Digitale selvhjelpsløsninger for alkoholreduksjon

Ragnhild Bø
Psykologisk institutt
ragnhild.bo@psykologi.uio.no

Cecilie Skule
Helse Sør-Øst RHF

Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema. RB oppgir ingen interessekonflikter. CS oppgir arbeid i HSØ RHF. Det er mulig at HF vil delta i utviklingen av tilbud som beskrives i teksten.

Forskning på digital selvhjelp gir lovende resultater, men få av løsningene er tilgjengelige for befolkningen. Psykologer kan øke tilgjengeligheten ved å bidra i utprøving og implementering.

Alkoholproblemer er et betydelig folkehelseproblem. Bruk av alkohol er en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2023). Det er ingen psykiske lidelser som har like mange tapte leveår som rusrelaterte lidelser (Helse Sør-Øst, 2022). Ofte opptrer alkoholproblemer sammen med andre psykiske lidelser eller somatiske sykdommer (Skarstein et al., 2023), og forverrer sykdomsforløpene og prognose (e.g., Brière et al., 2014).

Behandlingen av alkoholproblemer krever store helseressurser (Oslo Economics, 2022), og i tiden fremover vil det bli krevende å møte behovene for behandling og omsorg (NOU, 2023). Tjenestene må innrette seg slik at helsepersonell kan nå frem med hjelp og behandling på nye måter, blant annet gjennom hjemmebehandling og digitale løsninger (Helsedirektoratet, 2023).

Politiske føringer angir at flere skal få behandling for alkoholbrukslidelser, og at det er behov for økt tilgjengelighet og bruk av kvalitetssikrede digitale verktøy innen psykisk helse (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2024, 2024–2025). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å tilgjengeliggjøre og øke bruken av kvalitetssikrede digitale verktøy innen rus og psykisk helse, og utrede hvordan det kan legges til rette for et nasjonalt tilbud blant annet for digital selvhjelp (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2025). I psykisk helse og rusfeltet kan digitale selvhjelpsprogrammer sannsynligvis bidra til å forebygge mer alvorlige tilstander, og redusere behovet for behandling i spesialisthelsetjenesten.

I artikkelen går vi gjennom kunnskapsgrunnlaget knyttet til effekter av digitale selvhjelpsløsninger og eventuelle barrierer for bruk av slike løsninger, og vi peker på implikasjoner for forskning og for helsetjenesten.

Å komme tidligere til med hjelp

Slik situasjonen er i Norge i dag, er bare 7 % av de som har et alkoholproblem, i behandling (Torvik et al., 2018). Å søke hjelp før det utvikler seg til avhengighet, kan hindre omfattende problemer og stort funksjonstap. Likevel går det gjerne mange år fra begynnende problembruk av alkohol til personer kommer i behandling (Christoffersen et al., 2021). Dette til tross for at mennesker med et risikofylt forbruk ofte selv er bekymret for forbruket, helsesituasjonen og konsekvensene for familien

og arbeidet. Fremskrivningsarbeidet for psykisk helsevern og rusbehandling fra 2022 (Helse Sør-Øst, 2022) vektlegger betydningen av å nå frem til gruppen med rusproblemer som *ikke* oppsøker behandlingsapparatet. Det må gjøres en innsats for å nå ut til de som ikke ber om hjelp, og her blir det fremhevet at de unge er en viktig målgruppe. Digitale løsninger åpner muligheten for å nå frem til et stort antall personer med tidlig intervensjon rettet mot alkoholproblemer, inkludert unge mennesker.

Hva er digitale intervensjoner?

Digitale intervensjoner inkluderer en rekke teknologier som mobilapplikasjoner, nettbaserte programmer og interaktive løsninger (Ndulue & Naslund, 2024). Felles for de fleste digitale intervensjonene som retter seg mot alkoholreduksjon, er at de omfatter en kartlegging av konsum ut fra pasientenes egenrapportering. Ofte baserer de seg på algoritmer for å tilby individuelle råd og veiledning ut fra konsumet pasientene rapporterer om. Rådene skal bygge på anerkjente metoder for atferdsendring, selv om det teoretiske grunnlaget ikke alltid er tydelig beskrevet (Kaner et al., 2017). I tillegg inkluderer noen intervensjoner eksperimentelle kognitive programmer for å fremme atferdsendring, for eksempel ved å endre implisitte tendenser i oppmerksomhet og tilnærmingsatferd (Bø, 2019). Andre digitale intervensjoner inkluderer chattefunksjoner for å samhandle med likemenn som også har alkoholreduksjon som mål.

eBehandling

Digitale intervensjoner kan benyttes med eller uten støtte av en terapeut, som definerer skillet mellom rene selvhjelpsløsninger og terapeutveiledet internettbehandling. Sistnevnte, hvor en person arbeider selvstendig med et strukturert program med terapeutisk støtte, favnes av begrepet eBehandling.

I Norge tilbys terapeutveiledet internettbehandling blant annet mot depresjon, sosial fobi og panikklidelse, og metoden er vurdert av Beslutningsforum (Elvsaas et al., 2018). Flere terapeutveiledete behandlingsprogrammer rettet mot psykisk helse og rus er under utvikling og utprøving, både til barn og unge, og for voksne. Sykehuset i Vestfold (SiV) HF har blant annet utviklet et eBehandlingstilbud for alkoholproblemer som i første omgang gjennomføres som et forskningsprosjekt ved SiV, flere helseforetak i Helse Sør-Øst og St. Olavs Hospital HF i Trondheim.

Erfaringene så langt indikerer at eBehandling for alkoholproblemer når frem til pasientgrupper som ellers ikke ville henvendt seg for å få hjelp med et problematisk forhold til alkohol.

Digital selvhjelp

Ikke alle pasienter ønsker å være i kontakt med behandlere og bli registrert som pasient i spesialisthelsetjenesten. Selv digital kontakt med spesialisthelsetjenesten kan være en barriere for å søke hjelp. Det ville derfor være en fordel å tilby kvalitetssikrede digitale selvhjelpsverktøy til bruk ved risikofylt eller problematisk bruk av alkohol. I tillegg til å gjøre hjelpen mer tilgjengelig er selvhjelpsløsningene mindre ressurskrevende ettersom de ikke inkluderer kontakt med helsepersonell.

Effekten av digital selvhjelp

Vi er ikke kjent med at det pågår norsk forskning på effekten av digitale selvhjelpsprogram for alkoholreduksjon, og leter man etter ressurser på nettet, finnes det mest nettsider som gir informasjon om alkohol og dens skadelige effekter. Enkelte andre land har kommet lenger enn Norge i å tilby gratis tilgjengelige, digitale selvhjelpsløsninger rettet mot skadelig bruk av alkohol. I Storbritannia

(«Drink Less»), Australia («Daybreak») og Sverige («Minska») finnes et grundig effekttestet tilbud åpent tilgjengelig på nett.

Det er foreløpig et svakt kunnskapsgrunnlag for å innføre digitale selvhjelpsløsninger for alkohol sammenlignet med kun å tilby informasjon på nettsider, men enkelte funn er lovende. I en svensk studie undersøkte personer som søkte på nettet etter hjelp med å redusere alkoholbruk. Det var her ingen spesifikke kriterier deltakerne måtte oppfylle utover at de selv var på leting etter en måte å redusere alkoholkonsumet på, og at de hadde en smarttelefon (N = 2129). Deltakeren ble randomisert, og studien fant at den digitale selvhjelpsløsningen «Minska» med høy sannsynlighet reduserte ukentlig alkoholkonsum og frekvensen av episoder med høykonsum mer enn kun generell informasjon om alkohol (Bendtsen et al., 2022). Den absolutte reduksjonen i gruppen som fikk «Minska», var fra en median på 17 enheter i uka til seks enheter i uka ved fire måneder. I samme periode gikk månedlig frekvens av høykonsumepisoder ned fra en median på seks til to. Noen av begrensningene ved studien var stort frafall ved oppfølgingen og at effekter utover fire måneder ikke ble undersøkt.

I Storbritannia er det gjort en lignende studie blant personer (N = 5602) med et risikofylt alkoholkonsum (AUDIT score ≥ 8). Her fant man begrenset støtte for den digitale selvhjelpsløsningen «Drink Less» etter seks måneder sammenlignet med generell informasjon om alkohol (Oldham et al., 2024). Det er likevel verdt å merke seg at begge grupper halverte sitt ukentlige konsum i prosjektperioden, og at sensitivitetsanalyser blant dem som brukte intervensjon, et slags bestefallsscenario, fant at disse drakk over to alkoholenheter (1 AE = 12,8 gram alkohol) mindre per uke ved seks måneders oppfølging sammenlignet med dem som kun mottok generell informasjon.

Intervensjoner for unge

Lignende intervensjoner, spesielt de som gir feedback om konsum og er rettet mot ungdom og unge voksne definert som risikodrikkere (AUDIT-C ≥ 4 for menn og ≥ 3 for kvinner; N = 1770), har vist signifikant effekt på ukentlig alkoholkonsum og antall episoder med høykonsum, helt opptil tolv måneder senere (Bertholet et al., 2023). Også her ble intervensjonen sammenlignet mot generell informasjon om alkohol. Begge grupper hadde en økning i konsum ved tre måneders oppfølging, men deretter nedgang (under baselinenivå) ved seks og tolv måneders oppfølging. Ved seks måneder var reduksjonen på 14,6 gram alkohol/uke (1,1 AE) i intervensjonsgruppen og 4,6 gram alkohol/uke (0,4 AE) i kontrollgruppen. Reduksjonen er vesentlig mindre enn den man fant for «Minska» ved fire måneder og for «Drink Less» ved seks måneder. Subgruppeanalyser viste at effekten av intervensjonen var sammenlignbar for personer som hadde et sannsynlig diagnostiserbart alkoholproblem og risikodrikkere, noe som kan støtte at slike intervensjoner kan benyttes i flere faser av en problemutvikling. Det er likevel verdt å merke seg at selv om reduksjonen var signifikant, så var endringen svært liten.

En studie som har undersøkt hva som forklarer forskjellen mellom folkehelseopplysning og selvhjelpsløsninger, fant at selvhjelp gir mer kunnskap om *hvordan* man kan redusere, ikke bare *at* man burde redusere, og at selvhjelpen øker troen på at det er mulig å lykkes (Bendtsen et al., 2023).

Målgruppe

Digitale selvhjelpsløsninger for alkoholreduksjon antas å treffe bredt (Ndulue & Naslund, 2024). Det er nok spesielt gunstig for unge voksne som er mindre tilbøyelig til å oppsøke tradisjonell rusbehandling (White et al., 2010). Det er imidlertid behov for å utvikle løsningene for å bedre treffe den yngre gruppen. Samtidig finnes det indikasjoner på at effekten for problemdrikkere er større i

eldre aldersgrupper sammenlignet med yngre aldersgrupper når den digitale intervensjonen først er tatt i bruk (Riper et al., 2018).

En studie som har undersøkt individualiserte behandlingseffekter, har funnet at deltakere som rapporterte høyere konsum og hyppigere frekvens av episoder med høykonsum (fire eller flere enheter for kvinner og fem eller flere enheter for menn), hadde bedre effekt av digitale selvhjelpsløsninger sammenlignet med dem som drakk mindre (Crawford et al., 2024). Effekten står i kontrast til behandlingsalternativene personer med henholdsvis lav og høy risiko for alkoholproblemer foretrekker, hvor de med lavest risiko for alkoholproblemer foretrekker digitale intervensjoner, mens de med høyest risiko foretrekker spesialisert rusbehandling (Davies et al., 2019).

Når det gjelder ukentlig konsum, er det funnet få kjønnsforskjeller i effekten av digitale selvhjelpsløsninger (Crawford et al., 2024; Kaner et al., 2017), men kvinner virker å ha større nytte med hensyn til å redusere episoder med høykonsum sammenlignet med menn (Crawford et al., 2024). Det er i tillegg studier som tyder på at kvinner ikke oppsøker tradisjonell alkoholbehandling like ofte som menn (Gilbert et al., 2019), og at de derfor kan ha særlig nytte av slike intervensjoner.

Alternativ til standard behandling?

Poliklinisk behandling av alkoholrelaterte problemer utgjør det største volumet av poliklinisk aktivitet i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (Helse Sør-Øst, 2022). Moderate til alvorlige alkoholproblemer behandles vanligvis i spesialisthelsetjenesten. Noen har i løpet av behandlingsforløpet behov for døgnbehandling, men de aller fleste pasientene får poliklinisk behandling. Behandlingen gis ofte som individuelle polikliniske konsultasjoner, men kurs- og gruppetilbud er også vanlige elementer i et behandlingsforløp. I noen sammenhenger gis behandlingen ambulant, og enkelte ganger i form av fleksible ambulante team i samarbeid med kommunen (FACT-team).

I standard behandling av alkoholproblemer spiller terapeuten en sentral rolle. Spørsmålet er da hvilken effekt vi kan vente av digitale selvhjelpsløsninger, sammenlignet med effekten når en terapeut leder eller er involvert i behandlingen? Så vidt vi kjenner til, er det ikke gjort studier som har sammenlignet digital selvhjelp og behandling gitt av terapeut. Det finnes en studie som har sammenlignet digitale selvhjelpsløsninger mot samme digitale intervensjon innlemmet i en behandlingsrelasjon (Quanbeck et al., 2024). Studien inkluderte i tillegg en gruppe som brukte den digitale intervensjonen med støtte fra likemenn. Blant personer med moderate til alvorlige alkoholproblemer (N = 588) var det nær en halvering av dager med høykonsum over en tolvmånedersperiode for alle tre grupper, men kun de som hadde den digitale intervensjonen innlemmet i en behandlingsrelasjon, viste signifikant nedgang fra tre til seks og ni måneder, samt bedret mental helse og livskvalitet. Samtidig var det vesentlig høyere frafall blant dem som møtte en terapeut. Vi vet ikke nok om hva som kan forklare det overraskende høye frafallet, men forfatterne av studien reflekterte rundt muligheten for at gruppen av personer med milde til moderate alkoholproblemer verdsatte autonomien og anonymiteten de digitale tjenestene ga, samtidig som forfatterne mente at man bør være lydhør for om pasientene ønsker terapeutinvolvering.

I tidligere faser av problemutviklingen er det ikke vist en like klar fordel av å møte en terapeut. I en metaanalyse (N = 94 753) (Beyer et al., 2023) som undersøkte forskjellen mellom terapeutledede intervensjoner versus selvhjelpsløsninger, førte intensive, terapeutledede intervensjoner til større reduksjon i ukentlig konsum ved én og seks måneder sammenlignet med digitale selvhjelpsløsninger. Ved tolv måneder er det derimot ingen forskjell i reduksjonen mellom de to intervensjonene. Det

er ingen forskjell mellom de to behandlingsformene for antall episoder med høykonsum ved noen av tidspunktene, men likevel en reduksjon i antall episoder i begge grupper når man sammenligner mot ingen oppfølging opptil seks måneder. Ved tolv måneder er reduksjonen i høykonsumepisoder kun signifikant for den terapeutledede intervensjonen, selv om den absolutte reduksjonen var større i selvhjelpsgruppen.

Barrierer for bruk

I Norge tilbyr Helsedirektoratet kvalitetssikrede verktøy via Helsenorge, men foreløpig tilbys ingen digitale selvhjelpsverktøy for alkoholreduksjon. Helsenorge har lenker til ideelle organisasjoner som tilbyr digital kartlegging og råd basert på alkoholkonsum. En rekke apper er tilgjengelige for alkoholreduksjon hos plattformer som GooglePlay og AppStore. Her er det nyttig å være klar over en studie som viste at industrifinansierte apper som hevder å hjelpe brukerne med bevisstgjøring av eget alkoholforbruk ved å overvåke konsum, kan inneholde feilinformasjon som forleder brukerne til å tro at alkoholbruken er mindre farlig enn det den faktisk er (Roy-Highley et al., 2024). Studien underbygger behovet for digitale selvhjelpsverktøy som er basert på dokumentert effekt, støttet av utgivere som har tillit i befolkningen.

Digital kompetanse er ujevnt fordelt i befolkningen, og kan påvirke om digitale løsninger blir tatt i bruk. Derfor vil det være en klar fordel om digitale selvhjelpsverktøy har et enkelt og intuitivt brukergrensesnitt (Glass et al., 2022). Eldre har ikke nødvendigvis motforestillinger mot digitale løsninger, men kan trenge noe mer bistand for å ta løsninger i bruk sammenlignet med yngre befolkningsgrupper (Seifert et al., 2019).

For å kunne ta i bruk digitale intervensjoner og motvirke frafall er det flere utfordringer som må løses. Selv når den digitale selvhjelpsintervensjonen er utviklet for å være brukervennlig, engasjerende og er vurdert å være pålitelig, finner studier at et stort antall personer ikke laster ned den digitale selvhjelpsintervensjonen, ikke bruker den og dropper ut (e.g., (Bertholet et al., 2023)). En oversiktsartikkel pekte på avgjørende kontekstuelle betingelser som påvirker engasjementet, som opplevelse av sosial tilhørighet og autonomi (Borghouts et al., 2021). Dette er kunnskap som må inkluderes for at digitale selvhjelpsløsninger skal tas i bruk og anvendes.

For å sikre virksomme løsninger tilpasset norsk kontekst må vi ha mer kunnskap om og utvikling av digitale selvhjelpsverktøy som oppfyller krav til effekt, personvern og sikkerhet (Ndulue & Naslund, 2024). Vi trenger altså en forskningsinnsats, uten at det i seg selv er tilstrekkelig. En litteraturgjennomgang viser at kun et mindretall av digitale selvhjelpsløsninger for alkoholreduksjon som er effekttestet, er allment tilgjengelig etter avslutningen av en studie (8 av 19). Samtidig har bare halvparten av de som er tilgjengelig, vist effekt (Colbert et al., 2020). Det eksisterer med andre ord et betydelig «research to practice-gap». Psykologer kan spille en viktig rolle i implementeringsarbeidet (Graham et al., 2020).

Kost–nytte

Det er lite sikker evidens omkring hvorvidt digitale selvhjelpsverktøy på lang sikt er kostnadsbesparende sammenlignet med andre typer tidlig intervensjon for problematisk bruk av alkohol (Ulfsdotter Gunnarsson et al., 2024), da de fleste studiene har en tidshorisont på 4–12 måneder. En nylig publisert studie fra England (Angus et al., 2025) undersøkte den antatte kostnadseffektiviteten ved å rulle ut den digitale selvhjelpsløsningen «Drink Less» i stor skala.

Bakgrunnen for studien var at selv om intervensjonen ligger åpent tilgjengelig, var graden av bruk i befolkningen lav.

I studien tok forskerne utgangspunkt i helsekostnader forbundet med alkoholbruk over en 20-årsperiode i Storbritannia, og de brukte en velutprøvd matematisk modell for å studere effekten av alkoholtiltak. Gjennom modelleringen av ulike scenarioer antok de at ved å kjøre en storstilt reklamekampanje for intervensjonen gjennom sosiale medier, ville alkoholkonsumet reduseres med 0,04 AE per uke per innbygger (omregnet fra britisk til norsk AE), noe som ville kunne resultere i cirka 109 000 færre sykehusinnleggelser, ett dødsfall mindre hver tredje dag, øke kvalitetsjusterte leveår og spare National Health Services (NHS) for flere milliarder kroner i helseutgifter. Det er med andre ord indikasjoner på at selv små reduksjoner i alkoholkonsum på individnivå vil kunne gi store besparelser for samfunnet.

Hvilken besparelse intervensjonene vil føre til på andre områder enn i helsesektoren ble ikke belyst i modelleringen fra England, og det trengs flere forløpsstudier av reele besparelser. Fremtidige studier av kostnadseffektivitet bør derfor ha en bredere tilnærming til nytte utover besparelse av helsekroner, som arbeidsproduktivitet, bruk av sosiale tjenester og frivillighet, samt innen justissektoren (Ulfsdotter Gunnarsson et al., 2024).

Avslutning

Det er klare helsepolitiske føringer på at digitale selvhjelpsløsninger for alkoholreduksjon er ønskelig og nødvendig for å nå ut til mennesker som er bekymret for sitt alkoholforbruk, og for å møte kapasitetsutfordringene helsetjenesten i Norge står overfor. Basert på de foreløpige erfaringene med eBehandling mot alkoholproblemer ser digitale løsninger ut til å være noe mennesker med et problematisk alkoholbruk ønsker seg. Enkelte studier indikerer at digitale selvhjelpsintervensjoner vil kunne ha effekt i perioder hvor alkoholproblem utvikles og opprettholdes. At flere kommer i behandling på et tidligere tidspunkt av en problemutvikling, vil ofte være en fordel. Det må arbeides videre med å identifisere hva som kan være hindre for at befolkningen tar i bruk slike løsninger, og hva som gjør at personer dropper ut. Dermed kan intervensjonene utformes på en måte som opprettholder engasjementet. Et bredere kunnskapsgrunnlag om effekten, både på kort og lang sikt, vil gi mulighet for å utvikle et kostnadseffektivt tilbud tilpasset norske forhold.

Referanser

Angus, C., Oldham, M., Burton, R., Dina, L.-M., Field, M., Hickman, M., Kaner, E., Loebenberg, G., Munafò, M., Pizzo, E., Brown, J., & Garnett, C. (2025). Modeling the potential health, health economic, and health inequality impact of a large-scale rollout of the drink less app in England. *Value in Health*, *28*(2), 215–223. https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.11.007

Bendtsen, M., Åsberg, K., & McCambridge, J. (2022). Effectiveness of a digital intervention versus alcohol information for online help-seekers in Sweden: a randomised controlled trial. *BMC Medicine*, *20*(1), 176. https://doi.org/10.1186/s12916-022-02374-5

Bendtsen, M., Åsberg, K., & McCambridge, J. (2023). Mediators of effects of a digital alcohol intervention for online help-seekers: Findings from an effectiveness trial. *Drug and Alcohol Dependence*, *251*, 110 957. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110957

Bertholet, N., Schmutz, E., Studer, J., Adam, A., Gmel, G., Cunningham, J. A., McNeely, J., & Daeppen, J.-B. (2023). Effect of a smartphone intervention as a secondary prevention for use among

university students with unhealthy alcohol use: randomised controlled trial. *BMJ*, *382*, e073 713. https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073713

Beyer, F. R., Kenny, R. P. W., Johnson, E., Caldwell, D. M., Garnett, C., Rice, S., Simpson, J., Angus, C., Craig, D., Hickman, M., Michie, S., & Kaner, E. F. S. (2023). Practitioner and digitally delivered interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in people not seeking alcohol treatment: a systematic review and network meta-analysis. *Addiction*, *118*(1), 17–29. https://doi.org/10.1111/add.15999

Bø, R. (2019). Kognitiv rehabilitering ved alkoholavhengighet: supplement til ordinær behandling? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *56*(2), 88–98. https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2019as01ae-Kognitiv-rehabilitering-ved-alkoholavhengighet-supplement-til-ordinaer-behandling-

Borghouts, J., Eikey, E., Mark, G., De Leon, C., Schueller, S. M., Schneider, M., Stadnick, N., Zheng, K., Mukamel, D., & Sorkin, D. H. (2021). Barriers to and facilitators of user engagement with digital mental health interventions: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(3), e24 387. https://doi.org/10.2196/24387

Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(3), 526–533. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.10.007

Christoffersen, L. A. N., Mortensen, E. L., Becker, U., Osler, M., Sørensen, H. J., & Flensborg-Madsen, T. (2021). Age at onset and age at treatment of alcohol use disorders: Associations with educational level and intelligence. *Alcohol*, *95*, 7–14. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2021.04.005

Colbert, S., Thornton, L., & Richmond, R. (2020). Smartphone apps for managing alcohol consumption: a literature review. *Addiction Science & Clinical Practice*, *15*(1), 17. https://doi.org/10.1186/s13722-020-00190-x

Crawford, J., Collier, E. S., & Bendtsen, M. (2024). Individualized treatment effects of a digital alcohol intervention and their associations with participant characteristics and engagement. *Alcohol and Alcoholism*, *59*(5). https://doi.org/10.1093/alcalc/agae049

Davies, E. L., Maier, L. J., Winstock, A. R., & Ferris, J. A. (2019). Intention to reduce drinking alcohol and preferred sources of support: An international cross-sectional study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *99*, 80–87. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.011

Elvsaas, I. K. Ø., Stoinska-Schneider, A., & Smedslund, G. (2018). *Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser - en fullstendig metodevurdering*. https://www.nyemetoder.no/4aed79/siteassets/documents/rapporter/terapeutveiledet-internettbehandling-ved-psykiske-lidelser-rapport-2018.pdf

Folkehelseinstituttet. (2023). *Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol*. Folkehelseinstituttet. Hentet 13.02.2025 fra https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/beskrivelse-av-rapporten/oversikt-over-alkohol-i-norge-et-folkehelseperspektiv-pa-alkohol/?term=

Gilbert, P. A., Pro, G., Zemore, S. E., Mulia, N., & Brown, G. (2019). Gender differences in use of alcohol treatment services and reasons for nonuse in a national sample. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *43*(4), 722–731. https://doi.org/10.1111/acer.13 965

Glass, J. E., Tiffany, B., Matson, T. E., Lim, C., Gundersen, G., Kimbel, K., Hartzler, A. L., Curran, G. M., McWethy, A. G., Caldeiro, R. M., & Bradley, K. A. (2022). Approaches for implementing digital interventions for alcohol use disorders in primary care: A qualitative, user-centered

design study. *Implementation Research and Practice*, *3*, 26334895221135264. https://doi.org/10.1177/26334895221135264

Graham, A. K., Lattie, E. G., Powell, B. J., Lyon, A. R., Smith, J. D., Schueller, S. M., Stadnick, N. A., Brown, C. H., & Mohr, D. C. (2020). Implementation strategies for digital mental health interventions in health care settings. *American Psychologist*, *75*(8), 1080–1092. https://doi.org/10.1037/amp0000686

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2024). *Meld. St. 9. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste*. https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2024–2025). *Meld. St. 5. Trygghet, fellesskap og verdighet. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling*. https://www.regjeringen.no/contentassets/eaf80c49b41b4d9eae9268019e1526cd/no/pdfs/stm202420250005000dddpdfs.pdf

Helse og Omsorgsdepartementet. (2025). *Tildelingsbrev 2025 Helsedirektoratet*. https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2025-tildelingsbrev-helsedirektoratet.pdf

Helse Sør-Øst. (2022). *Framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. https://www.helse-sorost.no/497adf/siteassets/documents/styret/styremoter/2022/1216/framskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf

Helsedirektoratet. (2023). *Digital hjemmeoppfølging*. https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/velferdsteknologi-og-digital-hjemmeoppfolging/digital-hjemmeoppfolging

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., Redmore, J., O'Donnell, A., Newham, J. J., de Vocht, F., Hickman, M., Brown, H., Maniatopoulos, G., & Michie, S. (2017). Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *9*(9), Cd011 479. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011479.pub2

Ndulue, O. I., & Naslund, J. A. (2024). Digital interventions for alcohol use disorders: A narrative review of opportunities to advance prevention, treatment and recovery. *Psychiatry Research Communications*, *4*(3), 100 183. https://doi.org/10.1016/j.psycom.2024.100183

NOU. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf

Oldham, M., Beard, E., Loebenberg, G., Dinu, L., Angus, C., Burton, R., Field, M., Greaves, F., Hickman, M., Kaner, E., Michie, S., Munafò, M., Pizzo, E., Brown, J., & Garnett, C. (2024). Effectiveness of a smartphone app (Drink Less) versus usual digital care for reducing alcohol consumption among increasing-and-higher-risk adult drinkers in the UK: a two-arm, parallel-group, double-blind, randomised controlled trial. *eClinicalMedicine*, *70*. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102534

Oslo Economics. (2022). *Samfunnskostnader ved alkoholbruk*. https://avogtil.no/content/uploads/2022/02/220 112-Rapport-Samfunnskostnader-ved-alkoholbruk-OE.pdf

Quanbeck, A., Chih, M.-Y., Park, L., Li, X., Xie, Q., Pulvermacher, A., Voelker, S., Lundwall, R., Eby, K., Barrett, B., & Brown, R. (2024). A randomized trial testing digital medicine support models for mild-to-moderate alcohol use disorder. *npj Digital Medicine*, *7*(1), 248. https://doi.org/10.1038/s41746-024-01241-2

Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Andersson, G., Berman, A. H., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., Boß, L., Brendryen, H., Cunningham, J., Ebert, D., Hansen, A., Hester, R., Khadjesari, Z.,... Smit, J. H. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS Medicine*, *15*(12), e1 002 714. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002714

Roy-Highley, E., Körner, K., Mulrenan, C., & Petticrew, M. (2024). Dark patterns, dark nudges, sludge and misinformation: alcohol industry apps and digital tools. *Health Promotion International*, *39*(5). https://doi.org/10.1093/heapro/daae037

Seifert, A., Reinwand, D. A., & Schlomann, A. (2019). Designing and Using Digital Mental Health Interventions for Older Adults: Being Aware of Digital Inequality [Opinion]. *Frontiers in Psychiatry*, *10.* https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00568

Skarstein, S., Lien, L., & Abebe, D. S. (2023). The burden of somatic diseases among people with alcohol- and drug use disorders are influenced by mental illness and low socioeconomic status. A registry-based cohort study in Norway. *Journal of Psychosomatic Research*, *165*, 111 137. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111137

Torvik, F. A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenström, T. H., Bramness, J. G., Gillespie, N., Aggen, S. H., Kendler, K. S., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *137*(1), 54–64. https://doi.org/10.1111/acps.12829

Ulfsdotter Gunnarsson, K., Henriksson, M., & Bendtsen, M. (2024). Digital alcohol interventions could be part of the societal response to harmful consumption, but we know little about their long-term costs and health outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, *26*, e44 574. https://doi.org/10.2196/44574

White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., Drennan, J., Connor, J., Baker, A., Hines, E., & Young, R. (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *12*(5), e62. https://doi.org/10.2196/jmir.1479

Publisert: 05.12.2025, Tidsskrift for Norsk psykologforening.