og i videregående opplæring.

Ungdata-undersøkelsene omfatter et bredt spekter av temaområder. Det er spørsmål om foreldre, venner, skole, lokalmiljø, fritidsaktiviteter, psykisk og fysisk helse og trivsel. På ungdomstrinnet og i videregående opplæring er det også med spørsmål om rusmiddelbruk, tobakksvaner, seksualitet, risikoatferd og vold. Spørsmålene i Ungdata dekker helheten i barn og ungdoms liv.

Siden 2010 har over 665 000 ungdommer fra nesten samtlige norske kommuner deltatt i ungdataundersøkelsene, og siden 2017 har over 50 000 barn i femte til sjuende trinn svart på Ungdata junior-undersøkelsen. Ungdata gir dermed et godt innblikk i hvordan det er å være ung i Norge i dag. De årlige Ungdata-tallene er et viktig bidrag i beslutningsgrunnlaget for nasjonale, regionale og kommunale myndigheter i folkehelsearbeidet.

Regjeringen vil på bakgrunn av erfaringer med piloteringen av Ungdata junior vurdere videreføring av øremerkede midler til Ungdata junior-undersøkelsen.

Brukerplan

Brukerplan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakter av rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer blant brukere av kommunenes helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Helse Stavanger HF har i samarbeid med korusene og Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid (NAPHA) arbeidet systematisk med opplæring og tilrettelegging av Brukerplan-kartlegging blant landets kommuner. Resultatene fra kartleggingen gir grunnlag for planlegging, kvalitetsutvikling og tiltak i kommunene i nært samarbeid med korusene og fylkesmannsembetene.

Frivillighet og medvirkning fra ungdom

Folkehelseloven legger opp til at kommunene skal ha en aktiv rolle overfor frivillige organisasjoner. Frivillige organisasjoner har lange tradisjoner i Norge for å bidra i og prege folkehelsearbeidet, og er pådrivere for rusmiddelforebyggende arbeid, både nasjonalt og lokalt. Regjeringen har en rekke

tilskuddsordninger på rusmiddelfeltet som skal sikre at frivillige organisasjoner fortsatt skal ha gode forutsetninger for å bidra i arbeidet.

I lokalt rusmiddelforebyggende arbeid vil ungdom ofte være en viktig målgruppe. Samtidig er ungdom en viktig ressurs i det forebyggende arbeidet, både gjennom innsatsen i frivillige organisasjoner og fordi ungdom selv har verdifull kunnskap om forholdene de lever under. At ungdom deltar og sier sin mening, bidrar til at kommunen og fylkeskommunen får kunnskap om ungdoms behov og ønsker. Dermed kan kommunen komme fram til bedre og mer treffsikre tjenester for gruppen.

Det er et generelt mål å sikre at ungdommer medvirker i beslutningsprosesser og at ungdom kan delta som reelle aktører. Dette er i tråd med rettigheter barn og unge har til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv. Det imøtekommer også faglige anbefalinger om aktiv deltakelse og interaksjon.

Ungdom har rett til medvirkning gjennom ungdomsrådet eller annet medvirkningsorgan for ungdom i alle saker som gjelder dem. Ungdomsrådet er et rådgivende medvirkningsorgan i kommuner og fylkeskommuner. Hver kommune og hver fylkeskommune skal opprette et ungdomsråd eller annet medvirkningsorgan for ungdom, dette kravet følger av kommuneloven § 5-12. Alle saker som gjelder ungdom skal forelegges ungdomsrådet. Rådet kan også ta opp saker på eget initiativ. Formålet med ungdomsrådet er å bidra til å sikre en bred, åpen og tilgjengelig medvirkning i saker som gjelder ungdom.

Også på nasjonalt nivå er det viktig at ungdom blir hørt. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor benytte ungdomspaneler i spørsmål om rusforebyggende virkemidler som berører ungdom. Barne- og familiedepartementet har fastslått fem prinsipper som skal legges til grunn for bruk av ungdomspaneler:

1. Reell påvirkningskraft. Ungdommene bør selv kunne foreslå tema og problemstillinger innenfor det enkelte panelets mandat. Ungdommene må også ha mulighet til å spore resultater av det de har bidratt med.
2. Et panel må opprettes med en bevisst holdning til representativitet.
3. Informasjonen som gis må være relevant for deltakerne, godt opplyst og skrevet i et klart språk.
4. Kompetanse og involvering. Ungdom er en faglig ressurs, og de skal kunne gi råd og uttale seg på en slik måte at de blir hørt og at det de sier får betydning.
5. Gjensidighet. Et ungdomspanel skal gi nyttige råd til departementene, samtidig som ungdom tar samfunnsansvar, får økt kunnskap om beslutninger og medvirker i vårt politiske system.

Helsedirektoratet 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 veiledningsmaterieill.

Kunnskap og verktøy til bruk i det lokale rusmiddelforebyggende arbeidet



Regjeringen vil

- sørge for at kommunene har pålitelige verktøy i planleggingen av barn og unges oppvekstmiljø
- videreføre arbeidet med å tilby kommunene verktøy og statistikker som gir et godt bilde av alkoholforbruket i den enkelte kommune.
- vurdere videreføring av øremerkede midler til Ungdata juniorundersøkelsen
- ta i bruk ungdomspaneler i forbindelse med innføring av eller endringer i rusmiddelforebyggende virkemidler som berører ungdom

4.3 Kriminalitetsforebygging

Et av satsningsområdene i politiets virksomhetsstrategi frem mot 2025 er at politiet skal være i forkant av kriminaliteten. Forebygging skal være politiets hovedstrategi, og dette skal ligge til grunn for hele politiets oppgaveutførelse. Politidirektoratet vil i 2020 legge frem en ny strategi for videreutviklingen av forebygging i politiet for perioden frem mot 2025. Strategien vil blant annet vektlegge betydningen av at politiet samarbeider og samhandler aktivt med andre offentlige aktører, næringsliv, frivillige organisasjoner og sivilsamfunnet for øvrig. Det er mange aktører som har en rolle og et ansvar i arbeidet med å forebygge kriminalitet og uønskede hendelser.

Politiets analyser viser samvariasjon mellom rus og kriminalitet på flere kriminalitetsområder, det gjelder både bruk av alkohol og illegale rusmidler. Samvariasjonen er særlig tydelig i integritetskrenkende kriminalitet som vold og overgrep. Både bruken av rusmidler og konsekvenser av handlinger utført i ruspåvirket tilstand utgjør en utfordring i et folkehelseperspektiv. Den sterke samvariasjonen mellom rus, kriminalitet og andre uønskede hendelser krever tett samarbeid og samhandling mellom politi og andre aktører på rusfeltet.

SLT (samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak) er den mest utbredte samordningsmodellen for lokale, forebyggende tiltak mot rus og rusrelatert kriminalitet og annen type kriminalitet. SLT-modellen benyttes av om lag 200 norske kommuner og bydeler. Modellen er i hovedsak avgrenset til barn og unge opp til 24 år. Målet er at kommunens barn og unge skal

få riktig hjelp til riktig tid, av et hjelpeapparat som samarbeider godt på tvers av etater og faggrupper. Politiet deltar i SLT-samarbeidet i de kommunene som organiserer arbeidet etter denne modellen for å informere om politiets forebyggende virksomhet og for å bidra med konkrete tiltak.

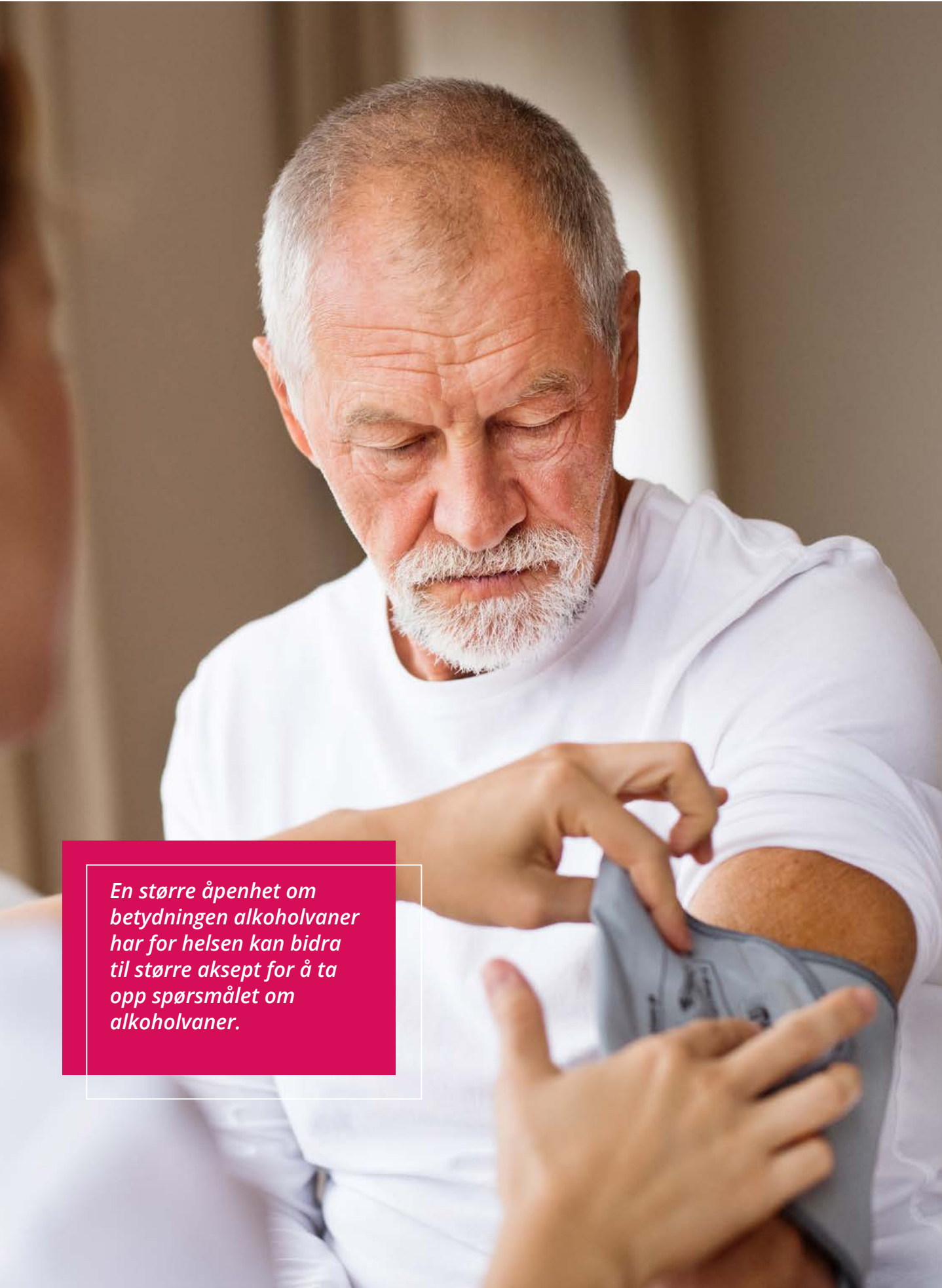
Politirådet er et formalisert samarbeid mellom øverste ledelse i kommunen og lokalt politi. Rådet skal være et strategisk organ for det lokale kriminalitetsforebyggende arbeidet. Gjennom utveksling av kunnskap og erfaringer skal politirådet bidra til involvering og ansvarliggjøring av lokale myndigheter, næringsliv og frivillig sektor i det kriminalitetsforebyggende arbeidet. Politiet er gjennom instruks forpliktet til å opprette et politirådssamarbeid med samtlige av landets kommuner. Forebygging av rus og rusrelatert kriminalitet er temaer som bør settes på dagsorden i politirådene, f.eks. skjenketider, ansvarlig alkoholhåndtering, tidlig innsats overfor barn og unge og holdningsskapende arbeid.

Kriminalitetsforebygging



Regjeringen vil

- støtte opp under eksisterende og legge til rette for nye, lokale samarbeidsstrukturer innen rus- og kriminalitetsforebygging, herunder SLT og politiråd.



En større åpenhet om betydningen alkoholvaner har for helsen kan bidra til større aksept for å ta opp spørsmålet om alkoholvaner.

5

TIDLIG INNSATS MOT SKADELIG ALKOHOLBRUK

Regjeringen vil legge til rette for tidlig innsats mot alkoholproblemer og bidra til større åpenhet om skadelig alkoholbruk. Tidlig innsats mot rusmiddelproblemer kan ha et stort potensial dersom virkemidlene blir systematisk iverksatt (41). Helse- og omsorgstjenestene har gode muligheter for å forebygge videreutvikling av risikofylt rusmiddelbruk. Men også NAV, barnevern, PP-tjeneste, skole og arbeidsliv, bedriftshelsetjeneste, frivillige organisasjoner, selvhjelpsgrupper og bruker- og pårørende-organisasjoner er viktige aktører og arenaer med mulighet til å fange opp problematisk rusmiddelbruk. Gode verktøy og rutiner er avgjørende for å benytte muligheten.

5.1 Helse- og omsorgstjenestene i kommunene

En større åpenhet om betydningen alkoholvaner har for helsen kan bidra til større aksept for å ta opp spørsmålet om alkoholvaner. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten består av mange deltjenester som alle i større eller mindre grad er i kontakt med pasienter og brukere. Økt kompetanse blant helsepersonell i kommunen og bedre rutiner for å oppdage og kartlegge risikabel alkoholbruk, vil kunne bidra til at langt flere av dem som har alkoholproblemer kan få hjelp og tilbud om behandling.

Fastlegens rolle

Det kan være vanskelig både for lege og pasient å ta opp spørsmålet om alkoholvaner. En studie fra Folkehelseinstituttet viser at bare 3 prosent av de som hadde et alkoholproblem ble fanget opp i primærhelsetjenesten og bare 7 prosent ble fanget opp i spesialisthelsetjenesten (45). Så mange som ni av ti med alkoholproblemer ber ikke om hjelp eller blir ikke fanget opp når de kontakter lege. Studien viste at over 40 prosent av dem som hadde alkoholproblemer, hadde vært i kontakt med lege for en psykisk lidelse eller et symptom på psykisk lidelse som angst og depresjon, mens alkoholvanene i de fleste tilfeller ikke ble problematisert. Mange som har et høyt og skadelig forbruk vil gjerne se på alkoholvanene som et livsstilvalg, ikke som en psykisk lidelse eller noe de trenger hjelp for.

Det finnes gode verktøy fastlegene kan benytte for å kartlegge pasienters alkoholbruk. Bruk av slike verktøy kan være av stor betydning for å kunne identifisere helse-skadelig bruk av alkohol på en systematisk måte. Noen skåringsverktøy kan brukes til å vurdere hvem som bør utredes videre for sitt rusmiddelbruk. Det er to vanlige måter å bruke verktøyene på: 1) målrettet screening (pragmatisk casefinding) der helsepersonell bruker kliniske tegn som tilsier at alkohol er medvirkende til pasientens helseproblem, og 2) generell screening, der alle får spørsmål om alkoholbruk.

Fastlegene er i en posisjon der de med utgangspunkt i sykehistorie og kliniske funn tidlig kan fatte mistanke om et problematisk alkoholforbruk. I slike situasjoner bør fastlegene ta opp spørsmålet om alkoholbruk, men det viser seg ofte vanskelig å gjøre dette. En mulighet er da å spørre pasienten om det kan tas en blodprøve som sier noe om alkoholeffekter. I dag er den beste biomarkøren for kartlegging av mistenkt kronisk forhøyet alkoholinntak fosfatidyletanol i fullblod – Peth-test. Et prøveresultat som indikerer et mulig problematisk alkoholforbruk må da følges opp, gjerne med supplerende kartlegging og adekvat intervensjon.

De som identifiseres med å ha en alkoholbruk som kan gi helseskade i framtiden, kan få en kort rådgivning («brief intervention»). De som allerede tilfredstiller diagnosekriterier for skadelig bruk eller avhengighet, skal tilbys relevant behandling. I tillegg kan det være aktuelt å ta i bruk biologiske markører for høyt alkoholkonsum for å identifisere og følge opp utvalgte pasienter med risikopreget forbruk av alkohol, på samme måte som for spesialisthelsetjenesten. Anbefalingen til fastleger i dag er at de screener for alkohol på indikasjon. Det innebærer at det ikke anbefales å spørre alle pasienter om alkoholbruk.

Erfaringer fra kommuner hvor fastlegene har deltatt i Brukerplan-kartleggingen viser at det er et betydelig antall brukere som ikke er kjent av de øvrige tjenestene i kommunen. Dette er i hovedsak personer med milde til moderate rus-problemer. Å kartlegge risikofylt bruk og bruken av motivasjonssamtaler reduserer i gjennomsnitt alkoholkonsumet med vel 20 prosent

ved 6 eller 12 måneders oppfølging. Effekten er tydeligst blant middelaldrende menn. Også i akuttmottak/legevakt finner man at korte motivasjonssamtaler med pasienter med risikofylt alkoholbruk er effektive med hensyn til å redusere alkoholkonsumet (41).

Skadelig alkoholbruk kan være vanskelig å avdekke, men ved bruk av gode kartleggingsverktøy, biomarkører og gode rutiner for samhandling, kan flere få hjelp tidlig.

I en norsk studie fant man at norske allmennpraktiserende leger i liten grad bruker kartleggingsinstrumenter for å avdekke alkoholbruk hos sine pasienter. De intervensjoner i større grad når pasientens alkoholproblemer blir synlige framfor å prøve å avdekke disse i en tidligere fase (46). En metastudie av metastudier (47) viser til at effekten av screening og tidlig intervensjon er usikker for enkelte pasientgrupper og dessuten vanskelig å implementere i allmennpraksis, slik den norske studien også viser. I en doktoravhandling fra 2016, er det tatt til orde for å benytte andre og mer pragmatiske tilnærminger som at fastlegen snakker med pasienten om alkoholbruk når dette er relevant for pasientens helsetilstand, for eksempel ved for høyt blodtrykk, søvnvansker eller psykiske plager, såkalt «pragmatic case finding» (48).

Fastlegenes kunnskap om alkoholproblemer og betydningen av å avdekke slike problemer hos innbyggerne på deres lister, er viktig for å hindre ytterligere sykdomsutvikling og gir mulighet for videre oppfølging.

Fagmiljøene og kompetansesentrene på rusområdet har gode og oppdaterte råd og veiledninger/skjemaer som ligger i Norsk

elektronisk legemiddelhåndbok (NEL), og som også fastlegene benytter. Det vil være viktig å sørge for at NEL oppdateres jevnlig med informasjon på rusmiddelområdet.

Regjeringen vil vurdere om flere verktøy skal tas i bruk for å legge til rette for at fastlegene i større grad kan bidra til å avdekke og forebygge skadelig alkoholbruk.

Frisklivssentralen – et kommunalt forebyggende helsetilbud

Frisklivssentralen skal gi tilbud til personer med behov for å endre levevaner, og bidra til mestring og fremming av fysisk og psykisk helse, primært gjennom veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, bedre kosthold og røykeslutt. Utviklingsområder er tilbud om hjelp til mestring av utfordringer knyttet til psykisk helse, risikobruk av alkohol, lærings- og mestringstilbud for grupper med vanlige kroniske sykdommer/lidelser og andre tilbud som fremmer mestring av egen helse. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger kommunene å etablere forebyggende helse- og omsorgstjenester. Frisklivssentral er en måte å organisere en kommunal helse- og omsorgstjeneste på som kan ivareta flere av kommunens lovpålagte plikter i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, samt andre tjenester ut fra lokale behov. I 2019 hadde 251 kommuner etablert frisklivssentral enten i egen kommune eller gjennom interkommunalt samarbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet gir tilskudd til kommuner som ønsker å etablere frisklivssentral eller å videreutvikle allerede etablerte tilbud.

Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et tilbud om korttidsbehandling i kommunen for personer over 16 år med mild til moderat angst, depresjon, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker. Behandlingen baserer seg på veiledet selvhjelp og kognitiv terapi, som er en veldokumentert behandlingsmetode for psykiske lidelser.

Tilbudet skal være lett tilgjengelig og gratis. Det kreves ikke henvisning fra lege, men fastlegen vil i samråd med bruker være en viktig samarbeidspartner i likhet med øvrige relevante tjenester og arbeidsgivere.

Målet er å gi direkte hjelp til flere personer uten lang ventetid, slik at problemene ikke utvikler seg. Behandlingen skal redusere symptomene og styrke både funksjonen og livskvaliteten for de som mottar hjelp. Å styrke arbeidsevnen og forhindre langtidsfravær for de som er i jobb er et vesentlig mål.

Regjeringen vil 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.

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.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i oppfølging av gravide, barsel-familier og barn og unge mellom null og 20 år. Tjenesten har stor tillit i befolkningen, og nesten alle barn er før skolestart i kontakt med tjenesten. Det betyr at den har en unik mulighet til å nå ut til sin målgruppe. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil kunne bidra til å oppdage og hjelpe barn og unge som har alkoholproblemer eller lider under andres alkoholproblemer, både gjennom gruppetiltak ved skoler og gjennom samtaler. I svangerskapsomsorgen er det mulig å avdekke eventuell skadelig bruk av alkohol og andre rusmidler i svangerskapet. I tilfeller hvor dette skjer, skal det henvises videre eller igangsettes relevante tiltak.

I innspillsrunden kom det inn flere forslag om å ta i bruk intervensjon eller tvangsmidler i tjenestene overfor personer eller familier hvor det er et rusproblem. Rettslig regulering bør vurderes først dersom ønsket effekt ikke kan oppnås bedre eller enklere ved bruk av andre virkemidler. Undersøkelser og all helsehjelp, også i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er basert på tilbud og frivillighet. Ved valg av virkemidler er det viktig å være oppmerksom på mulige negative eller utilsiktede konsekvenser av tilsynelatende effektive tiltak. Det gjelder særlig spørsmålet knyttet til bruk av juridiske virkemidler for å oppnå at barn og foresatte møter på helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og konsekvenser av ikke å møte til konsultasjon.

Nasjonal faglig retningslinje for tjenesten gir en sterk anbefaling om hvordan helsestasjonen i praksis bør følge opp foreldre og barn som uteblir fra helsekontroller og foreldre som avbestiller eller endrer avtalte

timer gjentatte ganger. Samme retningslinje har også sterke anbefalinger om at vold, overgrep og omsorgssvikt bør tas opp ved kontroller.

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.

Bruk av oppsøkende arbeid og ambulante tjenester for barn og unge

Unge med begynnende rusmiddelproblemer kan ha høy terskel for å søke hjelp. Flere innspill som er sendt inn, understreker betydningen av fleksible tjenester. Det er sentralt å møte ungdom der de føler seg trygge og er mottakelige for informasjon. En måte å nå fram til ungdom, er å ta i bruk utekontakter som driver oppsøkende arbeid ute på gata og i miljøer og/eller på arenaer hvor ungdom samler seg. Å tilby behandling gjennom oppsøkende eller ambulante tjenester kan være et godt tiltak særlig med tanke på å forhindre manglende oppmøte til behandling. (Ambulante tjenester for barn og unge er nærmere omtalt nedenfor.) For å nå de yngste vil samarbeid med skole, helsesykepleier og fritidsmiljøer være særlig aktuelt. Helsedirektoratet anbefaler kartleggingsverktøy som er spesielt utviklet for unge med rusmiddelproblemer. Kartlegging vil kunne gi verdifull kunnskap med tanke på utredning og behandlingsutforming. Det er også viktig å lage gode opplæringsprogrammer for hvordan man snakker om alkohol med unge. Erfaringsmessig er filmer som beskriver slike situasjoner til god nytte og lett tilgjengelig. Det er viktig å nå unge med behov for

behandling av rusmiddelproblemer tidlig i en sykdomsutvikling. Om skadeomfang er utviklet over tid, vil ofte mer omfattende og langvarig behandling være nødvendig. Problemene vil også kunne være knyttet til psykiske vansker og/eller familiesituasjonen. I tillegg bør den somatiske helsen vies oppmerksomhet.

Anbefalinger om tiltak for unge med rusmiddelproblemer er nærmere omtalt i nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet fra Helsedirektoratet.

I opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse er behovet for mer helhetlige og koordinerte tjenester løftet fram. Mange barn og ungdom med alvorlig og langvarig problematikk har behov for samtidige tjenester fra flere sektorer og nivåer. En del barn og unge mangler den nødvendige strukturen rundt seg for å dra nytte av eksisterende tilbud, og risikerer derfor mangelfull utredning, oppfølging og behandling. 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.

Tidlig innsats for eldre med rusmiddelproblemer

Et økende alkoholkonsum blant eldre gir grunn til bekymring. Med økende alder øker sårbarheten for alkohol, og kan både forårsake og forverre sykdom. Veksten og omfanget i eldres alkoholforbruk, ofte i kombinasjon med høyt forbruk av medikamenter, krever økt oppmerksomhet om eldre og alkohol i årene framover. Hjemmebaserte tjenester og fastlegetjenesten er sentrale kommunale tjenester som kan kartlegge eller fange opp skadelig alkoholbruk hos eldre.

Kommunale helse- og omsorgstjenester har en sentral rolle i å diagnostisere og initiere behandling av rusmiddelproblemer hos eldre. Rutiner med å spørre om alkoholbruk er nødvendig i en god pasientutredning, og spesielt viktig i forbindelse med rekvirering av legemidler. Det er viktig å skille mellom eldre som har vært avhengig av rusmidler i lang tid og de som har utviklet et risikofylt forbruk og/eller rusmiddelproblemer først når de har blitt eldre. Eldre som har utviklet skadelig bruk eller avhengighet søker i mindre grad hjelp, oppdages sjeldnere og henvises videre i for liten grad. Erfaringer fra praksisfeltet viser at helse- og omsorgspersonell synes det er vanskelig å spørre eldre om deres alkoholvaner og legemiddelbruk (50). De mer synlige helseplagene blir gjerne fulgt opp, uten at rusmiddelproblemene og andre underliggende årsaker adresseres.

Helsedirektoratet anbefaler at tilbud rettet mot eldre med begynnende rusmiddelproblemer støttes av fagpersonell med både

rusfaglig og geriatrik kompetanse. Kombinasjon av alkohol og legemiddelbruk er en spesielt viktig problemstilling. Sårbarheten for sykdom og skader medfører at den potensielle helsegevinsten for eldre er minst like stor som for yngre ved riktig behandling av rusmiddelproblemet.

Helsedirektoratets anbefalinger om alderstilpasset utredning, tilrettelagte tiltak og spesifikk kompetanse for eldre med rusmiddelproblemer er nærmere omtalt i nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.

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.

Regjeringen har i Granavolden-plattformen fremhevet betydningen av at kommunene gjennomfører forebyggende hjemmebesøk for eldre. Formålet med forebyggende hjemmebesøk er blant annet å bruke den enkeltes ressurser og bidra til å tilrettelegge omgivelsene, og dermed bidra til å opprettholde helse og funksjonsevne. Opplysning, råd og veiledning er en viktig del av det forebyggende arbeidet.

For å understøtte kommunenes arbeid har regjeringen utarbeidet et eget rundskriv (Rundskriv I-2/2016) om forebyggende besøk. Rundskrivet omfatter blant annet oppsøkende virksomhet overfor utsatte grupper, samt opplysningsvirksomhet, rådgivnings- og veiledningstjenester. Hjemmebesøk kan bidra til at flere kan leve lenger i egen bolig og oppleve større mestring i egen hverdag. Dette gir igjen økt livskvalitet. I Helsedirektoratets veileder om forebyggende hjemmebesøk er rus og alkohol et av samtaleemnene som er listet opp for hvordan kommunene bør gjennomføre besøk. Regjeringen vil oppfordre kommuner til å ta i bruk forebyggende hjemmebesøk.

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene



Regjeringen vil

- øke fastlegenes kunnskap om alkoholproblemer og betydningen av å avdekke slike problemer og utvikle verktøy for å håndtere dette
- 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
- sikre at relevante veiledere og retningslinjer ivaretar problemstillinger knyttet til bruk av alkohol og rusmidler
- videreutvikle tverrfaglige og oppsøkende FACT-ung team
- videreføre satsingen på Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC i ny demensplan. Tiltaket inngår også i nytt kompetanseløft – Kompetanseløft 2025.
- oppfordre kommunene til å ta i bruk forebyggende hjemmebesøk for eldre

5.2 Spesialisthelsetjenesten

Både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten kan forebygge utvikling av problemfylt alkoholbruk og annen rusmiddelbruk ved først å identifisere risikobrukere, og deretter gjennomføre motivasjonssamtaler eller henvise til rusbehandling. Både kommunens sosialtjeneste, helse- og omsorgstjeneste og fastlege kan henvise til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten (TSB).

Mange pasienter med alkoholproblemer kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten for ulike psykiske og somatiske helseproblemer, uten at den bakenforliggende alkoholbruken nødvendigvis er kjent for helsetjenesten. En stor andel av pasienter innlagt ved somatiske sykehusavdelinger har rusrelaterte helseproblemer, der rusmiddelbruken kan ha forårsaket eller komplisert innleggelsen. Den kan tilsløre symptombildet, vanskeliggjøre diagnosen og forstyrret behandlingen.

Kompetanse om alkoholens betydning for somatisk helse og kartlegging av pasienter med rusproblemer innenfor somatiske helsetjenester er derfor viktig for at disse pasientene skal få forsvarlig behandling for sin somatiske tilstand, nødvendig kunnskap om egne helseproblemer og hvordan alkohol virker på disse, og tilgang til oppfølging og behandling.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for å tilby befolkningen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), jf. lov om spesialisthelsetjenester, § 2-1 5. ledd.

TSB er betegnelsen på tjenester som utfører rus- og avhengighetsbehandling på spesialistnivå. At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. Utredning og behandling i TSB kan foregå i poliklinikk, i regi av ambulante tjenester eller i forbindelse med døgninnleggelse.

Personer med et rusmiddelinntak som gir atferdsendring, og som medfører fare for liv og helse for seg selv eller andre, bør vurderes for innleggelse uten ventetid i TSB-avdeling. Kriterier for akuttinnleggelse i TSB er beskrevet i Nasjonal faglig retningslinje for avrusning.

Rusavhengige har de samme pasientrettighetene som andre pasienter i spesialisthelsetjenesten, etter pasient- og brukerrettighetsloven, jf. pasient- og brukerrettighetsloven, § 2-1 b.

Ansvaret for å sørge for undersøkelse og behandling av personer med rus- og avhengighetslidelser ligger hos helseforetakene etter spesialisthelsetjenesteloven.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan utføres av helseforetak eller av private virksomheter med avtale med de regionale helseforetakene. Ordningen med fritt behandlingsvalg gjelder for de fleste deler av TSB. Kvaliteten på tjenestene reguleres gjennom Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer.

Kompetanse om alkoholproblemer i spesialisthelsetjenesten

Helsetjenesten har en avgjørende rolle i å forebygge og begrense helseproblemer som følger av skadelig bruk av alkohol og andre rusmidler. 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

Mange ansatte i helsetjenesten synes det er vanskelig å snakke med pasientene om alkoholbruk, fordi det kan oppfattes som støtende for pasienten. Noe av forklaringen på dette kan være at alkohol er et lovlig og allment akseptabelt rusmiddel i befolkningen. En samtale om bruk av alkohol kan både for helsepersonell og for pasient oppleves som for privat.

Problematisk alkoholbruk er beheftet med tabu, skyld og skam. Stigma knyttet til det å ha et alkoholproblem, kan være en barriere for god dialog med pasientene om alkohol. Samtidig kan mange pasienter med problematisk bruk av alkohol føle lettelse over at alkoholbruk er et tema som det går an å snakke om med helsepersonell. Pasienten har rett til å få vite hvordan alkohol kan påvirke den aktuelle helsesituasjonen, og at det er mulig å få hjelp.

En nyere studie fra Stavanger universitetssykehus viser at pasienter som er innlagt i somatiske sykehusavdelinger i stor grad aksepterer at alkoholvaner adresseres, og at de får samtale med en ruskonsulent som del av utredningen (51). Funnene i studien understreker behovet for å normalisere det å snakke om alkoholvaner som en

selvsagt del av diagnostikk, behandling og oppfølging. Korte intervensjoner kan være nyttig etter å ha identifisert mennesker i risikogruppen. For mange pasienter kan det å ha fått en sykdom eller skade i seg selv være en motivasjon til å ta nye grep for å ta vare på egen helse. Hvis pasienten får kunnskap om sammenhengen mellom alkohol og helse allerede ved første gangs innleggelse, har pasienten mulighet til å snu et uheldig mønster. På engelsk kalles det «a teachable moment» når pasienten blir klar over sin problematiske alkoholbruk. Bare det å spørre, og gi opplysning om en mulig sammenheng med alkohol, kan være nok til at pasienten reduserer forbruket.

Kartlegging av alkoholproblemer i spesialisthelsetjenesten

Skader og sykdom kan være et symptom på et bekymringsfullt høyt alkoholkonsum eller begynnende rusproblem. Studier fra Oslo universitetssykehus (52) har vist at opp mot 20 prosent av pasientene med sykdommer i indre organer (indremedisinske pasienter) har et potensielt helseskadelig alkoholkonsum og at mange pasienter som kommer til sykehus på grunn av skader (traumepasienter) er alkoholpåvirket når de skader seg alvorlig (53). Dette risikobildet gjenspeiles ikke alltid i behandlingen pasientene får.

Spesialisthelsetjenesten vil i større grad kunne bidra til å identifisere og kartlegge pasienter med risikofylt alkoholbruk. Pasienter som har et risikofylt forbruk av alkohol og dermed har behov for informasjon om alkohol og dens helseeffekter, er ikke alltid lette å identifisere i en travel avdeling. De oppfyller ikke nødvendigvis kriterier for en avhengighetsdiagnose og kan fort forbli uoppdaget. Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler slår fast at

pasienter som legges inn på somatiske eller psykiatriske enheter, bør kartlegges/ screenes for rusmiddelproblemer, og pasienter som har rusmiddelproblemer, bør henvises til adekvat hjelp i kommune eller TSB.

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.

Regelmessig bruk av alkohol forut for kirurgiske inngrep kan medføre abstinensutvikling, postoperative komplikasjoner og lengre liggetid. I tillegg kan pasientene trenge oppfølging av et rusproblem selv om dette ikke var årsaken til at de fikk somatisk eller psykisk helsehjelp i utgangspunktet. Rutiner med å spørre om alkoholbruk er derfor helt nødvendig i en god pasientutredning. Allerede i dag er spørsmål om sentralstimulerende middel en del av innkomstjournalen, akkurat som kartlegging av allergier og faste medisiner. Likevel kreves det tilstrekkelig kompetanse blant helsepersonell i alle deler av helsetjenesten for å kartlegge alkoholbruk på en systematisk måte, det er ikke avhengig av rusmedisinske spesialister.

Prinsippet for kartlegging av pasienter i somatiske mottak for bruk av alkohol, er

at personalet kartlegger dette som del av utredningen for å sikre god behandling av den aktuelle eller akutte situasjonen. Personalet i somatisk avdeling gir pasienten nødvendig informasjon om sammenheng mellom alkoholbruk og det aktuelle helseproblemet. Personalet i TSB (avdeling for rusbehandling) tilbyr liaisontjeneste og opplæring, og kan konsulteres på døgnbasis. God praksis på dette området er helt sentralt. Det kan derfor være hensiktsmessig med en nasjonal standard for en slik konsultasjonstjeneste fra rushelsetjenesten, som på kort varsel kan bistå med rådgivning og behandling på lik linje med psykiatrisk konsultasjonstjeneste og smerte-konsultasjonstjeneste.

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 er ikke rutine å bruke standardiserte kartleggingsverktøy, men det finnes mange gode verktøy for å kartlegge pasienters alkoholbruk (se f.eks. nasjonal faglig retningslinje for TSB som har en egen del om kartlegging). Det kan også være aktuelt å ta i bruk biologiske markører for høyt alkoholkonsum for å identifisere og følge opp utvalgte pasienter med risikopreget forbruk av alkohol. Bruk av slike verktøy er av stor betydning for å kunne identifisere helseskadelig bruk av alkohol på en systematisk måte.

Noen skåringsverktøy kan brukes til å vurdere hvem som bør utredes videre for sitt rusmiddelbruk. Det er to vanlige måter å bruke verktøyene på: i) målrettet screening

(pragmatisk casefinding) der helsepersonell bruker kliniske tegn som tilsier at alkohol er medvirkende til pasientens helseproblem, og ii) generell screening, der alle får spørsmål om alkoholbruk. De som identifiseres med å ha overforbruk som kan gi helseskade i framtiden, får en kort rådgivning («brief intervention»). De som allerede tilfredsstillter diagnosekriterier for skadelig bruk eller avhengighet, skal tilbys relevant behandling.

Samhandling mellom psykisk helsevern, somatiske avdelinger og TSB

Pasienter som legges inn i spesialisthelsetjenesten må kartlegges, slik at alle forhold som kan påvirke deres helsetilstand og den behandlingen de skal ha, blir gjort rede for. Både i somatiske avdelinger og i avdelinger for psykisk helsevern må bruk av rusmidler inngå i utredningen av pasienten. 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. Flere nasjonale tilsyn har dokumentert at psykisk helsevern i varierende grad identifiserer, utreder og behandler mennesker med samtidig alvorlig rus og psykisk lidelse. Samarbeid må etableres både på systemnivå og på individnivå, med tydelige rutiner for samhandling rundt den enkelte pasients behandling. Pakkeforløpene for psykisk helse og rus gir anbefalinger om samarbeid for å sikre helhetlig behandling av rusmiddelproblemer, psykiske lidelser, somatisk helse og levevaner. Samhandling kan understøttes ved at øvrige pakkeforløp også tydeliggjør sammenhengen mellom somatisk sykdom, psykisk helse og rusmiddelbruk.

Skadelig bruk av alkohol blant pasienter i somatiske avdelinger

I en studie ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo ble pasienter som var innlagt for behandling av akutt somatisk sykdom (ikke skader) undersøkt for skadelig alkoholforbruk. Som en del av studien ble kartleggingsverktøyet AUDIT-4 brukt, samt den biologiske markøren fosfatidyletanol, som er en svært spesifikk markør for alkoholinntak. Omtrent 20 prosent av pasientene hadde skadelig alkoholforbruk vurdert med kartleggingsverktøyet, mens omtrent 11 prosent hadde utslag på den biologiske markøren. Studien viser at systematisk kartlegging kan bidra til å identifisere pasienter som vil ha nytte av rusintervensjon eller annen oppfølging.

Studien fra Lovisenberg viser at det vil være en stor gevinst for spesialisthelsetjenesten i å avdekke skadelig bruk av rusmidler blant pasienter i somatiske avdelinger. Det vil være gunstig for de pasientene dette berører å få tilbud om hjelp og derved forhindre utvikling av alvorlig rusavhengighet. I tillegg kan spesialisthelsetjenesten unngå store kostnader ved å redusere fremtidige behov for somatisk behandling, der rusproblemer er den underliggende årsaken.

Behandlingstilbudet til pasienter med alkoholproblemer

Det er store geografiske variasjoner i tilbudet til pasienter med psykiske lidelser og/eller ruslidelser. Dette viser det første helseatlas som beskriver tjenester innenfor psykisk helsevern og TSB. Atlaset viser også at eldre i mindre grad enn yngre får hjelp for sine ruslidelser. Det planlegges et helseatlas som ser på bruk av somatiske helsetjenester hos pasienter i psykisk helsevern og TSB. Nasjonal kompetansetjeneste for TSB (NK TSB) arbeider med å kartlegge alle tjenester innenfor TSB i Norge og vil presentere dette i en egen interaktiv kartløsning. Slike oversikter som helseatlas gir over bruk av tjenester og NK TSBs presentasjon av tjenestetilbudet i landet, gir mulighet til sammenlikning og forbedring. Dette danner grunnlag for analyse og dimensjonering av befolkningens fremtidige behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten knyttet til bruk av alkohol og utvikling av et riktig tjenestetilbud fremover.

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 ikke minst viktig med tanke på

forebygging av selvmord knyttet til alkoholbruk. Ifølge en rapport fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging, fremkommer det at alkoholbrukslidelse er den vanligste ruslidelsen blant de som dør i selvmord etter kontakt med TSB (54). Nesten halvparten hadde fått en alkoholbrukslidelse siste året.

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.

Alkoholkonsum rammer også uskyldige tredjeparter. Voksne og barn som pårørende kan ha livsutfordringer knyttet til sin rolle og selv få helseskader. Barn som fødes med alkoholskader, får ofte sosiale, kognitive og fysiske problemer senere i livet. Det finnes ikke tall på hvor mange personer som har medfødte alkoholskader (FAS/FASD) i Norge. Regional kompetansetjeneste – medfødte rusmiddelskader – arbeider for å innhente, systematisere og videreformidle kompetanse om diagnostikk, utredning og oppfølging av barn utsatt for rus under svangerskapet. Kompetansetjenesten samarbeider tett med barnets foresatte, kommunen og spesialisthelsetjenesten for å sikre at barna får den ivaretagelsen og oppfølgingen som de

trenger. Formålet er å styrke kvaliteten på tjenestene barn utsatt for rus under svangerskapet får i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. I tillegg skal kompetansetjenesten gi et klinisk tilbud om utredning og diagnostisering.

Spesialisthelsetjenester til barn og unge med rusproblemer

Mange debuterer med alkohol og andre rusmidler i ung alder, og ungdom under 18 år er en særskilt utfordring. Hovedprinsippet i spesialisthelsetjenesten er at det er BUP som har ansvaret for å følge opp barn og unge med rusmiddelproblemer, på samme måte som det er BUP som har ansvaret for å følge opp barn og unge med psykiske lidelser. TSB er en spesialisthelsetjeneste for voksne med rus og avhengighetsproblemer, men kan i enkelte tilfeller gi tilbud til pasienter over 16 år. I praksis er det få under 18 år som kommer i behandling i TSB.

Tilsyn i 2013/14 viste at BUP ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet på rusbruk generelt hos sine pasienter og det ble dokumentert avvik i alle helseforetak på dette området. Det er derfor nødvendig å sørge for tilstrekkelig kunnskap om rusproblematikk hos spesialister i BUP og kompetanse i intervensjoner og behandling. Barn og unge i kontakt med BUP må utredes også med tanke på rusproblemer og tilbys forsvarlig behandling. Behandlerne må ha god kompetanse på barn og unge med hensyn til rus og avhengighetsproblematikk slik at dette kan avdekkes og at behandlingen tar høyde for det. Relevante spesialistutdanninger innen medisin og psykologi må ivareta behovet for at behandlerne har god kunnskap om barn og unge og rus og avhengighet.

Individuell jobbstøtte (IPS)

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. Tilbudet er et av tiltakene i regjeringens inkluderingsdugnad. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har samarbeidet tett om videreutvikling av IPS, hvor jobbspesialister er en integrert del av behandlingsteamet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Tanken er at brukerne skal få samtidig helsehjelp og bistand til å komme seg i arbeid. I 2019 innvilget Helsedirektoratet tilskuddsmidler til 73 virksomheter. Effektevalueringen av tiltaket viser at rundt 40 prosent av deltagerne kommer i ordinært lønnet arbeid etter 18 måneder (Uni Research 2016). Det er et mål å få flere IPS-virksomheter til å gi et tilbud til personer med rusmiddelproblemer.

BUP Vest har fra 2017 prøvd ut IPS for ungdom, og i forbindelse med inkluderingsdugnaden legger Arbeids- og sosialdepartementet opp til å etablere et forsøk med IPS-ung. Målet er at flere unge med psykiske lidelser og/eller ruslidelser kommer over i ordinært lønnet arbeid. Styrking av individuell jobbstøtte kan dermed også gi et viktig tilbud til unge mottakere av arbeidsavklaringspenger. Det er et mål å få flere IPS-virksomheter til å gi et tilbud til personer med rusmiddelproblemer.

Det faglige samarbeidet mellom BUP og TSB, og behandlingstilbudet til unge med skadelig bruk av rusmidler, må utvikles. Særlig viktig er ambulant virksomhet, der eksempelvis FACT er en god modell som understøtter

samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune på en hensiktsmessig måte (se nærmere omtale i kapittel 5.1, Bruk av oppsøkende arbeid og ambulante tjenester for barn og unge).

Spesialisthelsetjenesten



Regjeringen vil

- at ansatte i somatiske avdelinger har tilstrekkelig kompetanse om og kunnskap i bruk av anbefalte kartleggingsverktøy for alkoholbruk blant pasienter
- at somatiske avdelinger etablerer systemer for å identifisere pasienter med underliggende rusproblemer, og at dette følges opp i alle helseforetak
- vurdere om pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten skal inneholde krav om kartlegging av skadelig bruk av alkohol og andre rusmidler
- at det etableres gode systemer og rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger og TSB, og mellom psykisk helsevern og TSB
- ha basistjenester som akuttmottak, avrusning, poliklinikk, ambulante tjenester og døgnbehandling, innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak
- sikre faste stedlige tjenester innen psykisk helsevern og TSB i alle fengsler
- tilrettelegge for at flere individuelle jobbstøtte-virksomheter gir tilbud til personer med rusmiddelproblemer
- 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
- utrede tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge – TSB Ung

5.3 Nettbaserte behandlings- og kartleggingstilbud

Alkoholproblemer kan ofte være skjult i lang tid før de kommer til overflaten. Selv pasienter med store problemer kan vegre seg for å gi korrekte opplysninger i kartlegging og for å søke behandling. Bakgrunnen for dette kan være skamfølelse og/eller frykt for sosiale sanksjoner som f.eks. tap av arbeid, førerkort og familierelasjoner.

Den teknologiske utviklingen gir muligheter for å tilby oppfølging på nye måter og gjennom nye kanaler som understøtter og gjør behandling mer effektiv. Digitale verktøy kan øke tilgjengeligheten til grupper som ikke har tilgang på eller ikke ønsker å benytte seg av tradisjonell behandling. Digitale plattformer gir nye muligheter for å behandle psykiske lidelser og rusproblemer.

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.

Beslutningsforum for nye metoder godkjente i januar 2019 at terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser (e-meistring) kan tas i bruk når det er hensiktsmessig. Internettassistert behandling av alkoholproblemer er nå under utprøving.

E-meistring

Ved sykehuset Vestfold har de igangsatt prøveprosjektet e-meistring – alkohol. Dette er et internettbasert selvhjelpsprogram for personer som vurderer å redusere inntaket av alkohol. Erfaringene med andre programmer viser at mulighet for noe kontakt med en fagperson ved oppstart og underveis i programmet, via telefon eller en meldingsfunksjon i programmet, gir best effekt.

E-meistring alkohol inneholder mange av de samme tiltakene som en finner i et ordinært behandlingstilbud. Forskjellen er at opplegget er mer strukturert og at brukeren selv bestemmer når en vil jobbe med programmet. E-meistring bygger på kognitiv atferds-terapi. Programmet består av ulike former for kartlegging, tekst om forhold som er av betydning for å endre på drikkemønster og oppgaver eller øvelser brukeren kan arbeide med mellom hver sesjon.

Brukeren arbeider med programmet på egenhånd via internett med noe støtte fra en fagperson (veiledet selvhjelp). Ved hjelp av en meldingsfunksjon i programmet kan brukeren stille spørsmål og få tilbakemeldinger på fremdrift. For å få tilgang til programmet må brukeren registrere seg. Informasjonen som registreres vil være taushetsbelagt og lagret på et sikkert sted.

Nettbaserte behandlings- og kartleggingstilbud



Regjeringen vil

- utnytte mulighetene digitale løsninger gir for tidlig innsats mot psykiske lidelser og rusproblemer

5.4 Utsatte barn og familier

Utsatte barn og familier er en viktig målgruppe for tidlig innsats, også mot alkoholrelaterte problemer. Bufdir og Helse- og omsorgsdepartementet er viktige støttespillere for kommunenes arbeid med tidlig innsats for utsatte barn og unge, men også en rekke andre statlige myndigheter og regionale kompetansesentre bidrar med viktig støtte og kompetanse.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Politidirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Integreerings- og mangfoldsdirektoratet utarbeidet den nasjonale faglige retningslinjen Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge. Retningslinjen erstatter veilederen Fra bekymring til handling og omfatter både utfordringer hos barn og unge selv og deres foreldre eller nære nettverk. Målet med retningslinjen er at anbefalingene styrker oppdager- og handlingskompetansen hos ledere og ansatte i kommunen slik at utsatte barn og unge oppdages tidlig og får tilpasset hjelp og oppfølging. Dette innebærer både tilfeller der barn og unge selv er i ferd med å utvikle et rusproblem og når de står i fare for å bli påvirket negativt av foreldres eller andres rusproblemer.

Retningslinjen har to overordnede deler:

- Anbefalinger knyttet til kommunens ansvar for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge og deres foreldre.
- Anbefalinger knyttet til ansattes ansvar for å omdanne kunnskap til handling i arbeidet med utsatte barn og unge og deres foreldre.

Ledelsen i kommunene har ansvar for å sikre tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge. Dette innebærer et ansvar for at ansatte som arbeider med barn og unge har kunnskap om beskyttelses- og risikofaktorer og evne til å oppdage utsatte barn og unge.

Retningslinjen retter seg også til samarbeidspartnere som politi, private virksomheter, frivillig sektor og andre som jobber med barn og unge. Retningslinjene er en oppfølging av Opptrappingsplanen for rusfeltet, Prop. 15 S (2015–2016). Retningslinjene er nærmere omtale på [Helsedirektoratet nettsider](#).

Opplæringsprogrammet Tidlig inn er et tilbud om opplæring i gode verktøy og metoder innen tidlig intervensjon. Det gis blant annet opplæring i samtalemetodikk, og anbefalinger om tverrsektoriell samhandling i den videre oppfølgingen.

Målgruppen er kommunalt ansatte, deres ledere og fastleger som i sine tjeneste møter gravide og småbarnsforeldre. Formålet med Tidlig Inn er at gravide og småbarnsfamilier tidlig får kompetent, tverrfaglig hjelp på områdene rus, psykisk helse og vold. Målgruppen får opplæring i kartleggingsverktøy og metoder for samtale om rus, psykisk helse og vold for å sikre en forsvarlig tjeneste. Opplæringsprogrammet tilbys av regionale opplæringssteam, sammensatt av korusene, RBUP/RKBU, RVTS og Bufetat. Opplæringen er gratis for kommunene.

Program for foreldreveiledning er et tilbud til foreldre med barn opp til 18 år. Gjennom programmet kan foreldre møte andre foreldre i grupper for å utveksle erfaringer om forholdet til barna. Målsettingen er at den enkelte mor eller far skal bli trygge foreldre, ved å bli bevisste på hva de gjør som er bra for barna. Det tilbys ingen ferdig oppskrift,

men oppmerksomhet er rettet mot hvordan foreldre oppfatter barna sine. Det er i de fleste tilfeller kommunene som arrangerer foreldregruppene, og gruppene blir ledet av veiledere med utdanning fra Program for foreldreveiledning (ICDP – International Child Development Programme).

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.

0–24-samarbeidet for utsatte barn og unge

0–24 er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

Barn og unge som trenger det, bør få hjelp så tidlig som mulig. Hvis ikke er det stor risiko for at utfordringene deres blir større og vanskeligere. Å få til en tidlig innsats fra ulike sektorer, forvaltningsnivåer, tjenester og profesjoner er avgjørende.

Det kan handle om barn og unge som har problemer på grunn av dårlig fysisk eller psykisk helse, lærevansker eller språkutfordringer. De kan være født inn i eller havne i vanskelige livssituasjoner på grunn av fattigdom, bosituasjon, helseproblemer, rus eller vold. Ofte kan ikke slike utfordringer løses hver for seg, eller én av gangen. Derfor er det viktig å få til en tidlig samordnet innsats.

Forvaltningen er delt i sektorer med mange barrierer for samarbeid på tvers. Organiseringen gjør at de ansatte i tjenestene i kommunen arbeider ut fra ulike samfunnsoppdrag og prioriteringer. Sektorene og tjenestene har forskjellig historie, kompetanse og kultur. De er organisert forskjellig, med ulike systemer for finansiering og juridisk rammeverk. Ansvar kan oppleves uklart og oppgaver overlapper.

For at kommunene skal lykkes med å gi et tidlig og helhetlig tjenestetilbud til utsatte barn og unge og deres familier, er det viktig å sørge for bedre samordning av nasjonale virkemidler og innsats som støtter og stimulerer samordning lokalt. Det betyr at departementer og direktorater må forme og innrette de statlige virkemidlene med tanke på behovet hos kommunene og brukerne. 0–24 bidrar til bedre samarbeid og dialog mellom sektorene, forvaltningsnivåene og ikke minst med barn og unge selv.

Vold i nære relasjoner

Opptrappingsplanen mot vold og overgrep (2017–2021) viser til at alkoholpåvirkning er en risikofaktor for å utøve vold i nære relasjoner. Risikoen øker også med andre former for ruspåvirkning.

Alle kommuner har etter krisesenterloven en plikt til å sørge for et krisesentertilbud for kvinner, menn og barn som er utsatt for vold

eller trusler om vold i nære relasjoner. Krisesentertilbudet skal være et trygt, midlertidig og gratis botilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner. Det skal være et lavterskeltilbud. Kommunenes plikt omfatter også voldsutsatte med rusproblemer. Kommunene skal også, så langt som mulig, sørge for et individuelt tilrettelagt tilbud. Flere rapporter viser likevel at tilbudet til voldsutsatte med rusproblemer ikke er tilstrekkelig (55); (56).

Tryggest-modellen

Tryggest er en helhetlig modell for håndtering av mistanke om vold og overgrep mot risikoutsatte voksne. Risikoutsatte voksne er personer over 18 år, som i særlig grad kan ha behov for beskyttelse mot vold og overgrep fordi de lever i en situasjon som gir økt risiko. Det kan blant annet handle om at de trenger hjelp til ting andre klarer selv. Personer med rusproblematikk inngår i målgruppen. Tryggest-modellen inneholder forslag til organisering av arbeidet mot vold og overgrep i en kommune, og flere verktøy som kan brukes i dette arbeidet. Alle kommuner som har innført tryggest, har et eget tryggest-telefonnummer som kan kontaktes av både ansatte og innbyggere. Se bufdir.no

Det er siden 2016 bevilget 3 millioner kroner årlig til Bufdir for å gjennomføre et pilotprosjekt med mål om å styrke tilbudet til sårbare grupper, blant annet kvinner i aktiv rus. Viktige elementer i utviklingsprosjektene er samarbeidsavtaler mellom krisesentrene og andre relevante hjelpeinstanser og samarbeidskommuner, som skal garantere at målgruppen får et krisesentertilbud eller et tilsvarende tilbud i kommunen.

Fra og med 2020 er midlene lagt inn i Bufdirs eksisterende tilskuddsordning til tiltak mot vold og overgrep, slik at alle landets krisesentre i samarbeid med vertskommune kan søke midler til å styrke krisesentertilbudet til særlig utsatte grupper, herunder voldsutsatte med rusproblemer.

Utsatte barn og familier



Regjeringen vil

- videreføre støtten til kommunenes arbeid med å gi barn og unge riktig hjelp til riktig tid



Lokalsamfunnet har stor betydning for barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Frivilligheten er en stor ressurs for kommunenes forebyggende arbeid, og frivillig sektor tilbyr viktige rusfrie arenaer for barn og unge.

6 ALKOHOLFRIE ARENAER

Regjeringen vil fremme alkoholfrie arenaer i samarbeid med frivilligheten, idretten, skolen og arbeidslivets parter. Hensikten er å legge til rette for å ta alkoholfrie valg, og øke aksepten for ikke å drikke.

6.1 Idrett og annen fritid

Idretten

Idretten er en svært viktig arena for å forebygge alkoholbruk blant unge, samtidig som idretten er og skal være et fristed for mange av de barna som opplever at foreldrene drikker for mye alkohol.

Ungdata viser at 93 prosent av alle ungdommer har deltatt i organisert idrett i løpet av oppveksten (Ungdata 2018). Idretten gjør en svært viktig jobb for sårbare barn. For mange er idretten et fristed fra det vanskelige som skjer hjemme og et sted der de får treffe trygge voksne. Deltakelse i idretten kan være avgjørende for å håndtere en oppvekst med store utfordringer.

I Norge har idretten som alkoholfri arena alltid stått sterkt. Det har vært et viktig, førende prinsipp at alle skal oppleve trygge, gode idrettsarenaer. Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komite (NIF) har nulltoleranse når det gjelder alkohol og barne- og ungdomsidrett. Forbudet er hjemlet i NIFs lov hvor det i § 11-4 heter at «Straff kan ilegges, dersom person eller organisasjonsledd nyter alkohol/rusmidler på bane/anlegg eller garderobe for spillere, ledere eller lag, eller serverer alkohol ved arrangementer i regi av NIF eller underordnede ledd der personer under 18 år deltar».

NIF har utarbeidet retningslinjer og veiledere som skal gjøre det enklere for organisasjonsleddene både å drive forebyggende og holdningsskapende arbeid og å ta tak i problemstillinger som oppstår. NIF er også medlem av Alkovettorganisasjonen Av-og-til, og NIF har sammen med Av-og-til utviklet en rekke verktøy og tiltak for å bevisstgjøre lokale lag og foreninger på problemstillinger rundt alkohol og idrett.

Beruselse og alkoholkonsum i forbindelse med store idrettsarrangementer kan være utfordrende fordi atferden i hovedsak skjer utenfor idrettens rammer og jurisdiksjon. NIF jobber tett både med egne organisasjonsledd og med eksterne bidragsytere for å hindre at alkoholkonsum skal ødelegge for idretten.

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.

Frivillighet og fritid

Lokalsamfunnet har stor betydning for barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Frivilligheten er en stor ressurs for kommunenes forebyggende arbeid, og frivillig sektor tilbyr viktige rusfrie arenaer for barn og unge. Kompetansesenter rus, region Vest Bergen peker på at frivillig sektor bør trekkes mer inn i det strategiske arbeidet knyttet til forebyggende arbeid blant barn og unge. Lokalsamfunnet som helhet kan f.eks. arbeide for å heve debutalder for alkohol og skape gode alkoholfrie møteplasser som de unge selv er med på å utforme.

Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider med Frivillighet Norge om Møteplass for folkehelse, og vil der sette søkelys på frivilligheten som ressurs i det rusmiddel-forebyggende arbeidet. Målet er å trekke frivillig sektor mer inn i det forebyggende arbeidet blant barn og unge.

Arbeidet for å skape gode og trygge oppvekstvilkår for alle barn og unge er forebyggende og flere tiltak og tilskuddsordninger bidrar til et inkluderende oppvekstmiljø.

Å delta i fritidsaktiviteter er viktig for å få venner og unngå utenforskap og for å skape en meningsfull fritid. Fritidsaktiviteter er også en viktig arena for læring og demokrati. Det er i dag forskjell på hvem som deltar, basert på kjønn, alder, landbakgrunn og økonomi. De som ikke kan delta i slike fellesskap sammen med andre barn og unge kan oppleve det som vanskelig. Å legge til rette for likere muligheter til å delta vil gi flere tilgang til fellesskapet i slike aktiviteter og kan bidra til å styrke det generelle forebyggende arbeidet, også på det ruspolitiske området.

Av-og-til

Av-og-til er en alkovettorganisasjon som bidrar til å redusere de negative følgene av alkoholbruk i samfunnet og gjøre hverdagen tryggere for alle. Organisasjonen jobber med alkoholforebygging og folkehelsearbeid, og samarbeider med frivilligheten, kommuner og myndigheter for å nå flest mulig.

Alkovett gjennomsyrrer alt forebyggingsarbeidet i Av-og-til. Organisasjonen informerer om negative konsekvenser av alkoholbruk for den enkelte, for barn og andre pårørende og for samfunnet som helhet. Og de motiverer til et bevisst forhold til egen alkoholbruk.

Av-og-til samarbeider med kommuner over hele landet om lokaltilpasset rusforebygging. Av-og-til Lokalt er en forebyggende metode, der kommuner bruker formelle og uformelle arenaer for å løfte temaet alkohol og alkovett.

Av-og-til Lokalt mobiliserer mange aktører for å jobbe med forebygging, som for eksempel helsestasjoner, barnehager og skoler, politi, frivillige organisasjoner og idretten. Målet er å skape refleksjon, samtaler og endret drikkeatferd blant innbyggerne i kommunen.

Av-og-til har siden 1980-tallet vært en bred og samlende aktør på forebyggingsfeltet. Bak Av-og-til står 49 medlemsorganisasjoner, blant dem ideelle organisasjoner og politiske partier.

Fritidserklæringen er en intensjonsavtale mellom regjeringen, KS og frivillig sektor. Regjeringen ønsker at kommunene skal styrke samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og de frivillige organisasjonene for å få flere barn og unge med på aktiviteter. Stat, kommune og frivillige skal jobbe sammen for at alle barn, uavhengig av foreldrenes sosiale og økonomiske situasjon, skal få delta regelmessig i en organisert fritidsaktivitet.

I 2020 skal partene legge vekt på å øke den lokale implementeringen og bruken av Fritidserklæringen, og bidra til å få på plass et godt samarbeid mellom frivillige organisasjoner, næringsliv og kommunene. Partene skal også ha dialog om arbeidet med fritidskort og samarbeidsstrategien for barn og unge i lavinntekt.

Mange barn og unge deltar ikke i organiserte fritidsaktiviteter. Å stå utenfor er en risikofaktor, og det kan hindre barn og unge fra å delta i samfunnet på kort og lang sikt. Barne- og familiedepartementet har satt i gang forsøk med fritidskortordninger, og regjeringen har foreslått å bevilge 120 mill. kroner til å videreføre og utvide prøveprosjektet med fritidskort for alle barn fra 6 til fylte 18 år. Gjennom fritidskortet skal staten bidra til å dekke deltakeravgifter til faste, organiserte fritidsaktiviteter for barn i alderen 6 til fylte 18 år. I forsøket vil det være en statlig finansieringsandel, og kommunene skal arbeide med å stille supplerende finansiering, enten gjennom kommunale bidrag, lokalt næringsliv eller andre bidragsytere. Målet med ordningen er at flere barn og unge skal kunne delta i faste, organiserte fritidsaktiviteter.

Øke deltakelse for barn og ungdom i frivillige organisasjoner

Det er også et mål å øke deltakelsen i frivillige organisasjoner. Frivillige organisasjoner skaper aktiviteter å delta på, og frivillig aktivitet fremmer inkludering og hindrer utenforskap. Det vil fortsatt bli gitt støtte til målrettede tiltak for å rekruttere dem som ikke deltar i frivillig aktivitet. Dette arbeidet er viktig for at barn som vokser opp i lavinntektsfamilier, skal ha de samme mulighetene som andre til å delta i fritidsaktiviteter og på fellesskapsarenaer.

«Like muligheter i oppveksten. Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier (2020–2023)» ble lagt fram i oktober 2020. Deltakelse på sosiale aktiviteter kan bidra til å redusere utenforskap. Slike aktiviteter er også en viktig arena for læring og for å få venner. Barne- og familiedepartementet har derfor i flere år hatt en målrettet innsats for inkludering av barn og unge.

Nasjonal tilskuddsordning for å inkludere barn og unge

Nasjonal tilskuddsordning for å inkludere barn og unge gir offentlige instanser, bydeler, frivillige organisasjoner, stiftelser, barne- og ungdomsorganisasjoner og private aktører anledning til å søke om midler. Målet er å motvirke og/eller dempe konsekvensene av lav inntekt blant barn og ungdom. Tilskuddsordningen skal være et virkemiddel for å bedre mulighetene for at flere barn og ungdom skal få delta på viktige sosiale arenaer, som ferie- og fritidsaktiviteter uavhengig av den sosiale og økonomiske situasjonen til foreldrene. Tilskuddsmidlene har ført til ekstra oppmerksomhet om barnefattigdom og inkludering i kommunene og stimulert til samarbeid mellom etater og

tjenester. Samarbeidet mellom det offentlige og de frivillige organisasjonene har også økt. Tilskuddsordningen var for 2020 på om lag 310 millioner kroner.

Uorganisert fritid

Tilskuddsordningen Barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn bidrar til å skape åpne og inkluderende fritidstilbud til barn og ungdom i bykommunene og bydelene i kommunene. Ordningen omfatter 23 bykommuner og åtte prioriterte bydeler i Oslo. Gode og trygge møteplasser for barn og ungdom i byene legger til rette for aktiviteter på tvers av sosiale og kulturelle skillelinjer. Forskning viser at åpne møteplasser, fritidsklubber og ungdomshus er mest brukt av ungdom som tradisjonelt ikke deltar i organiserte fritidsaktiviteter, og at de derfor er en viktig del av det helhetlige tilbudet.

Det overordnede målet med tilskuddsordningen «Støtte til oppfølgings- og losfunksjoner for ungdom» er å styrke tilknytningen til skolen og gi trivsel og mestring. Ordningen skal bidra til at skoleprestasjonene blir bedre, og å øke gjennomføringen i videregående opplæring.

Idrett og annen fritid



Regjeringen vil

- bidra til å opprettholde idretten som en alkoholfri sone for barn og unge
- 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

6.2 Utdanning

Skolen

Ungdom er særlig sårbare for virkningene av alkohol, og skolen blir ofte beskrevet som en viktig arena for forebyggende arbeid. Via skolen kan en stor andel av ungdommene nås, også tiltak som inkluderer foreldrene. Et trygt og godt skolemiljø, som fremmer læring, trivsel og personlig vekst, kan dempe risikoen for skjevutvikling på ulike livsområder. Skolens muligheter til å fange opp elever som av ulike årsaker har det vanskelig, er også viktig.

Reglene i kapittel 11 i opplæringsloven skal sikre elever, foreldre og tilsatte innflytelse på avgjørelser som gjelder skolen. Det er fastsatt at alle skoler skal ha skolemiljøutvalg, jf. opplæringsloven §§ 11-1a og 11-5a. Videre skal grunnskoler ha samarbeidsutvalg og foreldreråd, og videregående skoler skal ha skoleutvalg.

Skolen har ansvar for å legge til rette for et godt hjem-skole-samarbeid, og skal ha god kontakt med foreldrene gjennom de to første årene på videregående skole (forskrift til opplæringsloven § 20-4). Elevmedvirkningen får dermed en annen rolle i videregående skole. Gjennom et godt samarbeid mellom skolen og hjemmene får ungdommene støtte og veiledning til å gjøre viktige valg om utdanning og andre veivalg.

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.

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NifU) gjennomfører to ganger i året en spørreundersøkelse på oppdrag fra Utdanningsdirektoratet. Spørreundersøkelsen gjennomføres blant skoleeiere og skoleledere i både fylkeskommuner og kommuner. Spørreundersøkelsen gir direktoratet viktig informasjon i oppfølgingen av satsingsområder.

Nesten tre av fire ungdomsskoler og ni av ti videregående skoler har egne rutiner for å forebygge rusbruk. Blant de kombinerte barne- og ungdomsskolene har halvparten en slik rutine, mens 31 prosent av barne- og ungdomsskolene har dette. Av de videregående skolene har 74 prosent egne rutiner for å følge opp elever som har forsøkt rusmidler, fulgt av 44 prosent av ungdomsskolene.

I NOU 2019: 23 Ny opplæringslov foreslås det å regulere en plikt for skolen til å samarbeide med elevens foreldre, se forslag til § 2-3. Forslaget vil bli behandlet sammen med øvrige forslag fram til et forslag om endringer i opplæringsloven blir sendt på høring våren 2021.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Utdanningsdirektoratet og Kompetansesenter rus, region Nord (Korus Nord) utviklet «Støttmateriell: Rusmiddelforebyggende arbeid i skolen - Forslag til læringsaktiviteter». Helsedirektoratet vil i samarbeid med Korus Nord oppdatere støttmateriell for rusmiddelforebyggende arbeid i skolen i tråd med læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020 som ble tatt i bruk i skolen fra høsten 2020. Helsedirektoratet vil involvere Utdanningsdirektoratet i arbeidet.

Foreldrenettverk og -kafé for tryggere ungdommer på videregående skole

Ungdommer på videregående skole opplever mange utfordringer, blant annet knyttet til rus og uro. Dette tok Lier videregående skole på alvor, og inviterte derfor foreldrene til å bli informert om rusmidler, rusbruk og en prat om hvordan foreldre kan hjelpe ungdommene sine.

Her holdt to mødre et innlegg om hvordan de har tatt grep, og om viktigheten av å fortsette å bry seg selv om barna er i ferd med å bli voksne.

Dette er et godt eksempel på at foreldreengasjementet er viktig også for ungdommene.

Universiteter og høyskoler

Det er opprettet en egen tilskuddsordning for å styrke studenters psykiske helse og forebygge problemer knyttet til rusmiddelbruk, enten gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak eller gjennom utvikling av tjenestetilbud. Formålet med tilskuddsordningen er å fremme god helse og trivsel blant studenter og forebygge problemer knyttet til rusmiddelbruk. Tilskuddsordningen skal fremme nytenkning, samarbeid og kunnskapsdeling om forebyggende rusarbeid og psykisk helsearbeid mot studenter. Ordningen skal benyttes til å følge opp funnene i Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (Shot).

Russefeiring og fadderuke

For mange henger russefeiring sammen med beruselse og bruk av alkohol. Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet har undersøkt

noen av de såkalte knutereglene russerne tradisjonelt har hatt. Flere av reglene handler om å drikke en viss mengde alkohol på tid og kan gi dødelig promille. Det er ellers gjort lite forskning på følgene rusmiddelbruken under feiringen kan ha, men Folkehelseinstituttet har påpekt at noen av drikkemønstrene det blir oppfordret til kan være direkte livsfarlige (57).

Helsedirektoratet vil invitere utdanningsinstitusjonene, studentsamskipnadene og elev- og studieorganisasjonene samt andre aktuelle aktører til et rådslag om rusmiddelforebyggende arbeid blant annet i tilknytning til russefeiring og fadderukene. Helsedirektoratet involverer Utdanningsdirektoratet der det er aktuelt.

Utdanning



Regjeringen vil

- legge til rette for rusundervisning i skolen gjennom det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring
- oppdatere støttemateriell for rusmiddelforebyggende arbeid i skolen i tråd med læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020 som ble tatt i bruk i skolen fra høsten 2020
- invitere til et rådslag om rusmiddelforebyggende arbeid i tilknytning til russefeiring og fadderukene

6.3 Arbeidslivet

Regjeringen vil etablere et samarbeid med arbeidslivets parter om bevissthet rundt holdninger til alkoholbruk i arbeidslivet og verdien av alkoholfrie arenaer. Formålet er å sette konkrete mål for et styrket og forpliktende samarbeid om partenes alkoholforebygging i arbeidslivet og å 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.

En stor andel av de samfunnsmessige kostnadene knyttet til alkoholbruk bæres av arbeidslivet, og alkoholrelatert sykefravær og sykenærsvær utgjør de største utgiftspostene (33); (58).

Alkoholrelatert sykefravær og nedsatt yteevne er noen av de dokumenterte konsekvensene av alkoholbruk for arbeidslivet (59); (60). Studier i Norge og Sverige har vist at økning i alkoholbruk på befolkningsnivå er assosiert med økning i sykefravær (61); (31). Det kan også forventes at økt totalkonsum av alkohol kan ramme arbeidslivet ved at en større andel arbeidstakere opplever nedsatt yteevne grunnet alkoholbruk (32).

Alkoholrelatert nærvær innebærer å være tilstede på jobb i bakrus eller i beruset tilstand, og kan ha negative konsekvenser for arbeidsplassen og for kollegaer, for eksempel ved å forårsake nedsatt produktivitet og kvalitet på arbeidet, samt økt risiko for feil og ulykker (59); (60); (62); (63).

Kostnadene knyttet til alkoholrelatert nærvær, oftest operasjonalisert som nedsatt yteevne, er beregnet å være betydelig større enn kostnadene knyttet til alkoholrelatert fravær (58); (64). Norske studier viser at nedsatt yteevne som følge av alkoholbruk er mer utbredt enn alkoholrelatert fravær (60); (62); (65). I en undersøkelse gjennomført i et bredt utvalg av norske arbeidstakere svarte 1–2 prosent at de hadde hatt fravær en hel dag siste år grunnet alkoholbruk, 2 prosent oppga alkoholrelatert fravær deler av dag og 11 prosent svarte at de hadde opplevd nedsatt yteevne på grunn av drikking dagen før (65). Dersom man ser på alle norske arbeidstakere under ett, er det relativt lav utbredelse av alkoholrelatert fravær og nedsatt yteevne. Problematisk alkoholbruk hos bare én eller noen få ansatte, kan imidlertid forårsake store økonomiske, sosiale og praktiske problemer for arbeidsplassen (59).

Det er stor variasjon i utbredelsen av fravær og nedsatt yteevne mellom forskjellige grupper arbeidstakere i Norge. I en studie varierte andelen som rapporterte alkoholrelatert fravær siste 12 måneder mellom 1 og 25 prosent, og nedsatt yteevne som følge av alkoholbruk varierte mellom 12 og 66 prosent (62). Alkoholrelatert fravær og nedsatt yteevne var mest utbredt blant bar- og restaurantarbeidere og minst utbredt blant helsearbeidere. I en nyere undersøkelse gjennomført i et bredt utvalg av norske arbeidstakere, varierte andelene som rapporterte om nedsatt produktivitet de siste 12 månedene mellom 6 og 27 prosent (65). Det var lavest forekomst blant helse- og omsorgsarbeidere, samt innen barnehage/undervisning, og høyest innen restaurant/servering, media og forskning. Blant ansatte innen telekommunikasjon/IT rapporterte også en høy andel om nedsatt produktivitet som følge av alkoholbruk (65).

Norske studier har vist at alkoholrelatert fravær og nedsatt yteevne er mer utbredt blant menn enn kvinner, og mer utbredt blant yngre enn eldre arbeidstakere (62). En litteraturgjennomgang av internasjonale studier viser at alkoholrelatert fravær er mer utbredt blant arbeidstakere med lav utdanning og inntekt (66), men en norsk studie viser at nedsatt yteevne som følge av alkoholbruk er mer utbredt blant ansatte med høy utdanning og inntekt enn blant ansatte med kortere utdanning og lavere inntekt (60).

I tillegg til de dokumenterte økonomiske kostnadene alkoholbruk har for arbeidslivet, kan alkoholbruk blant arbeidstakere også medføre sosiale kostnader. En studie om konsekvenser av alkoholbruk blant norske arbeidstakere, viste at 18 prosent hadde opplevd negative konsekvenser som følge av kollegaers alkoholbruk i løpet av det siste året. Det å ha følt seg ekskludert fra jobbrelaterte, sosiale sammenhenger på grunn av alkoholbruk var mest utbredt (10,7 prosent). Omtrent 7 prosent opplevde å få uønsket seksuell oppmerksomhet av en beruset kollega, 4,8 prosent svarte at de hadde opplevd å bli utskjelt av en kollega som hadde drukket og 1,9 prosent hadde opplevd å bli fysisk skadet av en beruset kollega (67). Det kan også være flere konsekvenser av jobbrelatert alkoholbruk enn de som er nevnt over, inkludert mulige positive effekter på trivsel og arbeidsmiljø (32). Slike studier illustrerer at man i tillegg til de økonomiske kostnadene knyttet til alkoholbruk for arbeidslivet, også bør ta høyde for at alkoholbruk kan ha sosiale konsekvenser for kollegaer.

Akan kompetansesenter

Akan kompetansesenter er en ideell organisasjon som har til formål å sette norsk arbeidsliv i stand til å forebygge og håndtere rus- og avhengighetsproblemer. Organisasjonen eies av Landsorganisasjonen i Norge (LO), Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) og staten. Siden 1963 har Akan bidratt med veiledning og opplæring av arbeidslivet gjennom Akan-modellen, en modell som sikrer systematisk innsats på virksomhetsnivå og individnivå gjennom følgende tre punkter:

- En policy for rusmiddelbruk og spill (kjøreregler) som er forankret hos partene og som er kjent i hele virksomheten.
- Ledere som tar «den nødvendige samtalen» når de er bekymret for en medarbeider.
- Et tilbud om hjelp til de som utvikler et problem: Individuelle Akan-avtaler kombinert med tett oppfølging og tilpasset behandling.

Arbeidslivet



Regjeringen vil

- invitere arbeidslivets parter til et toppmøte om rus og arbeidsliv
- fortsatt støtte opp under Akan-modellen i norsk arbeidsliv

6.4 Vegtrafikken

Norge er et av verdens mest trafikksikre land, og det er regjeringens ambisjon å arbeide for at denne positive utviklingen fortsetter.

Norges arbeid med trafikksikkerhet er lang-siktig, bredt anlagt og faglig fundamentert. Denne langvarige og målrettede innsatsen, med utvikling av stadig nye virkemidler og satsing på tiltak som har dokumentert effekt, har bidratt til betydelig reduksjon i antallet drepte og hardt skadde på norske veier. Resultatene viser at arbeidet som gjøres på trafikksikkerhetsområdet i Norge er svært godt, og at samspillet mellom de mange ulike aktørene er en avgjørende faktor i dette. Norge har de siste fire årene ligget på topp i verden – med færrest antall drepte i trafikken sett i forhold til antall innbyggere.

Trafikkulykker utgjør et betydelig samfunnsproblem, med store menneskelige lidelser og betydelige samfunnskostnader. Det er derfor viktig å se ulykkestallene og trafikksikkerhetsutviklingen i et langt tidsperspektiv, og innrette virkemiddelbruken og arbeidet etter dette.

Trafikksikkerhet er en selvsagt og integrert del av regjeringens transportpolitikk, med nullvisjonen som fundament for arbeidet. Mange av de enkle og mest effektive trafikksikkerhetstiltakene er imidlertid allerede tatt i bruk, og med et relativt lavt antall trafikkulykker blir ytterligere reduksjon i antallet drepte og skadde stadig mer krevende.

Ruspåvirket kjøring

Ruspåvirket kjøring er en av hovedutfordringene innen trafikksikkerhetsarbeidet, og et saksfelt som er avhengig av innsats fra flere departementer, underliggende etater og interesseorganisasjoner.

Streng lovgivning, aktiv håndheving, et relativt høyt straffenivå, informasjonskampanjer og liten sosial aksept for promillekjøring, har ført til at det er et lite omfang av promillekjøring i Norge sammenlignet med andre europeiske land. Til tross for dette avdekker politiet fremdeles et stort antall ruspåvirkede førere.

En stor andel bilførere som er involvert i alvorlige trafikkulykker er påvirket av alkohol eller andre stoffer. Statens vegvesen har gjennomført ulykkesanalyser av trafikkulykker med drepte i 2018. Disse viste at i 34 prosent av dødsulykkene (34 ulykker) har ruspåvirkning sannsynligvis vært en medvirkende faktor. I disse 34 ulykkene omkom 40 personer. Av de 34 dødsulykkene med rus har 15 vært med alkohol, 7 med blandingsrus og 12 med annen type rus. I 22 prosent av dødsulykkene i perioden 2005–2018 har ruspåvirkning vært en medvirkende faktor.

I Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2018–2021, er det lagt opp til at i 2026 skal maksimalt 0,1 prosent av trafikkarbeidet (antall kjørte km pr. år) utføres under påvirkning av alkohol og maksimalt 0,4 prosent under påvirkning av narkotika over straffbarhetsgrensen. 14 oppfølgingstiltak er nedfelt i planen for å kunne nå disse ambisiøse målene.

Likebehandling av kjøring i rus – uavhengig av rusmiddel

Siden 2012 har Norge hatt lik regulering av ruspåvirket kjøring, uavhengig av om påvirkningen er forårsaket av alkohol eller andre rusmidler. Dette er unikt i internasjonal sammenheng. Det er faste grenser for 28 trafikkfarlige stoffer.

Denne reguleringen har vært vellykket. Politiet har fra innføring av faste grenser hatt økt oppmerksomhet på å avdekke ruspåvirket kjøring, og antall pågrepne sjåførere som er mistenkt for ruspåvirket kjøring har økt. I dag bruker politiet et eget analyseinstrument (en hurtigtest) som hjelpemiddel ved kontroll for å avsløre påvirkning av enkelte narkotiske stoffer eller legemidler.

Norge har også spesielt strenge regler overfor førere med førerrett på prøve. Dersom førere med førerrett på prøve blir tatt i å kjøre med svak rus, altså mellom 0,2 til og med 0,5 promille, vil de kunne tape førerretten i minst 6 måneder. Målet er å få ned ulykkestallene blant unge og uerfarne sjåførere.

Det er særlig viktig å sikre at yrkestransportører ikke er påvirket av alkohol eller andre rusmidler når de er på arbeid. Det er derfor regler om pliktmessig avhold for yrkestransportører på områder som veg, jernbane, luft- og skipsfart og for militært personell.

Det er forbudt for en yrkestransportør å innta alkohol og/eller andre rusmidler i tjenestetiden og åtte timer før tjenestetiden begynner.

Påbud om alkolås i busser og minibusser

Fra 1. januar 2019 ble det påbudt med alkolås i alle nye busser og minibusser som skal brukes i persontransport mot vederlag. Kjøretøy som allerede er registrert må montere alkolås før 2024, eller tas ut av drift.

Rettsmedisinsk obduksjon av trafikkdrepte

Flere sentrale trafikksikkerhetsaktører arbeidet lenge for at rettsmedisinsk obduksjon av alle trafikkdrepte skulle bli en realitet. Stortinget har vedtatt endringer i obduksjonsloven og vegtrafikkloven, og fra 1. mai 2020 er det et obligatorisk krav om rettsmedisinsk obduksjon av alle trafikkdrepte. Lovendringene vil styrke både trafikksikkerheten, rettsikkerheten, dødsårsaksstatistikken, det tverrsektorielle samarbeidet og hensynet til de pårørende.

En rettsmedisinsk obduksjon av den trafikkdrepte bidrar til å avdekke faktisk dødsårsak, og kan gi bedre kunnskap om hendelsesforløp, årsaksfaktorer og skademekanismer ved en trafikkulykke. De nye reglene vil gi en fullstendig statistikk over hvor mange trafikkulykker som skyldes ruspåvirkning. Obduksjonsfunn kan også avdekke om dødsfallet skal klassifiseres som en trafikkulykke eller om det er tale om selvmord ved kollisjon eller et naturlig dødsfall.

Mer kunnskap om årsaker til trafikkulykker med dødelig utfall er svært viktig, og vil kunne bidra til en enda bedre målretting av trafikksikkerhetstiltakene.

Vegtrafikken



Regjeringen vil

- videreføre arbeidet mot ruspåvirket trafikkdeltakelse til lands, til vanns og i luften



Myndighetene har et ansvar for at informasjon om alkohol blir kommunisert på en saklig og tilgjengelig måte, slik at befolkningen kan ta informerte helsevalg.

7 KUNNSKAP OG KOMPETANSE OM ALKOHOL

WHO påpeker viktigheten av å øke kunnskapen om sykdoms- og skaderisiko forbundet med alkoholbruk (10). 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.

7.1 Helsekompetanse

Myndighetene har et ansvar for at informasjon om alkohol blir kommunisert på en saklig og tilgjengelig måte, slik at befolkningen kan ta informerte helsevalg. For å kunne ta informerte helsevalg må befolkningen ha evne til å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon. Denne evnen kalles ofte «health literacy», og på norsk brukes begrepet helsekompetanse.

Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten, jf. [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023](#).

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.

Ung.no

Ung.no er statens informasjonskanal for ungdom. Ung.no tilbyr informasjon og veiledning til ungdom gjennom en nettside med offentlig informasjon og en spørretjeneste der ungdom kan spørre om det de lurer på. Målgruppen er ungdom 13–20 år.

Ung.no skal tilby ungdom informasjon og veiledning som utvikler deres handlingskompetanse og setter dem i stand til å ta gode valg. Ung.no er basert på artikkel 13 og 17 i barnekonvensjonen, som slår fast at barn og ungdom har rett til å få informasjon, og at staten skal sikre dette. Ung.no skal gi ungdom lett tilgang på kvalitetssikret informasjon om rettigheter, plikter og muligheter. Fagpersonene i fagpanelet på ung.no svarer på spørsmålene som blir stilt, ut fra sin fagkompetanse og gjeldende retningslinjer. Ung.no skal ikke diagnostisere eller gi behandling. Ung.no skal gi nøytral, objektiv informasjon og skal gi ungdommene mulighet til å søke videre veiledning for hjelpen de trenger.

Ung.no er drevet av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), og samarbeider med mange andre offentlige tjenester.

Rustelefonen

Rustelefonen er en anonym og offentlig informasjons- og veiledningstjeneste for hele Norge. Rustelefonen tar imot henvendelser som omhandler rusmidler, rusmiddelbruk og rusproblematikk. Rustelefonen har særlig fokus på ungdom, men tjenesten er åpen for alle. Rustelefonen snakker med pårørende og rusbrukere, skoleelever og andre som lurer på noe om rus. Rustelefonen tilstreber å møte alle henvendelser på en faktabasert og ikke-moraliserende måte.

Om bruk av anbefalte øvre grenser for alkoholbruk rettet mot befolkningen

Norge har ikke utarbeidet anbefalte øvre grenser for alkoholbruk rettet mot den generelle befolkningen. Helsedirektoratets budskap er at små mengder alkohol vanligvis innebærer liten skaderisiko for friske personer, men at alkoholbruk likevel er forbundet med helseskader.

Det har vært formidlet flere retningslinjer, blant annet helsemessig veiledning spesielt rettet mot risikogrupper, f.eks. gravide og personer med høyt alkoholforbruk.

Helsedirektoratet anbefaler at alkoholinntaket begrenses også utfra en ernæringsmessig begrunnelse, siden alkoholholdige drikker kan forringe den ernæringsmessige kvaliteten av kostholdet. Fra et ernæringsmessig synspunkt bør inntaket av alkohol begrenses og ikke overstige omtrent 10 gram alkohol per dag for kvinner og 20 gram per

dag for menn. Gravide, ammende, barn og ungdom bør avstå helt fra alkohol. En samlet vurdering av helsemessige og sosiale konsekvenser tilsier at man ikke skal drikke alkohol for helsens skyld, at man unngår beruselse, og tenker over de situasjonene der man inntar alkohol (Anbefalinger om ernæring, kosthold og fysisk aktivitet, Helsedirektoratet 2012).

I et prosjekt finansiert under EUs helseprogram (Joint Action to reduce alcohol related harm (Rahra)), var retningslinjer for alkoholbruk tema for en av fagrapportene fra programmet (Good practice principles for low risk drinking guidelines). Rahra valgte ikke å legge fram forslag til felles europeiske retningslinjer. Det er flere grunner til det: Drikkemønsteret er ulikt i de enkelte medlemslandene i EU, og det er store forskjeller i hva som drikkes og hva som regnes som en standard enhet. Risikonivåer kan være vanskelig å fastslå, og informasjon om risikabelt nivå kan bli misoppfattet og tolket som trygt nivå. Populært beskrevet har man sagt at taket lett blir oppfattet som gulvet.

Rahra-rapporten har formulert noen prinsipper som det er bred enighet om:

- Retningslinjer skal være informative og ikke normative.
- Kjernen i budskapet skal være å formidle risiko, ikke trygt forbruk.
- Retningslinjene skal formidle kunnskapsbasert informasjon om risiko ved ulike nivåer av forbruk, bidra til å rette opp feiloppfatninger om sannsynlighet for positive eller negative helseeffekter av alkohol og være til hjelp for alkoholbrukere i å holde risikoen for skadelig utfall på et lavt nivå.

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.

Helsekompetanse om alkohol



Regjeringen vil

- utrede spørsmålet om det er faglig grunnlag for å innføre en generell veileder om alkoholbruk, eventuelt med anbefalte øvre grenser for alkoholinntak
- fortsatt sikre tilgang til oppdatert og kvalitetssikret informasjon om alkohol og andre rusmidler tilpasset mottakergruppene

7.2 Merking av alkoholholdig drikk

EUs matinformasjonsregelverk fastsetter felles krav til merking av næringsmidler i EØS-området. Alkoholholdig drikk regnes som et næringsmiddel og omfattes av matinformasjonsregelverket. Regelverket stiller f.eks. krav til angivelse av faktisk alkoholinnhold i volumprosent for drikk over 1,2 volumprosent alkohol.

Advarselsmerking

Matinformasjonsregelverket har ikke særskilte regler om advarselsmerking på alkoholholdig drikk, og det er derfor, på nærmere bestemte vilkår, mulig å innføre nasjonale regler med slike krav. Flere EU-land har innført ulike former for advarselsmerking, f.eks. piktogrammer som advarer mot inntak av alkohol for gravide eller mindreårige eller i forbindelse med kjøring. Flere næringsaktører har også frivillig innført ulike former for advarselsmerking. Videre framgår det av Europakommisjonens kreftstrategi Europe's Beating Cancer Plan, som ble lagt fram 3. februar 2021, at Europakommisjonen vil foreslå obligatorisk krav om helseadvarsler på alkoholholdig drikk innen utgangen av 2023.

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.

Innholdsmerking av alkoholholdig drikk

Alkoholholdige drikker har særskilt unntak fra matinformasjonsregelverkets krav til merking med ingrediensliste og næringsdeklarasjon (angivelse av energiinnhold,

mengde fett, mettede fettsyrer, karbohydra-ter, sukkerarter, protein og salt). I utgangs-punktet betyr dette at det ikke kan innføres nasjonale regler om slik merking.

Regjeringen har tidligere tatt opp ønsket om felles europeiske regler om krav til innholds-merking av alkoholholdig drikk med Europa-kommisjonen. Europakommisjonen har flere ganger foreslått at alkoholholdig drikk skal merkes på samme måte som andre næringsmidler, med ingrediensliste og næringsdeklarasjon, men har ikke fått gjennomslag for dette i den politiske behandlingen. I Europakommisjonens kreft-strategi framgår det at kommisjonen igjen vil foreslå obligatorisk merking med ingre-diensliste og næringsdeklarasjon på alkohol-holdig drikk innen utgangen av 2022.

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 imidler-tid ikke sikret gjennomslag for sine forslag i den politiske behandlingen i EU.

I EU har bransjene blitt oppfordret til å eta-blere en frivillig selvreguleringsordning, slik at forbrukerne gis informasjon om innholdet i produktene. Bransjene (øl, vin og sprit) har ikke blitt enige om en felles selvregulerings-ordning, men øl- og sprit-bransjene har innført egne ordninger. Dette er f.eks. gjort av Brewers of Europe, som Bryggeri- og drikkevareforeningen (Brod) er tilknyttet. Vinbransjen har foreløpig ikke etablert noen

egen ordning. Øl- og spritbransjene vil rapportere om virkningene av disse ordnin-gene til Europakommisjonen. Regjeringen vil ta med erfaringene fra selvregulerings-ordningene inn i arbeidet med å foreslå nasjonale krav til innholdsmerking.

Merking av alkoholholdig drikk



Regjeringen vil

- foreslå å innføre krav til advarsels-merking på alkoholholdig drikk i Norge
- starte en prosess for å foreslå nasjonale krav til innholdsmerking i Norge

7.3 Helsepersonells kompetanse om alkohol

For at helsepersonell skal ha riktig kunnskap og kompetanse, og dermed trygghet i sin yrkesutøvelse knyttet til rusmiddelproblematikk, er det viktig at grunn-, videre- og spesialistutdanningene i tilstrekkelig grad vektlegger fagområdet rus- og avhengighet.

Helsepersonell må ha mulighet til å bygge sin kompetanse gjennom livslang læring gjennom hele yrkeskarrieren. Slik får helse- og omsorgstjenesten tilgang til nødvendig og oppdatert kompetanse. For arbeidstakere er livslang læring et virkemiddel for kompetanseheving, å håndtere endring, å gi trygghet i yrkesutøvelsen og motivasjon i arbeidet.

Alt helsepersonell kommer sannsynligvis i kontakt med pasienter med ruslidelser, uansett hvilket fagfelt de jobber innenfor. Det bør legges til rette for systematisk intern opplæring i rus- og avhengighet. Helsepersonell trenger kompetanse i samtaleteknikker og i å benytte skåringskjemaer. Det bør finnes interne prosedyrer for å kartlegge pasientene systematisk, blant annet gjennom faglige ressurser i form av e-læringskurs, håndbøker og faktaark.

Rethos – styringssystem for helse- og sosialfaglige utdanninger på universitets- og høyskolenivået

Kunnskapsdepartementet har nylig etablert et nytt styringssystem for helse- og sosialfaglige utdanninger på universitets- og høyskolenivået (Rethos). Systemet innebærer at utdanningene nå styres gjennom en felles rammeplan som gjelder for alle utdanningene, og egne nasjonale retningslinjer for hver enkelt utdanning som er omfattet av systemet. De nasjonale retningslinjene definerer sluttkompetansen for hver utdanning og skal utgjøre en minstestandard for kompetanse.

Styringssystemet har blitt implementert i 3 faser. Retningslinjene i fase 1 og 2 er vedtatt, mens retningslinjene i fase 3 er under utvikling. Retningslinjearbeidet er et samarbeid mellom fire departementer, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Det ledes av Kunnskapsdepartementet som også vedtar retningslinjene.

Det er opprettet egne programgrupper for hver av de omfattede utdanningene. Disse gruppene utarbeider retningslinjene og vurderer høringsinnspill. Gruppene består i hovedsak av representanter fra tjenestene og utdanningene, siden det er disse som har best forutsetninger til å vurdere hvilken sluttkompetanse de ferdige kandidatene må ha.

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.

Det er nødvendig at utdanningene i helse- og sosialfag gir nødvendig kunnskap om det biologiske, psykologiske og sosiale grunnlaget for utvikling av rus- og avhengighetslidelser, og relevante undersøkelses-, behandlings- og rehabiliteringsmuligheter.

Noen grupper av helsepersonell må ha spesialisert kompetanse om rus- og avhengighet. For å styrke fagområdet er det blant annet etablert en egen medisinsk spesialisitet 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.

Nasjonale kompetansetjenester på rusområdet

Det er en rekke nasjonale kompetansetjenester som har ansvar for å bedre kvaliteten overfor pasienter som har alkoholbrukslidelse eller andre ruslidelser.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (korusene) har som sin primære oppgave å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse.

Det er etablert sju regionale sentre, som alle finansieres av Helsedirektoratet. Sentrene har ulike eiere:

- Korus Nord, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
- Korus Midt, St. Olavs Hospital HF
- Korus Vest Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene
- Korus Vest Stavanger, Rogaland A-senter
- Korus Sør, Borgestadklinikken Blå Kors
- Korus Oslo, Oslo Kommune, Velferdsetaten
- Korus Øst, Sykehuset Innlandet HF

Nasjonal kompetansetjeneste TSB har fagområdet tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) som hovedmålgruppe, og har ansvar for å heve kvaliteten på tjenester innenfor TSB og sikre et godt og likeverdig behandlingstilbud til ruspasienter nasjonalt.

Nasjonal kompetansetjeneste ROP har fagområdet psykisk helsevern som hovedmålgruppe, og arbeider med å heve kvaliteten på tjenestene overfor pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse.


Det er også etablert en samisk kompetansetjeneste som arbeider med å sikre samiske pasienter gode helsetjenester: Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (Sanks).

Helsepersonells kompetanse om alkohol



Regjeringen vil

- bidra til at helsepersonell har nødvendig kunnskap om forebygging og behandling av rusmiddelrelaterte problemer
- anbefale at det etableres konkrete læringsmål for kunnskaper og ferdigheter helsepersonell må inneha innen kartlegging og oppfølging av ruslidelser
- bidra til å formidle kunnskap om alkohol og mulige skadevirkninger



Regjeringen vil prioritere forskning på koblingen mellom alkoholforbruk og sykdomsutvikling og skader. Målet er å belyse sammenhenger der det ikke foreligger tilstrekkelig med kunnskap.

8

FORSKNING OG KUNNSKAPSGRUNNLAG

8.1 Forskning

Helse- og omsorgsdepartementet har sektoransvaret for helseforskning, herunder alkoholrelatert forskning. Forskning og innovasjon er sentrale virkemidler i utviklingen av kvalitet, pasientsikkerhet og kostnads-effektivitet i helse- og omsorgstjenesten og i folkehelsearbeidet.

Regjeringen vil prioritere forskning på koblingen mellom alkoholforbruk og sykdomsutvikling og skader. Målet er å belyse sammenhenger der det ikke foreligger tilstrekkelig med kunnskap.

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer i hovedsak forskning og oppbygging og drift av forskningsmiljøer gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater, regionale helseforetak og nasjonale og regionale kompetanse- og forsknings-sentre utenfor spesialisthelsetjenesten.

Norges forskningsråd er en sentral aktør i det norske forsknings- og innovasjonssystemet og et viktig virkemiddel for å nå regjeringens forskningspolitiske mål. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer flere store programmer i forskningsrådet som også rommer alkoholforskning:

- Program for gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (Helsevel)
- Program for god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering (Behandling)
- Program for bedre helse og livskvalitet (Bedrehelse)

Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav om brukermedvirkning i hele forsknings- og innovasjonsprosessen, og legger vekt på at forskningsprosjekter skal vurderes ut fra både vitenskapelig kvalitet og nytte for samfunnet og sluttbruker. Behovsidentifisert forskning supplerer dagens forskerinitierte prosjekter.

Helse- og omsorgsdepartementet vil be Norges forskningsråd om å prioritere forskning på sykdomsutvikling og skader knyttet til alkohol på områder der det ikke finnes tilstrekkelig med kunnskap.

8.2 Kunnskapsgrunnlag

Både lovlig grensehandel og ulovlig innførsel og hjemmebrenning kan bidra til å undergrave avgiftspolitikken på alkohol. Det er derfor viktig å ha god oversikt over det samlede, uregistrerte forbruket av alkohol.

Folkehelseinstituttet har fra 2012 samarbeidet med SSB om årlige befolkningsundersøkelser om alkohol. Undersøkelsene danner, sammen med tall over taxfreesalg ved flyplasser og på ferger, grunnlaget for Folkehelseinstituttets beregninger av det uregistrerte alkoholforbruket.

Spørreundersøkelsene belyser blant annet turistimport og grensehandel fra Sverige og andre land. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til undersøkelsen, og det er sannsynlig at disse beregningene gir underestimer av denne delen av det uregistrerte konsumet.

Reisevanene har endret seg med restriksjonene som har fulgt med koronapandemien. Tall fra Vinmonopolet viser at salget har økt i perioden etter koronapandemien, og det er grunn til å tro at dette henger sammen med at grensehandelen har gått ned.

Statistisk sentralbyrå (SSB) publiserte i januar 2020 første del av et pilotprosjekt på et grensehandelsbarometer som gjør en grundig måling og analyse av nordmenns fysiske grensehandel i måneden september 2019.

Det gikk mest penger til dagligvarer i perioden for undersøkelsen. Alkohol er den varekategorien hvor det ble brukt nest mest penger. Halvparten av de som grenshandlet i september 2019 handlet alkohol. Pilotundersøkelsen viser at 18 prosent av beløpet brukt på grensehandel ble brukt på alkohol, og dette tilsvarer 359 millioner kroner. 199 millioner kroner ble brukt på vin og brennevin, og det ble handlet øl for 170 millioner kroner. Andelen av varekurven som går til alkohol var noe høyere i 2019 enn i 2010, da det ble oppgitt at 16 prosent ble brukt på alkohol.

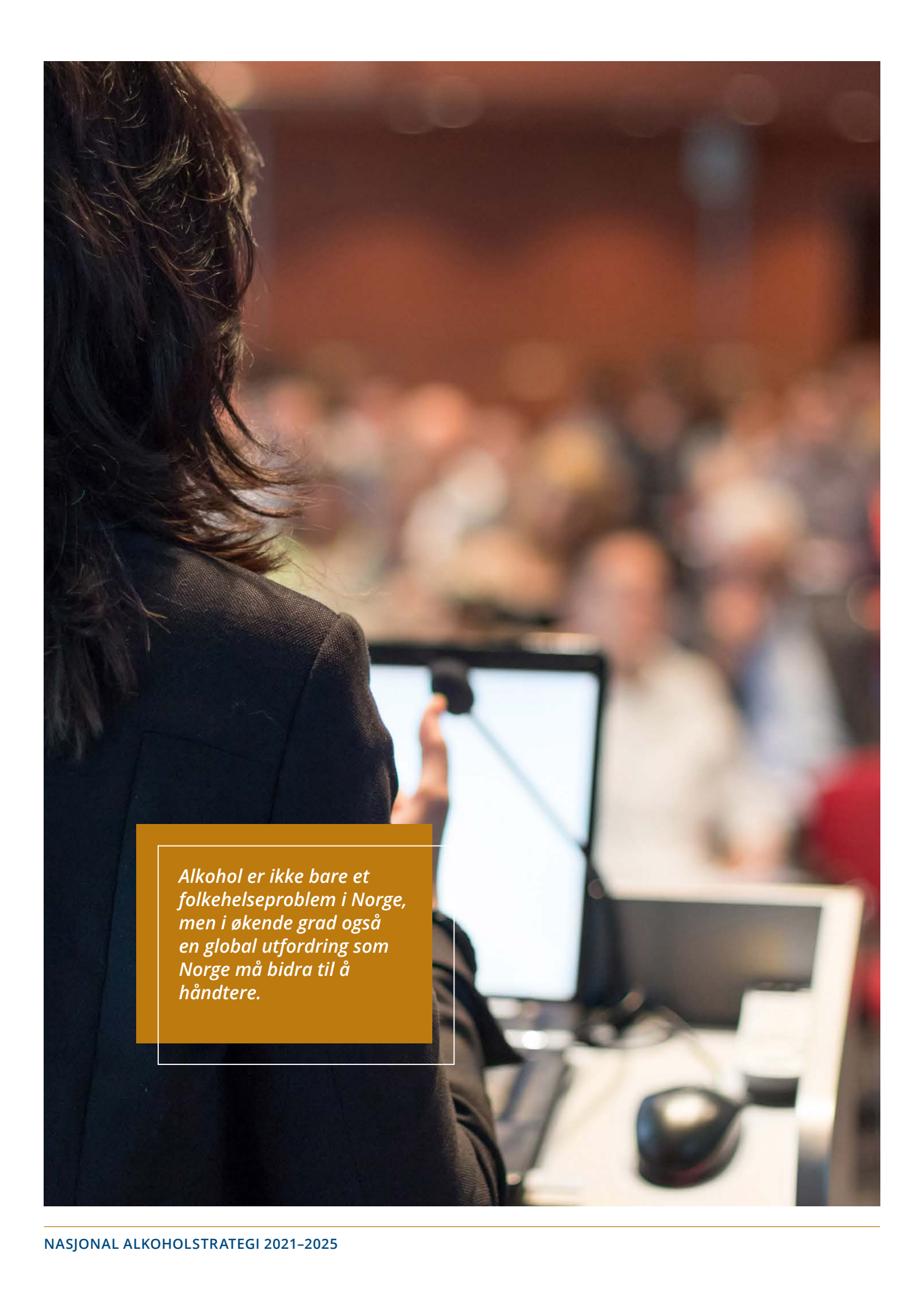
Regjeringen vil prioritere arbeidet med å utvikle bedre oversikt over grensehandelen, herunder handel med alkohol, og vil vurdere behovet for å innføre et årlig grensehandelsbarometer.

Forskning og kunnskapsgrunnlag



Regjeringen vil

- prioritere forskning på rusmiddelbruk og sykdomsutvikling og skader
- vurdere behovet for å innføre et årlig grensehandelsbarometer

A woman with long dark hair, seen from the back, is presenting to a large, blurred audience in a conference room. She is wearing a dark blazer and is pointing at a laptop screen. The room has wood-paneled walls and several other laptops are visible on the desk in front of her.

Alkohol er ikke bare et folkehelseproblem i Norge, men i økende grad også en global utfordring som Norge må bidra til å håndtere.

9 INTERNASJONALT SAMARBEID

Alkohol er ikke bare et folkehelseproblem i Norge, men i økende grad også en global utfordring som Norge må bidra til å håndtere. Internasjonalt samarbeid er nødvendig for å begrense skadevirkninger ved alkoholbruk. Norge deltar derfor aktivt i internasjonalt arbeid på alkoholområdet både på nordisk, europeisk og globalt nivå.

Kunnskapsbaserte tiltak krever erfaringsutveksling om virkemidler og et nært samarbeid med forskningsmiljøene. Norges deltakelse i de store, internasjonale programmene har gitt grunnlag for både praktisk myndighetssamarbeid på virkemiddelsiden og et tett forskningsfaglig samarbeid både regionalt og globalt.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har arbeidet med problemstillingene knyttet til skadelig bruk av alkohol de siste 35 årene. EU har hatt tidsavgrensede programmer og strategier i vel 20 år, og Generaldirektoratet for helse og matsikkerhet (DG Santé) følger med på utfordringene. Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) har også bidratt med ulike utredninger knyttet til skadelig bruk av alkohol.

Gjennom Nordisk ministerråd koordineres de nordiske landenes samarbeid om alkoholpolitiske spørsmål i internasjonale organisasjoner, med hovedvekt på WHO og EU. Dette samarbeidet har blant annet bidratt til at WHO i 2010 vedtok en global alkoholstrategi og at EU i 2006 vedtok en europeisk alkoholstrategi.

Det er tre globale strategier som omfatter skadelig bruk av alkohol:

- Den globale alkoholstrategien (som ble vedtatt av WHO i 2010)
- Den globale strategien om ikke-smittsomme sykdommer (NCD-strategien som ble vedtatt i FNs hovedforsamling i 2011)
- FNs mål om bærekraftige utvikling ([Sustainable Development Goals \(SDG\) som ble vedtatt i 2015](#))

Målene i strategiene er ambisiøse og stiller krav til at medlemslandene bidrar til måloppnåelsen. For ikke-smittsomme sykdommer (NCD) har FN satt et mål om å redusere antall NCD-relaterte dødsfall med en tredjedel. (SDG-mål 3.4). Dette vil innebære effektive tiltak også på skadelig bruk av alkohol, i tillegg til målene som er satt for alkohol i SDG-mål 3.5.

I løpet av de siste 20 årene er det utviklet et analyseverktøy for å kunne estimere den globale sykdomsbyrden, både etter sykdomsgrupper og risikofaktorer (Det globale sykdomsbyrdeprosjektet – [Global Burden of Disease project](#) (GBD)). Dette har hatt betydning for å bedømme måloppnåelse for helse i de globale bærekraftsmålene (SDG) og for WHO's NCD-strategi som begge inneholder delmål for alkoholrelaterte skader. Dette analyseverktøyet gir et felles grunnlag for å bedømme risikofaktorerens betydning for sykdomsbildet og prioritering av tiltak for å redusere skader. Verktøyet har ført til et mer omfattende internasjonalt faglig samarbeid på alkoholområdet, og har betydning for premissene for valg av tiltak.

Norge skal arbeide for å styrke oppmerksomheten om de ikke-smittsomme sykdommene i internasjonal utviklings- og helsepolitikk og lede an for å sikre handling i lavinntektsland i samarbeid med andre land og aktører. I regjeringens strategi [Bedre helse, bedre liv. Innsats i norsk utviklingspolitikk for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer \(2020–2024\)](#) er det tre hovedspor: Dette er innsats for å styrke primærhelsetjenesten, tiltak for å forebygge sykdommene gjennom reduksjon av risikofaktorer samt tiltak for å styrke globale fellesgoder. Det er lagt vekt på innsats rettet mot de risikofaktorene som forårsaker flest sykdommer og dødsfall blant fattige og sårbare grupper i lavinntektsland.

Det WHO-ledede initiativet [Safer](#) ble lansert i 2018, og initiativet bistår myndigheter med å redusere skadelig bruk av alkohol og relaterte helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser. Safer omfatter strategier som skal begrense tilgjengeligheten av alkohol, fremme tiltak mot bilkjøring i alkoholpåvirket tilstand, gi bedre tilgang til screening og behandling, håndheve forbud og restriksjoner innen alkoholreklame samt øke prisen på alkohol gjennom skatte- og avgiftspolitik.

WHO er i ferd med å gjennomgå status for medlemslandenes gjennomføring av strategien for reduksjon av skadelig alkoholbruk fra 2010. Statusrapporten og forslag til veien videre vil bli diskutert under Verdens helseforsamling i 2022.

EU har hatt et omfattende samarbeid rundt skadelig bruk av alkohol. I 2006 vedtok ministerrådet en strategi for arbeidet fram til 2012. Blant annet som følge av dette arbeidet ble det etablert en egen såkalt «Joint Action» på alkoholområdet hvor nesten alle EU-landene samt Norge, Island og Sveits deltok. Joint Action programmene har hatt til hensikt å å til en raskere implementering av forskning ved å trekke inn både forskningsinstitusjoner og myndighetsorganer i medlemslandene.

Under Nordisk ministerråd er det en permanent komite om alkoholpolitiske spørsmål som møtes én til to ganger i året, med hovedvekt på nordisk koordinering, samt oppdatering på forskningsområdet. For Norge er dette et viktig forum for erfaringsutveksling med øvrige land og oppdatering mot EU-samarbeidet.

Internasjonalt samarbeid



Regjeringen vil

- opprettholde en aktiv deltakelse i det internasjonale samarbeidet på alkoholområdet

10 EVALUERING

Målet med strategien er å redusere skadelig alkoholforbruk i befolkningen med minst 10 prosent innen 2025 sammenliknet med 2010, jf. kapittel 1. Folkehelseinstituttet følger med på indikatorene for målet, med særlig vekt på indikatoren total, registrert alkoholomsetning per innbygger over 15 år.

Det vil være viktig å vurdere effekten av strategien som helhet, og Folkehelseinstituttet vil foreta en kvalitativ evaluering av strategien, med en midtveis-evaluering i 2023. Folkehelseinstituttet vil også vurdere egne evalueringer av enkelte av tiltakene, der det ligger til rette for dette.

Regjeringen har foreslått 1,1 mill. kroner i 2021 (jf. statsbudsjettets kap. 714, post 21 og kap. 765, post 21) til utvikling av en modell for evaluering av den norske forebyggingsinnsatsen i regi av FNs kontor for narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC).

Med bakgrunn i UNODCs internasjonale forebyggingsstandard skal det utvikles en kunnskapsbasert, komparativ metode for evaluering av ulike lands forebyggingsinnsats. UNODC vil pilotere en slik modell i Norge. Metoden vil primært omfatte narkotika, men evalueringen vil også kunne gi verdifull kunnskap om forebyggingsinnsatsen på alkoholområdet. Evalueringen vil også kunne være nyttig som grunnlag for Folkehelseinstituttets midtveisevaluering av alkoholstrategien.

11 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Denne strategien inneholder regjeringens viktigste prioriteringer for å nå målet om minst 10 prosent reduksjon i skadelig alkoholbruk innen 2025 sammenliknet med 2010. De samfunnsøkonomiske gevinstene ved redusert alkoholforbruk, herunder flere og bedre leveår, er trolig betydelige, jf. kap. 2.2 Alkoholkonsekvenser.

Alle tiltak som er lagt fram i denne strategien, vil kunne gjennomføres innenfor de enkelte departementenes gjeldende budsjettammer.

Helse- og omsorgsdepartementets tiltak i forbindelse med strategien vil ha et begrenset omfang og ikke medføre at staten eller kommunene får økte utgifter innenfor helse- og omsorgssektoren. Et eksempel på tiltak er at Helsedirektoratet vil ta i bruk ungdomspaneler i forbindelse med innføring av eller endringer i rusmiddelforebyggende virkemidler som berører ungdom. Det vil blant annet påløpe utgifter til administrasjon, dekning av reiseutgifter mv. Opprettelsen av ungdomspaneler vil dekkes innenfor Helsedirektoratets gjeldende budsjettamme, uten at dette vil medføre behov for større omprioriteringer.

Helse- og omsorgstjenestenes prioriteringer av innsatsen mot skadelig alkoholbruk vil kunne medføre at andre oppgaver må nedprioriteres, men dette er forenlig med en forventet fagutvikling innenfor tjenestene.

Enkelte forslag vil kreve nærmere utredning. For eksempel vil Helse- og omsorgsdepartementet komme tilbake til administrative og økonomiske konsekvenser av eventuelle forslag om å innføre krav til advarselmerking av alkoholholdig drikk eller krav til innholdsmerking av alkoholholdig drikk i Norge.

Referanser

1. **Folkehelseinstituttet.** Alkoholbruk i den voksne befolkningen. *Alkohol i Norge*. [Internett] 5 12 2019. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>.
2. **Griswold, Max G.** Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 22 09 2018, ss. 1015-1035.
3. **Storvoll, Elisabet E, et al.** *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*. Oslo : Statens instiutt for rusmiddelforskning (Sirus), 2010.
4. **Lund, Ingeborg og Bretteville-Jensen, Anne Line.** *Kan vi skille mellom bruk og misbruk?* Oslo : Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus), 2010.
5. **WHO.** *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020*. Geneve : WHO, 2013.
6. **Folkehelseinstituttet.** Alkohol, narkotika og folkehelse. *Helse i Norge*. [Internett] 12 02 2018. <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/alkohol-og-narkotika/>.
7. —. Rusbrukslidelser i Norge. *Folkehelse rapporten*. [Internett] 6 12 2019. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>.
8. **FN.** God helse og livskvalitet. *FNs bærekraftsmål*. [Internett] 20 10 2020. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>.
9. **Regjeringen Solberg.** Regjeringen.no. [Internett] 17 01 2019. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id2626036/>.
10. **WHO.** *'Best buys' and other recommended interventions*. Geneve : WHO, 2017.
11. **WHO Europe.** *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. København : WHO Regional Office for Europe, 2019.
12. **Folkehelseinstituttet.** Alkoholbruk i den voksne befolkningen. *Alkohol i Norge*. [Internett] 5 12 2019. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>.
13. —. Alkoholbruk blant ungdom. *Alkohol i Norge*. [Internett] 09 10 2018. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-blant-ungdom/>.
14. **WHO Europe.** *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. København : WHO Regional Office for Europe, 2018.
15. **Bakken, Anders.** *Ungdata 2020. Nasjonale resultater*. Oslo : Velferdsforskningsinstituttet Nova, Oslomet, 2020.
16. **Folkehelseinstituttet.** Alkoholkonsum blant eldre. *Publikasjoner*. [Internett] 12 03 2012. <https://www.fhi.no/publ/2012/alkoholkonsum-blant-eldre.-hovedfunn-fra-sporreundersokelser-1985-2008/>.
17. —. Alkoholomsetningen i Norge. *Alkohol i Norge*. [Internett] 2 12 2019. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholomsetningen-i-norge/>.
18. **Shield, Kevin, et al.** National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet*. 01 01 2020, ss. e51-61.

19. **Rehm, Jürgen, et al.** The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction*. 2017, ss. 968-1001.
20. **Rossow, Ingeborg og Mäkelä, P.** Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2020.
21. **Shield, Kevin, et al.** National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet*. 01 01 2020, ss. e51-61.
22. —. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet*. 01 01 2020, ss. e51-61.
23. **Rehm, Jürgen, Heilig, Markus og Gual, Antoni.** ICD-11 for Alcohol Use Disorders: Not a Convincing Answer to the Challenges. *Alcoholism: Clinical and experimental research*. 05 11 2019, ss. 2296-2300.
24. **Nutt, David J, Leslie A, King og Lawrence, Phillips D.** Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet Journal*. 01 11 2010, ss. 1558-1565.
25. **Elgen, I, Bruarøy, S og Lægreid, L M.** Complexity of foetal alcohol or drug neuroimpairments. *Acta Paediatrica*. 09 08 2007, ss. 1730-1733.
26. **Olofsson, M og Lindemann, R.** Rusmiddelbruk i svangerskapet og konsekvenser for det nyfødte barnet. [bokforf.] K Killen og M Olafsson. *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo : Kommuneforlaget, 2003.
27. **Rossow, I, Moan, I S og Natvig, H.** *Nære pårørende av alkoholmisbrukere: - hvor mange er de og hvordan berøres de?* Oslo : Statens institutt for rusmiddelforskning, 2009.
28. **Torvik, F A og Rognmo, K.** *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk*. Oslo : Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2011.
29. **Nasjonalt folkehelseinstitutt.** Alkohol og vold. *Alkohol i Norge*. [Internett] 08 10 2018. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/konsekvenser-av-alkoholbruk/alkohol-og-vold/>.
30. **Folkehelseinstituttet.** Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol. *Alkohol i Norge*. [Internett] 09 10 2018. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/beskrivelse-av-rapporten/oversikt-over-alkohol-i-norge-et-folkehelseperspektiv-pa-alkohol/>.
31. **Nordström, Thor og Moan, Inger Synnøve.** Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway. *European Journal of Public Health*. 19 08 2009, ss. 383-388.
32. **Moan, Inger Synnøve og Halkjelsvik, Torleif.** *Alkohol og arbeidsliv. En undersøkelse blant norske arbeidstakere*. Oslo : Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2016.
33. **Gjelsvik, R.** *Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol*. Bergen : Program for helseøkonomi i Bergen, 2004.
34. **Oslo Economics.** *Alcohol in Norway: Use, Consequences and Costs*. Oslo : Oslo Economics, 2013.
35. **Folkehelseinstituttet.** Negative konsekvenser av alkoholbruk for andre enn brukerne. *Alkohol i Norge*. [Internett] 05 12 2019. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/konsekvenser-av-alkoholbruk/negative-konsekvenser-av-alkoholbruk-for-andre-enn-brukerne/>.

36. **Nordström, Thor, et al.** Potential consequences of replacing a retail alcohol monopoly with a private licence system: results from Sweden. *Addiction*. 2010, ss. 2113-2119.
37. **Babor, Thomas et al.** *Alcohol – no ordinary commodity*. s.l. : Oxford University Press, 2010.
38. **Folkehelseinstituttet.** Forebyggende tiltak på alkoholfeltet. *Alkohol i Norge*. [Internett] 05 12 2019. <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/forebyggende-tiltak/forebyggende-tiltak-pa-alkoholfeltet/?term=&h=1>.
39. **Hingson, Ralph W, Heeren, Timothy og Winter, Michael R.** Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence: Age at Onset, Duration, and Severity. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 08 2006, ss. 739-746.
40. **Helsedirektoratet.** *Veileder i salgs- og skjenkekontroll*. s.l. : Helsedirektoratet, 2012.
41. **Burdzovic, Jasmina, et al.** *Konseptualisering av rusmiddelforebygging i et folkehelseperspektiv*. Oslo : Helsedirektoratet, 2018.
42. **Helsedirektoratet.** Systematisk folkehelsearbeid. *veiledere*. [Internett] 11 06 2020.
43. **Kompetansesenter rus, region Midt-Norge.** *Lokalt rusmiddelforebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv*. Oslo : Helsedirektoratet, 2018.
44. **Sintef, et al.** *Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. s.l. : Sintef, 2019.
45. **Folkehelseinstituttet.** Dei fleste med vanlege psykiske lidningar blir ikkje behandla. [Internett] 30 11 2017. <https://www.fhi.no/nyheter/2017/dei-fleste-med-vanlege-psykiske-lidingar-blir-ikkje-behandla/>.
46. **Nygaard, Peter, et al.** Use and Barriers to Use of Screening and Brief Interventions for Alcohol Problems Among Norwegian General Practitioners. *Alcohol & Alcoholism*. 25 01 2010, ss. 207-212.
47. **O'Donnell, Amy, et al.** The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism*. 13 11 2013, ss. 66-78.
48. **Lid, Torgeir Gilje.** Adresseing alcohol in general practice. s.l. : Universitetet i Bergen, 14 06 2016.
49. **Helsedirektoratet.** *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo : Helsedirektoratet, 2012.
50. **Frydenlund, Runa.** *Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering*. Oslo : Kompetansesenter rus - Oslo kommune, 2012.
51. **Lid, T G, et al.** Innlagt på somatisk avdeling – er det greit å bli spurt om alkoholvaner? *Sykepleien*. 06 04 2020.
52. **Kabashi, S., et al.** Harmful alcohol use among acutely ill hospitalized medical patients in Oslo and Moscow: A cross-sectional study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019, Vol. 204.
53. **Bogstrand, ST, et al.** Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department. *Drug and Alcohol Dependence*. 01 09 2011, ss. 132-138.

54. **Walby, FA, Myhre, MØ og Kildahl, AT.** *Selv mord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie.* Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo. Oslo : Universitetet i Oslo, 2020. ISBN 978-82-995816-6-0.
55. **Bakketeig, Elisiv, et al.** *Krisesentertilbudet i kommunene. Evaluering av kommunenes implementering av krisesenterloven.* Oslo : NOVA Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2014.
56. **Bliksvær, Trond, et al.** *Kommunenes krisesentertilbud. En kunnskapsoversikt.* Bodø : Nordlandsforskning, 2019.
57. **Folkehelseinstituttet.** Russ og alkohol. *Alkohol.* [Internett] 21 04 2017. <https://www.fhi.no/ml/alkohol/russ-og-rus/>.
58. **Laslett, A-M, et al.** *The range and magnitude of alcohol's harm to others.* Fitzroy, Victoria : AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Eastern Health, 2010.
59. **Buvik, K, Moan, IS og Halkjelsvik, T.** Alcohol-related absence and presenteeism: Beyond productivity loss. *International Journal of Drug Policy.* 2018, ss. 71-77.
60. **Moan, IS og Halkjelsvik, T.** Sociodemographic differences in alcohol-related work impairment. *Addiction.* 24 07 2020.
61. **Nordström.** Per capita alcohol consumption and sickness absence. *Addiction.* 2006, ss. 1421-1427.
62. **Edvardsen, HM, et al.** *Bruk av rusmidler, sløvende legemidler og tobakk blant arbeidstakere i utvalgte bransjer i Norge.* Oslo : Folkehelseinstituttet, 2016.
63. **Thørrisen, M. M., et al.** Association between alcohol consumption and impaired work performance (presenteeism): a systematic review. *BMJ Open.* 09 2019.
64. **Jones, S, Casswell, S og Zhang, JF.** The economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. *Addiction.* 1995, ss. 1455-1461.
65. **Moan, IS og Halkjelsvik, T.** *Alkohol og arbeidsliv II. Bruk, konsekvenser og retningslinjer ved ulike typer arbeidsplasser i Norge.* Oslo : Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2019.
66. **Schou, L og Moan, IS.** Alcohol use-sickness absence association and the moderating role of gender and socioeconomic status: A literature review. *Drug and Alcohol Review.* 2016, ss. 158-169.
67. **Moan, IS og Halkjelsvik, T.** Work-Related Alcohol Use and Harm to Others. *Substance Use & Misuse.* 17 08 2020, ss. 2305-2313.

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
www.publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00
Publikasjoner er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Publikasjonskode: I-1202 B
Design: Gjerholm Design
Foto: Shutterstock, Colourbox, Johner
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
02/2021 – opplag 100

