



04.04.2018

Kostnader ved rusrelatert fravær og ineffektivitet

Rapport 9-2018

Rapport nr. 9-2018 fra Samfunnsøkonomisk analyse AS

ISBN-nummer: 978-82-8395-000-7

Oppdragsgiver: Akan kompetansesenter

Forsidefoto: Kolae (iStock)

Tilgjengelighet: Offentlig

Dato for ferdistilling: 4. april 2018

Forfattere: Jørgen Steen, Emil C. Bjøru,
Karin Ibenholt

Kvalitetssikrer Rolf Røtnes

Samfunnsøkonomisk analyse AS

Borggata 2B
N-0650 Oslo

Org.nr.: 911 737 752
post@samfunnsokonomisk-analyse.no

Forord

På oppdrag for Akan Kompetansesenter har vi gjennomført en kartlegging og beregning av virksomhetenes og samfunnets kostnader ved rusrelatert fravær og ineffektivitet. I tillegg til prosjektteamet fra Samfunnsøkonomisk analyse har Ståle Østhus ved Fafo bidratt med faglige innspill i gjennomføringen av prosjektet.

Vi har i prosjektet hatt kontakt med representanter for NHO og LO, samt at vi har gjennomført intervjuer og innhentet kostnadsdata fra tre virksomheter som alle har erfaring med medarbeidere som har eller har hatt et skadelig rusmiddelbruk og/eller avhengighet. Vi vil rette en stor takk til disse virksomhetene for at de har ønsket å dele denne informasjonen med oss.

Videre vil vi takke vår oppdragsgiver, ved Elisabeth Ege, for et svært interessant oppdrag og god dialog i gjennomføringen.

Oslo, 04.04.2018

Karin Ibenholt
Prosjektleder
Samfunnsøkonomisk analyse AS

Sammendrag

Fravær og ineffektivitet på grunn av alkoholbruk koster arbeidslivet minst 1,1 milliard kroner pr. år. Kostnadene for en ansatt med alkoholproblemer omfatter bl.a. fravær, en eventuell oppsigelse og negativ påvirkning av arbeidsmiljøet og disse kostnadene kan bli svært høye. Å arbeide forebyggende for å redusere risikoen for at noen utvikler et problematisk bruk og å ha kompetanse og verktøy for å håndtere problemet hvis det oppstår kan spare virksomheten for en del av disse kostnadene, og er i tillegg en måte å ta vare på de ansatte. De samfunnsøkonomiske kostnadene ved alkoholbruk, som bl.a. omfatter offentlige utgifter til pleie og omsorg, kriminalitet og redusert livskvalitet og for tidlig død både hos misbruker og pårørende, er svært mye høyere enn de beregnede kostnadene for arbeidslivet.

Alkoholbruk har kostnader for individer, virksomheter og samfunnet i stort

En virksomhet vil ha mange former for kostnader ved ansattes bruk av rusmidler. En stor kostnad er knyttet til fravær og lavere effektivitet, som både omfatter plager "dagen etter" som i prinsipp kan gjelde alle ansatte, dvs. kortvarige hendelser, og vedvarende lavere effektivitet og høyere fravær ved et etablert problematisk bruk. En virksomhet som har ansatte med et problematisk bruk vil også ha kostnader knyttet til oppfølging og/eller en eventuell oppsigelse. Videre vil man ha kostnader i form av mulig negativ påvirkning av arbeidsmiljøet, grunnet irritasjon, merarbeid og bekymring blant kollegaer og ledelse. I tillegg innebærer det økt risiko knyttet til sikkerhet og virksomhetens omdømme. I våre kostnadsberegninger inngår fravær, ineffektivitet, oppfølgingstiltak og oppsigelser, men ikke øvrige kostnadselementer.

Virksomhetenes kostnader er kun en del av samfunnets totale kostnader for alkoholbruk. Samfunnet har også kostnader knyttet til lange sykefravær, arbeidsledighet, sykdom og for tidlig død, ulykker og kriminalitet. Og selvsagt har alle de som berøres av alkoholbruken, både den som har problemet og dennes pårørende, store kostnader eller ulemper. Disse risikerer redusert livskvalitet pga. både fysisk og psykisk uhelse og pårørende barn har en stor risiko for ulike former for senskader.

Arbeidslivets kostnader knyttet til alkoholrelatert korttidsfravær og ineffektivitet utgjør minst 1,1 milliard kroner

Tidligere analyser fra Folkehelseinstituttet anslår at 0,12 arbeidsdager går tapt som følge av alkoholrelatert fravær og ineffektivitet per ansatt, hvert år. Denne beregning bygger på selvrapportert omfang av fravær og ineffektivitet, og er dermed gjenstand for underrapportering. Generelt underrapporter man gjerne eget forbruk i denne type undersøkelser og i tillegg er det sannsynlig at de med størst problem velger å ikke svare på slike undersøkelser. Tallet må derfor ses på som et minste anslag. Gitt at en sykefraværsdag koster virksomheten 3 150 kroner, og det er 2,79 millioner ansatte blir den totale kostnaden for virksomhetene 1 055 millioner kroner pr. år. Det er kostnadene knyttet til redusert produktivitet dagen derpå som utgjør den største delen av denne kostnaden, med ca 550 millioner kroner. Dette er også den alkoholrelaterte utfordringen i arbeidslivet som er hyppigst rapportert av de ansatte.

I tillegg til mørketall og generell underrapportering, tar beregningene i liten grad hensyn til eventuelle merkostnader som følger av alkoholrelatert sykefravær. Dette er kostnader knyttet til vikar/overtidsarbeid, oppfølging av den ansatte eller annet administrativt merarbeid. Tidligere beregninger av kostnadene for korttidsfravær og ineffektivitet finner at disse kostnadene kan være over 10 milliarder kroner.

Kostnader ved oppfølging av ansatte med rusproblemer

For å illustrere de kostnader som en virksomhet kan ha når en ansatt har eller utvikler et problematisk alkoholbruk har vi vært i kontakt med tre forskjellige virksomheter. Alle tilfeller er selvsagt unike og det er ikke mulig å beregne noen gjennomsnittlige eller representative kostnader som gjelder for alle virksomheter og bransjer. Casene er derfor kun illustrasjoner på mulige kostnader.

De tre virksomhetene arbeider alle i tråd med Akan-modellen, og har i løpet av de siste 10 årene revitalisert dette arbeidet. Man har iverksatt forebyggende tiltak, som informasjon og redusert alkoholbruk i arbeidsrelaterte situasjoner, og tiltak rettet mot ansatte med problemer. For disse virksomhetene er selvsagt ressursbruk og kostnader viktige drivere, men alle gir samtidig klart uttrykk for at dette først og fremst handler om å ta hand om de ansatte og at man strekker seg til dels vært langt for å hjelpe disse, uten å tenke på dette som et kostnadsspørsmål.

Tabell 1 oppsummerer kostnader som påløp i forbindelse med tiltak som ble iverksatt for å hjelpe individuelle arbeidstakere med alkoholproblemer. Tiltakene inkluderer regelmessig alkoholtesting, oppfølgingsmøter, fravær for behandling mv. og eventuelle andre kostnader. I tillegg til kostnadene som virksomhetene har oppgitt melder de at man i samtlige tilfeller har hatt en negativ reaksjon i arbeidsmiljøet med bekymring og irritasjon. Sistnevnte kan ha gått ut over produktiviteten hos andre ansatte uten at dette kan tallfestes. Kostnadene knyttet til oppfølgingsamtaler og testing er stort sett det samme for samtlige virksomheter, slik at forskjellen ligger i hvor stort fravær den enkelte har og om virksomheten dekker behandlingskostnader. Det er imidlertid ikke tilrådelig at virksomhetene dekker behandlingsutgifter, uten det bør gjennomføres i regi av det offentlige helsevesenet.

Tabell 1 Virksomhetene: Årlige kostnader i kroner ved oppfølging og tiltak overfor rusavhengig arbeidstaker

	Virksomhet 1	Virksomhet 2	Virksomhet 3
CDT-testing	6 500	10 000	7 500
Oppfølgingsamtaler	33 000	34 000	53 000
Sykemelding som dekkes av virksomhet	63 000	79 000	110 000
Andre kostnader	10 000	95 000 ¹	-
Sum	112 000	218 000	170 500

¹ Inkluderer opphold på behandlingstilstand

Kostnadene av å ikke følge opp ansatte kan bli mye høyere enn det oppfølgingen koster

Selv om det å følge opp en ansatt som har et problematisk alkoholbruk har en kostnad for virksomheten, er det å ikke følge opp arbeidstakeren mest sannsynlig enda dyrere. Vi har sammenlignet kostnaden for å følge opp en ansatt med et tenkt scenario uten oppfølging, og som slutter med at vedkommende blir sagt opp og erstattet med en ny arbeidstaker. I scenario uten oppfølging har den ansatte korttidsfravær og redusert effektivitet lik én arbeidsdag pr uke, dvs. 20 prosent av en heltidsstilling.

Oppsigelseskostnaden settes lik 207 000 kr, basert på en tidligere internasjonal sammenligning av oppsigelseslover og -kostnader. Vi antar at ny ansettelsesprosess for å erstatte oppsagt arbeidstaker koster arbeidsgiver et halvt årsverk, og er knyttet til selve rekrutteringsprosessen, at det erfaringsvis tar tid før en

ny medarbeider har full produktivitet og kostnader ved produksjonsbortfall (eller vikar) som følge av redusert arbeidsstyrke i perioden mellom siste arbeidsdag for oppsagt arbeidstaker og første arbeidsdag for den nyansatte.

For at scenarioene skal være sammenlignbare antar vi at hendelsene forløper seg over to år, og vi antar videre at kostnadene i form av redusert effektivitet og økt fravær som følge av rusproblemet er like i forkant av beregningsperioden i begge scenarioene. Tabell 2 viser at kostnadene for ikke å følge opp en ansatt kan være mer enn dobbelt så høye som det å følge opp og få en rehabilitert ansatt. Vi har ikke tatt hensyn til de ikke-kvantifiserbare kostnadene, for eksempel hvilken effekt oppsigelse har for pårørende og familie, eller de samfunnsøkonomiske kostnadene, for eksempel at den oppsagte eventuelt mottar trygd og arbeidsavklaringspenger i etterkant. Ved vedvarende arbeidsledighet vil samfunnet også miste den kompetanse som vedkommende har ervervet gjennom utdanning og arbeidserfaring. De samfunnsmessige kostnadene vil med stor sannsynlighet være vesentlig høyere i scenarioet uten oppfølging enn med.

Tabell 2 Anslag på kostnader for en ansatt med alkoholproblemer, kroner over to år.

Kostnadsposter	Scenario 1: virksomhet med oppfølging	Scenario 2: virksomhet uten oppfølging, 20% redusert produktivitet
Tiltakskostnader, inkl. tids- og fraværskostnader tilknyttet tiltakene	310 000	
Redusert produktivitet og økt fravær		290 000
Oppsigelses- og nyansettelseskostnad		570 000
Sum	310 000	860 000

Forebygging og oppfølging av ansatte er positivt både for den det gjelder og øvrige ansatte

Å arbeide forebyggende for å redusere risikoen for at en ansatt utvikler et alkoholproblem og å ha kompetanse og verktøy for å håndtere problemet kan være både kostnadsbesparende og en måte å ta vare på de ansatte. De virksomheter vi har intervjuet i forbindelse med prosjektet poengterer de menneskelige hensynene i sitt arbeid etter Akan-modellen. De mener også at både det forebyggende arbeidet og de konkrete tiltakene for enkeltindivider har hatt en positiv effekt på arbeidsmiljøet.

Innhold

Forord	IV
Sammendrag	V
1 Innledning	10
1.1 Problemstilling	10
1.2 Avgrensninger	10
1.3 Metode	10
2 Omfanget av alkoholbruk og alkoholproblem	12
2.1 Utvikling i alkoholkonsumet	12
2.1.1 Alkoholmisbruk og avhengighet	13
2.1.2 Alkoholbruk i arbeidsrelaterte situasjoner	14
2.1.3 Virkning av alkoholbruk	15
2.2 Akan-modellen	15
3 Tidligere beregning av effekter for arbeidslivet	17
3.1 Rusmiddelrelatert fravær og ineffektivitet	17
3.2 Andre skader og problemer forbundet med alkohol	19
3.3 Variasjon blant alders-, kjønns- og utdanningsgrupper	20
3.4 Liten andel av det totale sykefraværet er rusmiddelrelatert	20
3.5 Forebyggingsparadokset for moderate konsumenter	20
3.6 De negative konsekvensene av rusmiddelbruk påfører samfunnet kostnader	21
4 Virksomhetenes kostnader	22
4.1 Kostnader ved fravær og ineffektivitet	22
4.1.1 Forutsetninger og begrensninger for beregningene	22
4.1.2 Arbeidslivets kostnader knyttet til alkoholrelatert korttidsfravær	23
4.1.3 Alkoholrelatert fravær fører til merkostnader	24
4.1.4 Kostnadene varierer på tvers av bransjer	24
4.2 Kostnader ved avhengighet	26
4.3 En casebasert, stilisert sammenligning av kostnader	28
4.4 Virksomhetenes erfaring med Akan-modellen	30
4.5 Samfunnets kostnader	31
4.6 Konklusjoner	33
Referanser	34

1 Innledning

Det overordnede målet for rusmiddelpolitikken er å redusere de negative konsekvensene rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for tredjepersoner og samfunn. Arbeidslivet er en god arena for å forebygge negative følger av rusmiddelbruk, både fordi arbeidsplassen sosialiserer og påvirker medarbeiderne og fordi arbeidsgiver har et ansvar for helse-, miljø og sikkerhet. Informasjon til ledere og tillitsvalgte er nødvendig for å skape bevissthet om betydningen av en inkluderende og forebyggende rusmiddelkultur på arbeidsplassen (Meld. St. 19 (2014-2015)).

Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet, Prop. 15 S (2015-2016), påpeker at det fortsatt er viktig å synliggjøre behovet for rusmiddelforebyggende arbeid. Hovedpilaren i rusmiddelforebygging i arbeidslivet skal være trepartssamarbeidet med Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (Akan kompetansesenter). Målet er en synlig og forsterket innsats for god ruskultur i utdanning og arbeidsliv.

For å få flere virksomheter til å arbeide med forebyggende tiltak knyttet til rusmiddelbruk kan det være nyttig å synliggjøre den nytten virksomheten faktisk kan ha av å gjøre dette. Akan kompetansesenter har derfor bedt Samfunnsøkonomisk analyse om å gjennomføre en analyse som skal bidra til at kostnadene for arbeidslivet ved rusmiddelbruk kartlegges.

En gjennomgang av Akan kompetansesenters organisering og virkemidler viser bl.a. at en tydeliggjøring av kostnader knyttet til rus/avhengighet for arbeidsgiver kan bidra til å bedre Akan kompetansesenters synlighet og omdømme (Proba, 2017).

1.1 Problemstilling

I dette prosjektet har vi analysert følgende problemstilling:

Hvor store kostnader påfører rusbruk virksomhetene, i form av fravær og ineffektivitet og ansatte som har rusproblemer?

I tillegg drøfter vi også de samfunnsmessige kostnadene av dette. Vi har imidlertid ikke hatt som mål å verdsette de totale samfunnsøkonomiske kostnadene av rusbruk, men heller å supplere de beregnede kostnadene for virksomhetene med vurderinger av kostnader som faller på andre aktører i samfunnet.

1.2 Avgrensninger

Rusbruk omfatter alkohol og narkotiske stoffer, men grunnet datatilgang har vi i rapporten konsentrert oss om alkohol. Det er grunn til å tro at det er alkoholbruken som gir de største kostnadene i arbeidslivet grunnet omfanget av alkoholforbruk i samfunnet sammenlignet med annen rusmiddelbruk.

Kostnadene av rusmiddelbruk i arbeidslivet er stort sett beregnet som årlige kostnader, men for kostnader knyttet til en enkelt arbeidstaker som utvikler en skadelig bruk eller avhengighet har vi sett på kostnader over et lengre tidsrom.

Det er verdt å påpeke at rusmiddelbruk også kan ha positive konsekvenser for både arbeidstaker og arbeidsgiver og at de beregnede kostnadene derfor må tolkes som brutto kostnader. Det er imidlertid utenfor prosjektet å anslå nytten av rusmiddelbruk.

1.3 Metode

Vi har i dette prosjektet for det meste forholdt oss til eksisterende data for rusrelatert fravær og ineffektivitet. Beregningen av virksomhetenes/arbeidslivets

kostnader bygger derfor på tidligere analyser som prøver å kartlegge omfanget av fravær og ineffektivitet pga. bruk av rusmidler. Dette omfatter også analyser som ser på andre effekter, og eventuelt også beregner kostnadene, for arbeidslivet, tredjeperson og samfunnet i stort.

Basert på disse anslagene er kostnadene knyttet til redusert arbeidsevne (ineffektivitet) og sykefravær i størst mulig grad tallfestet ved hjelp av veletablerte metoder og kalkulasjonspriser. Det er imidlertid en utfordring å tallfeste i hvor stor grad ineffektivitet og sykefravær skyldes rusmiddelbruk og misbruk. Det betyr også at det er relativt stor usikkerhet i de tallene som presenteres. For å ikke risikere å overvurdere kostnadene har vi som regel valgt konservative anslag på kostnadene. Usikkerheten er imidlertid synliggjort gjennom alternative beregninger med høyere anslag på effekter.

For å komplettere bildet har vi også henvendt oss til tre virksomheter som alle har erfaring med ansatte som har hatt rusproblemer, og gjennomført intervjuer med Akan-koordinator eller person med tilsvarende posisjon i disse virksomhetene. Hensikten med dette har vært å få anslag på faktisk ressursbruk når ansatte har eller utvikler denne typen problemer.

2 Omfanget av alkoholbruk og alkoholproblem

I dette kapitlet redegjør vi for utviklingen i alkoholkonsum, både knyttet til konsumerte mengder og hvordan og i hvilke sammenhenger konsumet skjer. Videre beskriver vi kort Akan kompetansesenters arbeid og Akan-modellen som er en fremgangsmåte og verktøy for å arbeide med forebygging og håndtering av rusmiddelproblemer på arbeidsplassen.

2.1 Utvikling i alkoholkonsumet

Alkohol er uten sammenligning det mest brukte rusmiddelet. I 2016 oppga 82 prosent av befolkningen over 18 år at man har drukket alkohol i løpet av de siste 12 måneder, mens 90 prosent oppgir at de har drukket alkohol noen gang (Skretting mfl., 2016).

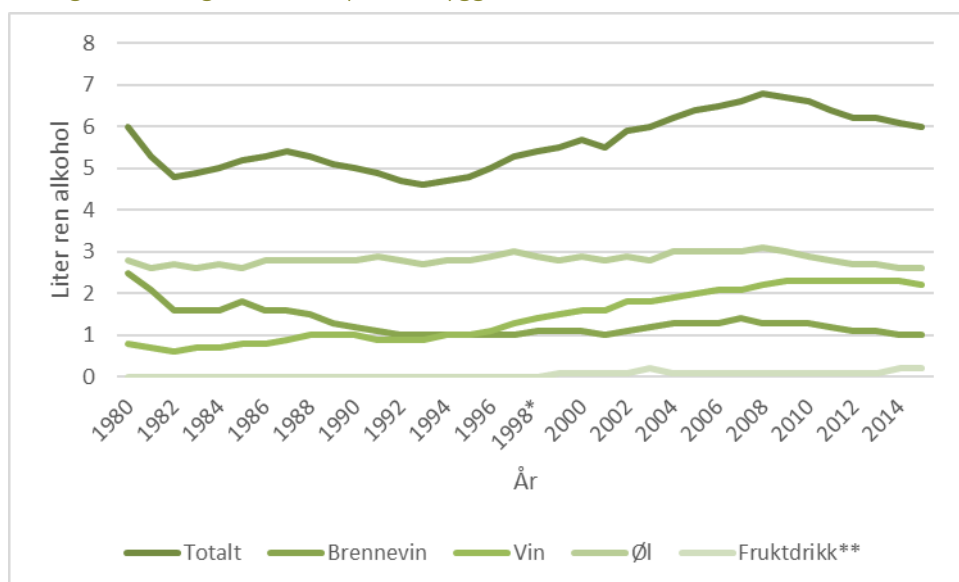
Alkoholforbruket kan deles inn i to deler, hvor den ene er det såkalte registrerte forbruket, det vil si omsetningen i butikker, Vinmonopolet AS og skjenking på kaféer, restauranter, barer og lignende. Den andre delen er det uregistrerte forbruket som består av lovlig og ulovlig (turist)import, grensehandel og

hjemmeproduksjon. Det er derfor noen utfordringer knyttet til å beregne totalt konsum av alkohol.

Figur 2.1 viser utviklingen i registrert omsetning av alkohol (omregnet til liter ren alkohol) per innbygger over 15 år fra 1980 til 2015. Totalomsetningen av alkohol per innbygger 15 år og eldre, var relativt stabil fram til midten av 1990-tallet, men deretter var det en kraftig økning frem til 2008, mye grunnet økt omsetning av vin. Siden 2008 har det imidlertid vært en nedgang i alkoholforbruket per innbygger, og i 2015 tilsvarte det registrerte forbruket ca. 6 liter.

Hvor stort det uregistrerte forbruket er er vanskelig å anslå. Sist oppdaterte tall fra Folkehelseinstituttet viser at forbruket, regnet i ren alkohol, per innbygger over 15 var 6,8 liter i 2016, hvorav registrert forbruk sto for 6 liter og 0,8 liter va uregistrert forbruk (Bye & Sandøy, 2018).¹ Oslo Economics (2013) antar at forbruket er hele 10 liter ren alkohol per år, basert på tidligere spørreundersøkelser (Horverak og Bye,

Figur 2.1 Årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år+ i liter ren alkohol 1980-2015¹



¹ Registrert omsetning av alkohol. Uregistrert forbruk i form av hjemme produsert alkohol, turistimport og smuglervarer inngår ikke
* For 1998 er det ikke publisert statistikk, her har vi beregnet verdien gjennom lineær interpolasjon av omsetning i 1987 og 1989.

Kilde: SSB, Folkehelseinstituttet

¹ Tallet inkluderer ikke smugling eller hjemmebrenning, men ifølge Folkehelseinstituttet kan det antas at dette bidrar svært lite til det totale forbruket.

2007), og nevner blant annet hjemmeproduksjon og alkohol kjøpt, og delvis konsumert, i andre land, som eksempler på forbruk som ikke inngår i det registrerte forbruket.

Det registrerte forbruket i Norge per innbygger er til dels vesentlig lavere enn forbruket i andre land. I 2013 hadde Norge det laveste konsumet per innbyggere blant 20 utvalgte europeiske land, hvor Sverige og Island fulgte med ca. 7 liter per innbygger over 15 år, mens Tsjekkia hadde det høyeste med over 12 liter (Skretting mfl., 2016). Det sies imidlertid at nordmenn ofte har et mer skadelig forbruksmønster enn mange andre land fordi man drikker mye og sjeldent istedenfor lite og ofte. Samtidig oppgir kun 2 prosent at de har vært beruset ukentlig de siste 12 måneder i 2016, mens et flertall (53 prosent) oppgir at de ikke har vært beruset overhodet i samme periode. Det er aldersgruppen 16-24 år som oftest opplever å være beruset, og beruselsesfrekvensen avtar med alderen (Skretting mfl., 2016).

Andre karakteristikk ved forbruket er ifølge Skretting mfl. (2016):

- det er flere kvinner og flere eldre som drikker alkohol nå sammenlignet med tidligere.
- menn drikker oftere og i gjennomsnitt dobbelt så mye alkohol som kvinner.
- eldre drikker oftere, men mindre, enn yngre.
- øl utgjør mer enn 50 prosent av menns alkoholforbruk, mens vin utgjør vel 60 prosent av kvinners alkoholforbruk.

2.1.1 Alkoholmisbruk og avhengighet

De aller fleste har et normalt forhold til alkohol, og har et moderat forbruk. Noen utvikler imidlertid en

skadelig bruk eller avhengighet, og ifølge Folkehelseinstituttet er 12-månedersforekomst av slik bruk 8,2 prosent for menn og 3,0 prosent for kvinner i aldersgruppen 18-65 år, se Reneflot mfl. (2018). Det betyr at drøye 5 prosent av alle i arbeidsfør alder har en skadelig bruk eller avhengighet. Reneflot mfl. (2018) definerer skadelig bruk som at bruken gir påvisbare fysiske og/eller psykiske helseskader, mens avhengighet betyr at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmidlet og har vanskelig for å kontrollere bruken.

Hvis man ser over hele livsløpet vil det være en høyere andel som har eller har hatt et skadelig forbruk, og noen undersøkelser peker på at dette kan være dobbelt så høyt som 12-måneders forekomst, dvs. at man i løpet av de siste 12 måneder har hatt et skadelig bruk eller avhengighet (Reneflot mfl., 2018).

Halkjelsvik og Storvoll (2014) rapporterer resultatene fra en AUDIT-test² med drøye 4000 respondenter, hvor 15 prosent av utvalget fikk en skår på 8-15, og dermed kunne trenge enkel rådgivning og/eller oppfølging pga risikofyllt konsumnivå, mens det var 2 prosent som tilhørte de alvorligste risikokategoriene. Menn sto for mesteparten av den problematiske drikkingen (totalt 23,5 prosent med skår over 7) og i tillegg var det en overrepresentasjon av de yngste aldersgruppene (16-30 år) blant disse. Fekjær (1996) viser at også om det er flest unge menn som har et problematisk alkoholkonsum vil de aller fleste av disse over tid få et mer moderat forbruk uten å ha behov for behandling.

² Alcohol Use Disorder Identification Test, hvor man svarer på 10 spørsmål om eget forbruk, med 3-5 svarsalternativ pr spørsmål. Resultatet er en skår på 0-40 poeng, og jo mer problemfylt forbruk dess høyere skår. En skår på 8-15 klasser som risiko 1, hvor det kan være behov for enkle råd om redusert alkoholbruk, skår 16-19 er risiko 2, hvor det i tillegg kan

trenges kort rådgivning og veiledning, mens skår 20-40 er risiko 3 hvor det er aktuelt med henvisning til spesialist. Ble utviklet av WHO i 1982, se f.eks. <https://rop.no/snakkomrus/rammeverk/index.html?formname=AUDIT&formname=AUDIT>

2.1.2 Alkoholbruk i arbeidsrelaterte situasjoner

Det finnes flere undersøkelser som viser at omtrent halvparten av norske arbeidstakere drikker ukentlig, men at omfanget av jobbrelatert drikking er beskjedent, se f.eks. Moan & Halkjelsvik (2016), Edvardsen mfl. (2016) og Actis (2015). Bruk av alkohol i arbeidstiden er svært uvanlig, men det er relativt vanlig å drikke alkohol i jobbrelaterte situasjoner som i forbindelse med seminarer, jobbreiser, lønningspils, jobbfester mv., dvs. i såkalte gråsoner mellom arbeid og fritid. Stortingsmeldingen om opptrappingsplan for rusmiddel viser til at antall jobbrelaterte situasjoner med alkohol har økt, og at alkoholkulturen på arbeidsplassen påvirker vårt forhold til alkohol (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015-2016). Økt internasjonalisering med økende reisevirksomhet og representasjon påvirker også alkoholbruken i arbeidsrelaterte situasjoner.

Moan og Halkjelsvik (2016) oppgir at 31 prosent hadde drukket seg tydelig beruset én eller flere ganger i jobbrelaterte situasjoner siste 12 måneder. Det var flere menn, yngre og ansatte med fleksibel arbeidstid som svarte at de hadde vært tydelig beruset i jobbrelaterte situasjoner. I en webbasert kartlegging av rus fra 2012 oppgir ca. én av seks (15 prosent) at de har drukket i jobbrelaterte sammenhenger nokså jevnlig det siste året, mens én av fem (18 prosent) oppgir at de overhodet ikke har drukket i denne typen sammenhenger i samme periode (Andreassen, 2012). Det er typisk topp- og mellomledere som drikker i jobbrelaterte sammenhenger, og det forekommer i større utstrekning i privat enn i offentlig sektor. Gjennomgående viser forskning at personer med høy utdanning og inntekt drikker mer enn andre, men samtidig er det færre som blir alkoholavhengige i disse gruppene sammenlignet med grupper med lav utdanning og inntekt (Reneflot mfl. 2018).

Ifølge Kantar TNS (2017) syns 38 prosent av befolkningen at det drikkes for mye i jobbrelaterte situasjoner, men det er kun 9 prosent av de yrkesaktive som oppgir at man har opplevd drikkepress i jobbrelaterte situasjoner. Alkoholforbruket i tilknytning til arbeidslivet ser ut til å være mest påvirket av uregelmessige arbeidstidsordninger, mye reising og en rusmiddelkultur med liberale normer og høye forventninger, og i mindre grad av dårlig arbeidsmiljø.

Arbeidslivet er en god arena for å forebygge negative følger av rusmiddelbruk, både fordi arbeidsplassen sosialiserer og påvirker medarbeiderne og fordi arbeidsgiver har et ansvar for helse-, miljø og sikkerhet. For arbeidslivet er det viktigst å forebygge skaderisikoen hos de «moderate» forbrukerne, det er nemlig hos disse den samlede skaderisikoen er størst. Dette omtales gjerne som forebyggingsparadokset, og er knyttet til at selv om den individuelle skaderisikoen er langt høyere for dem som har et definert alkoholmisbruk, er den samlede skaderisikoen hos arbeidstakerne som er «moderate» forbrukere høyere fordi det er mange flere av dem, se f.eks. Storvoll, mfl., (2010). Hvis en ønsker å redusere de alkoholrelaterte kostnadene i samfunnet, burde det omfatte både misbrukerne og de moderate brukerne.

De kausale sammenhengene mellom rusmiddelbruk og arbeidsledighet er uklare (hva som fører til hva). Det er derfor vanskelig si hvor stor andel av arbeidsledigheten som skyldes rusmiddelbruk. Rusmisbruk i seg selv gir ikke rett til uføreytelser, men senfølger, skader eller sykdom som er forårsaket av rusmisbruk, kan gi rett til ytelse (Brage og Thune (2009)). I 2014 utgjorde psykiske lidelser på grunn

av rusmiddel- eller tablettbruk 2 prosent av mottakere av uføretrygd.³ Det er imidlertid vanskelig å si hvilke andre diagnoser som i realiteten er senskader av rusmisbruk.

2.1.3 Virkning av alkoholbruk

Det kan skilles mellom to hovedtyper alkoholvirkninger (Skretting m.fl., 2016):

1. Virkninger av enkeltinntak, som krever at alkohol er til stede i kroppen og som kommer hver gang en drikker.
2. Virkninger av gjentatte inntak, gjerne relativt hyppige over måneder/år, og som også finnes når all alkohol er ute av kroppen.

Alkoholinntak gir gjerne opphav til plager «dagen derpå», med hodepine, generell uvelfølelse, depresjon, kvalme og brekninger – og jo høyere inntak desto mer omfattende plager. Fravær pga. alkoholbruk er gjerne knyttet til disse plagene.

Gjentatt alkoholinntak kan bidra til utvikling av organsykdommer. Det kan bl.a. dreie seg om lidelser i hjernen og nervesystemet, leversykdommer, økning av blodtrykket, kreft i fordøyelsesorganene og fosterskader. Nyere forskning viser også at selv et lavt alkoholforbruk gir økt kreftrisiko.⁴

Ifølge Reneflot m.fl. (2018) opptrer rusbrukslidelser ofte sammen med andre psykiske lidelser. Det er imidlertid uklart hvordan årsaksforholdene er, dvs. om rusmiddelbruken fører til psykiske lidelser, om psykiske lidelser fører til rusmiddelbruk og/eller det er felles bakenforliggende risikofaktorer som fører til både psykiske lidelser og rusmiddelbruk. Uansett årsaksforholdene er det viktig å være klar over at det ofte er en sammenheng og at personer med rusmisbruk gjerne har psykiske lidelser i tillegg.

³ <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Tabeller/mottakere-av->

Bruk av alkohol og illegale rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene for død før fylte 70 år i Norge (Knudsen m.fl., 2017). Både når det gjelder for tidlig død og forringet helse på grunn av alkoholbrukslidelser står menn for om lag 80 prosent av disse sykdomsbyrdemålene. Fra 1990 til 2013 har det vært en signifikant økning i ikke-dødelig helsetap (YLD) som skyldes alkoholbrukslidelse. Økt drikking hos kvinner forklarer en stor del av denne økningen.

I Norge ble det i 2015 registrert 349 alkoholutløste dødsfall, hvorav 75 prosent var menn (Amundsen, 2017). Dette er dødsfall hvor inntak av alkohol er den underliggende årsaken, men inkluderer ikke voldsomme dødsfall (ulykker og overfall) og ikke heller dødsfall pga. følgesykdommer som f.eks. kreft. Det er avhengighet, alkoholisk leversykdom og alkoholforgiftning som er de hyppigste årsakene til de alkoholutløste dødsfallene. Det har vært en reduksjon i antallet alkoholutløste dødsfall fra 1996 frem til i dag.

2.2 Akan-modellen

Akan kompetansesenter er en viktig aktør i satsingen på rusmiddelforebygging i arbeidslivet. Akan kompetansesenter er en ideell organisasjon som ble etablert i 1963. Organisasjonen er tuftet på samarbeid mellom partene i arbeidslivet, og eies av LO, NHO og staten. Akan kompetansesenter bidrar bl.a. til å hjelpe ledere og medarbeidere med å forebygge og håndtere rus- og avhengighetsproblematikk.

Akan kompetansesenter bistår arbeidslivet i hvordan jobbe rusforebyggende og intervenserende etter Akan-modellen. Akan-modellen omhandler i korte trekk å utforme en policy for rus og spill som gjøres kjent for alle ansatte, trygge ledere i å ta en samtale

[uf%C3%B8retrygd-etter-hoveddiagnose-prim%C3%A6rdiagnose-alder-og-kj%C3%B8nn.pr.31.12.2014.kvinne](https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Tabeller/mottakere-av-uf%C3%B8retrygd-etter-hoveddiagnose-prim%C3%A6rdiagnose-alder-og-kj%C3%B8nn.pr.31.12.2014.kvinne)

⁴ <https://krefforeningen.no/forebygging/alkohol-og-kreft/>

med medarbeidere man er bekymret for, og å gi tilbud om hjelp og støtte i form av en individuell Akan-avtale til ansatte med et rus- eller avhengighetsproblem. Akan kompetansesenter tilbyr åpne og virksomhetsinterne kurs og seminarer, en åpen veiledningstelefon og ulike kostnadsfrie verktøy.

Fundamentene i Akan-modellen er at virksomhetene selv har ansvar for å formulere og vedta en policy eller kjøreregler, at det forebyggende arbeidet forankres i ledelsen og hos de ansatte og gjøres kjent for alle, samt at arbeidet integreres i virksomhetens HMS-, HR- og eventuelle IA-arbeid.

Modellen omfatter tiltak overfor alle ansatte, tiltak overfor grupper og situasjoner med økt risiko og tiltak overfor enkeltpersoner. De to førstnevnte kategoriene handler i stor grad om å skape holdninger, utarbeide policy og være bevisst når det gjelder temaet. Dette er tiltak som ikke nødvendigvis trenger å være særlig ressurskrevende. For enkeltpersoner kan det være aktuelt å inngå en individuell Akan-avtale som regulerer oppfølging over en gitt periode og er bindende for både arbeidstaker og arbeidsgiver. Intensjonen med en individuell Akan-avtale er å hjelpe den ansatte med sitt problem samtidig som de får være i jobb. De som medvirker og underskriver Akan-avtalen forplikter seg til gjensidig samarbeid. Akan-avtalen er en tidsbestemt avtale, som vanligvis inngås for en periode på to år, men med individuelle tilpasninger og mulighet for å endre tidsrammen underveis.

Det er nærmeste leder med personalansvar som har ansvar for utformingen av den individuelle Akan-avtalen. Men avtalen skal inneholde bakgrunnen for at avtalen er inngått, hvilken type oppfølging, behandling og hvilket tidsrom avtalen gjelder for, samt hvilke eventuelle kontrollmekanismer som skal brukes. Bedriftshelsetjenesten skal være en part i Akan-avtalen for virksomheter som er tilknyttet en

slik ordning. Fastlege skal også informeres og henvises til rett behandlingsinstans. Mange virksomheter har interne Akan-ressurspersoner representert ved HR-personell, Akan-kontakter, verneombud eller tillitsvalgte.

3 Tidligere beregning av effekter for arbeidslivet

Det er gjennomført en rekke studier og spørreundersøkelser for å kartlegge omfanget av rusrelaterte utfordringer i arbeidslivet. Problemer knyttet til rusmiddelbruk får konsekvenser både for individer, virksomheter og samfunnet som helhet. De fleste undersøkelsene viser at rusmiddelbruk i arbeidstiden er et relativt lite problem i Norge, men at det er en økende trend med konsum av rusmidler i jobberelaterte sammenhenger. Det er generelt få arbeidstakere som rapporterer om alkoholrelatert sykefravær, men flere har opplevd ineffektivitet på jobb som følge av alkoholkonsum dagen før.

Selv om rusmiddelbruk i arbeidstiden er et lite problem er det arbeidslivet som bærer store deler av kostnadene knyttet til rusrelaterte problemer i form av sykefravær, ikke minst endagsfravær og nedsatt arbeidskapasitet, og at sikkerhet, produktivitet og kreativitet utfordres. Det er imidlertid utfordrende å tallfeste kostnader knyttet til redusert sikkerhet og kreativitet. De fleste undersøkelser konsentrerer seg derfor om rusrelatert fravær og ineffektivitet.

Et gjennomgående problem ved fastsetting av arbeidslivets kostnader knyttet til rusmiddelbruk, uansett hvilken type, er at statistikkgrunnlaget er mangelfullt, som også omtalt i kapittel 2. Mye av informasjonen om bruk og konsekvenser for arbeidslivet er derfor innhentet ved bruk av spørreundersøkelser. En utfordring knyttet til å bruke spørreskjema som kilde er at rusmiddelrelaterte problemer ofte er tabubelagt, både å oppleve og snakke om. Det selvrapporterte omfanget av rusmiddelrelaterte problemer kan derfor antas å være lavere enn det faktiske omfanget. Det innebærer at resultatene fra spørreundersøkelsene sannsynligvis kan antas å representere en nedre grense for det faktiske omfanget i samfunnet.

3.1 Rusmiddelrelatert fravær og ineffektivitet

Rusmiddelbruk kan medføre både kort- og langsiktige effekter på brukernes arbeidsevne, gjennom fysiske, psykiske og sosiale virkninger av bruken. Internasjonal forskning viser at alkoholbruk er assosiert med både korttids- og langtidssykefravær (Schou og Moan, 2015). I tillegg kan problematisk rusmiddelbruk ha konsekvenser for brukernes arbeidsevne i hverdagen, uten at det gir utslag i sykefraværet.

Rusmiddelrelatert ineffektivitet mer utbredt enn fravær

Lie og Nesvåg (2004) ser på bruken av både alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler blant arbeidstakere i privat sektor, og finner at 4 prosent har hatt fravær direkte som følge av rusmiddelbruk.

Siden alkohol, med god margin, er det vanligste rusmiddelet fokuserer de fleste studier på konsekvenser av alkoholkonsum for arbeidslivet. Gjennom en spørreundersøkelse av et representativt utvalg av norske arbeidstakere finner Moan og Halkjelsvik (2016) at 1-2 prosent har vært borte en hel arbeidsdag og at 2 prosent har vært borte deler av en arbeidsdag grunnet drikking dagen før, i løpet av de siste 12 månedene. I tillegg svarer 11 prosent at de har vært ineffektive på jobb grunnet drikking dagen før i løpet av de siste 12 månedene. Av disse hadde omtrent hver fjerde opplevd å få gjort halvparten eller mindre av det de normalt bruker å gjøre disse dagene.

Ser man på totaltallene for fravær enkeltdager, delvis fravær og ineffektivitet (hvor det å gjøre under halvparten av normal arbeidsinnsats defineres som én hel fraværsdag) taper samfunnet i snitt 0,12 arbeidsdager per arbeidstaker som følge av alkoholrelatert korttidsfravær (Moan & Halkjelsvik, 2016).

I Actis-undersøkelsen om alkohol og arbeidsliv oppga 1,1 prosent at de hadde vært borte fra jobb flere ganger de siste par årene, mens 1,4 prosent svarte at de hadde vært borte én gang i samme tidsperiode (Actis, 2015). At tallene er noe høyere enn i Moan og Halkjelsvik (2016) kan sannsynligvis sees i sammenheng med ordlyden «siste par år», sammenlignet med «siste 12 måneder». Undersøkelsen finner også at 12 prosent av respondentene selv mener de har fungert dårligere i jobben grunnet alkoholkonsum dagen før. 22 prosent svarte at de trodde en eller flere av kollegene hadde fungert dårligere i jobben grunnet drikking dagen før, i løpet av de siste par årene.

Norström og Moan (2009) finner at det er en signifikant sammenheng mellom alkoholforbruk og fravær for menn, men ikke for kvinner. Denne forskjellen mellom kjønnene kan ifølge Norström og Moan (2009) eventuelt forklares med at kvinner drikker mindre enn menn og at de i tillegg drikker mindre sprit, som i seg selv har større sammenheng med fravær enn øl og vin.

En studie fra Finland, Vahtere mfl. (2002), viser en u-formet sammenheng mellom gjennomsnittlig ukentlig alkoholkonsum og fravær, dvs. at de som hadde et moderat konsum hadde lavere fravær enn både de som aldri drikker og de som drikker mye. Dette forklarer de med at et moderat forbruk kan ha noen helsemessig positive effekter.

Større problemer forbundet med «hvor mye» enn «hvor ofte»

Resultater fra den pågående WIRUS-studien (Workplace Interventions Preventing Risky use of Alcohol and Sick leave, i regi av Helsedirektoratet) indikerer at episodisk høyt inntak av alkohol er sterkere forbundet med sykefravær enn hyppig moderat konsum. Den sterkeste sammenheng er imidlertid mellom høyt episodisk inntak og daglige gjøremål utenom arbeid, som indikerer at de største

problemene dagen derpå går ut over andre aktiviteter enn arbeidshverdagen. Sammenhengen er sannsynligvis forbundet med at høyt alkoholinntak ofte skjer i helger eller andre ganger man ikke har arbeid dagen etter (Aas, Haveraaen, Sagvaag, & Thørrisen, 2017). Samlet sett er tallene i studien omtrent på linje med det Moan og Halkjelsvik (2016) fant, men det er ikke presentert resultater for antall dager alkoholrelatert sykefravær eller hvor store konsekvenser alkoholbruken får for produktiviteten i arbeidslivet.

Bransjespesifikke utfordringer

De fleste undersøkelser gjennomført i Norge som kartlegger konsekvensene av rusmiddelbruk for arbeidslivet er gjort med mindre utvalg fra noen utvalgte bransjer.

Edvardsen mfl. (2016) bruker en kombinasjon av biologiske prøver og spørreskjemaer for å kartlegge rusmiddel- og tobakksbruk blant arbeidstakere i åtte utvalgte bransjer (restaurant/bar, helse, finans, industri, transport/lager, offentlig administrasjon, media og forskningsinstitutt) i Norge. De biologiske prøvene gir informasjon om nylig bruk (siste 24-48 timer) mens spørreskjemaet omhandler selvrapporert bruk og eventuelle konsekvenser av dette de siste 12 månedene. I undersøkelsen varierer andelen av arbeidstakerne som har hatt alkoholrelatert fravær det siste året fra 0,9 prosent blant helsearbeidere til 21 prosent blant arbeidstakere i restaurant- og barbransjen. I restaurantbransjen svarte også hver tredje arbeidstaker å ha vært ineffektiv som følge av drikking dagen før, sammenlignet med om lag 5 prosent i industrien. Resultatene for restaurantbransjen må sees i sammenheng med at mer enn 75 prosent av de spurte var under 30 år.

Totalt finner Edvardsen mfl. (2016) at 5,3 prosent av arbeidstakerne hadde hatt alkoholrelatert fravær det siste året, mens hver fjerde hadde vært ineffektiv på

jobb grunnet alkoholbruk. I undersøkelsen kartlegges også arbeidstakernes bruk av sløvende legemidler og illegale stoffer, men omfanget er mye mindre enn for alkohol. Fravær grunnet sløvende legemidler og illegale stoffer ble rapportert av henholdsvis 1,3 og 0,2 prosent av respondentene. 0,8 prosent rapporterte om ineffektivitet grunnet sløvende legemidler, mens 0,4 prosent hadde opplevd redusert arbeidsevne som følge av bruk av illegale stoffer. Konsekvensene knyttet til bruken av sløvende legemidler er relativt jevnt fordelt over alle bransjene, mens fravær og ineffektivitet som følge av illegale stoffer er mest vanlig i restaurantbransjen.

WIRUS-studien består av intervjuer med ansatte i utvalgte virksomheter, i både privat og offentlig sektor. For noen av virksomhetene er det utformet case-rapporter. Også her finner man forskjeller på tvers av bransjer og sektorer. Generelt indikerer resultatene at en lavere andel av de ansatte i offentlig sektor har et risikofyllt alkoholkonsum. Blant casene skiller en transportvirksomhet og olje- og gassnæringen seg negativt ut, hvor henholdsvis 28 og 24 prosent av de ansatte er anslått å ha et risikofyllt alkoholkonsum. I de offentlige virksomhetene ligger andelene rundt 10 prosent (Aas m.fl. 2017, Aas m.fl., 2016, Haveraaen m.fl. 2016, Nordaune m.fl. 2016, Thørrisen m.fl., 2016).

3.2 Andre skader og problemer forbundet med alkohol

Rusmiddelbruk kan føre til en rekke helsemessige og sosiale problemer for brukeren, andre personer rundt og arbeidslivet. Typen problemer og skader forbundet med rusmiddelbruk avhenger typisk av både mengde og konsummønster. Høyt forbruk over tid er ofte assosiert med kroniske problemer som skrumplever og kreft, samt samlivs- og økonomiske problemer. Enkeltepisoder med høyt inntak

er på sin side oftere forbundet med akutte skader gjennom ulykker og vold.

Storvoll mfl. (2010) diskuterer årsakssammenhenger mellom skader og rusmiddelbruk. Rusmiddelrelaterte skader og problemer kan både skyldes eget og andres bruk. For eksempel kan en rusmiddelrelatert trafikkskade skyldes at man er involvert i en ulykke når man selv kjører bil i påvirket tilstand, eller at man blir utsatt for en ulykke som følge av at en annen person kjørte i påvirket tilstand.

Sammensatte årsakssammenhenger mellom rusmiddelbruk, helseskader og sosiale problemer

De komplekse årsakssammenhengene mellom rusmiddelbruk og relaterte skader og problemer gjør det vanskelig å kartlegge det totale omfanget av helsemessige og sosiale problemer som følge av forbruket. For eksempel er det usikkert om skader fra slåsskamp på fest skyldes alkoholkonsumet i seg selv, eller om det var andre bakenforliggende årsaker til slåsskampen.

Noen årsakssammenhenger mellom alkohol og dødsfall forårsaket av alkoholkonsum er sikre. Dødsårsaksregisteret har oversikt over dødsfall som følge av alkoholbetingede kroniske sykdommer (som alkoholbetingede leversykdommer). I tillegg kan rusmiddelbruk være en bakenforliggende faktor til andre sykdommer og dødsfall som i det minste delvis kan tilskrives til den problematiske rusmiddelbruken (eksempelvis hjerte- og karsykdommer).

Mange av de samme utfordringene dukker opp i kartleggingen av rusrelaterte sosiale problemer. I SSBs kriminalstatistikk telles antall rusmiddellovbrudd, men det er grunn til å tro at det er store mørketall i statistikken. I tillegg er sannsynligvis en del annen kriminalitet rusmiddelrelatert, uten at det framgår av statistikken.

Positive og negative sider ved konsum i jobbre-
terte sammenhenger

Drikking i jobbreterte situasjoner forekommer ho-
vedsakelig i forbindelse med seminarer og kurs, fes-
ter i jobb- og kollegial regi, samt ved jobbreiser. Ge-
nerelt er holdningene til alkoholbruk i jobbreterte
sammenhenger utenfor arbeidstiden mer liberale
enn drikking i arbeidstiden (Moan og Halkjelsvik,
2016). Dette kan sees i sammenheng med at jobb-
relaterte arrangementer utenfor arbeidstid kan bidra
med en positiv sosial komponent i arbeidsmiljøet.
Bruken kan imidlertid også være problematisk for
personer som har eller er i fare for å utvikle et alko-
holproblem, eller som av andre grunner ikke ønsker
å konsumere alkohol. I Kahlbom (2012) oppgir en-
kelte arbeidstakere med minoritetsbakgrunn at de
drikker alkohol i jobbreterte sammenhenger, mot
eget ønske, for å «passe inn» i arbeidsmiljøet.

3.3 Variasjon blant alders-, kjønns- og utdan- ningsgrupper

Det er en del fellesnevner for konsumfordelingen
på tvers av demografiske grupperinger i undersøk-
elsene som er nevnt over.

Generelt har menn et høyere alkoholkonsum og
svarer oftere at de har hatt rusrelatert fravær og in-
effektivitet på jobb enn kvinner. Menn rapporterer
også oftere å ha vært beruset, samt å ha drukket i
jobbreterte sammenhenger (Moan og Halkjelsvik,
2016, Edvardsen mfl., 2016).

I alle undersøkelsene er også problemer knyttet til
rusmiddelbruk oftere rapportert blant yngre respon-
denter. De yngre har det høyeste konsumet og rap-
porterer oftest om fravær og ineffektivitet. I Edvard-
sen mfl. (2016) er 78 prosent av de spurte i restau-
rant- og barbransjen under 30 år, sammenlignet
med 10-15 prosent i de andre bransjene. Den høye
andelen unge kan være med på å forklare noe av
årsaken til at denne bransjen synes å ha større ut-
fordringer knyttet til rus.

I Moan og Halkjelsvik (2016) finner man at personer
med lang utdanning og fleksible arbeidstider oftere
drikker i jobbreterte situasjoner. Hovedsakelig
konsumeres alkohol i forbindelse med kurs/semina-
rer og representasjon. Allikevel er det en oppfatning
om at rusmiddelbruk i høyere sosioøkonomiske
grupper har mindre konsekvenser enn i lavere sam-
funnslag (Østhus, Mäkelä, Norström, & Rossow,
2016). Årsaken er at disse brukerne antas å drikke
i mer moderate mengder. Selv om tidligere studier
indikerer høyere alkoholrelatert dødelighet og syke-
lighet i lavere samfunnslag er det vanskelig å finne
tall som bekrefter en systematisk sammenheng
mellom forskjeller i alkoholrelaterte skader og pro-
blemer og sosioøkonomisk status over tid og på
tvers av grenser.

3.4 Liten andel av det totale sykefraværet er rus- middelrelatert

I Grimsmo og Rossow (1997) beregnes det alkohol-
relaterte sykefraværet til å utgjøre 1,5-2 prosent av
det totale sykefraværet. De finner imidlertid at alko-
hol er en mulig årsak til 14-19 prosent av korttids-
fraværet, og hele 44-59 prosent av endagsfraværet.

Moan og Halkjelsvik (2016) kan ikke skille ut en-
dagsfraværet med sitt datagrunnlag, men i deres
analyse utgjør alkoholrelatert fravær 0,9 prosent av
totalt fravær. Den store forskjellen er imidlertid alko-
holrelatert fravær som andel av korttidsfraværet,
som Moan og Halkjelsvik beregner til 3 prosent, be-
tydelig lavere enn Grimsmo og Rossow. Datagrunn-
laget i Moan og Halkjelsvik (2016) er bedre egnet til
å vurdere alkoholrelatert fravær som andel av kort-
tidsfraværet, så den faktiske andelen er sannsynlig-
vis nærmere deres anslag.

3.5 Forebyggingsparadokset for moderate konsu- menter

I Moan og Halkjelsvik står den lille gruppen arbeids-
takere som er beruset ukentlig (7 prosent) for 41

prosent av det totale alkoholrelaterte sykefraværet. Mer enn 4 av 5 har et mer moderat konsum og er beruset sjeldnere enn 2 ganger i måneden, men allikevel står denne gruppen for 55 prosent av det alkoholrelaterte sykefraværet. Årsaken kan blant annet være at gruppene har forskjellige drikkemønstre, hvor de mer moderate konsumentene er mer utsatt for akutte skader knyttet til enkeltepisoder med høyt alkoholinntak. Dette indikerer at virksomhetenes rusmiddelrelaterte holdningsarbeid og virkemidler for å minimere de negative konsekvensene bør rettes mot alle ansatte, ikke kun den lille gruppen som har utviklet et avhengighetsproblem eller har tyngre rusmiddelrelaterte problemer.

3.6 De negative konsekvensene av rusmiddelbruk påfører samfunnet kostnader

De kompliserte årsakssammenhengene, samt hvor skam- og tabubelagt rusmiddelrelaterte problemer er, gjør det svært utfordrende å kartlegge det totale omfanget av rusmiddelrelaterte problemer for å beregne kostnadene som bruken påfører samfunnet.

Gjelsvik (2004) beregnet de samlede kostnadene knyttet til alkoholbruk til å ligge mellom 11,5 og 12,5 milliarder kroner hvert år for norsk arbeidsliv. Kostnadene fordeler seg med 1,5-1,7 mrd. kroner knyttet til alkoholrelatert sykefravær og 8,7 mrd. kroner i redusert kvalitet på arbeidsutførelse⁵. I tillegg kommer kostnader knyttet til alkoholrelatert arbeidsledighet (0,9 mrd.) og for tidlig død (0,3-1,1 mrd.).

I en nyere analyse kartlegger (Oslo Economics, 2013) de alkoholrelaterte kostnadene samfunnet står ovenfor, både knyttet til behandling og finansiering av forebyggende arbeid. De totale kostnadene er beregnet til 22,4 mrd. kroner, omtrent det dobbelte av hva som ble funnet i Gjelsvik (2004). Også

her er det den reduserte produktiviteten i samfunnet knyttet til sykefravær og ineffektivitet på jobb som er den største enkeltkostnaden, med omtrent 11,5 mrd. kroner. I tillegg kommer kostnader knyttet til alkoholrelaterte fysiske og psykiske lidelser (om lag 3 mrd. kroner) og den alkoholrelaterte andelen av kostnadene i organisasjoner som Blå Kors og Akan kompetansesenter.

⁵ I utregningen av kostnaden knyttet til nedsatt yteevne er det lagt til grunn en antakelse om at 5 prosent av arbeidstakerne har et rusmiddelproblem

eller et forbruk som fører til kostnader for arbeidsgiver, og at dette fører til 25 prosent reduksjon i arbeidskvaliteten.

4 Virksomhetenes kostnader

Virksomhetenes kostnader ved ansattes bruk av rusmidler består dels av kostnader ved fravær og lavere produktivitet, både "dagen derpå" som kan omfatte alle ansatte og i form av vedvarende lavere produktivitet ved misbruk. I tillegg vil en virksomhet som har ansatte med en skadelig bruk og/eller avhengighet bruke ressurser på ulike former for oppfølging og en eventuell oppsigelse.

4.1 Kostnader ved fravær og ineffektivitet

At de ansatte uteblir fra jobb eller jobber mindre effektivt som følge av rusmiddelbruk påfører virksomhetene en kostnad. Kostnadene kan komme i flere former, blant annet som redusert produksjon, overtid for andre ansatte som må fylle oppgavene, og innleie av vikarer. Samtidig er det flere virksomheter som har noe «slakk» i produksjonen, som gjør at de på kort og lang sikt kan tilpasse seg for å minimere kostnadene ved sykefravær (Hem, 2011). I dette avsnittet beregnes de direkte kostnadene arbeidslivet samlet sett har som følge av alkoholrelatert sykefravær og ineffektivitet.

4.1.1 Forutsetninger og begrensninger for beregningene

Beregningene bygger på det selvrapporterte omfanget av alkoholrelatert fravær og ineffektivitet i Moan og Halkjelsvik (2016). Hem (2011) kartla med bruk av spørreundersøkelse og intervjuer kostnadene en virksomhet har ved sykefravær. Få virksomheter oppga at de har gjort systematiske vurderinger av kostnadene ved sykefraværsdager, men resultatene viste at de fleste virksomhetene vurderer sykefraværskostnadene for korttidsfravær å ligge tett opptil lønnskostnadene. Gjennomsnittlig

kostnad ble beregnet til 2 600 kroner per sykefraværsdag.

Vi tar hensyn til lønnsvekst, gjennomsnittlig lønnskostnad per lønnstimeverk i Nasjonalregnskapet for 2017⁶, samt innspill fra virksomheter vi har vært i kontakt med gjennom dette prosjektet og antar at kostnaden per sykefraværsdag er 3 150 kroner for virksomheten. Den faktiske kostnaden av et spesifikt sykefraværsdagsverk vil være situasjonsbe-tinget. Blant annet vil kostnaden avhenge av om den fraværende personen er sentral i produksjonen, om personen må erstattes samme dag og hvor vanskelig det eventuelt er å skaffe en tilsvarende vika-
kar. I kostnadsanslaget er det ikke tatt høyde for at virksomheten i noen tilfeller må hente inn ekstra be-manning for å opprettholde produksjonen. Vi har heller ikke gjort noen vurdering av hvorvidt alkohol-relatert fravær påfører virksomhetene andre kostna-der enn sykefravær.

Moan og Halkjelsvik (2016) anslår at 0,12 arbeidsdager går tapt som følge av alkoholrelatert fravær og ineffektivitet per ansatt, hvert år. Anslaget inkluderer fravær hele enkeltdager, delvis fravær er også omregnet til en totalstørrelse i hele fraværsdager (se Moan og Halkjelsvik, 2016, side 30, fotnote 1). I tillegg kommer kostnader knyttet til alkoholrelatert ineffektivitet. Problemene knyttet til redusert effekti-vitet beregnes å tilsvare 0,0624 hele fraværsdager når det å få gjort mindre enn halvparten av normalt defineres som en hel fraværsdag⁷.

I tillegg til kostnaden og omfanget av alkoholrelatert sykefravær avhenger kostnadene av hvor mange

⁶ Kilde: SSBs statistikkbank, tabell: 09174.

⁷ 24 prosent av de som oppga å ha vært ineffektive på jobb som følge av alkoholbruk dagen før svarte at de fikk gjort mindre enn halvparten av normalt. Ved å definere dette som en hel fraværsdag overestimeres kostnadene til disse enkeltpersonene noe. For den større gruppen med mindre

reduksjon i effektiviteten er det ikke beregnet fravær. Det innebærer at estimatet på 0,0624 i stor grad fanger opp det totale omfanget av redusert effektivitet, målt i hele fraværsdager.

sysselsatte de alkoholrelaterte utfordringene omfatter. Ifølge Nasjonalregnskapet var det i underkant av 2,8 millioner sysselsatte i Norge i 2017.⁸

I spørreundersøkelsene som danner datagrunnlaget for Moan og Halkjelsvik (2016) er det hovedsakelig fravær og ineffektivitet knyttet til *drikking dagen før* som kartlegges. Våre beregninger fanger derfor opp kostnadene knyttet direkte til det, og ikke eventuelle andre kostnader forbundet med sykefravær generelt eller alkoholrelatert fravær spesielt. Beregningene fanger således heller ikke opp eventuelle kostnader knyttet til alkoholrelatert langtidssykefravær virksomhetene kan stå ovenfor.

4.1.2 Arbeidslivets kostnader knyttet til alkoholrelatert korttidsfravær

Totalt utgjør det alkoholrelaterte korttidsfraværet i overkant av 335 000 arbeidsdager i året (2,79 mill. sysselsatte x 0,12 dager). Vi forutsetter her at alt fravær er korttidsfravær hvor virksomhetene betaler sykelønnen.⁹ Tabell 4.1 viser de totale kostnadene for arbeidslivet, og hvordan disse fordeler seg på fravær og ineffektivitet.

Totalt medfører det alkoholrelaterte fraværet og ineffektiviteten en direkte kostnad for virksomhetene på 1,05 milliarder kroner.

Tabell 4.1 Virksomhetenes kostnader knyttet til alkoholrelatert fravær og ineffektivitet, i millioner kroner

	Mill. kroner
Kostnader av fravær	511,3
<i>Fravær hele dager</i>	349,0
<i>Fravær deler av dager</i>	162,3
Kostnader av ineffektivitet	544,5
TOTAL KOSTNAD	1 055,8

Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse

I tråd med tidligere resultater er det kostnadene knyttet til at de ansatte har redusert produktivitet dagen derpå som utgjør den største kostnaden for virksomhetene, med mer enn 540 millioner kroner. Dette er også den alkoholrelaterte utfordringen i arbeidslivet som er hyppigst rapportert av de ansatte. Det er grunn til å tro at det fremdeles er store mørketall og generell underrapportering i denne statistikken, og anslaget må derfor sees på som et nedre anslag. Beregningene tar også i liten grad hensyn til eventuelle merkostnader som følger av alkoholrelatert sykefravær, som kostnader knyttet til vikar/overtidsarbeid, oppfølging av den ansatte eller annet administrativt merarbeid.

Våre anslag er betydelig lavere enn Gjelsvik (2004) og Oslo Economics (2013). Gjelsvik (2004) anslår at kostnadene av alkoholrelatert fravær og ineffektivitet er henholdsvis 1,5-1,7 og 8,7 milliarder, mens Oslo Economics (2013) beregner at tapet av produktivitet ved korttidsfravær tilsvarer 9,2 milliarder kroner. Årsaken er at Moan og Halkjelsvik (2016) finner at en lavere andel av totalt korttidsfravær er alkoholrelatert og utbredelsen av alkoholrelatert ineffektivitet er betydelig redusert i våre beregninger. En grunn til dette er at Gjelsvik (2004) og Oslo Economics (2013) begge utgår fra at 5 prosent av alle ansatte har et skadelig forbruk eller avhengighet av alkohol. Som vist i kapittel 2 regner man med at drøye 5 prosent av alle i arbeidsfør alder (18-65 år) har et slikt problem (Reneflot mfl., 2018), men det er stor sannsynlighet at det er en større andel blant disse som ikke er i inntektsgivende arbeid slik at dette tallet ikke kan overføres til å gjelde for alle i arbeid. Videre antar Gjelsvik (2004) at folk med alkoholproblemer har 25 prosent lavere produktivitet. Oslo Economics (2013) tar i sin beregning også med sykepenger betalt av det offentlige, slik at dette

⁸ SSBs statistikkbank, tabell: 09174.

⁹ Virksomheten betaler sykepenger de første 16 kalenderdagene av en sykeperiode, deretter betaler staten (NAV) sykepengene.

tallet ikke er direkte sammenlignbart med vårt estimat. Hvis vi bruker samme metoder som Gjelsvik (2004) og Oslo Economics (2013) blir de totale kostnadene henholdsvis 18,2 og 11,2 milliarder kroner i 2017. Halkjelsvik og Storvoll (2014) anslo at 17 prosent av utvalget som hadde gjennomført en AUDIT-test kunne trenge enkel rådgivning og/eller oppfølging pga risikofylt konsumnivå, men det var kun 2 prosent som tilhørte de alvorligste risikokategoriene. Hvis vi antar at dette kan oversettes til at 2 prosent av de sysselsatte har problemer som gjør at deres produktivitet reduseres med 20 prosent vil den totale kostnaden være i størrelsesorden 8 milliarder kroner¹⁰, dvs. et tall som er mer samsvar med de tidligere analysene enn vår beregning som er basert på Moan og Halkjelsvik (2016).

Vår beregning av virksomhetenes kostnader må ses på som et minimumsanslag på virksomhetenes kostnader ved alkoholrelatert korttidsfravær. Tallene er basert på selvrapportert omfang av rusmiddelrelaterte problemer, og det er sannsynlig at dette er lavere enn det faktiske omfanget. Vi har imidlertid ikke funnet noen erfaringstall som kan brukes for å estimere faktisk fravær og ineffektivitet basert på de selvrapporterte tallene, og har derfor valgt å ikke korrigere for dette. Samtidig oppgir de representanter for arbeidslivet som vi har intervjuet i forbindelse med dette prosjektet at denne type korttidsfravær ikke utgjør et stort problem for virksomhetene. Legg også merke til at Moan og Halkjelsvik (2016) inneholder beregninger for et sannsynlighetsutvalg av den norske befolkningen (SSB), her var anslagene for alkoholrelatert fravær og ineffektivitet enda lavere enn grunnlagstallene vi benytter i våre beregninger. Denne undersøkelsen er imidlertid gjennomført over telefon, noe som kan påvirke svarene.

4.1.3 Alkoholrelatert fravær fører til merkostnader

I Hem (2011) svarer de fleste virksomhetene at de får tid til å utføre alle arbeidsoppgavene når en ansatt er fraværende ved å stå på litt mer. 20-25 prosent sier imidlertid også at oppgavene dekkes inn ved overtidarbeid eller at man gjør mindre av egne oppgaver (flere svar var mulig på spørsmålet). 80 prosent opplever også at merarbeidet medfører økte administrasjonskostnader.

Hvis vi antar at 20 prosent av det totale alkoholrelaterte sykefraværet erstattes med tilsvarende overtidarbeid eller innleid arbeidskraft og samme kostnad per dagsverk, medfører det en alkoholrelatert ekstrakostnad på om lag 100 millioner kroner. Eventuelle økte administrasjonskostnader er ikke inkludert i anslaget. Det er heller ikke lagt inn et overtidspåslag i lønnskostnaden, fordi virksomheten ikke nødvendigvis gjør alle oppgavene i det aktuelle sykefraværsdagsverket. Det er betydelig usikkerhet knyttet til anslaget, siden behovet og muligheten for å utføre personens arbeidsoppgaver vil variere fra situasjon til situasjon.

4.1.4 Kostnadene varierer på tvers av bransjer

Utfordringene knyttet til rusmiddelrelatert fravær og ineffektivitet varierer på tvers av utvalgte bransjer, (Edvardsen mfl. 2016). Ansatte i restaurantbransjen skiller seg ut med store utfordringer knyttet til både alkohol og bruk av illegale stoffer, sammenlignet med de andre bransjene i studien. I restaurantbransjen var andelen av de ansatte som rapporterte om alkoholrelatert fravær om lag 20 ganger høyere enn i Moan og Halkjelsvik (2016). De ansatte i helsesektoren rapporterte på sin side noe lavere alkoholrelatert fravær enn funnene til Moan og Halkjelsvik.

¹⁰ Basert på en beregnet årlig lønnskostnad på 724 500 kr, se også omtale i kapittel 4.2

Edwardsen mfl. (2016) rapporterer kun andel av de ansatte som har opplevd rusmiddelrelatert fravær og ikke antall dager dette gir utslag i, hvilket gjør det vanskelig å anslå kostnadene på næringsnivå. Hvis vi antar at fraværet fordeler seg på samme måte innad i hver sektor som den gjør i Moan og Halkjelsvik (2016) kan vi imidlertid gi et bilde av hvordan kostnadene varierer på tvers av bransjene for virksomheter med et bestemt antall ansatte.

I sammenligningen trekker vi ut resultatene for alkoholrelatert fravær i helsesektoren, finans og restaurantbransjen. Her tas det kun hensyn til fravær, mens effektene av redusert produktivitet er holdt utenfor. Det er stor variasjon i arbeidsmønster og -oppgaver på tvers av disse bransjene som også kan gi utslag i fraværsmønsteret, men med vårt tallgrunnlag er vi tvunget til å se bort fra dette. Tabell 4.2 viser forutsetningene som ligger til grunn for kostnadsberegningene i hver næring.

Som tabell 4.2 viser er det store forskjeller på tvers av bransjene. Lønnskostnadene per dagsverk er omtrent dobbelt så høye i finansbransjen som i restaurantbransjen. Antall alkoholrelaterte sykefraværsdager er beregnet med bruk av tallene i Moan og Halkjelsvik (2016)¹¹. Tabellen illustrerer at størrelsen på kostnadene varierer med de forutsetningene som ligger til grunn i hver bransje.

Helsesektoren har et gjennomsnittlig lønnsnivå og veldig få ansatte som rapporterer om alkoholrelatert fravær, og har derfor relativt små kostnader. I finansbransjen er fraværet noe høyere, samtidig som de høye lønnskostnadene drar kostnadene ved fraværet opp. På tross av at det alkoholrelaterte fraværet i restaurantbransjen er mer enn dobbelt så høyt

som i finansbransjen, er kostnadene samlet sett lavere grunnet lavere lønninger i bransjen.

Tabell 4.2 Kostnadseksempel for virksomhet med 100 ansatte og gjennomsnittlig alkoholrelatert sykefravær. Kroner

Helsesektoren	
Lønnskostnad, kr/dag	3 215
Antall fraværsdager	0,04
Kostnad pr. 100 ansatte	5 475
Finansbransjen	
Lønnskostnad	4 883
Antall fraværsdager	0,38
Kostnad pr. 100 ansatte	88 696
Restaurantbransjen	
Lønnskostnad	2 160
Antall fraværsdager	0,8
Kostnad pr. 100 ansatte	84 177

Lønnskostnadene er beregnet på bakgrunn av lønnskostnader og utførte timeverk på næringsnivå i Nasjonalregnskapet.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Samfunnsøkonomisk analyse

Kostnadsberegningene i Tabell 4.2 er høyst usikre. Blant annet er det ikke tatt hensyn til at sykefraværsmønsteret sannsynligvis er forskjellig i alle de tre bransjene. Man kan for eksempel se for seg at finansbransjen generelt har mer fleksibel arbeidstid, og at en større andel av fraværet er deler av dager. I tillegg kommer blant annet kostnader knyttet til ineffektivitet, samt meradministrasjon og oppfølging av personalsaker knyttet til rusmiddelbruk som ikke er tatt med i tabellen.

Vi legger også merke til at tallene er relativt små (dette er tenkte virksomheter med 100 ansatte). Årsaken er at tallene er basert på befolkningsgjennomsnittet fra Moan og Halkjelsvik (2016). Erfaringene vi har fra dette prosjektet indikerer imidlertid at

¹¹ I Moan og Halkjelsvik (2016) svarer 1-2 prosent at de har hatt alkoholrelatert fravær siste 12 måneder, dette har i gjennomsnitt medført 0,06 fraværsdager, som følge av fravær enkeltdager og delvis fravær omregnet

til hele dager. I Edwardsen mfl. (2016) var andelen 20,6 prosent., som er 13,7 ganger høyere. Denne faktoren brukes så for å regne ut antall alkoholrelaterte fraværsdager i denne bransjen (0,06 x 13,7 = 0,8).

de betydelige kostnadene oppstår når ansatte har utviklet et alvorlig problem. Videre vurdering av kostnadene forbundet med enkeltsaker er fokuset i den resterende delen av dette kapittelet.

4.2 Kostnader ved avhengighet

For å illustrere de kostnader som en virksomhet kan ha av at en ansatt har eller utvikler et bruk av alkohol som er skadelig og/eller medfører avhengighet har vi vært i kontakt med tre forskjellige virksomheter for å få realistiske kostnadsanslag. Alle tilfeller er selvsagt unike og det er ikke mulig å beregne noen gjennomsnittlige eller representative kostnader som gjelder for alle virksomheter og bransjer. Casene bør derfor ses på som illustrasjoner på mulige kostnader.

De tre virksomhetene som vi har intervjuet arbeider alle aktivt etter Akan-modellen, og har i løpet av de siste 10 årene revitalisert dette arbeidet i virksomheten eller konsernet. Dette omfatter både forebyggende tiltak, som informasjon og redusert alkoholbruk i den såkalte gråsonen mellom arbeid og fritid, og tiltak rettet mot ansatte med problemer. For disse virksomhetene er selvsagt ressursbruk og kostnader viktige drivere, men alle gir samtidig klart uttrykk for at dette først og fremst handler om å ta hånd om mennesker og at man strekker seg til dels svært langt for å hjelpe sine ansatte, uten å tenke på dette som et kostnadsspørsmål.

Virksomhetene har gitt oss tilgang til deres egne beregnede kostnader for fravær og tidsbruk, basert på eget lønnsnivå. For å få sammenlignbare kostnader har vi imidlertid omregnet alle lønnskostnader med utgangspunkt i en kostnad på 3 150 kroner per dag, se beskrivelse i kapittel 4.1.

Virksomhet 1

Det første caset vi gjennomgår dreier seg om et norsk industriforetak som har en ansatt med avhengighetsproblemer. I det følgende gir vi en oversikt over tiltak arbeidsgiver har iverksatt og hvilke kostnader som har forløpt, både samfunnsøkonomisk og virksomhetsøkonomisk.

For arbeidsgiver begynte saken med bekymringsmeldinger om blant annet ineffektivitet og korttidsfravær, som etter samtaler med arbeidstaker viset å dreie seg om høyt alkoholforbruk, og at om lag alt korttidsfravær var et resultat av dette. Virksomheten inngikk en individuell Akan-avtale med arbeidstakeren, hvor arbeidstaker ble fulgt opp med tilbud om rehabiliteringstiltak og tilrettelegging for fortsatt arbeid.

Kostnadene for arbeidsgiver dreide seg i første omgang om relativt omfattende korttidsfravær og ineffektivitet på jobb i en periode. Senere, når saken ble tatt hånd om, ble disse kostnadene erstattet av kostnadene som påløp i forbindelse med tiltakene som ble iverksatt for å hjelpe arbeidstaker med avhengighetsproblemet. Tiltakene var AA-møter, regelmessig alkoholtesting og opphold med behandling ved A-senter og klinikk. Utover kostnadene tilknyttet reising, testing og helsetilbud forløper det tidskostnader for arbeidstakeren og arbeidsgiveren. Denne tiden kunne ellers blitt brukt til produktivt arbeid og har derfor en alternativkostnad. Dette måles i form av lønnskostnader per time. Virksomheten rapporterer at man i perioden for Akan-avtalen hadde oppfølgingsmøter tilsvarende 7 dagsverk per år, hvor Akan-kontakt og tillitsvalgt deltok i tillegg til arbeidstageren. Dette tilsvarer en årlig kostnad på 33 000 kr.

Den totale kostnaden for arbeidsgiver beløper seg i dette tilfellet til minst 112 000 kr per år. I tillegg kommer eventuelle tap av produktivitet hos kollegaer pga. av bekymringer, irritasjon mv.

Tiltakene har i skrivende stund vært gjort i om lag ett år og vil helt sikkert gjøres i ett år til.

Virksomhet 2

Dette er en virksomhet som driver med transportrelaterte tjenester, og som har noen ansatte som har en form for sikkerhetserklæring som de vil miste hvis de er ruspåvirkede på jobb.

I dette tilfelle var det arbeidstakeren selv som meldte fra om akutte problemer i forbindelse med en jobbreise, hvorpå virksomheten ordnet en akuttinnleggelse på en behandlingsinstitusjon. Normalt anbefaler arbeidsgiver ansatte som blir «avslørt» eller som melder seg selv om å ta kontakt med fastlegen, fordi man da kommer inn i det offentlige hjelpeapparatet. Her opplevet virksomheten imidlertid at det hastet. Et opphold på behandlingsinstitusjonen koster i størrelsesorden 130.000 kr, og strekker seg over 6 uker.

Virksomheten inngikk en individuell Akan-avtale med arbeidstager som bl.a. inneholdt krav om testing og oppfølgingsamtaler med jevnlige mellomrom.

Når arbeidstageren kom tilbake til sin arbeidsplass etter oppholdet på behandlingsinstitusjonen var det flere av de øvrige ansatte som fikk problemer med tilliten knyttet til utførelsen av de arbeidsoppgaver vedkommende hadde. Arbeidstageren var sykemeldt i en periode og ble etter hvert omplassert til

hovedkontoret, hvor det var mulig å finne alternative arbeidsoppgaver. Man måtte dermed ansette en ny arbeidstager på den opprinnelige arbeidsplassen, hvilket også innebar en kostnad for virksomheten, men som ikke er spesifisert i tabell 4.3.

Virksomhetens årlige kostnader i den aktuelle perioden er beregnet til 218 000 kr, og det inkluderer testing, opphold på behandlingsinstitusjon, sykemelding som virksomheten dekker, oppfølgingsamtaler og andre ikke nærmere spesifiserte kostnader. Som nevnt er det ikke tilrådelig at virksomheten selv dekker kostnader for behandling, men her gjorde man et unntak for å få en rask prosess.

I dag fungerer arbeidstageren godt i sin nye stilling.

Virksomhet 3

Virksomhet 3 er også en transportrelatert virksomhet, med sikkerhetsklarering av enkelte ansatte. Her har vi fått tilgang på tre nokså forskjellige tilfeller, som alle har hatt eller er i en individuell Akan-avtale. Alle tre hadde et alkoholmisbruk som hadde pågått relativt lenge, og noen med flere bekymringsmeldinger før de ble fanget opp ordentlig.

For virksomheten er utgiftene til testing og oppfølging fra ledelse, HR og Akan-kontakt omtrent på samme nivå for alle tre arbeidstagerne og samme nivå som i de to andre virksomhetene. Det er imidlertid store forskjeller i sykefraværet hos de tre, fra drøye 50 dager over tre år til over 225 dager. I tillegg

Tabell 4.3 Virksomhetene: Årlige kostnader i kroner ved oppfølging og tiltak overfor rusavhengig arbeidstaker

	Virksomhet 1	Virksomhet 2	Virksomhet 3
CDT-testing	6 500	10 000	7 500
Oppfølgingsamtaler	33 000	34 000	53 000
Sykemelding som dekkes av virksomhet	63 000	79 000	110 000
Andre kostnader	10 000	95 000 ¹	-
Sum	112 000	218 000	170 500

¹ Inkluderer opphold på behandlingsinstitusjon

har noen hatt mye fravær grunnet legebesøk og et ulegitimert fravær. Kostnaden for fraværet beløper seg til mellom 60 000 og 185 000 kr per år for hver av de ansatte. Det er imidlertid ikke den som har hatt høyest fravær som har gitt den høyeste kostnaden for virksomheten, ettersom mye av dette fraværet har vært i lange perioder og dermed dekket av NAV, se også omtale i kapittel 4.5. For virksomheten er kortvarig fravær som regel mer kostnadskravende enn fravær som strekker seg over lengre perioder.

I tillegg til disse kostnadene oppgir virksomheten at det er andre som har måttet ta over oppgaver vedkommende ikke kunne gjøre etter at rusmisbruket ble avdekket, med referanse til sikkerhetsklaringen. Tillitt mellom medarbeidere har blitt svekket og det oppgis at det var mye klaging om at ledelsen ikke gjorde noe, ivaretagelse av sikkerhet mv. hvilket har bidratt til en negativ påvirkning av arbeidsmiljøet.

4.3 En casebasert, stilisert sammenligning av kostnader

I det følgende sammenligner vi kostnadene ved å følge opp en ansatt med avhengighetsproblemer med kostnadene ved å ikke følge opp en slik ansatt, og der saken ender med oppsigelse. Både kostnadstallene og forutsetningene er basert på casene og offentlig statistikk, samt litteraturen vi har gjennomgått i prosjektet. Det skal imidlertid påpekes at det i tilfeller hvor man har brukt individuell Akan-avtale også kan ende med en oppsigelse, pga. at vedkommende ikke klarer å avslutte misbruket. Det er altså ikke noen automatikk i at en Akan-avtale alltid vil resultere i en arbeidstager som er 100 prosent rehabilitert etter at avtalen er gjennomført. Vi har imidlertid ikke noen statistikk som kan brukes for å anslå sannsynligheten for at en individuell oppfølging basert på Akan-modellen er vellykket.

I scenarioet der arbeidstakeren blir fulgt opp med tiltak for rehabilitering og fortsatt arbeid (scenario 1) fører bekymringsmeldinger til at disse tiltakene blir iverksatt og den ansatte er rehabilitert etter to år. Denne kostnaden er basert på tallene i Tabell 4.3, men hvor det er beregnet en gjennomsnittskostnad. Vi har konstruert to andre scenarier for å sammenligne kostnadene ved oppfølging med kostnadene ved å ikke følge opp arbeidstakeren. I begge de to scenarioene uten oppfølging antar vi at den ansatte til slutt blir sagt opp og erstattet med ny arbeidstaker. For at scenarioene skal være sammenlignbare antar vi at hendelsene forløper seg over to år.

Oppsigelseskostnaden settes lik 207 000 kr. Dette tallet er hentet fra en internasjonal sammenligning av oppsigelseslover og -kostnader gjennomført av (Deloitte, 2015). Kostnadene er omgjort fra euro til norske kroner ved å bruke gjennomsnittskursen i 2015 og justert til 2017 ved å bruke gjennomsnittlig reallønnsvekst de to siste årene. Vi antar at ny ansettelsesprosess for å erstatte oppsagt arbeidstaker koster arbeidsgiver en fjerdedels årsverk, og er både knyttet til selve rekrutteringsprosessen og at det erfaringsvis tar et tak før en ny medarbeider har full produktivitet. I tillegg kommer en kostnad ved produksjonsbortfall som følge av redusert arbeidsstyrke i perioden mellom siste arbeidsdag for oppsagt arbeidstaker og første arbeidsdag for den nyansatte. Dette kan eventuelt ses på som en vikarkostnad eller overtidskostnad for gjenværende arbeidere. Vi antar denne kostnaden også er lik en fjerdedels årsverk.

Vi antar at rusproblemene til arbeidstakeren fører til økt korttidsfravær og redusert produktivitet, og at dette tilsvarer enten én (scenario 2) eller to dager (scenario 3) tapt arbeidsinnsats per uke. Scenario 2 beskriver dermed en situasjon med 20 prosent reduksjon i arbeidstakerens produktivitet som følge av

rusproblemet, mens scenario 3 representerer tilfellet der produktiviteten er redusert med 40 prosent og arbeidstakeren har økt korttidsfravær og sykefravær som tilsvarer to dager i uken. I Gjelsvik (2004) legges det til grunn at produktiviteten reduseres med 25 prosent ved rusproblemer. Scenario 2 og 3 ligger dermed hhv. under og over 25 prosent redusert produktivitet.

Resultatet av beregningene vises i Tabell 4.4. Beregningene viser hva de virksomhetsøkonomiske kostnadene er over to år i tre hypotetiske caser hvor en arbeidstaker i en virksomhet utvikler alvorlige rusproblemer. Vi antar at kostnadene i form av redusert produktivitet og økt fravær som følge av rusproblemet er like i forkant av beregningsperioden i de tre casene.

I scenario 1 oppdager virksomheten rusproblemet til den ansatte gjennom gode rutiner for å oppdage atferdsendringer og hvordan man håndterer bekymringsmeldinger. Videre velger virksomheten å iverksette tiltak for å rehabilitere arbeidstakeren. Dette innebærer kostnader for virksomheten i form av tapt arbeidsinnsats pga. rustesting, fravær ved behandling og oppfølgingssamtaler. Kostnadene ved dette er beregnet å være 155 000 kr årlig, dvs. 310 000 kr over to år. Tallet er fremkommet som gjennomsnittet av kostnadene oppgitt i tabell 4.3, men hvor vi ikke har tatt med kostnader for behandling, da det

normalt ikke skal være virksomheten som betaler for dette. Intervallet for «oppfølgingskostnadene» over to år er for de virksomheter vi har brukt som case er 225 000–500 000 kr.

I scenario 2 oppdages ikke rusproblemet før det er gått en viss tid og man velger å si opp arbeidstakeren. Som i scenario 1 er det kostnader i form av tapt arbeidsinnsats, men i dette tilfellet som følge av rusbruk, ikke rehabilitering. Vi forutsetter her at arbeidstakeren har 20 prosent lavere produktivitet enn resten av virksomhetens arbeidsstyrke. Kostnaden ved lavere produktivitet over to år er 290 000 kroner. I tillegg er det en kostnad på 569 500 kroner som består av en oppsigelseskostnad, en kostnad tilknyttet ansettelse av en ny arbeidstaker som erstatning for den oppsagte og en kostnad i form av tapt produksjon i perioden mellom oppsigelse og ny ansatt er i jobb. Totalt er kostnaden over to år i dette scenarioet 860 000 kroner.

Scenario 3 er likt scenario 2, bortsett fra at vi forutsetter at tapt arbeidsinnsats er dobbelt så stor fordi vi antar økt fravær i tillegg til redusert produktivitet. Kostnaden blir dermed større enn i scenario 2, totalt 1 150 000 kroner over to år.

Selv om dette kun er et eksempel viser det at selve tiltakskostnaden er marginal sammenlignet med kostnaden knyttet til fravær og lav produktivitet, og

Tabell 4.4 Kostnader knyttet til ansatt med rusproblemer i tre scenarier. Kroner over 2 år-

Kostnadsposter	Scenario 1: med oppfølging	Scenario 2: uten oppfølging, 20% redusert produktivitet	Scenario 3: uten oppfølging, 40% redusert produktivitet
Tiltakskostnader, inkl. tids- og fraværskostnader tilknyttet tiltakene	310 000		
Redusert produktivitet og økt fravær		290 000	580 000
Oppsigelses- og nyansettelseskostnad		570 000	570 000
Sum kr i 2 år	310 000	860 000	1 150 000

at den store kostnadsforskjellen egentlig ligger i at man har større mulighet for å unngå en oppsigelse, som jo vil ha store kostnader både for virksomheten og den det gjelder.

Merk at vi kun har tatt med de virksomhetsøkonomiske kostnadene og at vi dermed ikke tar hensyn til de ikke-kvantifiserbare kostnadene, for eksempel hvilken effekt oppsigelse har for pårørende og familie, eller de samfunnsøkonomiske kostnadene, for eksempel at den oppsagte mottar trygd og arbeidsavklaringspenger i etterkant. De samfunnmessige kostnadene vil med stor sannsynlighet være vesentlig høyere i scenario 2 og 3 enn i scenario 1.

4.4 Virksomhetenes erfaring med Akan-modellen

I tillegg til å få informasjon om kostnader og ulemper ved oppfølging av ansatte med rusmiddelproblemer spurte vi de tre virksomhetene om hvilke erfaringer man har med å arbeide etter Akan-modellen og hvilken nytte de har av dette.

Generelt har de tre virksomhetene positiv erfaring med Akan-modellen, blant annet gjennom opplæring av ledere og utvikling av rutiner for hvordan de skal håndtere bekymringsmeldinger. Lederne er gjerne blitt mer proaktive enn før når det gjelder rus- og spillavhengighetssaker, blant annet gjennom å være oppmerksomme omkring atferdsendringer.

De oppgir at man har fått til holdningsendringer i virksomhetene, f.eks. i form av mindre servering av alkohol på samlinger, redusert antall gratis alkoholenheter («bonger») på julebord og lignende og at man har sluttet med vinlotteri.

Det blir også nevnt at arbeidet etter Akan-modellen sannsynligvis har hatt en positiv effekt på arbeidsmiljøet generelt. Noen opplever at det har blitt en

mer åpen kultur hvor det er enklere å ta opp bekymringer, uansett om disse er knyttet til avhengighet eller andre problemer.

Avdekker flere

Arbeidet etter Akan-modellen bidrar til at virksomhetene sannsynligvis oppdager flere som har rus- eller avhengighetsproblemer. Dette både fordi det har blitt mer akseptert for å komme med bekymringsmeldinger og fordi de som faktisk har et problem tør å be om hjelp selv. Det er mindre tabubelagt å snakke om personlige utfordringer.

Samtidig er det et par som melder fra om at det fortsatt er vanskelig å få kollegaer til å melde sin bekymring, da det i noen tilfeller tolkes som at man angir en kollega. I virksomheter med noen form for sikkerhetsklarering kan dette være ekstra vanskelig, ettersom kollegaen risikerer å miste jobben hvis det ikke er mulig å finne alternative arbeidsoppgaver som ikke krever denne type klarering.

Identifiserer problemene tidligere

Gjennom at ledere er blitt mer oppmerksomme på atferdsendring og flinkere til å ta den nødvendige samtalen kan potensielt flere problemer identifiseres tidligere. Man etablerer rutiner for å håndtere alle bekymringsmeldinger, og den aktuelle arbeidstakeren kalles inn til en samtale. En av virksomhetene oppgir at man i så godt som alle tilfeller har funnet grunn til å iverksette tiltak, men at det ikke alltid resulterer i en individuell Akan-avtale.

En av virksomhetene oppgir at når man reetablerte Akan-arbeidet for noen år siden fikk bekymringsmeldinger knyttet til drøy 1 prosent av de ansatte, mens man i 2017 fikk bekymringsmeldinger om mindre enn 0,5 prosent. Alle disse gir ikke grunnlag for handling, ettersom en del viser seg å ha helt andre årsaker enn ulike former for avhengighet eller misbruk. Virksomheten har i snitt 5 aktive individuelle Akan-avtaler pr. år, med en svakt avtakende

trend. Hvorvidt nedgangen i antall bekymringsmeldinger skyldes at man har blitt flinkere til å fange opp medarbeideres rusmiddelproblemer tidlig eller om revitaliseringen avdekket «historiske» problemer er imidlertid usikkert.

Bedre oppfølging av den enkelte

Samtlige virksomheter rapporterer at oppfølgingen av den enkelte arbeidstaker er blitt bedre. Et bedre opplegg for oppfølging betyr at den ansatte får mer og tettere oppfølging av leder i samarbeid med kompetente folk gjennom aktører som Akan kompetansesenter og bedriftshelsetjenesten (BHT).

4.5 Samfunnets kostnader

I tillegg til virksomhetenes kostnader ved fravær, ineffektivitet og oppfølging av ansatte med rusproblemer kommer kostnader som dekkes av andre aktører, både i form av faktiske utgifter og ulike former for ulemper og problemer.

I tabell 4.3 og 4.4. har vi kun med kostnadene for virksomhetene i de enkelte casene. For hvert av disse casene tilkommer det kostnader som faller på andre aktører og for så vidt virksomhetene selv. Dette omfatter både faktiske utgifter som andre aktører står for og ulemper som rammer den enkelte, virksomhetene og pårørende. Utgiftene som kommer i tillegg til virksomhetenes kostnader er behandlingskostnader som dekkes gjennom forsikringer, avtaler med BHT eller gjennom den offentlig helsevesenet, og av sykepenge som dekkes av det offentlige. Sykefravær utover 16 dager betales av folketrygden. For arbeidsgiver er det imidlertid kun sykepenge knyttet til deler av korttidsfravær (inntil 16 dager i en sammenhengende periode) som utgjør en kostnad.

For alle utgifter som betales over offentlige budsjetter skal i tillegg til den rene utgiften pålegges en såkalt skattekostnad, dvs. hva det koster samfunnet å

finansiere disse utgiftene gjennom generelle skatter. Denne kostnaden oppstår pga. av at skatteleggingen medfører noen vridningseffekter i økonomien. I henhold til Finansdepartementets veileder er denne forutsatt å være 20 prosent av økningen i offentlige utgifter (dvs. at alle de offentlige utgiftene økes med 20 prosent).

I tabell 4.5 har vi sammenstilt kostnadene for virksomheten og for samfunnet i et av de tre casene som er beskrevet over. Her har vi bare med det som i en samfunnsøkonomisk analyse kalles prissatte effekter – dvs. kostnader som det er mulig å sette en pris på. Tabell 4.5 viser at de samfunnsøkonomiske kostnadene, selv om vi kun tar hensyn til de som kan prissettes enkelt, kan være opp til 3 ganger så høye som virksomhetens kostnader. Dette er selvsagt svært casespesifikt, og trenger derfor ikke være representativt. Samtidig er det sannsynlig at en person med alvorlige misbruksproblemer trenger en form for behandling utover jevnlig tester og oppfølgingsamtaler i virksomheten. Oslo Economics (2013) beregner at utgiftene til helsetjenester grunnet alkoholproblemer er ca. 4 milliarder kr per år, men det er ikke tatt hensyn til at en god del av dette finansieres over offentlige budsjetter og dermed også skal belastes med en skattefinansieringskostnad. Hvis vi antar at 5 prosent av alle over 17 år har et skadelig alkoholbruk blir kostnaden for helsetjenester ca. 20 000 kr per år og person, basert på det totale anslaget på helsekostnader knyttet til alkohol i Oslo Economics (2013). Videre er det svært sannsynlig at personen vil ha et fravær som strekker seg utover arbeidsgiverperioden, og dermed belaster offentlige budsjetter. At de samfunnsøkonomiske kostnadene er høyere enn de virksomhetsøkonomiske er tydelig, men hvor mye høyere de er er usikkert.

Oslo Economics (2013) beregner i tillegg til kostnader for helsetjenester og sykefravær en rekke andre

kostnader, herunder kostnader for aktører som arbeider med forebygging og omsorg (Frelsesarmeen, Akan Kompetansesenter, Sirius) og kostnader knyttet til kriminalitet, trafikkulykker og branner. Totalt ble dette anslått til å utgjøre en kostnad på knappe 7 milliarder kroner i 2013.

I tillegg er det som nevnt en lang rekke ulemper som vi ikke har en pris på, og som følgelig ikke er beregnet. Dette inkluderer f.eks. redusert livskvalitet for enkeltindivider, både de som har rusproblemer og deres pårørende. Dette utgjør sannsynligvis store

samfunnsmessige kostnader, på det personlige plan og i form av senskader for pårørende. Sistnevnte gjelder kanskje spesielt barn som vokser opp i familier med rusproblemer, f.eks. viser Torvik og Rognmo (2011) at barn som lever i hjem hvor foreldrene har mer eller mindre alvorlige psykiske lidelser eller alkoholmisbruk har en forhøyet risiko for å oppleve alvorlige negative konsekvenser.

Tabell 4.5 Eksempel på bedrifts- og prissatte samfunnsøkonomiske kostnader ved en ansatt med alkoholproblemer

	Bedriftsøkonomisk kostnad	Samfunnsøkonomisk kostnad	Forklaring
CDT-testing	6 500	10 000	Egenandel for virksomhet, total for samfunnet
Oppfølgingssamtaler	33 000	33 000	
Behandlingskostnader		20 000-180 000	Oslo Economics (2013) - case med innleggelse på behandlingsklinikk
Sykemelding som dekkes av virksomhet	63 000		
Sykemeldinger som dekkes av NAV		76 000 - 100 000	Inkludert skattefinansieringskostnad, 20 prosent
Andre kostnader	10 000	10 000	
Sum	112 500	150 000 – 333 000	

Noter: I beregningene er det brukt lønnskostnader som beskrevet i 4.1.

4.6 Konklusjoner

Fravær og ineffektivitet på grunn av alkoholkonsum koster ifølge våre beregninger det norske arbeidslivet minst 1,1 milliard kroner pr. år. Tallet er basert på egenrapportert fravær, som mest sannsynlig er beheftet med underrapportering, og inkluderer kun lønnskostnadene for den det gjelder. Virksomhetene kan i tillegg ha kostnader knyttet til vikarer/overtid hos andre ansatte og dårligere arbeidsmiljø pga irritasjon og bekymring. Alternative måter å beregne kostnadene for fravær og ineffektivitet, dvs. gjennom anslag på antall med problemer knyttet til alkoholbruk og en forventet reduksjon i produktiviteten for disse, peker på kostnader i størrelsesorden 10 milliarder kroner.

For en virksomhet som har en ansatt med et utviklet alkoholmisbruk blir kostnadene fort høye pga større omfang av både fravær og ineffektivitet. Våre beregninger viser at fraværskostnaden kan ligge i størrelsesorden 60-120 000 kroner, mens oppfølgingstiltak for å hjelpe den ansatte har en kostnad på 40-60 000 kroner pr. år. Eventuelle kostnader knyttet til lavere produktivitet hos den ansatte med problemer og hos kollegaer, pga negativ påvirkning på arbeidsmiljø, inngår ikke i disse anslagene.

Selv om det å følge opp og hjelpe en ansatt med problemer isolert sett fører med seg kostnader for virksomheten, er det sannsynlig at disse kostnadene på lenger sikt er til dels vesentlig lavere enn kostnadene av å ikke gjøre noe og til slutt måtte si opp vedkommende. En oppsigelse og en nyansettelse som erstatning er beregnet å koste virksomheten 0,5 millioner kroner.

Å arbeide forebyggende for å redusere risikoen for at noen utvikler et misbruk og å ha kompetanse og verktøy for å håndtere problemet kan være både kostnadsbesparende og en måte å ta vare på de ansatte. De virksomheter vi har intervjuet i forbindelse med prosjektet poengterer de menneskelige hensynene i sitt arbeid etter Akan-modellen. De mener også at både det forebyggende arbeidet og de konkrete tiltakene for enkeltindivider har hatt en positiv effekt på arbeidsmiljøet.

De samfunnsøkonomiske kostnadene ved alkoholbruk, som bl.a. omfatter offentlige utgifter til pleie og omsorg, kriminalitet og redusert livskvalitet og for tidlig død både hos misbruker og pårørende, er svært mye høyere enn de beregnede kostnadene for arbeidslivet.

Referanser

- Aas, R. W., Haveraaen, L., Sagvaag, H., & Thørrisen, M. M. (2017). *The influence of alcohol consumption on sickness presenteeism and impaired daily activities. The WIRUS screening study.*
- Aas, R. W., Thørrisen, M., Sagvaag, H., & Sjøgren, Å. (2016). *Alkoholbruk og alkoholkultur i en transportbedrift. En case-rapport fra forskningsprosjektet WIRUS.*
- Aas, R. W., Thørrisen, M., Sagvaag, H., Haveraaen, L., & Rimstad, S. (2017). *Alkoholbruk og alkoholkultur i en fylkeskommune. En case-rapport fra forskningsprosjektet WIRUS.*
- Actis. (2015). *Alkohol i arbeidslivet.* Actis-notat 4:2015.
- Akan. (2017). *Fakta om alkoholbruk i arbeidsrelaterede situasjoner og sosiale sammenhenger.* Oslo: Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblemer.
- Amundsen, E. J. (2017). *Alkoholutløste dødsfall i Norge i 2015.* Hentet 02 23, 2018 fra Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/hn/statistikk/rusmiddelstatistikk/alkoholutloste-dodsfall-i-norge-i-2015/>
- Andreassen, C. S. (2012). Rus og voksenbefolkningen. *Rusfag(1)*, 5-14.
- Bye, E., & Sandøy, T. (2018). *Folkehelse rapporten: Alkohol og andre rusmidler.* Hentet 02 23, 2018 fra Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/>
- Deloitte. (2015). *International Dismissal Survey.* Deloitte .
- Edvardsen, H. E., Moan, I., Christophersen, A. S., & Gjerde, H. (2016). *Bruk av rusmidler, sløvende legemidler og tobakk blant arbeidstakere i utvalgte bransjer i Norge.* Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Fekjær, H. (1996). Hvor mange alkoholikere har vi? Alkoholproblemer i Oslosbefolkning. *Norsk epidemiologi*, 6 (1), ss. 23-28.
- Gjelsvik, R. (2004). *Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol.* Rokkansenteret nr 07/04.
- Grimsmo, A., & Rossow, I. (1997). *Alkohol og sykefravær.* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Halkjelsvik, T., & Storsvoll, E. (2014). Andel av befolkningen i Norge med et risikofyllt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identifications Test (AUDIT). *Nordic studies on alcohol and drugs, Vol 31.*
- Haveraaen, L., Aas, R. W., Thørrisen, M., Sagvaag, H., & Skarpaas, L. S. (2016). *Alkoholbruk og alkoholkultur i et offentlig forvaltningsorgan. En case-rapport fra forskningsprosjektet WIRUS.* Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter.* Melding til Stortinget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015-2016). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020).* Proposisjon til Stortinget.
- Hem, K.-G. (2011). *Bedriftenes kostnader ved sykefravær.* SINTEF-rapport A19052.
- Kahlbom, I. (2012). *De setter pris på at du integrerer deg, liksom. Dialoger om sosial inkludering og alkoholbruk i det etnisk mangfoldige arbeidslivet.* Oslo: AKAN.
- Kantar TNS. (2017). *Helsepolitisk barometer.* Oslo: Kantar TNS. Hentet 02 16, 2018 fra http://www.tns-gallup.no/globalassets/ekspertiseomrader/politikk-og-samfunn/helsepolitisk/helsepolitisk-barometer-2017-presentasjon_kantar-tns_eva-fosby-livgard_for-publisering.pdf

- Knudsen, A., Tollånes, M. C., Haaland, Ø. A., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Vollset, S. (2017). *Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Lie, T., & Nesvåg, S. (2004). *Rusmiddelbruk blant ansatte i norsk privat arbeidsliv*. Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift.
- Moan, I., & Halkjelsvik, T. (2016). *Alkohol og arbeidsliv, en undersøkelse blant norske arbeidstakere*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Nordaune, K., Skarpaas, L. S., Haveraaen, L., Aas, R. W., Thørrisen, M., & Sagvaag, H. (2016). *Alkoholbruk og alkoholkultur innen olje- og gassnæringen. En case-rapport fra forskningsprosjektet WIRUS*.
- Norström, T., & Moan, I. (2009). Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway. *European Journal of Public Health, Vol. 19(4)*, ss. 383-388.
- Oslo Economics. (2013). *Alcohol in Norway: Use, Consequences and Costs*.
- Proba. (2017). *Gjennomgang av Akan - organisering og virkemidler*. Oslo: Proba.
- Reneflot, A., Aarø, L., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Skretting, A., Vedøy, T. F., Lund, K., & Bye, E. K. (2016). *Rusmidler i Norge 2016, Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Storvoll, E., Rossow, I., Moan, I., Norström, T., Scheffels, J., & Lauritzen, G. (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Thørrisen, M., Sagvaag, H., Skarpaas, L. S., Haveraaen, L., & Aas, R. W. (2016). *Alkoholbruk og alkoholkultur i et offentlig myndighetsorgan. En case-rapport fra forskningsprosjektet WIRUS*.
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Vahtera, J., Poikolainen, K., Kivimäki, M., Al-Mursula, L., & Pentti, J. (2002). Alcohol Intake and Sickness Absence: A Curvilinear Relation. *American Journal of Epidemiology, Vol 156(10)*, ss. 969-976.
- Østhus, S., Mäkelä, P., Norström, T., & Rossow, I. (2016). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelig og dødelighet*. Oslo: Helsedirektoratet.



SAMFUNNSØKONOMISK ANALYSE