



Av: Cecilie Schou Andreassen,  
KoRus - Bergen

Mer enn 10 000 personer har deltatt i en webbasert kartleggingsundersøkelse om rus. Alkoholkultur på arbeidsplassen var blant de temaene en ønsket å vite mer om. Undersøkelsen viste blant annet at jobbrelatert drikking øker proporsjonalt med lederansvar.

## Rus og voksenbefolkningen

### BAKGRUNN

Tidlig intervensjon på rusområdet er et prioritert satsningsområde i regjeringens opptrappingsplan på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Det er videre konkludert med at innsatsen som til nå har vært gjort i forhold til voksengruppen på dette feltet har vært mangelfull (Nesvåg, Backer-Grøndahl, Duckert, Enger, Huseby, & Kraft, 2007).

Systematisk gjennomgang av litteraturen viser i tillegg store ubrukte teknologiske muligheter med tanke på å kommunisere med voksenalderen på (Hester & Miller, 2006; Squires & Hester, 2002). I et prosjekt fra 2010 utførte vi et målrettet metodeutviklingsarbeid i tråd med dette (Andreassen & Johannessen, 2011), som vi så hensiktsmessig å anvende videre.

Behovet for økt kunnskap om rus i voksenbefolkningen samt mangelfull innsats på tidlig intervensjon av rus i voksenbefolkningen, var derfor utgangspunktet for dette prosjektet. På denne bakgrunn ønsket vi å formidle samt rekruttere et større utvalg til å delta i en webbasert kartleggingsundersøkelse om rus. I denne forbindelse ønsket vi i særlig grad å komme i kontakt med yrkesaktive, siden arbeidslivet er vurdert som en egnet arena for å nå den prioriterte målgruppen (voksne).

Resultatene fra undersøkelsen er nylig sammenfattet i prosjektrapporten "Rus og voksenbefolkningen – Tidlig intervensjon ut fra et arbeidslivsperspektiv" (Andreassen & Johannessen, 2012). Denne artikkelen er en revidert og kortfattet versjon av prosjektrapporten.

## METODE OG TILNÆRMING

I de følgende avsnitt gis først en oversikt over relevante sider ved utvalget som deltok i undersøkelsen. Videre beskrives måleinstrumenter som ble brukt samt prosedyre, prosess og fremdrift i undersøkelsen og prosjektet som helhet, i tillegg til at viktige statistiske og etiske aspekter ved prosjektet skisseres.

### Utvalg

Totalt 10171 personer, 6543 menn og 3623 kvinner, besvarte spørreskjemaundersøkelsen. Gjennomsnittsalder i utvalget var 41.8 (SD=13.6), med et aldersspenn fra 19 til 90 år. En stor andel av utvalget var gifte/samboere/partnere (n=6528) og yrkesaktive (n=7111). Utdanningsmessig hadde 3496 personer utdanning på universitets/høyskolenivå, 3845 yrkesskole/fagskole, 1390 gymnas og 1437 grunnskole som høyeste oppnådde utdanning. Av de som var yrkesaktive bestod utvalget av ansatte i privat sektor (n=4225), offentlig sektor (n=2486) og selvstendig næringsdrivende (n=276) – fordelt på 25 bransjer. 3983 personer, over halvparten av de som var yrkesaktive, hadde lederoppgaver på ulike nivå.

### Instrumenter

*Demografi:* Demografiske spørsmål i undersøkelsen omfattet kjønn, alder, sivil status, utdanning, primær yrkesstatus, yrkessektor, bransje, stilling og ordinær arbeidstid per uke.

*Alkoholkultur:* Alkoholkultur på arbeidsplassen ble målt, hos de respondentene som krysset seg av som yrkesaktive, med fem enkeltspørsmål vedrørende opplevd

alkoholkultur på egen arbeidsplass (Nesvåg, 2005). Respondentene ble bedt om å besvare spørsmålene på en skala fra 1 (Stemmer ikke i det hele tatt) til 5 (Stemmer helt) (for eksempel "Ledelsen på min arbeidsplass er tilbakeholdne med å servere alkohol til ansatte på sosiale arrangementer, ved feiringer og lignende"

Ledelsen på min arbeidsplass reagerer overfor ansatte som bruker rusmidler på en ikke-akseptabel måte

og "Ledelsen på min arbeidsplass reagerer overfor ansatte som bruker rusmidler på en ikke-akseptabel måte"). Lave verdier indikerte en liberal

alkokultur, mens høye verdier indikerte en konservativ alkokultur på arbeidsplassen.

*Alkohol og arbeidsliv:* I tillegg ble respondentene bedt om å svare på tre spørsmål som handlet om hvor ofte de det siste året hadde (1) unnlatt å gå på jobb på grunn av bakrus, (2) hatt problemer med å fungere i jobben dagen derpå samt (3) hvor ofte de hadde drukket alkohol i jobbsammenheng. Spørsmålene skulle besvares på en skala fra 1 (Aldri) til 5 (Daglig eller nesten daglig).

*Alkoholvaner:* Alkoholvaner ble målt med det velkjente instrumentet Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders, Aasland, Babor, De La Fiente, & Grant, 1993). AUDIT, som er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon, består av 10 testledd eller spørsmål vedrørende alkoholvaner som til sammen måler hvorvidt en persons alkoholkonsum kan ansees som skadelig. Instrumentet tapper tre aspekter eller dimensjoner ved alkoholvaner: (1) alkoholkonsum, (2) avhengighet og (3) alkoholrelaterte problemer/konsekvenser. AUDIT er egnet

til å skille mellom tegn på avhengighet ("rød" sone), risikofylt forbruk ("gul" sone) og annet forbruk ("grønn" sone). Høye skårer indikerer "rød" sone. På bakgrunn av forskjellen mellom menn og kvinners gjennomsnittsvekt, blodvolum og forbrenning av alkohol (Snow, 2007), ble spørsmålet som måler hvor ofte man drikker mer enn et gitt antall alkoholenheter (AE) ved samme anledning, tilpasset kjønnene (6 AE ble brukt for menn og 4 AE for kvinner). Undersøkelsen ble lagt opp slik at respondentene fikk umiddelbar, dog kortfattet og generell, tilbakemelding på sin AUDIT-sumskåre, og hvorvidt de rapporterte at alkoholvanene kunne betraktes som risikofylte med forslag til potensielle tiltak. Sumskårer og graden av risiko ble rangert slik: lav (0-7), økende risiko (8-15), høy risiko (16-25) og svært høy risiko (26-40) – i tråd med de grenseverdier Verdens helseorganisasjon opererer med. Respondentene fikk i denne sammenheng kjennskap samt mulighet til å klikke seg inn på en nettside som tilbød våre selvhjelpsprogrammer for alkohol, cannabis og kokain ([www.rushjelp.no](http://www.rushjelp.no)).

Samlet sett bestod testbatteriet av spørreskjemaer som i fagmiljøet, nasjonalt og internasjonalt, blir ansett som godt dokumenterte målemetoder og som tilfredsstillende de viktigste testtekniske krav om validitet (treffsikkerhet), reliabilitet (pålitelighet), normering (tilpasset norske forhold) og generaliserbarhet.

### **Webbasert selvhjelpsprogram**

Undersøkelser har vist at selvhjelp kan ha betydelig helsefremmende effekt. Denne dokumenterbare effekten har også vist seg i studier hvor man har evaluert tidlige rusintervensjoner ved hjelp av interak-

tive selvhjelpsmetoder (Hester & Miller, 2006). Alle respondenter som deltok på undersøkelsen fikk tilgang til et slikt program via nettadressen [www.rushjelp.no](http://www.rushjelp.no). Her tilbyr Stiftelsen Bergenslinikkene en internettside for interaktive og digitalbaserte tester og selvhjelpsprogrammer. Den webbaserte selvhjelpsportalen er et interaktivt tiltak rettet mot dem som anonymt ønsker å utforske sine rusvaner (alkohol, cannabis og kokain) via internett. Metodikk, program og innhold brukt i webportalen er forskningsmessig evaluert som effektive (Blankers, Kerssemakers, Schramade, & Schippers, 2007; Blankers, Koeter, & Schippers, 2009). Som opplyst på nettsiden, er de "døgnåpne" programmene beregnet for personer med milde til moderate alkohol-, cannabis-, og/eller kokainproblemer og som lever i stabile boforhold og er i kontakt med venner, slektninger eller kolleger.

### **Prosedyre, prosess og fremdrift**

Utvalget ble rekruttert til en webundersøkelse om rus i voksenbefolkningen i forlengelsen av en tv-reportasje (Lørdagsmagasinet, TV2 mars 2011) om rus i arbeidslivet basert på et nylig avsluttet prosjekt (Andreassen & Johannessen, 2011) laget av en nasjonal TV-kanal/stasjon. På slutten av reportasjen ble seerne invitert til å delta i en webbasert undersøkelse ved å gå inn på kanalens nettside ([www.tv2.no](http://www.tv2.no)), hvor en link til undersøkelsen lå, der de i tillegg fikk umiddelbar skåre på sine egne alkoholvaner og hvorvidt disse kunne betraktes som risikofylte (med kortfattet forslag til eventuelle tiltak). Respondenter ble opplyst om at testen/undersøkelsen ble gjennomført av TV2 i samarbeid med forskere ved Universitetet i Bergen og Stiftelsen Bergens-

klinikkene. De ble opplyst om at formålet med testen/undersøkelsen var å måle alkoholvaner, hvor resultatene som ble samlet inn ville bli brukt i forskningsøyemed. I tillegg ble potensielle deltakere orientert om at svarene som ble avgitt var helt anonyme, og således ikke kunne tilbakeføres til enkeltpersoner. Avslutningsvis fikk respondentene tilgang til lenken [www.rushjelp.no](http://www.rushjelp.no), som viste vei til Bergensklinikkens egen webbaserte selvhjelpsportal. Portalen består av et knippe nettbaserte selvhjelpsprogrammer og ulike "online" testverktøy for ulike rusproblemer.

Samme prosedyre ble utført i samarbeid med en nasjonal nettavis (DN.no), hvor det ble laget en reportasje på deres nettside sammen med link til undersøkelsen.

Undersøkelsen ble administrert av et firma som leverer internettsurveys. Alle svar ble lagret på en server administrert av dette firmaet. Etter en måned ble dataene samlet og sent på en Excel-fil som inneholdt alle de samlede dataene til forskningsteamet ved UiB/Stiftelsen Bergensklinikkene.

### **Statistikk**

Det ble knyttet statistisk og metodologisk ekspertise til undersøkelsen/prosjektet. Systematiske forskjeller ble analysert med vanlige statistiske metoder (SPSS 17.00 for Windows). Gjennomsnitt, standardavvik og prosentvis fordeling ble regnet ut for de ulike variablene i undersøkelsen. Stort sett ble kun deskriptive statistiske parametre beregnet, således ble fortolkende og mer avanserte former for statistiske analyser begrenset. Dette ble gjort både på bakgrunn av kostnadsmessige og forskningsmessige (lover

knyttet opp mot senere publikasjoner) hensyn. For å imidlertid kunne utforske forholdet mellom ulike variabler noe mer detaljert ble noen hierarkiske multiple regresjonsanalyser gjennomført.

### **Etikk og kvalitetssikring**

Undersøkelsen fulgte vanlige etiske retningslinjer. Den ble før oppstart søkt godkjent og tilrådd av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), Personvernombudet for forskning. I tillegg ble det rettet en henvendelse til Regional Komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Helse Vest (REK Vest) for å høre om det var nødvendig å søke prosjektet godkjent før oppstart. I alle ledd av prosjektet foretok vi intern kvalitetssikring og vurderte dets fremdrift, arbeidsmåter og resultater. Alle som var knyttet til undersøkelsen var bundet til sin taushetsplikt, og alle forhåndsregler ble fulgt med hensyn til anonymisering av enkeltpersoner og utvalg.

### **RESULTATER**

I avsnittene nedenfor oppsummeres sentrale funn fra prosjektets hoveddel.

#### **Alkoholkultur**

Menn rapporterte i gjennomsnitt om betydelig mer liberal alkoholkultur på sin arbeidsplass enn kvinner. På sektornivå fant vi at det rapporteres en mer liberal alkoholkultur i privat sektor og blant selvstendig næringsdrivene, enn i offentlig sektor. På bransjenivå fant vi mest liberal alkoholkultur i bransjene media/informasjon/PR, bank/finans/forsikring, salg/markedsføring, IT/telekommunikasjon/internett, hotell/restaurant/storhusholdning, konsulenter/frie yrker og kunst og kultur. Renhold/renovasjon,

helse/sosial og utdanning/undervisning/forskning var de bransjene hvor det rapporteres om mest konservativ alkoholkultur. Videre så fant vi ingen betydelige forskjeller på stillingsnivå vedrørende opplevd alkoholkultur på egen arbeidsplass. Alkoholvaner, alder og sektor var de tre variablene som forklarte mest når vi i vår modell forsøkte å forklare opplevd alkoholkultur på egen arbeidsplass.

### **Alkohol og arbeidsliv Jobbrelatert drikking**

17.5 % (ca 1 av 5) av utvalget rapporterte at de aldri har drukket alkohol i jobbsammenheng det siste året, mens 67.7% (ca 2 av 3) rapporterte at de sjeldnere enn månedlig har drukket i jobbrelaterede sammenhenger. Vi fant at ca en av seks (14.8%) har drukket i jobbrelaterede sammenhenger nokså jevnlig, definert som enten flere dager i måneden, noen dager i uken eller daglig det siste året. Bruk av alkohol i jobbrelaterede sammenhenger (som ved reiser, representasjon og feiring) forekom hyppigst blant topp- og mellomlederne, både blant menn og kvinner. Jobbrelatert drikking økte altså proporsjonalt med lederansvar. Kvinner drakk imidlertid noe mindre enn sine mannlige kolleger ved samtlige stillingsnivå. Disse funnene er i tråd med funn gjort i tilsvarende undersøkelser (Skutle et al., 2009). På sektornivå fant vi at det drikkes betydelig oftere i jobbrelaterede sammenhenger i privat sektor og blant selvstendig næringsdrivende, enn i offentlig sektor. Alkoholkultur på arbeidsplassen og alkoholvaner blant ansatte var de to variablene som forklarte mest

På sektornivå fant vi at det drikkes betydelig oftere i jobbrelaterede sammenhenger i privat sektor og blant selvstendig næringsdrivende, enn i offentlig sektor.

når vi i vår modell forsøkte å forklare jobbrelatert drikking.

### **Alkohol og fravær**

87.7 % (ca 9 av 10) av utvalget rapporterte at de aldri har latt være å gå på jobb på grunn av bakrus/dagen derpå det siste året, 12.2 (ca 1 av 10) rapporterte at dette har forekommet enten flere ganger i året, flere ganger i måneden, noen dager i uken eller daglig. Alkoholvaner og jobbrelatert drikking var de to variablene som forklarte mest når vi i vår modell forsøkte å forklare alkoholrelatert fravær.

### **Alkohol og jobbrelatert funksjonstap**

71.1% (ca 2 av 3) av utvalget rapporterte at de aldri har hatt problemer med å fungere i jobb dagen derpå det siste året, mens 28.9% (ca 1 av 3) rapporterte at dette har forekommet enten flere ganger i året, flere ganger i måneden, noen dager i uken eller daglig. Alkoholvaner, jobbrelatert drikking, alder og stillingsnivå var de fire variablene som forklarte mest når vi i vår modell forsøkte å forklare alkoholrelatert funksjonstap i jobb.

## **ALKOHOLVANER**

### **Demografiske variabler**

Gjennomsnittlig rapporterte utvalget (n=8909) en AUDIT-skåre på 9.33 (SD=6.24), som er en betydelig høyere skåre enn hva vi finner i tilsvarende undersøkelser. Dette kan skyldes såkalt selvseleksjon, da de som allerede drikker mye kan ha rekruttert seg til studien.

I forhold til alder og kjønn så vi at alkoholvaner minker proporsjonalt med økt alder for begge kjønn. Menn i alle aldersgrupper drakk imidlertid mer enn kvinner, som vi også vet fra annen forskning. Det vil si at menn under 26 år drakk mest, mens kvinner over 65 år drakk minst. Vi så også at blant gruppen 65+ flater kjønnsforskjellene ut. De med sivil status som enslig/skilt/separert/enke/enkemann rapporterte om høyere AUDIT-skåre enn de som var gift/samboer/partner. På utdanningsnivå fant vi at grad av risikofylte alkoholvaner minker proporsjonalt med økt utdanning, det vil si at de med lavest utdanning rapporterte om størst alkoholforbruk – og de med høyest utdanning rapporterte om lavest forbruk. De med høy utdannelse drakk imidlertid oftere enn de med lavere utdanning, dog ikke på en risikofylt måte.

### Jobbrelaterte variabler

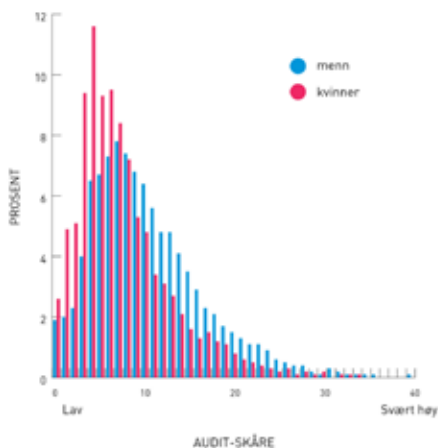
På yrkesstatusnivå fant vi at de som rapporterte om mest risikofylt alkoholforbruk var gruppen arbeidsledige, studenter/elever og de som er på avkla-

ringspenger. Pensjonister var den gruppen som drakk minst. På sektornivå rapporterte de i privat sektor og selvstendig næringsdrivende om betydelig høyere alkoholforbruk, enn de i offentlig sektor. I forhold til stilling og kjønn så vi at for menn minket alkoholforbruket proporsjonalt med økt ansvar i jobben, mens for kvinner var det motsatt – jo mer ansvar, jo høyere alkoholinntak. Likevel drakk menn betydelig mer enn kvinner på samtlige stillingsnivå.

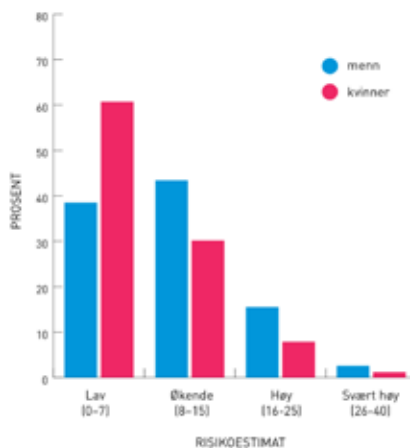
### Risikofylt alkoholforbruk

Kategorisert etter risikoestimert alkoholforbruk fant vi at hele 61% av kvinnene og 39% av mennene havnet i kategorien lav risiko (AUDIT-skåre 0-7). Når det gjaldt økende grad av risiko (8-15) fant vi at 43% av mennene og 30% av kvinnene havnet her. I gruppen høy risiko (16-25) havnet 16% av mennene og 8% av kvinnene. I gruppen svært høy risiko (26-40) fant vi 3% av mennene og 1% av kvinnene. Dette betyr at vi samlet fant at 39% av kvinnene og 61% av mennene var forbundet med et risikofylt alkoholforbruk.

Alkoholvaner – AUDIT-SKÅRE ETTER KJØNN, prosentuert innen kjønn [N=8,909 – menn 5,697/kvinner 3,212]



Alkoholvaner – RISIKOESTIMERT AUDIT-SKÅRE ETTER KJØNN [N=8,909 – menn 5,697/kvinner 3,212].



Omfanget av jobberelatert drikking, alder, kjønn og alkoholkultur på arbeidsplassen var de variablene som forklarte mest når vi i vår modell forsøkte å forklare alkoholvaner.

### POTENSIELLE FEILKILDER

Dataene og dermed resultatene kan ha blitt påvirket av en rekke forhold. Vi ønsker derfor å påpeke noen slike mulige begrensninger.

Samtlige instrumenter/skjemaer benyttet til kartleggingsundersøkelsen involverte selvrapportering. Selvseleksjon kan for eksempel ha ledet til "responskjevhet". Selve markedsføringen av kartleggingsundersøkelsen ("Test dine alkoholvaner her", "Finn ut om du er i risikosonen her") kan ha tiltrukket/frastøtt seg ulike grupper informanter. Enkelte kan ha opplevd at svaralternativene ikke passet for dem, og at de dermed unnlot å svare. Vi vet ingenting om dem som ikke deltok, eller hvorfor de unnlot å svare.

Kartleggingen ble lagt opp slik at respondentene fikk umiddelbar, dog kortfattet og generell, tilbakemelding på sin AUDIT-skåre, og hvorvidt de rapporterte alkoholvanene kunne betraktes som risikofylte. Grenseverdien som ble satt for risikofylt alkoholbruk og tilbakemeldingen enkelte endte opp med kan ha ført til at noen valgte å svare på ny, da de ikke kjente seg igjen i kategorien de havnet i. I tidligere og tilsvarende undersøkelser har vi fått tilbakemeldt at noen derfor dobbeltrapperer, og det er sannsynlig at dette også har skjedd i dette utvalget. Dette vil selvsagt være en feilkilde i forskningsøyemed. Samtidig hadde vi i dette prosjektet også klare målsetninger om å

skape fokus og bevisstgjøring rundt tidlig intervensjon på rusområdet i voksen-gruppen – noe vi konkluderer med at vi langt på vei fikk til.

Videre er det viktig å nevne at rusvaner ofte er tabubelagte, som i sin tur øker sannsynligheten for underrapportering i undersøkelser hvor dette er fokus. Vi forsøkte å bøte mot dette ved å forsikre fullstendig anonymitet samt legge link til undersøkelsen ut på en nøytral nettside som for eksempel ikke representerte en arbeidsgiver og lignende forhold.

I spørreskjemaundersøkelser kan respondentene etter hvert gå lei og svare mer tilfeldig enn nøyaktig, særlig når undersøkelsene består av mange spørsmål. Dette mener vi i mindre grad påvirket denne undersøkelsen, da skjemaet tok om lag 5 minutter å fylle ut.

Avslutningsvis blir det viktig å understreke at det er viktig at disse potensielle feilkildene tas med i betraktning når man vurderer de spesifikke resultatene og betydningen av dem.

### VEIEN VIDERE

Funnene fra prosjektets hoveddel støtter i stor grad annen forskning på feltet, eksempelvis de resultater som ble presentert i rapporten "Ett glass vin etter jobben" (Skutle et al., 2009) av 6300 norske ansatte. Ut fra et tidlig intervensjonsperspektiv er det blant annet avgjørende med kjennskap til potensielle risikogrupper/faktorer for å få til tidlig intervensjon i praksis. Resultatene fra denne rapporten vil kunne tjene som en referanse for det videre rusrelaterte arbeidet i arbeidslivet i et forebyggingsøyemed.

*Individuelle risikofaktorer for utviklingen av risikofylte alkoholvaner synes å være:*

**Kjønn:** Menn drikker oftere og mer enn kvinner. Flere menn (19%) enn kvinner (9%) rapporterer om et risikofylt alkoholforbruk. Trenden er likevel at forskjellen mellom kjønnene minker.

**Alder:** Yngre drikker mer og oftere enn eldre. Alkoholkonsum reduseres proporsjonalt med alder. Tidlig intervensjon bør derfor rettes mot de yngste aldersgruppene.

**Sivil status:** Enslige drikker mer og oftere enn de som ikke er enslige.

**Utdanningsnivå:** De med lavere utdanning rapporterer om mer risikofylte alkoholvaner enn den med høyere utdanning. Risikofylte alkoholvaner minker proporsjonalt med utdanning. De med høyest utdanning drikker likevel oftere enn de med lavere utdanning (høyere gjennomsnittsverdi på spørsmål 1 i AUDIT: Hvor ofte drikker du alkohol?), men likevel ikke på en risikofylt måte.

**Yrkesstatus:** Det å være student/elev, på avklaringspenger og arbeidsledig er forbundet med betydelig mer risikofylt alkoholforbruk enn de øvrige gruppene. Vi vet også fra annen forskning at studenters alkoholforbruk øker, og økningen er størst for kvinnelige studenter (Skutle et al., 2009).

*Jobbrelaterte risikofaktorer for utvikling av risikofylte alkoholvaner synes å være:*

**Sektor:** Privat sektor og gruppen selvstendig næringsdrivende drikker betydelig mer enn de i offentlig sektor

**Stillingsnivå:** Blant menn reduseres det risikofylte alkoholforbruket proporsjonalt med ansvar (topplederne drikker minst), mens det blant kvinner går motsatt vei (kvinnelige toppler drikker betydelig mer enn kvinnelige arbeidere og funksjonærer).

**Alkoholkultur:** Konservativ alkoholkultur på arbeidsplassen er forbundet med lavere risikofylt alkoholforbruk, mens en liberal alkoholkultur på arbeidsplassen er forbundet med høyere risikofylt alkoholforbruk. Av denne grunn kan det være formålstjenlig å sette alkoholkultur på agendaen.

**Jobbrelatert drikking:** Jobbrelatert drikking samvarierer positivt med risikofylte alkoholvaner. Det er betydelig flere ledere enn øvrige ansatte som deltar i jobbrelatert drikking.

I et forebyggingsperspektiv vil arbeidslivet være tjent med å fokusere på massen - de som drikker på "grønt" og "gult", da det er disse som samlet sett koster arbeidslivet mest - framfor de få prosentene som drikker på "rødt". Fra implementeringsforskning vet vi at tidlig intervensjon på arbeidsplassen forutsetter at ledelsen og HMS-virksomheten er proaktive i det rusforebyggende arbeidet, og at de får effektive strategier og modeller for selektiv intervensjon i arbeidslivet. Derfor er forankring på arbeidsplassen helt avgjørende i denne sammenheng.

Vi vet at mange ledere vegrer seg mot å gripe inn i denne tematikken, til tross for at motivet for å gripe inn tidlig har gevinster knyttet til bedre helse, bedre sikkerhet, lavere sykefravær, bedre utføring av arbeidet og forhindring av avhengighet. På arbeidslivsarenaen anbefaler vi derfor at man starter med å diskutere internt og stille viktige spørsmål som: Har vi nok kunnskap? Har vi aktuelle risikogrupper på vår arbeidsplass? Hvilket ansvar har vi? I tillegg kan det være nyttig å skaffe seg oversikt over lokale ressurser samt trening på det å gå fra bekymring til handling. Opplæring i metoden Moti-



verende Samtale har vist seg å ha effekt i et arbeidslivsperspektiv og er en klient-sentrert, rådgiverstyrt samtalem metode for å styrke/fremme indre motivasjon til endring gjennom å utforske og løse ambivalens (Hermansson et al., 2010). Opplæring i metoden vil kunne forbedre kompetanse overfor nøkkelpersonell med tidlig intervensjonstiltak. Kompetansesentrene vil kunne bistå med veiledning og hjelp til å utvikle gode rutiner og arbeidsmåter.

Videre kan det å la de ansatte få mulighet til å screene sine alkoholvaner og få tilbakemelding på disse, være effektivt. Dette kan foregå på ulike måter. I et kostnads-perspektiv vil det være gunstig å tilby treffsikre anonyme webbaserte spørreskjemaundersøkelser med umiddelbar tilbakemelding på de ansattes vaner, eller som standardisert ledd i de ordinære helse- og livsstilsundersøkelsene BHT/fastlege gjennomfører. Målet bør være at alkoholvaner behandles og fokuseres på lik linje som andre livsstilsområder (kosthold, fysisk trening og lignende) – i et såkalt frisklivsperspektiv.

Hittil på feltet vet vi en del om ulike risikogrupper og alkoholvaner i norsk arbeidsliv. I fortsettelsen og veien videre vil det være formålstjenlig å evaluere ulike tidlig intervensjonstiltak i arbeidslivet, slik at vi øker kunnskapsbasen om ulike metoders dokumenterbare effekt. Hva virker? Og hva virker best? For å få til dette er det sentralt at ulike kompetansesentre på rusområdet, forskningsinstanser

og sentrale aktører arbeider sammen for å finne frem til "best practice" av tidlig intervensjon på rusområdet i voksebefolkningen.

## KONKLUSJON

På bakgrunn av at økt kunnskap om alkoholbruk i voksebefolkningen og tidlig intervensjon på rusområdet er et prioritert satsningsområde i regjeringens opptrappingsplan på rusfeltet, samt at mangelfull innsats er gjort i forhold til voksegruppen spesielt, så Kompetansesenteret det som hensiktsmessig å gjennomføre det foreliggende prosjektet.

I rammeverket av tidsriktige teknologiske nyvinninger har derfor prosjektet initiert forskning kombinert med tidlig intervensjon i voksegruppen på følgende måter:

1. Kartlagt alkoholvaner, alkoholbruk og alkoholkultur i et større utvalg på tvers av yrkesstatus, yrker og 25 bransjer på om lag 10.000 personer ved hjelp av internettsurveys. Funnene er i tråd med annen forskning på feltet.
2. Tilbakemeldt alkoholvaner ved at de 10.000 respondentene fikk umiddelbar og kortfattet tilbakemelding på sine alkoholvaner, hvorvidt de var risikofylte og med forslag til potensielle tiltak ved hjelp av det etablerte screeningverktøyet AUDIT (Saunders et al., 1993).
3. Synliggjort Stiftelsen Bergensklinikkenes egen webbaserte selvhjelpsportal

I fortsettelsen og veien videre vil det være formålstjenlig å evaluere ulike tidlig intervensjonstiltak i arbeidslivet, slik at vi øker kunnskapsbasen om ulike metoders dokumenterbare effekt.

for alkohol, cannabis og kokain for utvalget, ved at respondentene som deltok i undersøkelsen fikk kjennskap og mulighet til å klikke seg inn på en link som tilbyr disse selvhjelpsprogrammene.

#### 4. Formidlet og skapt fokus på alkoholbruk og tidlig intervensjon av rus i arbeidslivet via sentrale mediekanaler.

Samlet sett sikret disse innsatsene høy kvalitet, og prosjektet ble gjennomført innenfor kvalitetssikre og etiske rammer, og i tett samarbeid med alle involverte parter. Resultatene fra prosjektet vil bli bearbeidet ytterligere i vitenskapelige artikler og søkt publisert i internasjonale tidsskrift på feltet.

#### **Om forfatteren:**

*Cecilie Schou Andreassen er utdannet psykolog med doktorgrad fra Universitetet i Bergen. Hun er klinisk psykologspesialist i psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblematikk og har som interesse/spesialområder : Rus og avhengighet, nærvær og fravær i arbeidslivet, organisasjonspsykologi og Motiverende Samtale.*

#### **Referanser:**

Andreassen, C. A., & Johannessen, V. (2012). Rus og voksenbefolkningen: Tidlig intervensjon ut fra et arbeidslivsperspektiv. Rapport KoRus Vest Bergen/Stiftelsen Bergsklinikkene.

Andreassen, C. A., & Johannessen, V. (2011). Rus og voksenbefolkningen: Tidlig intervensjon ut fra et kjønns spesifikt perspektiv. Rapport KoRus Vest Bergen/Stiftelsen Bergsklinikkene.

Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2000). Alcohol screening and brief intervention: Dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95(5), 677-686.

Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramade, M., & Schippers, G. (2007). Initial experiences with internet self-help for problem drinkers. *Maandblad Geesrelijke Volksgezundheid*, 62 (12), 1032-1043.

Blankers, M., Koeter, M., & Schippers, G. M. (2009). Evaluating real-time internet therapy and online self-help for problematic alcohol consumers: a three-arm RCT protocol. *BMC Public Health*, 9, 16.

Conigrave, K. M., Hall, W. D., & Saunders, J. B. (1995). The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction*, 90, 1349-1356.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). Opptappingsplan for rusfeltet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter/%20FHA/Oppt.plan.pdf>

Helsedirektoratet. (2009a). Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet (Veileder IS-1742). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00175/Fra\\_bekymring\\_til\\_h\\_175049a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00175/Fra_bekymring_til_h_175049a.pdf)

Hermansson, U., Helander, A., Brandt, L., Huss, A., & Rönnerberg, S. (2010). Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-Year Randomized Controlled Study. *Alcohol & Alcoholism*, 45(3), 252-257.

Hester, R. K., & Miller, J. H. (2006). Computer-based tools for diagnoses and treatment of alcohol problems. *Alcohol Research & Health*, 29, 37-40.

Nesvåg, S. (2004). Alkokulturer i norsk arbeidsliv. Doktoravhandling, Universitet i Oslo.

Nesvåg, S., Backer-Grøndahl, A., Duckert, F., Enger, Ø., Huseby, G., & Kraft, P. (2007). Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering. Rapport IRIS – 2007/021.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. The Guildford Press.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fiente, J. R., Grant, M. (1993). Development of The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaboration. Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction*, 88(6), 791-804.

Skutle, A., Buvik, K., & Iversen, E. (2009). "Et glass vin etter jobben". Rapport Stiftelsen Bergensklinikkene/AKAN kompetansesenter.

Snow, R. (2007). Sex, gender & vulnerability: Background paper prepared for the Woman and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health. International Institute, School of Public Health, Population Studies Center, Michigan, USA.

Storvoll, E. E., Rossow, I., Moan, I.S., Norström, T., Scheffels, J., & Lauritzen, G. Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk. Rapport SIRUS - 2010/3.

Squires, D. D., & Hester, R. K. (2002). Development of a computer-based, brief intervention for drinkers: the increasing role for computer in the assessment and treatment of addictive behaviors. *The Behavior Therapist*, 25, 59-65.