

SIFA rapport

Nr. 3/97

Asbjørn Grimsmo
Ingeborg Rossow

ALKOHOL OG SYKEFRAVÆR

Arbeidsforskningsinstituttet
Work Research Institute

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
National Institute for Alcohol and Drug Research

ALKOHOL OG SYKEFRAVÆR

Asbjørn Grimsmo, AFI
Ingeborg Rossow, SIFA

Arbeidsforskningsinstituttet
Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
Oslo 1997

ISBN 82-7171-212-8

FORORD

Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani (AKAN) inviterte høsten 1996 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) til å se nærmere på sammenhenger mellom rusmiddelbruk og sykefravær, ettersom denne type forskningsdokumentasjon vil være av betydning for AKAN's arbeide. I et møte mellom representanter for SIFA, AFI og AKAN ble det diskutert avgrensninger i forhold til forskbare problemstillinger, hvorefter SIFA og AFI sammen utarbeidet en prosjektbeskrivelse for to del-prosjekter om alkoholbruk og sykefravær. På grunnlag av dette har AKAN gitt SIFA og AFI i oppdrag å gjennomføre det første del-prosjektet og med dette gi et anslag på hvor mye av sykefraværet i Norge som kan tilskrives alkoholbruk.

Prosjektet er finansiert av AKAN gjennom bevilgninger fra NHO's arbeidsmiljøfond og Sosial- og helsedepartementet, samt AKAN's egne midler. Dette dekker 6 månedsverk ved AFI samt ved intern ressursallokering på SIFA for den tidsbruken som er medgått for forskere ved SIFA.

Prosjektet har også åpnet for et samarbeid mellom to forskningsinstitusjoner og igjen vist at det kan være både nyttig og hyggelig med gjensidig utveksling av ideer og erfaringer mellom kolleger i ulike forskningsfelt.

En del av de data som er benyttet i denne rapporten er hentet fra Levekårsundersøkelsen, Helseundersøkelsen og Arbeidslivsundersøkelsen. Dataene i anonymisert form er stilt til disposisjon gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Innsamling og tilrettelegging av data ble opprinnelig utført av Statistisk sentralbyrå. Verken Statistisk sentralbyrå eller NSD er ansvarlige for analysen av dataene eller de tolkninger som er gjort her.

Vi vil takke overlege Hans Olav Fekjær ved Rusmiddelstaten i Oslo kommune for velvillig assistanse med å supplere med analyser av alkoholrelatert sykefravær fra en egen undersøkelse i Oslo. Dag Erik Eilertsen ved Psykologisk institutt, UiO, har bistått med veiledning i forhold til statistiske analyser. Matias Loen på AFI har arbeidet med litteratursøk og gjennomgang av relevante studier på

området. William Staudenmeier ved Eureka College, Illinois, USA,
har også bistått med litteraturoversikt på området.

Oslo, desember 1997
Asbjørn Grimsmo og Ingeborg Rossow

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord

Sammendrag

1. INNLEDNING	1
1.1 HVILKE TYPER AV SAMMENHENGER?	1
1.2 HVA VISER TIDLIGERE STUDIER?	4
2. DATAKILDER FOR SEKUNDÆRANALYSER.....	7
3. FIRKLØVERET.....	11
3.1 ALKOHOLKONSUM OG DRIKKEMØNSTRE.....	11
3.2 SYKEFRAVÆR	12
3.3 HELSE.....	14
3.4 ARBEIDSMILJØ.....	16
4. ALKOHOLRELATERT FRAVÆR.....	19
4.1 ANALYSER AV SIFA-UNDERSØKELSEN 1993	19
4.2 OMFANGET AV ALKOHOLRELATERT SYKEFRAVÆR	24
4.3 KARAKTERISTIKA VED PERSONER MED ALKOHOLRELATERT SYKEFRAVÆR	27
5. SAMMENHENGER MELLOM ALKOHOLBRUK, HELSE OG SYKEFRAVÆR	31
5.1 ALKOHOLKONSUM-INDEKS	31
5.2 HELSE-INDEKS	33
5.3 SYKEFRAVÆRS-INDEKS	37
5.4 ANDRE INDEKSER I MODELLEN	43
5.5 ALKOHOLBRUK OG HELSE.....	45
5.6 ALKOHOLBRUK, HELSE OG SYKEFRAVÆR	47
5.7 ALKOHOLKONSUM OG LANGTIDSSYKEFRAVÆR I LEVEKÅRSUNDERSØKELSEN.....	50
6. ANALYSER PÅ AGGREGERT NIVÅ	53
6.1 YRKESGRUPPEANALYSER	53
6.2 TIDSSERIEANALYSER	56
7. AVSLUTNING	59

LITTERATURLISTE

SAMMENDRAG

Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani (AKAN) har gitt Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) i oppdrag å se nærmere på sammenhenger mellom alkoholbruk og sykefravær. Som et svar til dette presenterer vi i denne rapporten resultatene fra en sekundæranalyse av fire større undersøkelser - Levekårsundersøkelsen 1991, Arbeidslivsundersøkelsen 1993, SIFAs alkoholundersøkelse 1993 og Helseundersøkelsen 1995.

Vår oppgave i prosjektet har vært å gi et anslag på hvor mye av fraværet som skyldes alkoholbruk. Vi har valgt å analysere dataene ut fra tre antatte årsakskjeder: 1) Et stort engangs alkoholinntak vil ofte føre til fyllesyke, noe som kan gi seg utslag i korttidsfravær. 2) Den som er påvirket av alkohol kommer lettere ut for ulykker som kan medføre skade. Avhengig av skaden kan dette gi seg utslag i både kort- og langtidsfravær. 3) Langvarig alkoholmisbruk kan gi ulike kroniske plager og sykdommer som gjerne betinger langtidsfravær.

På grunnlag av SIFAs alkoholundersøkelse gir vi et anslag på hvor mye av korttidsfraværet som skyldes alkoholbruk. Anslaget er svært følsomt for en rekke forutsetninger som er lagt inn i beregningene. Det synes likevel klart at en betydelig andel av korttidsfraværet kan tilskrives alkoholbruk. Alkoholrelatert sykefravær rapporteres oftest blant de som har et høyt alkoholkonsum og hyppige beruselsestilfeller, blant menn, blant unge og de som har erfaring med ulovlige rusmidler.

Siden vi mangler opplysninger om hvorvidt alkohol har vært med i bildet ved de registrerte skadene, har vi i liten grad kunnet forfølge problem-stillingen alkoholbruk, ulykker, skader og fravær. Med dataene fra Helseundersøkelsen og tildels Levekårsundersøkelsen

belyser vi sammenhengen mellom alkoholbruk, helse og langtidsfravær.

I forbindelse med Arbeidslivsundersøkelsen ser vi på sammenhengen mellom arbeidsmiljøforhold, helse og sykefravær. Men i vårt forsøk på å kople sammen opplysningene fra de fire undersøkelsene støter vi på for mange metodiske og tolkningsmessige problemer til at vi tør å trekke konklusjoner om arbeidsmiljøets rolle i forhold til sammenhengen mellom alkoholbruk, helse og fravær.

1. INNLEDNING

I denne rapporten vil vi belyse sammenhengen mellom alkoholbruk og sykefravær. Først vil vi presentere de tre måtene vi tenker oss at alkoholkonsum kan være årsak til sykefravær på. Etter dette vil vi gjennomgå en del av forskningslitteraturen på området. Vi redegjør videre for de datakildene vi har brukt til sekundæranalysene.

Vi vil så se nærmere på fire begreper som er viktige i forhold til oppgaven vår - alkoholkonsum, sykefravær, helse og arbeidsmiljø.

Presentasjonen av resultatene vil på en måte være todelt. Først vil vi gjennomgå analysene av SIFA-undersøkelsen og ut fra dette gi et anslag på hvor mye av korttidsfraværet som kan være alkoholrelatert. Vi skal her også se på karakteristika ved de som har et alkoholrelatert fravær (kap. 4).

Som en del to vil vi ta for oss alkohol-, sykefraværs- og helse-resultatene i Helseundersøkelsen og helse- og sykefraværsresultatene fra Arbeidslivsundersøkelsen. Underveis redegjør vi for de metodiske problemene vi har hatt i sekundæranalysene (kap. 5). Til slutt vil vi presentere våre to forsøk på analyser av aggregerte data (kap. 6).

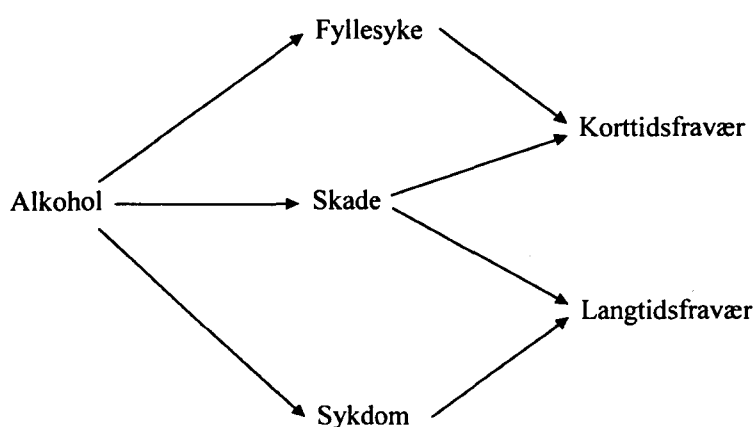
Denne todelingen er begrunnet i at vi i første delen kan rapportere funn av allmen interesse. Den andre delen har beskrivelser av metoder og analyser som ikke har resultert i funn, men som dokumenterer problemer knyttet til denne typen sekundæranalyser.

1.1 Hvilke typer av sammenhenger?

Vi tenker oss at alkoholkonsum kan være årsak til sykefravær på i alle fall tre måter (se Fig.1). For det første vil et stort engangs alkoholinntak ofte føre til ulike plager som hodepine og kvalme, og i noen tilfelle også til skjelvninger, angst eller nervøsitet, - vi snakker altså om

fyllesyke. Når denne typen plager som følge av alkoholinntak er årsak til fravær, vil vi kunne registrere det som korttidsfravær. En annen type alkoholrelatert fravær vil vi se i de tilfellene hvor den som er påvirket av alkohol, er kommet ut for en ulykke som har medført en skade. Avhengig av skaden kan dette gi seg utslag i både kort- og langtidsfravær. For det tredje kan langvarig alkoholmisbruk gi ulike kroniske plager og sykdommer som gjerne betinger langtidsfravær. Blant dem som har et alkoholmisbruk eller et svært høyt alkoholkonsum, vil imidlertid omfanget av mer akutte plager som følge av beruselse også være betydelig, og man kan derfor i denne gruppen også forvente et relativt betydelig korttidsfravær.

Figur 1 Mulige årsakssammenhenger mellom alkoholkonsum og korttidssykefravær og langtidsykefravær.



Den enkleste årsaksvirkningssammenhengen i figur 1 er mellom alkohol og fyllesyke. Det vanskeligste her er å få målt alkoholinntaket og håpe på at folk er ærlige i forhold til det å ha vært fyllesyk.

Sammenhengen mellom fyllesyke og korttidsfravær er straks mer problematisk: Vi vet at ikke alle fyllesyketilfeller resulterer i fravær, samtidig som ikke alle korttidsfravær har sin årsak i fyllesyke. Hvis vi tenker oss en arbeidstaker som prøver å skjule sitt alkoholproblem: Hva vil vedkommende gjøre? Jo, vedkommende vil møte opp på jobb hver dag, uansett tilstand, for at ingen skal oppdage drikkinga gjennom et høyt fravær. Hvis dette er utbredt, at de med alkoholproblemer holder en fin fasade utad, skulle vi statistisk sett forvente at stordrikkere har lite korttidsfravær. Dette er nesten det omvendte av det som er skissert i figuren, at fyllesyke som fraværsgrunn vil kunne registreres som korttidsfravær.

Vi vet også at en beruset person lettere kommer ut for ulykker enn andre. Noen ganger resulterer ulykken i skader som kan føre til enten kort- eller langtidsfravær. Problemet her er at skadene er oppgitt i statistikken, men ikke om alkohol har vært inne i bildet ved ulykken. Dette innebærer at vi har vansker med å følge opp årsakssammenhengen alkohol, skader og sykefravær i prosjektet.

Vi vet at langvarig alkoholforbruk kan medføre helseskader. Men folk blir selvsagt også syke av helt andre grunner enn alkohol. En del har kroniske sykdommer og helseplager som ikke resulterer i langtidsfravær. Andre har sykdommer som både gir hyppige og lange fravær uten at alkohol er med i bildet.

Vi ser med andre ord at sammenhengen mellom alkohol og fravær er langt mer sammensatt enn det som framkommer i figur 1. Modellen må derfor forstås som en slags mal for hvordan vi vil å analysere dataene. Underveis i analysene vil vi forsøke å "fjerne" de faktorene som vi vet- eller kan ha mistanke om- har betydning for helse og sykefravær. Vi vet f.eks. at kosthold, røyking og fysisk aktivitet virker inn. Det som få har gjort før oss er å ta hensyn til hvordan arbeidsmiljøet påvirker arbeidstakeres helse og fraværshatferd.

1.2 Hva viser tidligere studier?

Både litteratursøk i flere relevante litteraturdatabaser og kontakt med amerikanske forskere på dette feltet peker i retning av at forskningslitteraturen omkring alkoholkonsum og sykefravær er relativt beskjeden. Dette betyr at mulighetene for å bekrefte rimeligheten av egne funn gjennom hva som er funnet i tidligere forskning, er noe begrenset. Vi vil i det følgende nevne hovedfunn fra noen relevante studier på området.

Det er i flere undersøkelser funnet en U-formet sammenheng mellom alkoholkonsum og sykefravær (Van Deursen et al. 1989, Poikolainen 1996), mens andre undersøkelser viser en J-formet sammenheng og konkluderer med at storkonsumenterne har mer fravær enn andre (Beaumont & Hyman 1987, Poikolainen 1996, Marmot et al. 1993). Bildet er relativt komplisert da dette er avhengig av hvilke sammenhenger en ser på og hvordan en måler og definerer variablene. For eksempel vil det som regnes som avholdende eller storkonsumpsjon være kulturbetinget og variere fra land til land. På samme måte varierer også definisjonen av hva som er fravær noe.

De som finner at de som ikke drikker eller drikker lite alkohol har et omtrent like høyt fravær som de som drikker mest, og at begge disse gruppene har et forhøyet fravær i forhold til de med et gjennomsnittlig drikkemønster, får en tilnærmelsesvis U-formet kurve for sammenhengen mellom alkoholkonsum og fravær. De som finner at storkonsumenterne har det høyeste fraværet, med de avholdende som nummer to og de med et gjennomsnittlig drikkemønster på tredje plass, får en J-form på kurven for sammenhengen mellom alkoholkonsum og fravær.

I en omfattende undersøkelse i California så man på sammenhengen mellom alkoholkonsum og antall liggedøgn på sykehus over en periode på flere år (kfr. Poikolainen, 1996). Funnene viser at de som drikker 2 drinker eller mindre pr. dag hadde *færre* liggedøgn på sykehus enn de som har vært avholdende hele livet. De som drakk 6-8 drinker pr. dag hadde 50 % flere døgn på sykehus enn andre. En mindre studie blant 321 konsulenter i det engelske innenriksdepartementet viste at de som drikker mer enn 3,5 drinker pr. dag hadde mer sykefravær enn andre (kfr. Poikolainen 1996).

Van Deursen et al (1989) gjorde en nærmere analyse av alkoholkonsum og sykefravær og skilte mellom ulike diagnosegrupper for sykefraværet; psykiske plager, problem med respirasjonsorganer, influensa, plager i bevegelsesorganer, ulykker, plager i mage/tarm og 'ukjente diagnoser'. De fant da at personer med stort alkoholkonsum ser ut til å ha mer fravær som skyldes influensa, ulykker og plager i bevegelsesorganer, mens de som er totalt avholdende også har høyt sykefravær pga. influensa.

Selv om de fleste studier synes å vise en U- eller J-formet sammenheng mellom alkoholkonsum og sykefravær har S. Jones (1995) funnet en lineær sammenheng mellom alkoholkonsum og hvorvidt en har hatt sykefravær og hvor mye. En lineær sammenheng betyr her at de som drikker minst har minst sykefravær og at omfanget av sykefraværet øker jevnt med økende alkoholkonsum.

Mye av litteraturen på alkoholkonsum og sykefravær knytter seg til sykefravær blant dem med alkoholproblemer eller et svært høyt alkoholinntak. Flere studier har vist at denne gruppen har et markant høyere sykefravær (Marmot et al. 1993, Persson & Magnusson 1989). I en studie blant sykehuspasienter (Persson & Magnusson 1989) ble det funnet at stordrikkere som gruppe hadde 13 til 27 flere sykedager enn andre pasienter. De hadde også flere sykeperioder og mer hyppig uførepensjon enn pasienter uten overdreven bruk av alkohol. Men

ifølge Beaumont & Hyman (1987) har problemdrikkere færre rapporterte ulykker enn andre, men mer pauser og tapte arbeidsdager pga. attestert fravær. I Marmot et als undersøkelse blant 10 314 tjenestemenn ble det spurt om drikkevaner (mengde siste 7 dager og drikkefrekvens siste 12 måneder). Dette ble så sett i relasjon til sykefravær for korte (7 dager eller mindre) og lange perioder. Alkoholkonsum hadde en klar sammenheng med sosial klasse; jo lavere klasse jo flere menn og kvinner rapporterte at de *ikke* konsumerer alkohol. For menn fant de en U-formet sammenheng mellom alkoholinntak og korttidsfravær. Når det gjelder langtidsfravær ble det funnet økt fravær blant dem som drikker hyppig. For kvinnene var det ikke noen klar sammenheng, men de mest syke syntes å ha lavere alkoholkonsum enn andre.

Litteraturen synes å være ganske entydig med hensyn til et betydelig eller forøket sykefravær blant høykonsumenter eller problemdrikkere. Hvorvidt moderate konsumenter har et lavere sykefravær enn avholdende synes noe mere uklart, og bildet for sykefravær har klare paralleller til den øvrige, ganske omfattende litteraturen omkring sammenheng mellom alkoholkonsum og sykелighet og dødelighet (kfr Shaper 1990, Edwards et al. 1994, Anderson 1996, Skog 1996).

At alkoholkonsum er forbundet med sykefravær og derved betydelige kostnader for næringslivet og samfunnet synes klart. En undersøkelse blant 80.000 ansatte i Telecom i Australia estimerte kostnadene pga. alkoholrelatert sykefravær til rundt 90 dollar pr. ansatt pr. år (Hocking et al. 1994). I Storbritannia er disse kostnadene estimert til 779 millioner pund pr. år (Marmot et al. 1993). Men slike beregninger blir svært usikre av flere årsaker. Mye av dataene er relatert til alkoholikere og misbrukere en kjenner til, og en vet mindre om sammenhengen mellom andre alkoholvaner og sykdom i den generelle befolkningen som er i lønnet arbeid.

2. DATAKILDER FOR SEKUNDÆRANALYSER

For å redegjøre for sammenhenger mellom alkoholkonsum og sykefravær og anslå omfanget av det alkoholrelaterte sykefraværet har vi foretatt sekundæranalyser av data fra SSB's Levekårsundersøkelse '91, Helseundersøkelse '95 og Arbeidslivsundersøkelse '93. Vi har også analysert data fra SIFA's del av en nordisk alkoholundersøkelse (i 1993), samt fra en fraværsundersøkelse gjennomført ved AFI i 1991. Fordeler med å gjøre sekundæranalyser av eksisterende datasett er at det vesentlig mindre ressurskrevende enn innhenting av nye data, både i forhold til arbeidstid og datainnsamling. Ulempen er at man ikke alltid får akkurat de data man helst skulle hatt.

Helseundersøkelsen omfatter et nasjonalt utvalg på over 10 000 respondenter. Datasettet inneholder først og fremst opplysninger om folks helse og sykdommer, medisinbruk, kontakt med lege og helsevesen og liknende. Men vi finner i denne undersøkelsen også opplysninger om røyke- og drikkevaner, kosthold med mer. Siden undersøkelsen omfatter folk både i og utenfor arbeidslivet, er det ikke spurt konkret om fravær eller sykefravær. Det nærmeste vi kommer er et spørsmål om den enkelte har vært sengeliggende eller hatt nedsatt aktivitet i de daglige gjøremål i løpet av de siste 14 dagene på grunn av sykdom, skade eller lidelse. Og videre om hvor mange dager dette dreide seg om - helt eller delvis sengeliggende, oppegående, men ikke i full aktivitet. Fra Helseundersøkelsen har vi valgt ut 3 611 arbeidstakere ut fra at de er ansatte, mellom 16 og 67 år og at vi har opplysninger om deres yrke. Et tilleggskriterium har vært at de skal ha fylt ut spørsmål om drikkevaner.

Arbeidslivsundersøkelsen '93, hvor 3595 arbeidstakere ble intervjuet, inneholder en rekke spørsmål om arbeidsmiljø og arbeidsforhold, samt noen helsespørsmål. Her finner vi også to sykefraværsspørsmål;

Ett spørsmål om hvorvidt den enkelte har vært borte mer enn to uker sammenhengende i løpet av det siste året, og ett om en har vært fraværende på grunn av egen sykdom i løpet av de siste fire ukene, og i såfall hvor mange dager. I Arbeidslivsundersøkelsen ble det stilt et spørsmål om røyking, men ikke noe om alkohol.

Levekårsundersøkelsen 91, hvorfra vi hentet ut opplysninger fra 1948 arbeidstakere, har ett spørsmål om alkoholforbruk og ett om sykefravær på mer enn 14 dager i løpet av det siste året.

SIFA-undersøkelsen som er en del av en nordisk komparativ undersøkelse, er gjennomført som en nasjonal postenquete sendt ut til 3 000 personer (nettutvalg 1 618 personer). Denne undersøkelsen har gode data på alkoholkonsum og drikkemønstre og har også spørsmål om bruk av andre rusmidler. Den har også et spørsmål om fravær fra arbeidet på grunn av egen alkoholbruk, men mangler for øvrig opplysninger om samlet fravær. Undersøkelsen har heller ingen opplysninger om helseforhold eller arbeidsforhold eller arbeidsmiljø.

Som vi ser er ingen av undersøkelsene godt tilrettelagt for å se på sammenhengen mellom alkoholbruk og sykefravær. Tabellen nedenfor viser en oversikt:

Tabell 1. Variable på arbeidsmiljø, alkoholvaner, helseforhold og sykefravær i SIFA-undersøkelsen, Arbeidslivsundersøkelsen, Levekårsundersøkelsen og Helseundersøkelsen.

	Arbeids- miljø	Alkohol- vaner	Helse- forhold	Syke- fravær
SIFA-undersøkelsen	-	++	-	?
Arbeidslivs-undersøkelsen	++	-	+	++
Levekårsundersøkelsen	+	+	+	+
Helseundersøkelsen	-	++	++	+

Vi ser at tre av undersøkelsene har ulike mangler med hensyn til arbeidsmiljø, alkoholvaner, helseforhold eller sykefravær. Levekårsundersøkelsen er den eneste som har fått pluss på alle fire temaene. Temaene er tatt opp i undersøkelsen, men dessverre ikke behandlet på en spesielt grundig måte. Arbeidsmiljøet er bare kartlagt på en tilfredsstillende måte bare i Arbeidslivsundersøkelsen. Når det gjelder alkoholvaner vil vi stort sett bygge på SIFA-undersøkelsen og Helseundersøkelsen. Opplysninger om helse og sykefravær vil vi hente fra Helseundersøkelsen og Arbeidslivsundersøkelsen. Grunnen til at SIFA-undersøkelsen har fått et spørsmålstegn for sykefravær vil vi komme tilbake til.

I de følgende analyser av sammenhenger mellom alkoholkonsum og sykefravær basert på norske data, er det fire forhold som står sentralt. I tillegg til alkoholkonsum og sykefravær er helse og sykелighet åpenbart relevant for sammenheng mellom alkohol og sykefravær. Og endelig er også arbeidsmiljøet en relevant faktor i forhold til sykefravær. Vi vil i det følgende gi en kort omtale av relevante aspekter ved disse, før vi går over til de empiriske analysene.

3. FIRKLØVERET

Vi skal i det følgende se nærmere på fire sentrale begreper.

3.1 Alkoholkonsum og drikkemønstre

Alkoholkonsum og drikkemønstre i Norge kan beskrives både med hensyn til det totale omfanget av konsumet og fordelinger av totalkonsum og drikkemønstre i ulike befolkningsgrupper. Det registrerte alkoholkonsumet i Norge har de siste årene ligget på omkring 5 liter ren alkohol per år i gjennomsnitt per innbygger over 15 år. I tillegg til dette regner vi at det er et uregistrert konsum (turistimportert, smuglet og hjemmelaget alkohol) på ca. 1 - 1,5 liter ren alkohol (kfr NOU, 1995). Et samlet konsum på rundt 6-6,5 liter ren alkohol per innbygger per år er i europeisk sammenheng likevel relativt lite.

Konsumet varierer imidlertid betydelig i ulike grupper av befolkningen. Menn drikker betydelig mer alkohol enn kvinner, i gjennomsnitt 2-2,5 ganger så mye (kfr Saglie 1994). Konsumet varierer også betydelig med alder, og vi finner et høyere forbruk blant unge voksne (< 30 år) enn blant middelaldrende. Eldre har gjennomsnittlig det laveste konsumet (når vi ser bort fra barn og ungdom under 18 år) (Saglie, 1994). Det er også en betydelig inntektsgradient i variasjonen i alkoholkonsum, og generelt finner vi et høyere alkoholkonsum med økende inntekt. Ett unntak: Vi finner et relativt høyt konsum i den laveste inntektsgruppen, noe som blant annet henger sammen med at vi i denne gruppen også har studenter og unge voksne under utdanning.

Forskjeller i gjennomsnittskonsumet i ulike befolkningsgrupper gir også en indikasjon på forskjeller i omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer. Totalkonsumet og omfanget av et høyt konsum henger særlig sammen med alkoholrelaterte kroniske sykdommer og skader,

og vi finner følgelig også at omfanget av skrumplever, alkoholisk psykose og alkoholavhengighet er betydelig høyere blant menn enn blant kvinner (kfr Rusmidler i Norge, 1996).

En stor andel av de alkoholrelaterte skadene knytter seg imidlertid til akutt beruselse (kfr Fekjær, 1987). Det norske eller det skandinaviske drikkemønsteret skiller seg fra mer kontinentale drikkevaner ved at vi drikker relativt sjelden og relativt lite totalt sett. Men de gangene vi først drikker, så drikker vi til gjengjeld mye, og omfanget av beruselse er relativt stort i forhold til andre drikkekulturer (kfr Rossow & Demers 1997). Undersøkelser viser at det innen det enkelte land er en betydelig samvariasjon mellom totalkonsum av alkohol og hyppighet av beruselse (kfr Rossow 1996), og vi finner i stor grad det samme variasjonsmønsteret for beruselsesfrekvens som for totalkonsum av alkohol. Menn drikker seg beruset mer enn dobbelt så ofte som kvinner, og unge voksne (< 30 år) er den gruppen som har det klart høyeste omfanget av beruselsetilfeller. Når det gjelder utdanning og inntekt blir imidlertid mønsteret noe annerledes. Selv om de med høyest utdanning og inntekt drikker mest, er det liten forskjell mellom gruppene i forhold til beruselsesfrekvens.

3.2 Sykefravær

Fravær og sykefraværstall blir diskutert i mange sammenhenger. Det finnes dessverre ikke noen enhetlig måte å måle sykefraværet på. I enkelte forskningsprosjekter, spesielt utenlandske, gjøres det et skille mellom frivillig og uunngåelig fravær. Det fraværet som skyldes sykdom regnes som uunngåelig fravær. Her varierer det noe fra land til land om -, og når sykdommen skal være dokumentert av lege, og om barns sykdom skal regnes med. Permisjoner, avspasering, avtalt, ureglementert og annet fravær som den enkelte har mer eller mindre "medvirkning" i forhold til, regnes som frivillig fravær.

I den norske fraværdebatten er ett av skillene om fravær knyttet til egenmeldingsordningen, dvs korttidsfravær på 1-3 dager, skal regnes som frivillig eller uunngåelig fravær. Noen vil hevde at en del av det korttidsfraværet som idag framstår som uunngåelig, vil vise seg som "uunngåelig" om vi endrer kompensasjonsordningen ved å innføre en karensdag eller reduserte utbetalinger for de første dagene.

Men skillet mellom frivillig og uunngåelig fravær er ikke så enkelt. La oss illustrere dette gjennom et lite tankeeksperiment med to arbeidstakere:

Den første arbeidstakeren har ingen kroppslige symptomer, men føler seg utslitt og nedkjørt på grunn av de dårlige samarbeidsforholdene på jobben. Vedkommende tar ut tre egenmeldingsdager for å komme seg til hektene igjen etter langvarig trakassering. Vi kan ikke i dette tilfellet si at vedkommende er syk ut fra medisinske kriterier. Skal vi da regne dette for skulk eller ureglementert fravær?

Den andre arbeidstakeren går ut på restaurant med en kunde for å feire en kontraktinngåelse. Det spises godt og det drikkes mye alkohol. Neste dag våkner arbeidstakeren med hodepine, skjelvinger og kvalme. Ut fra medisinske kriterier er arbeidstakeren syk, vedkommende føler seg så uvel at han ringer jobben og sier at han tar ut en egenmeldingsdag. Mange vil vel her hevde at dette er selvforskyldt og det derfor må regnes som skulk, og trolig har vedkommende dårlig samvittighet i forhold til arbeidsgiver. Den samme arbeidstakeren leser i avisa senere på dagen at restauranten de besøkte er anmeldt til myndighetene for dårlig hygiene og ulovlig import av salmonellainfisert kjøtt. Det viser seg at den trakterte kunden som nesten ikke drakk alkohol, også er blitt syk med de samme symptomene. Arbeidstakeren endrer "diagnosen" sin fra fyllesyke til matforgiftning. Kan vedkommende da være hjemme med bedre samvittighet?

Det vanlige er å måle det frivillige fraværet som korttidsfravær på 1-3 dager og det uunngåelige som fravær på 4 dager eller mer (Olsen og Mastekaasa 1997). Begge de tenkte tilfellene viser at det er vanskelig å definere hva som er frivillig fravær uten å trekke inn fraværsårsaken. I dette kan det ligge en feilkilde i forhold til vårt formål, nemlig at de det gjelder kanskje ikke vil rapportere om fravær som direkte eller indirekte skyldes alkohol. De aller fleste vil vel se på fravær som skyldes fyllesyke som illegitime?

Det er heller ikke helt uproblematisk å se på alle fraværene på fire dager eller mer som "uunngåelige" til tross for at de krever sykemelding fra lege. En del av de sykdommene som fører til langtidssykefravær, er livsstilssykdommer som kunne ha vært unngått eller vært redusert i omfang med andre helsevaner. Skal vi f.eks. betrakte et langtidsfravær på grunn av en alkoholrelatert sykdom som et uunngåelig fravær?

Til tross for de nevnte og andre metodiske problemer vil vi holde på skillet mellom frivillig og uunngåelig fravær. Vi tar i de videre analysene utgangspunkt i at et stort engangs alkoholinntak vil resultere i fyllesyke, noe som øker sannsynligheten for korttidsfravær. Et stort alkoholkonsum over tid kan medføre mer eller mindre kroniske sykdommer som igjen kan føre til langtids sykefravær.

3.3 Helse

Helse er ikke et entydig begrep, og det er som regel vanskelig å operasjonalisere eller "måle" på en enkel måte. Etter Verdens helseorganisasjons definisjon innbefatter helse både fravær av sykdom samt et fysisk og psykisk velvære. Likevel brukes som oftest sykdom som en indikator på helse, eller snarere fravær av helse. Denne type helseindikator betyr at mange som ikke har diagnostiserte sykdommer men likevel har symptomer eller plager, blir vurdert som friske eller å ha en god helse. I forhold til helse og sykefravær blant

arbeidstakere kan dette være problematisk. Eksempelvis vil respondenter som har svart at de kjenner seg trette og uopplagte et par ganger i uken, kanskje være overarbeidet. På den annen side fyller de ikke noe sykdomskriterium, og skulle derfor vurderes som "friske".

Vi vil i det videre bruke betegnelsen helseplage der hvor vi er usikre på om det dreier seg om sykdom eller ikke. Vi kommer ikke til å være helt systematiske på dette punktet heller. I det som senere vil bli omtalt som f.eks. psykiske plager inngår det sinnslidelser som betegnes som sykdommer. Tilsvarende kan enkelte av de "sykdommene" som inngår i f.eks. øye- og øresykdommer karakteriseres som mer plager enn som sykdom.

De helseplagene som kartlegges i Arbeidslivsundersøkelsen er stort sett de som vanligvis relateres til arbeidsmiljøet og derfor går igjen i ulike arbeidsmiljøundersøkelser. De fleste spørsmålene er globale i den forstand at det spørres om sykdoms- eller symptomgrupper. Mange typer sykdommer og plager er ikke kartlagt, f.eks. forkjølelse, influensa eller andre smittsomme sykdommer.

I Helseundersøkelsen kartlegges helseplagene på en mer omfattende måte. Gjennom intervju spørres det om sykdommer og det vi kan kalle nervøse plager kartlegges ved et spørreskjema. De fleste rapporterte sykdommer har fått en diagnose. Og dette dreier seg om over hundre forskjellige diagnoser.

Hvis vi går inn i et diagnosesystem, f.eks. ICD-9, finner vi at diagnoser stort sett settes ut fra enkeltplager eller symptomer. Men som empirien i begge undersøkelsene viser, har arbeidstakere sjelden en helseplage om gangen. Vi har tatt utgangspunkt i dette og gjennom ulike statistiske analyser gruppert sykdommene og plagene. I forhold til Arbeidslivsundersøkelsen har vi identifisert tre grupper helseplager; muskel/skjelettplager, psykosomatiske plager og psykiske plager. I Helseundersøkelsen ble resultatet sju grupper; psykiske

plager, hudsykdommer/allergi/astma/ luftveisplager, muskel/skjelett-plager, hjertekarsykdommer/indremedisinske plager, nervesystem-sykdommer, øye- og øresykdommer og skader.

Inndelingen i henholdsvis tre og sju grupper med helseplager og sykdommer er gjort på grunnlag av statistiske analyser og ikke medisinske kriterier. Derfor vil sikkert noen av betegnelse som gruppene har fått virke uvanlige. Betegnelsene angir hvilke sykdommer eller plager som er mest sentrale innen hver gruppe. Noen vil også ha innvendinger mot at vi har plassert ganske ulike sykdommer innen en og samme gruppe, f.eks. hudsykdommer, allergier, astma og luftveisplager. Medisinsk sett er disse plagene "uavhengige" av hverandre, men samvariasjonsmønsteret i datamaterialet viser at de som f.eks. har astma er oftere plaget med luftveisinfeksjoner.

Helseundersøkelsen har også et mer "subjektivt" mål på helse som i større grad dekker "velvære"-aspektet ved helse og også ivaretar mer betydelige symptomer og plager uavhengig av sykdomsklassifikasjonssystemer. Dette baserer seg på ett enkelt spørsmål hvor respondenten skal angi hvordan han selv mener at hans egen helse-tilstand er, og svarkategoriene går fra "Svært bra" til "Svært dårlig". I analyser av sammenhenger mellom alkoholbruk og helse, har vi gjort bruk av både den diagnosebaserte sykdomsindikatoren og det subjektivt vurderte helsemålet.

3.4 Arbeidsmiljø

Hvis vi tenker oss 20-åringen som starter sin yrkeskarriere, vil vedkommende sannsynligvis tilbringe over 60 000 timer på jobb før pensjonsalderen nås. Siden så mye tid brukes på å arbeide, skulle det være hevet over enhver tvil at miljøet på jobben påvirker arbeidstakerens helse og fraværsatferd. Men hvordan skal vi "definere" dette arbeidsmiljøet?

For å gi et bilde av arbeidsmiljøet ansatte har, har vi tatt utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås Arbeidslivsundersøkelse i 1993 (kfr. Grimsmo 1996). Her ble det identifisert tre grupper arbeidsmiljøproblemer; fysiske-, organisatoriske- og sosiale arbeidsmiljøproblemer. De *fysiske* arbeidsmiljøproblemene omhandler forhold som støy og vibrasjonsbelastninger, ytre klimatiske forhold som temperatur og trekk, innemiljøforhold (belysning og luftkvalitet), kjemiske belastninger, statiske- og fysiske ergonomiske belastninger, samt en risiko for at egen eller andres liv og helse kommer i fare om det gjøres feil. Mange av arbeidsplassene med slike problemer finner vi i industrien, bygg- og anleggsbransjen og innen privat tjenesteyting.

De som arbeider innen helsesektoren, hotell- og restaurantbransjen, transportbransjen eller innen kultur og undervisning, opplever oftere *organisatoriske* arbeidsmiljøproblemer som en følge av måten oppgavene er organisert og tilrettelagt på. De kan oppleve mindre gode medvirkningsmuligheter, manglende frihet i jobben eller de opplever seg mye styrt av tidsfrister, rutiner, kolleger eller liknende. Noen kan også ha ensformige arbeidsoppgaver, ofte gjentatte slik at en gjør det samme time etter time. Dette gjør at en del har statisk ergonomiske belastninger i jobben, dvs. at de arbeider i fastlåste stillinger eller med ensidige bevegelser.

Sosiale arbeidsmiljøproblemer omhandler de mellommenneskelige forholdene på arbeidsplassen. En del arbeidstakere, spesielt innen helse- og sosiaalsektoren, hotell og restaurantbransjen, men også i statlig og kommunal administrasjon, bank og finans og innen varehandel, opplever vanskelige relasjoner eller dårlige samarbeidsforhold til overordnede, arbeidskolleger eller til kunder, klienter og andre brukere. Noen arbeidstakere blir utsatt for vold eller trusler om vold på jobben. Andre blir utsatt for ubehagelig erting eller plaging fra kolleger, noen ganger med uønskede seksuelle kommentarer.

Det som ser ut til å være mest bestemmende for hvilke arbeidsmiljøproblemer en arbeidstaker har, er bedriften eller bransjen vedkommende jobber innen. Men arbeidsmarkedet er såpass kjønns-segregert at bedriftenes eller bransjenes arbeidsmiljøproblemer nesten blir det samme som kvinners og menns arbeidsmiljøproblemer. Samtidig er fire av fem arbeidere menn, mens nær ni av ti lavere funksjonærer er kvinner. Dette gjør det vanskelig å skille hva som er kvinners og menns versus arbeideres og funksjonærers arbeidsmiljøproblemer.

Med disse forbeholdene i mente, ser det ut til at kvinner oftere opplever organisatoriske- og sosiale arbeidsmiljøproblemer, mens menn opplever fysiske arbeidsmiljøproblemer. Dette gjelder på mange måter også henholdsvis funksjonærer og arbeidere. Den eneste forskjellen mellom yngre og eldre arbeidstakere, er at yngre er gjennomgående mer kritiske til arbeidsmiljøforholdene enn de eldre.

For en del arbeidstakere er disse arbeidsmiljøproblemene såpass alvorlige at de går ut over helsa. De fysiske arbeidsmiljøproblemene, spesielt de ergonomiske, kan føre til muskel-/skjelettplager hos arbeidstakeren. De organisatoriske arbeidsmiljøproblemene kan resultere i psykosomatiske plager. Opplever arbeidstakeren sosiale arbeidsmiljøproblemer på jobben, kan både psykosomatiske- og psykiske plager bli resultatet.

De nevnte helseplagene gir seg utslag i forhold til sykefravær. Muskel-/skjelettplager kan føre til lengere sykefravær, ofte to uker eller mer. I forhold til korttidsfravær, dvs. fravær på 1-3 dager, er det de psykosomatiske plagene som har størst innvirkning. De psykiske plagene kan resultere i både korte og lange sykefravær.

4. ALKOHOLRELATERT FRAVÆR

I dette kapitlet viser vi resultatene fra SIFA-undersøkelsen. Vi gir her et anslag på hvor mye av korttidsfraværet som kan relateres til alkoholbruk. Karakteristika ved de som har et alkoholrelatert fravær vil også bli lagt fram.

4.1 Analyser av SIFA-undersøkelsen 1993

Data fra SIFA-undersøkelsen i 1993 gir mulighet for å beskrive nærmere omfanget av selvrapportert alkoholbetinget sykefravær i et nasjonalt utvalg av befolkningen, samt å beskrive noen kjennetegn ved dem som rapporterte å ha et slikt fravær.

Undersøkelsen er basert på selvutfylling av et postutsendt spørreskjema. De som rapporterte å ha drukket alkohol siste år, ble bedt om å angi hvorvidt de på grunn av egen alkoholbruk hadde opplevd ulike typer konsekvenser, blant annet som angitt i tabell 3.

Den nøyaktige formuleringen av det siste spørsmålet er "...har følt deg så uvel dagen etter at du ikke har orket å gå på arbeid eller gjøre det arbeidet du ellers skulle ha gjort?". Det spørres her egentlig om to forhold, om en har vært uvel og om en har skulket unna jobben. Vi antar at de fleste bare har lagt vekt på at de ikke har orket å gå på arbeid eller gjøre det arbeidet de ellers skulle ha gjort når de har svart. Ser vi på samvariasjonsmønsteret mellom svarfordelingene gitt i tabell 4, får vi medhold i denne tolkningen.

Tabell 2 Prosentandel som i SIFA-undersøkelsen svarte at de som følge av alkoholbruk de siste 12 månedene hadde opplevd å ...

	Nei	Ja, 1-2 ganger	Ja, flere ganger
...vært nervøs eller anspent dagen etter?	83,1	10,3	6,6
...har hatt hodepine, vært kvalm eller følt deg uvel dagen etter?	44,9	36,0	19,1
...ikke orket å stå opp til vanlig tid?	73,1	17,4	9,5
...ikke orket å gå på arbeid?	92,1	6,0	1,9

I Oslo-undersøkelsen (H.O. Fekjær, Personlig kommunikasjon), som var en parallell til den nasjonale SIFA-undersøkelsen, ble det brukt en noe annen spørsmålsformulering, og det ble spurt direkte om en "...hadde vært borte fra arbeidet i forbindelse med egen alkoholbruk". Tre prosent svarte her "ja" i forhold til de siste 12 månedene. Dette resultatet går mot vår tolkning av spørsmålet ovenfor. Vi kan imidlertid anta at vi får en større grad av underrapportering her fordi spørsmålet i Oslo-undersøkelsen dreier seg om en mindre sosialt akseptert atferd. Det skal litt til å innrømme, både overfor seg selv og andre, at en har vært borte fra jobben på grunn av alkohol. Siden spørsmålet i SIFA-undersøkelsen inneholder en slags unnskyldning - at en har vært uvel - har man trolig i mindre grad fått en underreportering som følge av sosial ønskverdighet. På den annen side legger spørsmålsformuleringen i SIFA-undersøkelsen opp til en fortolkning som også rommer at man ikke har orket å utføre arbeid utover lønnsarbeid (arbeid i hus og have etc.), dvs at det kan også inkludere andre forhold enn hva vi vanligvis mener med sykefravær. I de videre analysene forutsetter vi likevel at spørsmålet om en ikke har orket å gå på arbeid kartlegger skulk og fravær fra jobben som følge av egen alkoholbruk.

Vi kan her tenke oss et hendelsesforløp: Om kvelden inntas det mye alkohol. Neste morgen melder følgene seg, en føler seg nervøs, anspent, kvalm eller uvel. Denne "helsetilstanden" blir viktig i det valget en så gjør. Er det helg, kan vedkommende velge å ikke stå opp til vanlig tid og/eller ha nedsatt aktivitet i forhold til ellers. Er det hverdag blir valget mellom å gå på jobben eller ikke.

I dette valget mellom å se på seg selv som "for syk" eller "frisk nok" til å stå opp eller å gå på jobb, er det mange forhold som spiller inn. For eksempel vil ikke småbarnsforeldre ha samme mulighet til å bli liggende utover søndagen som de som ikke har barn. Sjåfører og andre som har et arbeid som krever årvåkenhet kan ikke møte i bakrus på jobb. De har kanskje derfor lettere for å holde seg hjemme når formen ikke er på topp. I andre arbeidsmiljøer kan "fyllesyken" være et slags tegn på at en har traktert kunden på beste måte og en kommer seg av gårde på jobb for å vise at en er en i "jet-setet".

Vi vil med andre ord hevde at et stort alkoholinntak ikke er en tilstrekkelig betingelse for det å ikke orke stå opp eller å skulke jobben. Det å føle seg nervøs, uvel eller syk er nesten en uunngåelig følge av et stort alkoholinntak. Bakrusen er igjen et av mange forhold som tas med i valget om hva som skal skje videre. Dette medfører at årsak-virkningskjeden, fra alkoholinntaket til det å skulke jobben, blir ganske skjør. Objektivt sett kan den fyllesyke være syk ut fra de symptomene vedkommende har; kvalme, hodepine, angst osv. Likevel ser det ut til at mange av de fyllesyke møter på jobb tross sin tilstand. Derfor er det et relevant spørsmål hvorfor vi ikke har et høyere alkoholrelatert fravær enn det vi anslagsvis har? Kanskje følelsen av en selvforskyldt fyllesyke har en disiplinerende virkning? Prøver den enkelte å dekke over sine alkoholproblemer med å være punktlig i forhold til jobben? Er det forhold i arbeidsmiljøet som trekker en opp og ut av senga?

I tabell 2 så vi at omtrent halvparten av respondentene hadde opplevd ubehag som følge av alkoholkonsum, dvs. vært nervøs, anspent, kvalm eller uvel dagen derpå. Av disse er det nær annenhver som ikke har orket å stå opp og omtrent hver sjuende som har skulket jobben som følge av alkoholbruk. Dette betyr at de aller fleste "fyllesyketilfellene" ikke ender ut i skulk eller fravær fra jobben. På den annen side er det få personer som rapporterer alkoholrelatert sykefravær som ikke også har hatt hodepine, kvalme og følt seg uvel og som ikke har orket å stå opp til vanlig tid. Denne type konsistens i svarene betyr at man i større grad kan feste tillit til påliteligheten i svarene.

Tabell 3. Andel som rapporterer alkoholrelatert sykefravær etter hvorvidt de har hatt ulike typer av ubehag/negative konsekvenser som følge av alkoholinntak.

	Fravær
..vært nervøs/ anspent?	
Nei	4,7
Ja	23,5
..har hatt hodepine, vært kvalm/uvel?	
Nei	0,5
Ja	14,0
..ikke orket å stå opp til vanlig tid?	
Nei	1,1
Ja	26,5

Nå vet vi fra spørsmålsformuleringen bare hvor ofte den enkelte har vært nervøs, uvel eller syk på grunn av alkohol og ikke hvor alvorlige symptomene på fyllesyke har vært. Vi ser av samvariasjonsmønsteret at det er de som drikker mest som oftest har vært nervøse, ansente, kvalme eller uvel (tabell 4). Derfor er det sannsynligvis også en viss sammenheng mellom hvor ofte og hvor mye fyllesyk en har vært. Ser vi bare på de som både har vært nervøse eller ansente og hatt hodepine, vært kvalme eller følt seg uvel dagen etter flere ganger,

finner vi en slags bekreftelse på dette: Tre av fem har ikke orket å stå opp. Men fortsatt er det over halvparten i denne gruppen som ikke har skulket jobben. Dette betyr antakelig enten at de fleste drikker mye alkohol bare før fridager, eller at mange ikke tar ut fyllesyke i skulk.

Tabell 4. Gjennomsnittlig antall liter ren alkohol konsumert siste år og gjennomsnittlig antall beruselsetilfelle siste år i SIFA-undersøkelsen etter hvorvidt respondenten har erfart ulike negative konsekvenser av eget alkoholkonsum.

	Alkohol- konsum	Beruselses- tilfelle
..vært nervøs/ anspent?		
Nei	2,8	6,9
Ja	7,0	21,9
..har hatt hodepine, vært kvalm/uvel?		
Nei	2,1	3,8
Ja	4,6	13,8
..ikke orket å stå opp til vanlig tid?		
Nei	2,6	6,4
Ja	5,7	17,4
.. ikke orket å gå på arbeide?		
Nei	3,1	8,1
Ja	8,1	25,3

Tabellene 4 og 5 peker også i retning av en økende alvorlighetsgrad i konsekvenser av alkoholkonsumet med økende totalkonsum og økende beruselsesfrekvens. For alle grupper av negative konsekvenser finner vi et høyere totalkonsum og en høyere beruselsesfrekvens enn gjennomsnittet. I den mest omfattende gruppen som har hatt de mest vanlige plagene (dvs hodepine og kvalme) er det totale alkoholkonsumet og antallet beruselsetilfeller relativt lite. De som har hatt et alkoholrelatert sykefravær utgjør en liten gruppe, og slike alkoholrelaterte plager er lite vanlige. Det er i denne gruppen vi finner det høyeste totalkonsumet av alkohol og den høyeste gjennomsnittlige

beruselsesfrekvensen. Det vil si at jo mindre vanlig eller utbredt en type alkoholrelaterte plager er, jo større synes alkoholkonsumet og omfanget av beruselsestilfeller i gruppen å være.

Det er naturlig nok en betydelig samvariasjon mellom totalkonsum av alkohol og hvor ofte man drikker seg beruset. Men ser vi på den relative betydningen av totalkonsum og beruselsesfrekvens med hensyn på alkoholrelatert sykefravær, finner vi at det er bare beruselsesfrekvens som betyr noe for sykefraværet, og andre aspekter ved totalkonsumet utover beruselsesfrekvens (blant annet hvor ofte man drikker, og hvor mye man vanligvis drikker per gang) ikke synes å ha noen betydning for sykefraværet.

4.2 Omfanget av alkoholrelatert sykefravær

Av i alt 1451 respondenter var det 89 (6,1 %) som svarte "ja, 1-2 ganger" på at de hadde følt seg så uvel dagen etter at de ikke har orket å gå på arbeide eller gjøre det arbeide de ellers skulle ha gjort. 27 (1,9%) svarte "Ja, 3 eller flere ganger". For å kunne foreta en beregning av omfanget av alkoholrelatert sykefravær, må vi gjøre noen antakelser om hvor mange dagers sykefravær henholdsvis "ett til to" syketilfelle og "tre eller flere" syketilfelle representerer. Vi antar først at svarkategorien "Ja, 1-2 ganger" representerer ett fravær på en dags varighet. Tilsvarende utgjør svarkategorien "Ja, flere ganger" tre dager med skulk. Dette gir til sammen 168 tapte arbeidsdager på grunn av skulk som skyldes alkohol, noe som må antas å være et minimumsanslag. Øker vi dette med en halv dag slik at svaralternativene utgjør henholdsvis 1,5 dager og 3,5 dager, får vi til sammen 225 tapte arbeidsdager. Dette er trolig et konservativt estimat for å angi et slags maksimumsanslag, fordi noen syketilfelle trolig representerer flere sykedager, og fordi det blant dem med tre eller flere syketilfeller kan være noen med mange syketilfelle og mange sykedager. Dessuten vil befolkningsundersøkelser alltid være beheftet

med et visst systematisk bortfall. Blant annet vet vi fra tidligere undersøkelser at folk med alkoholrelaterte problemer i mindre grad deltar i slike undersøkelser, og det er derfor grunn til å anta at også de med alkoholrelatert sykefravær kan være underrepresentert i denne undersøkelsen. Slike betraktninger og forbehold må tas med i vurderingen av de resultatene som framkommer.

For de videre beregninger setter vi at ett årsverk utgjør 230 arbeidsdager. Vi tar også hensyn til kjønnsfordelingen, sysselsettingsgraden og fordelingen med hensyn til hel- og deltidsarbeid innen aldersgrupper. Anslagsvis skulle da 1263 av de 1451 respondentene i SIFA-undersøkelsen være i hel- eller deltidsarbeid. Til sammen skal respondentene i undersøkelsen ha gjennomført 240 241 arbeidsdager i løpet av ett år. Ovennevnte beregninger tilsa at mellom 168 og 225 av disse gikk tapt i fravær som skyldes alkohol. Deler vi så antall tapte arbeidsdager på antall mulige, får vi en fraværsprosent på ca. 0,07-0,09 % av mulige arbeidsdager.

I analysene av Arbeidslivsundersøkelsen anslo vi sykefraværsprosenten til 4,8 % (kfr Grimsmo 1996). Anvender vi dette i forhold til tallene ovenfor, kan vi anta at det blant respondentene var omtrent 11 532 arbeidsdager som gikk tapt i form av sykefravær. Av disse utgjør de 168 til 225 tapte arbeidsdagene 1,5-2,0 %.

I en fraværundersøkelse i 1991 fant vi at litt i overkant av 10 % av det registrerte fraværet var korttidsfravær på 1-3 dager (Grimsmo og Sørensen 1991). Bruker vi dette, kan vi anta at respondentene hadde til sammen 1 199 korttidsfraværsdager i løpet av et år. De 168 til 225 tapte arbeidsdagene på grunn av alkohol utgjør her 14-19 % av korttidsfraværet. I samme undersøkelse utgjorde endagsfraværet 3,3% av det totale fraværet. Av de anslåtte 11 532 tapte arbeidsdagene blir dette 381 endagsfravær, hvorav de 168 til 225 skulkedagene på grunn av alkohol utgjør 44-59 %.

Hvis forutsetningene i regnestykket vårt er holdbare, og gitt at alle alkoholrelaterte syketilfeller representerer endagsfravær, kan det se ut til at så mye som halvparten av endagsfraværet er alkoholrelatert. 60% av de som svarte at de ikke har orket å gå på arbeide eller gjøre det arbeide de ellers skulle ha gjort, er menn. I hele utvalget utgjør menn halvparten. De under 30 år utgjør her omtrent 36 %. Av de som har svart "ja" utgjør de over 70 %. I AFIs fraværsundersøkelse finner vi at endags- og korttidsfravær er hyppigere forekommende blant yngre, kvinnelige arbeidstakere. Dette innebærer altså at kjønnsforskjellene i andelen av korttidssykefravær som skyldes alkoholbruk er enda større, og at det er en relativt større andel av korttidssykefraværet som skyldes alkoholbruk blant menn enn det er blant kvinner.

De anslagene som vi ovenfor har gitt på det alkoholrelaterte fraværet er høyst usikre. Siden vi ikke vet noe om det totale sykefraværet til de som deltok i SIFA-undersøkelsen, har vi benyttet oss av tall og anslag fra andre undersøkelser. Det er viktig å merke seg at bare i dette kan det ligge mange feilkilder. Hvis f.eks. den virkelige andelen med endagsfravær er 2 % av det totale fraværet og ikke 3,3 % som vi har anslått ut fra AFIs fraværsundersøkelse, ville anslaget vårt på det alkoholrelaterte fraværet blitt betydelig høyere. Hadde prosentandelen vært 5 %, måtte vi ha endret anslaget vårt til at 29-39 % av endagsfraværet er alkoholrelatert. Vi har også regnet ut fraværsprosentene under gitte forutsetninger som det kan stilles spørsmålstegn ved. Blant annet har vi regnet om alle fraværstilfellene til endagsfravær og siden endagsfravær er relativt sjeldent forekommende må anslaget på hvor mye som er alkoholrelatert bli høyt. Vi kan også ha utvalgsskjevheter og systematisk bortfall av problemdrikker i SIFA-undersøkelsen.

Kanskje er anslaget om at nær halvparten av endagsfraværene er alkoholrelaterte for høyt? Det vil trolig være noe av det alkoholrelaterte sykefraværet som omfatter syketilfelle med flere enn

en dags fravær, slik at anslaget på 14-19 % av korttidssykefraværet som alkoholrelatert, kanskje kan være et bedre estimat. Dette kan vi imidlertid ikke gjøre noen vurdering av fordi vi generelt sett vet for lite om årsakssammenhengene med hensyn til korttidsfraværet.

Når det gjelder de to andre anslagene er vi noe mer sikre. Vi har sikkert også her vesentlige usikkerheter i estimatene. Men vi drister oss likevel til å konkludere med at det alkoholrelaterte fraværet er meget lite i forhold til det totale sykefraværet og i form av tapte arbeidsdager.

4.3 Karakteristika ved personer med alkoholrelatert sykefravær

Vi har allerede nevnt at de som rapporterer å ha hatt alkoholrelatert sykefravær har et relativt høyt alkoholkonsum, en høy beruselsesfrekvens og også et betydelig omfang av andre alkoholrelaterte negative konsekvenser. Ut fra dette kunne vi også forvente at de som har et alkoholrelatert sykefravær har karakteristika som vi ellers finner hos dem som drikker mye og som ofte drikker seg beruset.

Tabell 5. Fordeling av alkoholrelaterte sykefraværstilfelle i SIFA-undersøkelsen etter kjønn og aldersgruppe.

Alkoholrelatert sykefravær	Nei	Ja, 1-2 ganger	Ja, 3 eller flere ganger
Kjønn			
Menn	90,4	6,9	2,6
Kvinner	93,5	5,3	1,1
Aldersgruppe			
18-29	83,8	12,3	3,9
30-49	94,7	3,9	1,4
50+	98,3	1,7	0

Vi ser her at både i forhold til kjønn og alder finner vi noe av det samme fordelingsmønsteret for alkoholrelatert sykefravær som vi finner for alkoholberuselse og til dels også totalkonsum av alkohol. Vi har allerede nevnt at menn utgjør en relativt større andel blant dem som har et alkoholrelatert sykefravær, og denne andelen blir høyere hvis vi ser på fordelingen blant dem som oppgir å ha hatt tre eller flere slike syketilfelle. I denne gruppen er det 70 % menn. Hvorvidt dette i første rekke er et uttrykk for kjønnsforskjeller i alkoholkonsum og drikkemønster (beruselse) eller om det også kan tilskrives ulike arbeidsplasskulturer med hensyn til legitimitet eller sosial aksept for denne type fravær, har vi analysert nærmere i multivariate analyser. Funnene her peker i retning av at når vi tar hensyn til alkoholkonsum, og spesielt beruselsesfrekvens, er det ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn i alkoholrelatert sykefravær. Det kan likevel tenkes at ulike arbeidsplasskulturer, kanskje særlig på tradisjonelt manns- og kvinne-dominerte arbeidsplasser, kan ha betydning for samvariasjon mellom drikkemønster og sykefravær, og det er et tema som gjerne kan forfølges i senere studier.

Ser vi på aldersfordelingen på det alkoholrelaterte sykefraværet ser vi som forventet at dette i stor grad er et ungdomsfenomen. Andelen er klart høyest i gruppen under 30 år, og blant dem som har tre eller flere syketilfelle på grunn av alkoholbruk er to tredjedeler under 30 år. Det er også i denne aldersgruppen omfanget av beruselse er størst.

På den annen side ser vi av tabell 6 at vi får en omvendt sammenheng mellom inntektsgrupper og alkoholrelatert sykefravær enn det vi ellers ser mellom inntekt og alkoholkonsum. Dette betyr at inntekt, eller korrelerer til denne variabelen, er en vesentlig faktor som det er viktig å kontrollere for i analyser av sammenhenger mellom drikkevaner og alkoholrelatert sykefravær.

Tabell 6. Prosentandel i SIFA-undersøkelsen som rapporterer å ha hatt eller ikke å ha hatt alkoholrelatert sykefravær etter inntektsgruppe.

Alkoholrelatert sykefravær	Nei	Ja
Inntektsgruppe		
<50 000	82,6	17,4
51-100 000	89,2	10,8
101-200 000	94,0	6,0
201-300 000	96,4	3,6
300 000 +	97,0	3,0

Det at vi finner et synkende omfang av alkoholrelaterte sykefraværstilfelle med økende inntekt kan være et uttrykk for flere mulige forhold: Det kan være slik at folk i høyinntektsgrupper har en livsstil eller preferanser som innebærer at de i mindre grad enn de i lavere inntektsgrupper drikker så mye på en gang og forut for en arbeidsdag at det fører til sykefravær. Man kan alternativt også tenke seg at personer i høyinntektsgrupper i større grad har en type arbeid hvor det er mulig å stille på jobb selv om formen er dårlig, og/eller en jobb med ansvar og forpliktelser som tilsier at man kommer på jobb også "dagen derpå".

De som har et høyt alkoholkonsum og ofte drikker seg beruset har gjerne i større grad også erfaring med andre rusmidler. I tabell 7 ser vi at omfanget av alkoholrelatert sykefravær er vesentlig høyere blant de som rapporterte å ha brukt ulovlige rusmidler som cannabis (hasjissj eller marihuana) og andre ulovlige stoffer som kokain, LSD, amfetamin, opiater etc.

Tabell 7. Andel som rapporterer "Ingen", eller "1 eller flere" tilfelle av alkoholrelatert sykefravær i SIFA-undersøkelsen etter erfaring med bruk av ulovlige rusmidler. Prosent.

Alkoholrelatert sykefravær	Nei	Ja
Cannabis		
Nei	93,7	6,3
Ja	78,9	21,1
Andre rusmidler (kokain, amfetamin, etc.)		
Nei	92,9	7,1
Ja	52	48

Det var 9,3 % som svarte at de hadde brukt cannabis noen gang, og 2,2 % som svarte at de hadde brukt andre ulovlige rusmidler noen gang. Den siste gruppen utgjør bare 31 personer, slik at usikkerheten i estimatene for denne gruppen blir stor, og prosentandeler er derfor angitt uten desimaler. Vi ser likevel en statistisk signifikant sammenheng mellom bruk av andre rusmidler og alkoholrelatert sykefravær. Særlig blant dem som har relativt hyppige (tre eller flere) syketilfelle på grunn av alkohol siste år, finner vi ganske høye andeler som har erfaring med andre rusmidler. Det er her viktig å være oppmerksom på at spørsmålene om andre rusmidler knytter seg til ".. å ha brukt noen gang", og er derfor ingen god indikator på nåværende illegalt rusmiddelbruk.

Før vi forlater SIFA-undersøkelsen vil vi nevne at de som drikker mye og har en høy beruselsesfrekvens oftere kommer i slagsmål eller håndgemeng enn andre (Rossow, I. 1996). Vi kan ikke si noe om utfallet av disse slagsmålene, men tanken om at noen blir skadet er nærliggende. Kanskje er det noen som blir såpass skadet at de blir fraværende fra jobben. Slik SIFA-undersøkelsen er tilrettelagt kan vi dessverre ikke gå nærmere inn på dette. I Helseundersøkelsen finner vi skader som kan være resultatet av slagsmål. Men, her vet vi igjen ikke noe om årsaken til skadene, skader som vi ser er viktige i forhold til sykefravær. Dette gjør at vi samlet sett ikke kan forfølge den andre årsakskjeden skissert i figur 1, alkohol, skader og fravær.

5. SAMMENHENGER MELLOM ALKOHOLBRUK, HELSE OG SYKEFRAVÆR

Vi vet at høyt alkoholforbruk over tid har negativ innvirkning på helsen. Dette åpner opp for at en del av det fraværet vi registrerer kan være indirekte knyttet til alkohol. Kanskje er derfor det alkoholrelaterte fraværet høyere enn det vi har kommet fram til? Vi skal videre bruke SSB's Helseundersøkelse 1995 til å se nærmere på sammenhenger mellom alkoholbruk, helse og sykелighet.

5.1 Alkoholkonsum-indeks

Helseundersøkelsen -95 omfatter 5 spørsmål om alkoholkonsum som danner grunnlag for en konstruert indeks på alkoholkonsum for de videre analysene: spørsmål om drikkefrekvens, kvantum, og berusefrekvens. En slik indeks sammensatt av tre mål, gir et mer reliabelt og valid bilde av folks alkoholvaner, enn om en bruker de tre målene hver for seg. På spørsmålet om drikkefrekvens er det en andel på 14 % ubesvarte som derved går ut av analysene. Menn og enslige var overrepresentert blant dem som ikke svarte, og i disse gruppene finner vi også et høyere gjennomsnittskonsum. Ubesvartandelen kan derved bidra til en skjevhet i estimatene.

Alkoholkonsumindeksen hadde følgende fordeling:

Avholdende	9,6 %
Litt	21,8 %
Noe	25,8 %
En del	21,9 %
Mye	12,2 %
Svært mye	8,7 %

De som aldri drikker eller drikker sjeldnere enn en gang i året, er blitt kategorisert som "avholdende". Gruppen som drikker "litt" består av

de som drikker sjeldnere enn en gang i måneden, samt de som drikker en gang i måneden, men da så lite at de aldri føler seg beruset. To av fem blant de som drikker "noe", drikker en gang i måneden. Halvparten drikker 2-3 ganger i måneden. Alle disse drikker relativt lite, men det hender at en del føler seg beruset. Omtrent en tidel i denne gruppen drikker ukentlig, men relativt sjelden så mye at de føler seg beruset. Blant dem som drikker "en del", drikker omtrent to av fem 2-3 ganger i måneden og de føler seg beruset minst en av gangene. To av fem drikker ukentlig. Noen fordeler det moderate forbruket jevnt, mens de fleste føler seg beruset opptil flere ganger i måneden. En av fem i denne gruppen drikker flere ganger i uken. Men ingen av disse igjen føler seg beruset mer enn to til tre ganger i måneden. Tre av fem som drikker "mye" fordeler dette på en ukentlig drikking, med for så å si alle en ukentlig beruselse som resultat. To av fem i denne gruppen drikker flere ganger i uka. Noen få, men dog noen, av disse igjen føler seg beruset maksimalt 3 ganger i måneden. En av fem blant de som drikker "svært mye", drikker ukentlig. Hver gang drikkes det så mye at de føler seg beruset. Fire av fem i denne gruppen drikker flere ganger i uka og de føler seg beruset minst en gang i uken.

Ser vi på sosiodemografiske fordelingsmønstre for denne indeksen får vi de samme forskjeller og tendenser som ellers er beskrevet for fordeling av alkoholkonsum i Norge (kfr Saglie 1994, Amundsen et al. 1995, NOU 1995:24). Satt litt på spissen kan vi si at følgende mønster tegner seg: Vi starter arbeidslivet i ung alder, gjerne som enslig og uten ansvar for barn og med et relativt høyt alkoholforbruk. Etterhvert som vi etablerer oss og får små barn avtar drikkingen. Når barna forlater redet og vi passerer de femogførti tiltar alkoholforbruket igjen i en tiårs periode. Når vi så nærmer oss pensjonsalderen reduseres igjen alkoholinntaket. Denne beskrivelsen må imidlertid ta høyde for at det også kan være kohorteffekter som har betydning for alkoholkonsumet i ulike aldersgrupper.

Denne indeksen, basert på hvor ofte og hvor mye folk drikker og hvor ofte de føler seg beruset, vil bli brukt i de videre analysene av sammenhenger mellom alkoholkonsum og sykefravær.

5.2 Helse-indeks

I Helseundersøkelsen ble det stilt en rekke spørsmål om helseplager, sykdommer og symptomer. Helseforholdene ble i hovedsak kartlagt gjennom intervju, men noe også gjennom et selvadministrert spørreskjema. I spørreskjemaet ble det lagt vekt på psykiske symptomer og plager.

Under intervjuet ble alle spurt om de hadde en kronisk sykdom, sykdom, skade eller funksjonshemning. Svarene informantene ga ble av SSB kategorisert i 12 forskjellige sykdoms- eller funksjonshemningsgrupper. I tillegg ble alle spurt om de hadde vært eller er plaget av astma eller allergi. Respondentene ble også bedt om å angi subjektivt opplevd helse på en 5-delt skala fra "Svært god" til "Svært dårlig".

På grunnlag av mønstre som er framkommet ved analyser av ulike helseplager og sykdommer har vi utarbeidet sju helseindekser med 4 kategorier for hver:

- Ikke plaget
- Litt plaget
- En del plaget
- Mye plaget

Helseindeksene omfatter:

- Psykiske plager
- Hudsykdommer/allergi/astma/luftveisplager
- Muskel-/skjelettplager
- Hjertekarsykdommer/indremedisinske plager
- Nervesystems sykdommer
- Øye-/øresykdommer
- Skader

Fordelingen på disse viste at 19 % var "ikke plaget" med hensyn til alle helseindeksene, og 24 % har en av sykdommene eller helseplagene, hvorav henholdsvis 63 % og 7 % er "litt" og "mye plaget". Av de 26 % som har to helseplager eller sykdommer, er det 29 % som er "litt plaget" på begge og 25 % som er "mye plaget" av minst en. 30% har utslag på tre eller flere av helseindeksene, hvorav over halvparten er "mye plaget" med hensyn til minst en av sykdommene eller plagene.

Tallene ovenfor viser at helse og "uhelse" slik det er målt gjennom helseindeksene, er ulikt fordelt. Har en bare en sykdom eller plage, er en ikke spesielt mye plaget av denne. Men har en først en sykdom eller plage, har en fort en til og muligheten for at en er mer plaget øker. Er en så uheldig å ha to sykdommer eller plager, følger fort en tredje med og sannsynligheten for at en plages med en eller flere av de sykdommene eller plagene er relativt stor.

Det var relativt flere menn som var friske, mens kvinner både hadde flere typer av helseplager og var mer plaget av disse. Ett unntak var imidlertid at menn oftere hadde en eller annen form for skade. Ellers fant vi at de unge var friskere enn de eldre. De under 35 år var de friskeste, mens de over 50 år var mest plaget. Det er litt overraskende at de over 60 år i snitt er litt friskere enn de mellom 50-60 år. Dette kan ha sammenheng med at eldre arbeidstakere som får helseproblemer kan bli uføretrygdet eller førtidspensjonert. Videre var de

med ansvar for barn under 16 år friskere enn de som hadde ansvar for voksne barn eller ikke hadde ansvar for barn. De sosialt aktive, de som trimmet og de som hadde et sunt kosthold var de friskeste.

Ser vi på den generelle helsetilstanden i forhold til sosioøkonomisk status, finner vi at funksjonærer på lavere nivå og ufaglærte arbeidere har flere helseproblemer enn faglærte arbeidere og funksjonærer på høyere nivå. Funksjonærer på mellomnivå utgjør her et slags gjennomsnitt. Tar vi hensyn til kjønns- og aldersfordelingen innen de sosioøkonomiske gruppene, ser det ikke ut til å være noen forskjell i helsetilstanden mellom arbeidere og funksjonærer. De med høyere utdanning ser ut til å være friskere enn de med ingen eller litt utdanning ut over grunnskolenivå.

Kartleggingen av forskjellige symptomer og helseplager er ikke så omfattende i Arbeidslivsundersøkelsen som i Helseundersøkelsen. Av de helseplagene som er kartlagt i Arbeidslivsundersøkelsen, er vondt i øvre del av ryggen eller nakken, i armer eller skuldre og det å ha vært trett og uopplagt, de hyppigst forekommende. Mer enn halvparten svarer at de har hatt disse helseplagene et par ganger i måneden eller oftere. Tilsvarende har 25-50 % hatt hodepine, hatt vansker med å konsentrere seg, hatt svie, kløe eller annet ubehag i øynene, hatt halsbrann, sure oppstøt eller urolig mage eller de har hatt vondt i nedre del av ryggen, i hofte, bein, knær eller føtter. Mindre enn 25 % har hatt stikking og prikking i hendene, vondt i handledd eller hender, vært plaget av kraftig hjertebank, nervøsitet, angst eller rastløshet, eller følt seg deprimert og nedfor.

De kartlagte helseplagene er blitt analysert og gruppert i tre grupper med helseplager: Den første gruppen, *muskel-/skjelettplager*, omfatter stikking og prikking i hendene, vondt i nakke, skuldre, rygg eller i lemmene. Helseplagene, dvs. det å ha vært trett og uopplagt, hatt hodepine, hatt vansker med å konsentrere seg, hatt svie, kløe eller annet ubehag i øynene eller hatt halsbrann, sure oppstøt, eller urolig

mage inngår i det vi har kalt *psykosomatiske plager*. Den tredje gruppen, *psykiske plager*, består av det å ha vært plaget av kraftig hjertebank, nervøsitet, angst eller rastløshet eller å ha følt seg nedfor eller deprimert.

Denne inndelingen i tre grupper med helseplager er gjort på grunnlag av statistiske analyser og ikke ut fra medisinske kriterier. Nå kan det sikkert hevdes at f.eks. hodepine og konsentrasjonsvansker er psykiske og ikke psykosomatiske plager. Tilsvarende behøver ikke kraftig hjertebank å være et psykisk symptom. De tre gruppene med helseplager har fått sine navn ut fra det som synes å være fellesnevneren ved de mest sentrale enkeltplagene i hver av gruppene.

Tabell 8. Fordeling av selvrapporterte helseplager i tre grupperinger basert på data fra Arbeidslivsundersøkelsen.

	Aldri	Av og til	Ofte
Muskel/skjelettplager	24 %	48 %	28 %
Psykosomatiske plager	15 %	60 %	25 %
Psykiske plager	65 %	34 %	2 %

Når det er spurt om forskjellige helseplager på ulike måter i henholdsvis Arbeidslivs- og Helseundersøkelsen, blir resultatene forskjellige og heller ikke direkte sammenlignbare. Likevel finner vi i Arbeidslivsundersøkelsen, som i Helseundersøkelsen, at kvinner har flere helseplager enn menn. Det samme gjelder eldre arbeidstakere i forhold til yngre.

Det som er kalt muskel-/skjelettplager i de to undersøkelsene omfatter stort sett de samme "vondtene" og smertene. Grunnen til at fordelingene er forskjellig er at det er spurt på ulike måter og for forskjellige tidsrom. Det samme gjelder det vi har kalt psykiske plager. Men forskjellene i resultatene skyldes her også at det i Helseundersøkelsen inngår flere, kanskje "lettere" psykiske symptomer enn i Arbeidslivsundersøkelsen.

Stort sett er alle symptomene som har fått fellesbetegnelsen psykosomatiske plager i Arbeidslivsundersøkelsen, ikke kartlagt i Helseundersøkelsen. Tilsvarende er skader, hudsykdommer, astma/ allergi, luftveis- eller åndedrettssykdommer, nervesystemsykdommer, øye- og øresykdommer bare kartlagt i Helseundersøkelsen. Derfor kan vi ikke gjøre noen sammenlikninger her.

Helseresultatene i Arbeidslivs- og Helseundersøkelsen er med andre ord ikke direkte sammenlignbare. Grunnen til at vi presenterer begge undersøkelsene og ikke vektlegger resultatene fra en, er at vi har gode mål på arbeidsmiljøet i den ene og gode mål på alkoholkonsummet i den andre. Skal vi se på sammenhengen mellom drikkemønster og helse må vi ta hensyn til at arbeidstakere har forskjellige arbeidsmiljøer som på ulike måter virker inn på helsa.

5.3 Sykefraværs-indeks

Siden Helseundersøkelsen ble gjort blant personer i alle aldre, også blant pensjonister, ville et spørsmål om sykefravær fra jobben ikke vært relevant for en stor andel av de som deltok. I stedet ble det derfor spurt om en har vært sengeliggende eller hatt nedsatt aktivitet i de daglige gjøremål i løpet av de siste 14 dagene på grunn av sykdom, skade eller lidelse.

Svarfordelingen viste at 15 % har vært sengeliggende eller hatt nedsatt aktivitet i løpet av de siste to ukene. Vi antar her at de som har svart "ja" på spørsmålet, regner arbeid eller jobb inn under "de daglige gjøremål". Likevel kan vi ikke påstå at alle "ja"-svarene er det samme som sykefravær.

For det første er 15 % "ja"-svar for mye til det. I Arbeidslivsundersøkelsen er det omtrent 15 % som svarer at de har vært borte fra jobben på grunn av egen sykdom, men da i løpet av de siste fire ukene. Vi må her regne med at det er like stor sannsynlighet for at et

sykefravær inntreffer i slutten av som i begynnelsen av en fireukers periode. Derfor kan ikke alle "ja"-svarene i svarfordelingen ovenfor være sykefravær.

For det andre kan de som har svart "ja", ha vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet i forbindelse med helg eller andre fridager. For eksempel vil en som jobber halvtid være på jobb fem dager i løpet av fjorten dager. Dette og tilsvarende indikerer at et "ja"-svar på om en har vært sengeliggende eller hatt nedsatt aktivitet, ikke er ensbetydende med at vedkommende har vært borte fra jobb.

For det tredje er det avgjørende hva de som har svart "ja" legger i det å ha "hatt nedsatt aktivitet". Arbeidsoppgavene, arbeidsmiljøet og holdningene den enkelte har til sykefravær kan være utslagsgivende i forhold til om den nedsatte aktiviteten tas ut som sykefravær.

I AFIs fraværsundersøkelse svarte 56 % "ja" eller "ja, kanskje" til at en burde gå på jobb selv om en føler seg syk, men ikke er sengeliggende. Ni av ti mente at en burde gå på jobb om en føler seg sliten eller uopplagt, men ellers er frisk. To tredjedeler mente at en burde eller kanskje burde gjøre det, selv om en har vondt i ryggen, muskelsmerter eller lignende. Grensen for når en bør holde seg hjemme synes å være om en har feber eller ikke. Omtrent 55 % svarte at "nei" eller "nei, helst ikke" til det å gå på jobb når en har feber, men ellers føler seg noenlunde ok. Føler en seg uvel og har symptomer, men ikke feber, mente nær ni av ti at, "ja" eller "ja, kanskje" bør en gå på jobb likevel.

Disse resultatene viser at det kan være et relativt langt skritt, i alle fall holdningsmessig, fra det å ha nedsatt aktivitet til å bli sykefraværende fra jobben. I tillegg til dette virker også arbeidsoppgavene og arbeidsmiljøet inn. Den som opplever seg som "uunnværlig" og til nytte på jobben og føler sosial tilknytning til sine kolleger, ser ut til å være flinkere enn andre til å komme seg på jobb til tross for at en ikke er

helt frisk. Har en et fysisk belastende arbeidsmiljø eller opplever samarbeidsproblemer og konflikter på arbeidsplassen, er det lettere at en ser på seg selv som "for syk" enn "frisk nok" til å gå på jobb.

De som svarte "ja" på at de hadde vært sengeliggende eller hatt nedsatt aktivitet i løpet av de to siste ukene, skulle presisere om og eventuelt hvor mange dager de hadde vært innlagt på helseinstitusjon, vært helt sengeliggende hjemme, delvis sengeliggende, vært oppgående, men ikke i full aktivitet og hvor mange dager de hadde vært i full aktivitet.

På grunnlag av hvor mange dager den enkelte har vært helt eller delvis sengeliggende, oppgående og i full aktivitet, har vi omkodet de som svarte "ja" på at de hadde vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet de siste 14 dagene og laget en indeks med følgende fordeling:

Nei	84,9 %
Noe	7,3 %
En del	5,1 %
Mye	2,8 %

De som har vært "mye" syke eller reduserte, er de som har vært innlagt på helseinstitusjon eller vært helt eller delvis sengeliggende i relativt mange av de siste 14 dagene. Sannsynligheten for at disse har vært sykefraværende mener vi er stor. Gruppen som har vært "en del" syk eller redusert, har vært helt eller delvis sengeliggende i noen dager eller hatt redusert aktivitet i forholdsvis mange dager. Vi går ut ifra at en del av disse også har hatt sykefravær fra jobben i løpet av de to siste ukene. Noen av de som har vært "noe" syk eller redusert, har vært helt eller delvis sengeliggende en eller noen få dager og stort sett i full aktivitet de andre. Mange i denne gruppen har bare vært oppe-

gående, men ikke i full aktivitet de siste 14 dagene. Hvor mange av disse som har vært sykefraværende, og hvor mye, er vi usikre på.

Selv om indeksen vi har laget ikke er et godt mål på sykefravær, vil vi anta at den deler inn de 15 % som har vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet, i tre grupper med økende sannsynlighet for sykefravær.

I Arbeidslivsundersøkelsen 1993 er det stilt to spørsmål om fravær. Det første er om den enkelte i løpet av det siste året har hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager. Her svarer totalt 14 % bekreftende. Tretten prosent blant de mannlige arbeidstakerne og 17 % blant de kvinnelige svarte bekreftende på at de har hatt minst ett langtidsfravær i løpet av det siste året. Rundt 20 % av ufaglærte arbeidere og funksjonærer på lavere nivå har hatt fravær på to uker eller mer. Tilsvarende tall for faglærte arbeidere er 16 % og for funksjonærer på mellom og høyere nivå henholdsvis 12 % og 9 %. Langtidsfravær ser også ut til å være noe hyppigere forekommende blant eldre arbeidstakere.

Det er tre sider ved dette spørsmålet som vi vil nevne. For det første svarene på den enkeltes hukommelse siden det spørres om et helt år tilbake. Dette kan ha ført til en viss underrapportering av denne typen fravær. For det andre er det ikke en samtidighet her i forhold til det tidsrommet helseplagene er kartlagt for. Noen kan f.eks. 6 måneder tidligere ha hatt et fravær på tre uker på grunn av rygg smerter, mens de på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført hadde en helt annen helseplage. Det kan derfor tenkes at vi på denne måten har noen "falske sammenhenger" mellom rapporterte helseplager og langtidsfravær i datamaterialet. Men vi antar at dette dreier seg om såpass få tilfeller at det ikke har noe å si i forhold til det generelle mønsteret.

For det tredje, og kanskje viktigst, antar vi at bare en liten andel av dette langtidsfraværet vil være direkte alkoholrelatert. Dette vil vi komme tilbake til senere. Grunnen til at vi likevel presenterer disse resultatene fra Arbeidslivsundersøkelsen, er at langtidsfraværet er viktig i forhold til det totale sykefraværet som det alkoholrelaterte fraværet er en del av.

Det andre fraværsspørsmålet er todelt: Først ble det spurt om hvor mange ganger en har vært borte fra arbeidet på grunn av egen sykdom de siste fire ukene. De som svarte bekreftende skulle videre angi hvor mange dager dette dreide seg om.

Gjennom dette spørsmålet får vi fram både fraværshyppighet og fraværsmengde i antall dager. Men det spørres konkret om fravær på grunn av egen sykdom, noe som kan ha medført at vi ikke har fått med fravær som skyldes andre forhold, f.eks. tilsvarende i våre to tenkte eksempler. Ville den mobbede arbeidstakeren ha svart ja til at vedkommende hadde vært borte fra arbeidet på grunn av egen sykdom i løpet av de siste fire ukene? Et nei-svar hadde vel vært like riktig fordi vedkommende var nedkjørt og ikke hadde kroppslige symptomer. Hva med den andre tenkte arbeidstakeren, ville han eller hun ha svart ja hvis symptomene var fyllesyke?

Fordelen med dette todelte fraværsspørsmålet er samtidigheten i forhold til helseplagene. Dette øker sannsynligheten for at det er de rapporterte helseplagene som er fraværårsaken. Men på grunn av det begrensede tidsrommet kan noen av de fraværene som framstår som korttidsfravær være begynnelsen eller slutten på et langtidsfravær. Muligheten for dette kunne en kanskje ha unngått ved å spørre for et lengere tidsrom. Men da måtte en eventuelt borge mer på deltakernes hukommelse. Hukommelsen kan være en feilkilde, spesielt i forhold til korttidsfravær.

Av de 3 562 arbeidstakerne som svarte, var det 15 % som sa at de hadde vært borte fra arbeidet på grunn av egen sykdom de siste fire ukene. 57 % av disse fraværene var korttidsfravær på 1-3 dager. 28 % av fraværene var på 4-13 dager og 15 % på 14 dager eller mer. Videre finner vi at 16 % av det totale antallet fraværsdager er knyttet til korttidsfravær, 35 % til fravær på 4-13 dager og 49 % til langtidsfravær.

Ser vi på dem som har vært borte fra arbeidet i løpet av de siste fire ukene, er fraværsmønsteret etter kjønn, alder og yrkesstatus med hensyn til fravær på 4 dager eller mer, omtrent det samme som det som kom fram i forhold til spørsmålet om en har hatt sykefravær på mer enn to uker i løpet av det siste året. Når det gjelder korttidsfraværet er det hyppigst forekommende blant yngre arbeidstakere, blant menn og blant funksjonærer på mellom- og høyere nivå. Forskjellene her er såpass små at dette mønsteret viskes ut om vi tar hensyn til helseforhold og ulikheter i arbeidsmiljøbelastninger. Likevel er det noe påfallende at det nettopp er yngre arbeidstakere, menn og funksjonærer på mellom og høyere nivå som i gjennomsnitt både konsumerer mest alkohol og hyppigst har korttidsfravær.

Ser vi på fraværsdagene i Arbeidslivsundersøkelsen i forhold til antall mulige arbeidsdager på samme måte som tidligere, får vi at rundt ½ % går tapt på grunn av korttidsfravær på 1-3 dager og under ¼ % i endags fravær. På grunnlag av dette vil vi hevde at en trenger et følsomt måleinstrument for å fange opp korttids- og endagsfraværet.

Av de 3 562 arbeidstakerne i Arbeidslivsundersøkelsen hadde 295 (8 %) et 1-3 dagers fravær og 132 (4 %) et endagsfravær i løpet av en fire ukers periode. Litt upresist kan vi si at det er en 8 % sjanse for at et korttidsfravær og en 4 % sjanse for at et endagsfravær skal inntruffe i løpet av den angitte fire ukers perioden. Korter vi ned tiden til to uker og samtidig tar med anslagene fra SIFA-undersøkelsen om at 14-19 % av korttidsfraværene og 44-59 % av endagsfraværene kan være alkoholrelatert, ender vi opp med ½-1 % sjanse for at et

alkoholrelatert fravær skal inntreffe nettopp i løpet av den to ukers perioden som er kartlagt i Helseundersøkelsen.

5.4 Andre indekser i modellen

Vi har sett at drikkemønsteret er kjønns- og aldersbetinget. Dette vil vi forsøke å "kontrollere" for i de videre analysene. Vi kommer også til å ta hensyn til om den enkelte er enslig eller ikke og om vedkommende har ansvar for barn under 16 år. I tillegg til dette, vil vi også ta hensyn til røykevaner, sosial aktivitet, fysisk aktivitet og kosthold.

For *røykevaner* har vi laget følgende indeks:

De som

- ikke røyker
- røyker litt (av og til eller mindre enn 5 sigaretter om dagen)
- røyker en del (15 sigaretter om dagen eller røyker pipe, sigar eller sigarillos daglig)
- røyker mye (mer enn 15 sigaretter daglig)

Mål på *sosial* aktivitet er basert på hvor ofte man oppga å delta i grupper, lag, foreninger eller organisasjoner, hvor ofte man var sammen med slekt og venner, hvor mange familier/husstander i nabolaget man kjenner så godt at de besøker hverandre, og om man har noen man kan snakke helt fortrolig med. Dessuten har vi også tatt hensyn til hvor ofte man har spist middag hjemme hos andre eller ute på restaurant eller cafe. Relativt mange følger det samme mønsteret med hensyn til hvor ofte de deltar i lag og foreninger, er sammen med slekt og venner, hvor mange i nabolaget de besøker og så videre. Så forskjellene mellom de som i henhold til indeksen er minst og mest sosialt aktive er ikke store.

På *fysisk* aktivitet har vi laget følgende indeks:

- Mye (trener 4-7 ganger eller har 3 timer eller mer med hard aktivitet pr. uke)
- En del (trener 2-3 ganger, er i hard aktivitet minst en time eller i lett aktivitet mer enn tre timer i uka)
- Noe (trener stort sett en gang i uka eller har en del lett aktivitet)
- Lett (trener av og til eller har litt lett aktivitet) og
- Nei (mosjonerer ikke og har lite med lett aktivitet)

*Kosthold*indeksen er basert på hvor ofte informantene spiste frisk frukt, rå eller kokte grønnsaker, melk, yoghurt, ost eller andre melkeprodukter. Vi har også tatt hensyn til om de brukte smør, margarin eller ingen ting på brødskiva og hvor ofte de lot være å spise middag.

Sosioøkonomisk status er basert på Statistisk sentralbyrås inndeling i arbeider- og funksjonæryrker ut fra arbeidsoppgaver. Videre blir arbeider- og funksjonæryrkene delt inn i henholdsvis to og tre undergrupper ut ifra utdanningsnivå og ledelsesoppgaver (kfr SSB, 1983).

Analyser av samvariasjonsmønstre mellom alkoholkonsum og ulike kontrollvariable i modellen bekrefter det som ellers også er vel-dokumentert i litteraturen. Enslige drikker mer enn de som lever i par. Røykere drikker mer enn ikke-røykere. Ikke-røykerne er flinkere til å holde seg fysisk aktive enn røykerne. En skulle kanskje tro at de fysisk aktive også drikker mindre alkohol. Men det ser ikke ut til å være tilfellet; de som ifølge indeksen vår trimmer "en del" eller "mye" drikker mest. De som drikker mest ser i utgangspunktet ut til å slurve noe mer med kostholdet. Men tar vi hensyn til f.eks. at kvinner spiser sunnere mat og drikker mindre alkohol enn menn, reduseres denne sammenhengen.

De sosialt aktive drikker mer alkohol enn de som sjelden deltar i lag og foreninger, er lite sammen med slekt og venner, har få i nabolaget

de besøker og så videre. Dette er tilfellet også når vi tar hensyn til at kvinner er mer sosialt aktive enn menn, at yngre er mer aktive enn eldre og at de fysisk aktive også er sosialt aktive.

Det ser ut til at funksjonærer på høyere nivå drikker mest, med faglærte arbeidere som nummer to. Funksjonærer på mellomnivå og ufaglærte arbeidere drikker i gjennomsnitt omtrent like mye. Funksjonærer på lavere nivå drikker minst. Tar vi hensyn til kjønns- og aldersfordelingen, i hvilken grad de er sosialt og fysisk aktive osv., reduseres forskjellene i drikkemønsteret disse gruppene imellom betraktelig. Skillet mellom arbeidere og funksjonærer blir borte og vi sitter bare igjen med en "effekt" av utdanningsnivået, det vil si at de med høyere utdanning drikker *mer* enn de uten eller med lite utdanning.

5.5 Alkoholbruk og helse

Ser vi på den bivariate sammenhengen mellom alkoholbruk og helse, finner vi en tilnærmet U-formet kurve. De som drikker henholdsvis "en del" og "mye" er de friskeste, med de som drikker "svært mye" som nummer tre. På de to neste plassene kommer de som drikker "noe" og "litt". De som er "avholdende" kommer dårligst ut når det gjelder det generelle helsebildet. Tilsvarende finner vi også en U-formet kurve mellom drikkfrekvens og selvopplevd helse, og en J-formet kurve mellom beruselsesfrekvens og selvopplevd helse.

De "avholdende" har størst utslag når det gjelder "psykiske plager", "muskel/skjelettplager", "hjerte-, karsykdommer, indremedisinske sykdommer", "øye og øresykdommer" og "skader". Men forskjellen mellom de "avholdende" og de som drikker "litt" er ikke stor. Ser vi bort fra "øye og øresykdommer" bytter de "avholdende" og de som drikker "litt" plass med hensyn til rangeringen ovenfor. De som drikker "litt" er de som har størst utslag når det gjelder "hudsykdommer/allergi/astma/luftveisplager" og "nervesystemsykdommer".

Det er lite sannsynlig at det er en sammenheng mellom drikke-mønsteret og helseplagene for de som er "avholdende" og de som drikker "litt" eller "noe". Dette kan vi påstå nettopp fordi de i henhold til indeksen vår drikker lite. Ser vi bare på de som kan være i en slags "risikosone", de som drikker "en del", "mye" eller "svært mye", finner vi at de som drikker "svært mye" er mer plaget med hensyn til "muskel/skjelettplager" og "psykiske plager". Dette er et mønster som holder seg om vi også tar hensyn til kjønn, alder, osv.

Sannsynligvis er ikke den statistiske sammenhengen mellom "muskel-/skjelettplager" og alkoholforbruk en årsak-virkningssammenheng. Kanskje kan noen drikke ofte for å lindre smertene muskel/skjelett-plagene gir. Men vi antar at flere for eksempel drikker for å roe seg etter en stressende arbeidsdag. Stress vet vi kan føre til blant annet ømme og vonde skuldre. Kanskje kan det også være slik at den alkoholiserste, både overfor seg selv og andre, finner på en slags vikarierende unnskyldning for en sviktende helse.

Den U-formede sammenhengen mellom "psykiske plager" og drikkemønster kan være et uttrykk for to forskjellige måter å takle plagene på. For noen kan sikkert alkoholen øke de psykiske plagene og det beste for dem er derfor å være avholdende. Noen kan ha psykiske plager som gjør at de, med vilje eller ikke, unngår de situasjonene hvor det drikkes. Andre bruker kanskje medisiner i forbindelse med plagene som ikke er forenlige med bruk av alkohol.

Andre kan kanskje drikke mye alkohol for å døyve de psykiske plagene. Dette kan være en form for "mestring". Mestringsstrategier i forhold til en vanskelig arbeidssituasjon deles ofte inn i to typer: Problemfokuset mestring er handlinger rettet mot å kontrollere eller forandre situasjonen som gir opphav til stress. Emosjonfokuset mestring er forsøk på regulere reaksjoner eller følelser i stressfulle situasjoner. Et stort alkoholkonsum kan være en form for emosjon-fokuset mestring og kalles da "kjemisk mestring". Det kan her tenkes

at noen blant de som drikker mest bruker alkoholen til å roe seg ned eller døyve psykiske plager de har fått fra belastninger i arbeidsmiljøet.

I forklaringene ovenfor er de psykiske plagene på mange måter "årsak" til drikkemønsteret, men blant de som drikker mye er det sikkert en del som har fått de psykiske plagene på grunn av alkoholen. At et stort alkoholforbruk over tid kan være årsak til psykiske plager er vel dokumentert (kfr. Poikolainen 1996).

Helseundersøkelsen slik den foreligger, gir oss ikke muligheter til å etterprøve noen av de forklaringene vi har antydnet ovenfor. Den kan ses på stikkprøve på et tidspunkt og viser derfor ikke utvikling over tid på en tilfredsstillende måte. Samtidig må vi ikke glemme at de som drikker "svært mye" i snitt er "friskere" enn både de som er "avholdende" eller drikker "litt". Derfor, om noen av våre påstander om en sammenheng mellom drikkemønster og helse skulle være riktig, er det ut fra disse data meget svake sammenhenger.

5.6 Alkoholbruk, helse og sykefravær

Til nå har vi sett på hvordan drikkemønsteret er med hensyn til kjønn, alder, sosioøkonomisk status osv. Det samme har vi gjort i forhold til helse og uhelse. I det videre skal vi se på sammenhengen mellom drikkemønster, helseforhold og sykefravær.

Nesten uansett hvordan vi snur og vender på analysene våre, finner vi ikke uventet at det er helsa som er mest avgjørende for om en er sengeliggende eller har et redusert aktivitetsnivå i forhold til de daglige gjøremål. Et slags unntak her er "øye og øresykdommer". Mange som har disse plagene er eldre med nedsatt syn eller hørsel.

Foretar vi en slags rangering (basert på regresjonskoeffisienter) av de andre sykdomsgruppene, er det "nervesystemsykdommene" som er mest utslagsgivende i forhold til om en har vært sengeliggende eller

har hatt redusert aktivitet. Men det er relativt få som har denne typen plager og dermed blir "nervesystemsykdommenes" bidrag begrenset i forhold til den totale "mengden" av det å ha vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet.

På de to neste plassene kommer "skader" og "muskel/skjelettplager". Tredje- og fjerdeplassen innehas av henholdsvis "psykiske plager" og "hud/allergi/astma/luftveisplager". Som vi nevnte innledningsvis har vi gruppert helseplager og sykdommer ut fra statistiske- og ikke medisinske kriterier. Dette gjør at vi ikke kan sammenlikne våre resultater direkte med andres. Likevel er våre funn her i overensstemmelse med G. Tellnes' forskningsresultater. Han finner at muskel-/skjelettsykdommer, åndedrettssystemsykdommer, skader og mentale forstyrrelser er de fire største diagnosegruppene bak sykemeldinger (Tellnes 1990).

De tre neste diagnosegruppene hos Tellnes er hjerte-/kar-, fordøyelsessystem- og andre sykdommer. Disse tre gruppene omfatter stort sett det vi har slått sammen til "hjerte/kar-/indremedisinske plager". De helseplagene og sykdommene som vi ser fører til at folk blir sengeliggende eller får redusert aktivitet, er med andre ord nesten de samme som Tellnes finner resulterer i sykemeldinger. Dette er et tegn på at det som blir målt gjennom spørsmålet om en har vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet, til en viss grad er sykefravær. Men dette tyder også på at det er langtidsfravær vi eventuelt måler. Kanskje mister vi for en stor del korttidssykefravær med dette målet?

Vi har tidligere sett at helse og uhelse er fordelt i et mønster etter kjønn, alder osv. Tar vi med dette inn i analysene, finner vi at fire forhold har egne "bidrag" i forhold til det å ha vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet. Dette er alder, sosial aktivitet, sosio-økonomisk gruppering og drikkemønster.

Når vi holder "alle andre forhold konstante", ser det ut til at det skal mere til for at eldre skal bli sengeliggende eller ha redusert aktivitet enn for unge. Det vil si at når vi sammenlikner unge og eldre som er like med hensyn til andre forhold unntatt alder, og som har de samme sykdommene, har de eldre sjeldnere vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet enn de unge. De sosialt aktive har oftere vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet enn andre.

Det ser også ut til at utslaget i forhold til det å ha vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet, avtar med økende alkoholkonsum. Det vil si at når vi sammenlikner ulike grupper med hensyn til drikkemønster og passer på at de også er like når det gjelder alder, sivil status, helse mm. finner vi at de som drikker mye alkohol har vært *mindre* sengeliggende eller redusert de siste to ukene enn de som ikke drikker eller drikker alkohol i moderate mengder. Dette funnet er ikke i tråd med resultater fra tidligere forskning, og vi antar at det er betydelige metodeproblemer knyttet til disse analysene som i første rekke kan forklare dette funnet.

Det kan for det første reises innvendinger mot det fraværsmålet vi har brukt, om en har vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet i løpet av de siste to ukene. Sannsynligvis fanger dette spørsmålet opp eventuelle langtidsfravær og i mindre grad korttidsfravær. Tidligere har vi argumentert for at store enkeltinntak av alkohol i første omgang vil gi seg utslag i korttidsfravær. Men et stort alkoholkonsum over tid kan ha alvorlige helsekonsekvenser som igjen kan resultere i langtidsfravær. Men som vi har sett tidligere har det vært vanskelig å fastslå i hvilken grad de ulike helseplagene folk har skyldes alkohol, og omfanget av de alkoholbetingede helseproblemene er trolig relativt lite i forhold til de totale helseplagene som fanges opp i Helseundersøkelsen. Systematiske utvalgsskjevheter som blant annet gir en underrepresentasjon av høykonsumenter og problemdrikkere, samt en

systematisk underrapportering av alkoholkonsum blant respondentene bidrar også til et svekket eksposisjonsmål i analysene.

Det å bruke samme analysemodell over hele konsumskalen kan også være problematisk. Analyserer vi bare for de som drikker "en del", "mye" og "svært mye" alkohol, blir ikke den negative sammenhengen mellom alkoholbruk og sykefravær lengere statistisk signifikant. Tendensen går heller andre veien; de som drikker mest alkohol har oftere vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet. Samtidig ser vi også at sammenhengen mellom helsebildet og sykefraværet endrer seg. I tillegg får vi en egen "effekt" av kjønn. Ser vi videre på statistikken for kvinner og menn hver for seg, finner vi f.eks. at fraværsmønsteret hos kvinner er avhengig av treningsmønsteret, plasseringen i bedriftshierarkiet og om en er enslig eller ikke. For menn er det her bare graden av sosial aktivitet som er utslagsgivende.

Dette viser at årsakssammenhengene i forhold til sykefravær er meget sammensatte. Sannsynligvis er de også individuelt betinget i og med at den det gjelder har valget mellom å se på seg selv som "frisk nok" eller "for syk" til å gå på jobb. Vi sitter igjen med en "effekt" av alkoholbruk som vi bare kan vise på et overordnet nivå. Bryter vi ned statistikken på grupper blir sammenhengen borte. Dermed blir det vanskelig å tolke hva sammenheng mellom alkoholbruk og det å ha vært sengeliggende eller hatt redusert aktivitet egentlig innebærer.

5.7 Alkoholkonsum og langtidssykefravær i Levekårsundersøkelsen

I Levekårsundersøkelsen 1991 ble det spurt om "sammenhengende sykefravær på minst 14 dager i løpet av året", noe som gir en rimelig bra indikasjon på langtidssykefravær. Det ble også stilt et spørsmål om alkoholkonsum: "Omtrent hvor mange ganger i året drikker du så mye alkohol at det tilsvarer minst 5 halvflasker øl eller 1 helflaske

rød-/hvitvin eller ½ flaske hetvin eller ¼ flaske brennevin?". Dette gir en indikasjon på beruselsesfrekvens.

I Levekårsundersøkelsen -91 var det 18 % som oppga at de har hatt sammenhengende sykefravær på minst 14 dager i løpet av året, 23 % blant kvinner og 14 % blant menn. I forhold til alder ser det ut til å være et skille ved 50 år. Blant de over og under femti er det henholdsvis 22-28 % og 14-18 % som rapporterer at de har vært sykefraværende minst 14 dager sammenhengende. Blant faglærte og ufaglærte arbeidere og funksjonærer på lavere nivå er det 20-25 % som har hatt lengere sykefravær. Ser vi på funksjonærer på mellom- og høyere nivå, finner vi at de tilsvarende tallene er henholdsvis 15 % og 10 %.

Ser vi igjen på den bivariate sammenhengen mellom beruselsesfrekvens og sykefravær, finner vi en slags speilvendt J-formet kurve. De som aldri drikker mye, har den høyeste andelen med langtids-sykefravær, mens den laveste andelen sykefravær er blant dem som drikker relativt store mengder 1-3 ganger i måneden. Når vi imidlertid tar hensyn til andre vesentlige forhold som både henger sammen med alkoholkonsum og sykefravær (kjønn, alder og sosioøkonomisk status), blir sammenhengen mellom drikkemønster og det å ha hatt lengere sykefravær borte. Dette er ikke overraskende av to grunner: For det første varer ikke fyllesyken som den umiddelbare følgen av et stort inntak av alkohol, i to uker. For det andre må den som er sykefraværende mer enn 14 dager sykemeldes og ingen får sykemelding på grunn av høyt alkoholkonsum alene. Vi har ingen mulighet til å undersøke hvorfor den enkelte ble sykemeldt, men sannsynligvis er det på grunn av muskel-/skjelett plager, åndedretts-sykdommer, mentale lidelser eller skader (Tellnes 1990). Kanskje kan et høyt alkoholkonsum være en medvirkende årsak til psykiske plager og skader. Men som vi har sett tidligere, faller dette også inn i et mønster etter kjønn, alder og sosioøkonomisk status. Dette gjør det

umulig, innen rammene av Levekårsundersøkelsen, å finne en eventuell virkning av drikkemønsteret i forhold til sammenhengende sykefravær på minst 14 dager.

6. ANALYSER PÅ AGGREGERT NIVÅ

Vårt mål har vært å gi et anslag på hvor mye av fraværet som direkte eller indirekte skyldes alkohol, men som vi har sett har ingen av de fire undersøkelsene vi har behandlet vært tilrettelagt for dette formålet. I SIFA-undersøkelsen manglet vi opplysninger om helse, arbeidsmiljø og til dels sykefravær. I Levekårsundersøkelsen ble bare sykefravær på mer enn 14 dager kartlagt, ikke korttidsfravær. Arbeidslivsundersøkelsen inneholdt ingen spørsmål om drikkevaner. Helseundersøkelsen hadde ikke spørsmål om arbeidsmiljøet og vi har stilt kritiske spørsmål til "sykefraværsmålet" i denne undersøkelsen.

På grunn av slike "mangler" ved de ulike undersøkelsene er det mange hypoteser og antakelser som ikke lar seg etterprøve innen rammene av hver enkelt. Den viktigste for oss har vært å se i hvilken grad sykefraværet kan skyldes alkohol. Dette har vi til dels kunnet gjøre i Helseundersøkelsen og SIFA-undersøkelsen. Men vi vet fra Arbeidslivsundersøkelsen at sykefraværet blir påvirket, både direkte og indirekte, av arbeidsmiljøforhold. For oss hadde det derfor vært ønskelig å kunne trekke det arbeidsmiljørelaterte sykefraværet fra det som eventuelt skyldes alkohol.

6.1 Yrkesgruppeanalyser

Siden det ikke er de samme personene som har deltatt i de fire undersøkelsene, kan vi ikke hente ut opplysninger på individnivå fra hver enkelt og sette dem inn i et enkelt regnestykke. Planen var å kople sammen opplysningene ved å se på gjennomsnittstall for yrkesgrupper. SIFA-undersøkelsen mangler opplysninger om yrke og er dermed ikke relevant i denne sammenhengen. Levekårsundersøkelsen faller ut på grunn av at den inneholder for få opplysninger om drikkemønster og sykefravær. Hovedvekten av analysen

er derfor blitt lagt på opplysningene fra Helseundersøkelsen og Arbeidslivsundersøkelsen.

Tankegangen her er relativt enkel: Hvis det er en sammenheng mellom drikkemønster og sykefravær, skal det innen de yrkesgruppene hvor det i snitt konsumeres mye alkohol være et gjennomsnittlig høyere sykefravær enn i andre yrkesgrupper. Ett problem vi støter på, er at vi ikke kan identifisere "våte" yrkesgrupper. Vi har tidligere sett at menn drikker mer enn kvinner. De yrkesgruppene hvor vi ser at det i gjennomsnitt drikkes mye, har en høy andel menn. Dermed vet vi ikke om det er forskjellene i drikkemønster mellom yrkesgruppene eller om det er kjønnsforskjellene i alkoholkonsum vi har foran oss. På en måte forplanter dette problemet seg videre i og med at menn både har en bedre helse og et lavere sykefravær enn kvinner. De sammenhengene og forskjellene vi finner blir dermed vanskelige å tolke.

Et annet problem er at noen av de sammenhengene vi har identifisert på individnivå, blir borte når vi analyserer dem på yrkesgruppenivå. For eksempel gjelder dette sammenhengen mellom psykiske- og psykosomatiske plager og korttidsfravær som vi så i forbindelse med Arbeidslivsundersøkelsen. Dette skjer i hovedsak fordi disse helseplagene er mer likt fordelt mellom yrkesgruppene, mens korttidsfraværet er såpass sjelden forekommende at mange yrkesgrupper står representert uten korttidsfravær. På denne måten faller de minst robuste samvariasjonsmønstrene bort når vi analyserer ut fra gjennomsnittstall for yrkesgrupper. Og som vi har sett er ikke sammenhengene mellom drikkemønster, helse og sykefravær spesielt sterke.

Et tredje problem er at vi ikke får statistisk signifikant samvariasjon mellom de mål på psykisk helse og sykefravær som vi har brukt i henholdsvis Helse- og Arbeidslivsundersøkelsen. Det som inngår i "psykiske plager" i de to undersøkelsene er til dels så forskjellig at dette ikke er helt uventet. Likevel får vi noen tolkningsproblemer,

spesielt fordi "psykiske plager" er viktig i forhold til korttidsfraværet slik vi har sett det i Arbeidslivsundersøkelsen.

Noe mer problematisk er det at sykefraværsmålet i Helseundersøkelsen bare samvarierer med spørsmålet om langtidsfravær i Arbeidslivsundersøkelsen og ikke med korttidsfravær. Dette bygger opp under vår tidligere antakelse om at sykefraværsmålet i Helseundersøkelsen stort sett fanger opp langtidsfravær.

Et siste problem som vi vil nevne er at det er fullt mulig, i alle fall i teorien, å få "omvendte" sammenhenger mellom gruppegjennomsnitt i forhold til det vi finner for individene innen gruppene. La oss si at vi innen en kvinnedominert yrkesgruppe finner at de som drikker lite har lite fravær og at fraværet øker med økende alkoholkonsum. Vi sier også at vi finner den samme sammenhengen innen en mannsdominert yrkesgruppe. Men vi har sett tidligere at kvinner drikker mindre og har mer sykefravær enn menn. Derfor ville vi sannsynligvis ha fått et høyt gjennomsnittlig sykefravær og lavt gjennomsnittlig alkoholkonsum for vår antatt kvinnedominerte yrkesgruppe. For vår antatt mannsdominerte yrkesgruppe ville resultatet ha blitt det omvendte, et høyt gjennomsnittlig alkoholkonsum og et lavt gjennomsnittlig sykefravær. Sammenlikner vi så gjennomsnittene for våre to tenkte yrkesgrupper, får vi at et høyt sykefravær er forbundet med et lavt alkoholforbruk og at et høyt alkoholforbruk henger sammen med et lavt sykefravær. Analyser med gruppegjennomsnittene ville dermed ha gitt "omvendte" resultater av det vi har funnet gjeldende for individene.

Vi håpet her på å få et sammenfall mellom resultatene i våre to tilnærminger, analyser på individnivå og på yrkesgruppenivå. Dette ville eventuelt ha styrket gyldigheten av funnene våre. Men vi har hatt såpass med metodiske og tolkningsmessige problemer at vi ikke kan konkludere ut fra våre analyser av gruppegjennomsnitt. Som en konsekvens av dette, har vi ikke fått til å se på arbeidsmiljøets betydning for sammenhengen mellom alkohol, helse og sykefravær.

6.2 Tidsserieanalyser

En annen tilnærming til å estimere sammenhenger mellom data på aggregert nivå består i å analysere tidsserier. Det er etter hvert utviklet statistiske verktøy hvor man kan beregne "effekter" av eksposisjonsmål (f.eks. alkoholkonsum) på en utfallsvariabel (f.eks. sykefravær) (Box & Jenkins 1976). Dette er blant annet gjort i en rekke tidligere studier av sammenhenger mellom alkoholkonsum og indikatorer på helsemessige og sosiale konsekvenser av alkoholkonsum (blant annet dødelighet, voldskriminalitet og selvmord). Fordelen med denne type analyser er, på samme måte som vi nevnte for yrkesgruppeanalyser, at de også kan bidra til å sannsynliggjøre rimeligheten av funn fra studier på individnivå, og ofte med mindre ressursbruk fordi data på aggregert nivå gjerne er enklere å innhente. En ulempe ved slike analyser er at analysemetoden er relativt konservativ, og det kan være vanskelig å påvise sammenhenger dersom de er relativt svake. Metoden krever også at en har et visst antall observasjonsheter.

Vi har her innhentet tidsserier på korttidssykefravær (1-3 dager) for menn og kvinner, samt langtidssykefravær (< 3 dager) for begge kjønn kvartalsvis for perioden 1979-1995 (NHO). Data på registrert alkoholkonsum finnes for tertialer for denne perioden, men ikke kvartalsvis, og analysene er derfor blitt foretatt for tidsseriene med år som analyseenhet. Ettersom det var betydelige trender i alle tidsseriene, ble disse differensiert før analysene, og det ble estimert semi-logaritmiske modeller for å ta hensyn til at effekten av alkoholkonsum på sykefravær kan betinges av andre forhold (f.eks. endringer i arbeidsmiljø, helseforhold etc.).

Analysene ga imidlertid ingen signifikante sammenhenger mellom alkoholkonsum og noen av variabelene på sykefravær (kortids- og langtidsfravær for kvinner og menn) (Holtung 1997). Tatt i betraktning at antallet observasjonsheter var relativt lite (korte tids-

serier) og at sammenhengene må antas å være relativt svake (kanskje med unntak for korttidssykefravær blant menn), er dette funnet ikke overraskende. En manglende sammenheng her, innebærer nødvendigvis ikke at det ikke er noen sammenheng mellom alkoholkonsum og sykefravær, men den er trolig relativt svak, og som vi har sett av ovenstående kan sammenhengen(e) være sammensatt og komplisert og til dels metodisk vanskelig å avdekke.

7. AVSLUTNING

Vi har i denne rapporten presentert resultatene fra en sekundær-analyse av fire større undersøkelser. Målet har vært å gi et anslag på hvor mye av fraværet rundt om på norske arbeidsplasser som skyldes, direkte eller indirekte, alkoholbruk. Har vi lyktes i dette?

Vi har bygget våre analyser på en forenklet modell (figur 1) hvor vi bl.a. hevder at et stort enkeltinntak av alkohol vil resultere i fyllesyke, noe som igjen kan gi seg utslag i korttidsfravær. Her har vi brukt SIFA-undersøkelsen med supplerende informasjon fra andre undersøkelser. Med visse forutsetninger i bunn, kommer vi fram til at så mye som rundt halvparten av endagsfraværet *kan* være alkohol-relatert. Men vi uthever *kan* fordi vår framgangsmåte er beheftet med mange mulige feilkilder.

Den andre "løypa" i modellen er fra alkoholbruk, via ulykker og akutte skader til kort- eller langtidsfravær. Denne årsak-/virkningskjeden har vi i liten grad forfulgt fordi vi ut fra de tilgjengelige datakildene ikke har kunnet avgjøre om alkohol har vært inne i bildet i forhold til de skadene som er registrert. Men i SIFA-undersøkelsen så vi at de som drikker mye og har en høy beruselsesfrekvens, oftere kommer i slagsmål eller håndgemeng enn andre. Kanskje ligger det her en nær sammenheng mellom alkohol og fravær som vi ikke får vist på grunn av metodiske begrensninger.

Vi har også sett på sammenhengen mellom (langvarig) alkoholbruk, helseplager og sykefravær. I gjennomgangen av Helseundersøkelsen så vi at stordrikkene oftere har psykiske plager og muskel-/skjelettplager enn de med et mer moderat drikkemønster. Men siden vi manglet "historiske data" kunne vi ikke avgjøre om de psykiske plagene var en årsak til eller en virkning av et stort alkoholkonsum.

Derfor kunne vi ikke konkludere med at et stort alkoholforbruk fører til psykiske plager som igjen fører til sykefravær. Vi så at psykiske plager, sammen med muskel/skjelettplager, skader og hudsykdommer/ allergi/astma/ luftveisplager, sto bak store andeler av sykedagene.

Til slutt fortok vi analyser på et aggregert nivå. Først så vi på gjennomsnittstall for yrkesgrupper. Hensikten var å få fram sammenhengen mellom alkohol og fravær gjennom å se forskjeller i fraværs-mønstre mellom "våte" og "tørre" yrkesgrupper. Men vi fikk her for mange metodiske og tolkningsmessige problemer. Heller ikke tids-serieanalyser av totalalkoholkonsum og sykefravær førte fram, i hovedsak av metodiske grunner.

Alle våre sekundæranalyser har budt på ulike metodiske problemer. Ingen av undersøkelsene vi har brukt har vært komplette med hensyn til opplysninger om alkoholbruk, helse, arbeidsmiljø og sykefravær. En trenger trolig egne undersøkelser tilrettelagt for formålet for bedre å kunne belyse sammenhenger mellom alkohol og sykefravær. En viktig utfordring i det videre arbeidet vil være å se på sammenhenger mellom alkoholbruk, arbeidsmiljø og sykefravær.

Vi vet at både alkoholbruk og arbeidsmiljø påvirker helse og sykefravær. Men er det noen sammenheng mellom arbeidsmiljøforhold og drikkemønster? Varierer sammenhengen mellom alkohol og sykefravær mellom ulike arbeidsmiljøer? Spiller alkoholbruk og arbeidsmiljø sammen på en slik måte at det får en ekstra påvirkning i forhold til fraværs-mønsteret? Er drikking en måte å "mestre" et vanskelig arbeidsmiljø? Det finnes her en lang rekke interessante - og viktige - problemstillinger som det foreløpig ikke kan gis svar på.

LITTERATUR

- Anderson P.: "Alcohol consumption and all-cause mortality. Comment on Rehm & Sempo's "Alcohol consumption and all-cause mortality". *Addiction* 1995; 90: 481-484.
- Beaumont, P.B. & J. Hyman: "The work performance indicators of problem drinking: some British evidence." *Journal of occupational behaviour*, Vol. 8, 55-62 (1987).
- Box G.E.P. & G.M. Jenkins: *Time Series Analysis: Forecasting and control*. London: Holdenday, 1976
- van Deursen, C.G.L. et al.: "Alcohol, smoking and diagnoses of absenteeism in Rotterdam civil servants." *Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen*; 1989 vol. 15 (1) 25-33.
- Edwards, G. et al.: *Alcohol Policy and the Public Good* Oxford, Oxford University Press, 1994.
- Fekjær, H.O.: *Alkohol og narkotika - myter og virkelighet* Oslo: Gyldendal, 1987.
- Grimsmo, A. (1996): *Norsk arbeidsmiljø i en endringstid* AFI-rap nr. 4/96, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Grimsmo, A. & B. Aa. Sørensen (1991): *Fravær og fraværsårsaker i norsk arbeidsliv* AFIs rapportserie nr. 4/91
- Grytten L (red.) *Rusmidler i Norge*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet og Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1996.
- Hocking, B. et al.: "Cost to industry of illnesses related to alcohol and smoking, A study of Telecom Australia employees", *Medical Journal of Australia* 161(7): 407-412, 1994.
- Holtung A.: *Alkohol og sykefravær*. Oppgave i tidsserieanalyse. Doktorgradsprogrammet ved SV-fakultetet, UiO, 1997.
- Jones, S. et al.: "The economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand", *Addiction*, 90: 1455-1461, 1995.
- Marmot, M.G. et al.: "Alcohol consumption and sickness absence: from the Whitehall 2 Study", *Addiction*, 88: 369-382, 1993.
- Norges Offentlige Utredninger. *Alkoholpolitikken i endring? Hvordan norske myndigheter kan møte de nye utfordringer nasjonalt og internasjonalt*. Oslo: NOU 1995:24.

- Olsen, K.M & A. Mastekaasa (1997): *Forskning om sykefravær: En oppsummering og vurdering av perioden 1980-96*. Rap. 3/97, Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
- Poikolainen, K. (1996): Alcohol and overall health outcomes. *Ann. Med.*, 28(5): 381-384 (1996).
- Persson, J. & P.H. Magnusson,: "Sickness absenteeism and mortality in patients with excessive drinking in somatic outpatient care", *Scandinavian journal of primary health care*, 7 (4): 211-218, 1989
- Rossow I.: "Alcohol-related violence: the impact of drinking pattern and drinking context" *Addiction* 1996; 91: 1651-1661.
- Rossow I & Demers A. "The impact of marriage on drinking - cross-cultural comparison". Forthcoming, 1997.
- Saglie, J. (1994): *Norske drikkekulturer: Geografi, sosial bakgrunn, livsstil og tilgjengelighet*. SIFA-rap. 1/94, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.
- Shaper A.G.: "Alcohol and mortality: a review of prospective studies" *British Journal of Addiction*, 1990; 85: 847-847.
- Skog, O-J. "The J-curve, causality and public health. Comment on Rehm & Sempo's "Alcohol consumption and all-cause mortality". *Addiction*, 1995; 90: 490-492.
- Rommetveit, A.: *Levekårsundersøkelser 1981-1995. Dokumentasjon og frekvensoversikter*. Bergen: NSD. Rapport nr. 110. 1997.
- Tellnes, G.: *Sickness Certification - an epidemiological study related to community medicine and general practice* University of Oslo, Department of Community Medicine 1990.
- Wikholm S. & Hildrum A. *Helseundersøkelsen 1995. Dokumentasjon og frekvensfordelinger*. Bergen: NSD. Rapport nr. 111, 1997.

SIFA rapport

Følgende rapporter er tidligere utkommet i denne serien:

Rapportene kan bestilles fra instituttet.

- | | |
|------|---|
| 1/88 | Krogh, Per: <i>Pasienter i A-klinikker og kursteder</i> . 218 s., Oslo 1988. |
| 1/89 | Skretting, Astrid og Ole-Jørgen Skog: <i>Arresterte sprøytemisbrukere</i> . 113 s., Oslo 1989. |
| 2/89 | Hauge, Ragnar og Olav Irgens-Jensen: <i>Bruk av narkotika i Norge</i> . 38 s., Oslo 1989. |
| 1/90 | Skog, Ole-Jørgen: <i>Utviklingen av intravenøst narkotikamisbruk i Norge. Anslag for insidens og prevalens</i> . 66 s., Oslo 1990. |
| 2/90 | Nordlund, Sturla: <i>Drikkevaner og restaurantbruk i Trondheim</i> . 151 s., Oslo 1990. |
| 3/90 | Skog, Ole-Jørgen: <i>Prognose for aids-epidemien blant sprøytemisbrukere 1990 - 1999</i> . 26 s., Oslo 1990. |
| 1/91 | Skog, Ole-Jørgen: <i>Selvbetjeningssalg av sterkøl i svenske systembolagbutikker</i> . 26 s., Oslo 1991. |
| 1/92 | Hauge, Ragnar og Jens J. Guslund: <i>Straffutmålingen i promillesaker. En undersøkelse av hvordan endringene i promillelovgivningen i 1988 har påvirket domstolenes straffutmålingspraksis</i> . 104 s., Oslo 1992. |
| 2/92 | Irgens-Jensen, Olav: <i>Bruk av alkohol og narkotika blant tilsatte i Forsvaret. Resultater av en spørreskjemaundersøkelse høsten 1991</i> . 40 s., Oslo 1992. |
| 3/92 | Nordlund, Sturla: <i>Metoder og metodeproblemer ved estimering av alkoholforbruk</i> . 117 s., Oslo 1992. |

- 1/93 Arner, Oddvar: *Hva er alkoholmisbruk? En undersøkelse av nordmenns holdninger til spørsmål omkring alkoholmisbruk og alkoholisme*. 48 s., Oslo 1993.
- 2/93 Skretting, Astrid, Randi Ervik og Kjell Erik Øye: *Aids-informasjonsbussen i Oslo. En intervju-undersøkelse av brukere*. 59 s., Oslo 1993.
- 3/93 Saglie, Jo og Sturla Nordlund: *Alkoholpolitikken og opinionen*. 56 s., Oslo 1993.
- 4/93 Skog, Ole-Jørgen, Øyvind Horverak, Sturla Nordlund og Thor Norström: *Vurdering av konsekvenser av ulike endringer i omsetningsform og priser for alkohol i Norge*. 61 s., Oslo 1993.
- 5/93 Rossow, Ingeborg: *Trends and variations in suicide in Norway. A description and short bibliography*. 28 s., Oslo 1993.
- 1/94 Saglie, Jo: *Norske drikkekulturer: Geografi, sosial bakgrunn, livsstil og tilgjengelighet*. 85 s., Oslo 1994.
- 2/94 Hauge, Ragnar og Amundsen, Arvid: *Virkninger av økt tilgjengelighet på alkohol. En undersøkelse av virkningene av åpning av vinmonopolutsalg i Sogn og Fjordane*. 103 s., Oslo 1994.
- 3/94 Aas, Henrik: *Aksjon mot ulovlig spritomsetning: Data fra evalueringens forundersøkelse*. 100 s., Oslo 1994.
- 4/94 Bretteville-Jensen, Anne Line: *Narkotikadødsfall i Norge. En analyse av utviklingen fra 1976-1993*. 69 s., Oslo 1994.
- 5/94 Rossow, Ingeborg og Amundsen, Arvid: *The Norwegian Conscript Study. A description of data collection, linkage of registers and establishment of data files*. 32 s., Oslo 1994.
- 1/95 Amundsen, Arvid, Sturla Nordlund og Per Halvor Vale: *Alkohol og narkotika i Oslo*. 27 s., Oslo 1995.

- 2/95 Rossow, Ingeborg og Træen, Bente: *På kafe i Norge. Om kafebruk, alkoholbruk og livsstil*. 59 s., Oslo 1995.
- 3/95 Arner, Oddvar, Grethe Lauritzen, Helge Waal og Arvid Amundsen: *Forprosjekt til en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling. En undersøkelse ved 14 behandlingstiltak for Oslo*. 194 s., Oslo 1995.
- 1/96 Skretting, Astrid: *Bruk av tobakk, alkohol og narkotika blant norske 9. klassinger. Resultater fra en skoleundersøkelse - 1995*. 48 s., Oslo 1996.
- 2/96 Aas, Henrik Natvig: *Evaluering av Aksjon mot ulovlig spritomsatning*. 107 s., Oslo 1996.
- 3/96 Pernanen, Kai: *Sammenhengen alkohol - vold*. 143 s., Oslo 1996.
- 4/96 Ugland, Trygve: *EØS, EU og alkoholmonopolene: En komparativ studie av de nordiske lands respons og strategivalg*. 89 s., Oslo 1996.
- 5/96 Ødegård, Einar: *På ulendte veier - evaluering av Stifinnerprosjektet*. 125 s., Oslo 1996.
- 6/96 Christensen, Astrid: *"Jenter som kommer og jenter som går" En oppfølgingsundersøkelse av kvinnelige rusmiddelmisbrukere som har vært i behandling på kvinnekollektivet ARKEN i tiden 1992-1993*. 101 s., Oslo 1996.
- 1/97 Lund, Ingeborg: *Alkohol og marked. Nye utfordringer i kjølvannet av EØS-avtalen*. 111 s., Oslo 1997.
- 2/97 Fugleberg, Ole: *Metodiske problemer i forbindelse med estimering av det uregistrerte alkoholkonsumet i Norge. Bruk av aggregerte data fra Vinmonopolets salg og oppgitt konsum fra surveyundersøkelser*. Oslo 1997.
- 3/97 Rossow, Ingeborg og Grimsmo, Asbjørn: *Alkohol og sykefravær*. Oslo 1997.

- 4/97 Skretting, Astrid: *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo.*
Del 1: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige
behandlingstiltak. Oslo 1997.
- 5/97 Ervik, Randi: *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo.*
Del 2: Behandlingsforløp og status. Oslo 1997.

ISBN 82-7171-212-8

Arbeidsforskningsinstituttet
Work Research Institute

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforski
National Institute for Alcohol and Drug Research

◀ **Falch** Hurtigtrykk, Oslo 8547 www.falch.no