

# Innspill fra «Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse» ( NKROP) til arbeidet med nasjonal alkoholstrategi

## Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med arbeidet med en nasjonal alkoholstrategi og inviterer alle interesserte til å gi innspill innen 15. juni 2020. NKROP vil gjerne benytte anledningen til å komme med synspunkter på noen utvalgte områder.

Det er et nasjonalt mål å redusere skadelig alkoholforbruk og oppnå 10 % reduksjon i alkoholforbruket innen 2025, i tråd med WHO sitt mål.

Hovedfokus i den nye strategien skal være forebygging, men vårt innspill begrenser seg ikke til primærforebygging og befolkningsrettede tiltak, men inkluderer også forebyggende tiltak og tidlig intervensjonstiltak rettet mot dem som allerede har alkoholproblemer.

Disse problemene er dels av somatisk art, spesielt ved for høyt forbruk over tid, men også ved akutt alkoholrus, som kan føre til skader. I tillegg ser en betydelige problemer for nære pårørende og arbeidsliv m. m. og i noen tilfelle handlinger som er straffbare. Grunnleggende er det solid epidemiologisk støtte for at de samlede alkoholskader i stor grad varierer med totalforbruket av alkohol. Men dette betyr ikke at ikke mye kan oppnås ved spesielt å bedre oppfølgingen der bruken av alkohol gir spesielle skadevirkninger, både somatisk, mentalt, sosialt og samfunnsmessig.

Norge har tradisjon for å ha en restriktiv ruspolitikk med vekt på forebygging av rusmiddelbruk og skade. Denne restriktive tradisjonen har som nevnt sterk støtte i epidemiologisk forskning. Denne modellen knyttet til forebygging av rusmiddelbruk, rusmiddelproblemer, helseskader og skader for øvrig bør fortsatt være en bærebjelke i norsk ruspolitikk, og det vil være nødvendig å forsterke innsatsen og virkemidlene for å oppnå en reduksjon i alkoholforbruket.

Norge bør også ha en solidarisk ruspolitikk, dvs. en politikk som beskytter de sårbare – og reduserer sårbarheten. Vi har kunnskap om at vi er født med ulik sårbarhet og håndterer situasjoner forskjellig, inkl. evne til å styre rusmiddelmisbruk. Utforming av politikk bør inkludere erkjennelsen av at dess mer en har av sårbarhet og psykososiale vansker, dess oftere blir rusmiddelbruk destruktiv.

I dette perspektivet er totalforbruket og den totale utbredelsen av alkohol i samfunnet et viktig spørsmål, fordi kontaktflaten hos dem som utvikler psykisk lidelse er mye større mot alkohol enn mot illegale stoffer. Derfor er tiltak for å redusere den totale utbredelsen av alkohol i samfunnet og totalforbruket viktig for å skjerme dem med psykiske lidelser. Ikke minst er «alminneliggjøring» av alkohol i svært mange sosiale settinger problematisk. Tiltak for å motvirke denne alminneliggjøringen bør være en viktig del av en nasjonal alkoholstrategi. Dette gjelder på mange samfunnsarenaer som for eksempel i arbeidslivet, innen idrett og ungdomsarbeid med mer. Det vil oftest være en stor fordel om situasjoner som innbyr til bruk av alkohol reduseres. Dette solidariske perspektivet har vært en del av diskusjonen i meget lang tid – siden 1800-tallet også i arbeiderbevegelsen – og er fortsatt aktuelt.

Bruk av alkohol er i stor grad en del av vår kultur, og svært mange opplever dette som et gode med en bruksmåte som ikke er forbundet med klare eller stor skadevirkninger. Målsetningen er at mange

fortsatt kan ha legitim glede av dette, samtidig som vi oppnår reduksjon av skadevirkninger – også ut over det som kan oppnås ved en reduksjon av totalforbruket. Dette er krevende, men også viktig fordi vi her kan oppnå mye på en måte som det også vil kunne være politisk støtte for.

Sentralt er det viktig å oppnå en forståelse hos alle om at «varselsklokker bør ringe» og en bør være særlig oppmerksom på risiko for skadevirkninger både ved høyt forbruk over tid og ved situasjoner med uttalt beruselse med tap av kontroll. Deler av russefeiringen er et eksempel på en type alkoholbruk som bør bli mindre sosialt akseptabel, både fordi den innbyr til økt bruk av rusmidler, fører til klare skader og fordi den ekskluderer store deler av russekullene.

Den glede mange har av å bruke alkohol, har en betydelig pris både for problembrukere og samfunnsmessig. Dette gjelder ikke minst personer som også har betydelige psykiske problemer. Det er en sentral målsetning at denne prisen reduseres mest mulig. Skadevirkningene er større ved høyt inntak, både over tid og ved store enkeltinntak/akutt alkoholrus («fyll» eller «binge drinking»). Det er derfor en målsetning å redusere både høyt forbruk over tid og høye enkeltinntak.

Alkohol har en rekke uheldige virkninger på somatisk helse, noen godt kjente, andre kanskje mindre kjente. God og saklig kunnskap om sykdomsrisiko knyttet til bruk av alkohol bør generelt bli bedre kjent

For de fleste mennesker som bruker alkohol, så har rusbruken en funksjon. For mange kan det være løsningen på ensomhet og manglende integrering i et miljø, for andre kan rusen bidra til å øke opplevelsen av mestring og redusere hemninger og symptomer. Problemet er jo at rusen er en «farlig ledsager» fordi den over tid stort sett øker de problemene de var ment å løse. Derfor bør også alkoholmisbruk ses i en større sammenheng. Dette er et viktig perspektiv å ha med både innen forebygging, tidlig intensjon og behandling/ oppfølging.

Vi vil i vårt innspill legge spesiell vekt på følgende fem områder som bør beskrives nærmere i en alkoholstrategi:

1. Alkoholinduserte psykiske problemer eller forverring av psykisk lidelse, alkoholavhengighet eller et klart skadelig bruksmønster hos personer med samtidig rusmisbruk/ ruslidelse og psykisk lidelser
  - a) Alkohollidelser
  - b) «ROP»- lidelser
2. Oppfølging av personer hvor bruk av alkohol har medført eller bidratt til andre sykdommer eller sosiale problemer:
  - a) somatisk sykdommer og skader
  - b) sosiale problemer/ skade i nære relasjoner, yrkesmessig eller på andre måter
3. Oppfølging av personer som er pågrepet av politiet for alkoholrelaterte lovbrudd.
4. Økt vekt på kartlegging og tidlig intervensjon generelt.
  - a) Kommunene
  - b) Psykisk helsevern/Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
  - c) Somatiske sykehusavdelinger
5. Restriktive tiltak

- a) Taxfree-ordningen bør avskaffes
- b) Det bør vurderes om kontrollen av skjenking på utesteder og salg til mindreårige bør bedres

I det følgende omtales disse områdene som vi mener er viktige sider ved en kommende alkoholstrategi, nærmere.

1. Alkoholinduserte psykiske problemer eller forverring av psykisk lidelse, alkoholavhengighet eller et klart skadelig bruksmønster hos personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse (ROP)

- a) Alkohollidelser

Det dreier seg om skadelig bruk eller avhengighet av alkohol. Avhengighet innebærer at bruk av alkohol prioriteres foran andre og annet, slik at det ofte blir et skadelig bruksmønster på ulike måter. Ved alvorligere ruslidelser vil det i de fleste tilfellene samtidig dreie seg om psykiske problemer.

- b) «ROP»-lidelser

«ROP»-lidelser innebærer enten at primære psykiske lidelser blir komplisert ved rusproblemer eller en rusbruk som etter hvert medfører psykiske problemer.

Ofte begynner dette med at rusmiddel kan oppleves som en «medisin» mot de psykiske problemene. Mest typisk er dette ved visse angstlidelser. Det kan i mange tilfelle også dreie seg om psykiske problemer som er oppstått som en slags bivirkning eller komplikasjon til bruken av rusmiddelet. Psykiske lidelser av ulik slag blir da sekundært til høyt forbruk av alkohol over tid.

Begge formene er ganske vanlig også når rusmiddelet dreier seg om alkohol. Ofte kan det også dreie seg om et uheldig samspill mellom alkoholbruk og psykiske problemer uten at det er så lett å slå fast hva som kom først. Det forebyggende aspektet og oppfølging av dem som har problemer må vektlegge begge former.

Det er et sammensatt samspill mellom bruk av rusmidler (ikke minst alkohol) og psykiske problemer. Det er oftest et negativt samspill, der psykisk lidelse og ruslidelse gjensidig vil forverre hverandre. Omfanget av alkoholbruk er mye større enn bruken av illegale rusmidler. Derfor vil flere som har utviklet psykiske lidelser eller er i risiko for å gjøre det, være mer vant til å bruke alkohol enn illegale stoffer. De står da i fare for å utvikle et problematisk alkoholbruksmønster når de får psykiske problemer, noe som i seg selv vil være et problem og som vil kunne forverre den psykiske lidelsen.

Forholdet mellom rus og psykisk lidelse varierer. Bruk av alkohol kan være en form for selvmedisinering for å dempe angst og usikkerhet i ulike sosiale sammenhenger. Problemer oppstår dels når denne bruken blir dominerende og oppleves som en nødvendighet. Det kan utvikle seg til en vedvarende strategi for å mestre nokså vanlige situasjoner. Å mestre slike situasjoner uten alkohol, blir vanskelig og risiko for økt forbruk både på kort og lang sikt øker. Spesielt sosial angst – men også andre angsttilstander – innebærer dermed økt risiko for alkohollidelse. Også psykoselidelser og bipolar lidelse er assosiert med risiko for høyt/ problematisk forbruk av alkohol.

Og som nevnt: høy tilgjengelighet og sosial aksept for bruk av alkohol i flere sammenhenger medfører at sårbare grupper får økte vansker.

Bruk av alkohol er ofte en komplikasjon til psykisk lidelse og kompliserer ofte forløpet av psykisk lidelse. Det vil være viktig å sette bruken av alkohol inn i en sammenheng, og ikke minst ha oppmerksomhet på rusenes funksjon. For mennesker som sliter psykisk bør en bl.a. vektlegge at det finnes arenaer som representerer alternativ til et misbruk. Det er for øvrig et «tegn i tiden» at vi arbeider temmelig reduksjonistisk og arbeider målrettet med symptomer – som kan være alkoholmisbruket – mer enn sammenhengen symptomene oppstår i. Skal en bidra til å redusere alkoholmisbruk, så kan meningsfull aktivitet/ arbeid være vel så viktig som en behandlingssamtale.

En alkoholstrategi bør beskrive tiltak som vil hjelpe både personer som har sekundære psykiske problemer som følge av høyt forbruk av alkohol og pasienter med psykisk lidelse som forverres ved samtidig bruk av alkohol. Hva kan gjøres for å redusere faren for at disse sårbare gruppene får økte problemer med alkohol? Dette er et område hvor det solidariske perspektivet er svært sentralt. Det inkluderer at vi også må se på hvordan samfunnet fanger opp og gir meningsfulle tilbud til mennesker som sliter psykisk. Noen poenger ved oppfølgingen av disse pasientene nevnes kort i neste kapittel, men hovedperspektivet i alkoholstrategien er forebyggende, og her kommer redusert tilgjengelighet og et solidarisk perspektiv sterkt inn.

Når personer med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer blir eldre, vil ofte problemstillingene bli mer komplekse – hvor normale aldringsprosesser og skrøpeligheit opptrer samtidig med psykiske lidelser, rusmiddelbruk, somatiske sykdommer og legemiddelbruk. Det er behov for betydelig kompetanseheving på dette området.

Når det gjelder bruk av alkohol hos eldre, som har vi kunnskap om at eldre voksne personer har en lavere toleransegrense for alkohol enn yngre mennesker, og det anbefales generelt lavere inntak. Skadelig inntak vil være avhengig av både alder, helsetilstand og legemidler som interagerer med alkohol.

Se for øvrig:

- rapport fra Korus Oslo skrev på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2011: Eldre, alkohol og legemiddelbruk. (<https://www.korusoslo.no/wp-content/uploads/2-opprykk-eldre.pdf>)
- Innspill til Nasjonal alkoholstrategi fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, <https://www.aldringoghelse.no/alderspsykiatri/aldring-og-rus>

## 2. Oppfølging av personer hvor bruk av alkohol har medført eller bidratt til andre sykdommer eller sosiale problemer

Vi skal her omtale behovet for oppfølging der høyt forbruk av alkohol – enten over tid, ved akutte rusepisoder eller begge deler – har medført problemer. Oppfølgingen av disse har en del felles kjennetegn, men må også tilpasses individuelt avhengig av hvilke problemer det dreier seg om. Oppfølgingen av disse problemene har også betydning for hvordan vi ser på slike problemer og dermed også et forebyggende aspekt som bør med i alkoholstrategien.

Først noen ord om oppfølgingen av dem som har alvorlige problemer i sammenheng med høyt alkoholforbruk. Et hovedpoeng er at det ofte er behov for en langvarig og ganske pågående

(«assertive») oppfølging når alkoholbruk har et slikt omfang at det har stor betydning for egen helse og andres velferd. Oppfølgingen må da skje over tid. Når andres livskvalitet står på spill, er dette spesielt viktig. I de tilfellene alkoholbruken har bidratt til straffbare handlinger, vil det være bedre å satse på langsiktige programmer mot alkoholbruken enn kortvarige intervensjoner som bøter eller fengsel.

Slike langvarige programmer er etablert praksis når alkohol er årsak til problemer i arbeidslivet, og disse bør styrkes.

Arbeidsplassen er en svært viktig arena for å bidra til å redusere problemer og skade, og ikke minst muligheter for å intervensere tidlig i en utvikling av rusproblemer. Det er viktig å spre kunnskap om rusproblemer generelt og spesifikk kunnskap om hva arbeidsplassen kan bidra med og informasjon om hvilke virkemidler som virker godt.

Viser forøvrig til «AKAN – kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk på arbeidsplassen.»

Ved tiltak mot alkoholbruk er det viktig å få til en kartlegging av hvilken rolle psykiske lidelser har for alkoholavhengigheten. For dem som har en alvorlig psykisk lidelse som for eksempel bipolar lidelse, er det oftest nødvendig å behandle også denne for å oppnå redusert bruk av alkohol. For andre kan selve kontrollen over alkohol være en avgjørende faktor som medfører reduksjon av psykisk lidelser som for eksempel angst, depresjon og søvnvansker.

#### a) Somatiske sykdommer og skader

Høyt alkoholkonsum gir økt risiko for somatiske sykdommer. For noen av disse – som for eksempel leverlidelser – er sammenhengen godt kjent for de fleste. Men også for en lang rekke av andre sykdommer har høyt alkoholforbruk betydning som årsaksfaktor. Det vises til vedlegg som viser WHO's sammenstilling av dette.

Akutt alkoholrus innebærer ofte et betydelig tap av kontroll og kan medføre ulykker, skader og uventede uheldige handlinger. De fleste ulykker knyttet til akutt alkoholrus skjer hos mennesker som ikke har utviklet avhengighet av alkohol.

Det har de siste årene vært økt oppmerksomhet på dette. Denne oppmerksomheten bør utvides, ved hjelp av kartlegging av alkoholbruk – i tillegg til bruk av andre type rusmidler – både ved traumer og sykdommer hvor alkohol kan være en faktor. Ved traumer dreier det seg ofte om høyt enkeltinntak hos pasienter som ikke har avhengighet eller stort forbruk over tid, mens det ved alkoholrelaterte sykdommer ofte dreier seg om høyt forbruk over tid og ulike grader av avhengighet. Ofte dreier det seg om begge deler.

Et sentralt spørsmål er hva slags oppfølging som skal gis ved påvist alkoholrelatert tilstand. Første del av dette er å informere den enkelte om sammenhengen. Ved avhengighet er det ofte en angst for de store problemene som er knyttet til tanken om å redusere forbruket. Det bør som hovedregel gis et tilbud om oppfølging av dette over tid, ved at det settes opp avtaler om samtaler i tiden som kommer. Innholdet i slike avtaler vil avhenge av det som kommer fram, men det kan være aktuelt med en viss «assertiveness» (vennlig pågåenhet) i denne kontakten. De siste årene er blodprøver (spesielt PEth) som på en relativt pålitelig måte indikerer omfanget av alkoholbruk være til hjelp i en slik behandlingsoppfølging. Selve oppfølgingen kan skje hos allmennlege/ fastlege, ruskonsulent i

kommunen eller ved TSB. I noen tilfeller kan det også være aktuelt at den somatiske avdelingen som oppdaget problemer er med på oppfølgingen.

Ved alkoholinduserte traumer kan det dreie seg om ulike typer alkoholmønster. Den akutte situasjonen kan ha oppstått i «festlig lag» uten bakenforliggende alkohollidelse, men i slike situasjoner må forventes at det bak den akutte rus, kan ligge også et overforbruk over tid – det vil si en mulig ruslidelse. Uansett er det aktuelt å følge opp også denne gruppen med samtaler over noe tid for å vurdere utviklingen, men også som en understrekning av det alvorlig det er rimelig å tillegge skaden/tilstanden.

b) Sosiale problemer i nære relasjoner, yrkesmessig eller på andre måter  
Alkoholavhengighet medfører endret atferd og prioriteringer. Dette medfører ofte store problemer for nære pårørende. Spesielt partnere og barn er utsatt for slike problemer. Dessuten innvirker høyt forbruk på arbeidsevne med de store konsekvensene dette har – også økonomisk, både direkte til behandling og indirekte i form av redusert arbeidsevne.

Oppfølgingen ved slike problemer må ha et langsiktig perspektiv. Det vises til det som står om oppfølging i forrige avsnitt.

3. Oppfølging av personer som er pågrepet av politiet for alkoholrelaterte lovbrudd  
Det dreier seg i hovedsak om promillekjøring, ordensforstyrrelse som rammes av straffelovens § 181 eller vold. viktig felt er kjøring under påvirkning av alkohol eller andre rusmidler. Ofte ligger alkoholpåvirkning bak atferd som er plagsom for andre og som er straffbar etter § 181 i Straffeloven: Ordensforstyrrelser.

Bak slike lovbrudd ligger ofte atferd som har sammenheng med svært høyt alkoholinntak. Noen av episodene – som for eksempel promillekjøring – kan skje etter høyt alkoholkonsum over tid eller avhengighet av alkohol. Det dreier seg i begge tilfelle om et forhold til alkohol som ikke bare har en juridisk side, men også en medisinsk og sosial side. Den dominerende reaksjonen på slike lovbrudd er straff, enten i form av bøter eller fengsel – avhengig av graden av alkoholkonsentrasjonen i blodet. Ved promillekjøring, kan idømmes «Program mot ruspåvirket kjøring (RK)». Dette er et grundig program over et års tid og synes å ha bedre effekt på risiko for residiv enn bøter og fengselsstraff.

Det bør vurderes om det er mulig å idømme slike programmer til en større andel av promillekjørere enn i dag. Det bør også vurderes om lignende programmer bør brukes ved andre lovbrudd som har sin bakgrunn i alkoholpåvirkning. En supplerende tilnærming kan være at den enkelte gis forbud mot bruk av alkohol i en periode, og at dette blir kontrollert over tid. Kontroll av dette kan skje ved blodprøver (fosfatidyletanol - PEth) eller – slik det praktiseres i noen land – vedvarende måling av alkoholpåvirkning. Det bør også vurderes programmer basert på at det ikke skal brukes alkohol for en periode kombinert med systematiske raske, moderate, men sikre reaksjoner ved brudd. Se for eksempel; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pam.22217>.

4. Økt vekt på kartlegging og tidlig intervensjon generelt  
Det er viktig å komme til med behandling og tidlig bistand/ hjelp. Men for at det skal være mulig, må problemer oppdages/identifiseres og erkjennes. Da er systematisk kartlegging ved bruk av anbefalte verktøy viktig.

«Tilsyn med tjenestetilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse» (Statens helsetilsyn) avdekket at det både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten er for dårlig kartlegging av rusbruk generelt, inkludert alkohol. Praksis, særlig i psykisk helsevern, har i stor grad avvirket fra nasjonale anbefalinger i «ROP-retningslinjen». Årsakene til dette kan være mange.

#### a) Kommunene

I kommunene må ledere bevisstgjøres på at de har et ansvar for at de ansatte i rus og psykisk helsetjenester kjenner til og har tilgjengelig kartleggingsverktøy og at de har fått opplæring i bruken av disse og oppfølging av de forholdene som kommer fram, dvs. handlingsberedskap i etterkant av kartlegging.

##### *Fastlegene*

Fastlegen har en svært sentral rolle i å avdekke alkohol- og annen rusbruk. De må delta i behandling og annen oppfølging av pasienter med rusproblemer. Ofte vil somatisk sykdom være en inngangsport, men de vil ofte kunne fange opp rusproblemer også på annen måte, ikke minst gjennom opplysninger fra pårørende. Det er en viktig oppgave for fastleger å komme i gang så snart som mulig med både kartlegging og videre hjelp.

Ofte kan mange fastleger ha det svært travelt og i tillegg oppleve at de har liten kompetanse på strukturert kartlegging av rusbruk. Mange fastleger synes generelt det er vanskelig å tematisere bruken av alkohol og andre rusmidler. Det er viktig at alle fastleger blir kjente med anbefalte kartleggingsverktøy som AUDIT og DUDIT, hvordan de kan følge opp resultat av kartlegging, hva som kreves i en henvisning til TSB med mer.

##### *Andre helse- og sosialtjenester, inkludert NAV*

Økt fokus på kartlegging og oppdagelse av rusproblemer innen alle de primære helse- og sosialtjenestene, dvs. innen alle sektorer i kommune, inkl. NAV er viktig, og ikke bare de som er innrettet direkte på psykisk problemer og rus. Bevisstheten, kompetansen om rus og evne og vilje til å handle bør forsterkes innen helsestasjon for barn og familie, skole- ungdomshelsestasjon, i hjemmebaserte tjenester m.m.

Både kartlegging, og da tematisering av alkohol i helse og sosialtjenestene vil være avgjørende for både bevisstgjøring og holdningsendring og ikke minst for muligheter for å gi mennesker bistand til å håndtere sin bruk av rusmidler slik at det skader minst mulig.

#### b) Psykisk helsevern og TSB

I spesialisthelsetjenesten må kompetansen på både kartlegging og behandling av skadelig bruk og avhengighet økes, spesielt i psykisk helsevern. «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse» («ROP-retningslinjen») anbefaler klart at rusbruk skal kartlegges i psykisk helsevern og at psykisk helse skal kartlegges i TSB. Det nasjonale tilsynet i 2017 og 2018 viser store avvik i alle helseregioner fra denne nasjonale retningslinjen. Det bør derfor etableres virksomme tiltak for å øke både fokus og kompetanse slik at avvik kan rettes opp og tilbud til pasienter bedres.

#### c) Somatiske sykehusavdelinger

I somatiske avdelinger bør det lages strategier for å øke andelen som kartlegges for bruk og av rusmidler – inkludert alkohol. Kartleggingen bør bidra til å diagnostisere dem som har ruslidelser eller

som risikerer å utvikle det. Vi vet at svært mange blir innlagt i somatisk sykehus med alkoholrelaterte skader/sykdommer, ofte uten at rusbruken blir kartlagt skikkelig og spesielt uten at det blir tatt initiativ for å følge opp dette på en konsistent og langsiktig måte. Dette skjer selv hos storbrukere av akutte tjenester for rusbetingede helseproblemer. Noen helseforetak har hatt prosjekter hvor det har blitt satt inn ressurser for å gi opplæring til helsepersonell på somatiske avdelinger i kartlegging, og andre prosjekter hvor de har ansatt egne folk til å gjøre denne jobben. Erfaringene fra disse prosjektene bør benyttes til å lage en strategi for å øke både kartleggingskompetanse og generell kompetanse på avhengighet i somatiske avdelinger. Det bør også formuleres enkle prosedyrer for oppfølging av pasienter med slike problemer. Vanligvis vil det være behov for et langsiktig perspektiv for pasienter med slike problemer, og vi vet at slike pasienter ofte vil ha samtidige psykiske problemer.

## 5. Restriktive tiltak

Vi regner med at hovedprinsippene når det gjelder salg og skjenking av alkohol ligger fast. Opplegg som innebærer at alkohol gjøres tilgjengelig på nye arenaer og nye tidspunkter bør unngås. Vi vil foreslå at tiltak på to områder vurderes nærmere. Det dreier seg om taxfree-ordningen og om kontroll av alkoholbruk på skjenkesteder.

### a) Taxfree-ordningen bør avskaffes

Et viktig element i norsk omsetning av alkohol er ordningen med tollfri import av alkohol, spesielt i form av tollfri alkoholomsetning på flyplassene. Dette bør man komme bort fra av grunner som er meget godt formulert i Aftenpostens lederartikkel 6. juni 2020:

#### **«Gode nyheter at alkoholsalget øker**

*Har folk flest vært en anelse rødere i øynene enn ellers de siste månedene? Tja. Salget av alkohol her i landet har i alle fall økt.*

*Helt ferske tall fra Statistisk sentralbyrå bekrefter tilsynelatende det mange har observert med egne øyne de siste månedene: Køene utenfor polutsalgene er blitt lengre, til tider nærmest endeløse. Køene skyldes selvsagt delvis avstandsbegrensninger både i og utenfor butikkene, men ikke bare det. Sammenlignet med årets tre første måneder i fjor har salget av vin økt med formidable 16,3 prosent. Økningen i brennevinssalget er på 12,8 prosent.*

*Dersom nordmenn drikker mer, er det naturligvis ingen gledelig utvikling. Det kan ha vært tilfelle i mange hjem med rusproblemer i denne perioden. Men lite tyder på at den økte omsetningen speiler det totale konsumet. Tallene fra Statistisk sentralbyrå inkluderer nemlig ikke taxfree eller grensehandel, som begge nærmest har opphørt.*

*Det er en gledelig nyhet.*

*Taxfree-salget er en av de viktigste inntektskildene i det statlige aksjeselskapet Avinors finansieringsmodell. Prinsippet er at noen få, store, lønnsomme flyplasser finansierer underskuddet ved de mange små og mellomstore flyplassene. I 2015 var dette underskuddet på 1,2 milliarder kroner. Slik holder Avinor flyprisene nede og tilbudet oppe.*



*Logikken brister mange steder samtidig. Folkehelseinstituttet har anslått at en avvikling av taxfree-ordningen vil redusere det totale alkoholkonsumet med 2-4 prosent, noe som ville gitt bedre produktivitet i arbeidslivet og store besparelser i helsevesenet. En utredning om taxfree-ordningen viser at statens provenytnap på alkohol og tobakk alene er større enn flyplassenes underskudd. Det kan bety at det ville vært billigere å gi flyplassene tilskudd over statsbudsjettet.*

*Men verst av alt er det at alkohol, sigaretter, snus og flybilletter på billigsalg bidrar til å øke klimagassutslippene i en tid der alle krefter må dra i samme retning for å bremse den globale oppvarmingen.*

*De siste månedenes midlertidige stans i taxfree-salget har fungert som en slags prøveordning. Neste skritt må være å avvikle taxfree-ordningen permanent. Det blir neppe populært, men det er uomtvistelig den mest edrue politikk.*»

- b) Det bør vurderes om kontrollen av skjenking på utesteder og salg til mindreårige bør bedres

Skjenking på utesteder er en del av kulturen for mange. Hovedsaken i denne sammenhengen er at den ikke medfører høy akutt rus og kontrolltap. Dette er viktig for å unngå skade og vold. Men det er også viktig som et normskapende moment. Ansvar ligger heri hovedsak på utestedet. Skjenkestedet har ansvar for å ikke skjenke slik at gjestene blir «åpenbart påvirket». Erfaringen med røykeloven var at å legge et stort ansvar på utestedet, hadde stor effekt. Der bør vurderes hvordan dette ansvaret evt. kan forsterkes og følges opp bedre.

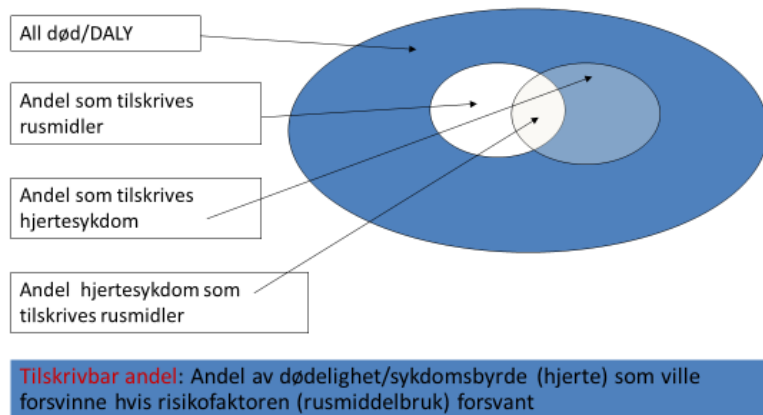
Årlig dokumenteres det at mange butikker ikke fører god nok kontroll ved salg av alkohol. Det bør vurderes om det ikke vil være formålstjenlig å tillegge salgsstedet større «aktivt ansvar» ved at de må dokumentere at alderskravet er godkjent ved f. eks en kvittering.

## Vedlegg

- a) WHO's oversikt over somatiske sykdommer hvor alkohol har betydning som årsaksfaktor

WHO har gjort et stort arbeid for å se på medisinske skadevirkninger av alkohol. Vi nevner her bare noe av disse, spesielt knyttet til alkohol som medvirkende årsak til dødsfall. Man har sett på hvilken rolle alkohol har når det gjelder en rekke ulike sykdommer/dødsårsaker. Dette uttrykkes i begrepet «tilskrivbar andel» som illustreres i figur 1.

## Tilskrivbar andel



2

Figur 1 Illustrasjon av begrepet «tilskrivbar andel»

I tabell 1 refereres noen eksempler:

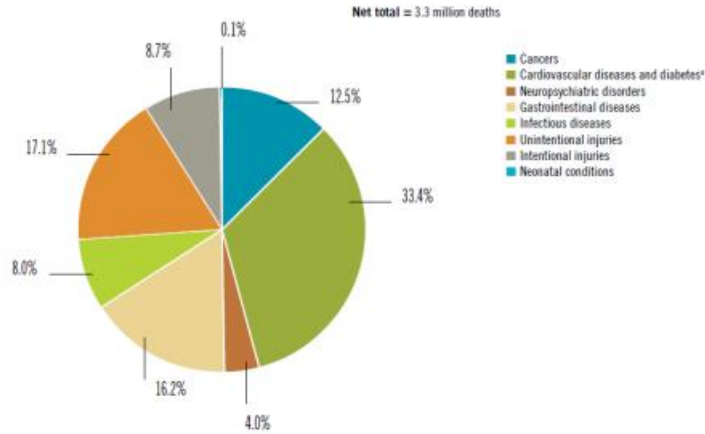
Tabell 1 Alkohol-tilskrivbar andel av dødsfall - utvalgte sykdommer/skader

Dødsårsak	Alkohol – tilskrivbar andel
Sykdommer tilskrevet utelukkende alkohol	100 %
Levercirrose	50 %
Kreft – munnhule/farynx	30 %
Kreft – larynx	30 %
Kreft – øsofagus	22 %
Kreft – tykktarm	10 %
Kreft – bryst	8 %
Trafikkulykker	15 %
Vold (drap)	22 %

Figur 2 viser at betydningen av alkohol for dødsfall er stor spesielt ved vanlige dødsårsaker, selv om den tilskrivbare andelen ikke nødvendigvis er så høy ved disse årsaker. Globalt spiller alkohol størst rolle som medvirkende årsak til død ved kardiovaskulære lidelser og ulykker.

## Fordeling alkohol-tilskrivbare dødsfall

**Figure 15.** Distribution of alcohol-attributable deaths, as a percentage of all alcohol-attributable deaths by broad disease category, 2012



WHO 2014

5

*Figur 2 Andelen av ulike typer dødsfall som kan tilskrives alkohol*

Alkohol som risikofaktor ved somatisk sykdom og død av somatisk sykdom er meget viktig. De vel 300 dødsfallene som statistikken fra FHI viser (tabell 2), utgjør bare en mindre del av den totale dødeligheten som kan tilskrives alkohol.

*Tabell 2 Direkte rusrelaterte dødsårsaker 2018*

Dødsår		2014	2015	2016	2017	2018
Dødsårsak	Fylke					
<b>Narkotikautløste dødsfall iht EMCDDA</b>	<b>Alle fylker</b>	268	288	284	249	286
	Østfold	15	16	15	15	19
	Akershus	25	24	24	31	29
	Hedmark	11	9	6	7	11
	Oppland	7	6	-	8	12
<b>Dødsfall som skyldes alkoholbruk</b>	<b>Alle fylker</b>	329	352	341	338	335
	Østfold	22	33	26	19	20
	Akershus	36	40	48	47	27
	Hedmark	25	18	14	18	17
	Oppland	11	13	8	10	8

En nylig norsk undersøkelse har belyst dødsårsaker ved avhengighet av alkohol og illegale rusmidler med utgangspunkt i pasienter som var til rusbehandling 19 år tidligere. Pasienter med alkohollidelser døde oftere av somatisk sykdom sammenlignet med pasienter som brukte illegale rusmidler, hvor overdoser spilte en større rolle (Hjemsæter mfl 2019). En konklusjon ble at det var behov for bedre oppfølging av somatisk helse hos alkoholavhengige.