

Om alkoholpolitiske virkemidler i ISDUP og EUPC og bruk av disse i en norsk kontekst

Notat

**Ingeborg Rossow,
Avdeling Rusmidler og tobakk,
Folkehelseinstituttet**

25. mars 2025

Bakgrunn

Samarbeidsprosjektet “Oppfølging av nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge” ble inngått mellom Avdeling for rusmidler og tobakk ved Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet (Hdir) høsten 2024. Prosjektet består av tre delprosjekter: (1) Kunnskapsgrunnlaget, (2) Nullpunktkartlegging, og (3) Skoleprosjektet. Dette er det første notatet i en serie notater som utarbeides av Avdeling for rusmidler og tobakk fra delprosjekt 1, Kunnskapsgrunnlaget, og er et bidrag til direktoratets arbeid med kunnskapsbasert forebygging av rusmiddelproblemer blant barn og unge, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Notatene fra delprosjekt 1 presenterer en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen som er referert til som kunnskapsgrunnlag i to publikasjoner om evidensbasert forebygging på rusfeltet. I tillegg til litteraturgjennomgangen, er det også gjort en vurdering av egnetheten for implementering i en norsk kontekst av virkemidler med god evidens for effekt.

Internasjonalt finnes det to helt sentrale publikasjoner om evidensbasert forebygging på rusfeltet: International Standards on Drug Use Prevention (ISDUP), utgitt av FN-organisasjonen UNODC, og European Prevention Curriculum (EUPC), utgitt av EUDA (tidligere EMCDDA). Sistnevnte bygger i all hovedsak på førstnevnte. ISDUP er kommet i to utgaver, den første i 2015 [1] og en oppdatert utgave ble utgitt i 2018 [2], mens EUPC [3] kom i 2019. Det er den refererte forskningslitteraturen i ISDUP og EUPC (med tilhørende evidensdatabaser) som gjennomgås i dette notatet.

Dette notatet omhandler alkoholpolitiske virkemidler. Det vesentligste grunnlaget for notatet finnes i en mer detaljert engelskspråklig gjennomgang. Lesere som ønsker mer informasjon om gjennomgangen av den refererte forskningslitteraturen i ISDUP og EUPC for alkoholpolitiske virkemidler, henvises til det engelskspråklige dokumentet (heretter grunnlagsdokumentet). Dette notatet oppsummerer hovedpunktene fra litteraturgjennomgangen, og i tillegg foretas vurderinger av egnethet for implementering av tiltak i en norsk kontekst.

I ISDUP er alkoholpolitiske virkemidler (‘alcohol policies’) den eneste intervensjonen (sammen med ‘tobacco policies’) som er vurdert å ha ‘utmerket evidens’ (excellent evidence) for effekt på rusmiddelbruk og skader. En tilsvarende vurdering er gjort i EUPC. Vurderingene i ISDUP og EUPC tilsier at alkoholpolitiske virkemidler er de rusmiddelforebyggende tiltakene som har det beste vitenskapelige grunnlaget for å forvente effekt av tiltakene. Betydningen av at forskningslitteraturen det henvises til, faktisk gir et godt evidensgrunnlag, er åpenbar.

De alkoholpolitiske virkemidlene som gjennomgås her, er – med unntak av aldersgrense – virkemidler rettet mot hele befolkningen, og forskningslitteraturen viser i hovedsak til effekter på hele befolkningen.

Hvilke alkoholpolitiske virkemidler?

Nøyaktig hvilke alkoholpolitiske virkemidler som inngår i betegnelsen ‘alcohol policies’ framgår ikke tydelig i verken ISDUP eller EUPC. I førstnevnte (1. utgave) er prisregulering det eneste virkemidlet som er omtalt i teksten, i tillegg er det angitt 12 referanser til evidensgrunnlaget for alkoholpolitiske virkemidler [4-15]. Disse 12 referansene er alle til oversiktsstudier (‘reviews’) som gjennomgår evidens for effekt av ulike regulatoriske alkoholpolitiske virkemidler, nærmere bestemt:

- regulering av pris/avgifter,
- restriksjoner på salgs- og skjenketider (både dager og klokkeslett),
- statlig monopol på alkoholomsetning,

- aldersgrense for kjøp (eller konsum),
- regulering av antall salgs-/skjenkesteder,
- restriksjoner på reklame/markedsføring, og
- håndhevingsstrategier inkludert 'dram shop liability'.

I den 2. utgaven av ISDUP ble det ikke angitt noen nyere systematiske oversiktsartikler som kunne supplere de nevnte 12 oversiktsstudiene.

I EUPC omtales det kort tre typer av effektive alkoholpolitiske virkemidler: aldersgrense for kjøp, øke priser gjennom avgifter og begrensning av reklame for alkohol. Det nevnes også at aktiv håndheving av disse tre virkemidlene kan øke effekten.

I tillegg til de 12 oversiktsstudiene som er referert i ISDUP, er det også noen refererte studier i to databaser knyttet til EUPC: Best Practice Portal og Xchange registry. Et stort antall søk i disse to basene for ytterligere evidens for effekt av ovennevnte virkemidler ga et beskjedent resultat. I Best Practice Portal er det angitt omkring 300 ulike intervensjoner, men kun én av disse (regulering av salgs-/skjenketider) er blant de regulatoriske alkoholpolitiske virkemidlene. Tilsvarende ga et stort antall søk i Xchange registry få relevante treff med hensyn til regulatoriske alkoholpolitiske virkemidler.

Identifiseringen av litteraturen som er gjennomgått, og metoder for å vurdere de refererte studienes kvalitet og egnethet som evidens for forebyggende effekt er beskrevet i det engelskspråklige grunnlagsdokumentet.

I det følgende oppsummeres kort vurderingen av den gjennomgåtte litteraturen for hvert av de alkoholpolitiske virkemidlene.

Er det god evidens for effekt av alkoholpolitiske virkemidler i den refererte litteraturen?

a) Regulering av pris og avgifter

I ISDUP (1. utgave) står det at det å heve prisen på alkohol reduserer forbruket i befolkningen. Dette er det godt belegg for i en referert systematisk oversiktsstudie av god kvalitet [7]. Nærmere bestemt inkluderer oversiktsstudien en rekke primærstudier av god kvalitet som viser at man gjennomgående finner en negativ pris- (eller avgifts-) elasticitet for alkohol, det vil si økte priser/avgifter er forbundet med redusert konsum, og vice versa. ISDUP referer også til en bredere oversiktsstudie ('umbrella review') [5] som igjen viser til en usystematisk oversiktsstudie [16] som konkluderer tilsvarende, med andre ord at høyere pris/avgift er forbundet med lavere konsum.

Videre står det i ISDUP at prisvirkemiddelet har effekt både på moderate konsumenter og storforbrukere. Blant de 12 refererte oversiktsstudiene, er det en studie [5] som trekker denne konklusjonen og da basert på et relativt spinkelt grunnlag, nærmere bestemt med henvisning til en usystematisk oversiktsstudie [16], der tre primærstudier (alle fra 1980-tallet) gir empirisk støtte for utsagnet.

I ISDUP er det også et utsagn om at en 10 % økning i prisen er forbundet med en reduksjon i konsumet på 7,7 %. Dette er det god empirisk støtte for i Elder et al.'s systematiske oversiktsstudie [7], hvor median priselastisitet fra 16 gode primærstudier var -0.76. I den refererte paraplyoversikten av Bühler og Kröger [5] henvises det til en usystematisk oversiktsstudie av Chaloupka og medarbeidere [16], der det oppgis et intervallområde for priselastisiteter. Dette lå i sin helhet lavere

enn medianverdien i Elder et al.'s oversiktsstudie [7]. Sistnevnte gir mer pålitelige estimater for sammenheng mellom pris og konsum.

I EUPC er utsagn om effekt av prisvirkemiddelet i hovedsak tilsvarende de vi finner i ISDUP. Men i EUPC spesifiseres det at prisøkning har en gunstig effekt på høykonsum ('heavy drinking') blant unge mennesker i 'college'-alder. Dette utsagnet er formodentlig basert på de samme tre primærstudier fra 1980-tallet som inngår i Chaloupka et al.'s usystematiske oversiktsstudie som igjen er henvist til i parapyloversikten til Bühler og Kröger [5]. Det er dermed noe empirisk støtte for utsagnet, men dette evidensgrunnlaget er likevel spinkelt.

I EUPC hevdes det også at økte priser er forbundet med nedgang i vold. Det finnes noe empirisk støtte for dette i den systematiske litteraturgjennomgangen til Elder og kolleger [7] som inkluderte 3 primærstudier som belyste pris-vold-sammenhenger. Funnene fra disse 3 studiene var ikke entydige. Selv om Elder et al.'s oversiktsstudie viser at det å øke avgifter og priser er et effektivt virkemiddel for å redusere både alkoholkonsum og ulike alkoholrelaterte skader, er voldsskader ikke blant skadetypene med god evidens for forebyggende effekt av prisvirkemiddelet.

I hovedsak er det god evidens for effekt av prisvirkemiddelet i den refererte litteraturen i ISDUP, og da først og fremst i den refererte systematiske oversiktsstudien av Elder og medarbeidere [7]. Denne studien viser gunstige effekter av høye priser og avgifter på så vel alkoholkonsum som på skadeomfang. Men, enkelte utsagn om prisvirkemiddelet er mindre godt belagt i den refererte litteraturen.

Det er påfallende at det ikke er referert til nyere oversiktslitteratur på dette feltet, som eksempelvis [17-19], samt at det ikke synes å være noe litteratur om prisvirkemiddelet i Best Practice Portal og Xchange registry. Tatt i betraktning at forebyggende tiltak blant barn og unge synes å være et hovedanliggende i ISDUP og EUPC, er det også påfallende at det ikke er referert til litteratur som gir et bedre evidensgrunnlag for utsagnet om effekt av prisvirkemiddelet på unge mennesker, som for eksempel [20-22].

b) Aldersgrense for kjøp

I ISDUP er aldersgrense for kjøp (eller drikking) av alkohol ikke nevnt eksplisitt i teksten, men blant de 12 oversiktsstudiene det refereres til for alkoholpolitiske virkemidler, er det tre studier som delvis [5, 14] eller i sin helhet [15] omhandler effekt av dette virkemiddelet. Det må derfor antas at aldersgrense er blant de alkoholpolitiske virkemidlene som ISDUP angir å ha utmerket evidens for effekt. Oversiktsstudien av Wagenaar og Toomey [15] som er referert i ISDUP, inkluderte et betydelig antall primærstudier, alle fra Nord-Amerika og fra perioden 1960 – 2000. Disse fant gjennomgående at heving av aldersgrensen (i aldersspennet 18 til 21 år) var forbundet med lavere konsum og redusert omfang av alkoholrelaterte skader. De to andre refererte studiene [5, 14] er mer omfattende oversiktsstudier ('umbrella reviews'), og disse viser også til oversiktsstudier (blant annet [15, 23]) og primærstudier som viser gunstig effekt av å heve aldersgrensen. I EUPC omtales også håndheving kort. Nærmere bestemt: håndheving nevnes som ett av flere elementer som inngår i omfattende forebyggende tiltak for å hindre at unge mennesker kjøper alkohol. Det er god empirisk støtte i den refererte litteraturen i ISDUP for at heving av aldersgrensen er et effektivt virkemiddel. Den refererte litteraturen gir imidlertid ikke støtte for effekt av håndheving av aldersgrensen.

Også for dette virkemiddelet er det påfallende at det ikke er referert til nyere oversiktslitteratur på feltet som for eksempel [24]. Verken Best Practice Portal eller Exchange registry viser til evidens for effekt av å heve aldersgrensen.

c) Regulere reklame og markedsføring

Dette virkemiddelet er ikke nevnt eksplisitt i ISDUP, men to [4, 13] av de 12 refererte oversiktsstudiene omhandler kun litteratur med relevans for regulering av reklame og markedsføring av alkohol. Dette tilsier at slik regulering er blant de alkoholpolitiske virkemidlene med utmerket evidens for effekt. I EUPCs evidensdatabaser (Best Practice Portal og Xchange registry) er det ingen henvisninger til regulering av reklame og markedsføring. I EUPC hevdes det at begrensning og forbud av reklame og annen markedsføring [av tobakk og] alkohol overfor unge mennesker er effektive tiltak. Videre hevdes det at [forbud mot tobakksreklame og] begrensning av reklame for alkoholprodukter rettet mot unge mennesker også er vist å redusere bruken.

De to refererte oversiktsstudiene i ISDUP gir imidlertid kun indirekte støtte for disse påstandene. Den refererte litteraturen viser at det er en sammenheng mellom eksponering for reklame/markedsføring av alkohol og alkoholbruk blant ungdom. Dette kan riktignok indikere at begrensning eller forbud av reklame/markedsføring vil kunne ha forebyggende effekt, men den refererte litteraturen gir ingen støtte for at begrensning av reklame/markedsføring vil være et tilstrekkelig virkemiddel, sammenliknet med et fullt reklameforbud.

Den refererte litteraturen er oversiktsstudier fra 2009, og de inkluderte primærstudiene er 20-30 år gamle. Virkemidler og kanaler for reklame og markedsføring er betydelig endret i løpet av disse årene, og det er publisert viktig litteratur på feltet etter de refererte studiene (for eksempel [25, 26]).

d) Regulere salgs- og skjenketider

I ISDUP er det ingen eksplisitt omtale av regulering av salgs- og skjenketider, men to [8, 10] av de 12 refererte oversiktsstudiene i ISDUP belyser utelukkende dette virkemiddelet og en tredje oversiktsstudie [11] omhandler også dette virkemiddelet. Dette tilsier at slik regulering er blant de alkoholpolitiske virkemidlene med utmerket evidens for effekt. Disse refererte oversiktsstudiene viser at begrensning i salgs- og skjenketider er effektivt for å dempe alkoholkonsum og forebygge alkoholrelaterte skader, i første rekke gjelder dette skjenketider og betydningen av å unngå vesentlig økning i skjenketid.

I EUPC er regulering av salgs- og skjenketider ikke omtalt eksplisitt, men i Best Practice Portal er regulering av åpningstider vurdert å ha 'ukjent effekt', og da med henvisning til en bredere usystematisk oversiktsstudie [27]. Hvorvidt det er god evidens for at regulering av salgs- og skjenketider er et effektivt virkemiddel er derfor ikke konsistent vurdert i ISDUP og i EUPCs Best Practice Portal. Her bør det imidlertid legges til grunn at to av oversiktsstudiene i ISDUP [8, 10] er av god kvalitet og gir et rimelig godt belegg for at begrensning av skjenketider (unngå utvidet skjenketid) demper konsumet og forebygger alkoholrelaterte skader.

Også på dette området er de refererte studiene i ISDUP og Xchange Registry minst 10-15 år gamle, og nyere oppsummeringsstudier er publisert (for eksempel [28]).

e) Begrense antall salgs- og skjenkesteder

Dette er en regulering av tilgjengelighet av alkohol som i praksis kan gjøres på ulike måter, for eksempel å sette et tak på antall salgs- eller skjenkebevillinger, begrense eller forby salg i bestemte områder eller ha et statlig monopol på detaljomsetning av alkohol. Blant de 12 refererte oversiktsstudiene i ISDUP er det tre studier [6, 9, 11] som gjennomgikk effektstudier av relevans for slik regulering. To av disse [6, 9] var systematiske oversiktsstudier av god kvalitet som utelukkende belyste betydning av å regulere antall salgs- eller skjenkesteder, og de viste gjennomgående at endringer i antall salgs- eller skjenkesteder er forbundet med endringer i alkoholkonsum og omfang

av alkoholrelaterte skader. Nærmere bestemt, jo flere salgs- eller skjenkesteder, desto høyere konsum og skadeomfang, og vice versa. Det er kanskje særlig funnene fra evalueringer av naturlige eksperiment der statlige alkoholmonopol er privatisert og følgelig antall utsalgssteder har økt betydelig, som bør tillegges vekt.

Også på dette området er det refererte kunnskapsgrunnlaget minst 10-15 år gammelt og primærstudiene enda eldre. En kritisk gjennomgang av litteraturen fra 2016 [29] identifiserte flere metodologiske svakheter ved tidligere studier og konkluderte blant annet med at funnene ikke er tilstrekkelig spesifikke til å gi grunnlag for politikkutforming.

f) 'Dram shop liability'

Dette er et virkemiddel som innebærer at den som skjenker alkohol eller eier skjenkestedet, kan holdes rettslig ansvarlig for skader som kunden forårsaket på andre kort tid etter skjenking, dersom kunden var mindreårig eller beruset ved skjenking. Eksempelvis kan dette dreie seg om trafikkskader som skyldtes promillekjøring etter skjenking, og det er som regel den skadete part eller dennes familie som bringer saken inn for retten [12]. I ISDUP er en av de 12 refererte oversiktsstudiene på alkoholpolitikk i hovedsak knyttet til evaluering av 'dram shop liability', og det antas derfor at dette inngår i alkoholpolitiske virkemidler med utmerket evidens for effekt. Oversiktsstudien av Rammohan og medarbeidere [12] viste at det er god evidens for at 'dram shop liability' kan forebygge alkoholrelaterte skader, også blant unge mennesker, men primærstudiene er utelukkende fra USA, og det er usikkert hvorvidt eller på hvilken måte en slik ansvarliggjøring er forenlig med rettslige prinsipper i andre jurisdiksjoner.

Vurdering av egnethet for implementering av alkoholpolitiske virkemidler i en norsk kontekst

1. Regulering av pris og avgifter

Norge har en lang tradisjon for å regulere alkoholpriser (og derved økonomisk tilgjengelighet til alkohol) gjennom høye særavgifter på alkohol [30]. Alkoholprisene reguleres også i noen grad gjennom enkelte andre virkemidler, deriblant forbud mot å selge alkohol under kostpris. Sammenliknet med andre OECD-land har Norge et svært høyt avgiftsnivå og avgiften utgjør en betydelig andel av utsalgsprisen på alkohol [31]. Særavgiften på alkohol vedtas av Stortinget hvert år. I Nasjonal alkoholstrategi [32] anses prisvirkemiddelet som et viktig effektivt virkemiddel for å dempe konsumet og begrense skadeomfanget, men det påpekes samtidig at helsegevinster ved et høyt prisnivå må vurderes opp mot befolkningens oppslutning om virkemiddelet og kostnader ved grensehandel, smugling og andre måter å omgå høye priser.

Høye priser på alkohol er altså et virkemiddel som er godt implementert i Norge, og det er klart anerkjent som et viktig og effektivt virkemiddel for å dempe skadevirkninger av alkohol i befolkningen generelt [32]. Studier fra andre nordiske land har funnet at en avgiftsnedsettelse (og derved reduserte alkoholpriser) var forbundet med økning i alkoholskader blant ungdom [21, 22]. En opprettholdelse av det høye avgiftsnivået – justert for endring i kjøpekraft – vil forebygge alkoholrelaterte skader i befolkningen generelt, også blant ungdom.

2. Aldersgrense for kjøp av alkohol

I Norge er aldersgrensen 18 år for alkoholholdig drikk under 22 % og 20 år for drikk med høyere alkoholprosent. Det er videre forbud mot 'langing' til mindreårige. Sammenliknet med andre land i EU/EØS-området er aldersgrensene i Norge litt høyere enn i de fleste andre landene, og kun Sverige og Island har høyere aldersgrense enn Norge (dvs. Island har 20 års grense for alle drikkesorter, mens Sverige har 20 års grense for kjøp på Systembolaget) [33].

Tross aldersgrense er det en betydelig andel av mindreårige som har erfaring med alkoholbruk, og blant 15-16 åringer var det i 2019 nærmere halvparten som hadde drukket alkohol i løpet av siste år [34]. Hvilke forsyningskilder som er særlig viktige for mindreåriges alkoholbruk og hvordan/hvor godt aldersgrensen håndheves på slags- og skjenkesteder i Norge er dårlig belyst de siste to ti-årene¹, og kunnskap fra tidlig på 2000-tallet (for eksempel [35, 36]) har antakelig begrenset verdi i dag. Trolig er forsyningskilder på digitale markeder av større betydning i dag, og eksponering for alkoholsalg på sosiale medier er nå relativt utbredt blant mindreårige [37].

For å begrense ungdoms tilgang til alkohol ytterligere, vil det trolig være hensiktsmessig å sikre bedre håndheving av eksisterende aldersgrenser. I Nasjonal alkoholstrategi [32] oppfordres kommunene til å bedre dette arbeidet. Oppdatert kunnskap om hvilke forsyningskilder som er viktige for mindreåriges alkoholbruk i dag, vil være et viktig ledd i arbeid med å sikre bedre håndheving, og en slik kartlegging inngår i et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til FHI og Hdir for innværende år (2025).

¹ Organisasjonen Juvente har i en årrekke gjennomført sine egne undersøkelser om håndheving av aldersgrense, der mindreårige forsøker å få kjøpt alkohol i butikk uten å vise legitimasjon. Ett av fem kjøpsforsøk lykkes (<https://actis.no/kunnskap/lett-for-mindre%C3%A5rige-%C3%A5-kj%C3%B8pe-alkohol>)

3. Regulering av reklame og markedsføring

Norge har siden 1975 hatt forbud mot reklame og markedsføring av alkoholholdige produkter. Forbudet gjelder i alle kanaler, også sosiale medier og på produktets etikk/emballasje. Sammenliknet med andre OECD-land har Norge et mer omfattende reklameforbud [38]. I likhet med aldersgrensebestemmelsen, ligger antakelig utfordringen på dette området i å bedre håndhevingen av forbudet. På nasjonalt nivå ligger ansvaret for dette i Helsedirektoratet, og på lokalt nivå er det kommunenes ansvar.

4. Regulere salgs- og skjenketider

Alkoholloven angir nasjonale rammer for salgs- og skjenketider og rammene (normaltidene og maksimaltidene) er ulike for salg og skjenking og ulike for ulike drikkesorter (se nedenstående tabell). Disse rammene har i hovedsak vært uendret siden 1997. Kommunene kan regulere salgs- og skjenketidene i noen grad, det vil si utvide salgs- eller skjenketiden utover normaltiden så lenge det er innenfor maksimaltiden, eller innskrenke salgs- eller skjenketiden i forhold til normaltiden. I praksis har de aller fleste norske kommuner gitt adgang til maksimaltid for salg, og når det gjelder skjenketider, har et flertall av kommunene enten maksimaltid eller skjenketid utover normaltiden [39].

Salg/skjenking, alkoholgruppe og dag	Normaltid	Maksimaltid
Salg øl, hverdager	08:00 – 18:00	08:00 – 20:00
Salg øl, lørdager	08:00 – 15:00	08:00 – 18:00
Salg vin og brennevin, hverdager	08:30 – 18:00	
Salg vin og brennevin, lørdager	10:00 – 16:00	
Skjenking øl og vin, alle dager	08:00 – 01:00	06:00 – 03:00
Skjenking brennevin, alle dager	13:00 – 24:00	13:00 – 03:00

Sammenliknet med andre OECD-land har Norge strenge nasjonale restriksjoner på salgs- og skjenketider [30]. I mange kommuner kan det antakelig være aktuelt å stramme inn skjenketider, for eksempel dersom alkoholrelaterte vold og ordensforstyrrelser er et uttalt problem rundt skjenkesteder.

5. Regulere antall salgs- og skjenkesteder

I Norge er det – i all hovedsak – kommunene som gir bevilling til salg eller skjenking av alkohol. Kommunene innvilger, med få unntak, søknader om salgs- eller skjenkebevilling [40], og gjennom flere tiår har det vært en betydelig økning i antall skjenkesteder og antall vinmonopolbutikker. Den viktigste reguleringen av antall salgssteder er gjennom monopolordningen. Det finnes i dag om lag 360 salgssteder for vin og brennevin (vinmonopol-butikker) og om lag 4 800 butikker med salgsbevilling for alkohol i gruppe 1 (øl, cider, rusbrus med alkoholinnhold opp til 4,7 %). Uten monopolordningen ville det antakelig vært nesten like mange butikker med bevilling for vin og brennevin som antall butikker som selger øl (salgssteder for alkohol i gruppe 1). Opprettholdelse av monopolordningen synes å være det viktigste virkemiddelet for å begrense tilgjengeligheten av alkohol for hele befolkningen gjennom regulering av antall salgssteder. Vinmonopolet synes også å ha bedre håndheving med aldersgrensen enn private butikker og derved bidra til å begrense tilgjengeligheten av alkohol til mindreårige [36]. Imidlertid er studien nesten 20 år gammel, og det er derfor ikke gitt at dette funnet fremdeles er gyldig.

Oppsummering og avslutning

Alkoholpolitiske virkemidler ('alcohol policies') er de eneste forebyggende intervensjonene (sammen med tobakkepolitiske virkemidler) som er vurdert å ha utmerket evidens for effekt i ISDUP/EUPC. Med andre ord, dette er de virkemidlene der det er vurdert at det er best vitenskapelig grunnlag for en forebyggende effekt på rusmiddelbruk og skader. Det er derfor uheldig at ISDUP/EUPC ikke er eksplisitte og klare på hvilke alkoholpolitiske virkemidler man sikter til, og at evidensgrunnlaget ikke er oppdatert.

Den refererte forskningslitteraturen i ISDUP omfatter blant annet gode systematiske oversiktsstudier som i hovedsak gir godt belegg for forebyggende effekt av regulatoriske alkoholpolitiske virkemidler, nærmere bestemt regulering av: pris, aldersgrense, salgs- og skjenketider, og antall salgssteder samt 'dram shop liability'. Den dokumenterte forebyggende effekten er, med unntak av økning av aldersgrense, en gevinst for hele befolkningen og ikke for barn og unge spesielt. Når det gjelder regulering av reklame og markedsføring, gir den refererte litteraturen i beste fall indirekte evidens for at regulering kan ha forebyggende effekt blant barn og unge.

Disse regulatoriske virkemidlene (med unntak av 'dram shop liability') er iverksatt i Norge, og sammenliknet med andre europeiske land eller OECD-land, føres det en streng regulatorisk politikk på de nevnte virkemiddelområdene. Hvorvidt det vil eller kan være politisk aktuelt med en ytterligere styrking av virkemidlene, f.eks. i form av vesentlig avgiftsøkning, høyere aldersgrenser eller nasjonale innstramminger i salgs- og skjenketider, er usikkert og vanskelig å vurdere. Selv om det ikke er vist til evidens for effekt av styrket håndheving av aldersgrenser i ISDUP/EUPC, synes dette likevel å peke seg ut som et tiltak som bør vurderes nærmere i en norsk kontekst.

Referanser

1. United Nations Office on Drugs and Crime, *International standards on drug use prevention*. 2015: Vienna.
2. UNODC and WHO, *International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition*. 2018, UNODC: Vienna.
3. EMCDDA, *European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use* 2019, EMCDDA: Lisbon. p. 172.
4. Anderson, P., et al., *Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies*. Alcohol and Alcoholism, 2009. **44**(3): p. 229-243.
5. Buhler, A. and C. Kroger, *Report on prevention of substance abuse*. 2006.
6. Campbell, C.A., et al., *The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms*. American journal of preventive medicine, 2009. **37**(6): p. 556-569.
7. Elder, R.W., et al., *The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms*. American Journal of Preventive Medicine, 2010. **38**(2): p. 217-229.
8. Hahn, R.A., et al., *Effectiveness of Policies Restricting Hours of Alcohol Sales in Preventing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms*. American Journal of Preventive Medicine, 2010. **39**(6): p. 590-604.
9. Hahn, R.A., et al., *Effects of alcohol retail privatization on excessive alcohol consumption and related harms: a community guide systematic review*. American journal of preventive medicine, 2012. **42**(4): p. 418-427.
10. Middleton, J.C., et al., *Effectiveness of policies maintaining or restricting days of alcohol sales on excessive alcohol consumption and related harms*. American Journal of Preventive Medicine, 2010. **39**(6): p. 575-589.
11. Popova, S., et al., *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): p. 500-516.
12. Rammohan, V., et al., *Effects of dram shop liability and enhanced overservice law enforcement initiatives on excessive alcohol consumption and related harms: two Community Guide systematic reviews*. American journal of preventive medicine, 2011. **41**(3): p. 334-343.
13. Smith, L.A. and D.R. Foxcroft, *The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies*. BMC public health, 2009. **9**: p. 1-11.
14. Spoth, R., M. Greenberg, and R. Turrisi, *Preventive interventions addressing underage drinking: State of the evidence and steps toward public health impact*. Pediatrics, 2008. **121**(Supplement_4): p. S311-S336.
15. Wagenaar, A.C. and T.L. Toomey, *Effects of minimum drinking age laws: Review and analyses of the literature from 1960 to 2000*. Journal of Studies on Alcohol, 2002: p. 206-225.
16. Chaloupka, F.J., M. Grossman, and H. Saffer, *The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems*. Alcohol Research & Health, 2002. **26**: p. 22-34.
17. Sharma, A., K. Sinha, and B. Vandenberg, *Pricing as a means of controlling alcohol consumption*. British medical bulletin, 2017: p. 1-10.
18. Burton, R., et al., *A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective*. The Lancet, 2017. **389**(10078): p. 1558-1580.

19. Kilian, C., et al., *Reducing alcohol use through alcohol control policies in the general population and population subgroups: a systematic review and meta-analysis*. EClinicalMedicine, 2023. **59**.
20. Guindon, G.E., et al., *Prices, taxes and alcohol use: a systematic umbrella review*. Addiction, 2022. **117**(12): p. 3004-3023.
21. Bloomfield, K., I. Rossow, and T. Norström, *Changes in alcohol-related harm after alcohol policy changes in Denmark*. European Addiction Research, 2009. **18**(4): p. 224-231.
22. Mäkelä, P. and E. Österberg, *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**: p. 554-563.
23. Shults, R.A., et al., *Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving*. American Journal of Preventive Medicine, 2001. **21**(4, Supplement 1): p. 66-88.
24. DeJong, W. and J. Blanchette, *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**: p. 108-115.
25. Sargent, J.D., S. Cukier, and T.F. Babor, *Alcohol marketing and youth drinking: is there a causal relationship, and why does it matter?* Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement, 2020(s19): p. 5-12.
26. Jernigan, D., et al., *Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008*. Addiction, 2017. **112**: p. 7-20.
27. Calafat, A., M. Juan, and M.A. Duch, *Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: revisión Preventive interventions in nightlife: a review*. Adicciones, 2009. **21**(4): p. 387-414.
28. Sherk, A., et al., *Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density*. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 2018. **79**(1): p. 58-67.
29. Gmel, G., J. Holmes, and J. Studer, *Are alcohol outlet densities strongly associated with alcohol-related outcomes? A critical review of recent evidence*. Drug and Alcohol Review, 2016. **35**(1): p. 40-54.
30. Rossow, I., *Norsk alkoholpolitikk i lys av oppdatert internasjonal forskning*. Tidsskriftet Forebygging.no, 2023. **4**.
31. Ngo, A.P., et al., *Alcohol excise taxes as a percentage of retail alcohol prices in 26 OECD countries*. Drug and Alcohol Dependence, 2021. **219**: p. 108415.
32. Departementene, *Nasjonal alkoholstrategi. En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk 2021-2025*. 2021, Departmentene: Oslo.
33. World Health Organization, *Global status report on alcohol and health*. 2018, World Health Organization: Geneva.
34. Bye, E.K. and I.S. Moan, *Alkoholbruk blant ungdom*, in *Alkohol i Norge*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.
35. Rossow, I., H. Pape, and E.E. Storvoll, *Beruselsens kilder - hvordan ungdom skaffer seg alkohol*. Tidsskrift for den Norske Legeforening, 2005. **125**: p. 1160-1162.
36. Rossow, I., T. Karlsson, and K. Raitasalo, *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): p. 1468-1473.
37. Medietilsynet, *Barn og medier 2024 - en undersøkelse om 9 - 18 åringers medievaner*. 2024, Medietilsynet: Fredrikstad. p. 110 - 112.
38. OECD, *Preventing harmful alcohol use*, in *OECD Health Policy Studies*. 2021, OECD Publishing: Paris.
39. Buvik, K. and S.G. Christiansen, *Salgs- og skjenkebevillinger: kommunenes forvaltning av alkoholloven*, in *Alkohol i Norge*. 2022, Folkehelseinstituttet: Oslo.
40. Christiansen, S.G., *Salgs- og skjenkebevillinger: kommunenes forvaltning av alkoholloven*, in *Alkohol i Norge*. 2023, Folkehelseinstituttet: Oslo.