

Alkohol i Norge

2018

Rapporten finnes i html-format på www.fhi.no

Utskriftsdato: 2018-12-12

Ansvarlig redaktør: Elisabeth Kvaavik

Fagredaktør: Ingeborg Rossow

Bidragstere (i alfabetisk rekkefølge): Daniel Bergsvik, Elin K. Bye, Kristin Buvik, Solveig Christiansen, Inger Synnøve Moan, Hilde Pape, Ingeborg Rossow, Astrid Skretting

Sekretariat: Marianne Lund, Ellen Amundsen og Erik Bull-Valen

Ekstern fagfelle vurdering: Vegard Skirbekk

Alkohol i Norge

Alkohol i Norge beskriver nordmenns alkoholbruk og negative konsekvenser av bruken. Den gjennomgår også virkemidler for å forebygge skadelig alkoholbruk og alkoholrelaterte problemer.

Beskrivelse av rapporten

Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol Side 4

Omsetning og bruk

Alkoholomsetningen i Norge Side 10

Alkoholbruk i den voksne befolkningen Side 17

Alkoholbruk blant ungdom Side 28

Konsekvenser av alkoholbruk

Alkohol og vold Side 33

Negative konsekvenser av alkoholbruk for andre enn brukerne Side 41

Bruk av alkohol blant bilførere i Norge Side 48

Forebyggende tiltak

Forebyggende tiltak på alkoholfeltet Side 53

Priser og avgifter på alkohol Side 59

Salgs- og skjenkebevillinger: kommunenes forvaltning av alkoholloven Side 65

Alkohol i historien

Historisk oversikt alkohol i Norge 1816-2018 Side 79

Historisk oversikt over tjenestetilbudet på rusmiddelfeltet 1900–2018 Side 99

Oppdateringer

Oppdateringer av kapitler i Alkohol i Norge Side 108

Datakilder

Datakilder for Alkohol i Norge Side 110

Om rapporten

Om Alkohol i Norge Side 114

Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol

Alkohol er det mest utbredte rusmidlet i vårt samfunn. Alkohol er en selvfølgelig del av mange festlige anledninger, måltider og sosiale samvær, og for mange en kilde til nytelse og glede. Men alkoholbruk forårsaker også betydelige folkehelseproblemer. Effektive tiltak som begrenser alkoholbruken og omfanget av alkoholproblemer er derfor en viktig del av folkehelsearbeidet.

Hovedpunkter

- Alkoholbruk er 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.
- Både et høyt alkoholinntak per gang og et høyt alkoholinntak over tid øker risiko for en lang rekke helseproblemer og sosiale problemer, også for andre enn brukeren selv.
- Totalkonsumet av alkohol i befolkningen henger nært sammen med andelen som har et risikofyllt høyt konsum og med omfanget av alkoholrelaterte problemer.
- De mest effektive tiltakene for å begrense alkoholkonsumet og skadeomfanget er høye alkoholpriser og tilgjengelighetsbegrensninger.

Alkoholomsetning og alkoholbruk

Størstedelen av alkoholforbruket i Norge er fordelt på tre hovedgrupper alkoholholdig drikke: øl, vin og brennevin. Lovlig omsetning av alkohol innenlands forutsetter bevilling og er avgiftsbelagt. Øl, cider og rusbrus med alkoholstyrke opp til og med 4,7 volumprosent alkohol kan selges i dagligvarebutikker og på skjenkesteder, mens sterkøl (5-10 volumprosent), svakvin (opp til 15 volumprosent), sterkvin (15-22 volumprosent) og brennevin (22-60 volumprosent) kan bare selges på Vinmonopolet og skjenkesteder^[1].

I tillegg til den avgiftsbelagte omsetningen innenlands stammer noe av alkoholforbruket fra såkalt uregistrert omsetning, først og fremst fra taxfree-salg på flyplasser og ferger og grensehandel.

Endringer i omsetningen av alkohol over tid er beskrevet i artikkelen Alkoholomsetningen i Norge.

Alkoholomsetningen brukes gjerne som en indikator på alkoholforbruket i befolkningen, og den angis ofte som liter ren alkohol per innbygger 15 år og eldre. Sammenliknet med andre europeiske land er alkoholomsetningen og det totale alkoholforbruket i Norge lavt [1].

Alkoholforbruket i befolkningen er svært skjevfordelt. Vi kan anta at den tiendedelen som drikker mest, står for om lag halvparten av det samlede alkoholkonsumet [2]. Det er en nær sammenheng mellom totalforbruket av alkohol i befolkningen og andelen som drikker svært mye og som har en

betydelig forhøyet risiko for alkoholrelaterte problemer. Når alkoholforbruket i befolkningen øker, ser man en økning på alle forbruksnivå, også for dem som drikker svært mye [3].

Det er særlig to aspekter ved alkoholbruken som øker risiko for helsemessige og sosiale skader; et høyt alkoholinntak per gang (f eks å drikke seg tydelig beruset) og et høyt inntak over lang tid. Spørreundersøkelser i befolkningen viser at menn i gjennomsnitt drikker omtrent dobbelt så mye som kvinner, og de drikker seg oftere beruset. Unge voksne er den aldersgruppen som har høyest alkoholforbruk per år og som hyppigst drikker seg beruset. En nærmere beskrivelse av hvordan alkoholforbruket og beruselsesdrikking fordeler seg på ulike grupper i befolkningen og hvordan dette har endret seg over tid, finnes i artikkelen Alkoholbruk i den voksne befolkningen.

Ungdom er en særlig sårbar gruppe for alkoholens virkninger, og tross aldersgrenser på 18 og 20 år for å få kjøpt henholdsvis øl/vin og brennevin, har yngre tenåringer ofte erfaring med alkoholbruk og alkoholberuselse. I løpet av de siste 10-15 årene har omfanget av alkoholbruk og alkoholberuselse blant norske tenåringer gått ned. En nærmere beskrivelse av ungdoms alkoholbruk og endringer over tid, finnes i artikkelen Alkoholbruk blant ungdom.

Alkoholens virkninger på hjernen og på andre organer

Alkohol virker på ulike organer og på kort og lang sikt. De umiddelbare effektene på hjernen omfatter blant annet redusert konsentrasjonsevne, svekket dømmekraft, endret stemningsleie og økt impulsivitet og risikovillighet. Med økende promille svekkes reaksjonsevne, balanse og bevegelseskontroll. Denne typen effekter er av særlig betydning for risiko for ulykker og voldsskader. Alkohol har også en toksisk (giftig) effekt, både umiddelbart ved høyt enkeltinntak - som ved alkoholforgiftning eller ved akutt bukspyttkjertelbetennelse - og etter lang tids bruk slik man ser ved flere kreftformer og leverkirrhose. Alkohol er også et avhengighetsskapende rusmiddel, og høyt inntak over lengre tid kan føre til avhengighet og følgelig vedvarende høyt og skadelig inntak som opprettholder og forsterker de ovennevnte effektene [4]. Mer utdypende tekst om alkoholens effekter finnes også i rapporten Rusmidler i Norge 2016.

Helsemessige og sosiale konsekvenser

Alkoholbruk er en risikofaktor for et stort antall sykdommer og skader, og en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen [5]. Risiko for sykdom og skader øker med økende inntak over tid og ved høye enkeltinntak [4, 6]. Noen sykdommer (f eks alkoholbrukslidelser og alkoholisk leverkirrhose) kan utelukkende tilskrives alkoholbruk (det vil si 100% alkoholattribuerbare sykdommer), og de omtales ofte som alkoholutløste sykdommer. Omfanget av dødsfall og omfanget av sykehusinnleggelses som skyldes slike alkoholutløste sykdommer og hvordan dette endret seg frem til 2015, er beskrevet i rapporten Rusmidler i Norge 2016.

For de fleste andre sykdommer og skader hvor alkoholbruk er en risikofaktor, er alkoholbruk en av flere årsaker. Disse sykdommene og skadene blir delvis tilskrevet alkoholbruk. En betydelig andel av leversykdommer, psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, kreft, ulykker, vold og selvmordsatferd kan tilskrives alkoholbruk [6, 7].

Et høyt alkoholforbruk har også ulike sosiale konsekvenser, for brukeren selv og for hans/hennes omgivelser og samfunnet som helhet. Eksempelvis øker et høyt alkoholinntak risikoen for arbeidsledighet, sykefravær og arbeidsuførhet [8]. En nærmere beskrivelse av konsekvenser av alkoholbruk for arbeidslivet finnes i artikkelen

Negative konsekvenser av alkoholbruk for andre enn brukerne. Alkoholberuselse øker risiko for voldsutøvelse generelt, og er også forbundet med økt utsatthet for vold og seksualisert vold blant kvinner. En nærmere beskrivelse av alkoholens rolle for vold finnes i artikkelen Alkohol og vold.

Mer enn for noe annet rusmiddel eller tobakk har alkoholbruk betydelige negative konsekvenser for andre enn brukeren selv (også kalt tredjepartskader) [9]. Spektret av slike skader er vidtfnvendende i flere henseender: med hensyn til hvem som rammes og på hvilke måter, og med hensyn til varighet og alvorlighetsgrad av skadene [10]. Alkoholbruk i svangerskapet kan medføre skader på foster, og høyt alkoholkonsum i kan på ulike måter skade barn, ektefeller/partnere og andre familiemedlemmer [11]. Trafikkulykker som følge av promillekjøring har betydelige helsemessige og materielle kostnader, og alkoholbetinget vold, hærverk og bråk reduserer helse, trygghet og trivsel for de mange som rammes av dette [10, 12]. 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 [6]. Mer om negative konsekvenser for andre enn brukeren selv finnes i artikkelen

Negative konsekvenser av alkoholbruk for andre enn brukerne.

De helsemessige og sosiale problemene knyttet til alkoholbruk er omfattende. Alkoholbruk er en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen [7]. I tillegg forårsaker alkoholbruk omfattende sosiale problemer og velferdstap og kostnader for samfunnet. Selv om skaderisikoen øker med økende alkoholinntak, kan en stor del av skadeomfanget tilskrives beruselseepisoder blant det store flertallet av alkoholbrukere som har et – mer eller mindre – moderat alkoholinntak [13]. På befolkningsnivå er det en klar sammenheng mellom totalkonsumet og omfanget av helsemessige og sosiale skader som er nært forbundet med alkoholbruk, som eksempelvis leversykdommer, vold og trafikkulykker [14]. Det vil si at når totalkonsumet øker, går også skadeomfanget opp, og vice versa. Effektive tiltak for å redusere folkehelseproblemer som skyldes alkoholbruk, bør derfor ikke begrenses til høyrisikostategier rettet mot de relativt få som drikker svært mye, men også omfatte tiltak som begrenser det totale alkoholkonsumet i befolkningen.

Tiltak for å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer

Alkohol er et lovlig rusmiddel, og følgelig er den politiske verktøykassen mer rikholdig enn for ulovlige rusmidler. Norge har, i likhet med mange andre land, en lang tradisjon for å ta i bruk ulike virkemidler for å begrense omfanget av alkoholrelaterte problemer. En kort historisk gjennomgang av når man iverksatte ulike tiltak fra begynnelsen av 1800-tallet og frem til i dag, finnes i artikkelen Historisk oversikt alkohol i Norge 1816-2018. Her ser vi blant annet at kontrollpolitiske virkemidler som alkoholavgifter og begrensninger på produksjon og salg har vært tatt i bruk gjennom lang tid. Forskning dokumenterer at disse virkemidlene er effektive for å begrense alkoholbruken og alkoholproblemene i samfunnet [4, 15, 16], men denne kunnskapen er altså av langt nyere dato enn bruken av virkemidlene. En nærmere beskrivelse av bruk av alkoholavgifter i Norge og kunnskap om alkoholpriser og folkehelse finnes i artikkelen Priser og avgifter på alkohol. Bruk av tilgjengelighetsregulering med salgs- og skjenkebevillinger er nærmere beskrevet i artikkelen

Salgs- og skjenkebevillinger: kommunenes forvaltning av alkoholloven. En oversikt over de viktigste universelle forebyggingstiltakene på alkoholfeltet finnes i artikkelen Forebyggende tiltak på alkoholfeltet.

I et folkehelseperspektiv er pris- og tilgjengelighetsreguleringer ansett som de mest effektive virkemidlene for å begrense omfanget av alkoholrelaterte skader [4, 15]. Generelle befolkningsrettede informasjons- og holdningskampanjer er, i likhet med ulike forebyggingsprogrammer i skolen, tiltak som har stor utbredelse og oppslutning. Forskning viser imidlertid at slike tiltak har svært liten eller ingen effekt på alkoholbruk og alkoholrelaterte problemer.

I europeisk sammenheng har Norge en svært restriktiv alkoholpolitikk med svært høye alkoholavgifter, og betydelige begrensninger i tilgjengeligheten av alkohol gjennom Vinmonopolordningen og restriksjoner på salgs- og skjenketider. I Norge har vi også relativt høye aldersgrenser for kjøp av alkohol og streng regulering av reklame og markedsføring. Dette er viktige tiltak for å begrense alkoholbruk blant unge, som er en særlig sårbar gruppe. Lav promillegrense, promillekontroller i trafikken og sanksjoner ved promillekjøring er effektive tiltak for å forebygge trafikkskader, og også på dette området fører Norge en mer restriktiv politikk enn svært mange andre land. I en studie av 30 OECD land ble Norge vurdert som 'best i klassen' på bruk av ulike virkemidler som effektivt forebygger alkoholrelaterte problemer på befolkningsnivå [17]. Norge er blant de landene i Europa som har det laveste forbruksnivået av alkohol per innbygger.

Referanser

1. Skretting, A., et al., *Rusmidler i Norge 2016*. 2017, Folkehelseinstituttet: Oslo.
2. Kerr, W.C. and T.K. Greenfield, *Distribution of alcohol consumption and expenditures and the impact of improved measurement on coverage of alcohol sales in the 2000 national alcohol survey*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2007. **31**(10): p. 1714-1722.
3. Rossow, I., P. Mäkelä, and W. Kerr, *The collectivity of changes in alcohol consumption revisited*. *Addiction*, 2014. **109**(9): p. 1447-1455.
4. Babor, T., et al., *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy. Second edition*. 2010, Oxford: Oxford University Press.
5. Lim, S.S., et al., *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. *The Lancet*, 2013. **380**(9859): p. 2224-2260.
6. Rehm, J., et al., *Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders*. *The Lancet*, 2009. **373**(9682): p. 2223-2233.

7. Rehm, J., et al., *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe, in Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health*
. 2012, Centre for Addiction and Mental Health: Toronto, CA.
8. Moan, I.S., *Arbeidstakeres alkoholbruk og konsekvenser for arbeidslivet - sykefravær, nedsatt yteevne, ulykker og arbeidsledighet*
, in *Alkohol + arbeidsliv = sant? En vitenskapelig antologi*, H. Sagvaag and B. Sikveland, Editors. 2014, Gyldendal Akademiske Forlag: Oslo.
9. Nutt, D.J., L.A. King, and L.D. Phillips, *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. The Lancet*, 2010. **376**(9752): p. 1558-1565.
10. Room, R., et al., *The drinker's effect on the social environment: a conceptual framework for studying alcohol's harm to others.*
International Journal of Environmental Research and Public Health, 2010. **7**: p. 1855-1871.
11. Rossow, I., I.S. Moan, and H. Natvig, *Nære pårørende av alkoholmisbrukere - hvor mange er de og hvordan berøres de?*, in *SIRUS rapport*. 2009, Statens institutt for rusmiddelforskning: Oslo.
12. Storvoll, E.E., et al., *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*. 2010, Statens institutt for rusmiddelforskning: Oslo.
13. Rossow, I. and A. Romelsjö, *The extent of the 'prevention paradox' in alcohol problems as a function of population drinking patterns.*
Addiction, 2006. **101**: p. 84-90.
14. Norström, T., et al., *Mortality and population drinking, in Alcohol in postwar Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*
, T. Norström, Editor. 2002, National Institute of Public Health: Stockholm. p. 157-175.
15. Anderson, P., D. Chisholm, and D.C. Fuhr, *Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol.*
The Lancet, 2009. **373**(9682): p. 2234-2246.
16. Giesbrecht, N. and L.M. Bosma, eds. *Preventing alcohol-related problems. Evidence and community-based initiatives*. 2017, APHA Press.
17. Brand, D.A., et al., *Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. PLoS Medicine*, 2007. **4**(4): p. 752-759.

Fotnoter

[1] Fra 1. juli 2016 fikk gårder lov til å selge egenprodusert øl, cider og vin med alkoholstyrke opp til 22 prosent.

Alkoholomsetningen i Norge

Omsetningsstatistikk for alkohol. Statistikken omfatter det registrerte, avgiftsbelagte salget og det såkalt uregistrerte salget av alkohol. Uregistrert salg inkluderer blant annet av taxfree- og grensehandel.

Hovedpunkter

- I 2017 var alkoholomsetningen fra alle kilder, omregnet i liter ren alkohol per innbygger, 15 år og eldre, på 6,72 liter.
- Den avgiftsbelagte alkoholomsetningen i Norge økte kraftig fra begynnelsen av 90-tallet til 2008, men falt etter det noe.
- Det uregistrerte salget er i 2017 anslått til 0,78 liter ren alkohol, derav bidro taxfree-salget ved norske lufthavner med om lag halvparten.

Innledning

Den samlede omsetningen av alkohol i Norge består av den registrerte, avgiftsbelagte omsetningen og den uregistrerte omsetningen. Den avgiftsbelagte omsetningen er summen av salg i dagligvarebutikker, Vinmonopolet og skjenking i barer og restauranter. Den uregistrerte omsetningen består hovedsakelig av avgiftsfritt salg på lufthavner og ombord på ferger til Norge, grensehandel i Sverige og innførsel fra andre land.

For å kunne sammenligne alkoholomsetningen over drikketyper, tid og land, omregnes vareliter til liter ren alkohol og deles på antall innbyggere, 15 år og eldre for hvert enkelt år. Etter en slik omregning ble det solgt til hver innbygger, 15 år og eldre, i gjennomsnitt 6,72 liter ren alkohol i 2017. Av dette utgjorde det avgiftsbelagte salget 5,94 liter (88%) og det uregistrerte salget 0,78 liter (12%).

Det avgiftsbelagte salget i Norge og taxfree-salget ved ankomst til en norsk lufthavn er kjent gjennom avgiftsrapporter og omsetningsrapporter. Annet alkoholsalg bygger på anslag som er beregnet fra spørreundersøkelser gjennomført i samarbeid mellom SIRUS og SSB i 2014 og 2015, deretter Folkehelseinstituttet. Disse spørreundersøkelsene brukes til å beregne andeler mellom de uregistrerte kildene i alkoholomsetningen.

Den avgiftsbelagte alkoholomsetningen

Omregnet i liter ren alkohol per innbygger, 15 år og eldre, var det avgiftsbelagte salget på 5,94 liter i 2017. Derav utgjorde øl 2,60 liter, vin og hetvin 2,11 liter, brennevin 1,06 liter og sider og rusbrus 0,16 liter. Øl over 4,7 volumprosent alkohol bidro med 0,13 liter i det samlede ølsalget.

Vinmonopolet solgte, omregnet i ren alkohol, 2,87 liter per innbygger, 15 år og eldre. Dette er om lag halvparten av det avgiftsbelagte alkoholsalget. Vin og hetvin omsatt ved Vinmonopolet bidro med 1,90 liter ren alkohol, mens brennevin bidro med 0,93 liter ren alkohol per innbygger. I

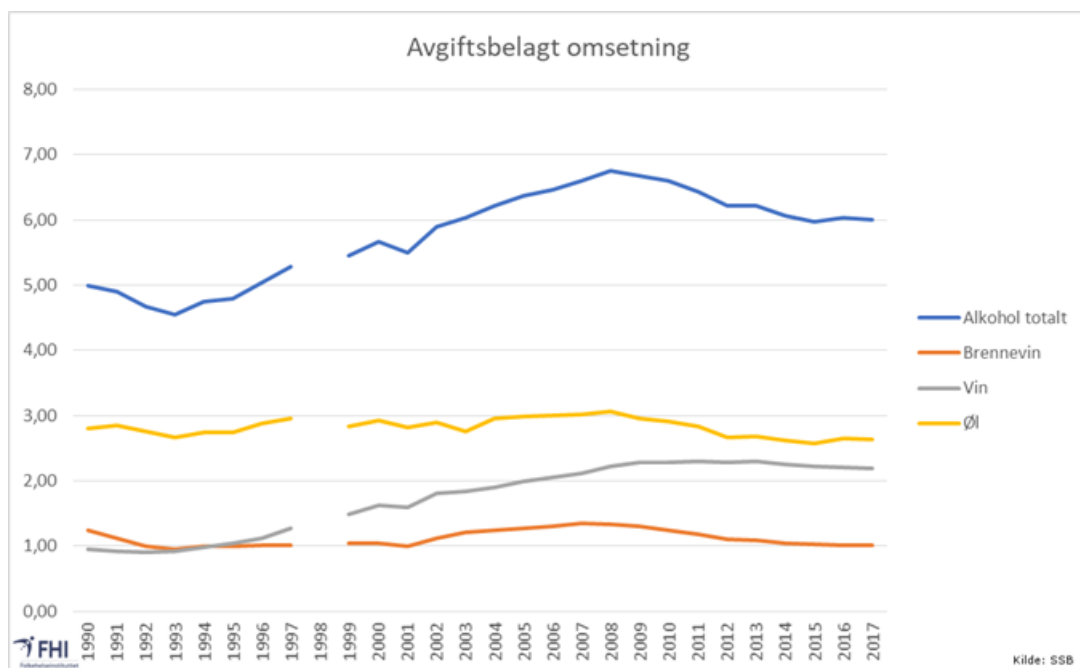
vareliter vin og brennevin har omsetningen ved Vinmonopolet vært noenlunde stabilt i de siste årene, men når man tar hensyn til befolkningsveksten, har salget vært fallende.

Den avgiftsbelagte alkoholomsetningen i Norge økte kraftig fra begynnelsen av 90-tallet til 2008. Omsetningen var lavest i 1993 med 4.6 liter ren alkohol per innbygger 15 år og eldre, mens den i 2008 var høyest med 6.8 liter, en økning på 48% på 15 år. Dette skyldtes hovedsakelig en økning i salget av vin. Etter 2008 har den registrerte omsetningen igjen falt til rundt 5.94 liter i 2016, noe som hovedsakelig skyldes en nedgang i salget av øl og brennevin.

Tabell 1:

Avgiftsbelagt og uregistrert alkoholomsetning i 2017. Vareliter og liter ren alkohol i 1000l, og per innbygger, 15 år og eldre.

	Dagligvare og uteliv	Vinmonopolet	Taxfree ankomst	Anslag annet uregistrert salg	Sum
Øl	244 329	2 738	3 459	9 129	259 655
Vin	7 807	65 740	6 192	5 951	85 690
Brennevin	1 583	11 207	1 933	1 315	16 037
Rusbrus/Sider	16 074		534	1 349	17 957
Hetvin		500	150	102	602
Ren alkohol	13 268	12 391	1 643	1 699	29 041
Per pers 15+	3.07	2.87	0.38	0.39	6.72



Figur 1:

Avgiftsbelagt omsetning av alkoholdige drikkevarer, 1990-2017, omregnet i liter ren alkohol per innbygger, 15 år og eldre. Kilde: SSB. (for 1998 mangler det data). Se vedleggstabell 1 til slutt i denne artikkelen for figurens tall.

Taxfree- og grensehandel

Taxfree- og grensehandel utgjør størstedelen av den uregistrerte omsetningen, og må legges til den registrerte omsetningen for å gi et riktigere bilde av det totale alkoholkonsumet i Norge.

Den såkalte ordningen med taxfree eller duty-free salg består av muligheten til å kunne omsette alkohol, tobakk og andre varer uten avgifter ved reiser på tvers av landegrensene, og muligheten til å kunne innføre disse varene avgiftsfritt av reisende. Avgiftsfritt salg foregår i dag på lufthavner, ved avgang og ankomst, og om bord på fly og ferger i internasjonal trafikk.

For reisende til Norge er det satt en kvote for avgiftsfri innførsel som begrenser hvor mye en reisende kan innføre av bestemte varer uten at dette utløser avgifter. Kvoten for avgiftsfri innførsel gjelder både for varer kjøpt på taxfree-utsalgene og for avgiftsbelagte varer kjøpt i andre land, som ved grensehandel i Sverige.

I 2017 ble i sum 0,78 liter ren alkohol per innbygger, 15 år og eldre, innført til Norge i forbindelse med en utenlandsreise eller grensehandel. Derav var

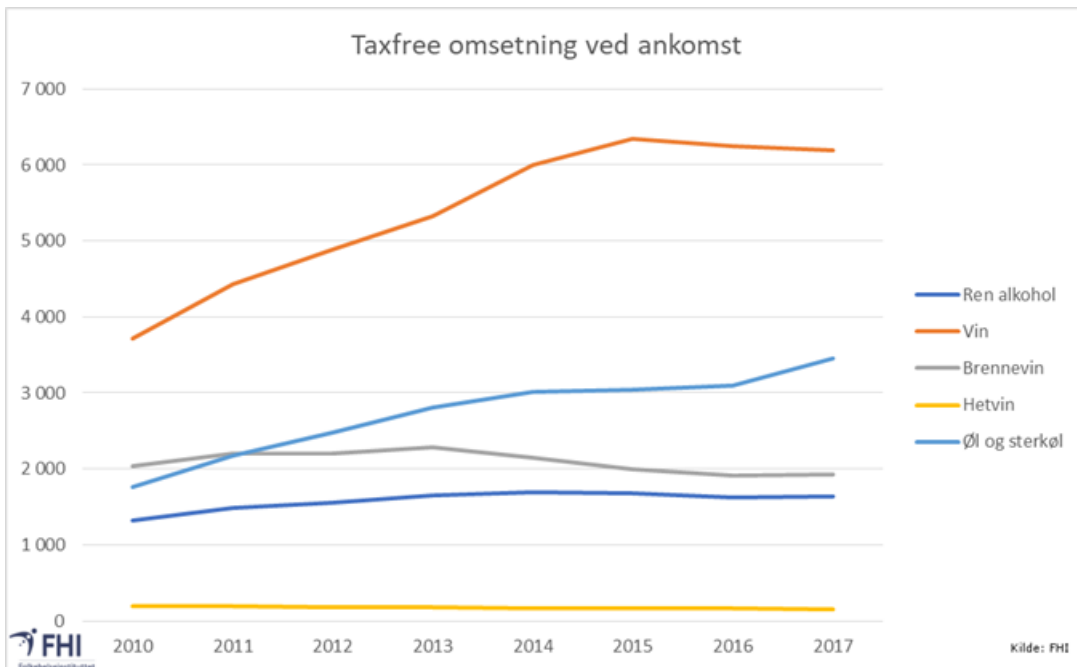
- 0,38 liter, ble kjøpt ved ankomst til en norsk lufthavn
- 0,09 liter på en ferge til Norge (anslag)
- 0,24 liter i Sverige (anslag)
- 0,07 liter i andre land (anslag)

Taxfree ved norske lufthavner

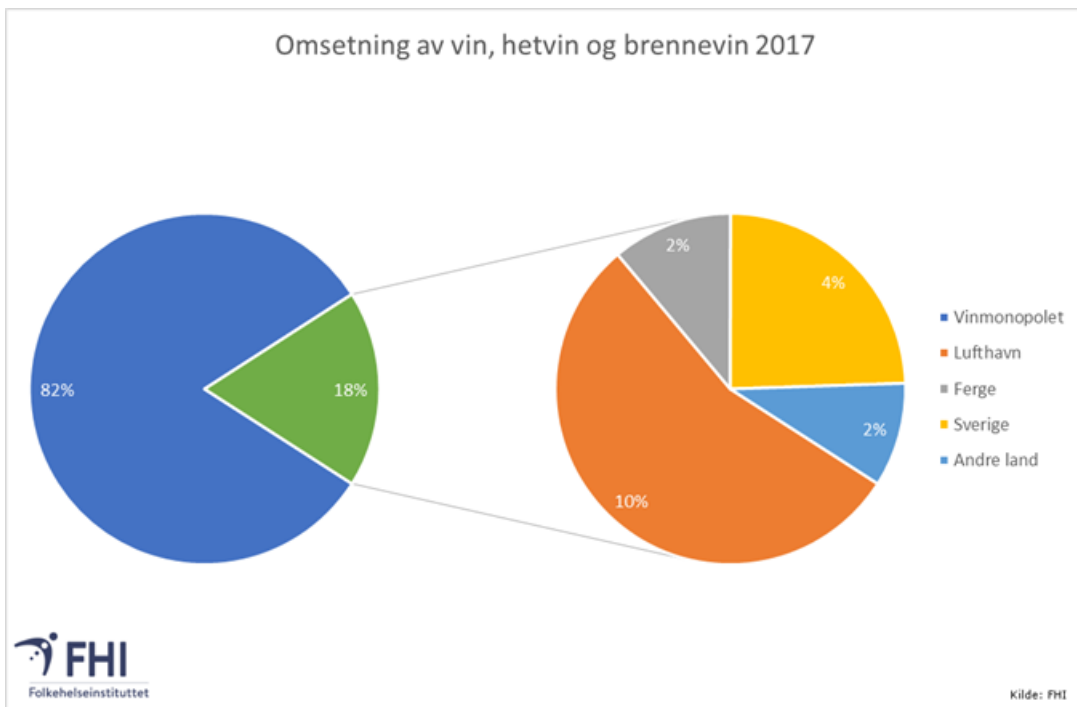
Om lag halvparten av det uregistrerte salget i 2017 kom fra taxfree-salget ved norske lufthavner. Salget av øl og vin ved norske lufthavner økte fram til 2015. Denne økningen i taxfree-salget må sees i sammenheng med den sterke økningen i antall utenlandsreisende ved lufthavner med slik taxfree-salg, fra 15,8 mill. passasjerer i 2010 til 21,4 mill. i 2017. I tillegg ble kvoten for avgiftsfri innførsel av vin og øl utvidet fra 1. juli 2014 for alle reisende som ikke innførte tobakksvarer. Dette førte til økning i taxfree-salget av vin.

I 2016 falt antall utenlandsreisende litt, og også salget per reisende falt noe for de fleste drikketyper. Dette innebar at taxfree-salget av alkohol ved norske lufthavner var litt lavere i 2016, sammenlignet med 2015. I 2017 økte antall reisende noe. Vinsalget fortsatte imidlertid å falle litt, mens ølsalget er fortsatt økende, også per reisende.

Taxfree-ordningen skaper debatt. Siden ordningen ble utvidet til å omfatte salg ved ankomst til norske lufthavner i 2005, har taxfree-salg av alkohol, tobakk og andre varer gitt store inntekter til lufthavnene [1]. Avgiftsfritt salg av alkohol og tobakk om bord på ferger til Norge utgjør også en betydelig støtte til denne delen av skipsfartsnæringen [2]. Det argumenteres videre med at taxfree-ordningen med salg ved ankomst bidrar til å begrense handelslekkasjen til utlandet [3].



Figur 2: Omsetning av alkoholholdige drikkevarer ved ankomst til norsk lufthavn, 1000 vareliter.



Figur 3:

Omsetning av vin, hetvin og brennevin i 2017 fordelt på avgiftsbelagt salg på Vinmonopolet (blå sektor) og uregistrert salg (grønn sektor) i 2017 (omsetning av øl og omsetning på skjenkesteder inngår ikke).

Virkingen av taxfree-ordningen ble anslått i en utredning fra Folkehelseinstituttet i 2016 [4]. To scenarier ble utredet: 1) en fullstendig fjerning av muligheten for avgiftsfri innførsel av alkohol og 2) en fjerning kun av taxfree-utsalgene på lufthavner, fly og ferger. Det første scenariet ble anslått å gi en reduksjon i det totale alkoholkonsumet på mellom 0,15 og 0,38 liter ren alkohol per innbygger. I det andre scenariet er den anslåtte reduksjonen i alkoholkonsumet på mellom 0,11 og 0,25 liter ren alkohol.

Uregistrert og avgiftsbelagt alkoholomsetning

Det kan antas at det uregistrerte salget i større grad konkurrerer med Vinmonopolet enn skjenking og ølsalg i dagligvarebutikker. Øl utgjør en stor andel av det avgiftsbelagte salget, men andelen i det uregistrerte salget er lav. For øl er prisforskjellen mellom avgiftsbelagte varer i Norge og varer fra grensehandel og andre uregistrerte kilder ikke så høy som for vin og brennevin. Den uregistrerte omsetningen av vin, hetvin og brennevin tilsvarer omtrent en femtedel av Vinmonopolets salg av slike varer. Summerer vi alt salg av vin og brennevin som ikke går til skjenking, står Vinmonopolet for 82% av volumet, målt i liter ren alkohol, mens den uregistrerte omsetningen står for rundt 18 prosent.

10 prosent av all vin, hetvin og brennevin som ble konsumert i Norge i 2017, ble solgt på norske lufthavner ved ankomst. Anslaget for andelen av forbruket som stammer fra Systembolagets salg er 4 prosent, andre land 2 prosent og taxfree på ferger til Norge kun 2 prosent.

Alkoholstatistikken ved Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet samler inn og sammenstiller statistikk over alkoholomsetningen fra flere ulike kilder. Dette inkluderer blant annet rapporter over innbetalte alkoholavgifter til Skatteetaten, omsetningen ved Vinmonopolet, omsetningen ved taxfree-utsalgene ved norske lufthavner og spørreundersøkelser i samarbeid med Statistisk sentralbyrå.

Nordmenns konsum av alkohol i utlandet og omsetningen på Svalbard inngår ikke i omsetningsstatistikken. Smugling og hjemmeproduksjon inngår heller ikke i anslagene. Ifølge surveydata kan det antas at smugling og hjemmeproduksjon bidrar svært lite til den samlede alkoholomsetningen i Norge.

Tidligere statistikk oppdateres når ny informasjon blir tilgjengelig og enkelte tall kan derfor avvike noe fra tidligere publisering. Tall for avgiftsbelagt alkoholomsetning kan avvike noe fra alkoholstatistikken til Statistisk sentralbyrå på grunn ulike definisjoner av drikketyper og valg av beregningsmetoder.

Referanser

1. Avinor (2015), *Års- og samfunnsansvarsrapport*. Driftsinntekter og andre inntekter, s.85
2. Finansdepartementet (2016): *Nasjonalbudsjettet 2016*. Meld. St. 1 (2015-2016), 2015. Tabell 5.6, Skatteutgifter og -sanksjoner for næringslivet, s. 137
3. Oslo Economics (2015), *Etterspørselsvirkninger av å avvikle duty-free*. Oslo Economics-rapport 2015-14
4. Bergsvik, D, Rossow, I. (2016): En vurdering av virkningen av dagens taxfree-ordning. Utredning til Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseinstituttet. Rapport 10.2016

Vedleggstabeller

Vedleggstabell 1

:

Avgiftsbelagt omsetning av alkoholige drikkevarer, 1990-2017, omregnet i liter ren alkohol per innbygger, 15 år og eldre. Kilde: SSB.

	Alkohol	Brennevin	Vin	Øl
1990	4.99	1.24	0.95	2.81
1991	4.90	1.12	0.93	2.85
1992	4.67	1.00	0.91	2.76
1993	4.55	0.96	0.92	2.67
1994	4.74	1.00	0.99	2.75
1995	4.79	1.00	1.04	2.75
1996	5.04	1.02	1.12	2.88
1997	5.28	1.01	1.28	2.95
1998				
1999	5.45	1.05	1.49	2.84
2000	5.66	1.05	1.62	2.93
2001	5.49	1.00	1.60	2.82
2002	5.89	1.12	1.81	2.89
2003	6.03	1.22	1.84	2.76
2004	6.22	1.25	1.90	2.96
2005	6.37	1.28	2.00	2.98
2006	6.46	1.30	2.05	3.01
2007	6.60	1.35	2.11	3.02
2008	6.75	1.33	2.23	3.06
2009	6.68	1.31	2.28	2.96
2010	6.59	1.25	2.29	2.91
2011	6.43	1.18	2.30	2.83
2012	6.21	1.11	2.29	2.67
2013	6.22	1.09	2.30	2.68
2014	6.06	1.04	2.25	2.62
2015	5.97	1.03	2.22	2.57
2016	6.03	1.01	2.21	2.65
2017	6.00	1.01	2.19	2.63

Vedleggstabell 2

:

Samlet taxfree-omsetning av alkohol ved norske lufthavner 2010 til 2017. 1000l. Kilde: FHI.

	Øl	Vin	Hetvin	Brennevin	Ren alkohol
2010	2 059	4 454	256	3 528	1 980
2011	2 479	5 253	242	3 784	2 183
2012	2 777	5 746	229	3 805	2 265
2013	3 158	6 316	228	3 955	2 411
2014	3 332	6 821	213	3 653	2 361
2015	3 329	7 098	198	3 332	2 271
2016	3 387	6 990	197	3 136	2 184
2017	3 808	6 882	182	3 130	2 180

Alkoholbruk i den voksne befolkningen

Alkoholbruk i ulike grupper av befolkningen. Bl. a. tall for hvor mye og hvor ofte nordmenn drikker. Andel av befolkningen som drikker, alkoholforbruk fordelt på drikkesort.

Hovedpunkter

- Åtte av ti i alderen 16-79 år oppgir å ha drukket alkohol siste år.
- Eldre drikker oftere enn yngre, men de drikker mindre om gangen og har et mindre risikofylt drikkemønster.
- Menn drikker mer, oftere og mer risikofylt enn kvinner.
- Menn drikker i hovedsak øl mens kvinner drikker mest vin.

Det registrerte alkoholforbruket forteller hvor mye alkohol som selges og skjenkes (se Alkoholomsetningen i Norge). Slike data gir imidlertid ikke informasjon om hvordan bruk av alkohol fordeler seg i ulike grupper av befolkningen, som blant kvinner og menn, i forskjellige aldersgrupper, osv. For å få vite noe om dette må vi benytte ulike former for spørreskjemaundersøkelser. Hvor mange drikker egentlig alkohol, og hvor mye og hva drikker vi? Drikker vi mye på en gang og hvor mange har egentlig et risikofylt drikkemønster? Er det forskjell mellom menn og kvinner, eller eldre og yngre i bruk av alkohol? Dette er tema som belyses i denne artikkelen.

Alkoholbruk i den voksne befolkningen

I 2012 startet SIRUS, i samarbeid med Statistisk sentralbyrå, en ny serie årlige befolkningsundersøkelser om bruk av rusmidler og tobakk. Dette samarbeidet ble fra 2016 overtatt av Folkehelseinstituttet. Vi gjengir her noen hovedfunn fra undersøkelsen om bruk av alkohol i perioden 2012-17 (se beskrivelse av undersøkelsen i rapporten Rusmidler i Norge 2016, punkt 1.2).

I alle undersøkelsesårene var det i overkant av 90 prosent som oppga å ha drukket alkohol *noen gang*, mens en noe lavere andel oppga å ha drukket i løpet av de *siste 12 måneder*. Vi ser av tabell 1 at i overkant 8 av 10 oppgir å ha drukket siste år, og at andelen som har drukket er noe større blant menn enn blant kvinner i hele perioden. Når det gjelder alder finner vi den laveste andelen som har drukket siste år blant de yngste og de eldste aldersgruppene. Blant de yngste ser vi også at andelen som har drukket siste år har gått ned fra 2012 til 2017.

Tabell 1:

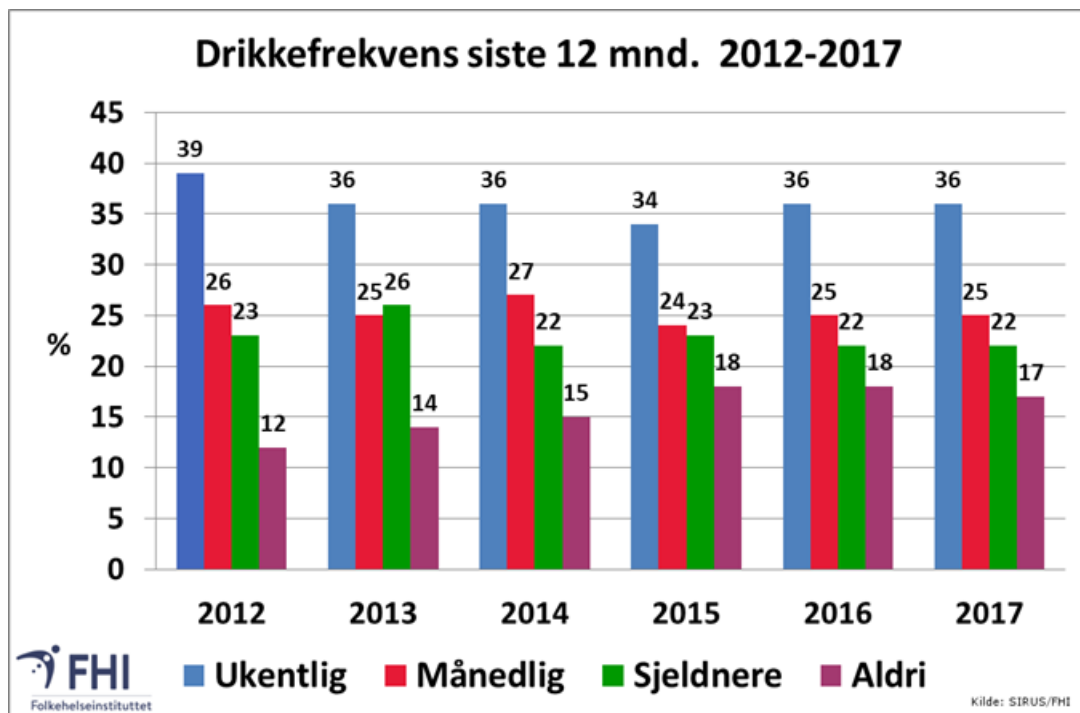
Andel som oppga å ha drukket alkohol i løpet av siste 12 mnd., fordelt på kjønn og alder. 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totalt	88	86	85	82	82	83

Menn	90	90	87	86	86	85
Kvinner	86	83	84	77	77	80
16-24 år	87	86	82	80	80	80
25-34 år	92	89	87	80	79	88
35-44 år	90	88	85	84	88	81
45-54 år	89	89	87	87	86	85
55-64 år	88	87	88	85	83	85
65-79 år	80	78	82	73	74	77
N	1947	2101	2137	2242	2068	2197

Hvor ofte drikker vi?

Respondentene ble også spurt om hvor *oftede* hadde drukket alkohol i løpet av *siste 12 måneder*. Av figur 1 ser vi at i alle de seks undersøkelsesårene oppga noe over 35% å ha drukket hver uke mens omkring 25% oppga å ha drukket minst en gang hver måned.



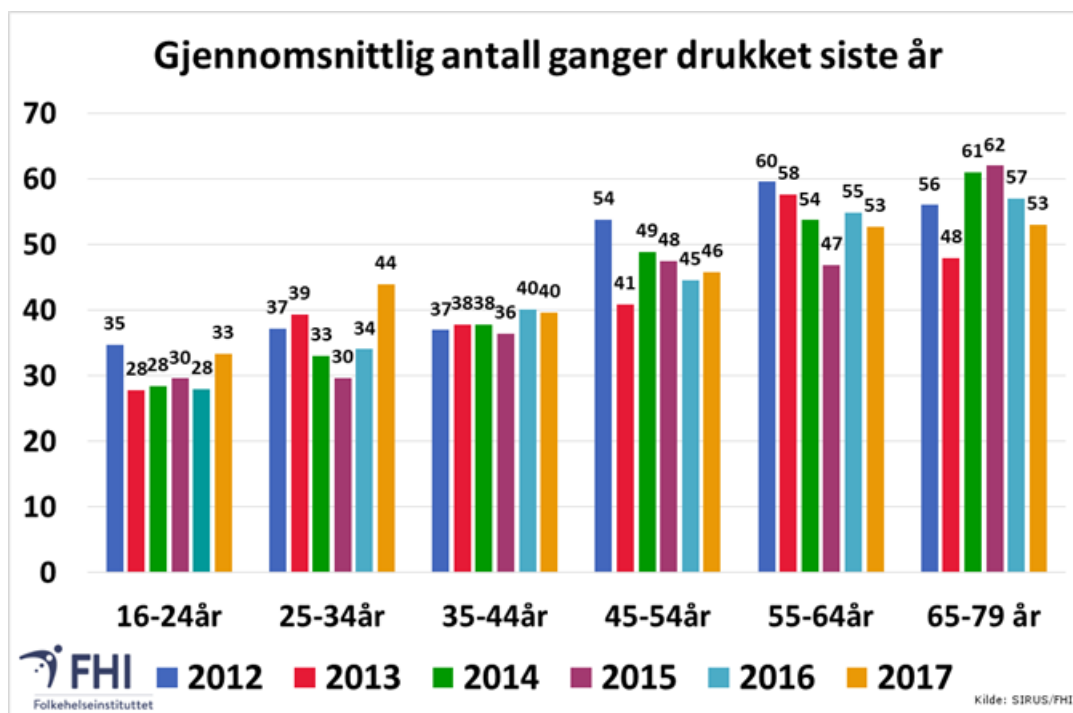
Figur 1: Drikkefrekvens siste 12 mnd. prosent, 2012-2017

Tabell 2 viser hvor ofte respondentene i gjennomsnitt hadde drukket alkohol i løpet av de siste 12 mnd. Som det framgår hadde mennene gjennomgående drukket oftere enn kvinnene, henholdsvis gjennomsnittlig 50 og 39 ganger i 2017. Vi ser også at drikkefrekvensen øker med alder og at de eldre i gjennomsnitt hadde drukket oftere enn de yngre (figur 2).

Tabell 2:

Gjennomsnittlig antall ganger drukket alkohol i løpet av de siste 12 mnd. blant kvinner og menn, 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totalt	46	42	44	42	43	45
Menn	51	50	50	48	51	50
Kvinner	40	33	37	35	35	39
N	1947	2101	2137	2242	2068	2197

**Figur 2:**

Gjennomsnittlig antall ganger drukket alkohol i løpet av de siste 12 mnd. i ulike aldersgrupper, 2012-2017

Hvor mye og hva drikker vi?

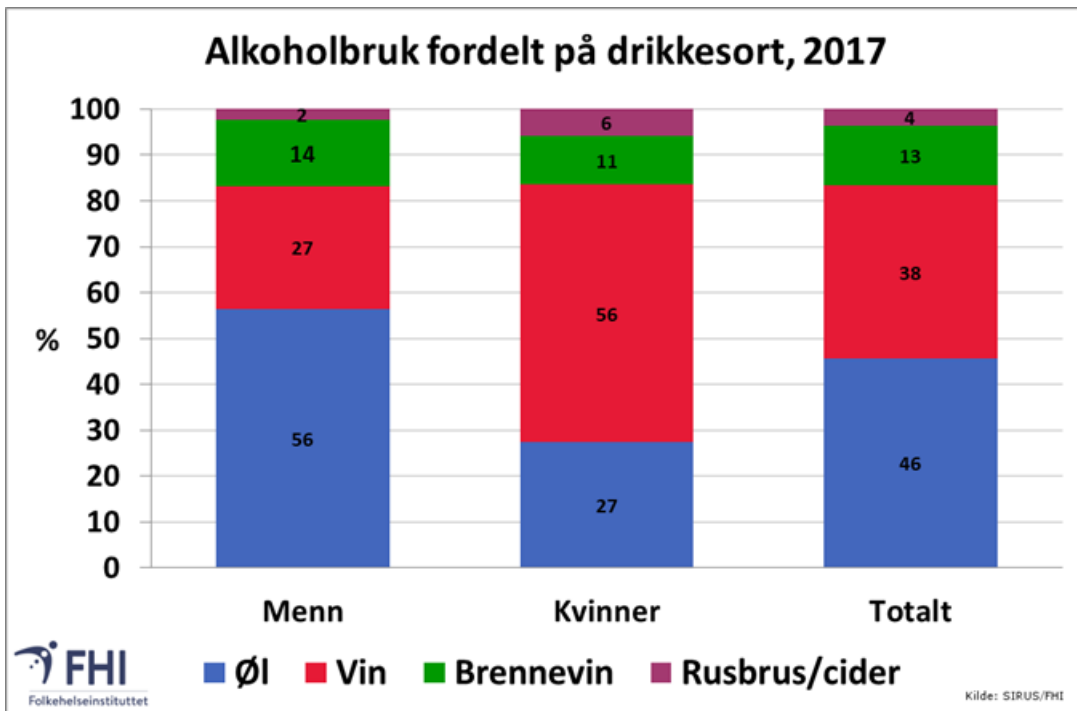
Alkoholbruk er skjevfordelt i befolkningen, noe som innebærer at en liten del av befolkningen står for en svært stor andel av det samlede alkoholkonsumet. Som en tommelfingerregel kan en si at den tiendedelen av befolkningen som drikker mest, konsumerer omlag halvparten av den alkoholen som drikkes. Når en beregner alkoholforbruk ut fra selvrappotering i spørreskjemaundersøkelser viser dette erfaringsmessig et lavere forbruk enn det som fremkommer fra omsetningstall. Med utgangspunkt i respondentenes selvrappoterte alkoholbruk fra undersøkelsen i 2017 er det beregnede gjennomsnittlige forbruket 3,5 liter ren alkohol (blant 16-79 åringer), noe som tilsvarer om lag 39 flasker vin (tabell 3). Vi ser at selvrappotert bruk da er om lag halvparten av den estimerte omsetningen på 7 liter ren alkohol for 2017 (se Alkoholomsetningen i Norge).

Vi ser også at det selvrapporterte gjennomsnittlige forbruket blant menn (4,3) ligger høyere enn for kvinner (2,6). Likeledes var det beregnede gjennomsnittlige alkoholforbruket størst i aldersgruppa 16-24 år, mens den eldste aldersgruppa, dvs. de som er 65 år eller eldre, hadde det laveste forbruket.

Tabell 3: Gjennomsnittlig liter ren alkohol drukket siste 12 mnd., kjønn alder (2017)

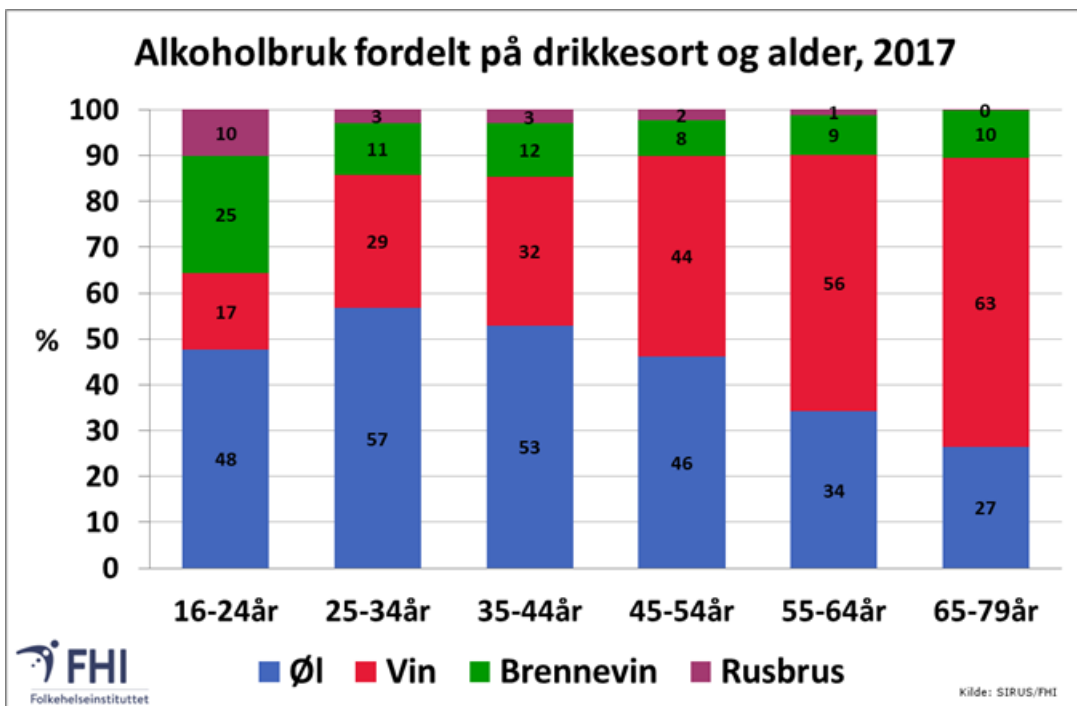
	Liter ren alkohol	95% K.I
Totalt	3.5	(3.3-3.8)
Menn	4.3	(4.0-4.7)
Kvinner	2.6	(2.3-2.9)
16-24 år	4.5	(3.7-5.3)
25-34 år	4.4	(3.7-5.1)
35-44 år	2.9	(2.4-3.4)
45-54 år	3.0	(2.6-3.5)
55-64 år	3.8	(3.2-4.4)
65-79 år	2.6	(2.1-3.0)

Ser vi på hvor mye de ulike drikkesortene utgjør av det totale alkoholforbruket framgår det at øl i 2017 utgjorde 46 prosent, vin 38 prosent, brennevin 13 prosent og «rusbrus»/cider fire prosent av totalen (figur 3). Som det framgår av figuren var det imidlertid klare kjønnsforskjeller (og disse har vært gjeldene for hele perioden 2012-17). Mens øl utgjorde mer enn halvparten av alkoholforbruket for menn, utgjorde vin mer enn halvparten av alkoholforbruket for kvinner. Ellers utgjorde brennevin en større andel av alkoholforbruket for menn (14 prosent) enn for kvinner (11 prosent).



Figur 3: Alkoholbruk siste år fordelt på drikkesort blant kvinner og menn, 2017

Tilsvarende finner vi at alkoholforbruket blant de yngste aldersgruppene hovedsakelig besto av øl, mens vin dominerte i de eldre aldersgruppene. I aldersgruppene 16-44 år kom således i overkant av halvparten av det beregnede alkoholforbruket fra øl, mens det samme gjaldt vin i de eldre aldersgruppene (figur 4). I den eldste aldersgruppen (65-79 år) sto vin for hele 63% av konsumet i 2017.



Figur 4: Alkoholbruk siste år fordelt på drikkesort i ulike aldersgrupper, 2017

Beruselse og høykonsumsituasjoner

Beruselsesfrekvens ble kartlagt gjennom spørsmålet: «

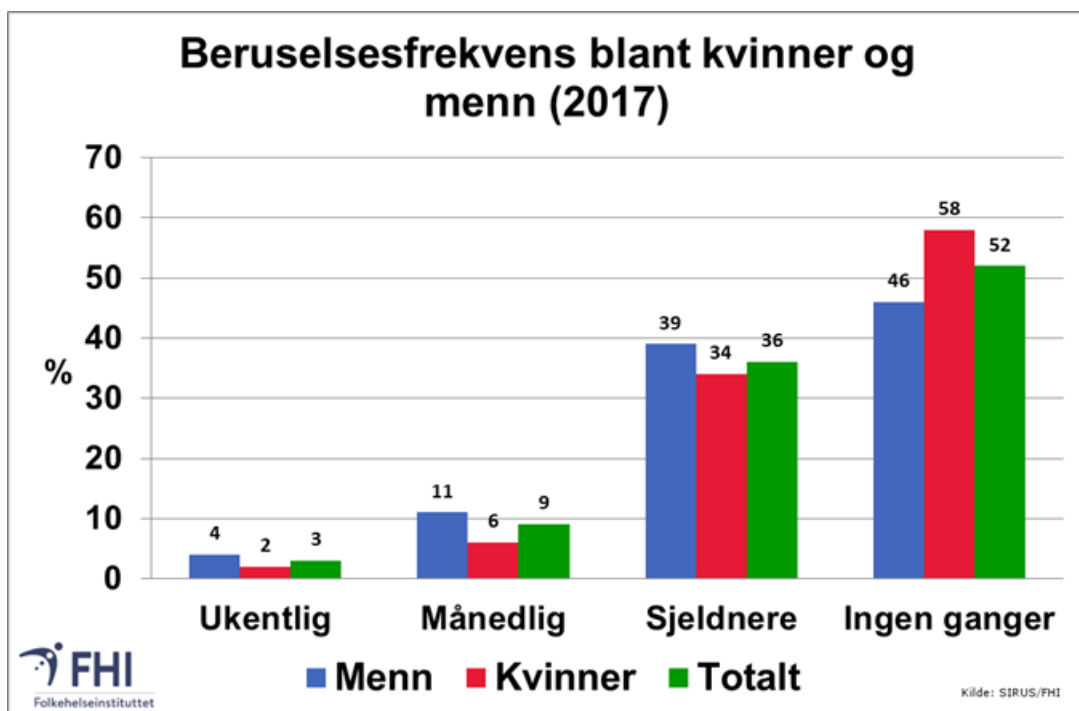
I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket så mye alkohol at du har følt deg tydelig beruset?

». Jevnt over oppga noe under halvparten at de hadde vært tydelig beruset minst én gang siste 12 måneder. Om lag fire av ti svarer at de har vært beruset sjeldnere enn månedlig og det er bare en liten andel som rapporterer om hyppig/ukentlig beruselse (tabell 4).

Tabell 4: Beruselsesfrekvens siste 12 mnd. 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ukentlig	3	2	2	3	2	3
Månedlig	8	8	8	10	8	9
Sjeldnere	39	38	39	34	37	36
Ingen ganger	51	53	50	54	53	52

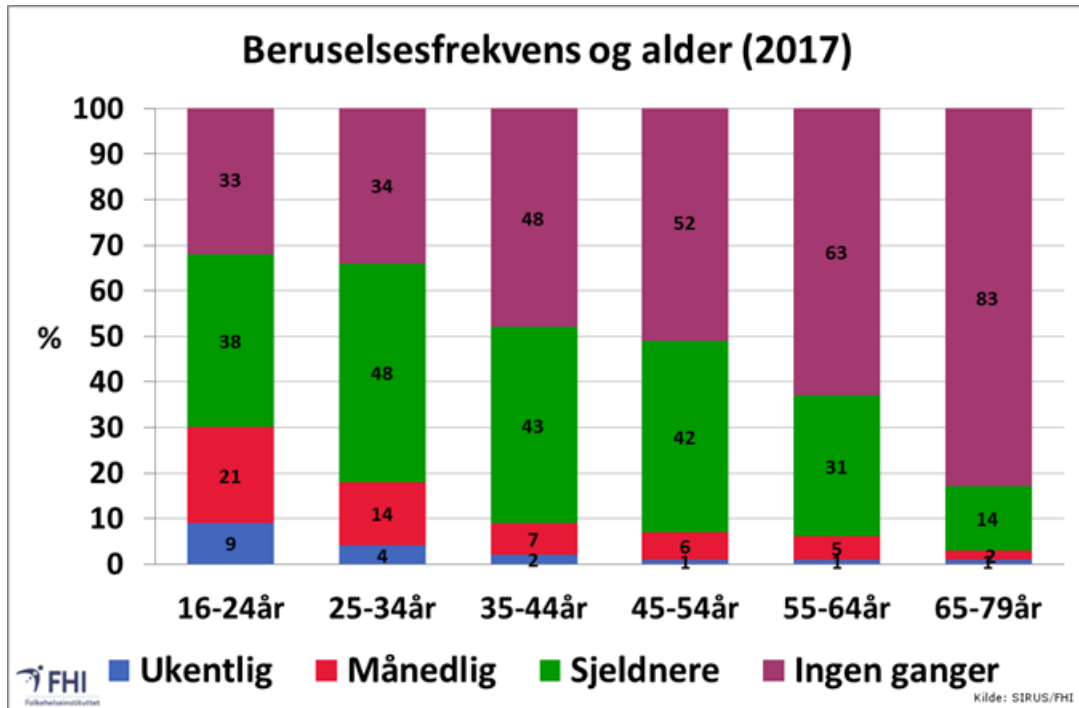
En større andel menn enn kvinner oppgir at de har vært tydelig beruset siste 12 måneder. I 2017 oppgir 15 prosent av mennene at de har vært tydelig beruset én dag i måneden eller oftere, mens det samme gjelder 8 prosent av kvinnene (figur 4). Omregnet til gjennomsnittlig beruselsesfrekvens siste 12 måneder, finner vi at denne er noe større for menn enn for kvinner, hhv. 6,7 ganger for menn og 4,9 for kvinner.



Figur 5: Beruselsesfrekvens blant kvinner og menn i løpet av de siste 12 mnd. 2017

Av figur 6 ser vi at beruselse er vanligst i de yngste aldersgruppene. I 2017 oppga eksempelvis 30 prosent i alderen 16-24 år å ha vært tydelig beruset én dag i måneden eller oftere i løpet av siste 12 månedersammenlignet med 3-7 prosent i de tre eldste aldersgruppene. Omregnet til gjennomsnittlig beruselsesfrekvens siste 12 måneder, finner vi at beruselsesfrekvens avtar med

økende alder. Mens gjennomsnittet for aldersgruppen 16-24 og 25-34 år var henholdsvis 12 og 7 ganger i året, var det tilsvarende gjennomsnittet om lag 1-2 ganger for de som var 55 år eller eldre.



Figur 6: Beruselsesfrekvens siste 12 mnd. i ulike aldersgrupper, 2017

Det blir i undersøkelsen også stilt spørsmålet: «

I løpet av det siste året, hvor ofte har du drukket seks alkoholenheter eller mer ved en og samme anledning?

». En alkoholenhet tilsvarer en flaske (0,33 l) øl eller cider/»rusbrus», ett glass vin (1,5 dl) eller en drinkbrennevin (4 cl). I alle undersøkelsesårene oppga omlag halvparten at de noen gang hadde drukket 6+ enheter ved en og samme anledning siste 12 måneder (tabell 5). Vi ser at i underkant av 20 prosent jevnt over i hele perioden oppga å ha drukket 6+ enheter på en gang minst en gang i måneden eller oftere.

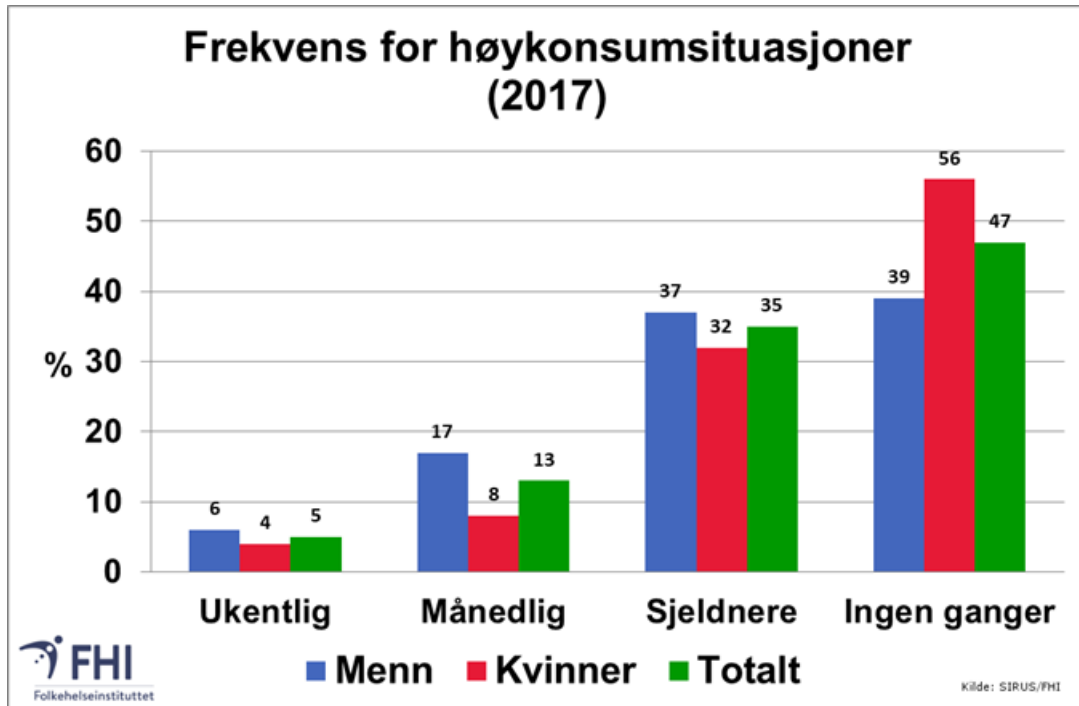
Tabell 5.

Andel som oppga å ha drukket 6+ enheter alkohol ved en og samme anledning siste 12 mnd. 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ukentlig	5	4	4	6	5	5
Månedlig	13	14	14	12	12	13
Sjeldnere	33	34	29	32	34	35
Ingen ganger	49	49	53	50	50	47

Når det gjelder forskjell mellom kvinner og menn og ulike aldersgrupper som i løpet av siste 12 måneder oppga å ha drukket 6+ enheter ved samme anledning, får vi samme mønster som for beruselse. Mens 23 prosent av mennene i 2017 oppga å ha drukket 6+ enheter ved samme

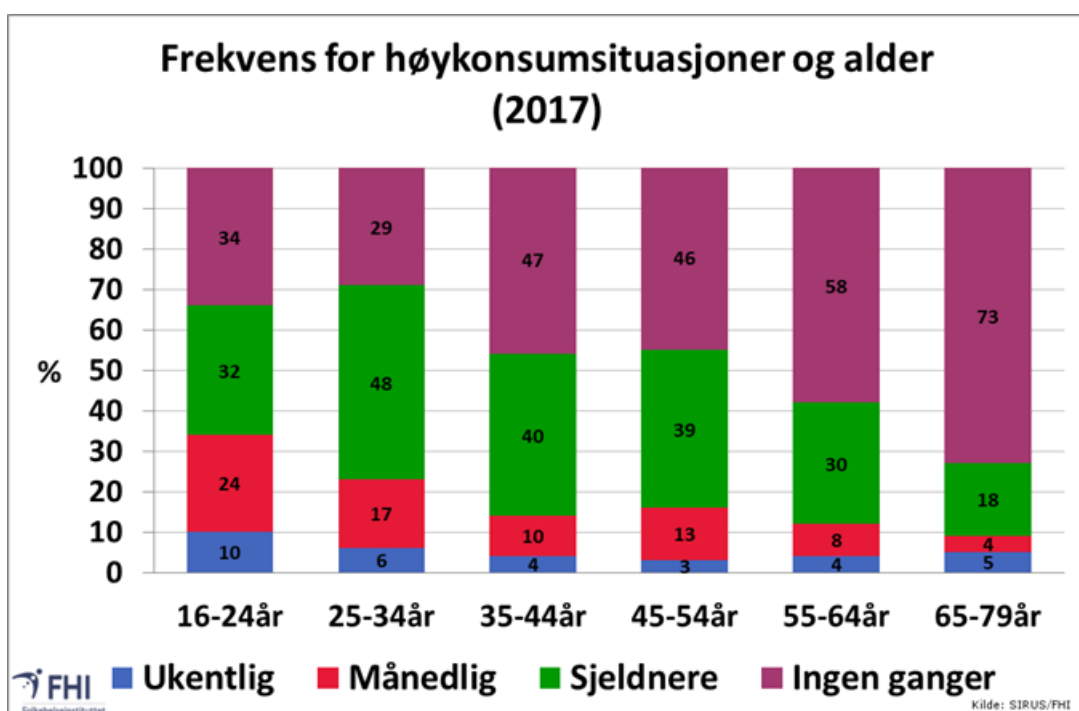
anledning én gang hver måned eller oftere i løpet av de siste 12 måneder (figur7), gjaldt dette 12 prosent av kvinnene.



Figur 7:

Andel kvinner og menn som oppga å ha drukket 6+alkoholenheter ved en og samme drikkesituasjon siste 12 mnd. 2017

Videre finner vi at andelen som oppga å ha drukket 6+ alkoholenheter ved samme anledning én gang eller oftere hver måned, faller med økende alder (figur 8). I 2017 oppga 34 prosent i aldersgruppen 16-24 år å ha drukket 6+ enheter hver måned eller oftere i løpet av de siste 12 månedene, mot henholdsvis 12 og 9 prosent i de to eldste aldersgruppene

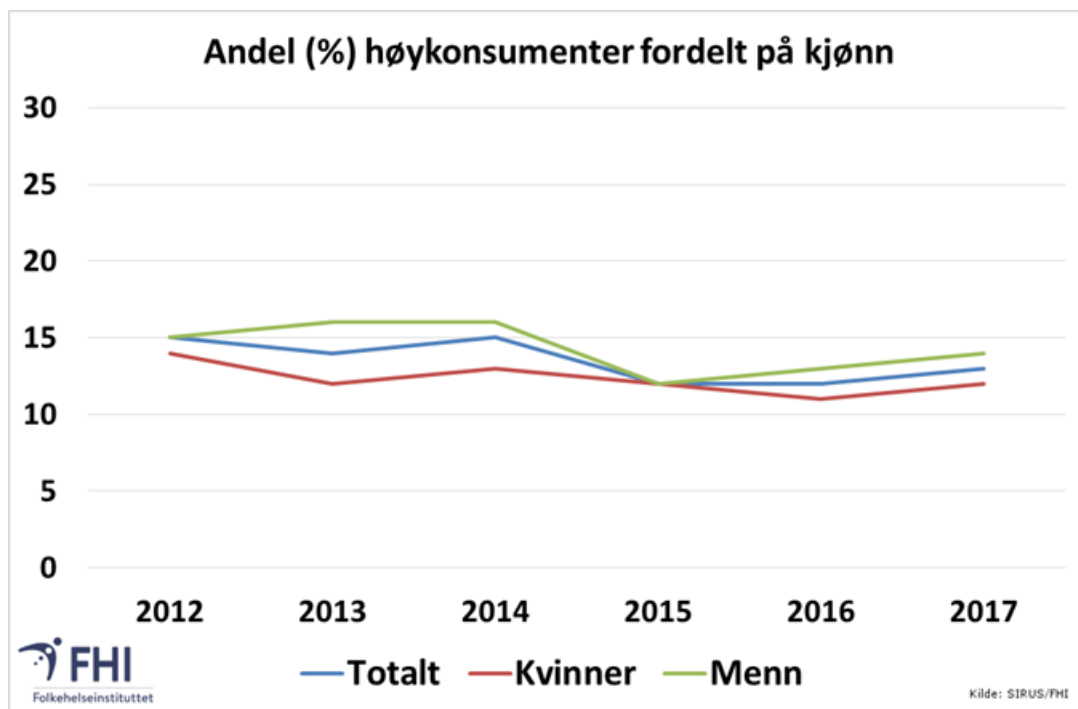


Figur 8:

Andel i ulike aldersgrupper som oppga å ha drukket 6+ enheter alkohol ved en og samme anledning siste 12 mnd. 2017

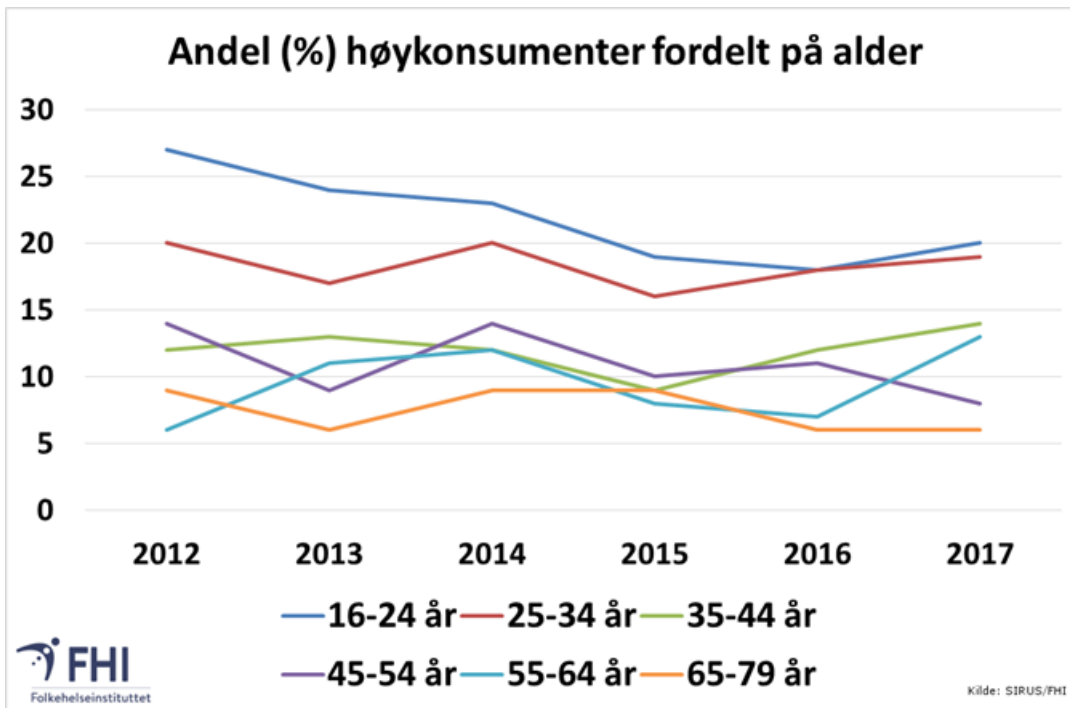
Høykonsumenter

I tillegg til stort inntak av alkohol ved enkelttilfeller, kan vi følge utviklingen i andelen som har høyt alkoholkonsum over tid. Her defineres høykonsum som inntak av 10 eller flere alkoholenheter per uke for kvinner, og 15 eller flere alkoholenheter per uke for menn. I 2017 var 12 % av norske kvinner høykonsumenter, mens andelen for menn var 14 %. Figur 9 viser at andelen høykonsumenter har ligget stabilt fra 2012 til 2017 for både kvinner og menn.



Figur 9: Andel (%) høykonsumenter fordelt på kjønn, 2012-2017

Denne fremstillingen kan skjule ulik utvikling i forskjellige aldersgrupper. Figur 10 viser at andelen høykonsumenter har falt i den yngste aldersgruppen (16-24 år). I 2012 var andelen 27 %, mens i 2017 var den 20 %. I aldersgruppen 45-54 år var andelen høyere (14 %) i 2012 enn i 2017 (8 %), men det har ikke vært en stabil nedgang. I aldersgruppen 55-64 år var imidlertid andelen høykonsumenter større i 2017 (13 %) enn i 2012 (6 %), men heller ikke her har utviklingen vært særlig stabil. I de andre aldersgruppene har endringene vært små i dette tidsrommet.



Figur 10: Andel (%) høykonsumenter fordelt på alder, 2012-2017

Risikofylt drikkemønster – AUDIT

Alcohol use disorder identification (AUDIT) er et screeninginstrument som ofte benyttes til å kartlegge risikofylt drikking (alkoholkonsum med potensiale for negative konsekvenser og/eller som på sikt kan være avhengighetskapende). Dette screeninginstrumentet ble utviklet i regi av Verdens Helseorganisasjon (WHO), og var ment for tidlig avdekking av alkoholproblemer i primærhelsetjenesten. AUDIT består av 10 spørsmål om forbruk, avhengighet og konsekvenser av drikking, og gir en skåre fra 0 til 40 (se

Andel av befolkningen i Norge med et risikofylt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

). Skåren kan da brukes som indikasjon på hvilke tiltak som bør iverksettes av helsepersonell etter tre ulike kategorier av problembruk som vist i tabell 6.

Tabell 6: WHO's risikokategorier for alkoholbruk¹.

Risiko 1 (Skåre 8–15)	Risiko 2 (Skåre 16–19)	Risiko 3 (Skåre 20–40)
Enkle råd om reduisering av alkoholforbruk.	Enkle råd, kort rådgivning og oppfølging, med videre diagnostisering dersom pasienten ikke klarer å forbedre seg eller ved mistanke om avhengighet.	Henvvisning til spesialist for diagnostisering og behandling.

¹ Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001

Selv om AUDIT ble utviklet til bruk i primærhelsetjenesten, benyttes den ofte i befolkningsundersøkelser. Av tabell 7 ser vi at 15% av den voksne befolkningen i perioden 2015 til 2017 kan sies å ha et risikofylt alkoholforbruk, basert på selvrapportert AUDIT-skår. De aller fleste

av disse lå i den mildeste risikokategorien (enkle råd om redusering av alkoholforbruk), og bare om lag 2% skåret over grenseverdiene for de to alvorligere risikokategoriene. Videre ser vi at det var mest risikofylt drikking blant menn, og at risikoen synker med økende alder.

Tabell 7:

Prosentandel som kategoriseres innen de tre risikogruppene (se tabell 6), for årene 2015-17 (N=6349). Andel for menn (M) og kvinner (K) i parentes.

Alder	Risiko 1 (M/K)		Risiko 2 (M/K)		Risiko 3 (M/K)	
16-24 år	26.8	(31.6/21.7)	3.0	(4.3/1.5)	1.3	(2/0.6)
25-34 år	19.1	(26.8/11.7)	1.8	(2.8/0.9)	0.6	(1.1/0.2)
35-44 år	12.6	(20.3/4.2)	0.7	(1.3/0)	0.7	(1/0.4)
45-54 år	10.1	(13.9/6.1)	0.4	(0.8/0)	0.5	(0.8/0.2)
55-64 år	7.1	(10.3/3.7)	0.3	(0.4/0.2)	0.2	(0.2/0.2)
65-79 år	4.3	(5.8/3.0)	0.3	(0.4/0.2)	0.4	(0/0.7)
Totalt	13.3	(18.3/8.2)	1.1	(1.7/0.4)	0.6	(0.9/0.4)

Referanser

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001).

The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.

Alkoholbruk blant ungdom

Hvor høy er forekomsten av alkoholbruk blant mindreårig ungdom her til lands? Hvor ofte drikker de, og hvor vanlig er det at de drikker seg beruset? Hva viser norsk forskning om endringer i de unges alkoholbruk de siste 15-20 årene, og hvor utbredt er tenåringsdrikking i Norge sammenliknet med andre europeiske land?

Hovedpunkter

- Flertallet av norske ungdommer debuterer med alkohol før fylte 18 år.
- Halvparten av 15-16 åringene har drukket alkohol det siste året, og en av fire har vært fulle.
- Forekomsten av tenåringsdrikking er blitt mye lavere siden årtusenskiftet – både i Norge og i mange andre land.
- 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.

Viktige kilder til kunnskap om tenåringsdrikking

To store prosjekter bidrar med oppdatert kunnskap om alkoholbruk blant norsk ungdom:

Ungdata-undersøkelsene gjennomføres fortløpende, og favner elever på alle ungdomsskoler og videregående skoler i kommunene. Den nyeste Ungdata-rapporten bygger på data fra 391 kommuner for perioden 2015-2017 (Bakken 2017).

«European School Project on Alcohol and other Drugs» (ESPAD) står bak nasjonale undersøkelser av 10. klassinger (15-16 åringer) i nesten alle europeiske land. Undersøkelsene finner sted hvert fjerde år, og Norge deltatt siden 1995. Den siste kartleggingen forgikk i 2015. Det finnes både en rapport med resultatene fra alle ESPAD-landene (Kraus 2016), og en som bare gjelder Norge (Bye & Skretting 2017).

18-årsgrensen og de unges alkoholdebut

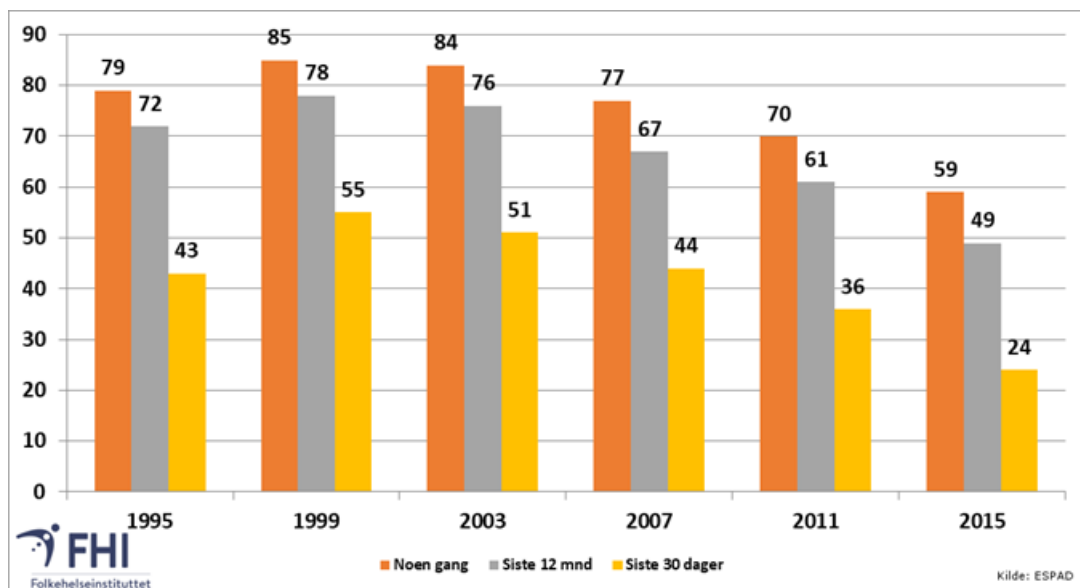
I Norge er det ulovlig å selge alkohol til ungdom under 18 år, men det er ikke forbudt for mindreårige å drikke, og de fleste debuterer med alkohol før de har nådd aldersgrensen.

Ungdata-resultater for perioden 2015-2017 viser at drøyt halvparten (55%) av VG2-elevene svarte at de hadde drukket alkohol før fylte 17 år (Bakken 2017).

Blant 15-16 åringene som deltok i ESPAD i 2015, oppga 6 av 10 (59%) at de hadde drukket alkohol noen gang i livet, mens drøyt 1 av 4 (27%) hadde vært fulle (Bye & Skretting 2017).

Alkoholbruk

Figur 1 viser hvor store andeler av 15-16 åringene i ESPAD-undersøkelsene som oppga at de hadde (i) drukket alkohol noen gang i livet, (ii) i løpet av de 12 siste månedene, og (iii) i løpet av de siste 30 dagene, og hvordan disse andelene endret seg fra 1995 til 2015.



Figur 1:

Andel norske 15-16-åringer som oppga å ha drukket alkohol henholdsvis noen gang, siste 12 mnd. og siste 30 dager 1995-2015.(ESPAD-data). Kilde: Bye & Skretting 2017

I 2015 hadde 6 av 10 (59%) drukket noen gang, halvparten (49%) hadde drukket siste år, og 1 av 4 (24%) hadde drukket siste måned. Forekomst-tallene økte fra 1995 til 1999, var omtrent uforandret fra 1999 til 2003, og ble stadig lavere fra 2003 og utover.

Andre ESPAD-resultater viser at også alkoholkonsumet har sunket siden 2003, og at nedgangen har gjelder alle konsumgrupper – både de tyngste drikkene, og grupper med lavt til moderat alkoholinntak (Brunborg, Bye & Rossow 2014).

Forekomsten av hyppig alkoholbruk, det vil si (i) det å ha drukket minst 40 ganger i livet, (ii) minst 20 ganger siste år, og (iii) minst 6 ganger siste måned ble også lavere fra 2003 til 2015 (Tabell 1). I 2015 var de respektive andelene 5%, 4% og 3%.

Tabell 1: Prosentande

I norske 15-16-åringer som hadde drukket minst 40 ganger i livet, minst 20 ganger siste 12 måneder, og minst 6 ganger i løpet av den siste måneden, 1995-2015. (ESPAD-data). Kilde: Bye & Skretting 2017

	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Totalt 40+ ganger	8	16	15	11	7	5
20+ ganger siste år	7	13	12	9	5	4
	4	8	8	6	2	3

**6+ ganger
siste mnd.**

Beruseelse

Alkoholrelaterte skader og problemer blant ungdom dreier seg i all hovedsak om fyll, og ikke om et langvarig høyt konsum. Ulykker, vold og skader, er sentrale stikkord (Pape og Rossow 2007). Tung alkoholrus medfører også risiko for å bli seksuelt utnyttet, og norsk forskning viser at yngste tenåringsjentene er særlig utsatt (Pape 2014).

De tre siste ESPAD-undersøkelsene kartla forekomsten av det å ha vært så beruset at man sjanglet, snøvlet, kastet opp, eller ikke husket hva som skjedde. Tabell 3 viser hvor stor andel som svarte at de hadde opplevd dette (i) *noen gang* i livet, (ii) i løpet av de 12 siste månedene, og (iii) i løpet av de 30 siste dagene. Også disse forekomst-tallene har avtatt betydelig i nyere tid, og var på henholdsvis 27%, 23% og 9% i 2015.

Tabell 2: Prosentandel 15-16-åringer som hadde vært fulle *noen gang*, i løpet av det siste året, og i løpet av den siste måneden. Prosent, 2007-2015. (ESPAD) Kilde: Bye & Skretting 2017

	2007	2011	2015
Noen gang	46	36	27
Siste 12 mnd.	41	32	23
Siste 30 dager	21	15	9

Ungdata-undersøkelsene har kartlagt hvor ofte de unge hadde vært «tydelig beruset» det siste året. Svarfordelingen til elever på ungdomskolen og på videregående skole for perioden er gjengitt i Tabell 2.

Tabell 3: Beruselseshyppighet siste år blant elever på ungdomstrinnet (US) og videregående skole (VG) (Ungdata, 2015-2017) Kilde: Bakken 2017

	US (13-16 åringer)	VG (16-19 åringer)
Ingen ganger	88	44
1-5 ganger	8	24
6-10 ganger	2	12
11+ ganger	2	15

Også Ungdata-undersøkelsene har avdekket en nedadgående trend i beruselsedrikking: I 2011 svarte 17% av jentene og 15% av guttene på ungdomstrinnet at de hadde vært beruset i løpet av det siste året, mot 12% for begge kjønn i 2016 (Bakken 2017).

Tenåringsdrikking i Norge sammenlignet med andre land

ESPAD 2015 viser andelen norske 15-16 åringer som har drukket alkohol det siste året er svært lav i europeisk sammenheng (Kraus 2016). Blant dem som drikker, er dessuten drikkefrekvensen mye lavere i Norge enn i de fleste andre land i Europa. Norske tenåringer skiller seg imidlertid også ut ved å drikke temmelig mye når de først drikker. Resultatene for svenske og finske tenåringer kan beskrives på samme måte. I Danmark, derimot, er det både svært mange 15-16 åringer som drikker, og de drikker både ofte og mye.

Resultater fra studien «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC), som favner 11-15 åringer i USA, Canada og en rekke europeiske land, er også verdt å nevne. Ved kartleggingen i 2010, var forekomsten av ukentlig drikking lavest i Norge, Sverige Finland (2-3%), og høyest i Tsjekia (20%), Kroatia (16%) og Hellas (14%) (deLooze 2015).

Ellers viser både ESPAD- og HBSC-undersøkelsene, og mange andre studier fra ulike land, at nedgangen i alkoholbruk på 2000-tallet ikke har vært forbeholdt norsk ungdom (Pape mfl. 2018). I Europa startet nedgangen tidligere og har vært generelt større i nordlige og nord-vestlige deler av kontinentet. Redusert forekomst av tenåringsdrikking siden årtusenskiftet er også blitt avdekket i USA, Canada, Australia, New Zealand, Brasil, Japan og Filippinerne.

Referanser

Bakken, A. Ungdata 2017. NOVA- rapport nr 10/17. Oslo: Nova.

Brunborg G.S., Bye EK, Rossow I. Collectivity of drinking behavior among adolescents: an analysis of the Norwegian ESPAD Data 1995–2011. *Nord Stud Alcohol Drugs*, 2014. **31**: p. 389-400.

Bye Elin K, Skretting A. Bruk av rusmidler blant 15–16-åringer. Resultater fra ESPAD 1995–2015, Folkehelseinstituttet. Rapport 06.2017. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-851-4.

Clark, T., et al., Health and well-being of secondary school students in New Zealand: Trends between 2001, 2007 and 2012. *Journal of paediatrics and child health*, 2013. **49**(11): p. 925-934.

de Looze, M., et al., Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *The European Journal of Public Health*, 2015. **25** (suppl 2): p. 69-72.

Kelly, A.B., et al., Parental supply of alcohol to Australian minors: an analysis of six nationally representative surveys spanning 15 years. *BMC Public Health*, 2016. **16**.

Kraus, L., et al.,
ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. 2016, Publications Office of the European Union

Pape, H. (2014) Sexual assault while too intoxicated to resist. A general population study of Norwegian teenage girls. *BMC Public Health* 406 doi:10.1186/1471-2458-14-406

Pape, H. & Rossow, I. (2007) Farlig fyll. Tidsskrift for Ungdomsforskning, 7 (1), 113-125.

Pape, H., Rossow, I., & Brunborg, G.S. (2018) Adolescents are drinking less: How, who, and why? A review of the recent research literature. Drug and Alcohol Review, 37 (Suppl 1) S98-S114.

Alkohol og vold

Hva vet vi om sammenhenger mellom alkoholbruk og vold? Hvordan kan vi forklare sammenhengene? Og kan vold forebygges ved begrensning av alkoholbruk? Dette er tema som belyses i denne artikkelen.

Hovedpunkter

- Både voldsutøvere og volds ofre har ofte vært alkoholpåvirket under voldshandlingen.
- De som drikker svært mye og de som er ofte beruset, er mer tilbøyelige til å utøve vold og har større risiko for å bli utsatt for vold.
- På befolkningsnivå er det også en klar sammenheng mellom alkoholbruk og vold, med økning i alkoholkonsumet går omfanget av voldshandlinger i et samfunn opp, og vice versa.
- Alkoholberuselse er en bidragende årsak til vold, men sammenhengen er trolig kompleks.
- Begrensninger i tilgjengelighet av alkohol på skjenkesteder synes å ha effekt på voldsomfanget.

Sammenhenger mellom alkohol og vold

Årlig blir omkring 35 000 voldslovbrudd (vold og mishandling) politianmeldt i Norge (1). Et stort antall volds ofre behandles i akuttmottak på sykehus og legevakter, og mange av disse volds ofrene anmelder ikke volden til politiet (2). I tillegg kommer svært mange voldstilfeller som verken blir anmeldt til politiet eller behandlet i helsetjenesten. Basert på selvrappotering i spørreundersøkelser kan vi anslå at det er i størrelsesorden 80 000 personer som utsettes for vold i løpet av ett år (1). I tillegg er det enda flere som er utsatt for trusler om vold og som frykter å bli utsatt for vold (1). Både kriminalstatistikken, volds offerundersøkelser i akuttmottak og spørreundersøkelser i den generelle befolkningen viser at så vel utøvere som ofre oftest er unge menn (1-3).

Når vold forekommer, ser vi ofte at utøver, offer eller begge parter er påvirket av ett (eller flere) rusmiddel. I de fleste rusrelaterte voldstilfellene er det alkohol det dreier seg om (4). Dette gjenspeiler at alkoholbruk og alkoholberuselse er vesentlig mer utbredt i befolkningen enn bruk av andre rusmidler som kan føre til aggressiv atferd. Vold forekommer oftere på tidspunkt da beruselse er vanligst, det vil si på nattestid og i helger, og på nyttårsaften (3).

Internasjonal forskning har vist at det er en klar sammenheng mellom alkoholkonsum og vold både på individ- og på samfunnsnivå. Denne sammenhengen er vist på flere ulike måter, med ulike metoder og ulike typer av data.

Alkohol – en vanlig ingrediens i voldstilfelle

Observasjonsstudier viser at i en stor andel av voldstilfellene var enten utøver, offer eller begge parter alkoholpåvirket under voldshandlingen. Denne andelen ser ut til å variere mellom land og

drikkekulturer med ulike drikkemønstre. Der beruselsesdrikking er mer framtrødende, slik som her i de nordiske landene, forekommer alkoholpåvirkning i en større andel av voldstilfellene enn i land og kulturer med et mer moderat drikkemønster (5, 6). Studier fra Norge viser at så vel utøver som voldsoffer svært ofte var alkoholpåvirket. Blant domfelte for drap eller drapsforsøk var tre fjerdedeler alkoholpåvirket og halvparten av ofrene i disse sakene var også beruset (7). Blant pasienter behandlet for voldsskader i akuttmottak/legevakt var mellom halvparten og to tredjedeler alkoholpåvirket (2, 3, 8). Når politiet har vurdert ruspåvirkning hos voldsutøvere og voldsofre, finner de at omkring en tredjedel av så vel gjerningspersoner som ofre var alkoholpåvirket (4).

Ved politianmeldte voldssaker er gjerningsperson og offer ofte ukjente eller har kjent hverandre svært kort. Spørreundersøkelser i befolkningen og studier av pasienter med voldsskader viser imidlertid et noe annet bilde, nemlig at offer og gjerningsperson i mange tilfelle er i familie eller kjenner hverandre på annen måte. Når det gjelder vold i parforhold, finner man også at høyt alkoholkonsum øker risikoen for vold (9). Tilsvarende er beskrevet i norske studier. Blant unge voksne forekom vold mellom ektefeller/ partnere hyppigere blant dem med et høyt alkoholinntak (10). En studie av kvinner som søkte hjelp på krisesenter etter partnervold, viste at gjerningsmennene var ruspåvirket i over halvparten av tilfellene der parene hadde norsk bakgrunn, og i en fjerdedel av tilfellene der parene hadde innvandrerbakgrunn (11). Barn i familier hvor foreldre har et alkoholmisbruk eller er hyppig beruset, blir oftere utsatt for vold enn andre, og dette er også funnet blant norsk ungdom (12). En litteraturoversikt over studier av alkoholkonsum og vold og overgrep i hjemmet (9) viste at mellom en fjerdedel og halvparten av disse voldstilfellene er alkoholrelaterte, dvs. at utøver, offer eller begge parter var alkoholpåvirket.

Det at utøver og/eller offer var beruset eller har et svært høyt alkoholinntak, innebærer imidlertid ikke at volden nødvendigvis *skyldtes* alkoholbruken, eller at volden ville vært unngått dersom de involverte ikke hadde vært beruset. En rekke individuelle kjennetegn og ulike miljømessige forhold kan forklare en økt sannsynlighet for at noen personer både har et høyt alkoholinntak og er voldstilbøyelege (6). Det er derfor sannsynlig at en del av de alkoholrelaterte voldstilfellene ville ha forekommet uansett om utøver var påvirket eller ikke.

På grunnlag av mange studier i flere land har man beregnet hvor stor andel av voldstilfellene som kan *tilskrives* alkoholbruk, dvs. man har beregnet hvor stor andel av volden som kunne vært unngått dersom det ikke var blitt drukket alkohol. I følge disse beregningene er andelen av voldstilfelle som kan tilskrives alkoholbruk, et sted mellom en fjerdedel og halvparten (13).

Økt voldsrisiko med økende alkoholbruk

Sammenhengen mellom alkoholinntak og vold er også funnet i undersøkelser hvor man har sammenholdt sannsynlighet for voldsutøvelse med alkoholinntak og drikkemønster. Disse viser at sannsynligheten for å utøve vold øker med økende alkoholinntak og med økende beruselsesfrekvens (5, 6, 14). En tilsvarende sammenheng ser man også for risikoen for å bli utsatt for vold (6). Med andre ord: jo mer man drikker og jo oftere man er beruset, desto større er risikoen både for å utøve vold og for selv å bli offer for vold (6, 14-16). I tråd med dette ser man også at alkoholmisbrukere ofte er involvert i voldsepisoder (17, 18).

Selv om alkoholkonsum og alkoholberuselse øker risikoen for vold betydelig, og en stor andel av voldsepisodene er alkoholrelaterte, er det likevel en svært liten andel av drikkesituasjonene hvor

det forekommer vold. Ungdom er den gruppen i befolkningen som hyppigst utøver og utsettes for vold, og blant disse forekommer det vold i omtrent en av hundre drikkesituasjoner (19).

Selv om risiko for vold er betydelig høyere blant de som drikker mye og er ofte beruset, er det ikke slik at mesteparten av den alkohol-relaterte volden utøves av en liten gruppe aggressive og hyppig berusede personer. Snarere ser det ut til at mer enn halvparten av den alkoholrelaterte volden kan tilskrives det store flertallet av alkoholkonsumenter som ikke er i høyrisikogruppen, men som nå og da drikker seg beruset og som noen ganger utsetter seg selv eller andre for skader i fylla (20, 21).

Skjenkesteder og vold

Voldsomfanget varierer betydelig med tid og sted, og disse variasjonene speiler i stor grad når og hvor vi oftest drikker og ikke minst når og hvor vi blir beruset. Her i Norge er konsum og beruselse i stor grad konsentrert om kvelder og netter i helgene (22), og tilsvarende ser vi også at voldsomfanget er konsentrert om nettene i helgene (3). En betydelig andel av voldssituasjonene oppstår på eller like utenfor skjenkesteder (3, 4). Blant voldsskadete pasienter ved Oslo legevakt hadde volden i 20% av tilfellene skjedd på eller umiddelbart utenfor et skjenkested (3). Av anmeldte voldssaker til politiet i Oslo hadde 13 % foregått på skjenkested, og av voldssakene i Oslo sentrum hadde 28% foregått på skjenkested (4). Det å gå ofte på skjenkesteder er i seg selv en faktor som øker risikoen for å havne i en voldssituasjon (14).

Økt totalkonsum betyr mer vold

I den politiske debatten om alkohol og vold er det spesielt relevant å vurdere de studiene som har belyst forholdet mellom det totale alkoholkonsumet i samfunnet og voldsomfanget. Mange studier av god metodisk kvalitet har vist at når alkoholkonsumet i samfunnet går opp, kan vi forvente en økning i voldsomfanget (gitt at andre forhold som også påvirker voldsomfanget ikke endrer seg) – og omvendt: når alkoholkonsumet i samfunnet går ned, kan vi forvente en nedgang i voldsomfanget (6, 23, 24). Her i Nord-Europa hvor drikkemønsteret er preget av beruselse og fyll, er en økning i alkoholkonsumet forbundet med en relativt større økning i voldsomfanget sammenliknet med land i Sør-Europa hvor drikkemønsteret er annerledes (6, 19, 25).

Skjenkestedenes særlige betydning for den alkoholrelaterte volden, er også belyst med denne typen tilnærming i en svensk studie. Den viste at en økning i alkoholkonsumet på skjenkesteder er forbundet med en større økning i voldsomfanget enn en tilsvarende økning i det private konsumet (26).

Hvordan kan vi forklare sammenhengene?

Det er etter alt å dømme ingen enkle mekanismer, men snarere ganske komplekse forhold, som kan forklare de observerte sammenhengene mellom alkohol og vold (27). I eksperimentelle studier har man vist at forsøkspersoner er mer tilbøyelige til å reagere med aggresjon når de er alkoholpåvirket enn i edru tilstand. Jo høyere promille forsøkspersonene har, desto mer tilbøyelige blir de til å reagere aggressivt på provokasjoner (28). Slike studier illustrerer at alkoholpåvirkning er en bidragende årsak til aggresjon, og antakelig også voldsutøvelse.

Formodentlig er det et samspill mellom farmakologiske effekter av alkohol, individuelle kjennetegn som personlighet, forventninger, verdier og voldserfaring samt situasjonsforhold som

provokasjoner, irritasjonsmomenter, generelt beruselsesnivå blant festdeltakere, voldsaksept og manglende inngripen fra andre (29).

Man blir ytterst sjelden aggressiv av alkoholberuselse alene, men man er mer tilbøyelig til å reagere aggressivt dersom man blir provosert (28). Den farmakologiske effekten av alkohol ser ut til å ha betydning både for mer impulsive og mer aggressive handlinger, og for oppfatningen av hva som er en provokasjon. For eksempel synes alkoholberuselse å øke aggressive tilbøyeligheter mer blant dem som er svært impulsive enn blant andre. En studie av norske tenåringer viste at sammenhengen mellom alkoholberuselse og vold var sterkest blant dem med lav sosioøkonomisk status, og denne sosiale ulikheten i alkohol-vold-sammenhengen kunne i stor grad tilskrives at ungdom med lav sosioøkonomisk status oftere var svært impulsive (30).

Blant alkoholmisbrukere og andre som har et høyt alkoholforbruk, ser man ofte personlighetstrekk eller psykiske lidelser som er forbundet med atferdsproblemer, aggressivitet og økt risiko for voldsbruk, og i disse tilfellene kan voldsutøvelse like gjerne skyldes slike bakenforliggende forhold som alkoholpåvirkningen.

Forebygging

Forebygging av vold er viktig av flere grunner; ikke bare for å begrense omfanget av fysiske skader, smerter og behov for medisinsk hjelp, men også for å redusere omfanget av ødelagte vennskap og sosiale relasjoner og for å sikre tryggere omgivelser for mange. Det at alkoholbruk spiller en vesentlig rolle for omfanget av vold, tilsier at det er et betydelig potensial for å begrense voldsomfanget gjennom virkemidler som effektivt reduserer alkoholkonsumet og omfanget av beruselsestilfelle.

Ettersom pris og tilgjengelighet påvirker alkoholkonsumet (31), og det er en klar sammenheng mellom alkoholkonsumet og voldsomfanget i befolkningen, kunne man forvente at endringer i pris- og tilgjengelighetsvirkemidlene ville føre til endringer i voldsomfanget. Når det gjelder endringer i pris, finner man noe støtte for dette i litteraturen (32-34), men ikke entydig (35, 36).

Når det gjelder effekt av tilgjengelighetsbegrensende virkemidler, er forskningslitteraturen i hovedsak viet endringer av skjenketider og antall skjenkesteder. Disse studiene peker i retning av at økning i skjenketider og økning i antall skjenkesteder er forbundet med en økning i voldsomfanget (37, 38). Studier fra Norge har også funnet slike sammenhenger; en økning i antall skjenkesteder er forbundet med økning i antall voldshendelser (39), og en økning i skjenketidene er forbundet med en økning i voldsomfanget nattetid i helgene (40).

Tiltak for å begrense overskjenking og vold på skjenkesteder er utbredt, og de er belyst i en rekke studier. Mens rene opplæringstiltak av personale i liten eller ingen grad synes å forebygge vold, kan en kombinasjon av opplæringstiltak, kontroller og sanksjoner ved overskjenking ha en slik effekt (41). Det er imidlertid en rekke eksempler på at man ikke lykkes med slike tiltak (42) og det er mange barrierer for å iverksette og opprettholde virksomme tiltak (41).

Mer litteratur om emnet

Om alkohol og vold: Rossow, Ingeborg; Bye, Elin Kristin (2013).

The problem of alcohol-related violence: an epidemiological and public health perspective. I:

Alcohol-related violence: prevention and treatment. Wiley-Blackwell 2013 ISBN 9781119952749. s.3-18

Om skjenking og vold:Rossow og Norström (2012). Skjenking og vold. Kronikk på forebygging.no

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå (SSB). Sosiale forhold og kriminalitet Oslo: SSB; 2018
2. Steen K, Hunskaar S. Vold i Bergen. Tidsskrift for den Norske Legeforening. 1997;117:226-9.
3. Melhuus K, Siverts H, Enger M. Vold i Oslo 2012. Oslo skadelegevakt. Oslo: Oslo universitetssykehus, 2013.
4. Grytdal V, Meland P. Vold i Oslo 2009 - en analyse av voldsanmeldelser fra 2. halvår 2009. Oslo: Oslo politidistrikt, 2011.
5. Room R, Rossow I. Share of violence attributable to drinking. Journal of Substance Use. 2001;6:218-28.
6. Rossow I, Bye EK. The problem of alcohol-related violence: An epidemiological and public health perspective. In: McMurrin M, editor. Alcohol-related violence: Prevention and treatment. Chichester, UK: Wiley; 2013. p. 3-18.
7. Bødal K, Fridhov IM. Det gjelder drap. Oslo: kriminalomsorgens utdanningscenter, 1995.
8. Bogstrand ST, Normann PT, Rossow I, Larsen M, Mørland J, Ekeberg Ø. Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department. Drug and alcohol dependence. 2011;117(2):132-8.
9. Leonard K. Domestic violence and alcohol: what is known and what do we need to know to encourage environmental interventions? Journal of Substance Use. 2001;6:235-47.
10. Pape H. Vold og krenkelser i unge menneskers parforhold. Tidsskrift for den Norske Legeforening. 2003;123(15):2016-20.
11. Lund IO. Characteristics of a national sample of victims of intimate partner violence (IPV): Associations between perpetrator substance use and physical IPV. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2014;31(3):261-70.
12. Rossow I, Moan IS, Natvig H. Nære pårørende av alkoholmisbrukere - hvor mange er de og hvordan berøres de? Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2009.
13. Miller TR, Levy DT, Cohen MA, Cox KLC. Costs of alcohol and drug-involved crime. Prevention Science. 2006;7(4):333-42.

14. Rossow I. Alcohol-related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction*. 1996;91(11):1651-61.
15. Bye EK, Rossow I. Is the impact of alcohol consumption on violence relative to the level of consumption? *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*. 2008;9(1):31-46.
16. Pape H, Rossow I, Storvoll EE. Wetter and better? Changes in associations between drunkenness and other problem behaviors among Norwegian youth. *European Addiction Research*. 2008;14(2):61-70.
17. Gerevich J, Bacskai E, Czobor P. Aggression Levels in Treatment Seeking Inpatients With Alcohol-Related Problems Compared to Levels in the General Population in Hungary. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007;195(8):669-72 10.1097/NMD.0b013e31812001fc.
18. Chermack ST, Blow FC. Violence among individuals in substance abuse treatment: the role of alcohol and cocaine consumption. *Drug and Alcohol Dependence*. 2002;66(1):29-37.
19. Bye EK, Rossow I. The impact of drinking pattern on alcohol related violence among adolescents: an international comparative analysis. *Drug and Alcohol Review*. 2010;29(2):131-7.
20. Rossow I, Romelsjö A. The extent of the 'prevention paradox' in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction*. 2006;101:84-90.
21. Rossow I, Bogstrand ST, Ekeberg Ø, Normann PT. Associations between heavy episodic drinking and alcohol related injuries: a case control study. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1076.
22. Horverak Ø, Bye EK. Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973 til 2004. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2007.
23. Bye EK. Alcohol and violence: use of possible confounders in a time-series analysis. *Addiction*. 2007;102(3):369-76.
24. Bye EK. Alcohol and homicide in Eastern Europe - A time series analysis of six countries. *Homicide Studies*. 2008;12(1):7-27.
25. Rossow I. Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries. *Addiction*. 2001;96:77-92.
26. Norström T. Effects on criminal violence of different beverage types and private and public drinking. *Addiction*. 1998;93:689-99.
27. Pernanen K, Cousineau M-M, Brochu S, Sun F. Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 2002.
28. Giancola PR. Alcohol and aggression: theories and mechanisms. In: McMurrin M, editor. *Alcohol-related violence Prevention and treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2013. p. 37-60.

29. Graham K, Bernardis S, Osgood DW, Wells S. Bad nights or bad bars? Multi-level analysis of environmental predictors of aggression in late-night large-capacity bars and clubs. *Addiction*. 2006;101(11):1569-80.
30. Norström T, Rossow I, Pape H. Social inequality in youth violence: The role of heavy episodic drinking. *Drug and Alcohol Review*. 2018;37(2):162-9.
31. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2010.
32. Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research & Health*. 2002;26:22-34.
33. Xu X, Chaloupka FJ. The effects of prices on alcohol use and its consequences. *Alcohol Research & Health*. 2011;34(2):236.
34. Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *American Journal of Public Health*. 2010;100(11):2270-8.
35. Bloomfield K, Rossow I, Norström T. Changes in alcohol-related harm after alcohol policy changes in Denmark. *European Addiction Research*. 2009;18(4):224-31.
36. Mäkelä P, Österberg E. Weakening of one or more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland i 2004. *Addiction*. 2009;104:554-63.
37. Stockwell T, Chikritzhs T. Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking. *Crime Prevention and Community Safety*. 2009;11:153-70.
38. Popova S, Giesbrecht N, Bekmuradov D, Patra J. Hours and Days of Sale and Density of Alcohol Outlets: Impacts on Alcohol Consumption and Damage: A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism*. 2009;44(5):500-16.
39. Norström T. Outlet density and criminal violence in Norway, 1960-1995. *Journal of Studies on Alcohol*. 2000;61(6):907-11.
40. Rossow I, Norström T. The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*. 2012;107(3):530-7.
41. Rossow I, Buvik K. Preventing intoxication and related harm in nightlife settings. In: Giesbrecht N, Bosma LM, editors. *Preventing alcohol-related problems: Evidence and community-based initiatives*: APHA Press; 2017.
42. Rossow I, Baklien B. Effectiveness of responsible beverage service: the Norwegian experiences. *Contemporary Drug Problems*. 2010;37:91-107.

Negative konsekvenser av alkoholbruk for andre enn brukerne

Alkoholbruk kan forårsake et bredt spekter av negative følger for andre enn den som drikker.

Hovedpunkter

- Foreldres alkoholbruk kan ha negative følger for barn – i fosterstadiet og under oppveksten.
- Alkoholbruk blant arbeidstakere kan føre til økt sykefravær og nedsatt yteevne. Forekomsten av disse konsekvensene varierer betydelig mellom bransjer, på tvers av kjønn og i ulike aldersgrupper.
- Alkoholbruk kan forårsake et bredt spekter av negative følger for andre enn den som drikker, bl. a. støy fra berusede personer, uønsket seksuell oppmerksomhet og vold.

Negative konsekvenser av alkoholbruk for andre enn konsumenten blir omtalt som tredjepartsskader eller passiv drikking. I den forrige stortingsmeldingen på rusfeltet ”Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk” fra 2012 ble passiv drikking fremhevet som et viktig premiss i politikktutforming. Eksempelene i dette kapitlet - barn som skadelidende av foreldres alkoholbruk, konsekvenser av alkoholbruk for arbeidslivet og opplevde negative konsekvenser av andres drikking i den generelle befolkning – illustrerer at passiv drikking favner vidt både ved at det forekommer på ulike arenaer og rammer med ulik alvorlighetsgrad.

Konsekvenser av foreldres drikking for barn

En omfattende internasjonal forskningslitteratur har dokumentert hvilke skader på foster som kan følge av alkoholeksponering under svangerskapet og omfanget av problemet (Storvoll et al., 2010). Foreldres alkoholbruk kan også ha en negativ innvirkning på barn under oppveksten og på lengre sikt. Hvilke skader er påvist som følge av mors alkoholbruk under svangerskapet og hvor utbredt er slike skader på foster? Hvor mange barn vokser opp med alkoholmisbrukende foreldre og hvordan berøres de?

Skader på foster

Alkoholbruk under svangerskapet påvirker utvikling av fosterets kropp og sentralnervesystem (Elgen, Bruarøy & Lægreid, 2007a). Jo høyere alkoholkonsum under svangerskapet og jo flere episoder med høyt alkoholintak, desto større er risikoen for skader på fosteret.

Alkohol kan påvirke utviklingen av sentrale organer som hjerne, hjerte og nyrer (Olofsson & Lindemann, 2003). *Føtalt alkoholsyndrom (FAS)* er en diagnostisk betegnelse på en alvorlig alkoholrelatert fosterskade, som kjennetegnes av redusert vekst (vekt og/eller lengde), spesielle og avvikende ansiktstrekk samt klare tegn på hjerneskade. I tillegg er det blitt påvist at barn med denne typen alkoholskader har gjennomsnittlig lavere IQ, lærevansker, svekkede kognitive evner samt problemer med konsentrasjon sammenliknet med barn som ikke har tilsvarende skader

(Olofsson & Lindemann, 2003). *Føtal alkohol spektrum forstyrrelser (FASD)* er en betegnelse som også rommer mindre funksjonsnedsettelse og skader på sentralnervesystemet. Barn med FAS eller FASD vil som ungdom og unge voksne ofte ha større problemer i sosiale relasjoner og større risiko for rusmiddelproblemer og psykiske lidelser enn barn som ikke har slike skader (Weinberg, 1997).

Selv om det er dokumentert at et høyt alkoholkonsum under svangerskapet gir økt risiko for FAS/FASD, er det likevel et mindretall av barna som eksponeres for mye alkohol under svangerskapet som får FAS/FASD (Johnson & Jeff, 1999). Det er beregnet at forekomsten av FAS er fra 0,2 til 8 per 1000 levende fødte barn (Sampson et al., 1997; May, 2001; Elgen, Bruarøy & Lægreid, 2007b). Resultatene fra en meta-analyse basert på 24 studier fra 187 land tyder på at forekomsten av FASD er høyere (Lange et al., 2017). Studien viste at den globale forekomsten av FASD blant barn og unge i den generelle populasjonen var 7.7 per 1000 (95% CI, 4.9-11.7 per 1000), men at det var store variasjoner mellom regioner og land. Av WHO-regionene, hadde den Europeiske regionen høyest forekomst med 19.8 per 1000 (95% CI, 14.1-28.0 per 1000) og av de 187 landene som var inkludert var det Sør-Afrika som hadde høyest forekomst med 111,1 per 1000 (95% CI, 71.1-158.4 per 1000).

Barn av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?

Forskningslitteraturen som omhandler konsekvenser av foreldres alkoholbruk for barn i oppveksten er mer begrenset (se Lund et al., 2015; Rossow, Felix, Keating & McCambridge, 2016a; Rossow, Keating, Felix & McCambridge, 2016b). Dette gjelder spesielt forskning som er basert på data fra hele populasjonen av alkoholkonsumenter (i motsetning til bare fra foreldre med definerte alkoholproblem/avhengighet), samt studier av mulige langtidskonsekvensene av foreldres alkoholbruk for barn.

Formålet med en rapport fra 2009 var å beregne hvor mange barn som vokser opp med alkoholmisbrukende foreldre i Norge, samt å undersøke hvordan de berøres (Rossow, Moan & Natvig, 2009). Det ble brukt data fra en spørreundersøkelse gjennomført på ungdoms- og videregående skoler i 16 norske kommuner i 2004 (totalt 20 703 ungdommer). Beregningene viste at det er 50 000 – 150 000 barn i Norge som bor sammen med foreldre med et risikofyllt alkoholkonsum (Rossow et al., 2009). Til sammenligning fant Torvik og Rognmo (2011) at 90 000 (8,3%) har minst en forelder som misbruker alkohol. Mens beregningene til Rossow et al. (2009) var basert på ungdommenes rapportering av foreldres alkoholbruk, var beregningene til Torvik og Rognmo (2011) basert på hvor mange i voksenbefolkningen som kvalifiserer for en diagnose på alkoholmisbruk. Selv om beregningsmåtene er vidt forskjellige, ligger altså anslagene innenfor samme intervall.

Torvik og Rognmo (2011) beregnet videre at mellom 2% og 11% av negative konsekvenser som psykiske lidelser blant barn og barnevernstiltak i Norge kunne tilskrives alkoholbruk. Rossow og kolleger fant at psykososiale problemer, f.eks. depresjonssymptomer hos barna, selvmordstanker og selvmordsforsøk (se også Rossow & Moan, 2012), det å bli utsatt for trusler og vold og sannsynligheten for å ha en negativ foreldrerelasjon økte med hvor ofte ungdommene opplevde foreldrene beruset. Likevel var det, selv blant de som ofte opplevde foreldrene beruset, et flertall som ikke rapporterte noen av disse problemene. Begge rapportene er basert på tverrsnittsdata og det er derfor ikke mulig å trekke årsaksslutninger om sammenhengen mellom foreldres drikking og negative konsekvenser for barna basert på disse studiene.

En oppsummering av internasjonal forskningslitteratur viser at relativt mange studier har undersøkt sammenhengen mellom foreldres drikking i den generelle populasjonen og mulige skadelige konsekvenser for barna på et senere tidspunkt (Rossow et al., 2016a). Imidlertid er utfallsmålene oftest begrenset til rusmiddelbruk blant barna. Sammenhengene er ofte svake eller ikke-eksisterende, noe som trolig kan tilskrives at design og analyser er dårlig egnet til å belyse sammenhengen (se Rossow et al., 2016a). I de metodisk beste studiene finner man sterkere assosiasjoner mellom foreldres drikking og drikking eller andre problemer hos deres barn (Rossow et al., 2016b). Likevel er det, også basert på internasjonale forskningslitteratur, et svakt empirisk grunnlag for å trekke sikre konklusjoner om årsakssammenhenger mellom foreldres drikking og negative konsekvenser for barna.

I et nylig igangsatt norsk prosjekt, der surveydata kobles med registerdata, skal flere mulige langtidskonsekvenser av foreldres drikking for barn undersøkes (for beskrivelse, se Lund et al., 2015).

Referanser

Cordero, J. F., & Floyd, R. I., & Martin, M. L. (1994). Tracking the prevalence of FAS. *Alcohol Health Res World*, 18, 82-85

Elgen, I., Bruarøy, S. & Lægreid, L. M. (2007a). Complexity of foetal alcohol or drug neuroimpairments. *Acta Paediatrica*, 96, 1730-1733.

Elgen, I., Bruarøy, S. & Lægreid, L. M. (2007b). Lack of recognition and complexity of foetal alcohol neuroimpairments. *Acta Paediatrica*, 96(2), 237-41.

Johnson, J.L. & Le, M. (1999). Children of Substance Abusers: Overview of Research Findings. *Pediatrics*, 103, 1085-1099.

Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., & Popova, S. (2017). Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*, 171(10), 948-956.

Lund, I. O., Bukten, A., Storvoll, E. E., Moan, I. S., Skurtvedt, S., Handal, M., Nordfjærn, T., Brunborg,

G. S. & Rossow, I. (2015). A Cohort Study on Long-Term Adverse Effects of Parental Drinking: Background and Study Design. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9(2), 77-83.

May, P. A., & Gossage, J. P. (2001). Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. A summary. *Alcohol Res Health*, 25, 159-67.

Rossow, I., Felix, L., Keating, P., & McCambridge, J. (2016a). Parental drinking and adverse outcomes in children: a scoping review of cohort studies. *Drug and Alcohol Review*, 35 (4), 397-405.

Rossow, I., Keating, P., Felix, L., & McCambridge, J. (2016b). Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction*, 111 (2), 204-217.

Rossow, I., & Moan, I. S. (2012). Parental Intoxication and Adolescent Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*

,
16

(1), 73-84.

Rossow, I., Moan, I. S. & Natvig, H. (2009). Nære pårørende av alkoholmisbrukere: - hvor mange er de og hvordan berøres de? SIRUS-rapport nr. 9/2009.

Sampson, P. D., Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Little, R. E., Clarren, S. K. et al. (1997). Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. *Teratology*, 56(5), 317-26.

St.Meld. nr. 30 (2011-2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Storvoll, E. E., Rossow, I., Moan, I. S., Norström, T., Scheffels, J., & Lauritzen, G. (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*. SIRUS-rapport nr. 3/2010.

Torvik, F. A., & Rognum, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk, Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:4.

Olofsson, M. & Lindemann, R. (2003). Rusmiddelbruk i svangerskapet og konsekvenser for det nyfødte barnet. I Killen, K. & Olofsson, M. (red.). *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

Weinberg, N.Z. (1997). Cognitive and behavioral deficits associated with parental alcohol use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1177-1186.

Alkoholbruk og konsekvenser for arbeidsliv

I en antologi fra 2014 oppsummeres funn fra sentrale norske og internasjonale studier om fire mulige konsekvenser av alkoholbruk for arbeidslivet: sykefravær, nedsatt yteevne på jobb, ulykker og arbeidsledighet. Her framkommer det at mesteparten av forskningen har omhandlet alkoholrelatert fravær og ineffektivitet og at det finnes lite norsk forskning som omhandler alkoholens betydning for ulykker og arbeidsledighet (Moan, 2014). En litteraturgjennomgang av internasjonale studier publisert i tidsrommet 1980-2014 ga empirisk støtte for at det er en sammenheng mellom alkoholbruk og både korttids- og langtidsfravær (Schou & Moan, 2016). Flere nyere studier har kartlagt forekomsten av alkoholrelatert sykefravær og ineffektivitet blant norske arbeidstakere (f.eks. Edvardsen, Moan, Christophersen & Gjerde, 2016; Moan & Halkjelsvik, 2016; Schou, Storvoll & Moan, 2014). En av undersøkelsene omhandler også konsekvenser av arbeidstakeres alkoholbruk for arbeidsmiljø og for kollegaer (Moan & Halkjelsvik, 2016).

Hvor utbredt er alkoholrelatert fravær og ineffektivitet?

En undersøkelse gjennomført i et bredt utvalg av norske arbeidstakere i 2015 viste at alkoholrelatert sykefravær var lite utbredt, 1-2% svarte at de hadde hatt slikt fravær en hel dag siste år grunnet alkoholbruk og 2% svarte at de hadde hatt fravær deler av en dag på grunn av alkoholbruk. Ineffektivitet som følge av alkoholbruk var mer utbredt, 11% oppga dette (Moan & Halkjelsvik, 2016). En studie der både kvantitative data og kvalitative intervjudata ble benyttet viste imidlertid at til tross for lav utbredelse av alkoholrelatert fravær og ineffektivitet blant norske arbeidstakere, kan få eller bare én ansatt med et problematisk alkoholbruk forårsake store økonomiske, sosiale og praktiske problemer for arbeidsplassen (Buvik, Moan & Halkjelsvik, 2018). Det ser også ut til å være store variasjoner i utbredelse av fravær og ineffektivitet i ulike grupper av arbeidstakere. En studie, gjennomført i åtte ulike bransjer i norsk arbeidsliv, viste at selvrapportert alkoholrelatert fravær siste 12 måneder varierte mellom 1-25% i disse bransjene og at ineffektivitet som følge av alkoholbruk varierte mellom 12-66% (Edvardsen et al., 2016). Alkoholrelatert fravær og ineffektivitet var mest utbredt blant bar- og restaurantarbeidere og minst utbredt blant helsearbeidere. Videre er alkoholrelatert fravær og ineffektivitet mer utbredt blant menn enn kvinner og blant yngre enn eldre arbeidstakere (Edvardsen et al., 2016; Moan, 2014; Moan & Halkjelsvik, 2016; Schou et al., 2014). Til slutt har både norske og internasjonale studier vist at den gruppen av arbeidstakerne som drikker mest (6-10 prosent av utvalgene) står for en stor andel av sykefraværet (19-41%), men at den største andelen av fraværet (59-81%) kan tilskrives personer som drikker moderat (Jones, Casswell & Zhang, 1995; Moan & Halkjelsvik, 2016; Schou et al., 2014). På bakgrunn av disse funnene blir det argumentert for at man i forebyggingen av alkoholrelaterte problemer bør velge tiltak som retter seg mot hele befolkningen av alkoholbrukere (befolkningsstrategier), fremfor tiltak som bare retter seg om høyrisikogrupper. Dette omtales gjerne som forebyggingsparadokset (Rose, 2001).

Hvilke konsekvenser har alkoholbruk for arbeidsmiljø og kollegaer?

Norske arbeidstakere oppgir at de drikker relativt ofte, omtrent halvparten svarte at de drakk ukentlig, men omfanget av jobbrelatert drikking var mer beskjedent. Omtrent 20% av drikkeepisodene de siste 12 månedene forekom i jobbrelaterte sammenhenger (Moan & Halkjelsvik, 2016). Til tross for at jobbrelatert drikking forekom forholdsvis sjelden, svarte 30-40% at alkohol var en viktig og naturlig del av arbeidslivet, og at de syns at alkohol bidro til å styrke arbeidsmiljøet. Gitt det relativt lave omfanget av drikking i jobbsammenheng, var det også overraskende at nær 1 av 3 hadde opplevd at kollegaer som drakk var plagsomme, at 1 av 5 svarte at de hadde vært bekymret for kollegaers alkoholbruk og at 1 av 10 hadde følt seg ekskludert eller uteblitt fra sosiale sammenhenger i jobbsammenheng på grunn av alkoholbruk (Moan & Halkjelsvik, 2016).

Referanser

Buvik, K., Moan, I. S., & Halkjelsvik, T. (2018). Alcohol-related absence and presenteeism: Beyond productivity loss. *International Journal of Drug Policy*, 58,71-77.

Edvardsen, H. M., Moan, I. S., Christophersen, A. S., Gjerde, H. (2016). Bruk av rusmidler, sløvende legemidler og tobakk blant arbeidstakere i utvalgte bransjer i Norge. Folkehelseinstituttet. Rapport desember 2016.

Jones, S., Casswell, S. & Zhang, J. (1995). Economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. *Addiction*, 90 (11), 1455-

1461.

Moan, I. S. (2014). Arbeidstakeres alkoholbruk og konsekvenser for arbeidslivet – sykefravær, nedsatt yteevne, ulykker og arbeidsledighet. I *Alkohol + arbeidsliv = sant? En vitenskapelig antologi* (red: H. Sagvaag & B. Sikveland). Gyldendal Akademiske Forlag, 2014.

Moan, I. S., & Halkjelsvik, T. (2016). Alkohol og arbeidsliv. En undersøkelse blant norske arbeidstakere, Folkehelseinstituttet. Rapport juni 2016.

Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30, 427-432.

Schou, L., & Moan, I. S. (2016).

Alcohol use-sickness absence association and the moderating role of gender and socioeconomic status: A literature review.

Drug and Alcohol Review, 35 (2), 158-169.

Schou, L., Storvoll, E. E., & Moan, I. S. (2014). Alcohol-related sickness absence among young employees: Gender differences and the prevention paradox. *European Journal of Public Health*. 24 (3), 480-485.

Negative konsekvenser av andres drikking i den generelle befolkningen

Ulike datakilder fanger opp ulike aspekter av negative konsekvenser av andres drikking. Registerdata gir informasjon om utbredelsen av alvorlige skader, f.eks. vold og trafikkulykker (Connor & Casswell, 2012), men er ikke godt egnet til å beskrive hele spekteret av negative konsekvenser av andres alkoholbruk. Til dette formålet er data fra spørreskjema bedre egnet. Studier der spørreskjema er brukt for å undersøke de negative konsekvensene av andres drikking i befolkningen består av to forskningstradisjoner.

Den første tradisjonen fokuserer på selv-rapporterte opplevelser av spesifikke negative konsekvenser av andres drikking (f.eks. blitt holdt våken om natten på grunn av støy fra berusede personer og blitt fysisk skadet av noen som var påvirket av alkohol) og har beskrevet hvordan forekomsten varierer i ulike demografiske grupper (Casswell, Harding, You & Huckle, 2011; Laslett et al., 2011; Lund, Moan & Storvoll, 2016; Mäkelä et al., 1999; Moan et al., 2015; Rossow & Hauge, 2004; Storvoll, Moan & Lund, 2016). Resultatene fra studier fra de nordiske landene og Skottland (Moan et al., 2015), Australia (Laslett et al., 2011) og New Zealand (Casswell et al., 2011) viste at det å ha opplevd spesifikke negative konsekvenser som følge av andres drikking var utbredt. Mellom 25% og 70% av respondentene i de ulike landene bekreftet å ha opplevd slike konsekvenser. Mønsteret av utbredelse var konsistent på tvers av land. De minst alvorlige konsekvensene, f.eks. å bli holdt våken om natten på grunn av støy fra berusede personer, var mest utbredt mens de mest alvorlige konsekvensene, f.eks. å bli fysisk skadet (se omfattende forskningslitteratur i artikkelen Alkohol og vold) av noen som var alkoholpåvirket, var minst utbredt. I de nord-europeiske landene var forekomsten av å oppleve negative konsekvenser av andres drikking høyest blant unge, single,

respondenter som var bosatt i urbane områder, og i noen land blant kvinner og de som ofte drakk seg beruset selv (Moan et al., 2015).

Den andre forskningstradisjonen har brukt globale mål for å kartlegge omfanget av negative konsekvenser som følge av familie og venners alkoholbruk, dvs. at det er blitt stilt spørsmål om respondentene har opplevd problemer generelt som følge av familie og venners alkoholbruk (Laslett et al., 2011; Ramstedt et al., 2016). Nasjonale estimater på forekomsten av negative konsekvenser av familie og venners drikking varierer mellom 14 % og 28% i seks nord-europeiske land (Ramstedt et al., 2015) og 30% i Australia (Laslett et al., 2011). Et konsistent funn på tvers av landene er at unge og kvinnelige respondenter er mer utsatt for negative konsekvenser av familie og venners alkoholbruk (Laslett et al., 2011; Ramstedt et al., 2015).

Referanser

- Casswell, S., Harding, J. F., You, R. Q., & Huckle, T. (2011). Alcohol's harm to others: self-reports from a representative sample of New Zealanders. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 124 (1336).
- Connor, J., & Casswell, S. (2012). Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge. *New Zealand Medical Journal*, 125, 11-27.
- Laslett, A. M., Room, R., Ferris, J., Wilkinson, C., Livingston, M., & Mugavin, J. (2011). Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. *Addiction*, 106, 1603-1611.
- Lund, I. O., Moan, I. S., & Storvoll, E. E. (2016). Harm from others' drinking: how problematic do people with and without experience of harm perceive it to be? *International Journal of Drug Policy*, 38,43-49.
- Mäkelä, P., Fonanger, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S., & Simpura, J. (1999). *Drinking habits in the Nordic countries*. Oslo: Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning (SIFA).
- Moan, I. S., Storvoll, E. E., Sundin, E., Lund, I. O., Bloomfield, K., Hope, A., Ramstedt, M., Huhtanen, P., & Kristjánsson, S. (2015). Experienced Harm from Other Peoples' Drinking: A Cross-country Comparison. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9 (2), 45-57.
- Ramstedt, M., Sundin, E., Moan, I. S., Storvoll, E. E., Bloomfield, K., Hope, A., Kristjánsson, S. Lund, I. O. & Tigerstedt, C. (2015). Harm from heavy drinking of family and friends - a comparative study of the Nordic countries and Scotland. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9 (2), 107-18.
- Rossow, I. M. & Hauge, R. (2004). Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others' drinking. *Addiction*, 99, 1094-1102.
- Storvoll, E. E., Moan, I. S. & Lund, I. O. (2016). Negative Consequences of Other People's Drinking: Prevalence, Perpetrators and Locations. *Drug and Alcohol Review*, 35(6),755-762.

Bruk av alkohol blant bilførere i Norge

Det finnes flere undersøkelser som har kartlagt alkoholpåvirkning blant bilførere i Norge, og som på ulike måter belyser bruk av alkohol i trafikken. Undersøkelsen som er best egnet til å beskrive utbredelse av alkoholpåvirket kjøring er Veikantundersøkelsen der det tas spyttprøver av et stort antall tilfeldige bilførere.

To andre datakilder er henholdsvis blodprøver og pustep prøver som gjennomføres av politiet og som tas av førere mistenkt for kjøring i påvirket tilstand. En siste datakilde er blodprøver av førere som har omkommet i trafikkulykker.

Hovedpunkter

- Utbredelsen av alkoholpåvirket kjøring i Norge har gått ned siden 80-tallet, og er lavere enn gjennomsnittet i Europa. Resultater fra 2011 viste at omlag 0,3 % av norske førere hadde en alkoholkonsentrasjon over den lovlige promillegrensen (0,2 promille)
- Rusmiddelanalyser av blodprøver fra bilførere som var mistenkt for ruspåvirket kjøring viser at andelen som testet positivt for alkohol har gått ned de siste 10 årene, fra 62 % i 2007 til 37 % i 2017, mens andelen positive pustep prøver har vært forholdsvis stabil i denne tiårsperioden
- Blodprøver av bilførere som omkom i trafikkulykker i tidsrommet 2001-2010 viste at 25 % av prøvene hadde alkoholkonsentrasjon over 0,2 promille

Hva er alkoholpåvirket kjøring?

I 1936 innførte Norge som det første landet i verden en promillegrense som definerer når man er alkoholpåvirket, og dermed ikke har lov til å føre motoriserte kjøretøy. Denne grensen var tidligere på 0,5 promille, men ble i 2001 senket til 0,2 promille. Lovbestemmelsen er nedfelt i Veitrafikkloven, § 22: «Ingen må føre eller forsøke å føre motorvogn når han er påvirket av alkohol (ikke edru) eller annet berusende eller bedøvende middel. Har han/hun større alkoholkonsentrasjon i blodet enn 0,2 promille eller en alkoholmengde i kroppen som kan føre til så stor alkoholkonsentrasjon i blodet eller en alkoholkonsentrasjon i utåndingsluften på over 0,1 milligram per liter luft, regnes føreren i alle tilfeller som påvirket av alkohol (ikke edru) i forhold til bestemmelsen i denne lov».

Det er fire ulike undersøkelser som har kartlagt alkoholpåvirket kjøring blant bilførere i Norge. Disse er beskrevet under.

Utbredelse av promillekjøring i Norge

Veikantundersøkelsen er undersøkelsen som i størst grad kan si noe om utbredelse av alkoholpåvirket kjøring i Norge. Den forrige Veikantundersøkelsen som ble gjennomført i Norge var del av et europeisk prosjekt DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines) der prøver av spytt eller blod ble samlet inn fra nær 50 000 tilfeldige bilførere i 13

europiske land og analysert for alkohol, narkotika og trafikkfarlige legemidler (Gjerde et al., 2011). Norge hadde den største delstudien med spyttprøver fra 9236 tilfeldig utvalgte bilførere i seks regioner. Undersøkelsen ble gjennomført av Folkehelseinstituttet (nå avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo Universitetssykehus), Utrykningspolitiet og Transportøkonomisk institutt.

Resultatene fra DRUID-prosjektet viste at forekomsten av alkoholpåvirket kjøring i Norge er lavere enn gjennomsnittet i Europa, og at forekomsten er høyest i Italia og Belgia der henholdsvis 5 % og 2 % av førerne hadde over 0,5 i promille (Gjerde et al., 2011). Til sammenligning var andelen førere som testet positivt på alkohol (over 0,1 promille) i Norge 0,4 %. Totalt 0,3 % av norske førere hadde en alkoholkonsentrasjon over den lovlige promillegrensen (0,2 promille). Andelen som hadde en alkoholkonsentrasjon over 0,5 promille i Norge var 0,07. En studie som kartla promillekjøring i Norge i 1981-1982 viste at 0,27 % hadde mer enn 0,5 promille i blodet (Glad, 1983). Det har med andre ord vært en nedgang i utbredelsen av promillekjøring i Norge siden 80-tallet.

Bilførere mistenkt for alkoholpåvirket kjøring

Under presenteres en oversikt over antall bilførere som ble testet av politiet på grunn av mistanke om ruspåvirket kjøring, enten ved bruk av blodprøver eller ved hjelp av pusteprøver.

Tabell 1 viser en oversikt over antall *blodprøver* tatt av bilførere som var mistenkt for påvirket kjøring i årene 2007 til 2017. Antallet blodprøver var relativt stabilt i perioden. Andelen prøver som var positive på alkohol (kun) har imidlertid gått ned, fra 62 % i 2007 til 37 % i 2017. Derimot har andelen prøver som var positive på alkohol og andre rusmidler gått opp i samme periode (for mer informasjon om andre rusmidler se artikkelen Skader og problemer knyttet til narkotikabruk i rapporten Narkotika i Norge).

Tabell 1.

Antall blodprøver av førere mistenkt for ruspåvirket kjøring i årene 2007-2017, antall prøver som var positive for alkohol og andel prøver som var positive for alkohol*

År	Antall positive blodprøver, alkohol	Totalt antall rusmiddelanalyser av blod	Andel (%) positive blodprøver, alkohol
2007	4659	7510	62,04 %
2008	4966	7829	63,43 %
2009	4763	7860	60,60 %
2010	4660	7900	58,99 %
2011	4869	7952	61,23 %
2012	5081	8644	58,78 %
2013	4828	8550	56,47 %
2014	3968	8173	48,55 %
2015	3597	7990	45,02 %
2016	3264	8203	39,79 %

2017	2959	7947	37,23 %
------	------	------	---------

* Data som er presentert i tabellen kommer fra Avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo Universitetssykehus.

Antallet *pusteprøver* av førere mistenkt for alkoholpåvirket kjøring har variert noe mer (se Tabell 2). Andelen positive *pusteprøver* har derimot vært forholdsvis stabil, mellom 70 % og 81 % med en svak oppgang de siste fire årene.

Tabell 2.

Antall *pusteprøver* av førere mistenkt for alkoholpåvirket kjøring i årene 2007-2017*, antall prøver som var positive for alkohol og andel prøver som var positive for alkohol

År	Antall testet for alkohol med intoxilyzer/evidenser	Antall positive pusteprøver, alkohol	Andel (%) positive pusteprøver, alkohol
2007	2264	1653	73,01 %
2008	2196	1577	71,81 %
2009	1717	1214	70,70 %
2010	1637	1258	76,85 %
2011	1196	882	73,75 %
2012	1073	772	71,95 %
2013	1369	1031	75,31 %
2014	1851	1473	79,58 %
2015	2161	1757	81,30 %
2016	2040	1622	79,51 %
*2017	1870	1472	78,72 %

* Data som er presentert i tabellen kommer fra Avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo Universitetssykehus..

Mens det har vært en klar nedgang i andelen blodprøver som var positive på alkohol (Tabell 1), har det altså vært en svak oppgang i andelen positive *pusteprøver* fra 2007 til 2017 (Tabell 2). Andelen positive *pusteprøver* har dessuten vært høyere enn andelen positive blodprøver i alle ti årene det er blitt tatt blod- og *pusteprøver*. Én mulig forklaring på denne forskjellen er at man ved testing av førere som mistenkes for ruspåvirket kjøring, ikke bare ser etter alkoholpåvirkning men også bruk av andre rusmidler. Følgelig vil det i disse sakene være flere symptomer på ”påvirket kjøring” enn om man kun ser etter alkoholpåvirket kjøring. Andelen førere mistenkt for ruspåvirket kjøring og som har testet positivt på cannabis, MDMA (ecstasy), kokain og GHB har økt i senere år (Rusmiddelstatistikk, 2017), noe som trolig kompliserer arbeidet for politiet når de skal identifisere alkoholpåvirkede førere. Videre indikerer Tabell 1 at antallet sjåførere som ble mistenkt for

ruspåvirket kjøring de siste 10 årene har vært relativt stabil. Imidlertid kan man ikke utelukke at det er politiets innsats som har vært stabil. Følgelig kan det faktiske antallet førere som det har vært grunn til å mistenke for påvirket kjøring ha vært høyere enn det som fremkommer av tabellen.

Blodprøver av omkomne i trafikkulykker i Norge

Ruspåvirket kjøring medfører økt risiko for trafikkulykker, og dermed økt risiko for å skade seg selv og andre. En måte å kartlegge i hvilken grad rusmidler utgjør en risikofaktor for trafikksikkerheten, er ved å ta blodprøver av førere som har omkommet i trafikken.

Antall omkomne personbil- og varebilførere i Norge har gått ned fra omtrent 120 per år i 2001-3 til omtrent 100 per år i 2009-10, noe som blant annet tilskrives bedre kjøretøy og teknisk utstyr, bedre veier, bedre sjåførere og bedre medisinsk behandling av alvorlig skadde (Gjerde & Christophersen, 2012). Imidlertid har også antall prøver innsendt for rusmiddelanalyse gått ned tilsvarende, fra ca. 80 til ca. 60 per år. Det innebærer at man kun har data fra et utvalg av alle trafikkulykker.

I perioden 2001-2010 var det tilsammen 1077 førere av person- og varebiler som omkom i trafikkulykker i Norge (Gjerde & Christophersen, 2012). Blodprøver fra 63 % av disse (561 menn og 116 kvinner) ble sendt til Folkehelseinstituttet (nå avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo Universitetssykehus). Prøvene ble analysert for alkohol, narkotika og trafikkfarlige legemidler. Det ble undersøkt hvor mange som hadde konsentrasjoner av slike stoffer høyere enn Vegtrafikklovens straffbarhetsgrenser, som tilsvarer 0,2 promille alkohol.

Det ble funnet alkohol, narkotika og legemidler høyere enn straffbarhetsgrensene i 42 % av de mottatte prøvene (46 % i prøver fra menn, 24 % i prøver fra kvinner). Alkohol over 0,2 promille ble påvist i 25 % av prøvene. De fleste hadde høy promille, totalt 21 % hadde over 1,0 promille alkohol i blodet. I 18 % av prøvene ble det påvist kun alkohol og i 7 % av prøvene ble både alkohol og andre stoffer påvist (for mer informasjon om andre rusmidler se artikkelen Skader og problemer knyttet til narkotikabruk i rapporten Narkotika i Norge).

I prøver fra førere som omkom i eneulykker ble det funnet konsentrasjoner over straffbarhetsgrensene i 65 % av tilfellene, mens i prøver fra førere som omkom i kollisjonsulykker ble rusmidler funnet i kun 26 % av prøvene. Det ble svært ofte funnet rusmidler i prøver fra førere som omkom i trafikkulykker om natten, og spesielt i prøver fra ulykker som skjedde på natten i helgene. Alkohol ble oftest påvist hos omkomne førere under 25 år.

Oppsummering

Utbredelsen av promillekjøring i Norge har gått ned siden 80-tallet, og er lavere enn gjennomsnittet i Europa. Imidlertid viser analyser av blodprøver fra førere som har omkommet i trafikken at en stor andel var påvirket av alkohol, narkotika eller legemidler. Man kan ikke basert på disse funnene konkludere med at bruk av rusmidler var den eneste årsaken til disse ulykkene. Andre forhold som høy fart, vanskelige føreforhold samt dårlige kjøreferdigheter kan også ha vært medvirkende årsaker. Det er imidlertid rimelig å anta at rusmidler i større eller mindre grad var medvirkende årsak til at ulykkene skjedde. Spesielt er dette en rimelig antakelse i forbindelse med eneulykkene der ansvar og årsak kan knyttes til den enkelte omkomne fører.

Referanser

Rusmiddelstatistikk (2017). Funn i blodprøver hos bilførere mistenkt for påvirket kjøring 2017. Avdeling for rettsmedisinske fag, Oslo Universitetssykehus.

Gjerde, H., & Christophersen, A. S. (2012).

Ruspåvirkning blant førere som omkom i trafikkulykker i 2001-2010. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012.

Gjerde, H., Christophersen, A.S., Normann, P.T., Assum, T., Pettersen, B. S., Rognerud, A. J., Sabaredzovic, A., & Mørland, J. (2011).

Bruk av alkohol, narkotika og trafikkfarlege legemiddel blant bilførere i normal trafikk: Norske og europeiske resultat frå DRUID-prosjektet

. FHI-rapport 2011:6. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011.

Glad, A. (1983). Omfanget av og variasjonen i promillekjøringen. Oslo: Transportøkonomisk institutt; 1983.

Forebyggende tiltak på alkoholfeltet

Hvilke virkemidler har vi til rådighet for å forebygge skadelig alkoholbruk og alkoholrelaterte problemer? Hvor effektive er disse virkemidlene? I denne oversiktsartikkelen belyses disse spørsmålene.

Hovedpunkter

- Informasjons- og holdningsskapende tiltak har i beste fall liten og kortvarig effekt på alkoholbruk
- Høye priser og begrensninger på tilgjengeligheten av alkohol er de mest effektive virkemidlene
- Promillegrenser, kontroller og sanksjoner er i kombinasjon effektivt for å forebygge alkoholrelaterte trafikkskader

Alkohol er en lovlig vare, og samfunnet har en større virkemiddelpolitisk verktøykasse til rådighet, enn for illegale rusmidler. Det gjelder både på lokalt og på nasjonalt nivå. Det finnes omfattende forskningsbasert kunnskap om hvor effektive virkemidlene er med hensyn til å forebygge alkoholbruk og alkoholrelaterte problemer. Det eksisterer også en del kunnskap om hvordan tiltakene best kan iverksettes og opprettholdes. Vi kan dele tiltakene i fire hovedgrupper; - informasjons- og holdningsskapende tiltak, pris- og tilgjengelighetsregulering, tiltak i risikofylte kontekster, og hjelp og behandling.

Informasjons- og holdningsskapende tiltak

Denne gruppen forebyggende tiltak omfatter informasjons- og holdningskampanjer (f. eks i mediene), advarselsmerking på produkter og forebyggingsprogrammer i skoler og på internett. Informasjons- og holdningskampanjer har tradisjonelt vært populære tiltak. De er relativt enkle og billige å iverksette og retter seg mot hele befolkningsgrupper. Tanken bak slike kampanjer er at mer kunnskap om helsefarer og holdningsendringer vil kunne endre atferd. I all hovedsak finnes det ikke støtte for denne antakelsen når det gjelder alkoholbruk (1, 2).

Advarselsmerking på produktemballasje er en annen måte å nå ut med informasjon til forbrukerne. En begrenset forskningslitteratur, hovedsakelig fra USA, har belyst mulige effekter av slik advarselsmerking. Denne litteraturen viser i all hovedsak at slik merking ikke synes å ha noen effekt på folks drikkevaner (2, 3), heller ikke når de er rettet spesifikt mot alkoholbruk i svangerskapet (4).

Ungdom er særlig sårbare for virkningene av alkohol, og forebyggende programmer i skolen er svært utbredte og populære tiltak. Programmer rettet mot både foreldre og barn kan ha en forebyggende effekt på senere alkoholbruk (5, 6). Noen rusforebyggende programmer i skolen er mer lovende enn andre, men effektene er ofte små og kortvarige (2, 7). I praksis blir også mange slike programmer gjennomført i 'light'-versjoner, noe som ytterligere reduserer mulige effekter på alkoholbruk (8).

I løpet av de siste par tiårene er det utviklet og evaluert ulike forebyggingsprogrammer på internett. Slike programmer synes å kunne ha en liten, og relativt kortvarig, effekt og redusere alkoholbruk i den allmenne voksne befolkningen, blant skolelever/studentene, og blant personer med høyt alkoholforbruk (9).

Pris- og tilgjengelighetsregulering

Høye priser på alkohol og begrensninger i tilgjengeligheten er regnet som de mest effektive tiltakene for å dempe alkoholforbruket i befolkningen og derved omfanget av de alkoholrelaterte skadene. Disse er universelle og kostnadseffektive virkemidler (10), som har god effekt også blant unge mennesker (11) og blant alkoholavhengige (12, 13). I artikkelen Priser og avgifter på alkohol ser du hvordan alkoholavgifter og alkoholpriser har utviklet seg i Norge. Begrensninger i tilgjengeligheten omfatter blant annet regulering av antall salgs- og skjenkesteder og salgs- og skjenketider, og reduksjon av antall salgs- og skjenkesteder og av salgs- og skjenketider er vist å kunne redusere alkoholkonsumet og omfanget av alkoholrelaterte skader (2, 10, 14), også i Norge (13, 15, 16). I Norge forvaltes reguleringen av salgs- og skjenkebevillingene på kommunalt nivå (se artikkelen Salgs- og skjenkebevillinger: kommunenes forvaltning av alkoholloven for mer informasjon).

Alkoholpolitikken omfatter også noen andre virkemidler som begrenser tilgjengeligheten av alkohol. Aldersgrense for kjøp av alkohol er et utbredt virkemiddel. Hvorvidt – eller i hvilken grad – en slik aldersgrense håndheves, varierer betydelig. Studier fra mange land med ulike aldersgrenser viser at mindreårige (de som er yngre enn aldersgrensen for å få kjøpt) likevel ofte får kjøpt alkohol, både i butikker og på skjenkesteder. Dette er også vist i norske studier (17-19). Det å ha en aldersgrense i seg selv synes likevel å ha en effekt på alkoholbruk og alkoholrelaterte skader. Det er i første rekke studier av endringer i aldersgrenser i amerikanske delstater som har vist at å heve aldersgrensen reduserer alkoholbruk og skadeomfang (20, 21).

Et statlig monopol for omsetning av alkohol, slik vi har i Norge, innebærer også en betydelig begrensning i tilgjengeligheten av alkohol. Dette dreier seg i første rekke om en begrensning i antall utsalgssteder, men i noen grad også om begrensning i salgstider. Studier om effekter av oppheving av monopol og effekter av butikk-tilgjengelighet og åpningstider, har beregnet sannsynlige konsekvenser for alkoholforbruket og omfanget av alkoholrelaterte skader ved en tenkt oppheving av monopolsystemet i Sverige (22). Tilsvarende er det rimelig å anta at monopolordningen i Norge bidrar til å begrense alkoholforbruket og omfanget av alkoholrelaterte skader i betydelig grad.

Regulering av reklame og markedsføring av alkohol er en annen måte for å begrense tilgjengeligheten. I Norge ble det innført forbud mot alkoholreklame i 1975. Forskning på hvilken effekt reklame har på alkoholforbruket har vært noe sprikende. Nyere studier har vist at ungdom blir påvirket av alkoholreklame og markedsføring, ved at de både blir mer tilbøyelige til å begynne å drikke og drikker mer når de har begynt å drikke (2, 23). Regulering av reklame og markedsføring synes derfor å være et godt tiltak for å begrense alkoholbruk blant unge.

Tiltak i risikofylte kontekster

Mulige konsekvenser av alkoholpåvirkning er større og mer alvorlige i enkelte kontekster, som i trafikken (herunder også båttrafikk og luftfart). Alkoholbruk i slike sammenhenger er derfor strengt regulert. I Norge er promillegrensen 0,2 i veitrafikken. Politiet utfører tilfeldige promillekontroller, og straffereaksjonene kan være betydelige ved promillekjøring. En slik kombinasjon av en relativt lav promillegrense, en viss kontrollvirksomhet og sanksjoner ved overtredelse, er vist å ha god effekt på omfanget av alkoholrelaterte trafikkskader (2, 10, 14).

Skjenkesteder og områdene rundt disse kan være betydelig belastet med fyll, bråk og vold. Mange land har iverksatt tiltak for å begrense overskjenking og forebygge vold på og ved skjenkesteder (24). Opplæringstiltak av ansatte synes i liten eller ingen grad å forebygge vold, mens en kombinasjon av opplæringstiltak, kontroller og sanksjoner ved overskjenking kan ha en slik effekt (24). Det er imidlertid en rekke eksempler på at slike tiltak ikke lykkes (25), og det er mange barrierer for å iverksette og opprettholde virksomme tiltak (24).

Hjelp og behandling

Noen virkemidler er rettet mot dem som er i faresonen for å utvikle et alkoholmisbruk og dem som har et kronisk misbruk. Virkemidlene er viktige for å forebygge ytterligere problemer og skader, både for brukerne selv og for deres omgivelser. Kartlegging av risikofylt alkoholbruk og korte motivasjonssamtaler i primærhelsetjenesten er tiltak som det er godt forskningsmessig belegg for at reduserer alkoholbruk, i hvert fall blant menn (26). Både i Norge og i andre land er tiltaket imidlertid i liten grad systematisk implementert i primærhelsetjenesten (27).

Pasienter som har utviklet et alkoholproblem kan ha god nytte av behandling i spesialisthelsetjenesten. Ulike behandlingsformer tilbys; både samtaleterapi og medikamentell behandling i institusjon eller poliklinikk. Forskning viser at slik behandling kan redusere eller lede til opphør av alkoholbruk eller forebygge tilbakefall, men effekten er svak (2, 28, 29). Pasienter med alkoholproblemer kan ha nytte av selvhjelpsgrupper, som f. eks Anonyme Alkoholikere, men effekten er usikker (30). Barn og pårørende av alkoholmisbrukere har også egne selvhjelpsgrupper, som Al-Anon og Alateen (31).

En helhetlig politikk og virkemiddelprofil

I hvilken grad spesifikke tiltak har effekt, er ikke uavhengig av hvilke andre alkoholpolitiske virkemidler som tas i bruk. Størst potensial for effektiv forebygging av alkoholrelaterte problemer oppnås ved iverksetting av flere komplementære virkemidler med god evidens for effekt (2). I den seneste stortingsmeldingen om rusmiddelpolitikk (32) var også helhetlig politikk et nøkkeltema.

Referanser

1. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*. 2010;376(9748):1261-71.
2. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2010.

3. Wilkinson C, Room R. Warnings on alcohol containers and advertisements: international experience and evidence on effects. *Drug and Alcohol Review*. 2009;28(4):426-35.
4. Thomas G, Gonneau G, Poole N, Cook J. The effectiveness of alcohol warning labels in the prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder: a brief review. *International Journal of Alcohol and Drug Research*. 2014;3(1):91-103.
5. United Nations Office on Drugs and Crime. International standards on drug use prevention. Vienna: 2015.
6. Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, Smit F. Family interventions and their effects on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008;97(3):195-206.
7. Babor T, Caulkins J, Fischer B, Edwards G, Foxcroft DR, Humphreys K, et al. *Drug policy and the public good*: Oxford University Press; 2010.
8. Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*. 2003;18(2):237-56.
9. Sundström C, Blankers M, Khadjesari Z. Computer-based interventions for problematic alcohol use: a review of systematic reviews. *International Journal of Behavioural Medicine*. 2017;24(5):646-58.
10. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*. 2009;373(9682):2234-46.
11. Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt G, Sturge J, Rehm J. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *The Lancet*. 2007;369(9570):1391-401.
12. Livingston M. Taxation and price control. In: Boyle P, Bofetta P, Lowenfels AB, Burns H, Brawley o, Zatonski W, et al., editors. *Alcohol Science, Policy and Public Health*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2013. p. 369-77.
13. Mäkelä P, Rossow I, Tryggvesson K. Who drinks more or less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. In: Room R, editor. *The effects of Nordic alcohol policies? What happens to drinking and harm when alcohol controls change?* Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research; 2002. p. 17-70.
14. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *The Lancet*. 2005;365(9458):519-30.
15. Norström T. Outlet density and criminal violence in Norway, 1960-1995. *Journal of Studies on Alcohol*. 2000;61(6):907-11.
16. Rossow I, Norström T. The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*. 2012;107(3):530-7.

17. Rossow I, Karlsson T, Raitasalo K. Old enough for a beer? Compliance with minimum legal age for alcohol purchases in monopoly and other off-premise outlets in Finland and Norway. *Addiction*. 2008;103(9):1468-73.
18. Rossow I, Pape H, Storvoll EE. Beruselsens kilder - hvordan ungdom skaffer seg alkohol. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 2005;125:1160-2.
19. Storvoll EE, Rossow I, Pape H. Where do adolescents get drunk? A study of the relative importance of various drinking locations among Norwegian adolescents. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2010;27(3):209-21.
20. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: Review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol*. 2002:206-25.
21. DeJong W, Blanchette J. Case closed: Research evidence on the positive public health impact of the age 21 minimum legal drinking age in the United States. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2014;Supplement 17:108-15.
22. Norström T, Miller T, Holder H, Österberg E, Ramstedt M, Rossow I, et al. Potential consequences of replacing a retail alcohol monopoly with a private license system: results from Sweden. *Addiction*. 2010.
23. Anderson P, De Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*. 2009;44(3):229-43.
24. Rossow I, Buvik K. Preventing intoxication and related harm in nightlife settings. In: Giesbrecht N, Bosma LM, editors. *Preventing alcohol-related problems: Evidence and community-based initiatives*: APHA Press; 2017.
25. Rossow I, Baklien B. Effectiveness of responsible beverage service: the Norwegian experiences. *Contemporary Drug Problems*. 2010;37:91-107.
26. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and Alcohol Review*. 2009;28(3):301-23.
27. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, Lund KE. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol & Alcoholism*. 2010;45(2):207-12.
28. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R, et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorder in outpatient settings. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014;311(18):1889-900.
29. Martin GW, Rehm J. The effectiveness of psychosocial modalities in the treatment of alcohol problems in adults: a review of the evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2012;57(6):350-8.

30. Kaskutas LA. Alcoholics Anonymous effectiveness: faith meets science. *Journal of Addictive Diseases*. 2009;28(2):145-57.
31. Al-Anon. Al-Anon Familiegrupper 2018 [Available from: <http://al-anon.no/>].
32. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Meld.St.30 Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol - narkotika - doping. In: Helse- og omsorgsdepartementet, editor. Oslo2012.

Priser og avgifter på alkohol

Alkohol er dyrt i Norge. Hvilken betydning har et høyt prisnivå for konsum og skader, hvordan har prisene på alkohol variert over tid, og hvor mye betyr avgiftene for prisnivået? Dette er tema som er nærmere beskrevet i denne artikkelen.

Hovedpunkter

- Høyere priser betyr lavere konsum og mindre problemer som følge av konsumet, også når det gjelder alkohol.
- Alkoholprisene har variert over tid, både i forhold til konsumprisindeksen og lønnsnivået, og i de siste 15 årene er alkohol blitt relativt billigere.
- Særagiftene på alkohol er relativt høyere for brennevin enn for øl og vin, men for alle tre drikkesorter utgjør avgiftene (særagifter og merverdiavgift) en betydelig andel av utsalgsprisen.

Priser som alkoholpolitisk virkemiddel

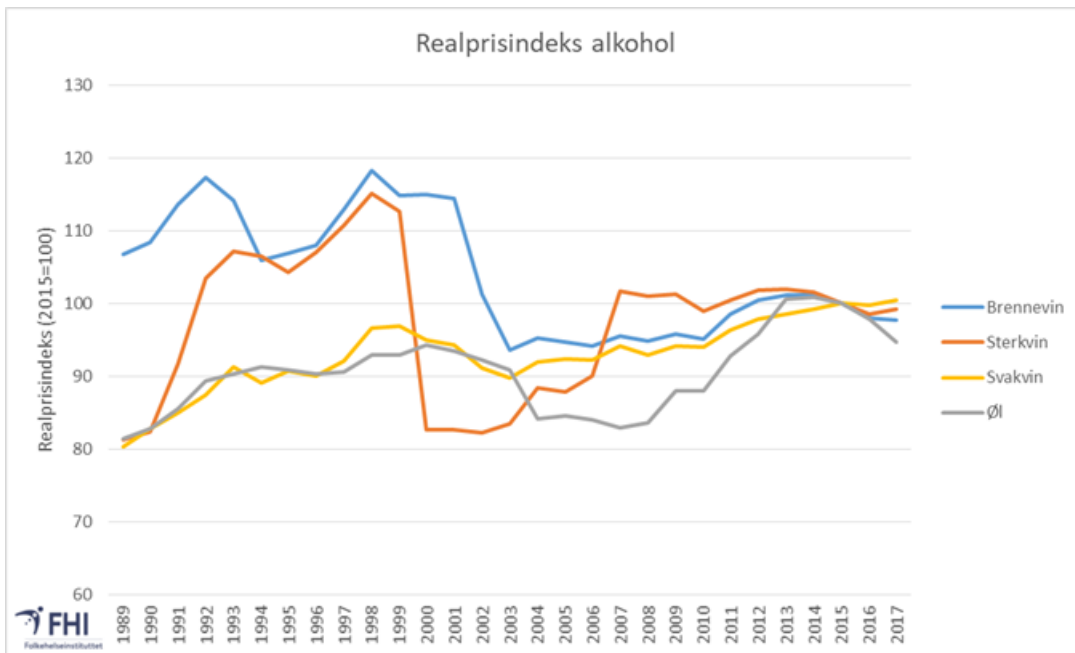
Ved å øke prisen på en vare, forventer vi at etterspørselen og konsumet av den varen går ned, og vice versa: går prisen ned, forventer vi at etterspørselen og konsumet vil gå opp. Disse forventningene er under forutsetning av at andre forhold som har betydning for etterspørselen, er uendret. En slik sammenheng mellom pris og etterspørsel er tuftet på standard økonomisk teori og antas å være allmenngyldig for alle normale varer og tjenester. Sammenhengen er også godt dokumentert på alkoholfeltet; en omfattende internasjonal forskningslitteratur viser at økte alkoholpriser er forbundet med redusert konsum i befolkningen, og prisnedgang forbundet med økt konsum (1-5). Også studier fra Norge har vist en slik sammenheng (6-8).

Ettersom det er en nær sammenheng mellom alkoholkonsumet i en befolkning og omfanget av sykdommer og skader som kan tilskrives alkoholbruk, finner vi også at prisendringer på alkohol har betydning for folkehelsen (5, 9). Regulering av alkoholpriser regnes som ett av de mest effektive tiltakene for å begrense alkoholkonsumet og dermed også forebygge alkoholrelaterte helsemessige og sosiale skader i befolkningen (5). I norsk alkoholpolitikk er opprettholdelse av høye alkoholpriser begrunnet med at de er et viktig virkemiddel for å begrense alkoholkonsumet i befolkningen (10).

Prisindekser

For å beskrive utviklingen av priser på alkohol over tid, beregner Statistisk sentralbyrå og Vinmonopolet først nominelle indekser basert på utsalgsprisene for ulike sorter alkoholholdig drikke. Disse prisene blir deretter justert med konsumprisindeksen for å beskrive realprisen av alkoholholdig drikke. Realprisen angir dermed prisen på en vare i forhold til prisutviklingen på andre varer og tjenester. I realprisindeksen er indeksen i 2015 normalisert til 100 for alle fire

drikkesorter. Indeksen gir dermed et bilde av hvordan realprisen har endret seg over tid for hver enkelt drikkesort og hvordan realprisene for de ulike drikkesortene har endret seg i forhold til hverandre. Vi ser i figur 1 at realprisene på øl var noe høyere i 2017 sammenlignet med 1997, mens realprisene på sterkvin og brennevin ble betydelig lavere i denne perioden. De skarpe nedgangene i realpris for sterkvin og brennevin skyldes betydelige avgiftsnedsettelse i henholdsvis 2000 og 2002/2003. Sterkvinnomsetningen har vært gradvis synkende gjennom mange år. Prisedgangen på sterkvin i 2000 ga en umiddelbar økning i omsetningen på 9% (11). Tilsvarende var det en umiddelbar økning i brennevinsomsetningen etter avgiftsnedsettelsene og prisedgangene i 2002 og 2003, på henholdsvis 12% og 10% (11).



Figur 1:

Realprisindekser (2015=100) for brennevin, sterkvin, svakvinn og øl 1989–2017. Tallene i figur 1 er også gjengitt i vedleggstabell 1, se slutten av artikkelen. Kilde: SSB, Vinmonopolet, FHI.

Avgifter til statskassen

Alkoholpriser kan reguleres på flere måter, og i Norge er det viktigste prisvirkemiddelet de høye særavgiftene på alkohol. Grunnlaget for fastsettelsen av alkoholavgiftene har variert over tid, og i det følgende nøyer vi oss med å beskrive dagens avgiftsordning, som har vedvart siden 1. januar 2004.

For øl (og cider og lettvin) som inneholder mindre enn 4,7 volumprosent (%) alkohol, er det fire avgiftsgrupper etter alkoholstyrke; a (<0,7%), b (0,8-2,7%), c (2,8-3,7%), og d (3,8-4,7%), og for hver av disse gruppene er avgiften angitt i kroner per vareliter. For øl som er sterkere enn 4,7%, blir avgiften beregnet som for vin. Vin, sterkvin, sterkøl og annen alkoholdig drikk over 4,7 og til og med 22% som ikke er basert på brennevin, avgiftsbelegges i kroner per volumprosent alkohol per vareliter. For brennevin, inkludert brennevinsbaserte drikker og ferdigblandete drinker, gjelder avgiften for alle drikker med alkoholstyrke over 0,7%, og avgiften er angitt i kroner per volumprosent alkohol per vareliter. Utviklingen i avgift på øl klasse d, vin, og brennevin framgår av tabell 1.

Tabell 1: Satser for avgifter til staten etter drikkesort og år.

År	Øl (3,8-4,7%) per vareliter	Vin (4,7-22%) per volumprosent alkohol og vareliter	Brennevin (>0,7%) per volumprosent alkohol og vareliter
2004	16,18	3,61	5,44
2005	16,18	3,61	5,44
2006	16,46	3,67	5,64
2007	16,76	3,74	5,74
2008	17,20	3,84	5,89
2009	17,72	3,96	6,07
2010	18,04	4,03	6,18
2011	19,28	4,31	6,61
2012	19,59	4,38	6,72
2013	19,96	4,46	6,85
2014	20,34	4,54	6,98
2015	20,77	4,64	7,13
2016	21,29	4,76	7,31
2017	21,72	4,86	7,46
2018	22,07	4,94	7,58

Som vi kan beregne ut fra dette, er avgiftene for øl i klasse d (som utgjør størstedelen av ølomsetningen) omtrent den samme som for vin/sterkvin per centiliter ren alkohol gjennom hele perioden, mens avgiften for brennevin omregnet i centiliter ren alkohol er betydelig høyere. En slik form for favorisering av mindre alkoholsterke drikker som øl og vin gjennom en relativt lavere beskatning, har også vært en vesentlig del av norsk alkoholpolitikk gjennom lang tid.

I tillegg til alkoholavgiftene, er omsetning av alkohol også gjenstand for emballasjeavgifter, miljøavgift og en merverdiavgift (MVA) på 25%. Disse avgiftene til sammen utgjør dermed en vesentlig del av utsalgsprisene på alkohol i Norge. Dette kan illustreres med noen eksempler.

For en halvliter boks med øl som inneholder 4,5% alkohol og koster 30 kroner i butikk, er alkoholavgiften i 2018 11 kroner og MVA 6 kroner, det vil si at avgiftene til sammen utgjør mer enn halvparten av utsalgsprisen. For en flaske med bordvin (0,75 liter) som inneholder 12% alkohol og koster 150 kroner på Vinmonopolet, er alkoholavgiften i 2018 om lag 44 kroner og MVA 30 kroner, og disse avgiftene til sammen utgjør omtrent halvparten av utsalgsprisen. For en flaske brennevin (0,70 liter) som inneholder 40% alkohol og koster 330 kroner, er alkoholavgiften ca 212 kroner og MVA 66 kroner, - det vil si at avgiftene i dette eksemplet utgjør mer enn fire femtedeler av utsalgsprisen. Spesielt for vin og brennevin som er vesentlig dyrere enn i eksemplene over, utgjør avgiftene selvsagt en relativt mindre del av utsalgsprisen.

Statens inntekter fra alkoholomsetningen

Alkoholavgifter er ikke bare effektive virkemidler for å redusere alkoholkonsumet og skadeomfanget, de bidrar også til statens inntekter. Statens nominelle inntekter fra avgiftene på alkohol (produktavgifter) har i perioden 1980 – 2017 økt fra i overkant av 2,6 til 13,7 milliarder kroner. I tillegg kommer andre avgiftsinntekter fra alkoholomsetningen, som merverdiavgift. Tallene er hentet fra Statisk Sentralbyrås statistikkbank og bygger på opplysninger i statsregnskapet over innbetalte avgifter.

Referanser

1. Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research & Health*. 2002;26:22-34.
2. Osterberg E. Effects of price and taxation. *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems*. 2004:199.
3. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*. 2009;104(2):179-90.
4. Xu X, Chaloupka FJ. The effects of prices on alcohol use and its consequences. *Alcohol Research & Health*. 2011;34(2):236.
5. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2010.
6. Horverak Ø. *Etterspørselen etter brennevin og vin i Norge. En analyse av sammenhengen mellom omsatt kvantum og priser på brennevin og vin*. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning, 1977.
7. Strand MM. *Pris- og inntektselastisiteter for brennevin og vin*
Oslo: Universitetet i Oslo, 1993.
8. Alver ØO. *Om pris og etterspørsel etter alkohol i Norge*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2004.
9. Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *American Journal of Public Health*. 2010;100(11):2270-8.
10. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. *Meld.St.30 Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol - narkotika - dopig*. In: Helse- og omsorgsdepartementet, editor. Oslo 2012.
11. Rossow I, Pape H, Baklien B. *Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2010.

Vedleggstabeller

Vedleggstabell 1: Realprisindekser (1998=100) for brennevin, sterkvin, svakvin og øl 1979–2015

År	Brennevin	Sterkvin	Svakvin	Øl
1989	107	81	80	81
1990	108	82	83	83
1991	114	92	85	85
1992	117	104	87	89
1993	114	107	91	90
1994	106	107	89	91
1995	107	104	91	91
1996	108	107	90	90
1997	113	111	92	91
1998	118	115	97	93
1999	115	113	97	93
2000	115	83	95	94
2001	114	83	94	93
2002	101	82	91	92
2003	94	83	90	91
2004	95	88	92	84
2005	95	88	92	85
2006	94	90	92	84
2007	96	102	94	83
2008	95	101	93	84
2009	96	101	94	88
2010	95	99	94	88
2011	99	101	96	93
2012	100	102	98	96
2013	101	102	98	101
2014	101	101	99	101
2015	100	100	100	100
2016	98	99	100	98
2017	98	99	101	95

Salgs- og skjenkebevillinger: kommunenes forvaltning av alkoholoven

Oversikt over norske salgs- og skjenkebevillinger og salgs- og skjenketider, samt kontroll av bevilningene.

Hovedpunkter

- Antall skjenkesteder er tredoblet i løpet av de siste 30 år
- Få skjenkebevillinger inndras som følge av brudd på alkoholoven

Ved siden av vinmonopolordningen er bevilningssystemet for omsetning av alkohol et viktig virkemiddel i norsk alkoholpolitikk. Dette er ordninger som begge bidrar til å begrense den fysiske tilgangen til alkohol. Alkoholoven setter de ytre rammene for bevilningssystemet, mens kommunene har ansvar for den løpende forvaltning av loven.

Oppgavene om kommunenes forvaltning av alkoholoven innhentes årlig for det foregående året gjennom spørreskjema til alle landets kommuner. Opplysningene for 2017 ble følgelig innhentet i 2018 og var ikke ferdig innsamlet og kvalitetssikret da denne artikkelen ble utarbeidet.

Salgsbevillinger

Salgsbevillinger alkoholgruppe 1

Når det gjelder antall salgsbevillinger for alkoholholdig drikk i gruppe 1^[1] (øl, cider og «rusbrus»), var det en gradvis nedgang fra midt på 1980-tallet fram til årtusenskiftet. Nedgangen har sammenheng med strukturendringene i handelsnæringen som førte til at antall dagligvarebutikker er redusert. Selv om antall salgssteder er redusert, har det i årene fra 2003 vært mulig å kjøpe alkohol i gruppe 1 i alle landets kommuner. Dette til forskjell fra 1980, da omkring halvparten av kommunene ikke hadde utsalgssted for alkohol. Salget foregår stort sett gjennom dagligvarebutikker, men det selges også øl/cider/rusbrus gjennom private utsalg. Tidligere ble det også solgt øl gjennom såkalte ølmonopol i kommunal eller privat regi. Det siste kommunalt drevne ølmonopolet, (Hareid i Møre og Romsdal) ble avvirket i 2009. De siste private ølmonopolene (Førde i Sogn og Fjordane, Vefsn og Fauske i Nordland) ble avvirket i 2011. Private ølutsalg er i all hovedsak utsalg som drives av lokale bryggerier. I 2016 var det 107 slike utsalg.

Tabell 1: Antall salgssteder for alkohol fordelt på bevillingskombinasjon, 1980-2016

År	Vinmonopolutsalg	Vin	Alt slags øl	Alkoholholdig drikk gruppe 1	Totalt
1980	87	5	1 768	2 869	4 729
1985	92	1	1 877	3 128	5 098

1990	106	0	1 722	3 239	5 067
1995	112	0	.	4 524	4 636
2000	140	0	.	4 413	4 554
2001	156	0	.	4 430	4 586
2002	176	0	.	4 325	4 501
2003	188	0	.	4 299	4 487
2004	195	0	.	4 361	4 556
2005	198	0	.	4 314	4 512
2006	211	0	.	4 281	4 492
2007	222	0	.	4 230	4 452
2008	239	0	.	4 176	4 415
2009	248	0	.	4 188	4 436
2010	259	0	.	4 176	4 435
2011	267	0	.	4 121	4 388
2012	278	0	.	4 103	4 381
2013	288	0	.	4 172	4 460
2014	297	0	-	4 233	4 530
2015	306	0		4 257	4 563
2016	315	0		4 315	4 630

Note: Salgssteder for kun lettøl er ikke tatt med.

Fra 1. mars 1993 ble sterkøl bare tillatt solgt fra AS Vinmonopolet.

Kilder: Statistisk sentralbyrå, AS Vinmonopolet og Folkehelseinstituttet

Tabell 2 viser utvikling i antall salgssteder for alkoholgruppe 1 fra 2000–2016 fordelt på fylke. Det har vært noen svingninger, men totalt sett er som nevnt antall salgssteder noe redusert etter tusenårsskiftet. Den største nedgangen har funnet sted i Østfold og Hedmark med i overkant av 20 prosent reduksjon, mens det har vært en økning på omkring 10-15 prosent i Nordland, Rogaland Vest-Agder og Akershus.

Tabell 2: Salgssteder for alkoholholdig drikk gruppe 1, fordelt på type salgssted og fylke, 2016

Fylke	Dagligvare-butikker	Bryggeri	Gårdsutsalg ^[2]	Andre typer salgssted	Salgssteder i alt
Østfold	172	6	0	2	180

Akershus	299	2	4	40	345
Oslo	381	5	0	19	405
Hedmark	176	4	2	11	193
Oppland	190	10	4	13	217
Buskerud	193	6	2	9	210
Vestfold	149	5	2	5	161
Telemark	151	3	5	5	164
Aust-Agder	115	1	0	5	121
Vest-Agder	153	6	0	1	160
Rogaland	306	4	0	12	322
Hordaland	409	11	7	1	428
Sogn og Fjordane	155	6	1	2	164
Møre og Romsdal	282	8	0	2	292
Sør-Trøndelag	230	15	4	4	253
Nord-Trøndelag	124	4	4	3	135
Nordland	287	3	3	6	299
Troms	156	7	5	3	171
Finnmark	92	1	0	2	95
Total	4020	107	43	145	4315

Kilde: Folkehelseinstituttet

Salgsbevillinger – alkoholgruppe 2 & 3 – Vinmonopolet AS

Monopolordningen omfatter tilnærmet alt salg av alkoholholdige drikkevarer i gruppe 2^[3] og 3^[4]. Unntaket er gårdssalg av sider og fruktvin, som er begrenset til 15 000 vareliter per produsent per år. Det har skjedd flere store endringer i Vinmonopolets utsalgsnett i de siste 10-20 år. Mens det tidligere var et mål å ha få utsalgssteder for å begrense tilgangen på vin og brennevin, ble det etter hvert sett på som viktig å bedre tilgjengeligheten for det store flertall av befolkningen. Som resultat har det i de senere år vært en relativ stor økning i antall vinmonopolutsalg. Mens det i 1990 var 106 slike utsalg, var antallet ved utgangen av 2016 økt til 315 (Tabell 3). I 2017 var antallet utsalg økt ytterligere, til 323. Det er den enkelte kommune som gir bevilling til Vinmonopolet om å etablere utsalgssted etter søknad, men initiativet til å opprette vinmonopolutsalg kan også komme fra kommunen.

Foruten den store økningen i antall vinmonopolutsalg, er også overgangen fra disksalg til selvbetjening en viktig endring. De første selvbetjente vinmonopolutsalgene ble innført i 1999, og i 2011 var alle utsalgene selvbetjente.

Tabell 3: Vinmonopolutsalg fordelt på fylke 2000 - 2016

Fylke	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Østfold	6	7	7	9	10	10	10	10	11
Akershus	14	18	19	19	21	22	24	26	28
Oslo	19	20	21	23	24	26	27	29	31
Hedmark	6	7	9	9	10	12	13	13	13
Oppland	5	7	8	10	13	16	17	19	19
Buskerud	6	8	9	9	11	13	15	16	17
Vestfold	6	6	6	6	8	9	12	13	14
Telemark	6	8	8	9	11	11	11	11	11
Aust-Agder	3	5	6	6	6	6	7	7	8
Vest-Agder	4	5	5	6	8	9	9	10	10
Rogaland	8	10	11	11	11	15	16	19	20
Hordaland	11	17	18	19	19	20	21	25	27
Sogn og Fjordane	4	7	7	8	10	10	11	11	12
Møre og Romsdal	7	9	10	13	16	17	18	19	20
Sør-Trøndelag	8	10	13	15	16	17	19	20	21
Nord-Trøndelag	5	5	7	7	8	9	9	8	9
Nordland	9	12	14	15	17	17	18	19	21
Troms	7	8	9	9	11	11	12	13	13
Finnmark	6	7	8	8	9	9	9	9	10
Totalt (total)	140	176	195	211	239	259	278	297	315

Tabell 3 viser utvikling i antall vinmonopolutsalg fordelt på fylke fra 1998-2016. Vi ser her at det har vært en økning i alle fylker, og samlet sett fra 120 i begynnelsen av perioden til 315 ved utgangen av 2016. Den største relative økningen har vært i Møre og Romsdal (fra 4 i 1998 til 20 i 2016).

Skjenkebevillinger

Skjenkebevilning gis – i all hovedsak – av kommunen, mens staten gir bevilning til skjenking av alkohol på innenlands fly, tog og skip og forsvarrets befalsmesser. Dette har i de senere år dreid seg om i underkant av 100 skjenkebevillinger til befalsmesser, og omkring 70 til passasjerskip. Skjenkebevilning kan gis med rett til å skjenke all alkoholholdig drikk, eller den kan begrenses til bare å gjelde drikkevarer i gruppe 1 eller til gruppe 1 og 2.

Antall skjenkesteder med kommunal bevilning er i overkant av tredoblet i løpet av de siste 30 år, fra noe under 2 500 i 1980 til over 7 600 i 2016 (Tabell 4). Mens det i 1980 var 111 kommuner som ikke hadde skjenkested for alkohol, var antallet i 2016 redusert til 3. Det ser ellers ut til at antall skjenkesteder har stabilisert seg i de senere år. Tidligere var det vanlig å kun gi bevilning til alkoholgruppe 1 eller til gruppe 1 og 2. I 1980 gjaldt dette 75 prosent av bevilningene mens nå gir 87 prosent av bevilningene også anledning til å servere drikk i alkoholgruppe 3.

Tabell 4: Skjenkebevillinger fordelt på bevillingskombinasjon og fylke, 2016

Fylke	Gruppe 1 høyst 4,7 vol%	Gruppe 2 høyst 22 vol%	Gruppe 3 høyst 60 vol%	Totalt
Østfold	1	108	203	312
Akershus	0	77	394	471
Oslo	0	0	1122	1122
Hedmark	1	41	294	336
Oppland	5	38	418	461
Buskerud	3	49	381	433
Vestfold	0	21	330	351
Telemark	1	41	256	298
Aust-Agder	1	28	177	206
Vest-Agder	0	34	169	203
Rogaland	1	91	411	503
Hordaland	0	103	552	655
Sogn og Fjordane	3	61	200	264
Møre og Romsdal	1	82	284	367
Sør-Trøndelag	1	61	433	495
Nord-Trøndelag	1	17	186	204

Nordland	1	28	490	519
Troms	0	13	253	266
Finnmark	0	18	146	164
Totalt	20	911	6699	7630

Tabell 4 viser skjenkesteder fordelt på bevillingskombinasjon og fylke for 2016. Ikke overraskende hadde Oslo flest med 1122 skjenkesteder, mens Hordaland som nummer to hadde 655. Færrest skjenkebevillinger var det i Finnmark (164).

Selv om alle landets kommuner nå gir anledning til å selge øl, og så godt som alle har gitt bevilling for skjenking, er det ikke alle som søker om bevilling, som får sin søknad innvilget.

Fram mot midten av 2000-tallet var det imidlertid så godt som ingen kommuner som avsto søknad om salgsbevilling, mens antall kommuner som ga avslag på skjenkebevillinger var noe høyere. I 2016 var det 30 kommuner som oppga at de hadde gitt avslag på søknad om skjenkebevilling, som er tilsvarende gjennomsnittet i den siste femårsperioden. Den vanligste grunnen synes å være at krav til økonomisk vandel ikke er oppfylt.

Salgs- og skjenketider

Alkoholloven angir «normaltid» og «maksimaltid» for salg og skjenking av alkohol (se tabell 5). Normaltid for salg alkoholgruppe 1 tilsvarer maksimaltid for Vinmonopolets utsalg (alkoholgruppe 2 & 3). Dersom kommunen ikke har vedtatt salgs- og skjenketider som går utover normaltid, er det denne som skal gjelde. Kommunen har også anledning til å differensiere ved at ikke alle bevillingshavere får samme salgs- og skjenketid.

Tabell 5: Alkohollovens tidsrammer for salg (§ 3-4 og § 3-7)

	Salg, alkoholgruppe 1 på hverdager	Salg, alkoholgruppe 1 på lørdag og dager før helligdager
Normaltid	08.00 - 18.00	08.00 - 15.00
Maksimaltid	08.00 - 20.00	08.00 - 18.00

Som det framgår av tabell 5, kan salg fra AS Vinmonopolets utsalg skje fra 08.30 – 18.00, med unntak av dager før søn- og helligdager der salget skal opphøre kl 15.00 (alkoholloven § 3-4). Åpningstider for Vinmonopolets utsalg kan imidlertid ikke være lengre enn den tiden kommunen har fastsatt for salg av alkoholgruppe 1. Salg fra Vinmonopolets utsalg er ikke tillatt på søn- og helligdager, 1. og 17. mai og julaften. De fleste kommunene har valgt å legge maksimaltid til grunn for salg av alkohol i gruppe 1, det vil si til kl. 20.00 på hverdager og til kl. 18.00 på dag før helligdag (tabell 6).

Tabell 6:

Kommuner fordelt på salgstid for alkoholgruppe 1 på hverdager og lørdager/dag før helligdag, 2016 (N=425 og 425)

Salg til kl	Hverdager (n=425)	Lørdager/dag før helligdag (n=425)
14.00		
15.00		9
16.00		9
17.00		
18.00	11	408
19.00	4	
20.00	410	

Når det gjelder tidsrom for skjenking av alkohol, skiller alkoholloven mellom skjenketid for alkoholgruppe 1 og 2 og alkoholgruppe 3 slik det vises i tabell 7.

Tabell 7: Alkohollovens tidsrammer for skjenking (§ 4-4)

	Skjenking, alkoholgruppe 1 og 2	Skjenking, alkoholgruppe 3
Normaltid	08.00 - 01.00	13.00 - 24.00
Maksimaltid	06.00 - 03.00	13.00 - 03.00

Noen kommuner velger å ha forskjellig skjenketid for ukedager og helg. Tabell 8 viser hvor mange kommuner som for 2016 har vedtatt de ulike skjenketidene for fredag/lørdag.

Tabell 8: Antall kommuner med ulik maksimaltid for skjenking på fredag/lørdag, 2016

Skjenking til kl:	Alkoholgruppe 1 og 2, antall kommuner (N=417)	Alkoholgruppe 3, antall kommuner (N=419)
00:00	2	30
00:30	0	1
01:00	37	95
01:30	35	29
02:00	242	174
02:30	42	37
03:00	59	53

Som vi ser av tabellen, er det langt mindre vanlig at kommuner tar i bruk lovens maksimaltid for skjenking enn for salg (jf. tabell 6). For 2016 oppgir 59 kommuner at de hadde brukt lovens maksimaltid for skjenking i alkoholgruppe 1 og 2, og 53 når det gjelder alkoholgruppe 3. Rundt halvparten av kommunene som bruker lovens maksimaltid for skjenkebevillinger, opererer med differensierte skjenketider. Dette innebærer at ikke alle skjenkesteder kan skjenke til kl. 03.00.

Tabell 9: Oversikt over når salg og skjenking av alkohol stenger i et utvalg byer, 2016

Kommune	Salgstid hverdager	Salgstid helg	Skjenketid, alkoholgruppe 1 og 2*	Skjenketid, alkoholgruppe 3*
Oslo	20:00	18:00	03:00	03:00
Bergen	20:00	18:00	02:30	02:30
Trondheim	20:00	18:00	02:00	02:00
Stavanger	20:00	18:00	03:00	03:00
Kristiansand	20:00	18:00	02:00	02:00
Fredrikstad	20:00	18:00	02:30	02:30
Tromsø	20:00	18:00	03:00	03:00
Sandnes	20:00	18:00	01:30	01:30
Drammen	20:00	18:00	03:00	03:00
Sandefjord	20:00	18:00	02:00	02:00
Sarpsborg	20:00	18:00	02:30	02:30
Skien	20:00	18:00	02:00	02:00
Bodø	20:00	18:00	03:00	03:00
Larvik	20:00	18:00	02:00	02:00
Ålesund	20:00	18:00	03:00	03:00
Arendal	20:00	18:00	02:00	02:00
Tønsberg	20:00	18:00	03:00	03:00
Porsgrunn	20:00	18:00	02:00	02:00
Haugesund	20:00	18:00	03:00	03:00
Moss	20:00	18:00	02:00	02:00
Gjøvik	20:00	18:00	02:00	01:00
Hamar	20:00	18:00	01:30	01:30
Halden	20:00	18:00	02:00	02:00
Lillehammer	20:00	18:00	03:00	02:00
Horten	20:00	18:00	02:00	02:00
Kongsberg	20:00	18:00	02:00	02:00
Molde	20:00	18:00	02:00	02:00
Harstad	20:00	18:00	03:00	03:00
Kristiansund	20:00	18:00	02:00	02:00

Steinkjer	20:00	18:00	02:00	02:00
-----------	-------	-------	-------	-------

* Noen kommuner har ulike tider på ukedager og helg. Dette er tidene for helg.

Selv om det er få kommuner som gjør bruk av lovens maksimaltid for skjenking, gir de fleste likevel anledning til å skjenke lenger enn lovens normaltid, som er til kl. 01:00 for alkoholgruppe 1 og 2, og til midnatt for alkoholgruppe 3.

Skjenketider og vold

En studie fra 18 norske byer som har utvidet eller innskrenket skjenketiden på natten i tiårsperioden 2000 - 2010, har undersøkt betydningen av små endringer i skjenketider for omfanget av vold. I de 18 byene var skjenketidsslutt i helgene mellom kl 01.00 og 03.00, og skjenketidsendringene har skjedd innenfor dette tidsrommet og har berørt skjenkesteder i bysentrum. Studien søkte å belyse om disse endringene har påvirket omfanget av voldstilfeller i bysentrum nattetid i helgene. Voldstilfeller utenfor bysentrum i samme tidsrom, som trolig ikke blir påvirket av endringer i stengetidene, ble brukt som kontroll for mulige feilkilder. Funnene tyder på at én times utvidelse av skjenketiden førte til en økning på i gjennomsnitt 20 voldstilfelle nattetid i helgene per 100.000 innbyggere per år. Dette tilsvarer en økning på omlag 17 prosent. Resultatene tyder på at effekten er symmetrisk, slik at antall voldstilfelle går tilsvarende ned ved én times tidligere stengning. Det ble brukt tre ulike statistiske analysemetoder, og funnene var like uavhengig av metode. Studien viser altså at selv små endringer i skjenketidene ser ut til å ha innvirkning på antall voldsepisoder (Rossow og Norström, 2012).

Kontroll med salgs- og skjenkebevillinger

Kommunen har også ansvar for kontroll med utøvingen av de kommunale salgs- og skjenkebevillingene jf. alkoholoven § 1-9 og Forskrift om omsetning av alkoholholdig drikk mv., kapittel 9. I henhold til forskrift skal salgs- og skjenkestedene kontrolleres så ofte som behovet tilsier. Hvert sted skal imidlertid kontrolleres minst én gang årlig, og kommunen skal årlig utføre minst tre ganger så mange kontroller som den har salgs- og skjenkesteder. Kontrollørene skal ha bestått kunnskapsprøven om alkoholoven, og kontrollen skal gjennomføres av minst to kontrollører. Skjenkekontroller kan foregå åpent eller skjult (Buvik og Baklien, 2014; Wigenstad, Buvik, og Baklien, 2017).

De fleste kommuner engasjerer private vaktsselskap til å utføre salgs- og skjenkekontroll. I 2016 gjaldt dette mer enn tre av fire kommuner. Flere av de største kommunene har imidlertid egne kontrollører, dette gjelder eksempelvis Oslo, Bergen og Trondheim. Det er også mange kommuner som samarbeider om gjennomføring av salgs- og skjenkekontroll, enten ved å bruke kommunalt ansatte kontrollører, eller at de går sammen om å engasjere vaktsselskap.

Tabell 10:

Antall kommuner som gjennomfører salgs- og skjenkekontroll ved hjelp av egne kontrollører eller privat selskap/vaktsselskap etter år. 1995 - 2016

Salg	Skjenking
Egne kontrollører	Egne kontrollører

		Privat selskap/vaktselskap		Privat selskap/vaktselskap
1995	118	150	115	152
1996	114	187	111	185
1997	112	195	112	193
1998	84	208	85	202
1999	100	215	100	211
2000	73	239	73	241
2001	77	242	77	243
2002	63	253	63	253
2003	65	257	64	257
2004	62	272	61	274
2005	61	269	59	270
2006	66	280	63	282
2007	63	280	62	284
2008	77	295	75	296
2009	64	304	63	299
2010	50	297	48	294
2011	52	320	51	315
2012	50	310	49	309
2013	46	312	44	310
2014	43	309	41	309
2015	52	322	48	312
2016	42	314	40	308

Kilde: Folkehelseinstituttet

Overtredelser og reaksjoner

Formålet med kontrollvirksomheten er å se til at bevillingshavere følger bestemmelsene om salg og skjenking av alkohol. Et mindretall av kommunene rapporterer at kontrollene har avdekket slike overtredelser.

I januar 2016 ble det innført et nasjonalt system, heretter omtalt som prikkssystemet, som skal sikre at brudd på alkoholloven blir sanksjonert på samme måte i alle kommuner. Bestemmelsene om prikktildeling og inndragning gjelder dersom kontroll av skjenkesteder avdekker brudd på alkoholloven. Prikker tildeles skjenkestedet ut fra alvorligheten av regelbruddet. Skjenking til mindreårige gir for eksempel åtte prikker, mens brudd på reklamebestemmelsene gir én prikk.

Dersom et skjenkested får tolv prikker i løpet av en toårsperiode, skal bevillingen inndras. Selv om dette er ment å minske kommunenes bruk av skjønn, er det fremdeles flere situasjoner hvor kommunen må gjøre vurderinger. Kommunene vil derfor ha ulik praksis på hvordan alkoholoven kontrolleres og brudd følges opp (Wigenstad m.fl., 2017).

Mens det for 2016 var 98 kommuner som rapporterte å ha avdekket 418 overtredelser knyttet til salgsbevilling, var det tilsvarende antall for skjenkebevillinger 1 014 overtredelser fordelt på 161 kommuner. Det er på nivå med de siste årene, med unntak av i 2012 da det ble rapportert en god del flere overtredelser.

Tabell 11:

Antall avdekkede overtredelser knyttet til salgs- og skjenkebevillinger, og antall kommuner hvor slike overtredelser ble avdekket i parentes etter år. 2006 - 2016

År	Salg	Skjenking
2006	190 (55 kommuner)	649 (125 kommuner)
2007	183 (54 kommuner)	608 (145 kommuner)
2008	165 (60 kommuner)	890 (151 kommuner)
2009	188 (67 kommuner)	1018 (148 kommuner)
2010	225 (70 kommuner)	1069 (134 kommuner)
2011	445 (95 kommuner)	1208 (155 kommuner)
2012	627 (105 kommuner)	1937 (146 kommuner)
2013	491 (108 kommuner)	1131 (161 kommuner)
2014	380 (105 kommuner)	1164 (169 kommuner)
2015	418 (98 kommuner)	1014 (161 kommuner)
2016	559 (125 kommuner)	1320 (183 kommuner)

Kilde: Folkehelseinstituttet

Det mest vanlige bruddet som blir rapportert, er mangel på internkontroll. Dette gjelder både for salg- og skjenkebevillinger og i 2016 gjaldt dette mer enn en tredjedel av overtredelsene knyttet til salgsbevillinger og noe under en tredjedel knyttet til skjenkebevillingene. Når det gjelder andre avdekkede overtredelser knyttet til salgsbevillinger, ble det i 2016 rapportert 115 brudd på reglene om plassering av alkoholholdig drikk, 35 brudd på reklamebestemmelsene, 11 tilfeller av salg til person som var beruset, og ett tilfelle av salg utover tillatt salgstid. 89 av de rapporterte overtredelsene var i kategorien «annen type», og innebærer bl.a. situasjoner der det ikke var informasjon om legitimasjonsplikt og at alkoholholdig drikk ikke var tildekket etter salgsslutt. Ingen kommuner oppga at det var avdekket salg til mindreårige.

Tabell 12:

Antall kommuner med overtredelser knyttet til skjenkebevillinger og antall overtredelser i alt etter type overtredelser, i 2016

Overtredelse	Antall kommuner	Antall overtredelser
Skjenking til mindreårige	11	13
Skjenking til åpenbart påvirket kunde	59	183
Skjenking utover tillatt skjenketid	26	45
Åpenbart påvirket person i lokalet	89	223
Skjenking til underårige (brennevin til person under 20 år)	4	5
Brudd på reklamebestemmelsene	67	238
Manglende tilbud av alkoholfri drikke	11	13
Mangler ved internkontrollen	69	343
Person tar med alkohol ut av skjenkeområdet	54	79
Konsum av medbragt alkohol	15	18
Annen type overtredelse	32	160
Sum totalt		1320

For skjenkebevillinger ble det i 2016, utover de nevnte manglene knyttet til internkontroll, rapportert om 135 tilfeller av skjenking til åpenbart påvirkede personer, noe som er en halvering i forhold til året før. Dette kan ha sammenheng med innføringen av det nye prikkssystemet. Videre rapporterte kommunene om 160 tilfeller av åpenbart beruset person i lokalet. Intervjuer med skjenkekontrollører viser at de kan oppleve det som problematisk å identifisere gjester som er åpenbart påvirket av rusmidler (Buvik og Baklien, 2014). Det ble rapportert om 141 tilfeller av brudd på reklamebestemmelsene, 30 tilfeller av skjenking utover tillatt skjenketid og 13 tilfeller av skjenking til mindreårige. I tillegg ble 373 tilfeller rapportert under «annen type», som bl.a. handler om situasjoner der gjester drakk medbragt drikke i lokalet og at gjester tok med drikke ut av lokalet. Kommunen er avhengig av gode avviksrapporter for sanksjonering av brudd (Wigenstad m.fl., 2017).

Som reaksjon på brudd på alkohollovens bestemmelser om salg og skjenking, kan kommunen inndra bevillingen for resten av bevillingsperioden eller et bestemt tidsrom (alkoholloven § 1- 8). I 2016 var det 5 kommuner som rapporterte om til sammen 12 inndragelser av salgsbevilling og 33 kommuner som rapporterte om til sammen 125 inndragelser av skjenkebevillinger. Dette er omtrent på samme nivå som de foregående år for salgsbevillinger og noe høyere for skjenkebevillinger. De viktigste grunnene til inndragelser av både salgs- og skjenkebevilling i 2016 var at bevillingshaverne ikke leverte omsetningsoppgavene innen fristen. Videre gjaldt nærmere en tredjedel av inndragelsene av skjenkebevilling skjenking til åpenbart påvirket kunde.

Tabell 13:

Antall kommuner som har inndratt salgs- og skjenkebevillinger og antall inndragninger, 2001-2016

	<u>Salgsbevilning</u>		<u>Skjenkebevilning</u>	
	Antall kommuner	Antall inndragninger*	Antall kommuner	Antall inndragninger*
2001	5	6	27	63
2002	8	18	63	93
2003	8	13	41	77
2004	4	15	44	110
2005	8	21	58	94
2006	19	22	59	128
2007	20	35	63	153
2008	13	30	53	120
2009	10	13	43	96
2010	15	20	41	110
2011	9	19	42	101
2012	7	10	39	106
2013	11	17	47	115
2014	5	8	35	102
2015	5	12	33	125
2016**	1	1	19	25

*På grunn av et nytt spørsmål i spørreskjema fra og med 2011 er tallene for antall inndragninger for dette og de påfølgende årene ikke nødvendigvis direkte sammenlignbare med tidligere år.

** I 2016 ble prikkssystemet innført. Dette kan, helt eller delvis, forklare at det var betydelig færre inndragninger dette året sammenliknet de foregående årene.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Det er viktig å forankre forvaltningen av alkoholoven i kommunenes planverk. Alkoholpolitiske handlingsplaner inneholder ofte overordnede problemstillinger og direkte gjengivelser av alkoholoven. Plan og praksis kan være to forskjellige ting. Det betyr at handlingsplanene i liten grad utnytter det forebyggingspotensialet som ligger i bevillingspolitikken (Baklien og Krogh, 2011; Wigenstad m.fl., 2017).

Referanser

Baklien, B., & Krogh, U. (2011). *Proessen, planen og politikken – Rusmiddelpolitiske handlingsplaner* (SIRUS-rapport 2/2011). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Buvik, K., & Baklien, B. (2014). Street-level alcohol policy: assessing intoxication at drinking venues in Oslo. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 21(5), 380-387.

Rossow, I., & Norström, T. (2012). The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*, 107(3), 530-537.

Wigenstad, S., Buvik, K., & Baklien, B. (2017).

Samhandling, samarbeid og skjenking. Forvaltning og håndheving av alkoholoven i utelivet. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Noter

[1] Alkoholholdig drikk gruppe 1 inneholder over 2,5 og høyst 4,7 volumprosent alkohol

[2] I 2016 ble det gjennom endring i alkoholoven gitt adgang til salg av alkoholholdig drikk (sider og fruktvin) i alkoholgruppe 2 direkte fra produsent (gårdsutsalg) Nærmere om endringen i alkoholoven finner du her ([lenke til Historisk oversikt alkohol](#)).

[3] Alkoholholdig drikk gruppe 2 inneholder over 4,7 og mindre enn 22 volumprosent alkohol

[4] Alkoholholdig drikk gruppe 3 inneholder fra og med 22 til og med 60 volumprosent alkohol

Historisk oversikt alkohol i Norge 1816-2018

Historisk oversikt over lov- og regelendringer og andre viktige begivenheter på alkoholfeltet fra 1816 til i dag.

Bruk av alkohol har lange tradisjoner og er uten sammenligning det mest utbredte rusmidlet i Norge. Selv om bruk av alkohol for de aller fleste er en kilde til hygge, har en gjennom alle tider vært klar over at alkoholbruk også kan ha negative konsekvenser. For å motvirke uheldige og uønskede skadevirkninger, har en derfor gjennom tidene tatt i bruk ulike politiske virkemidler for å regulere bruken.

I det følgende gis en oversikt over viktige hendelser og beslutninger på alkoholfeltet i årene etter at Norge i 1814 fikk sin egen grunnlov. Som det framgår var det brennevinspolitikken som i de første årene utgjorde alkoholpolitikken. Reguleringer for øl og vin kom så etter hvert.

1800 – 1849

1816

Produksjon og salg av brennevin ble frigitt ved at kjøpstedenes enerett til brenning av brennevin opphørte (brennevinslovene av 1816). Frigivelsen var begrunnet med at brennevinsbrenningen ville bedre de økonomiske forholdene på landsbygda ved at det ville tjene både fedrift og åkerdyrking. Frigivelsen førte med seg en omfattende brennevinsdriking med påfølgende sosiale skadevirkninger for den fattigste delen av befolkningen, og økt motstand mot brennevinsdrikingen.

1827

Brennevinsbrenningen ble forsøkt begrenset ved å endre grunnlaget for brennevinsavgiften fra matrikkelen (eiendomsregisteret) til brennevinskjelene og deres rominnhold (dvs. antall og volum). Dette bidro til en reduksjon i antall brennevinskjeler. Det nye avgiftssystemet i landdistriktene favoriserte ellers overgangen fra såkalt husbrenning til fabrikkbrenning. Det ble også innført en bestemmelse om at bøndene som produserte brennevin ikke kunne selge mindre kvanta enn om lag 3 liter (3 potter), mens det minste tillatte solgte kvantum i byene ble 20 liter. Ved lovendringen i 1827 ble det også åpnet adgang til å gi særskilt bevilling for skjenking av brennevin, og det var de lokale myndighetene som skulle se til at det ikke ble for mange skjenkerettigheter. Det ble også forbud mot å skjenke folk beruset, og mot å skjenke barn, læregutter og unge tjenestefolk.

1837

Produksjonsprosessen for brennevin ble stadig forbedret slik at produksjonen ble mindre avhengig av kjelenes størrelse. De produksjonstekniske forbedringene førte til at kvaliteten ble bedre samtidig som effektiviseringen gjorde at brennevinet ble billigere å kjøpe, noe som gjorde at brennevinsforbruket holdt seg oppe, selv om husbrenningen ble redusert. Salg foregikk på denne tiden først og fremst fra de som produserte brennevin, og som automatisk hadde rett til å selge til hvem de ville. På landsbygda hadde også enkelte landhandlere rett til å selge brennevin. I byene

kunne alle som hadde handelsborgerskap selge brennevin i tillegg til de som produserte slik drikke. Når det gjaldt skjenking av brennevin, var denne knyttet til en bevilling for å drive vertshus eller gjestgiveri.

Lovgivningen for salg og skjenking av brennevin ble skilt fra lovgivningen for brennevinsproduksjon. Dette gjorde det mulig å innføre en egen avgift på småsalg, slik at også forbruket og ikke bare produksjonen ble beskattet. Avgiften ble i første omgang satt til salg i mindre kvanta enn fem potter, og avgiften skulle gå til fattigkassen. For å unngå å betale avgiften ble det imidlertid ofte slik at flere gikk sammen om å kjøpe et kvantum som oversteg reglene for småsalg. Ved innføring av formannskapsloven i 1837 ble den lokale myndigheten lagt til formannskapet, som i samråd med fattigkommisjonen skulle bestemme hvor mange skjenkebevillinger det skulle være i kommunen. Lovendringen førte til at gjestgiverier på landet mistet den automatiske retten gjestgiveribevillingen hadde gitt til salg av brennevin. Det krevdes nå en egen bevilling for skjenking. I byene hadde imidlertid handelsborgerne fortsatt rett til å drive salg av brennevin i smått i kraft av sine borgerbrev. Loven av 1837 innførte to av de mest sentrale virkemidlene i norsk alkoholpolitikk: *Særavgifter på salg og bevilling for salg og skjenking*.

1842

De negative konsekvensene av brennevinsdrikkingen var fortsatt gjenstand for heftig debatt, og som del av dette spørsmålet om privatøkonomiske interesser i handelen med brennevin. Fram til 1842 var imidlertid alkoholpolitikken dominert av et næringsliberalt grunnsyn. I 1842 vedtok så Stortinget en lov som ville ført til at det ble ulovlig å produsere brennevin i Norge i løpet av en tiårsperiode, men loven trådte aldri i kraft, fordi kong Carl Johan nektet å sanksjonere den.

1845

For å begrense brennevinsproduksjonen vedtok Stortinget i 1845 forbud mot å benytte kjeler mindre enn 100 potter. Det ble samtidig nedlagt forbud mot å brenne om sommeren – fra 1. mai til 30. september.

Kommunal bevilling ble utvidet til også å gjelde byene med en ordning der enhver bevilling for salg i smått også omfattet skjenking. De som hadde løst handelsborgerskap før 1845 fikk beholde sin rett til småsalg av brennevin.

Grensen for avgiftsfritt salg ble hevet fra 5 til 40 potter, tilsvarende ett brennevinsanker. Formålet var å utvide avgiftsgrunlaget for brennevinsalget, og gjøre det vanskeligere for folk å unndra seg salgavgiften. Det var imidlertid fortsatt vanlig at folk gikk sammen om å kjøpe et brennevinsanker slik at de slapp avgiften.

1848

Sommerforbudet mot brenning ble utvidet til et halvt år, og avgiften på brennevinsproduksjon ble så høy at den kunne ses som et forbud mot hjemmebrenning. Dette førte til at antall brennerier ble redusert fra omkring 700 til 40 på to år.

1850 – 1899

1851

I årene 1851-69 ble brennevinsproduksjonen ytterligere forsøkt redusert ved å øke produksjonsavgiften fra 4 til 12 shilling per pott brennevin med alkoholstyrke 40 prosent.

1854

Ble forbudt å skjenke brennevin mellom kl. 19 på lørdager og kl. 24 på søndager. Stortinget vedtok at kommunene kunne legge en avgift på salg og skjenking av øl og vin i landdistrikter.

1857

Ble forbudt å skjenke brennevin før kl. 08.00.

Det ble vedtatt en lov som la avgift på mengden malt som ble brukt ved brygging av øl, noe som førte til en betydelig prisøkning på øl.

1859

Den første totalavholdsforening ble stiftet i Stavanger av kvekeren Asbjørn Kloster.

1860

Stortinget vedtok at kommunene kunne legge en avgift på skjenking av øl også i byene.

1863

Fattigloven ga bestemmelse om fengselsstraff eller tvangsarbeid for drikkfeldige som påførte fattigstyret utgifter ved ikke å tjene til livets opphold.

1866

Bevillingsretten til å selge og skjenke brennevin ble begrenset til å gjelde for fem år, mens den tidligere hadde vært gitt for livstid.

1869

Lovendring som innførte bevillingsordning for skjenking av øl, vin, mjød og sider både i byene og på landet og for småsalg av vin (under 40 pott) på landet. Formannskap/kommunestyret ble også gitt mulighet til å stille vilkår for skjenking, og bevillingen skulle bare gjelde for ett år i gangen. Det ble også gitt mulighet for å begrense skjenketidene for øl og vin, men begrensningene kunne ikke gå lenger enn de som gjaldt for brennevin.

1871

Stortinget vedtok en endring i brennevinsloven som ga anledning til å opprette såkalte samlag for salg og skjenking av brennevin. Samlagene var resultat av et system der bevilling for salg og

skjenking av brennevin ble gitt til et spesielt opprettet selskap der overskuddet gikk til allmenntilgode formål. Det første brennevinssamlaget ble etablert i Kristiansand.

1872

Brennevinssamlagene kunne også gis bevilling til omsetning av øl og vin.

1875

Salg av øl på landet ble gjort avhengig av kommunal bevilling. Det Norske Totalavholdsselskap (DNT) ble stiftet.

1876

Adgang til å etablere egne spesielle samlag for omsetning av øl og vin.

1881

Stortinget vedtok en lov som gjorde det mulig for byene å forlange innløst rettighetene for skjenking av øl og vin som var gitt før loven av 1869, og som i prinsippet var gitt for livstid.

1882

Kommunestyrene ble gitt mulighet til å iverksette en bevillingsordning for småsalg av øl og vin i byene.

1894

Avholdsbevegelsen fikk gjennomslag for en ny lov som sa at bevilling til omsetning av brennevin bare skulle skje gjennom samlag. Hvorvidt det i en by skulle opprettes samlag skulle avgjøres ved folkeavstemning, der også kvinner hadde stemmerett. Loven omfattet småsalg og skjenking, mens partisalget over 250 liter var unntatt.

1900 – 1949

1900

Lov om løsgjengeri, drukkenskap og betleri ble vedtatt. Trådte i kraft i 1907. Dette var en lov som kom til å spille en viktig rolle i utviklingen av alkoholomsorgen i de følgende 70 år. Loven ga bestemmelser om straff for beruselse på offentlig sted og for offentlig forstyrrelse i beruset tilstand. Loven innebar at det for mer «kronisk» løsgjengeri og personer som var «forfalt til drukkenskap», kunne idømmes anbringelse i tvangsarbeidshus eller kuranstalt. Loven innførte også 18-års aldersgrense for salg og skjenking av brennevin.

1904

Stortinget vedtok ny alkohollov. Mens bestemmelsene om de forskjellige alkoholdrikkene tidligere hadde vært spredt i forskjellige lover, vedtok Stortinget en samlet alkohollov som skulle gjelde

både i byene og på landet, både for øl, vin og brennevin og for både partisalg, småsalg og skjenking. Ellers skulle samlagsordningen bestå, og som før var det opp til kommunestyrene å avgjøre om salg av øl og vin skulle være gjenstand for bevilling.

1909

Det første kursted for alkoholmisbrukere ble opprettet av Blå Kors (Eina). Opprettelsen kan ses som en reaksjon mot at det først og fremst var de mest langtkomne og sosialt utslåtte alkoholmisbrukerne som sto i fokus for den offentlige innsatsen. I årene som fulgte ble det også opprettet kursteder i regi av Lægeforeningen (Ørje 1910) og Hvite Baand (Jeløy for kvinner 1913).

1910

Statistisk Sentralbyrå utga det første bindet av alkoholstatistikken – Alkoholstatistikk I – en oversikt over den beregnede tilgang på alkohol i Norge fra 1814 fram til 1909. I årene som fulgte fortsatte Statistisk Sentralbyrå å utgi ulike former for alkoholstatistikk fram til 1983. Deretter har SIFA/Rusmiddeldirektoratet, fra 2001 SIRUS og fra 2016 FHI utgitt slik alkoholstatistikk.

1915

Opstad tvangsarbeidshus for å ta imot alkoholmisbrukere som var dømt etter løsgjengerloven, ble ferdigstilt.

1916

En alkoholkommisjon som var nedsatt i 1910, avga sin innstilling. Et flertall på seks avviste avholdsbevegelsens ønske om totalforbud mot alkoholomsetning og gikk inn for fortsatt legal omsetning under sterk offentlig kontroll. Et mindretall på to forsvarte avholdsbevegelsens tradisjonelle linje med en regulert omsetning, og et mål om å oppnå totalavhold – i første omgang av brennevin – gjennom lokale folkeavstemninger. Et mindretall på én – Johan Scharffenberg – gikk inn for et landsomfattende totalforbud mot all alkoholomsetning.

Som del av kriselovene under 1. verdenskrig ble det ved utgangen av 1916 forbud mot omsetning av brennevin. Dette for å hindre at viktige matvarer som korn og poteter ble brukt i alkoholproduksjon.

1917

Forbud mot omsetning av vin over 15 volumprosent, og som kort tid etter ble senket til 12 volumprosent. Samtidig ble det forbud mot bakkøl, bayerøl og pils.

1918

Ny lov om salg og skjenking av brennevin, vin, fruktvin, øl og mjød. Loven slo fast at all import og omsetning av brennevin skulle foregå i regi av samlagene og at samlagenes overskudd i sin helhet skulle tilfalle statskassen. Det vil si at de privatøkonomiske interessene nå var helt ute av brennevinssalget, men brennevinsproduksjonen kunne fremdeles foregå i privat regi.

1919

Med utgangspunkt i de positive erfaringene fra alkoholforbudet under 1. verdenskrig, fikk avholdsbevegelsen gjennomslag for at det skulle avholdes folkeavstemning om hvorvidt det skulle være tillatt med salg av brennevin og hetvin. Folkeavstemningen ga et klart flertall for et slikt forbud (62 prosent for og 38 prosent mot). Den vedtatte alkoholloven av 1918 ble dermed satt ut av spill. Pils og bayerøl (mellomsterkt øl) kom tilbake i salg fra mars 1919.

Avholdsbevegelsen kan sies å være på sitt høydepunkt med et oppgitt medlemstall på 257 000 av en samlet befolkning på 2,6 mill.

1920

Bokkøl kom tilbake i salg.

Staten overtar Ørje kursted fra Lægeforeningen.

Ordringen med herberger vokste fram. Herbergene ble opprettet for å gi husville tak over hodet og kom etter hvert til å bli en kvantitativt viktig del av alkoholistsorgen.

1921

Stortinget vedtok en lov som gjorde at en måtte ha statlig bevilling for å kunne tilvirke brennevin. Loven gjaldt også for de eksisterende brenneriene. På grunn av brennevinsforbudet fikk loven først senere sin viktigste betydning, selv om det også i forbudstiden skjedde en viss legal produksjon av brennevin til medisinsk og sprit til teknisk bruk.

Samme år ble det også vedtatt en lov som sa at innførsel og salg av alkoholdrikker skulle kunne legges inn under staten eller et godkjent selskap. Bakgrunnen var enighet mellom avholdsbevegelsen og forbudsmotstandere om at all import av vin skulle skje gjennom et statlig monopol. De såkalte vinlandene gikk imidlertid mot at salg av vin skulle skje gjennom samlagsordningen, da de fryktet at samlagene kunne bli nedlagt. Vinlandene ønsket at staten skulle garantere for at det skulle selges vin i Norge.

1922

Vinmonopolet ble etablert. Vinmonopolet fikk enerett på innførsel og partisalg av brennevin, vin, importert øl og innenlandsk øl over 4,75 volumprosent. Vinmonopolet ble også overlatt detaljsalget etter bevilling fra kommunestyret dersom slik bevilling ikke ble gitt til et samlag. I løpet av forbudstiden kjøpte Vinmonopolet opp de private brennevinsprodusentene.

1923

Forbudet mot hetvin ble opphevet og salget lagt under Vinmonopolet.

1926

Folkeavstemning om brennevinsforbudet (56 prosent for oppheving, 44 prosent mot). Regjeringen oppnevnte et utvalg (Edruelighetskomitéen av 1926) som skulle vurdere

oppbyggingen av en behandlingsorganisasjon for alkoholmisbrukere.

1927

Stortinget vedtok en ny alkohollov som formelt opphevet brennevinsforbudet. All innførsel av alkohol ble underlagt Vinmonopolet. Vinmonopolet og samlagene var nå de eneste som hadde rett til å kjøpe vin og sprit fra produsenter og importører. Bevilling for salg av vin og brennevin til forbruker kunne bare gis til Vinmonopolet eller samlagene. Opprettelse eller nedleggelse av vinmonopolutsalg i en kommune kunne bare skje etter at det var avholdt folkeavstemning i kommunen.

Heving av aldersgrense for salg og skjenking av brennevin ved at salg eller skjenking av brennevin ikke må skje til noen som «åpenbart er under 21 år».

1928

Edruehetskomitéen av 1926 avga sin innstilling.

1932

Stortinget vedtok en endringslov til alkoholloven som tilsa at samlagenes virksomhet ikke skulle fortsette etter 30. juni 1938.

Innføring av aldersgrense på 18 år for salg og skjenking av vin, fruktvin og mjød. For salg og skjenking av øl ble det først satt aldersgrense i 1956 (18 år).

Edruskapsloven, som hadde sitt grunnlag i innstillingen fra det regjeringsoppnevnte utvalget fra 1926, ble vedtatt. Ga bl. a. hjemmel for opprettelse av kommunale edruskapsnemnder og anledning til å legge inn pasienter på kursted under tvang. En av edruskapsnemndenes oppgave var å ta seg av alkoholmisbrukere og treffe bestemmelse om anbringelse i sykehus eller kursted.

1936

Statens edruehetsråd ble opprettet som forvaltningsorgan for edruskapsloven.

Innføring av promillegrense på 0,5 for kjøring av motorkjøretøy

1938

Samlagene opphører og Vinmonopolet fikk enerett på salg av vin og brennevin.

1939

Edruskapsloven, vedtatt i 1932, trådte i kraft. Loven innebar bestemmelser om oppnevning av kommunale edruskapsnemnder som bl.a. hadde til oppgave å drive forebyggende arbeid for å bedre edrueheten. Loven hjemlet også muligheten til å foreta tvangsinnleggelse i kuranstalt i inntil to år.

1940

Vinmonopolutsalgene ble stengt da tyskerne i april invaderte Norge. Utsalgene ble åpnet igjen i juli samme år og det ble innført kvoteordninger som med visse innstramninger varte til krigens slutt.

Stans i brygging og salg av bakkøl på grunn av begrensninger i import av malt.

1941

Stans i produksjon og salg av bayerøl og pils. Det eneste ølet som var i handelen var såkalt lagerøl eller landsøl, som var datidens lettøl.

1942

NS-regimet innfører en krigstilleggsavgift på vin og brennevin. Avgiften utgjorde først 30 prosent av salgsprisen, men ble i 1943 hevet til 40 prosent og fra 1945 til 50 prosent.

1946

Pilsnerøl og bayerøl kom igjen i salg. Rasjoneringen av vin- og brennevin opphørte. Krigstilleggsavgiften ble beholdt, men nå under navnet krisetilleggsavgift. I tillegg ble det innført et sosialt reguleringstillegg for brennevin og vin på 50 prosent av salgsprisen før avgifter. For svakvin ble det sosiale reguleringstillegget opphevet i september dette år.

Sosialdepartementet blir gitt anledning til å utstede bevilling til skjenking av vin og brennevin fra turist- og høyfjellshoteller.

1947

Det sosiale reguleringstillegget blir en del av krisetilleggsavgiften på brennevin og sterkvin.

Stortinget oppnevner en Alkoholistforsorgskomiteé.

1948

AA åpnet sin første poliklinikk (Oslo).

1949

Sterkt øl i form av eksportøl kom i handelen innenlands.

Stillingen som overlege for alkoholistforsorgen ble opprettet. Overlegen avgjorde søknader om innleggelse på statens kursteder og private kursteder når søknaden kom gjennom edruskapsnemndene, utskrivninger og viktige saker angående disiplinærforseelser. Dette var avgjørelser som tidligere ble foretatt av Sosialdepartementet. Overlegen var samtidig styrer på Bjørnebekk kursted.

1950 – 1999

1950

Krisetilleggsavgiften på brennevin og sterk vin økte med 50 prosent. Dermed var avgiften på brennevin og sterk vin tredoblet siden krigens slutt.

1951

Den første A-klinikk i regi av AA ble opprettet (Oslo). Tok sikte på medisinsk korttidsbehandling. Det kom etter hvert flere slike A-klinikker som var mer orientert mot en medisinsk behandling av alkoholmisbruk enn de tradisjonelle kurstedene. A-klinikkene ble lagt under Helsedirektoratet og fikk en høyere status enn kurstedene og tilsynshjemmene som var underlagt Sosialdepartementet.

1953

Det første tilsynshjemmet ble opprettet (Kameratheimen Stavanger). Målet med tilsynshjem var å gi hjelp på et tidligere stadium enn hva gjaldt behandling i kursted. Klientene skulle helst være i arbeid. Ble etter hvert brukt mest i ettervern etter klinikk-/kuropphold.

1956

Det ble gitt adgang til å holde bindende folkeavstemning om salg og skjenking av øl og vin, folkeavstemning var imidlertid ikke et vilkår for kommunal bevilling.

Innføring av 18 års grense for salg og skjenking av øl. Før denne tid var det ingen slik nedre grense.

Statistisk Sentralbyrå og Norsk Gallupinstitutt gjennomførte den første norske intervjuundersøkelsen om bruk av alkohol og holdninger til alkoholpolitikken.

1959

En utvalgsinnstilling om den videre utbyggingen av alkoholistforsorgen understreket betydningen av slik virksomhet drevet av ideelle organisasjoner, men at dette ikke fritok staten for et overordnet ansvar (St. meld. 59 for 1959 Om den videre utbygging av alkoholistforsorgen).

1960

Statens institutt for alkoholforskning – SIFA – ble etablert.

1963

Arbeidslivets Komite mot Alkoholisme og Narkomani, AKAN, ble etablert.

Det ble nedsatt en rusdrikklovkomité som skulle foreslå endringer i alkoholloven.

1967

Ot.prp. nr 38 (1966-67) Om lov om endringer i lov av 5. april 1927 om innførsel og omsetning av brennevin, vin, fruktvin, øl og mjød. Det ble gitt adgang til å åpne vinmonopolutsalg i alle landets kommuner, ikke bare i bykommuner med mer enn 4000 innbyggere slik det ble fastslått i 1918. Reglene for folkeavstemning for salg/skjenking av øl, vin og brennevin ble likestilt slik at det ikke

lenger var en betingelse for å få kommunal bevilling at det på forhånd var avholdt bindende folkeavstemning for salg/skjenking av brennevin.

Statens bevillingsnemnd for brennevinsomsetning ble opprettet. Bevillingsnemndas oppgave var å avgjøre hvorvidt det i en kommune kunne opprettes brennevinsutsalg (vinmonopolutsalg). Nemnda hadde ikke selv bevillingsmyndighet, men fungerte som silingsinstans før kommunestyret behandlet bevillingssøknaden.

1969

Statens edruskapsdirektorat avløste Statens edruehetsråd. Direktoratet hadde til oppgave å skape enhet i offentlig edruskapsarbeid, fremme opplysning og undervisning om alkoholproblemer og være rådgiver for offentlige organer i alkoholspørsmål.

1970

Stortinget vedtok vesentlige endringer i løsgjengerloven ved at §§ 16 og 18 ble opphevet. Dermed opphørte muligheten for tvangsanbringelse i det som ble kalt arbeidshus og det var ikke lenger forbudt å være beruset på offentlig sted. Gjennom endringene i løsgjengerloven ble ansvaret for såkalte løsgjengere overført fra Justisdepartementet til Sosialdepartementet. Det ble oppnevnt et «rådgivende aksjonsutvalg» (Birkelundutvalget – alkoholistomsorgsutvalget) som skulle utrede tiltak som burde settes i verk etter endringene i løsgjengerloven. For å møte den aktuelle gruppens behov for ulike former for omsorgstiltak ble det etter hvert opprettet avrusningsstasjoner og vernehjem. Landets første avrusningsstasjon ble opprettet i Oslo i 1970. Vernehjemmene var et tilbud til eldre hjemløse alkoholmisbrukere.

1971

Ot. prp. nr. 60 (1971–72) Om lov om endringer i lov av 5. april 1927 om innførsel og omsetning av brennevin, vin, fruktvin, øl og mjød.

Ble vedtatt at det kunne skjenkes brennevin i kommuner uten vinmonopolutsalg.

Statens økende engasjement i alkoholistomsorgen fikk sin start.

Stillingen som overlege for alkoholistomsorgen ble overført fra Bjørnebekk kursted til Statens edruskapsdirektorat.

1972

Alkoholistsorgsutvalgets hovedutredning ble lagt fram. Utvalget tok til orde for at det burde være en A-klinikk i de største byene og at en etablerte poliklinikker i de 20 største byene/tettstedene. I tillegg til etablering av vernehjem og avrusningsstasjoner, ble det foreslått en utbygging av hybelhus og vernede boliger.

1973

Stortingsmelding nr 88 (1972–73) Om alkoholproblemet og tiltak for å fremja edruskapen – slår fast at høye priser på alkohol er og skal være et av grunnprinsippene i norsk alkoholpolitikk.

Utvidelse av salgs- og skjenketider for brennevin utover kvelden. Det ble tillatt å skjenke brennevin på lørdager, 2. juledag, 2. påskedag og 2. pinsedag.

Aldersgrensen for å kjøpe brennevin ble senket fra 21 til 20 år.

Kommunene ble gitt adgang til å holde folkeavstemning om skjenking av brennevin.

Stortinget vedtok at det skal settes i verk et reklameforbud for alkohol.

1975

St. meld. nr. 17 (1975-76) Om alkoholistsorgen – la opp til en integrering og utbygging av hjelpetilbudet utenfor institusjon. Samtidig ble det lagt opp til en regionalisering av institusjonstilbudet slik at hvert fylke ble ansvarlig for å dekke sitt behov for institusjonsbehandling. Det ble også lagt opp til en satsing på poliklinikker, avrusningsstasjoner og andre former for korttidsbehandling som ikke fjerner pasientene for mye fra bo- og arbeidsmiljø.

Reklameforbudet for alkoholholdig drikk trådte i kraft.

1977

I Stortingsmelding nr. 58 (1977-78) Om alkoholavgiftene – ble det foreslått en viss omlegging av avgiftene slik at man i større grad lar disse følge alkoholinholdet i de respektive alkoholdrikker framfor å favorisere de alkoholsvake drikkene.

1979

St. meld. nr. 24 (1979-80) Om tiltak for å fremme alkoholfrie miljøer. Gikk blant annet inn for en ordning med driftstøtte til igangsetting av alkoholfrie etablissementer/arrangementer og innskjerping av serveringsstedenes plikt til å føre alkoholfrie drikker.

Et utvalg av statssekretærer (Nyhusutvalget) la fram en plan for økt innsats mot alkoholproblemet (Vedlegg til St.meld.nr 24 (1980-81)). Statssekretærutvalget foreslo blant annet å redusere alkoholinholdet i øl i skattekasse 2 fra 4,75 til 3,5 volumprosent, forbud mot øl i skattekasse 3 og å innføre en heving av aldersgrensen ved omsetning av øl og vin fra 18 til 20 år.

1980

St. meld. nr. 24 (1980-81) Om alkoholpolitikken - har sitt grunnlag dels i statssekretærutvalgets innstilling fra 1979, dels i en rapport fra WHO som henstilte medlemslandene å sette inn sterkere virkemidler for å bekjempe alkoholproblemene. Det trekkes fram i meldingen at alkoholforskning i den senere tid empirisk har kunnet påvise at det på en rekke områder er en sammenheng mellom det samlede alkoholforbruk i en befolkning og omfanget av alkoholskader (totalkonsummodellen). Det kanskje mest kontroversielle forslaget fra statssekretærutvalget om å redusere alkoholinholdet i øl i skattekasse 2, ble ikke tatt til følge. Det samme gjaldt utvalgets forslag om

hevet aldergrense ved omsetning av øl og vin. Departementet sa seg imidlertid enig i utvalgets forslag om forbud av øl i klasse 3. Dette fikk imidlertid ikke tilslutning i Stortinget.

1984

Prøveordning i ett år med lørdagslukning på Vinmonopolets utsalg.

1985

Prøveordningen med lørdagslukning på Vinmonopolet oppheves.

Fylkeskommunene fikk et utvidet ansvar for alkoholistinstitutionene (Ot. prp. nr 42 (1982-83) Om lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitutionene m.v.). Bakgrunnen var uoversiktlige og kompliserte ansvarsforhold og finansieringsordninger. Ut fra at synet på rusmiddelskader og rusmiddelavhengighet hadde endret seg fra en helsefaglig til en mer sosialfaglig forståelse, ble det vedtatt at spesialinstitutionene for personer med alkoholproblemer skulle defineres som sosialinstitutioner og at man i prinsippet bare sondret mellom behandlings- og rehabiliteringsinstitutioner på den ene siden og omsorgsinstitutioner på den andre.

Ble satt i gang et femårig prøvefylkeprosjekt i Nordland og Østfold med mål om å bygge ut funksjonelle hjelpetiltak for rusmiddelmisbrukere i et samarbeid mellom fylkeskommune og kommune.

1987

St. meld. nr. 17 (1987-88). Alkohol og folkehelse. Har som utgangspunkt at forskning har gitt nye erkjennelser og mer viten om alkoholens skadevirkninger. Det blir framhevet at det særlig er forskning om skader som resultat av mer tilfeldig alkoholbruk som gir bakgrunn for ny vurdering av alkoholpolitiske tiltak. Det understrekes at det har skjedd en forskyvning i vektleggingen av årsakene til alkoholens skadevirkninger. Det påpekes at mens en tidligere la hovedvekt på kjennetegn ved brukeren, blir det nå lagt hovedvekt på forholdet mellom totalforbruk, antall storforbrukere, drikkemønsteret og skaderisiko (totalkonsummodellen). En reduksjon av totalforbruket med 25 prosent innen år 2000 i overensstemmelse med WHO's anbefaling, settes opp som det viktigste mål for alkoholpolitikken.

Antall vinmonopolutsalg begrenses til 110 i kommende to-årsperiode, mens Vinmonopolet utarbeider en landsplan for den framtidige utvikling av salgsnett med mål om sikre en større likhet i tilgjengelighet uten at det totale antall vinmonopolutsalg endres vesentlig.

Økt vektlegging av polikliniske behandlingstilbud framfor behandling i institusjon for personer med alkoholproblemer. Ble blant annet motivert for bedre å nå en videre målgruppe enn de mest langtkomne og synlige problemdrikkerne.

1988

Rusmiddeldirektoratet ble etablert og avløste det tidligere Statens Edruskapsdirektorat.

1989

Ot. prp. nr. 31 (1988-89) Om lov om omsetning av alkoholholdig drikk, medførte en rekke endringer i alkoholloven:

Aldersgrense for den som selger og skjenker brennevin: 20 år.

Aldersgrense for den som selger og skjenker øl og vin: 18 år.

Unntak aldersgrense for skjenking: servitør med fagbrev.

Adgangen til å holde bindende folkeavstemning for salg/skjenking av alkoholholdige drikkevarer ble avskaffet.

Åpningstiden for Vinmonopolets butikker ble utvidet til 08.30 -18.00 på hverdager, 08.30 -13.00 dag før helligdag. Ordningen med landsplan for A/S Vinmonopolet gjorde ordningen med statlig bevillingsnemnd for brennevinsomsetning overflødig og ble derfor avvirket. Sosial- og helsedepartementet ble gitt anledning til å fastsette et tak på antall vinmonopolutsalg og fordelingen av disse.

Bevillingsordningen ved skjenking av brennevin ble endret slik at bevilling til skjenking av brennevin heretter skulle kunne gis til person over 20 år i likhet med det som gjaldt øl og vin. Tidligere var bevilling gitt til Vinmonopolet, som utøvet bevillingen ved en ansatt skjenkebestyrer.

Kommunene ble gitt adgang til å opprette egne ølutsalg.

Avgiftene på salgs- og skjenkebevillinger skal tilfalle kommunene i stedet for Edruskapsfondet som avvikles.

Skjenking av brennevin etter kommunale bevillinger kan skje fra kl 13.00 – 24.00, mens skjenking av øl og vin følger skjenkestedets åpningstid, fastsatt med hjemmel i alkoholloven. Kommunen ble imidlertid gitt anledning til å vedta innskrenkninger innenfor de gitte rammer.

1990

Ikke lenger tillatt med selvbetjeningssalg av sterkt øl (01.07).

1992

St. meld. nr. 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmissbrukere. Viser til den vedtatte sosialtjenesteloven og fastslår at særomsorgen for rusmiddelmissbrukere dermed er avvirket og grunnlaget lagt for å utvikle et differensiert og helhetlig tiltaksapparat på fylkeskommunalt, kommunalt og lokalsamfunnsnivå. Det framheves at behandlingen av alle typer rusmidler bør ses i sammenheng. Hjelpe- og behandlingstiltakene bør differensieres etter oppgaver og behov som i hovedsak knytter seg til alder, forholdet til arbeidsliv, familie og sosialt nettverk.

1993

Sterkt øl ble bare tillatt solgt gjennom Vinmonopolet (01.03).

Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) trer i kraft og erstatter lov om sosial omsorg, lov om edruskapsvern og lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner (Ot.prp. nr. 29 (1990-

91) Om lov om sosiale tjenester m.v.). Fylkeskommunen får dermed et samlet generelt ansvar for behandlingssenheter for rusmiddelmissbrukere. Behandling i døgninstitusjon finansieres gjennom en delt betaling mellom kommune og fylkeskommune. Kommunen får ansvar for sosiale tjenester, herunder omsorgsbaserte boliger med heldøgns omsorgstjenester. Kapittel 6 omhandler særlige tiltak for rusmiddelmissbrukere. § 6-2 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke i inntil tre måneder. Sak om tilbakeholdelse uten eget samtykke skal fremmes av sosialtjenesten i kommunen for Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Grunnlag for å fremme sak om tilbakeholdelse: «

dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved et omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake i opptil tre måneder

». § 6-3 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon på grunnlag av eget samtykke i inntil tre uker.

De første (av til sammen syv) regionale kompetansesentrene på rusmiddelfeltet blir etablert.

1994

EØS-avtalen trer i kraft.

Etter vedtak i Stortinget ble det utarbeidet en landsplan for utvikling av Vinmonopolets salgsnett. Målet var «å sikre en større likhet i tilgjengelighet uten at det totale antallet på salgssteder ble vesentlig endret». Landsplanen ble utarbeidet av ansvarlig departement og ga ramme for antall utsalg Vinmonopolet kunne etablere. Den første landsplanen gjaldt perioden 1994-97 der Sosial- og helsedepartementet satte et tak på 114 utsalg.

Regjeringen oppnevnte et alkoholpolitisk utvalg som skulle vurdere innholdet i norsk alkoholpolitikk.

1995

Ot. prp nr 51 (1994-95) Om lov om endringer i alkoholoven (ny bevillingsordning for engrossalg av alkoholholdig drikk m.m. lov 23. juni 1995 nr 42).

St prp nr 49 (1995-95) Om deling av A/S Vinmonopolet.

Bakgrunnen for at de to proposisjonene ble fremmet før det alkoholpolitiske utvalget hadde avgitt sin innstilling, var at EFTAs overvåkingsorgan ESA hadde uttalt seg negativt om mulighetene for at det norske alkoholmonopolet kunne bestå innenfor EØS-samarbeidet, og fordi Sverige, Finland og Island hadde vedtatt å oppgi sine import- og engrosmonopol for alkoholdrikker. Privatiseringen av importen og engrosomsetningen av vin og brennevin og delingen av A/S Vinmonopolet ble så vedtatt ved Stortingets behandling av de to proposisjonene i juni 1995.

NOU 1995:24 Alkoholpolitikken i endring? Innstilling fra det alkoholpolitiske utvalget oppnevnt i 1994. I innstillingen peker utvalget på konsekvensene den internasjonale utviklingen har for norsk alkoholpolitikk og understreker nødvendigheten av innsats på særlig tre felt: 1. internasjonalt samarbeid, 2. opplysning, informasjon og forskning, 3. punktavholdstrategien. Utvalget foreslo at Vinmonopolet skulle gis adgang til å opprette såkalte utleveringssteder for kommuner som ønsker

det, og at det ikke lenger skal være noen grense for antall vinmonopolbutikker. Det ble videre sagt at den igangsatte moderniseringen i detaljmonopolets virksomhet burde fortsette, at kommunene burde utarbeide kommunale planer for alkoholpolitikken. Det framkommer ellers at det var uenighet i utvalget om virkemidler som f. eks. åpning- og skjenketider, promillegrenser ved bilkjøring og hvorvidt Vinmonopolets eneretter til detaljsalg av brennevin, vin og sterkøl skulle opprettholdes.

1996

Som resultat av at import- og engrosmonopolet til A/S Vinmonopolet var i strid med EFTA-reglene, ble det etablert et eget statlig selskap, Arcus AS, som overtok import- og engrosmonopolet, mens A/S Vinmonopolet fortsatte som detaljmonopol.

1996

Sosialtjenesteloven § 6-2a, om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide inntil barnet er født, trer i kraft.

1997

Det blir fastslått at ordningen med A/S Vinmonopolet som detaljmonopol ikke strir mot EØS-avtalen.

Stortinget vedtar endringer i alkoholloven (Ot prp nr 7 (1996-97) Om lov om endringer i alkoholloven, deriblant:

Innføring av normal- og maksimaltider for salg og skjenking av alkohol:

Normalsalgstid for salg av øl: til kl 18.00 på hverdager og kl 15.00 på lørdager.

Maksimaltid for salg av øl: til kl 20.00 på hverdager og kl 18.00 på lørdager.

Normal skjenketid for øl og vin: fra kl 08.00 til kl 01.00

Maksimal skjenketid for øl og vin: fra kl 06.00 til kl 03.00

Normal skjenketid for brennevin: fra kl 13.00 til kl 24.00

Maksimal skjenketid for brennevin: fra kl 13.00 til kl 03.00

Oppheving av forbudet mot skjenking av brennevin på søndager og helligdager.

Den øvre ramme for salgstid for Vinmonopolet utvidet til kl 18.00 på hverdager og kl 15.00 på lørdager.

Kommunene pålegges å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan.

Landsplanen for A/S Vinmonopolet for 1994-97 utvidet til to nye utsalg i 1997 og til også å omfatte 1998 med åtte nye utsalg.

1998

Regjeringen legger fram handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (St prp nr 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000)). Det sies at selv om narkotika- og alkoholpolitikken har noe ulike mål ettersom alkohol er en lovlig vare, mens bruk av narkotika er illegalt, er det likevel behov for å se rusmiddelpolitiske tiltak i sammenheng. Ut fra dette omfatter brorparten av de 20 tiltakene i planen begge grupper av rusmidler. Eksempler på tiltak:

oppnevning av et rusmiddelpolitisk råd, økt samarbeid med foreldre, økt innsats i skolen, støtte til frivillige organisasjoner osv. For alkoholpolitikken blir målet om å avgrense de samfunnsmessige og individuelle skadene som kan følge bruk og misbruk, understreket. Av tiltak som spesifikt gjelder alkohol kan nevnes: innsats mot smugling og hjemmebrenning, evaluering av kommunenes forvaltning av alkoholloven og utvidet informasjonsinnsats fra A/S Vinmonopolet.

Sosial- og helsedepartementet vedtar at det som del av landsplan for A/S Vinmonopolet kan opprettes 40 nye vinmonopolutsalg i perioden 1999-2002.

1999

Forsøksordning med selvbetjente vinmonopolutsalg i seks kommuner.

En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet la fram tre rapporter om hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere (de såkalt Nesvåg-rapportene).

2000 – 2018

2000

Promillegrensen for førere av motorkjøretøy ble satt ned fra 0,5 til 0,2.

2001

Sosial- og helsedepartementet vedtar at det som tillegg til landsplan for A/S Vinmonopolet for 1999-2002, kan etableres 20 nye vinmonopolutsalg i distriktene.

Påbudet om disksalg i A/S Vinmonopolets utsalg oppheves. Det vil si at Vinmonopolet ble stilt fritt til å etablere selvbetjente utsalg. Hensynet til monopolordningens legitimitet i befolkningen ble tillagt avgjørende vekt.

Forbudet mot alkoholholdig drikk som gevinst eller premie i privat sammenheng ble opphevet.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) etableres ved en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. Rusmiddeldirektoratet beholder forvaltningsoppgaver under alkoholloven, ansvar for oppfølging av frivillige organisasjoner på rusmiddelfeltet og ansvar for informasjon om rusmiddelspørsmål.

2002

Omsetning av «rusbrus» (fruktdrikk opp til 4,75 volumprosent alkohol) ble etter avgjørelse i EFTA-domstolen, gitt samme vilkår som øl med tilsvarende alkoholinhold. Det vil si at det ble tillatt å selge «rusbrus» i dagligvarebutikker.

RUStelefonen, en bekymringstelefon der ungdom, pårørende og andre kan få råd og hjelp i risikosituasjoner, blir opprettet.

Sosial- og helsedirektoratet opprettes. Rusmiddeldirektoratets gjenværende oppgaver (forvaltning av og tilsyn med alkoholloven, informasjon om rusmiddelspørsmål, holdningsdannende tiltak, oppfølging av rusmiddelpolitiske organisasjoner, etc.) overtas av det nyopprettede direktoratet.

Omkring 20 personer dør som følge av at et parti smuglersprit inneholdt metanol.

2003

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Det sies innledningsvis at Regjeringens visjon for rusmiddelpolitikken er frihet fra rusmiddelproblemer og at hovedmålet er en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk. De strategiske mål for alkoholpolitikken som nevnes er: redusere totalforbruket av alkohol, endre skadelige drikkemønstre, redusere ulovlig omsetning av alkohol, heve debutalder, øke oppslutning om alkoholfrie soner. I tråd med at handlingsplanen omfatter rusmiddelproblemer generelt, er innsatsområdene rettet mot så vel alkohol som narkotika; økt kontroll og beskyttelse, utvikle målrettede og samordnende forebyggende tiltak på kommunalt nivå, utvikle det forebyggende samarbeidet på nordisk, europeisk og globalt nivå, tidlig intervensjon for rusmiddelproblemer, og bedre behandlings-, omsorgs- og skadereduserende tilbud.

A/S Vinmonopolet gis adgang til å etablere 10 nye utsalg (6 ordinære utsalg og 4 testutsalg med begrenset utvalg for å bedre tilgjengeligheten i utkantstrøk).

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet. Utredning fra en kommisjon nedsatt av Sosial- og helsedepartementet for å oppsummere kunnskapen på rusmiddelfeltet. Utredningen gir en oversikt over internasjonal og nasjonal forskning om effekter av forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak på rusmiddelfeltet.

2004

Den såkalte Rusreformen trår i kraft. Reformen innebar at behandling for rusmiddelmisbruk blir en del av den statlige spesialisthelsetjenesten. Stortingets behandling hadde sitt utgangspunkt i to odelstingsproposisjoner (Ot. prp. nr 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere) og Ot. prp. nr 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)). I den første proposisjonen foreslo Regjeringen overføring av sektoransvar fra fylkeskommune til stat for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere som ble vurdert til å yte spesialiserte helsetjenester (Rusreform I). I den andre proposisjonen foreslo Regjeringen at fylkeskommunens ansvar for behandlingssenheter som ble vurdert til å tilby spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere, skulle overføres til kommunene (Rusreform II). Stortinget ga sin tilslutning til Rusreform I (jf. Innst. O. nr 51 (2002-2003), men gikk imot Regjeringens forslag til Rusreform II (jf. Innst. O. nr. 4 (2003-2004), og vedtok å overføre hele det fylkeskommunale ansvaret for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere til staten ved de regionale helseforetakene.

2005

Flere endringer i alkoholloven (Ot.prp. nr 86 (2003-2004) Om lov om endringer i lov 2. juni 1989 nr 27 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. og enkelte andre lover). Kommunene gis større frihet til å organisere sitt alkoholpolitiske arbeid. Fruktdrikk som er tilsatt brennevin blir definert som brennevin og ilegges brennevinsavgift. Det førte til en betydelig prisøkning på «rusbrus». Som følge av domsavsigelse i ESA/EØS-domstolen ble regelverket for salg av og skjenking av alkohol endret til å gjelde alkoholstyrke og ikke alkoholtype.

Bevillingssystemet for import og engrossalg av alkohol avvikles og erstattes av en registreringsplikt i regi av Toll- og avgiftsdirektoratet.

Ordningen med landsplan for Vinmonopolet avvikles. Bestemmelsen om at ansvarlig departement kan fastsette høyeste antall vinmonopolutsalg, ble imidlertid opprettholdt.

Det åpnes for avgiftsfritt salg av alkoholholdig drikk ved ankomst fra utlandet til norske flyplasser.

Innføring av promillegrense på 0,8 for førere av fritidsbåter.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008. Visjon og hovedmål er de samme som for handlingsplan 2003-2005. Som nye strategiske mål for alkoholpolitikken: redusere ulovlig omsetning av alkohol og redusere skadene for tredjepart, særlig barn av rusmiddelmisbrukere. De prioriterte områdene som nevnes er: forebygging og tidlig intervensjon, helhetlig rehabilitering og behandling, forskning samt nordisk og internasjonalt samarbeid.

2006

Taxfree-kvoten økes til 1 liter brennevin og 1,5 liter vin, alternativt 3 liter vin.

2007

A/S Vinmonopolet vedtar å prøve ut en ordning med filialutsalg med begrenset vareutvalg.

2008

Opptrappingsplan for rusfeltet 2008-2010. Planen ble senere utvidet til å gjelde ut 2012. Heter her at: «Regjeringens politikk på rusmiddelfeltet har som overordnede mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet». Det overordnede målet deles opp i fem hovedmål: Tydelig folkehelseperspektiv, bedre kvalitet og økt kompetanse, mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering, forpliktende samhandling, økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende. Under disse målene er det til sammen satt opp 147 konkrete og til dels omfattende tiltak. Reduksjon av totalforbruket av alkohol inngår som del av planens folkehelseperspektiv og virkemidlene som nevnes i den forbindelse er: styrke oppslutningen om alkoholpolitikken, føre en restriktiv alkoholpolitikk, videreutvikle A/S Vinmonopolet, effektivisere kontrollen med utøving av skjenkebevillinger, styrke kontrollen med salgs- og skjenkebevillinger, styrke oppslutningen om alkoholfrie soner og målrette politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol.

Sosial- og helsedirektoratet skifter navn til Helsedirektoratet.

2009

Alkoholloven gir adgang til at privatpersoner kan importere alkoholholdig drikk til personlig bruk.

Det siste kommunale ølmonopolet ble avviklet (fremdeles syv ølmonopol i privat regi).

2011

De siste vinmonopolutsalgene med disksalg blir ombygget til selvbetjente butikker.

2012

Meld. St.30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping. Fem områder som særlig vektlegges: 1) forebygging og tidlig innsats, 2) samhandling – tjenester som jobber sammen, 3) økt kompetanse og bedre kvalitet, 4) hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall, 5) innsats for pårørende og mot passiv drikking.

2014

Stortinget vedtar at tax-free kvoten for tobakk kan byttes ut med 1,5 liter vin, øl eller «rusbrus».

Stortinget vedtar at Vinmonopolets utsalg kan holde åpent på påske-, pinse- og nyttårsaften samt på valgdager.

2015

Prop. 58 L (2014-2015) Endringer i alkoholloven (normerte regler for inndragning av salgs- og skjenkebevilling. Alkoholloven §1-8).

Vinmonopolets utsalg gis adgang til å ha åpnet på pinse-, påskeaften og valgdager.

Endring i alkoholforskriftens bestemmelser om alkoholreklame. Det åpnes for at produsenter og grossister kan gi informasjon, herunder bilder, om produktene på sine hjemmesider, samt på arrangementer som messer, omvisninger og kurs. Det åpnes også for produktbilder i Vinmonopolets nettbutikk.

Prop.15 S (2015-2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Planen er i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle, eller allerede har et rusmiddelproblem.

2016

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) innlemmes i Folkehelseinstituttet.

Endringer i alkoholloven:

Med virkning fra 1. januar 2016 ble det innført to endringer. Nye regler vedrørende konsekvenser for bevillingshaver ved brudd på alkoholloven. For å sikre enhetlig håndheving av regelverket ble det innført standardiserte regler om prikkbelastning, med angivelse av hvor mange prikker hver

overtredelse skal resultere i. Forskriften kategoriserer ulike brudd avhengig av alvorlighetsgrad. Dersom bevillingshaver får 12 prikker i løpet av en toårsperiode, skal bevillingen inndras i én uke.

Kommunen gis adgang til å gjøre unntak fra hovedregelen om at kommunale salgs- og skjenkebevillinger gjelder for fire år av gangen («fireårsregelen»). Kommunen kan selv bestemme om eksisterende bevillinger skal løpe ut etter fire år (som tidligere) eller om bevillingene skal videreføres uten krav om ny bevilling. Det forutsettes at kommunen etter kommunevalget har foretatt en gjennomgang av alkoholpolitikken.

Med virkning fra 1. juli er det gjort mulig for produsenter å selge egenproduserte produkter over 4.7 volumprosent alkohol direkte fra eget utsalgssted. Ordningen gjelder bare produkter som ikke er omfattet av EØS-avtalen, som f. eks. eplesider og fruktvin. Ordningen omfatter derfor ikke øl, brennevin og vin laget av druer som kun kan selges fra Vinmonopolets utvalg. De som ønsker å selge produkter etter den nye ordningen må søke kommunen om bevilling.

Skrevet av: Astrid Skretting

Historisk oversikt over tjenestetilbudet på rusmiddelfeltet 1900–2018

Oversikt over hendelser og beslutninger med betydning for utvikling av tjenestetilbudet på rusmiddelfeltet.

1900–1949

1900

Lov om løsgjengeri, drukkenskap og betleri ble vedtatt. Trådte i kraft i 1907. Dette var en lov som kom til å spille en viktig rolle i utviklingen av alkoholistsorgen i de følgende 70 år. Loven ga bestemmelser om straff for beruselse på offentlig sted og for offentlig forstyrrelse i beruset tilstand. Loven innebar at det for mer «kronisk» løsgjengeri og personer som var «forfalt til drukkenskap», kunne idømmes anbringelse i tvangsarbeidshus eller kuranstalt.

1909

Det første kursted for alkoholmisbrukere ble opprettet av Blå Kors (Eina). Opprettelsen kan ses som en reaksjon mot at det først og fremst var de mest langtkomne og sosialt utslåtte alkoholmisbrukerne som sto i fokus for den offentlige innsatsen. I årene som fulgte ble det også opprettet kursteder i regi av Lægeforeningen (Ørje 1910) og Hvite Baand (Jeløy for kvinner 1913).

1920

Staten overtar Ørje kursted fra Lægeforeningen.

Ordringen med herberger vokste fram. Herbergene ble opprettet for å gi husløse tak over hodet og kom etter hvert til å bli en kvantitativt viktig del av alkoholistsorgen.

1926

Regjeringen oppnevnte et utvalg (Edruelighetskomitéen av 1926) som skulle vurdere oppbyggingen av en behandlingsorganisasjon for alkoholmisbrukere.

1928

Edruelighetskomitéen av 1926 avga sin innstilling.

1932

Edruskapsloven, som hadde sitt grunnlag i innstillingen fra det regjeringsoppnevnte utvalget fra 1926, ble vedtatt. Loven ga bl. a. hjemmel for opprettelse av kommunale edruskapsnemnder og anledning til å legge inn pasienter på kursted under tvang. En av edruskapsnemndenes oppgave var å ta seg av alkoholmisbrukere og treffe bestemmelse om anbringelse i sykehus eller kursted.

1936

Statens edruelighetsråd ble opprettet som forvaltningsorgan for edruskapsloven.

1939

Edruskapsloven, vedtatt i 1932, trådte i kraft. Loven innebar bestemmelser om oppnevning av kommunale edruskapsnemnder som bl.a. hadde til oppgave å drive forebyggende arbeid for å bedre edrueligheten. Loven hjemlet også muligheten til å foreta tvangsinnleggelse i kuranstalt i inntil to år.

1947

Stortinget oppnevner en Alkoholistforsorgskomiteé.

1948

AA åpnet sin første poliklinikk (Oslo).

1949

Stillingen som overlege for alkoholistforsorgen ble opprettet. Overlegen avgjorde søknader om innleggelse på statens kursteder og private kursteder når søknaden kom gjennom edruskapsnemndene, utskrivinger og viktige saker angående disiplinærforseelser. Dette var avgjørelser som tidligere ble foretatt av Sosialdepartementet. Overlegen var samtidig styrer på Bjørnebekk kursted.

1950–1999

1951

Den første A-klinikk i regi av AA ble opprettet (Oslo). Tok sikte på medisinsk korttidsbehandling. Det kom etter hvert flere slike A-klinikker som var mer orientert mot en medisinsk behandling av alkoholmisbruk enn de tradisjonelle kurstedene. A-klinikkene ble lagt under Helsedirektoratet og fikk en høyere status enn kurstedene og tilsynshjemmene som var underlagt Sosialdepartementet.

1953

Det første tilsynshjemmet ble opprettet (Kameratheimen, Stavanger). Målet med tilsynshjem var å gi hjelp på et tidligere stadium enn hva gjaldt behandling i kursted. Klientene skulle helst være i arbeid. Ble etter hvert brukt mest i ettervern etter klinikk-/kuropphold.

1959

En utvalgsinnstilling om den videre utbyggingen av alkoholistforsorgen understreket betydningen av virksomheten drevet av ideelle organisasjoner, men at dette ikke fritok staten for et overordnet ansvar (St. meld. 59 for 1959 Om den videre utbygging av alkoholistforsorgen).

1961

Statens klinikk for narkomane (SKN) beliggende på Hov i Søndre Land, ble opprettet. Klinikken ble etablert for å ta imot de såkalt «klassiske» narkomane. Dette var som regel personer som hadde utviklet misbruk av opiatholdige legemidler, som f eks morfin.

1969

Uteseksjonen i Oslo ble opprettet for å arbeide oppsøkende og forebyggende arbeid blant ungdom i de nyoppståtte narkotikamiljøene. Etter hvert opprettet flere kommuner slike oppsøkende virksomheter (utekontakter).

1970

Stortinget vedtok vesentlige endringer i løsgjengerloven ved at §§ 16 og 18 ble opphevet. Dermed opphørte muligheten for tvangsanbringelse i det som ble kalt arbeidshus og det var ikke lenger forbudt å være beruset på offentlig sted. Gjennom endringene i løsgjengerloven ble ansvaret for såkalte løsgjengere overført fra Justisdepartementet til Sosialdepartementet. Det ble oppnevnt et «rådgivende aksjonsutvalg» (Birkelundutvalget – alkoholistomsorgsutvalget) som skulle utrede tiltak som burde settes i verk etter endringene i løsgjengerloven. For å møte den aktuelle gruppens behov for ulike former for omsorgstiltak, ble det etter hvert opprettet avrusningsstasjoner og vernehjem. Landets første avrusningsstasjon ble opprettet i Oslo i 1970. Vernehjemmene var et tilbud til eldre hjemløse alkoholmisbrukere.

1971

Statens økende engasjement i alkoholistomsorgen fikk sin start. Stillingen som overlege for alkoholistomsorgen ble overført fra Bjørnebekk kursted til Statens edruskapsdirektorat.

1972

Alkoholistomsorgsutvalgets hovedutredning ble lagt fram. Utvalget tok til orde for at det burde være en A-klinikk i de største byene, og at en etablerte poliklinikker i de 20 største byene/tettstedene. I tillegg til etablering av vernehjem og avrusningsstasjoner, ble det foreslått en utbygging av hybelhus og vernede boliger.

1975

St. meld. nr. 17 (1975-76) Om alkoholistomsorgen la opp til en integrering og utbygging av tilbudet utenfor institusjon. Samtidig ble det lagt opp til en regionalisering av institusjonstilbudet slik at hvert fylke ble ansvarlig for å dekke sitt behov for institusjonsbehandling. Det ble også lagt opp til en satsing på poliklinikker, avrusningsstasjoner og andre former for korttidsbehandling som ikke fjerner pasientene for mye fra bo- og arbeidsmiljø.

1976

St. meld. nr. 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer. Meldingen dannet blant annet grunnlag for en systematisk utbygging av de psykiatriske ungdomsteamene (PUT), som hadde begynt å vokse fram.

1979

St. prp. nr 138 (1978-79) Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer og om endringer i statsbudsjettet og trygdebudsjettet for 1979. Planen inneholdt en lang rekke tiltak som ble fulgt opp med økonomiske midler. Dette gjaldt eksempelvis styrking av Uteseksjonen i Oslo, nye behandlingseinheter i og utenfor institusjon.

1985

Fylkeskommunene fikk et utvidet ansvar for alkoholistinstitutionene (Ot. prp. nr 42 (1982-83) om lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitutionene m.v). Bakgrunnen var uoversiktlige og kompliserte ansvarsforhold og finansieringsordninger. Ut fra at synet på rusmiddelskader og rusmiddelavhengighet hadde endret seg fra en helsefaglig til en mer sosialfaglig forståelse, ble det vedtatt at spesialinstitutionene for personer med alkoholproblemer skulle defineres som sosialinstitutioner og at man i prinsippet bare sondret mellom behandlings- og rehabiliteringsinstitutioner på den ene siden og omsorgsinstitutioner på den andre.

Ble satt i gang et femårig prøvefylkeprosjekt i Nordland og Østfold med mål om å bygge ut funksjonelle hjelpetiltak for rusmiddelmisbrukere i et samarbeid mellom fylkeskommune og kommune.

1987

St. meld. nr. 17 (1987-88). Alkohol og folkehelse. Har som utgangspunkt at forskning har gitt nye erkjennelser og mer viten om alkoholens skadevirkninger. Det blir framhevet at det særlig er forskning om skader som resultat av mer tilfeldig alkoholbruk som gir bakgrunn for ny vurdering av alkoholpolitiske tiltak. Det understrekes at det har skjedd en forskyvning i vektleggingen av årsakene til alkoholens skadevirkninger. Det påpekes at mens en tidligere la en hovedvekt på kjennetegn ved brukeren, blir det nå lagt en hovedvekt på forholdet mellom totalforbruk, antall storforbrukere, drikkemønsteret og skaderisiko (totalkonsummodellen). En reduksjon av totalforbruket med 25 prosent innen år 2000 i overensstemmelse med WHO's anbefaling, settes opp som det viktigste mål.

Vektlegging av polikliniske behandlingstilbud framfor behandling i institusjon for personer med alkoholproblemer, blant annet for å nå en videre målgruppe enn de mest langtkomne og synlige problemdrikkere.

1988

Den såkalte AIDS-informasjonsbussen (sprøytebussen) i Oslo startet sin virksomhet. Etter hvert begynte flere kommuner å dele ut sprøyter og kanyler.

Sosialdepartementets handlingsplan mot stoffmisbruk – utvikling av behandlingsskapiteten 1988-1992 ble lagt fram. Med bakgrunn i at flere stoffmisbrukere ønsker hjelp og behandling som følge av angst for HIV-smitte, tar Regjeringen sikte på å opprette 300-350 nye heldøgns plasser.

1992

St. meld. nr. 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmissbrukere. Viser til den vedtatte sosialtjenesteloven og fastslår at særomsorgen for rusmiddelmissbrukere dermed er avviklet og grunnlaget lagt for å utvikle et differensiert og helhetlig tiltaksapparat på fylkeskommunalt, kommunalt og lokalsamfunnsnivå. Det framheves at behandling av alle typer rusmidler bør ses i sammenheng. Hjelpe- og behandlingstiltakene bør differensieres etter oppgaver og behov som i hovedsak knytter seg til alder, forholdet til arbeidsliv, familie og sosialt nettverk.

1993

Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) trer i kraft og erstatter lov om sosial omsorg, lov om edruskapsvern og lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner (Ot.prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester m.v.). Fylkeskommunen får dermed et samlet generelt ansvar for behandlingssenheter for rusmiddelmissbrukere. Behandling i døgninstitusjon finansieres gjennom en delt betaling mellom kommune og fylkeskommune. Kommunen får ansvar for sosiale tjenester, herunder omsorgsbaserte boliger med heldøgns omsorgstjenester. Kapittel 6 omhandler særlige tiltak for rusmiddelmissbrukere. § 6-2 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke i inntil tre måneder. Sak om tilbakeholdelse uten eget samtykke skal fremmes av sosialtjenesten i kommunen og fremmes for Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

Grunnlag for å fremme sak om tilbakeholdelse: «

dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved et omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake i opptil tre måneder

». § 6-3 gir anledning til tilbakeholdelse i institusjon på grunnlag av eget samtykke i inntil tre uker.

De første (av til sammen syv) regionale kompetansesentrene på rusmiddelfeltet blir etablert.

1994

Det settes i gang et treårig forsøksprosjekt med substitusjonsbehandling med metadon med plass til 50 pasienter.

1996

Sosialtjenesteloven § 6-2a, om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide inntil barnet er født, trer i kraft.

1997

Stortinget vedtar at substitusjonsbehandling med metadon (metadonassistert rehabilitering – MAR) skal etableres som et permanent landsdekkende tilbud.

1999

En arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet la fram tre rapporter om hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere (de såkalt Nesvåg-rapportene).

2000–2018

2002

RUSTelefonen, en bekymringstelefon der ungdom, pårørende og andre kan få råd og hjelp i risikosituasjoner, blir opprettet.

2003

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Blant de områder som omtales er tidlig intervensjon for rusmiddelproblemer, bedre behandlingstilbud samt omsorgs- og skadereduserende tilbud.

NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet. Utredning fra en kommisjon nedsatt av Sosial- og helsedepartementet for å oppsummere kunnskapen på rusmiddelfeltet. Utredningen gir en oversikt over internasjonal og nasjonal forskning om effekter av forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak på rusmiddelfeltet.

2004

Rusreformen trår i kraft. Reformen innebar at behandling for rusmiddelmisbruk ble en del av den statlige spesialisthelsetjenesten under betegnelsen «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk» (TSB). Reformen innebar at rusmiddelmisbrukere i behandling har rettigheter etter pasientrettighetsloven, noe som bl.a. innebærer at de som pasienter har rett til fritt å velge behandlingssted som inngår i de regionale helseforetakenes tilbud. Stortingets behandling av reformen hadde sitt utgangspunkt i to odelstingsproposisjoner (Ot. prp. nr. 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere) og Ot. prp. nr 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)). I den første proposisjonen foreslo Regjeringen overføring av sektoransvar fra fylkeskommune til stat for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere som ble vurdert til å yte spesialiserte helsetjenester (Rusreform I). I den andre foreslo Regjeringen at fylkeskommunens ansvar for behandlingssenheter som ble vurdert til å tilby spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere, skulle overføres til kommunene (Rusreform II). Stortinget ga sin tilslutning til Rusreform I (jf. Innst. O. nr 51 (2002-2003)), men gikk imot Regjeringens forslag til Rusreform II (jf. Innst. O. nr. 4 (2003-2004)), og vedtok å overføre hele det fylkeskommunale ansvaret for behandlingssenheter for rusmiddelmisbrukere til staten ved de regionale helseforetakene.

Ved at behandlingssinstitusjoner ble hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, fikk pasienter rettigheter etter lov om tannhelsetjeneste ved opphold på minst 3 måneder.

Stortinget vedtar en midlertidig lov om forsøk med sprøyterom (Ot.prp nr 56 (2003-2004) Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika og Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juni 2004 nr 64 om prøveordning med lokaler for injisering av narkotika).

2005

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008. Blant de prioriterte områdene som nevnes er: forebygging og tidlig intervensjon, helhetlig rehabilitering og behandling, forskning samt nordisk og internasjonalt samarbeid.

Oslo åpner landets første (og per 2014 landets eneste) sprøyterom.

2006

Tilbudet om vederlagsfri offentlig tannhelsetjeneste ble utvidet til å gjelde klienter i kommunal rusomsorg.

2007

Det innføres en ventetidsgaranti for behandling for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer (Ot.prp. nr 53 (2006-2007). Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m.).

2008

Opptrappingsplan for rusfeltet 2008-2010. Planen ble senere utvidet til å gjelde ut 2012. Heter her at: Regjeringens politikk på rusmiddelfeltet har som overordnede mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet. Det overordnede målet deles opp i fem hovedmål: Tydelig folkehelseperspektiv, bedre kvalitet og økt kompetanse, mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering, forpliktende samhandling, økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende.

Helse- og omsorgsminister Bjarne Haakon Hansen tar til orde for at Norge bør vurdere heroinbehandling.

Tilbudet om vederlagsfri offentlig tannhelsetjeneste ble utvidet til å gjelde pasienter i legemiddelassistert rehabilitering.

2009

Regjeringen oppnevner Stoltenbergutvalget – som gis i mandat å komme med forslag om hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige skal få bedre hjelp, deriblant vurdere hvorvidt Norge bør sette i gang heroinbehandling.

Sprøyteromsloven blir gjort permanent (Ot. prp. nr. 59 (2008-2009) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.).

2010

Stoltenbergutvalget legger fram sin rapport (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Rapporten inneholder 22 forslag, hvorav 21 er enstemmige. Når det gjelder forslag om å åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt med heroin deler utvalget seg i et flertall på fem som er for og et mindretall på fire som går imot.

2011

Konsensuskonferanse i regi av Norges forskningsråd for å drøfte faglige, etiske og prioriteringsmessige sider ved forslaget om å tilby heroinassistert behandling (Forskningsrådet 2011). Etter konferansen oversendte forskningsrådet en konsensusrapport utarbeidet av et bredt sammensatt panel som konkluderte med at det ikke er godt nok grunnlag for å innføre heroinassistert behandling i Norge.

2012

Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid) og ny helse- og omsorgstjenestelov (helse- og omsorgstjenesteloven) trer i kraft (Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.). Den nye helse- og omsorgstjenesteloven erstatter den tidligere sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Tiltak for rusmiddelmissbrukere omhandles i ulike kapitler. Et eget kapittel 10 om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige (kap.6 i den tidligere sosialtjenesteloven).

Meld. St.30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping. Fem områder som særlig vektlegges: 1) forebygging og tidlig innsats, 2) samhandling – tjenester som jobber sammen, 3) økt kompetanse og bedre kvalitet, 4) hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall, 5) innsats for pårørende og mot passiv drikking.

Meldingen la grunnlag for etablering av legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.

2013

Nasjonal kompetansetjeneste for TSB etableres. Tjenesten er tillagt Oslo Universitetssykehus.

2014

De regionale helseforetakene ble gjennom oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet bedt om å øke kapasiteten i TSB gjennom å kjøpe 200 nye døgnplasser.

Regelverk for legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin blir vedtatt.

2015

Prop. 56. L (2014-2015) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg).

Prop. 15 S (2015-2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016 – 2020). Planen er i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle eller allerede har et rusmiddelproblem.

Helsedirektoratet legger fram Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. IS-xx

2016

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) innlemmes i Folkehelseinstituttet.

Helsedirektoratet legger fram Nasjonal retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. IS-2211

Ny veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. IS-2355

Bergen kommune åpnet sprøyterom (medium desember)

Veileder rusmestringsenhetene. IS-2472. Helsedirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet.

2017

Nye nasjonale godtgjøringssetser for utlevering av LAR legemidler fra apotek. IS-2602. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet avholdt konsensuskonferanse om LAR og gravide. Rapporten fra konsensusutvalget vil danne grunnlag for reviderte retningslinjer for LAR og gravide.

Skrevet av: Astrid Skretting

Oppdateringer av kapitler i Alkohol i Norge

Oversikt over tidspunkter da Alkohol i Norge har blitt oppdatert.

09.10.2018: Alkohol i Norge publisert for første gang. Rapporten kommer i stedet for kapitlet om alkohol i Rusmidler i Norge.

Datakilder for Alkohol i Norge

Oversikt over datakilder som er brukt i utarbeiding av Alkohol i Norge.

Det statistiske materialet som inngår i nettpublikasjonene *Alkohol i Norge*, er innhentet fra ulike kilder. Noe er innhentet fra offentlige etater og virksomheter som Statistisk sentralbyrå, Toll- og avgiftsdirektoratet, Skatteetaten og Vinmonopolet. Alkoholomsetningen ved taxfree utsalg er innhentet fra selskapene som driver slike butikker ved norske lufthavner.

Det inngår imidlertid også data som er innhentet og bearbeidet av det tidligere Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), og som videreføres etter innlemmelsen i Folkehelseinstituttet. Dette gjelder data fra årlige spørreundersøkelser om bruk av rusmidler og tobakk i den voksne befolkningen (dvs fra 16 år og oppover), data fra spørreundersøkelser blant 10-klassinger (15-16 år) om rusmiddelbruk i regi av The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) og data fra kommunene om salgs- og skjenkebevillinger.

Salg av alkohol

Data om registrert salg av alkohol er hentet fra SSBs nettside Alkoholomsetning, og tallene er beregnet på bakgrunn av de månedlige avgiftsoppgavene som hver enkelt avgiftspliktig virksomhet leverer til Skatteetaten. Tallene omfatter derfor ikke taxfreeomsetning eller turistimport eller alkoholsalg på Svalbard. Salgstallene beskriver omsetningen i hele landet for de fire drikkesortgruppene brennevin, vin, øl og rusbrus og er angitt i vareliter og liter ren alkohol, det siste også totalt og per innbygger 15 år og eldre. I dette tallmaterialet kan det ikke skilles mellom salg i butikk (dagligvare og Vinmonopol) og på skjenkested.

Befolkningsundersøkelser om alkohol

Kunnskap om alkoholbrukens fordeling i ulike grupper av befolkningen, om drikkemønstre, og om risikofylt alkoholbruk er i all hovedsak basert på spørreundersøkelser. Det tidligere SIFA/SIRUS har siden 1962 foretatt intervjuundersøkelser i utvalg av den norske befolkningen (15 år+) for å få kunnskap om nordmenns bruk av alkohol. Hovedresultater for perioden 1973 – 2004 finnes i rapporten «Det norske drikkemønsteret – en studie basert på intervjudata fra 1973-2004» (Horverak og Bye 2007). Det ble gjennomført en tilsvarende undersøkelse i 2009, men svarprosenten var så lav at dataene ikke var egnet for publisering. I 2012 inngikk SIRUS derfor et samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB) om en ny rekke av årlige befolkningsundersøkelser, kalt Rusundersøkelsen. Fra 2016 er det Folkehelseinstituttet som samarbeider med SSB om undersøkelsene. Rusundersøkelsen foretas på telefon og inkluderer spørsmål om bruk av tobakk/snus, alkohol, narkotika, doping og vanedannende legemidler. Undersøkelsen foregår ved at et representativt utvalg på 3 700 personer blir trukket fra Folkeregisteret. Disse får tilsendt et informasjonsbrev om undersøkelsen og blir deretter intervjuet på telefon. Den gjennomsnittlige svarprosenten for de fem undersøkelsesårene 2012-2017 var 58 prosent (SSB 2018a).

Den europeiske skoleundersøkelsen om rus - ESPAD

Norge deltar i den omfattende europeiske skoleundersøkelsen om rus – The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), som omfatter deltakere i aldersgruppen 15-16

år i omkring 35 land. Spørreskjemaet er det samme i alle deltakende land. Den første undersøkelsen fant sted i 1995, og den er deretter gjennomført hvert fjerde år. Per 2018 foreligger det med andre ord data fra 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 og 2015, også fra Norge. Den norske delen av undersøkelsen blir foretatt i et representativt utvalg av 10. klasser i ungdomsskolen, og det er TNS Gallup som står for selve datainnsamlingen. Resultater fra de norske undersøkelsene i årene fra 1995 til 2015 er beskrevet i en rapport (Bye & Skretting 2017). Den internasjonale rapporten om 2015-undersøkelsen er tilgjengelig på nettstedet til ESPAD.

Noen kommentarer knyttet til data fra spørreundersøkelser i befolkningen

Spørreskjemaundersøkelser i befolkningen har tradisjonelt vært en viktig datakilde for informasjon om hvordan bruk av alkohol fordeler seg i ulike befolkningsgrupper, f. eks. blant kvinner og menn, eller i ulike aldersgrupper. Slike undersøkelser er også nødvendige for å få kunnskap om privatinnførsel av alkohol (grensehandel og taxfreekjøp).

Det er flere ulike typer feilkilder knyttet til spørreskjemaundersøkelser. Blant dem som trekkes ut til å delta i undersøkelsen, er det alltid en del som ikke deltar. De som ikke deltar, har gjerne en høyere andel med høyt konsum eller alkoholproblemer enn de som deltar (Torvik, Rognmo og Tambs, 2012), noe som bidrar til at beregnet omfang av høyt eller skadelig konsum blir for lavt. En annen feilkilde er at noen gir feilaktige opplysninger, enten bevisst eller ubevisst. Mange vil antakelig rapportere om et lavere konsum enn det man faktisk har, mens andre, kanskje særlig ungdom, kan tenkes å 'skryte på seg' en normbrytende atferd (Pape og Storvoll, 2006) og oppgi at de drikker oftere eller mer enn de faktisk gjør. Spørsmålenes utforming kan også bidra til at alkoholkonsumet underestimeres i spørreundersøkelser. Når det for eksempel spørres om hvor mye man

vanligvis

drikker, vil alkoholinntaket i drikkesituasjoner med høyt konsum neppe bli rapportert. I noen tilfeller vil det også være vanskelig å huske hendelser som ligger tilbake i tid, som for eksempel hvor mye man drakk av ulike alkoholholdige drikkesorter sist man drakk disse. Det er altså en rekke forhold ved spørreundersøkelser som bidrar til usikkerhet i beregningene av alkoholkonsumet. I hovedsak vil feilkildene bidra til underestimering av alkoholkonsumet og omfanget av høyt konsum og alkoholproblemer. En rekke studier har sammenliknet beregnet gjennomsnittskonsum fra spørreundersøkelser i befolkningen med alkoholsalgstallene. Det typiske bildet er da at det beregnede gjennomsnittskonsumet ligger under halvparten av det faktiske gjennomsnittskonsumet (tilsvarende det totale alkoholsalget) (Høyer, Nilsen, Brenn og Schirmer, 1996).

Promillekjøring

Avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo universitetssykehus (OUS) publiserer årlig en rapport over påvist alkohol og narkotika i prøvene som politiet tar ved mistanke om bilkjøring i påvirket tilstand (Oslo Universitetssykehus 2018).

Økonomiske data

Informasjon om avgifter på alkohol og tobakk er hentet fra Skatteetaten (Skatteetaten 2018).

Grunnlaget for beregning av indekser er hentet fra SSB og Vinmonopolet, mens informasjon om statens inntekter på omsetning av alkohol er hentet fra Finansdepartementet (Prop 1 S (2017-18)).

Salgs- og skjenkebevillinger i kommunene

Folkehelseinstituttet (SIRUS t.o.m. 2015) foretar en årlig kartlegging av hvordan kommunene forvalter ansvaret de er gitt etter alkoholloven. Kommunenes plikt til å bistå Folkehelseinstituttet i den årlige kartleggingen er hjemlet i Forskrift om omsetning av alkoholholdig drikk mv § 7-3.

Alle landets kommuner får tilsendt et spørreskjema der det spørres om antall salgs- og skjenkebevillinger for alkohol, salgs- og skjenketider og utøvelse av kontrollvirksomhet, slik det var ved utgangen av foregående år. Opplysningene for 2017 var ikke ferdig innsamlet og kvalitetssikret da artikkelen om kommunenes forvaltning av alkoholloven ble utarbeidet.

Svarprosenten i de enkelte år har variert mellom 90 og 99. I 2016 var det 394 av landets 428 kommuner som svarte, noe som gir en svarprosent på 92. For kommuner som ikke har gitt nødvendig informasjon, har en valgt å bruke opplysninger om antall salgs- og skjenkebevillinger fra sist slik informasjon ble gitt. Stort sett dreier dette seg om mindre kommuner der det er grunn til å tro at det ikke har skjedd store forandringer fra ett år til et annet. Med hensyn til den som besvarer skjemaet på vegne av den enkelte kommune, vet vi imidlertid svært lite om hvilken rolle vedkommende har i forvaltningen av alkoholloven, og heller ikke om det brukes tilstrekkelig tid og ressurser til å frambringe nøyaktig informasjon om det som etterspørres. Det vil derfor være noe usikkerhet knyttet til de foreliggende data.

Referanser

Bye E.K. & Skretting A.P. (2017)

Bruk av rusmidler og tobakk blant 15–16-åringer. Resultater fra ESPAD 1995–2015

Det Kongelige Finansdepartement. Prop.1 S (2017-2018). Statsbudsjettet 2018, gul bok.

ESPAD 2018 The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Folkehelseinstituttet (2017)

Taxfree-salg ved norske lufthavner og annen uregistrert omsetning av alkohol og tobakk

Horverak Ø. og Bye E.K., (2007) Det norske drikkemønsteret. SIRUS rapport nr. 2/2007.

Høyer, G., Nilssen, O., Brenn, T. og Schirmer, H. (1996) Påliteligheten av selvrapportert alkoholkonsum. Svalbardstudien 1988-89. Norsk epidemiologi; 6: 109-113.

Oslo Universitetssykehus/OUS (2018) Alkohol og rusmidler.

Temaside for statistikk, fakta og rapporter om alkohol og andre rusmidler og

Funn i blodprøver hos bilførere mistenkt for ruspåvirket kjøring 2017

Pape, H. og Storvoll, E.E. (2006) Teenagers' «use» of non-existent drugs: a study of false positives. Nordic Studies on Alcohol and Drugs; 23: 31 – 46.

Skatteetaten (2018) Særavgifter

SSB/Statistisk sentralbyrå (2018a)

Undersøkelsen om tobakk- og rusmiddelbruk i Norge. Dokumentasjonsrapport

SSB/Statistisk sentralbyrå (2018b) Statistikkbanken

SSB/ Statistisk sentralbyrå (2018c) Alkoholomsetning

Tolletaten (2018) Statistikk

Om Alkohol i Norge

Informasjon om redaksjonen samt kontaktinformasjon.

Redaksjonen

Ansvarlig redaktør: Elisabeth Kvaavik

Fagredaktør: Ingeborg Rossow

Bidragstere (i alfabetisk rekkefølge): Daniel Bergsvik, Elin K. Bye, Kristin Buvik, Solveig Christiansen, Inger Synnøve Moan, Hilde Pape, Ingeborg Rossow, Astrid Skretting

Sekretariat: Marianne Lund, Ellen Amundsen og Erik Bull-Valen

Ekstern fagfelle vurdering: Vegard Skirbekk

Kontakt

Melding om feil på sider, brudd på lenker, innspill til redaksjonen: kontakt nettredaksjonen

Pressehenvendelser: e-post medievakt, telefon 21 07 83 00.

