



## Samfunnskostnader ved alkoholbruk

*Gjennomført på oppdrag fra Actis, Blå Kors og Av-og-til*

## Om Oslo Economics

*Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner.*

*Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk og helseøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.*

## Kartlegging og analyse

*Oslo Economics tilbyr konsekvensanalyser, kostnadsanalyser og andre former for samfunnsøkonomisk utredning. Vi har kompetanse på samfunnsøkonomiske analyser i henhold til Finansdepartementets rundskriv og veiledere. Vi har bred erfaring fra analyser av lovendringer og satsningsforslag.*

*Vi har bred erfaring med analyser innen helse- og omsorgssektoren. Vi kjenner sektoren godt, både dens aktører, tjenestenivåer, finansierings-system og organisering. Vi legger vekt på en helhetlig vurdering av komplekse sammenhenger.*

© Oslo Economics, januar 2022

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192

Foto/illustrasjon: iStock.com

# Innhold

<b>Sammendrag og konklusjoner</b>	<b>4</b>
<b>1. Behov for å kartlegge samfunnskostnader ved alkoholbruk</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for oppdraget	6
1.2 Formål og metode	6
<b>2. Norge har et lavt alkoholkonsum preget av mye beruselse</b>	<b>7</b>
2.1 Alkoholbruk i Norge	7
2.2 Norsk alkoholpolitikk	10
2.3 Forebyggingstiltak	10
2.4 Alkoholbruk i andre land	11
<b>3. Tapte livskvalitet og tapte leveår utgjør den største kostnaden forbundet med alkoholkonsum</b>	<b>13</b>
3.1 Beregning av samfunnskostnader	13
3.2 Samfunnskostnader inkludert i analysen	14
3.3 Tidligere anslag på samfunnskostnadene ved alkoholbruk	14
3.4 Tapte leveår og redusert livskvalitet som følge av alkoholbruk	15
3.5 Kostnader i helse- og omsorgstjenesten forbundet med alkoholkonsum	20
3.6 Tapte verdiskaping som følge av alkohol	25
3.7 Ressursbruk i andre sektorer	29
3.8 Oppsummering av samlede kostnader	34
<b>4. Økt alkoholkonsum vil ha store konsekvenser for samfunnet</b>	<b>36</b>
4.1 Mulige drivere for økt alkoholbruk	36
4.2 Faktorer som påvirker skadevirkningene av alkohol	37
4.3 Metode	37
4.4 Samfunnskostnader ved en økning i alkoholkonsumet i Norge	38
<b>5. Diskusjon</b>	<b>40</b>
<b>6. Referanser</b>	<b>41</b>
<b>Vedlegg A Diagnoser i datauttrekk fra Norsk pasientregister (NPR)</b>	<b>47</b>
<b>Vedlegg B Diagnoser i datauttrekk fra NAV</b>	<b>50</b>
<b>Vedlegg C Definisjoner</b>	<b>51</b>
<b>Vedlegg D Nærmere om beregning av produksjonstap</b>	<b>52</b>

## Sammendrag og konklusjoner

*Alkohol er det mest brukte rusmiddelet i Norge og er ofte knyttet til feiring og sosiale anledninger. Samtidig gir alkoholbruk en rekke negative konsekvenser både for brukeren, pårørende og for samfunnet som helhet. Norge har et lavt alkoholkonsum per innbygger sammenlignet med andre land, samtidig som andelen av befolkningen som drikker er høy og drikkemønsteret i stor grad er preget av beruselse. Dagens alkoholkonsum fører til store kostnader i en rekke deler av samfunnet, og en eventuell økning i alkoholkonsumet vil antagelig gi betydelig økte kostnader.*

### **Alkoholkonsum medfører skadevirkninger både for den enkelte, for pårørende og for samfunnet om helhet**

Alkohol er det mest brukte rusmiddelet i Norge og er for mange forbundet med sosiale sammenkomster, nytelse og glede. Samtidig medfører alkoholbruk også store negative konsekvenser både for den enkelte og for samfunnet som helhet. Alkoholkonsum påvirker de fleste av kroppens organer og er en risikofaktor for en rekke alvorlige sykdommer som hjerte- og karsykdommer og visse krefttyper. I tillegg fører alkoholkonsum for noen til alkoholavhengighet, samtidig som alkoholbruk kan være medvirkende eller forsterkende årsak til andre psykiske lidelser som for eksempel alvorlig depresjon (Shield, et al., 2020).

Alkoholbruk kan også ha konsekvenser for personene rundt den som drikker, og særlig barn kan bli sterkt berørt av foreldres alkoholbruk. Videre fører alkoholbruk ofte til risikofyllt og aggressiv atferd, og alkoholinntak henger tett sammen med omfang av kriminalitet. Det er blant annet vist en klar sammenheng mellom alkoholkonsum og vold (Rossow & Bye, 2013).

### **Norge har et lavt alkoholkonsum per innbygger, men et drikkemønster preget av mye beruselse**

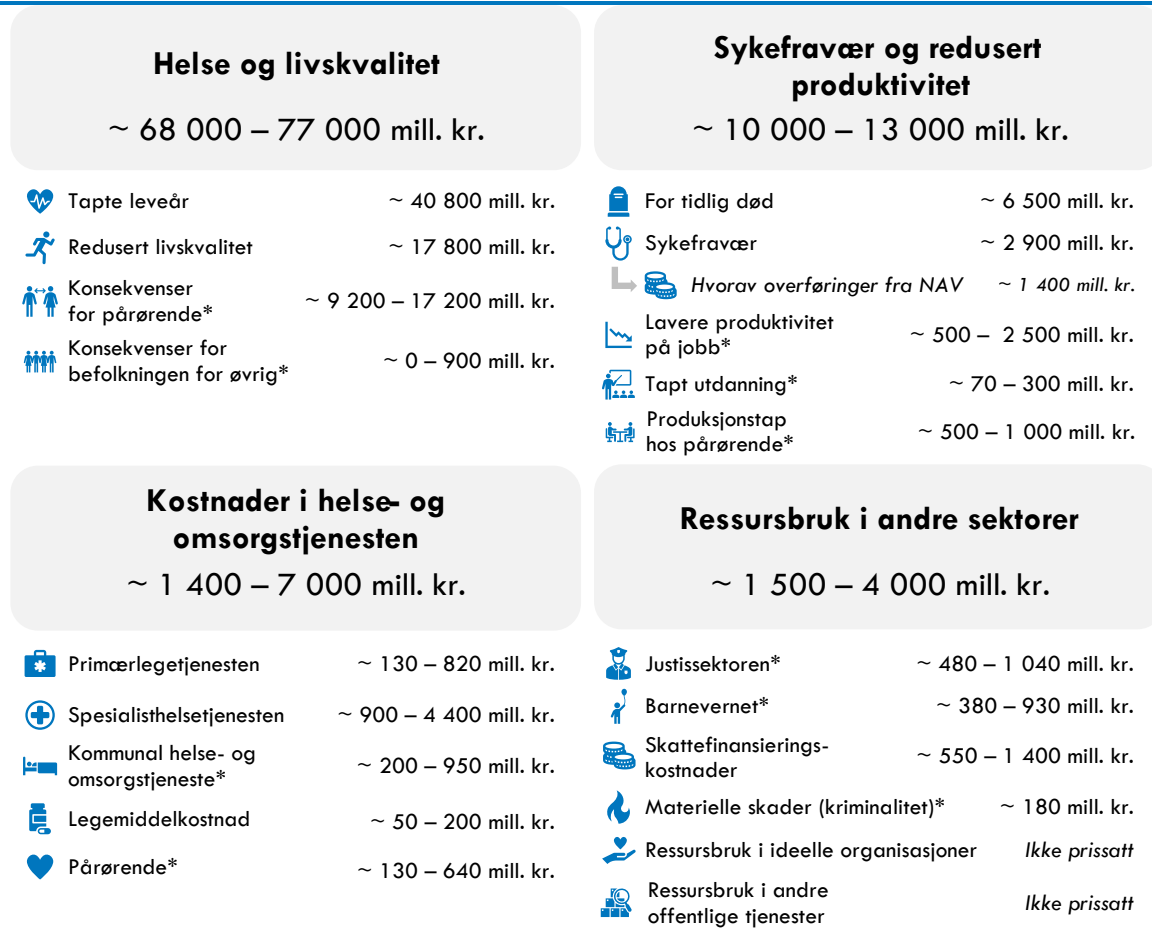
Det gjennomsnittlige alkoholkonsumet per person i Norge er relativt lavt sammenlignet de fleste andre europeiske land. Samtidig er andelen av befolkningen som drikker høy, og om lag 85 prosent av befolkningen mellom 16 og 79 år oppgir å ha drukket alkohol i løpet av det siste året (SSB, 2020a). 34 prosent oppgir at de drikker ukentlig. Sammenlignet med andre europeiske land er drikkemønsteret preget av relativt mye beruselse, og undersøkelser viser at flere drikker store mengder ved samme anledning (SSB-tabell 12392).

### **Det er betydelige samfunnskostnader knyttet til alkoholkonsum, hvorav tapte livskvalitet og tapte leveår utgjør den største kostnaden**

Samlet sett er det store kostnader i mange deler av samfunnet knyttet til alkoholkonsum. De største kostnadene for samfunnet er kostnader i form av tapte leveår og redusert livskvalitet. I tillegg opplever også pårørende og den generelle befolkningen redusert livskvalitet som følge av andres alkoholbruk, men disse kostnadene er mer usikre. Det er likevel ikke tvil om at kostnadene er betydelige. De samlede kostnadene ved tapte helse og livskvalitet er anslått til mellom 68 og 77 milliarder kroner (Figur 1-1). Alkoholkonsum gir i tillegg kostnader for samfunnet i form av sykefravær og redusert produktivitet på jobb, forsinket fullføring av utdanning, anslått til 10 til 13 milliarder kroner. Videre kommer behandlingskostnader i helsetjenesten og i pleie- og omsorgstjenesten, anslått til 1,4 til 7,0 milliarder kroner avhengig av hvilke anslag på ulykker og sykdommer som er forårsaket av alkohol, men registrert under andre diagnosekoder som legges til grunn. Det er potensielt store mørketall i rapporteringen av sykdommer og skadevirkninger av alkohol ettersom alkohol som medvirkende årsak ofte underrapporteres. Dette kan henge sammen med at mange opplever stigma knyttet til høyt alkoholkonsum. Både pasient og helsepersonell kan derfor være tilbøyelig til å ikke registrere alkoholrelaterte diagnoser eller oppgi alkohol som medvirkende årsak, i tillegg til at pasienten og/eller helsepersonellet ikke skjønner at alkohol er medvirkende årsak til den aktuelle sykdommen. Vi understreker derfor at anslagene er usikre.

I andre sektorer påløper det direkte og indirekte alkoholrelaterte kostnader som ressursbruk i politiet, domstolene, kriminalomsorgen, barnevernet, ideelle organisasjoner og materielle skader. Kostnadene i øvrige sektorer anslås samlet sett til mellom 1,5 og 4,0 milliarder kroner.

Figur 1-1: Estimat på årlige samfunnskostnader (2020-kr) knyttet til alkoholkonsum



Analyse: Oslo Economics. \*Kostnadsstørrelsene er illustrasjoner basert på eksempler.

### Familie, barn og venner opplever betydelige konsekvenser av andres alkoholbruk

Alkoholbruk har ikke bare konsekvenser for den som bruker alkohol, men også for personer rundt den som drikker. Både barn, partner, øvrig familie og venner kan oppleve andres alkoholbruk som en stor belastning. Når det gjelder barn kan alkohol under svangerskapet medføre alvorlige skader på barnet, i tillegg til at barn med foreldre med alkoholproblemer ofte opplever brutte løfter, uforutsigbarhet, skamfølelse, vold, trusler om vold eller verbal trakassering og ansvar og oppgaver i hjemmet som overskrider det et barn bør ivareta (Nordlie, 2003).

Å ha et familiemedlem med alkoholproblemer kan ha generelt sett konsekvenser for familiens funksjon, konflikt-nivå, belastninger og muligheter til å løse problemer. For å anslå konsekvensene for pårørendes livskvalitet samlet sett har vi tatt utgangspunkt i at 90 000 barn har en forelder med en alkoholbrukslidelse (Torvik & Rognmo, 2011) samtidig som det er anslått at hver person med alkoholbrukslidelse i snitt har tre nære pårørende som påvirkes. Med utgangspunkt i tidligere anslag på tappt livskvalitet blant pårørende anslår vi verdien av den tapte livskvaliteten til pårørende av personer med alkoholmisbruk til mellom 9,2 og 17,2 milliarder kroner. Det vil i tillegg oppstå kostnader i form av produksjonstap og behandlingskostnader. Disse er forenklet anslått ved hjelp av forholdstall.

### Hva betyr endret alkoholkonsum for utvikling i samfunnskostnadene?

Skadelig alkoholkonsum vil variere med alkoholemengde og drikkemønster. Årsaker til endringer i alkoholkonsum er gjerne endring i kjøpekraft, avgiftspolitik, fysisk tilgjengelighet, demografiske og sosiale forhold, internasjonale trender og holdningsendringer. Forskningslitteraturen viser at når det totale alkoholkonsumet i befolkningen øker, endres også alkoholkonsumet til de ulike konsumgruppene. Som en illustrasjon av konsekvensene av økt alkoholkonsum har vi sammenlignet alkoholkonsumet og drikkemønsteret i Norge, Finland, Irland og Hviterusland. Våre estimater tilsier at selv en mindre økning i alkoholkonsum og drikkemønster ville gi vesentlig økte kostnader.

# 1. Behov for å kartlegge samfunnskostnader ved alkoholbruk

*Alkohol er et lovlig rusmiddel som i Norge ofte knyttes til feiring og sosialt samvær, men som også medfører en rekke negative konsekvenser for samfunnet. Det totale alkoholkonsumet i befolkningen avgjøres av antallet som drikker alkohol og hvor mye hver enkelt drikker, mens skadevirkningene i tillegg påvirkes av drikkemønsteret. Det er en tett sammenheng mellom totalkonsum og skadevirkninger, men det finnes lite oppdatert kunnskap om de samlede kostnadene knyttet til alkoholbruk. Det er derfor behov for å kartlegge og sammenstille informasjon om kostnadene på ulike samfunnsområder.*

## 1.1 Bakgrunn for oppdraget

Alkohol er det mest brukte rusmiddelet i Norge, og i 2020 oppga 85 prosent av den voksne befolkningen at de hadde brukt alkohol det siste året (FHI, 2020b). For mange er alkohol en selvfølgelig del av sosiale sammenkomster og måltider, og alkohol blir ofte knyttet til nytelse og glede. Samtidig er det også betydelige negative samfunnsvirkninger som følger av alkoholkonsum. De negative virkningene omtales ofte som samfunnskostnader, og omfatter både virkninger for folkehelse og på andre områder i samfunnet.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet ni mål for å redusere sykdomsbyrden (dvs. helsetap (tapt livskvalitet) og dødelighet) knyttet til ikke-smittsomme sykdommer, og et av disse målene er å redusere skadelig alkoholbruk med minst 10 prosent.

Alkoholbruk medfører ikke bare kostnader for den enkelte, men har også betydning for samfunnet som

helhet. Økt alkoholkonsum vil ha negative virkninger for folkehelsen, innebære økt belastning på helsetjenesten, redusere deltagelse i utdanning og arbeidsliv, medføre flere lovbrudd og kriminalitet, samt innebære økt belastning for venner og familie.

## 1.2 Formål og metode

Denne utredningen har som formål å kartlegge samfunnskostnadene ved dagens alkoholbruk i Norge, samt belyse kostnadene som følger av økt alkoholkonsum. Analysen er basert på nasjonal og internasjonal forskningslitteratur, nasjonale registerdata, offentlig tilgjengelige dokumenter og statistikk og samtaler med fagekspert. Kostnadsestimatene bygger på data fra Helfo (KUHR-databasen), Norsk pasientregister (NPR), Samdata, Reseptregisteret, Dødsårsaksregisteret, Statistisk sentralbyrå, NAV, Global Burden of Disease og WHO.

Vi har gjennomført et litteratursøk basert på søkeord og anbefalt litteratur fra fagpersoner. Ved tallfesting av samfunnskostnadene har vi støttet oss på veiledere og etablert metodikk for verdsetting i samfunnsøkonomiske analyser og sykdomsbyrdestudier.

Videre har vi gjennomført intervju med fem fagekspert, inkludert forskere fra Folkehelseinstituttet (FHI) og Universitetet i Stavanger (UiS), og representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Actis. Vi takker alle som har stilt til intervju og bakgrunnsamtaler.

Oppdraget er finansiert og utført på vegne av følgende organisasjoner: Actis, Blå Kors og Av-og-til. Oslo Economics er alene ansvarlig for analysene og innholdet i rapporten.

## 2. Norge har et lavt alkoholkonsum preget av mye beruselse

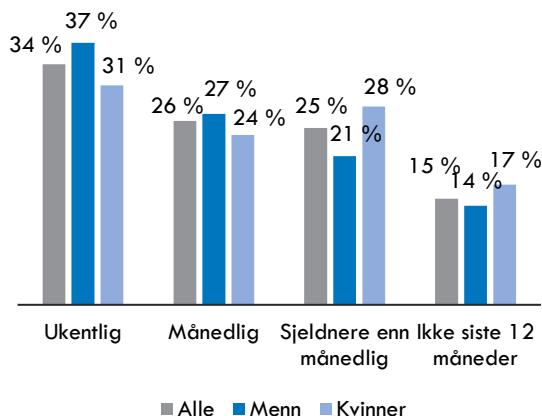
Sammenlignet med mange europeiske land er alkoholkonsum per person lavt i Norge. Derimot er det en stor andel av den voksne befolkningen i Norge som drikker alkohol. Drikkemønsteret er også preget av relativt mye beruselse, og om lag halvparten av den voksne befolkningen oppgir å ha drukket seks eller flere alkoholenheter ved samme anledning i løpet av det siste året.

Alkohol brukes ofte i sosiale sammenhenger, og mange forbinder alkohol med glede og moro. Samtidig har alkohol også negative virkninger på folkehelsen. Skadevirkningene av alkohol er godt dokumentert, og vi vet at alkoholkonsum kan være negativt både for den fysiske og psykiske helsen. Å kutte ut alkohol vil kunne gi bedre blodtrykk, søvn, fysisk form, hukommelse, samt redusert risiko for kreft, leversykdom og hjerneskade (Norsk Helseinformatikk, 2019).

### 2.1 Alkoholbruk i Norge

Alkohol er det mest utbredte rusmidlet i Norge, og om lag 85 prosent av befolkningen mellom 16 og 79 år oppgir å ha drukket alkohol i løpet av det siste året (Figur 2-1). Om lag 34 prosent oppgir å drikke alkohol ukentlig, 26 prosent drikker alkohol månedlig og 25 prosent oppgir å drikke alkohol sjeldnere enn månedlig (SSB, 2020a). En større andel av den mannlige befolkningen drikker ukentlig og månedlig, med henholdsvis 37 og 27 prosent – mens tilsvarende tall for kvinner er 31 og 24.

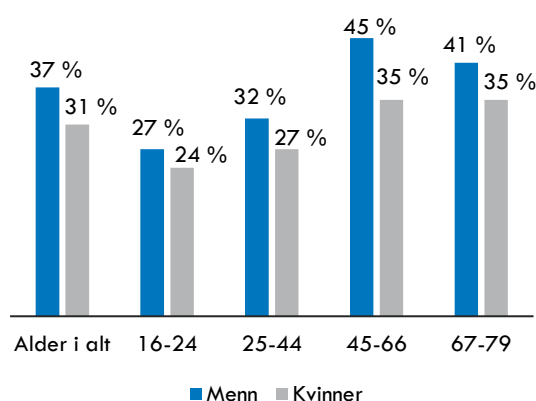
**Figur 2-1: Andel av befolkningen i Norge mellom 16 og 79 år som har drukket alkohol, etter hyppighet, 2020**



Kilde: SSB (2020a)

Blant unge mellom 16 og 24 år oppgir 27 prosent av menn og 24 prosent av kvinnene at de drikker alkohol en gang i uken eller oftere (Figur 2-2). Andelen som drikker en gang i uken eller oftere er økende med alder, og i aldersgruppen 67 til 79 år oppgir 41 prosent av menn og 35 prosent av kvinner å drikke ukentlig eller oftere.

**Figur 2-2: Andel av befolkningen i Norge mellom 16 og 79 år som har drukket alkohol en gang per uke eller oftere, etter kjønn og aldersgruppe, 2020**



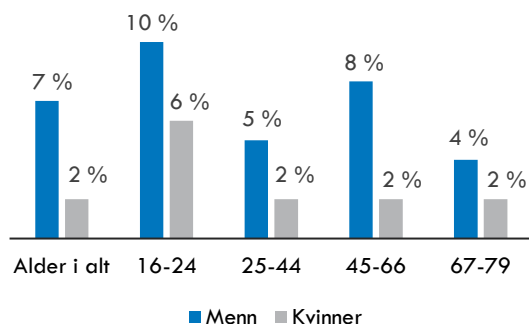
Kilde: SSB-tabell 12392

Risikoen for skader, ulykker og sykdom øker med beruselse, og i den voksne befolkningen oppgir 7 prosent av menn og 2 prosent av kvinner at de ukentlig drikker minst seks alkoholenheter ved samme anledning (Figur 2-3). Andelen som oppgir å drikke minst seks alkoholenheter i samme anledning ukentlig er høyest i den yngste aldersgruppen. For den voksne befolkningen samlet, oppgir om lag halvparten at de har drukket seks enheter eller mer ved samme anledning i løpet av det siste året (FHI, 2020a).

Det selvrapporterte alkoholkonsumet i spørreundersøkelser er ofte betydelig lavere enn det som kommer frem basert på omsetningstall. En studie basert på informasjon fra ni europeiske land viste at det selvrapporterte forbruket utgjorde mellom 40 og 50 prosent av det omsetningstallene viste (Knibbe & Bloomfield, 2001). Tall fra Norge viser at det selvrapporterte forbruket her er noe lavere enn halvparten av den registrerte omsetningen (FHI, 2020a). Figur 2-1, Figur 2-2 og Figur 2-3 er basert på spørreundersøkelserdata fra Statistisk Sentralbyrå (SSB), og det faktiske konsumet kan derfor være høyere enn det det ser ut som basert på disse figurene. Forskjellen mellom det som rapporteres i spørreundersøkelser og det man finner basert på omsetningstall, skyldes trolig en kombinasjon av at folk

underrapporterer eget alkoholkonsum og at de som konsumerer mest ikke svarer på spørreundersøkelser.

**Figur 2-3: Prosentandel i Norge som har drukket minst seks alkoholenheter ved samme anledning ukentlig, etter kjønn og aldersgruppe, 2020**



Kilde: SSB-tabell 12392

Omsatt mengde alkohol per innbygger har variert betydelig over tid (Figur 2-4). Alkoholomsetningen er beregnet på bakgrunn av avgiftsoppgavene som de avgiftspliktige leverer til Toll og avgiftsdirektoratet, og tallene omfatter derfor ikke taxfree eller turistimport. Smuglervarer og hjemmebrent er heller ikke inkludert i tallene. Den laveste omsetningen per innbygger over 15 år finner vi i krigsårene. I denne perioden lå omsetningen på mellom 1,1 og 2,2 alkoholliter per innbygger over 15 år. I perioden fra 2014 til 2019 har forbruket ligget relativt stabilt på om lag 6,0 alkoholliter per innbygger, men i 2020 steg forbruket til 7,2 liter. Dette skyldes trolig endrede alkoholvaner som følge av koronapandemien. Dersom vi ser bort fra 2020, har alkoholkonsumet i Norge blitt redusert med 8 prosent i perioden fra 2010 til 2019 (SSB-tabell 04188).

**Figur 2-4: Omsatt alkoholliter per innbygger 15 år og eldre, 1860-2020**

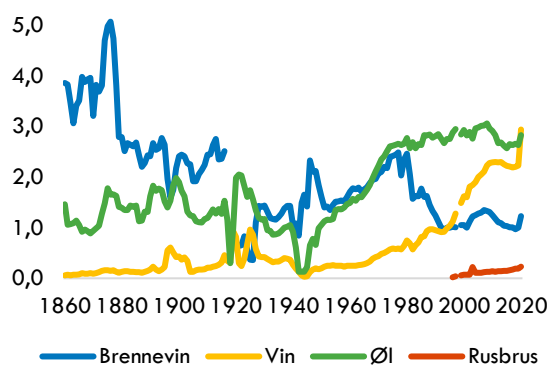


Kilde: SSB-tabell 04188

Merknad: Data mangler for 1917-1920 og 1998. Statistikken omfatter ikke hjemmeprodusert alkohol, smuglervarer eller turistimport

Det har også vært et tydelig skift i hvilke drikkevarer som i størst grad bidrar til det omsatte alkoholvolumet (Figur 2-5). Brennevin var lenge drikketypen som hadde størst betydning for det omsatte alkoholvolumet, men siden slutten av 1960-tallet har øl stått for det største bidraget til omsatt alkoholliter per innbygger. Omsetningen av vin har økt jevnt siden 1940-tallet, og i 2020 sto vin for første gang for det største bidraget i omsatt alkoholvolum per innbygger over 15 år.

**Figur 2-5: Omsatt alkoholliter per innbygger 15 år og eldre, etter type drikkevarer, 1860-2020**



Kilde: SSB-tabell 04188

Merknad: Data mangler for 1917-1920 og 1998. Statistikken omfatter ikke hjemmeprodusert alkohol, smuglervarer eller turistimport

Det gjennomsnittlige alkoholkonsumet per person i Norge er relativt lavt sammenlignet med konsumet i de fleste andre europeiske land. I 2020 ble det i Norge omsatt 7,2 liter ren alkohol per innbygger over 15 år. Dette fordelte seg på 2,9 liter ren alkohol fra vin, 2,8 liter fra øl, 1,2 liter fra brennevin og 0,2 liter fra rusbrus (SSB, 2021 c). Disse volumene ren alkohol tilsvarer 23,7 liter vin, 62,7 liter øl, 3,2 liter brennevin og 5,0 liter rusbrus (Tabell 2-1).



**Tabell 2-1: Hovedgrupper for alkoholholdige drikkevarer**

Hovedgruppe	Definisjon	Antall liter ren alkohol omsatt per innbygger over 15 år, 2020	Antall vareliter omsatt per innbygger over 15 år, 2020
Brennevin	Alle drikkevarer med volumprosent over 22 %	1,12	3,16
Vin	Alle drikkevarer, unntatt øl, med volumprosent mellom 4,7 % og 22 %	2,94	23,70
Rusbrus	Alle drikkevarer, unntatt øl, med volumprosent mellom 0,7 % og 4,7 %	0,23	5,03
Øl	Øl med volumprosent mellom 0,7 % og 22 %	2,83	62,69

Kilde: SSB (2021 c)

Sammenlignet med landene sør i Europa har Norge et drikkemønster som i større grad er preget av beruselse (FHI, 2017). Drikkingen i Norge er mer konsentrert om færre situasjoner, og en studie gjennomført av Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) viste at drikking i helgene (fredag, lørdag og søndag) sto for nesten 70 prosent av alle drikkesituasjonene i Norge (Horverak & Bye, 2007). I både Norge og andre land er en relativt stor andel av alkoholkonsumet konsentrert hos de som drikker mest, slik at en liten andel av befolkningen står for en svært stor del av det samlede alkoholkonsumet (Johnstone & Rossow, 2009).

### 2.1.1 Alkoholbruk under koronapandemien

Koronapandemien har påvirket store deler av samfunnet. Det gjelder også både det totale forbruket av alkohol og drikkemønsteret for alkohol – men funnene på tvers av land er noe sprikende. En australsk studie (Neill, et al., 2020) fant at 30,8 prosent drakk langt mer enn tidligere. En tilsvarende britisk undersøkelse (Kim, et al., 2020) fant at 21 prosent økte alkoholkonsumet – mens 35 prosent reduserte det. Det er særlig faktorer som stress, søvnløshet, endring i spisemønster, dårlig humør og depresjon, og arbeidsledighet som trekkes frem som grunn for økningen (Sugarman & Greenfield, 2020).

Også i Norge finnes sprikende funn om endringene i alkoholvaner. Det registrerte alkoholsalget i Norge i 2020 var i gjennomsnitt 7,23 liter ren alkohol per innbygger over 15 år. Det var en økning på 20 prosent sammenlignet med 2019 og er historisk høyt (SSB, 2021 a). Vinmonopolets salg økte med 40 prosent for 2020 mot året før. Også salget for de første månedene i 2021 er økt i forhold til 2020 (Vinmonopolet, 2021). Samtidig har det vært innført en rekke begrensninger knyttet til skjenking og restauranter og utesteders åpningstider, og dette kan

ha bidratt til å øke Vinmonopolets salg. Det uregistrerte salget har imidlertid vært lavere under pandemien som følge av stengte grenser og mindre reising. Det er imidlertid stor usikkerhet knyttet til størrelsen på denne effekten, og det er dermed også usikkerhet ved endringen i det samlede alkoholkonsumet.

Det er utført flere selvrapporteringsundersøkelser om nordmenns alkoholkonsum gjennom pandemien. Et funn som går igjen er at den allerede eksisterende skjevfordelingen i hvem som drikker alkohol også kan ha økt og at endringen er størst blant de mest-drikkende. En studie undersøkte den innledende effekten av pandemien på norske alkoholvaner. Studien fant at omtrent en tredjedel drakk mindre og nesten en av seks drakk mer. Det var særlig kvinner, yngre og folk bosatt i Oslo som endret alkoholvanene sine mest. Videre fant de også at drikkevanene fra før pandemien ble sterkere. Det vil si at de som drakk lite før pandemien gjerne drakk enda mindre mens de med høyt konsum drakk mer (Bramness, et al., 2021).

En lignende spørreundersøkelse med 30 000 bergensere undersøkte effekten av blant annet økonomisk situasjon, arbeidssituasjon, alder og kjønn. Studien fant at folk i alderen 30 til 39 hadde en økt sannsynligheten for økt alkoholbruk. Økonomisk usikkerhet, å være i karantene og hjemmekontor økte også sannsynligheten for økt alkoholbruk (Alpers, et al., 2021). Norsk koronamonitorers undersøkelser tilsier at mindre enn en av ti drikker mer og at 35 prosent av disse har hatt betydelig økning (Opinion, 2021). En annen selvrapporteringsundersøkelse fant at mange har fått nye alkoholvaner. Noen har økt forbruk, mens andre har mindre. Funnene fra studien tilsa at flere drikker i hverdagen, alene og hjemme, enn det som var vanlig før pandemien. Denne studien fant også at drikkevanene før pandemien er forsterket. Barn, unge og menn ble trukket frem som grupper som har økt

risiko for å oppleve negative konsekvenser av økt alkoholkonsum under pandemien på grunn av eksponering for voksnes drikking, høyt alkoholkonsum og størst utfordringer knyttet til isolasjon, sosiale begrensninger og tapt arbeid (Rambøll Management Consulting, 2021).

I en undersøkelse med 300 ledere mente 26 prosent at deres ansatte drakk mer alkohol etter innføringen av hjemmekontor (Norstat, 2020). Statistikk fra Dødsårsaksregisteret viser også at antall dødsfall som skyldes alkoholbruk økte fra 309 i 2019 til 386 i 2020 (Dødsårsaksregisteret, 2021). Dette kan tyde på at flere personer enn tidligere befinner seg i gruppen av brukere med risikofylt konsum.

## 2.2 Norsk alkoholpolitikk

### 2.2.1 Alkoholpolitikk frem til 2000-tallet

Alkoholpolitikk har lenge vært et tema for debatt og diskusjon. I 1816 ble forbudet mot produksjon og salg av brennevin opphevet begrunnet med næringspolitiske hensyn på landsbygda.

Oppmykningen førte imidlertid med seg en kraftig økning i alkoholbruken. Fra 1815 til 1833 økte alkoholbruken fra 6,2 til 12,3 liter ren alkohol per person (SSB, 2008). Dette resulterte i sosiale skadevirkninger grunnet overforbruk, særlig blant den fattigste delen av befolkningen. De påfølgende årene ble det derfor forsøkt å redusere nordmenns bruk av alkohol.

De mest drastiske endringene i alkoholpolitikken kom i 1917, da det ble innført forbud mot brennevin og hetvin. Dette medførte at øl ble den viktigste kilden til alkohol. Forbudstiden ble avsluttet med folkeavstemning i 1926. I årene etter ble igjen brennevin viktig, og utgjorde omtrent halvparten av alkoholinntaket til tross for at vin og brennevin fra 1938 kun ble solgt på Vinmonopolet. Under andre verdenskrig utgjorde brennevin 90 prosent av inntaket som følge av blant annet rasjonering og importbegrensninger. Etter krigen ble øl igjen lettere tilgjengelig, samtidig som høye avgifter ble beholdt og etter hvert økt. Andre sentrale endringer i alkoholpolitikken inkluderer aldersgrense på 18 år for salg av øl fra 1956 og reklameforbud fra 1975.

### 2.2.2 Alkoholpolitikk i dag

Dagens alkoholpolitikk vektlegger folkehelse og solidaritet med de tyngste brukerne fremfor næringspolitiske eller skattemessige hensyn.

I 2012 la Stoltenberg-regjeringen frem stortingsmelding «Se meg! En helhetlig ruspolitikk: alkohol – narkotika - doping» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Der ble forebygging og tidlig innsats, samhandling av tjenester, økt kompetanse, hjelp til tungt avhengige og innsats for

pårørende trukket frem som satsningsområder. I Sundvolden-plattformen (2013) ytret Solberg-regjeringen ønske om å videreføre hovedlinjene i norsk alkoholpolitikk, men samtidig legge til rette for produktprøver og begrenset alkoholsalg fra nisjeprodusenter. Ønsket om å beholde hovedlinjene ble understreket både i Jeløya- (2018) og Granavolden-plattformen (2019). Det inkluderer enerett for Vinmonopolet på sterkere alkoholholdige drikkevarer, regulerte salgs- og skjenketider, alkoholavgifter og reklameforbud. Høsten 2020 ble nasjonal alkoholstrategi lansert, med et mål om å redusere skadelig alkoholkonsum med 10 prosent innen 2025, sammenlignet med 2010-nivå. Der trekkes alkoholforebygging, tidlig innsats mot skadelig bruk, promotering av alkoholfrie arenaer og økt kunnskap som de viktigste alkoholpolitiske satsningene (Helse og omsorgsdepartementet, 2021).

Samtidig som alkoholstrategien har som mål å redusere det skadelige alkoholkonsumet, har det i nyere tid også blitt innført endringer som har gitt enklere tilgang på alkohol. I 2016 ble alkoholforskriften endret, slik at det ble tillatt å gi nøktern informasjon og vise bilder av alkohol på plattformer forbrukerne selv aktivt oppsøker. Tidligere kunne Vinmonopolet ha åpent mellom 8.30 og 15.00 på lørdager og dager før helligdager, men i 2020 ble Vinmonopolets åpningstid på disse dagene endret til 10.00 til 16.00. Samtidig med endringen i Vinmonopolets åpningstider ble det innført en lovendring som gjør det mulig å gi bevilling til salg og skjenking av alkoholholdig drikk i samme lokale. Formålet med endringen var å gjøre det enklere for produsenter, som for eksempel mikrobryggerier, å selge egenprodusert alkoholholdig drikk direkte fra produksjonsstedet.

## 2.3 Forebyggingstiltak

De fleste som drikker alkohol har et konsum som innebærer lav risiko, men en liten andel av befolkningen har et risikofylt alkoholkonsum. I et samfunnsperspektiv er det viktig å redusere risikoen for sykdom og skade i begge gruppene, men særlig hos de som har et moderat konsum. Selv om risikoen for sykdom og skade er høyest blant de som konsumerer mye, er antallet personer med et moderat konsum så mye høyere enn antallet med et risikofylt konsum at det samlede potensiale for forebygging er størst i denne gruppen (Storvoll, et al., 2010). Alkoholtilgangen i Norge er derfor regulert av hensyn både til folkehelsen og i solidaritet med den gruppen som har en skadelig bruk av alkohol (Departementene, 2021). Reguleringen av alkohol skal også redusere de negative konsekvensene for dem som opplever problemer og ubehageligheter som følge av andres

alkoholbruk, samt begrense de samfunnsmessige kostnadene knytte til alkoholkonsum.

I et folkehelseperspektiv er forebyggingstiltak for å reduseres skadeomfanget av alkoholkonsum sentralt. De fleste tilfellene av for tidlig død (død før 75 år) i Norge skyldes kreft, hjerte- og karsykdom, kronisk lungesykdom og diabetes, og alkoholbruk er en av fire risikofaktorer knyttet til disse sykdomsgruppene. Det er sosiale helseforskjeller i risikofaktorene, og de med lav sosioøkonomisk status er mest utsatt (FHI, 2018).

Det finnes flere ulike tiltak som kan benyttes for å påvirke alkoholkonsumet og forebygge skadevirkninger. De alkoholpolitiske virkemidlene kan deles inn i fem hovedkategorier: tiltak for å redusere tilgjengelighet, tiltak for å påvirke bruken i bestemte situasjoner, tiltak for å påvirke etterspørselen, tiltak rettet mot grupper i risikozonen og tiltak for å påvirke drikkemønster (Tabell 2-2).

**Tabell 2-2: Eksempler på alkoholpolitiske tiltak**

Tiltakskategori	Tiltak
Tiltak for å redusere tilgjengeligheten av alkohol	Bevillingssystemet, vinmonopolordningen og avgiftssystemet
Tiltak for å påvirke bruken av alkohol i bestemte situasjoner	Trafikklovgivning og støtte til alkoholfrie arenaer
Tiltak for å påvirke etterspørselen	Informasjons- og holdningsarbeid, reklameforbud
Tiltak rettet mot grupper i risikozonen	Utekontakter og oppsøkende virksomhet, intervensjoner i helsetjenesten
Tiltak for å påvirke drikkemønster	Aldersgrenser for kjøp av alkohol og åpningstider for omsetning

Kilde: Sosialdepartementet, 1987

I norsk alkoholpolitikk er de viktigste virkemidlene bevillingssystemet<sup>1</sup>, vinmonopolordningen, reklameforbud, aldersgrenser og avgiftspolitik (Departementene, 2021). Avgiftsnivået og regulert tilgjengelighet regnes som de mest effektive virkemidlene for redusert alkoholbruk. Høye priser og begrensninger på antall salgs- og skjenkesteder og begrensninger på salgs- og skjenketider er virkemidler som bidrar til å redusere det totale alkoholkonsumet i

<sup>1</sup> Et hovedprinsipp i alkohollovgivningen er at alkoholdrikkere bare kan omsettes av dem som har bevilling til dette. For å

befolkningen, og dermed også omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer. I et folkehelseperspektiv er dette derfor viktige virkemidler (Babor, et al., 2003; Anderson, et al., 2009; Anderson & Baumberg, 2006). Regulering av reklame og markedsføring, aldersgrenser og kontroll av salg til mindreårige kan også bidra til å dempe alkoholkonsumet i befolkningen (FHI, 2019a; FHI, 2020c).

## 2.4 Alkoholbruk i andre land

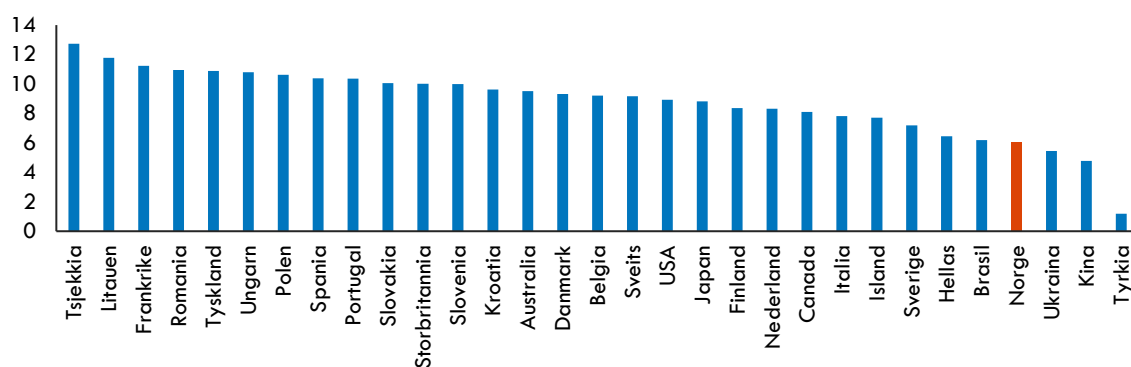
Alkohol er det mest brukte rusmiddelet i verden, med omkring 2,3 milliarder personer som har drukket alkohol det siste året. Dette tilsvarer 43 prosent av verdens befolkning over 15 år, og fordelt på kjønn utgjør det 32 prosent av alle kvinner og 54 prosent av alle menn (WHO, 2018). På verdensbasis har det årlige gjennomsnittlige alkoholinntaket økt fra 5,9 til 6,5 liter ren alkohol per person fra 1990 til 2017 (Manthey, et al., 2019; Brodwell, 2019). I samme tidsperiode har antall dødsfall som skyldes alkoholbruk gradvis økt fra 1,8 til 2,8 millioner (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018).

Europa har verdens høyeste alkoholkonsum når man ser på gjennomsnittlig alkoholkonsum per innbygger (alkohol per capita) (WHO, 2019). Blant personer over 15 år er gjennomsnittskonsumet 11,3 liter alkohol, og denne alkoholemengden tilsvarer to vinflasker i uken. Dersom man kun ser på befolkningen som drikker alkohol, så drikker en gjennomsnittlig europeer tilsvarende tre vinflasker i uken. Det er også store kjønnsforskjeller når det kommer til alkoholkonsum – europeiske menn drikker i snitt 18,3 liter alkohol per år, mens europeiske kvinner drikker 4,7 liter. Alkoholbruken i Europa medfører store konsekvenser, og det er anslått at det i 2016 var 291 100 personer som døde som følge av alkoholkonsum (WHO, 2019). De store skadevirkningene er blant årsakene til at reduksjon av skadelig alkoholbruk lenge har vært vedtatt politikk i Europa. I 2006 lanserte EU en strategi for å bistå medlemslandene med å redusere helsemessige, økonomiske og sosiale problemene knyttet til alkoholkonsum, og i 2012 ble alle europeiske land med på en handlingsplan frem mot 2020 for å redusere skadelig alkoholbruk (WHO, 2012; EU, 2006).

De nordiske landene, og særlig Norge og Sverige er blant landene med lavest alkoholkonsum, antall tapte leveår som skyldes alkohol, samt lavest andel av skader som relateres til alkohol (Figur 2-6; WHO, 2019).

selge alkoholdrikkere til en forbruker kreves salgsvilling, og for å drive utskjenking kreves skjenkebevilling.

Figur 2-6: Årlig alkoholkonsum i liter ren alkohol per innbygger over 15 år i 2018 i utvalgte land



Kilde: WHO, Global Health Observatory, 2019

Selv om norske menn drikker mer alkohol enn kvinnene, er det norske kvinner som skiller seg ut sammenlignet med andre land. Den høye andelen kvinner som drikker alkohol i Norge er en sentral grunn til at Norge har en av verdens høyeste andeler av befolkningen som drikker alkohol (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Andelen norske 15-16-åringer som drikker alkohol er lav sammenlignet med snittet for Europa. Omtrent halvparten har drukket alkohol

det siste året og 20 prosent har vært fulle. Etter 2000 har Norge opplevd en nedgang i alkoholkonsumet blant unge, men nedgangen har imidlertid flatet ut etter 2015. Tilgangen til alkohol ser ut til å være relativt lik for unge på tvers av land, og 75 prosent av norske ungdom opplever at det er enkelt eller veldig enkelt å få tak i alkohol, mens det europeiske gjennomsnittet er på 78 prosent (ESPAD Group, 2020).

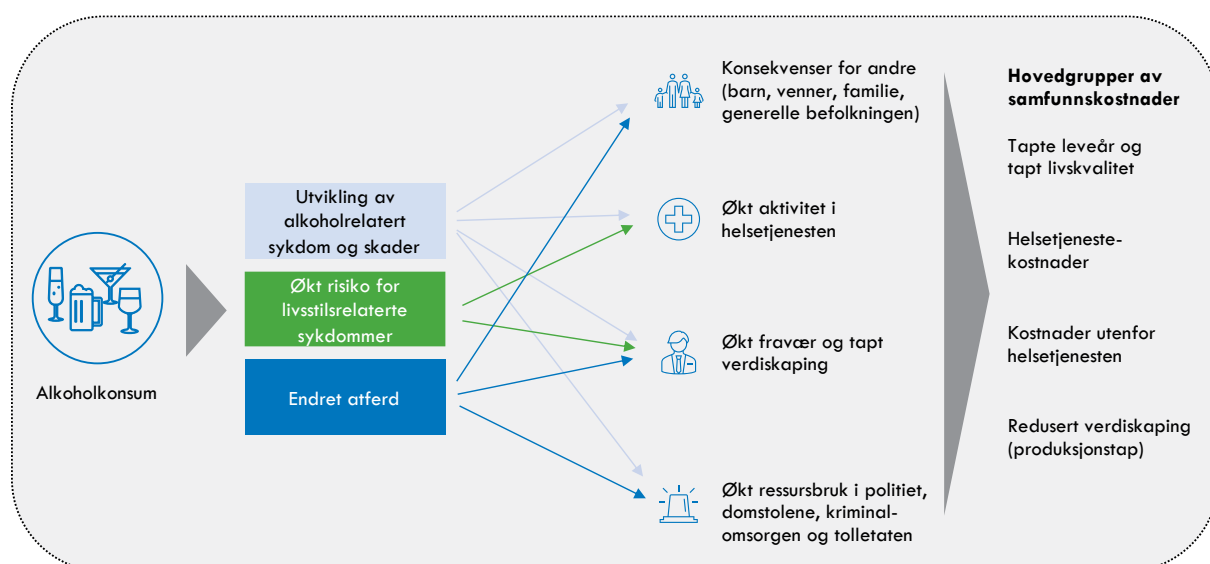
### 3. Tapt livskvalitet og tapte leveår utgjør den største kostnaden forbundet med alkoholkonsum

Mange forbinder alkohol med glede og moro, men alkoholbruk innebærer også negative konsekvenser for den enkelte og samfunnet som helhet. Dette gjelder den som drikker, men også venner, familie, kollegaer og andre. I tillegg medfører alkohol kostnader for samfunnet, blant annet i form av redusert livskvalitet og leveår, kostnader i helsetjenesten og redusert verdiskaping. Kostnadene oppstår både blant de med høyt alkoholkonsum, men også for de med moderat konsum.

Alkoholkonsum, og særlig høyt konsum, har en rekke skadevirkninger og innebærer derfor kostnader for samfunnet. En del av kostnadene er knyttet til personer med høyt konsum eller situasjoner med beruselse, mens andre deler er knyttet til konsum blant personer med mer moderat forbruk. Eksempler på slike negative samfunnsvirkninger er kostnader knyttet til fravær fra jobb, redusert produktivitet på jobb, økt risiko for skader og ulykker, samt økt risiko for sykdom eller forverring av sykdom.

Sammenhengen mellom alkoholkonsum og samfunnskostnader er illustrert i Figur 3-1.

Figur 3-1: Eksempel på sammenhenger mellom alkoholkonsum og samfunnskostnader



Illustrasjon Oslo Economics

Mange med alkoholproblemer skammer seg over dette, og det er trolig betydelig underrapportering når det kommer til sykdom og lidelser som skyldes alkohol. Vi vet også at egenrapportert alkoholkonsum er betydelig lavere enn det salgsstatistikken viser. Dette betyr at det kan være mørketall, og at de reelle kostnadene for samfunnet kan være høyere enn det vi anslår. Kostnadsanslagene i denne rapporten kan derfor anses som konservative anslag.

#### 3.1 Beregning av samfunnskostnader

Det er gjort en rekke arbeid, både nasjonalt og internasjonalt, der formålet er å beregne

samfunnskostnadene forbundet med ulike sykdommer eller risikofaktorer (se for eksempel Helsedirektoratet (2019)). De totale samfunnskostnadene deles som regel inn i tre hovedkategorier; sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader (direkte kostnader) og produksjonstap (indirekte kostnader). I noen tilfeller anslås også kostnader utenfor helsesektoren som en direkte kostnad.

Sykdomsbyrde beskrives gjerne gjennom dødsfall, tapte leveår og helsetap, og kan tillegges en kroneverdi gjennom å anslå **tapte leveår og helsetapet** (tap av helse relatert livskvalitet). **Helsetjenestekostnader** omfatter all ressursbruk i helsetjenesten som følger av sykdommen eller risikofaktoren som studeres, og omfatter både kostnader knyttet til utredning og

diagnostikk, behandling og oppfølging. **Produksjonstapet** er kostnaden for samfunnet knyttet til at vi som samfunn produserer mindre enn hva vi ellers ville gjort og omtales av og til som tapt verdiskaping. Det vises til vedlegg C for en nærmere beskrivelse av sentrale begreper som benyttes i studier av samfunnskostnader.

Beregning av samfunnskostnader kan gjøres både for en gitt sykdom eller tilstand, eller for en risikofaktor. For eksempel kan en beregne kostnadene knyttet til diabetes eller kostnadene forbundet med høyt sukkerinntak (som er en risikofaktor for diabetes type 2). I slike tilfeller vil enkelte kostnader inngå i begge analysene. Dette er også gjeldene når man ser på alkoholkonsum (som er en risikofaktor for flere sykdommer), og deler av kostnadene presentert i denne rapporten vil også inngå i kostnadsstudier av andre sykdommer.

Det må presiseres at usikkerheten i kostnadsanslagene som presenteres i denne rapporten er stor og bør brukes med varsomhet. En bør være forsiktig med å summere ulike kostnadskomponenter eller tall fra andre kostnadsstudier, og med å gjøre direkte sammenligninger med andre sykdomsområder eller risikofaktorer.

Et bilde av de totale samfunnskostnadene vil kunne synliggjøre den maksimale teoretiske samfunnsgevinsten ved å iverksette tiltak. For å vurdere i hvilken grad disse gevinstene kan realiseres, må effekten av ulike tiltak evalueres. Samtidig er store samfunnskostnader i seg selv ikke tilstrekkelig for å iverksette eller prioritere mellom tiltak. Tiltak må ha dokumentert effekt og ressursbruken for ulike tiltak må vurderes for at det skal kunne gjøres prioriteringer. For eksempler på anvendelse vises det til Helse- og sosialdepartementets rapporter om kostråd og frukt og grønt i skolen (Helsedirektoratet, 2016a; Helsedirektoratet, 2016b).

## 3.2 Samfunnskostnader inkludert i analysen

Samfunnskostnadene forbundet med alkohol er sammensatte, og virkningene av alkoholbruk er mange. Noen av kostnadene er forholdsvis enkle å tallfeste og vurdere, mens andre er mer krevende.

I denne rapporten har vi tallfestet kostnader fordelt etter fire hovedområder (se Figur 3-2). I tillegg har vi beskrevet andre relevante kostnader, men disse er

ikke tallfestet. I det følgende beskrives de ulike kostnadselementene og det utarbeides overordnede kostnadsanslag.

I det følgende vil vi synliggjøre samfunnskostnadene forbundet med alkohol i Norge. Vi vil så langt det er mulig prissette de ulike virkningene og illustrere omfanget av virkninger med regneeksempler. Det er stor usikkerhet knyttet til omfanget av flere av virkningene, og anslagene gjøres derfor skjønnsmessig. Det vil være risiko både for at enkelte virkninger ikke inkluderes, og at virkninger telles flere ganger (dobbelttelling). Vi anbefaler derfor at kostnader ikke summeres på tvers av virkninger, da dette kan gi et upresist bilde av de totale kostnadene.

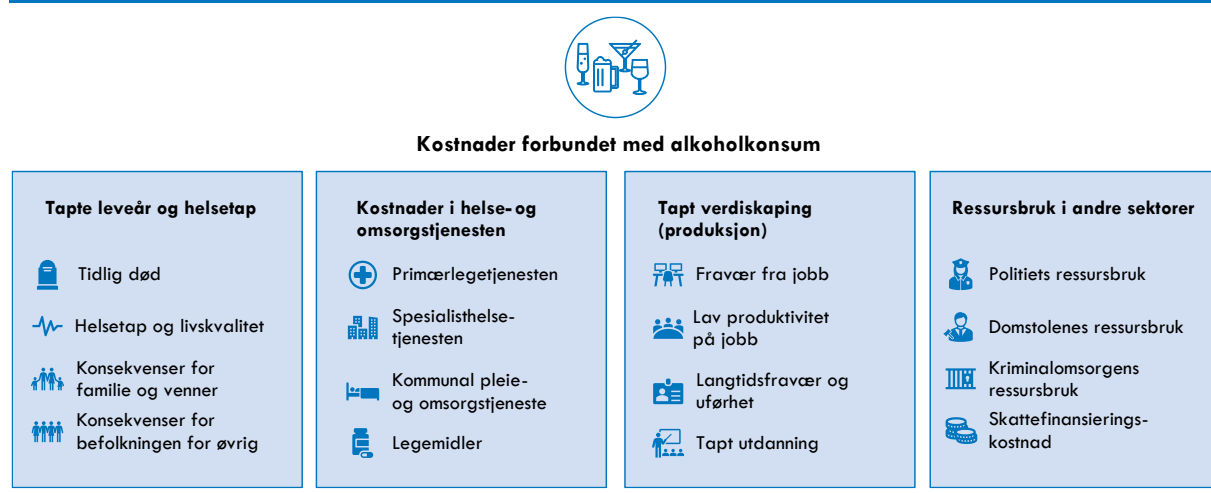
## 3.3 Tidligere anslag på samfunnskostnadene ved alkoholbruk

Det eksisterer både norske og internasjonale rapporter som belyser samfunnskostnader knyttet til alkoholbruk. Noen av rapportene tar for seg et avgrenset samfunnsområde, for eksempel kostnader i arbeidslivet, mens andre belyser kostnader på flere områder.

I Norge har Rokkansenteret tidligere gjennomført en utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol (Gjelsvik, 2004). I rapporten er kostnadene delt inn i hovedkategoriene *Helse- og sosialkostnader*, *Arbeidsplassen og økonomien* og *Alkoholrelatert kriminalitet*. De samlede prissette samfunnskostnadene anslås til mellom 18,0 og 19,7 milliarder 2001-kroner, som tilsvarer mellom 26,0 og 28,5 milliarder 2020-kroner. Det understrekes i rapporten at anslagene ikke er totalanslag på de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol, og at anslagene i stor grad må tolkes som en indikasjon på størrelsesordenen for de forskjellige kostnadskomponentene.

En analyse fra 2018 gjennomført av Samfunnsøkonomisk Analyse på oppdrag fra Akan, viste at fravær og ineffektivitet på grunn av alkoholbruk koster arbeidslivet minst 1,1 milliarder kroner i året (Samfunnsøkonomisk analyse, 2018). I rapporten pekes det på at rusmiddelbruk i arbeidstiden er et relativt lite problem i Norge, men at det er en økende trend med konsum av rusmidler i jobbrelaterte sammenhenger.

Figur 3-2: Oversikt over samfunnskostnader inkludert i analysen



Illustrasjon: Oslo Economics

### 3.4 Tapte leveår og redusert livskvalitet som følge av alkoholbruk

Alkoholbruk medfører helsetap både i form av ikke-dødelig helsetap og tapte leveår. Helsetap som følge av alkoholbruk kan både være sykdom som skyldes alkoholens direkte innvirkning på kroppens celler og organer og ulykker som skyldes endret atferd som følge av virkningen alkohol gir.

Når det gjelder alkoholens skadevirkninger direkte på kroppen, vil alkoholkonsum påvirke de fleste av kroppens organer og alkoholbruk er knyttet til økt risiko for en rekke ulike typer sykdommer. For noen sykdommer kan det direkte fastslås at skyldes alkoholkonsum, som for eksempel visse leversykdommer og alkoholisk psykose. Det er derimot andre sykdommer, som for eksempel hjerte- og karsykdommer, hvor alkohol er en risikofaktor uten at sykdommen i sin helhet kan tilskrives alkoholkonsum.

Dødsfall og mange av helseproblemene som skyldes alkoholbruk kommer etter bruk over lang tid, og det kan være vanskelig å hva som kan tilskrives alkoholbruk og hva som skyldes andre forhold. Dette er en sentral utfordring knyttet til å anslå kostnadene forbundet med alkohol, og gjør anslagene i denne rapporten usikre.

I tillegg til at alkohol kan medføre helsetap som følge av økt risiko for fysiske lidelser og plager, er det også et betydelig helsetap knyttet til alkoholbrukslidelser. I det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet Global Burden of Disease (GBD) er alkoholbrukslidelser definert ved ICD-10-kodene F10 (psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol), X45 (forgiftning, etsing og annen påvirkning av giftige substanser som følge av ulykke og uhell) og Q86.0 (føttalt alkoholsyndrom (FAS)) (Global Burden of

Disease). Prosjektet anslår at det i 2019 var 93 306 personer med en alkoholbrukslidelse i Norge (usikkerhetsintervall: 81 216 – 107 523) (Tabell 3-1). Blant personene med en alkoholbrukslidelse var det en overvekt av menn: om lag 76 prosent var menn og 24 prosent var kvinner.

Tabell 3-1: Antall personer med en alkoholbrukslidelse i Norge, 2019

Aldersgruppe	Antall
1-9 år	13
10-19 år	3 265
20-29 år	19 615
30-39 år	20 569
40-49 år	18 522
50-59 år	14 411
60-69 år	10 273
70-79 år	4 662
80 år eller eldre	1 976
<b>Sum</b>	<b>93 036</b>

Kilde: Global Burden of Disease Study (2020)

Den globale sykdomsbyrdestudien definerer sykdomsbyrde i form av tapt av leveår og tap av helse. De sentrale målene i studien er antall dødsfall, tapte leveår (years of life lost (YLL)), helsetap (years lived with disability (YLD) og helsetapsjusterte leveår (disability adjusted life years (DALY)). Begrepene er nærmere forklart i Figur 3-3.

**Figur 3-3: Mål på sykdomsbyrde - definisjoner**



**Tapte leveår**  
**Years of life lost (YLL)**

Tapte leveår viser gjenstående forventet levetid når dødsfallet skjer.

**Helsetap**  
**Years lived with disability (YLD)**

Helsetapet er et mål på sykkelighet. Beregnes ved å multiplisere forekomsten av sykdommer og skader med tilhørende helsetapsvekter. Helsetapsvekten er et tall mellom 0 (helt frisk) og 1 (død) som uttrykker størrelsen på helsetapet forbundet med sykdommen eller skaden.

**Helsetapsjusterte leveår**  
**Disability adjusted life years (DALY)**

Helsetapsjusterte leveår er hovedmål på sykdomsbyrden og er summen av tapte leveår og ikke-dødelig helsetap.

Kilde: FHI (2019b)

Den globale sykdomsbyrdestudien anslår at det samlede helsetapet i Norge i 2019 grunnet alkoholbrukslidelser var 16 333 helsetapsjusterte leveår (DALY) (Tabell 3-2). Av disse utgjorde tapte leveår 7 085 år (YLL), mens antall år levd med helsetap var 9 248 år (YLD). Dette utgjør kun en andel av det totale helsetapet knyttet til alkohol, ettersom alkohol både er en risikofaktor for andre sykdommer og skader, samt kan forverre vanlige sykdommer som psoriasis og hjerte- og karsykdommer.

**Tabell 3-2: Antall tapte helsetapsjusterte leveår (DALYs) i Norge som følge av alkoholbrukslidelser, 2019**

	<b>Anslag</b>	<b>Usikkerhetsintervall</b>
Tapte leveår (YLL)	7 085	6 258 – 7 593
Helsetap (YLD)	9 248	6 276 – 13 175
<b>Sum (DALY)</b>	<b>16 333</b>	<b>13 261 – 20 245</b>

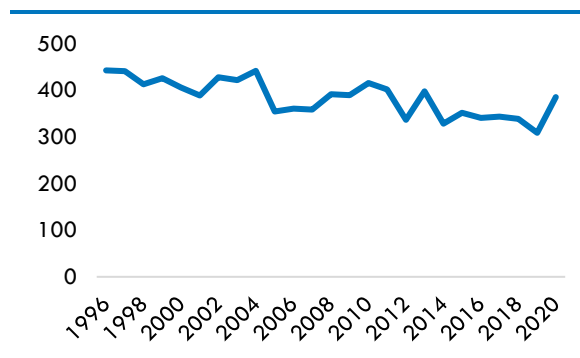
Kilde: Global Burden of Disease Study (2020)

I 2020 ble det registrert 386 alkoholutløste dødsfall<sup>2</sup> i Norge (FHI, 2019c). Antallet alkoholutløste dødsfall har holdt seg relativt stabilt i mange år, men målt opp mot befolkningsveksten har det vært en markant nedgang i alkoholutløst dødelighet (Figur 3-4)

<sup>2</sup> Rusmiddelutløste dødsfall er dødsfall hvor inntak av alkohol eller narkotika anses som underliggende dødsårsak (Amundsen, 2017). Definisjonen omfatter ikke dødsfall som ulykker og overfall hvor rusbruk var involvert, men omfatter selvmord hvor rusmidler var underliggende årsak (Darke, et

(Amundsen, 2017). Den vanligste årsaken til alkoholutløste dødsfall i 2020 var alkoholisk leversykdom som sto for 47 prosent av dødsfallene.

**Figur 3-4: Antall dødsfall som skyldes alkoholbruk, 1996-2020**




Kilde: Dødsårsaksregisteret

### 3.4.1 Risikofaktorberegning for alkohol

Den globale sykdomsbyrdestudien omfatter også såkalte risikofaktorberegninger. Beregningene viser potensielle gevinster som kan oppnås dersom man påvirker ugunstige faktorer i befolkningen. Faktorene omfatter blant annet usunt kosthold, høyt kolesterol, bruk av tobakk og rusmidler, mangel på fysisk aktivitet, luftforurensing og risikofaktorer i arbeidsmiljøet (GBD Risk Factors Collaborators, 2017). Den nyeste risikofaktorberegningen for Norge er basert på tall fra 2016.

**Figur 3-5: Risikofaktorberegningene i den globale sykdomsbyrdestudien**



Risikofaktorberegningene angir hvor stor andel av sykdomsbyrden som kunne vært unngått dersom ulike risikofaktorer ble redusert til et teoretisk minimumsnivå.

Beregningene gir dermed et bilde av forebyggingspotensialet for sykdomsbyrden. Risikofaktorberegningene benytter data på dødelighet og helsetap forbundet med de ulike risikofaktorene, i kombinasjon med data på forekomst og fordeling av risikofaktorene i populasjonen.

Kilde: FHI (2018)

Etttersom alkoholbrukslidelser kun utgjør en andel av det samlede helsetapet knyttet til alkohol, har vi tatt utgangspunkt i risikofaktoranalysen av alkohol for å beregne verdien av tapt helse og livskvalitet som følge av alkoholbruk. Analysen anslår at 44 364

al., 2006). Alkohol kan ha betydning for en rekke dødsfall som faller utenfor denne definisjonen, som for eksempel ved sykdommer som forverres ved alkoholbruk eller trafikkulykker.



helsetapsjusterte leveår gikk tapt i Norge i 2016 som følge av alkoholbruk (Øverland, et al., 2018). Tapte leveår utgjorde 30 874 år og helsetapet utgjorde 13 490 år.

### 3.4.2 Verdien av tapt helse

I Norge har det vært flere diskusjoner knyttet til hvordan man bør verdsette tapte leveår. Det benyttes en verdi ved prioritering av tiltak innad i helse-tjenesten (helseøkonomiske analyser), mens en annen verdi benyttes i samfunnsøkonomiske analyser der perspektivet er bredere. Helsedirektoratet har nylig publisert et utkast til veileder om hvordan helse-effekter skal behandles i samfunnsøkonomiske analyser (Helsedirektoratet, 2021). Denne veilederen omfatter tiltak som har helsekonsekvenser for friske befolkningsgrupper, og omfatter tiltak der analysene gjøres i et samfunnsperspektiv. I veilederen anbefales det at et godt leveår skal verdsettes til 1,53 millioner kroner dersom man inkluderer produksjonstap og 1,32 millioner uten produksjonstap (2021-kroner).

Ettersom denne analysen gjøres i et samfunns-perspektiv og vi kommer tilbake til redusert verdiskaping senere i rapporten, har vi her valgt å legge til grunn en verdi per kvalitetsjusterte leveår uten produksjonstap på 1,32 millioner kroner<sup>3</sup>.

Med disse forutsetningene utgjorde den samlede verdien av tapt helse og livskvalitet knyttet til alkoholbruk i Norge om lag 59 milliarder kroner (Tabell 3-3).

**Tabell 3-3: Tapt helse og livskvalitet i Norge i 2016 knyttet til alkoholbruk**

Type	Tapte DALYs*	Verdi per DALY**	Helsetap
Tapte leveår	30 874	1,32 mill. kr.	40,8 mrd. kr.
Helsetap	13 490	1,32 mill. kr.	17,8 mrd. kr.
<b>Sum</b>	<b>44 364</b>	<b>1,32 mill. kr.</b>	<b>58,6 mrd. kr.</b>

Kilde: FHI (2018) og Helsedirektoratet (2021). Analyse: Oslo Economics. \*For å anslå tapte DALYs knyttet til alkoholbruk har FHI estimert andelen av sykdomsbyrden som kunne vært unngått om alkoholbruk som risikofaktor ble redusert til et teoretisk minimumsnivå. \*\*Helsetapsjusterte leveår

### 3.4.3 Konsekvenser for barn, familie og venner

Alkoholbruk har ikke bare konsekvenser for den som bruker alkohol, men også for personer rundt den som drikker. I en artikkel av Nordlie om konsekvenser av alkoholmisbruk for familiemedlemmer, viser forfatteren til forskning som anslår at det for hver person som sliter med alkoholmisbruk i snitt er minst tre

personer innen nær familie som direkte berøres av vedkommendes atferd og livsførsel. Nordlie understreker at særlig barn blir sterkt berørt av foreldres alkoholmisbruk (Nordlie, 2003). I tillegg til negative konsekvenser som følge av alkoholmisbruk, kan også normal alkoholbruk kunne medføre negative konsekvenser for venner og familie.

Å konsumere alkohol under svangerskapet kan medføre alvorlige skader på barnet, og risikoen for skader øker jo flere episoder med høyt alkoholinntak man har (FHI, 2019d). Alkoholbruk under svangerskapet kan blant annet øke risikoen for spontanabort, tidlig fødsel, fysiske skader og problemer med sosial funksjon og læring (Helsenorge, 2019). Paraplybetegnelsen for barn som er påvirket av mors alkoholkonsum under graviditet er føtale alkoholspekterforstyrrelser (FASD). Betegnelsen omfatter mange ulike funksjonsvansker, og også føtalt alkoholsyndrom (FAS) (Hofstad, 2021b). Det er usikkert hvor mange barn som fødes med skader som skyldes alkoholbruk i svangerskapet, og det grunn til å tro at det er en viss grad av underdiagnostisering av disse barna. I Norge er det færre enn 500 barn under 18 år som er diagnostisert med FASD (Hofstad, 2021a).

Foreldres alkoholbruk kan også få konsekvenser for barna senere i livet. Barn med en forelder som misbruker alkohol opplever ofte (Nordlie, 2003):

- Brutte løfter
- Uforutsigbarhet
- Betydelig skamfølelse, spesielt overfor venner
- Vold, trusler om vold eller verbal trakassering
- Ansvar og oppgaver i hjemmet som overskrider det barnet bør ivareta
- Isolasjon og taushet, både innen familien og utad
- Lojalitetsforvirring
- Frykt for tap av foreldre ved død, skilsmisse eller lange sykehusopphold
- Store og usagte forventninger om å ta hensyn til foreldrenes dagsform

Det er anslått at det er mellom 50 000 og 150 000 barn i Norge som har en forelder med risikofyllt alkoholkonsum, og at om lag 90 000 barn har en forelder med en alkoholbrukslidelse (Rossow, et al., 2009; Torvik & Rognmo, 2011). Videre er det anslått at rundt 6,5 prosent av barn i Norge har foreldre med såpass alvorlig alkoholmisbruk at det sannsynligvis går ut over daglig fungering, og gitt dagens befolkning utgjør det i overkant av 72 000 barn (FHI, 2011, SSB-tabell 07349). Mange av familiene med alkohol-

<sup>3</sup> På samme måte som «Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – covid-19» (2020), rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet.

problemer opplever også andre psykiske problemer (FHI, 2011).

Barn av foreldre med en alkoholbrukslidelse eller risikofylt alkoholkonsum har forhøyet forekomst av ulike psykososiale problemer, de har økt risiko for negative livshendelser i oppveksten og er mer utsatt for vold, seksuelle overgrep, mishandling og omsorgssvikt (Rossow, et al., 2009; Torvik & Rognmo, 2011). Disse barna har også høyere sannsynlighet for å selv få rusproblemer og psykiske lidelser.

Det er stor usikkerhet om hvor stor andel av mulige negative konsekvenser for barn som faktisk kan tilskrives foreldres alkoholmisbruk. En rapport fra FHI basert på eksisterende norsk og internasjonal forskning og statistikk, anslår at om lag 2,3 prosent av alle barn utvikler psykiske lidelser som har bakgrunn i foreldrenes alkoholmisbruk (FHI, 2011). I rapporten ble det videre anslått at 7,8 prosent av psykiske lidelser blant barn og unge kan knyttes til foreldres alkoholmisbruk, men årsakssammenhengene er ikke fullstendig kartlagt og FHI oppgir at anslagene må anses som maksimumsestimater.

Dersom vi legger dette tallet til grunn, kan vi beregne sykdomsbyrden ved psykisk sykdom som har bakgrunn

i foreldres alkoholmisbruk. Å ha en psykisk lidelse innebærer at man har en dårligere helse enn man ellers ville hatt, og i den globale sykdomsbyrdestudien er det anslått at det hvert år går tapt 15 700 helsetapsjusterte leveår i Norge knyttet til psykiske lidelser i befolkningen under 20 år. Dersom vi legger til grunn at 7,8 prosent av disse er knyttet til psykiske lidelser som kan knyttes til foreldres alkoholmisbruk, utgjør det 1 200 helsetapsjusterte leveår.

Årsakene til at personer utvikler psykiske lidelser er ofte sammensatte, og det er i mange tilfeller en kombinasjon av flere årsaker som fører til at noen blir syke. Det er med andre ord grunn til å tro at det er flere forhold som fører til de anslåtte sykdomstilfellene. For å synliggjøre usikkerheten i anslaget har vi derfor lagt til grunn at 4 prosent (lavt anslag) til 7,8 prosent (høyt anslag) kan tilskrives alkohol, med beste anslag på 6 prosent.

Med en verdi på 1,32 millioner kroner per helsetapsjusterte leveår, tilsvarer sykdomsbyrden ved psykiske lidelser som knyttes til foreldres alkoholmisbruk 1,2 milliarder kroner i beste anslag (Tabell 3-4).

**Tabell 3-4: Tapte helse og livskvalitet ved psykiske lidelser knyttet til foreldres alkoholmisbruk, blant befolkningen under 20 år, 2019**

	Tapte DALYs	Verdi per DALY*	Helsetap
Helsetap, lavt anslag	600	1,32 mill. kr.	830 mill. kr.
Helsetap, beste anslag	900	1,32 mill. kr.	1,2 mrd. kr.
Helsetap, høyt anslag	1 200	1,32 mill. kr.	1,6 mrd. kr.

Kilde: FHI (2011), Global Burden of Disease Study (2020) og Helsedirektoratet (2021). Analyse: Oslo Economics. \*Helsetapsjusterte leveår

Belastningen ved å ha en pårørende med alkoholproblemer er stor og de pårørende vil påvirkes på en rekke områder utover det helsemessige tapet i form av psykiske lidelser knyttet til foreldres alkohol.

Studier har blant annet vist at jo mer foreldre drikker, jo mer øker risikoen for at også barna får høyt alkoholbruk senere i livet (Rossow, et al., 2016). Generelt vil det å ha et familiemedlem med alkoholproblemer ha konsekvenser for familiens funksjon, konfliktnivå, belastninger og muligheter til å løse problemer. I tillegg til å være en belastning for eventuelle barn i familien, kan dette være en stor belastning for partner og øvrig familie. For eksempel vil alkoholproblemer ofte medføre en belastning i form av uro og bekymring for familiemedlemmer.

Alkoholbruk kan også redusere kvaliteten på parforhold, og forskning har vist at risikoen for separasjon eller skilsmisse øker med økende alkoholkonsum hos

ektemannen (Leonard & Roberts, 1998). Analyser av utvikling i alkoholbruk og skilsmisserate over tid viser også samvariasjon. Når alkoholkonsumet går opp, øker antallet personer med et høyt alkoholkonsum, antallet episoder med beruselse øker og skilsmisseraten ser da også ut til å øke (Caces, et al., 1999).

Risikoen for vold i par- og familierelasjoner er høyere i familier med rusbrukslidelser (Moore, et al., 2011). Risikoen for vold øker med alkoholkonsum, og alkohol øker også risikoen for at volden medfører skade.

For å gi et anslag på den tapte livskvaliteten til pårørende av de med alkoholproblemer tar vi utgangspunkt i at det i Norge totalt er 93 036 personer med en alkoholbrukslidelse (Tabell 3-1) og det er anslått at det for hver av disse i snitt er tre nære pårørende som påvirkes av vedkommendes atferd og livsførsel (Nordlie, 2003). Dette vil tilsi at det totalt er ca. 280 000 nære pårørende til personer med alkoholbrukslidelser i Norge. Videre vet vi også

at om lag 90 000 barn har en forelder med en alkoholbrukslidelse (Torvik & Rognmo, 2011).

For å anslå tappt livskvalitet per pårørende benytter vi anslagene fra Jarl et al. (2006) som også er benyttet i Rambølls beregninger av alkoholrelaterte kostnader i Sverige (Rambøll Management Consulting, 2019). Her er det anslått at pårørende som bor i samme husholdning som den med alkoholproblemer taper 0,08 kvalitetsjusterte leveår, mens pårørende som ikke bor i samme husholdning taper 0,01 kvalitetsjusterte leveår.

Vi legger til grunn at barn av personer med en alkoholbrukslidelse opplever tap i livskvalitet tilsvarende pårørende i samme husholdning. For øvrige pårørende, anslått til om lag 190 000 personer, legger vi til grunn tapet i livskvalitet tilsvarende pårørende som ikke bor i samme husholdning. Med en verdi på 1,32 millioner kroner per helsetapsjusterte leveår, anslås det som beste anslag at den tapte livskvaliteten til pårørende av personer med alkoholmisbruk er 12 milliarder kroner, hvorav 9,5 milliarder knyttes til barn. For å synliggjøre usikkerheten i anslaget har vi også lagt til grunn et usikkerhetsspenn på +/- 30 prosent (Tabell 3-5).

**Tabell 3-5: Anslag på kostnader i form av tappt livskvalitet for pårørende av personer med en alkoholbrukslidelse**

Pårørende	Antall	QALY*-tap per person	Verdi per QALY	Kostnad, lavt anslag	Kostnad, beste anslag	Kostnad, høyt anslag
Barn	90 000	0,08	1,32 mill. kr.	6,7 mrd. kr.	9,5 mrd. kr.	12,4 mrd. kr.
Øvrige nære pårørende	190 000	0,01	1,32 mill. kr.	1,8 mrd. kr.	2,5 mrd. kr.	3,3 mrd. kr.
<b>Sum</b>	<b>280 000</b>			<b>8,4 mrd. kr.</b>	<b>12 mrd. kr.</b>	<b>15,6 mrd. kr.</b>

Kilde: Global Burden of Disease Study (2020), Nordlie (2003), Torvik og Rognmo (2011), Jarl et al. (2006) og Helsedirektoratet (2021). Analyse: Oslo Economics. \*Kvalitetsjusterte leveår.

### 3.4.4 Konsekvenser av andres drikking i den generelle befolkningen

Negative konsekvenser av andres alkoholbruk omfatter både alvorlige og mindre alvorlige konsekvenser. En del av disse konsekvensene har vi beskrevet under andre avsnitt, som for eksempel vold, promillekjøring og negative konsekvenser for kollegaer og arbeidsmiljø. I tillegg til disse konsekvensene vil alkoholbruk også kunne medføre flere mindre alvorlige, men fortsatt ubehagelige, konsekvenser i den generelle befolkningen.

For eksempel vil andres alkoholbruk kunne føre til uønsket seksuell oppmerksomhet, ubehag knyttet til mer uforutsigbar og truende oppførsel og forstyrrelser i form av støy og forsøpling fra berusede personer.

For eksempel er det relativt mange som har opplevd negative konsekvenser av andres alkoholbruk i jobbsammenheng. I en studie av norske arbeidstakere oppga rundt 10 prosent av respondentene at de følte seg utenfor eller uteblir fra sosiale arrangementer på grunn av drikking i jobbsammenheng. I den samme studien oppga om lag 4 prosent at de har opplevd å bli utskjelt av kollegaer som har drukket, mens 2 prosent har blitt fysisk skadet og 7 prosent har opplevd uønsket seksuell oppmerksomhet (Moan & Halkjelsvik, 2016). I Studentenes helse- og trivsels-

undersøkelse (SHoT) 2018 oppga nesten 20 prosent av respondentene at de har latt være å delta på studentarrangement fordi det drikkes alkohol der (Knapstad, et al., 2018).

Når det gjelder mindre alvorlige forstyrrelser vil for eksempel støy fra fest og irritasjon over forsøpling og forstyrrende oppførsel fra berusede personer kunne oppleves negativt. Selv om slike forstyrrelser i seg selv antageligvis ikke reduserer livskvaliteten betydelig, er det ikke rimelig å tenke at det vil ha en liten reduksjon i livskvalitet for relativt mange personer. I en norsk studie fra 2019 oppga 16,8 prosent av de spurte at de hadde blitt plaget av alkoholbruken til personer de ikke kjenner (Moan, et al., 2019). Eksempelvis kan det tenkes at det finnes en betalingsvillighet, om enn liten, i den generelle befolkningen til å eliminere forstyrrelser og irritasjon knyttet til andres beruselse.

Om vi ser ubehag, uønsket seksuell oppmerksomhet, forstyrrelser og irritasjon under ett, kan vi illustrere konsekvensene i den generelle befolkningen gjennom et regneeksempel. Dersom vi legger til grunn at 16,8 prosent av befolkningen (tilsvarende 900 000 personer) har en betalingsvilje på mellom 0 og 1 000 kroner i året på å fjerne ubehag og mindre alvorlige forstyrrelser knyttet til alkohol, vil dette tilsvare en samlet kostnad på mellom 0 og 900 millioner kroner.

**Tabell 3-6: Anslag på kostnader knyttet til tapte leveår og redusert livskvalitet knyttet til alkoholbruk**

Type kostnad	Kostnad (mill. kr.)
Tapte leveår og helsetap	58 600
Helsetap for barn som følge av foreldres alkoholbruk	830 – 1 600
Tapte livskvalitet for barn, familie og pårørende	8 400 – 15 600
Konsekvenser av andres drikking for den generelle befolkningen	0 – 900

### 3.5 Kostnader i helse- og omsorgstjenesten forbundet med alkoholkonsum

Alkoholbruk medfører en rekke helsemessige konsekvenser som igjen gir økt bruk av ressurser i helsetjenesten. I tillegg til sykdommer som direkte skyldes alkoholbruk finnes også en lang rekke sykdommer der alkohol er en risikofaktor eller kan forverre sykdommen. Å kun vurdere bruk av helsetjenester som direkte skyldes alkoholbruk vil innebære en betydelig underestimering av helsetjenestebruken knyttet til alkohol. Det er derfor behov for også å synliggjøre kostnader for sykdommer der alkohol er en sentral risikofaktor, selv om disse kostnadene er krevende å anslå.

For å inkludere bruk av helsetjenester knyttet til sykdommer der alkohol er en medvirkende faktor tar vi utgangspunkt i Gavurova og Tarhanicova sine beregninger av andelen av ulike diagnoser som kan tilskrives alkoholbruk (Gavurova & Tarhanicova, 2021). En utfordring med denne metoden er imidlertid at det kan være krevende å fange opp alle tilfellene knyttet til de ulike diagnosene, avhengig av datagrunnlaget og grupperingen av dataene.

En annen utfordring med å estimere bruk av helsetjenester knyttet til alkoholbruk er at offisiell statistikk kan underrapportere alkoholbruk som medvirkende diagnose. Dette kan skyldes at det er en viss tabu knyttet til høyt alkoholkonsum slik at både pasient og helsepersonell kan være mer tilbøyelig til å ikke inkludere alkohol som medvirkende diagnose. Det er også dokumentert at mange pasienter underrapporterer sitt alkoholkonsum (Livingston & Callinan, 2015). I tillegg kan det også skyldes at pasienten og/eller helsepersonellet ikke skjønner at alkohol er en medvirkende faktor for den aktuelle sykdommen.

#### 3.5.1 Primærlegetjenesten

For å beregne behandlingskostnadene i primærhelsetjenesten har vi analysert data fra Helfo som inneholder informasjon om alle allmennlegekontakter som var registrert med en diagnosekode knyttet til

alkoholmisbruk. Dette innebærer at datasettet inkluderer kontakt med helsetjenesten som direkte kan tilskrives alkoholkonsum. Vi har ikke vært i stand til å finne noe dokumentasjon på hvilken andel av helsetjenestebruken for andre sykdommer som kan tilskrives alkohol, og har derfor ikke utarbeidet anslag for disse kostnadene. Kostnadene presentert i dette avsnittet er med andre ord kun basert på data fra Helfo for diagnoser som direkte kan knyttes til alkoholkonsum, og er derfor å anse som konservative.

Litt over 22 000 pasienter ble behandlet i primærlegetjenesten med alkoholmisbruk som hoveddiagnose i 2020. Av disse mottok rundt 17 000 behandling hos fastlege og rundt 8 000 på legevakt, hvorav noen mottok behandling begge steder og dermed inngår i begge statistikkene (Tabell 3-7). Pasientene betalte til sammen 6,3 millioner kroner i egenandel, i tillegg til at det ble utbetalt omtrent 30 millioner kroner i refusjon fra Helfo. Med utgangspunkt i at kostnadene i form av egenandeler og refusjon utgjør 29 prosent av de totale behandlingskostnadene (Helsedirektoratet, 2019) anslås de samlede alkoholrelaterte kostnadene i primærhelsetjenesten til omtrent 126 millioner kroner. Estimater er usikkert ettersom det er krevende å anslå den faktiske ressursbruken knyttet til konsultasjonene utover det som betales i refusjoner og egenandeler.

**Tabell 3-7: Antall pasienter og kostnad for behandling av alkoholmisbruk\* i primærhelsetjenesten i 2020 fordelt etter behandlingssted**

Behandlingssted	Pasienter (antall)	Kostnad (mill. kr.)
Fastlege	16 575	99
Legevakt	7 888	26
<b>Sum</b>	<b>22 056**</b>	<b>126</b>

Kilde: Helfo. \*Inkluderer behandling med diagnosekode ICD-10: P15 eller P16. \*\*Antall unike pasienter i primærhelsetjenesten er lavere enn summen av antall pasienter behandlet hos fastlege og på legevakt ettersom noen pasienter i 2020 mottok behandling både hos fastlege og på legevakt.

Ettersom beregningene i Tabell 3-7 kun inkluderer sykdommer direkte knyttet til alkohol, i tillegg til at det antageligvis er mørketall knyttet til registreringen,

er det grunn til å tro at kostnadene i primærhelsetjenesten knyttet til alkoholbruk er betydelig større enn det som er beregnet her.

For å belyse de alkoholrelaterte kostnadene i primærhelsetjenesten som ikke fanges opp gjennom analysen av dataene fra Helfo har vi også beregnet kostnadene med metoden Gjelsvik benyttet i sin beregning av samfunnskostnadene ved alkohol (Gjelsvik, 2004).

Det var i 2020 14,2 millioner konsultasjoner hos fastlege og 1 million konsultasjoner på legevakt hvor pasienten var 16 år eller eldre. Det finnes lite oppdatert informasjon om andelen konsultasjoner som er alkoholrelaterte, men eldre studier viser at om lag 11 til 14 prosent av konsultasjonene kan knyttes til alkoholbruk (Aasland, et al., 1987; Hagestad, 1999). I tillegg knyttes 3 prosent av konsultasjonene til andres alkoholkonsum (Aasland, et al., 1987). Dette fremstår høyt med tanke på at for eksempel 2,7 prosent av fastlegekonsultasjonene i 2020 var knyttet til diabetes og 7,8 prosent av konsultasjonene var knyttet til den brede kategorien lokale smerter og betennelser (SSB-tabell 10141). I mangel av mer oppdaterte estimater velger vi derimot å legge tilsvarende andelen fra disse studiene. Om disse andelenes legges til grunn for antall konsultasjoner i 2020 vil dette tilsvare mellom 2 og 2,4 millioner alkoholrelaterte konsultasjoner hos fastlege og tilsvarende mellom 140 000 og 180 000 konsultasjoner på legevakt. Gitt en egenandel på 160 kroner og gjennomsnittlig refusjon for fastlege og legevaktslege på hhv. 155 og 197 kroner (Helfo, 2021; Helfo, 2020), tilsvarer dette samlede kostnader på 620 til 760 millioner kroner hos fastlege og mellom 50 og 60 millioner kroner på legevakt. Dette er betydelig høyere enn egenandelene og refusjonene knyttet til en alkoholmisbruksdiagnose og gir en illustrasjon på at kostnadene blir for lave om ikke diagnoser som delvis er knyttet til alkohol inkluderes.

**Tabell 3-8: Estimert på behandlingstjenester knyttet til alkohol**

Behandlingssted	Kostnad (mill. kr.)
Fastlege	99 - 760
Legevakt	26 - 60
<b>Sum</b>	<b>126 - 820</b>

Kilde: Helfo og (Gjelsvik, 2004). Analyse: Oslo Economics.

### 3.5.2 Spesialisthelsetjenesten

Behandling av alkoholrelaterte lidelser i spesialisthelsetjenesten består av både behandling hos privatpraktiserende legespesialister, privat-

<sup>4</sup> For diagnoser som delvis kan tilskrives alkoholkonsum har vi tatt utgangspunkt i tabell 2 i Gavurova og Tarhanicova (2021).

praktiserende psykologer, somatiske sykehus og psykisk helsevern og rus- og avhengighetsbehandling.

### Privatpraktiserende spesialister

Behandlingskostnadene hos privatpraktiserende spesialister med avtale med RHF (avtalespesialister) er beregnet med utgangspunkt i data fra Helfo. I 2020 mottok 132 pasienter behandling hos en avtalespesialist for sykdommer som i sin helhet kan tilskrives alkoholbruk. Det er imidlertid en rekke sykdommer hvor alkohol er en medvirkende faktor, selv om sykdommen også kan ha andre årsaker. 109 423 personer ble behandlet hos en avtalespesialist for sykdommer som delvis kan tilskrives alkoholkonsum<sup>4</sup>. Se Vedlegg A for oversikt over diagnosene. Pasientene betalte til sammen i underkant av 7 millioner kroner i egenandel, i tillegg til at det ble utbetalt om lag 31 millioner kroner i refusjon.

I tillegg kommer behandling hos privatpraktiserende psykologer. Det er få personer som får behandling for alkoholrelaterte lidelser hos psykologer med avtale med RHF. I 2020 betalte pasientene til sammen i overkant av 100 000 kroner i egenandeler og det ble utbetalt om lag 1 millioner kroner i refusjon fra Helfo.

Med en antagelse om at driftstilskuddet tilsvarer omtrent 60 prosent av finansieringen (Helsedirektoratet, 2019) anslås behandlingstjenester hos privatpraktiserende spesialister med avtale med RHF til 63,4 millioner kroner for legespesialister og 2 millioner kroner for psykologer.

**Tabell 3-9: Estimert på behandlingstjenester knyttet til alkohol**

Spesialist	Kostnad (mill. kr.)
Legespesialist	63
Psykologspesialist	2
<b>Sum</b>	<b>65</b>

Kilde: Helfo.

### Somatiske sykehus

Når det gjelder behandlingstjenester ved somatiske sykehus har begrensninger i datatilgang gjort at vi har måttet gjøre beregninger med ulike fremgangsmåter og holde beregningene opp mot hverandre.

For den første fremgangsmåten har vi utarbeidet kostnadsanslag med utgangspunkt i aktiviteten knyttet til utvalgte behandlingsepisoder. Aktiviteten måles basert på DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper), og kostnaden bestemmes av sykehusenes kostnad per

DRG-poeng. DRG-systemet er et pasient-klassifiseringssystem for behandling ved somatiske sykehus. I systemet blir hver pasient klassifisert i grupper som er medisinsk og ressursmessig like. Hver DRG har en kostnadsvekt som beskriver hvor ressurskrevende en DRG er sammenlignet med «gjennomsnittspasienten». Ressursbruken for de utvalgte behandlingsepisodene kan beregnes basert på kostnadsvekten for DRG-ene og kostnaden per DRG-poeng.

Dataene er hentet fra Helsedirektoratets nettbaserte søkemotor («kuben») da det ikke har vært mulig å innhente individdata innenfor tidsrammene i prosjektet.

Det var omtrent 11 000 behandlingsepisoder ved sykehusene med sykdommer som direkte skyldes alkoholbruk (se Vedlegg A). Flertallet av disse behandlingsepisodene var behandling av alkoholmisbruk. I tillegg var det en rekke behandlings-episoder av sykdommer som delvis kan tilskrives alkoholbruk.<sup>5</sup>

Med denne framgangsmåten beregnes samlede alkoholrelaterte kostnader ved somatiske sykehus til 427 millioner kroner i 2020. Av disse var 294 millioner knyttet til behandling av sykdommer som direkte skyldes alkoholbruk, mens 133 millioner var knyttet til sykdommer som delvis kan tilskrives alkoholbruk.

**Tabell 3-10: Behandlingskostnader ved somatiske sykehus i 2020 som kan tilskrives alkoholbruk**

	Kostnad (mill. kr.)
Sykdommer som i sin helhet skyldes alkoholbruk	294
Sykdommer som delvis* kan tilskrives alkoholbruk	133
<b>Sum</b>	<b>427</b>

Kilde: Norsk pasientregister (NPR). \*For diagnoser som delvis kan tilskrives alkoholkonsum har vi tatt utgangspunkt i tabell 2 i Gavurova og Tarhanicova (2021).

Kostnadsanslagene presentert i Tabell 3-10 er trolig konservative ettersom alkohol er en risikofaktor for flere store sykdomsgrupper som det brukes betydelige ressurser på ved norske sykehus. For å beregne kostnadene knyttet til ulike behandlingsepisoder har vi måttet gjøre datauttrekk knyttet til spesifikke behandlinger ettersom Helsedirektoratets nettdatabase ikke har en modul for å gjøre uttrekk for kostnader per diagnose. Det er imidlertid grunn til å tro at alle kostnadene knyttet til sykdommene som

<sup>5</sup> Summen av behandlingsepisoder for de relevante diagnosene i uttrekkene utgjør imidlertid kun 71 prosent av de relevante behandlingsepisoder samlet sett, altså faller 29 prosent av episodene ut i uttrekket. Vi justerer derfor

delvis kan tilskrives alkohol ikke fanges opp med denne fremgangsmetoden. For å synliggjøre usikkerheten i disse anslagene og gi et bedre bilde av de faktiske kostnadene har vi også estimert kostnadene basert på en ovenfra-og-ned strategi.

Noen av de største sykdomsgruppene hvor alkohol er en risikofaktor er kreft og hjerte- og karsykdommer, og en andel av behandlingskostnadene knyttet til disse sykdommene kan trolig tilskrives alkoholbruk. Behandlingskostnadene knyttet til kreft ved norske sykehus ble beregnet til 13 milliarder kroner i 2017, tilsvarende 13,8 milliarder i 2020-kroner (Bugge, et al., 2021). Tilsvarende kostnader som følge av hjerte- og karsykdommer knyttet til høyt kolesterol har tidligere blitt beregnet av Oslo Economics til 8,4 milliarder kroner i 2020. Gavurova og Tarhanicova (2021) anslår at fra 15 prosent og opp til 60 prosent av blant annet kreft i munnen, i fordøyelsesorganer, strupen, brystkreft og prostatakreft kan tilskrives alkoholbruk, og at det samme gjelder for et par prosent av hjerte- og karsykdommer som hjerneblødning, hjerneinfarkt og hjerneslag. For å synliggjøre omfanget av alkoholrelaterte kostnader har vi lagt til grunn at mellom 1 og 5 prosent av de samlede kostnadene ved kreft og hjerte- og karsykdommer kan tilskrives alkoholbruk. Dette tilsvarer kostnader på mellom 222 millioner og 1,1 milliarder kroner.

I 2017 ble de alkoholrelaterte kostnadene ved innleggelse på sykehus i Sverige beregnet til 3,1 milliarder norske kroner (Rambøll Management Consulting, 2019).<sup>6</sup> Beregningen inkluderer kun kostnader ved innleggelse og dagbehandling. Kostnader knyttet til behandling ved poliklinikken er ikke inkludert. Selv om kostnadene ikke er direkte sammenlignbare med norske forhold indikerer resultatene fra Sverige at metoden benyttet ved beregning av kostnader presentert i Tabell 3-10 innebærer en underestimert av de faktiske kostnadene. Dersom man benytter det svenske estimatet og justerer for folketall utgjør kostnadene 1,6 milliarder kroner.

I andre europeiske land har tidligere studier anslått at mellom 1 prosent og 7 prosent av de samlede helse-tjenestekostnadene skyldes alkohol (OECD, 2021). Det ble anslått at andelen i Sverige var på litt over 4 prosent. Om det som en forenkling legges til grunn at en tilsvarende andel av kostnadene ved somatiske sykehus i Norge er knyttet til alkohol ville det tilsvare omtrent 3,9 milliarder kroner.

behandlingskostnadene opp ved å anta samme forholdstall mellom behandlingsepisoder og kostnader.

<sup>6</sup> Regnet med gjennomsnittlig valutakurs i 2017. Tilsvarer 3,2 milliarder svenske kroner.

**Tabell 3-11: Estimat på samlede behandlingskostnader ved somatiske sykehus knyttet til alkohol**

Beregningsmetode	Kostnad (mill. kr.)
Med utgangspunkt i DRG-poeng (datauttrekk fra NPR)	427
Beregninger med DRG-poeng inkludert anslag for enkelte sykdomsgrupper	650 - 1 500
Anslag på basert på internasjonale forholdstall	1 600 - 3 900

Kilde: NPR, (Bugge, et al., 2021), (Rambøll Management Consulting, 2019) og (OECD, 2021). Analyse: Oslo Economics.

### Psykisk helsevern og rus- og avhengighetsbehandling

I tillegg til at alkoholbruk er medvirkende for sykdommer som krever behandling i den somatiske helsetjenesten, er alkohol også medvirkende årsak til en rekke psykiske helseplager. I tillegg kan det være behov for rus- og avhengighetsbehandling for de som blir avhengige av alkohol.

Alkoholkonsum er en risikofaktor for flere ulike psykiske helseplager og en betydelig andel av de alkoholrelaterte tapte friske leveårene tilskrives nevropsykiatriske tilstander (Rehm, et al., 2009). Alkoholkonsum kan for noen føre til alkoholavhengighet, som er klassifisert som en psykisk lidelse, samtidig som alkoholbruk kan være medvirkende eller forsterkende årsak til for eksempel alvorlig depresjon (Shield, et al., 2020).

Rus- og avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten omtales som tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Tjenestene utføres av personer med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse. I underkant av 33 000 personer mottok behandling i TSB i 2020 med totalt 17 000 døgnopphold og 600 000 dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Psykiske lidelser som skyldes alkoholbruk er blant de vanligste årsakene til behandling innen alle omsorgsnivåer i TSB. 40 prosent av døgnoppholdene (tilsvarende 6 800 opphold) og 19 prosent av dagbehandling og polikliniske konsultasjoner (tilsvarende 114 000 episoder) skyldes psykiske lidelser som følge av alkoholbruk (Bremnes & Indergård, 2021). I Helsedirektoratets seneste beregning av kostnadsnivå i TSB (i 2018) ble gjennomsnittskostnaden per konsultasjon og per oppholdsdøgn beregnet til hhv. 2 700 og 7 900 kroner (tilsvarende 2 795 og 8 177 i 2020-kr) (SAMDATA, 2019). Med utgangspunkt i disse enhetskostnadene estimeres de samlede alkoholrelaterte kostnadene i TSB til 375 millioner kroner.

Innen psykisk helsevern for voksne var det i 2020 om lag 6 000 døgnopphold og 37 000 dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner knyttet til psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, hvorav psykiske lidelser som skyldes alkoholbruk utgjorde en delmengde av dette. Om man antar at andelen av behandlingene som er knyttet til alkoholbruk innenfor denne gruppen er tilsvarende som innen TSB er omtrent 3 000 døgnopphold og 10 000 dagbehandlinger/ polikliniske konsultasjoner knyttet til psykiske lidelser som følge av alkoholbruk. Gitt disse forutsetningene anslås kostnadene innen psykisk helsevern for voksne knyttet til alkoholbruk til om lag 65 millioner kroner i 2020.

Det var ingen behandlingsepisoder innen psykisk helsevern for barn og unge med en alkoholrelatert lidelse som diagnose. Det kan tenkes at alkoholbruk blant foreldre kan være medvirkende årsak til psykiske lidelser hos barn og unge, men vi ikke har grunnlag for å knytte behandlingskostnadene innen psykisk helsevern for barn og unge opp mot alkoholbruk.

**Tabell 3-12: Estimat på kostnader for behandling innen psykisk helsevern og TSB i 2020 knyttet til alkoholbruk**

Kostnadssted	Kostnad (mill. kr.)
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	375
Psykisk helsevern (PHV)	65
<b>Sum</b>	<b>440</b>

Kilde: (Bremnes & Indergård, 2021). Analyse: Oslo Economics.

### 3.5.3 Kostnader i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten

I tillegg til kostnader i primærlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil konsum av alkohol kunne medføre kostnader for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette inkluderer blant annet tilbud til personer med rus- og psykiske lidelser som følger alkohol, men også pleie av pasienter som har utviklet livsstilssykdommer på grunn av sitt alkoholkonsum (eks. hjerte- og karsykdommer eller diabetes).

I 2020 var kommunenes brutto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer 2,8 milliarder kroner (SSB-tabell 12228). Dette omfatter både personer med alkoholproblemer og problemer med illegale rusmidler. Kommuner kartlegger tjenestemottakere med rusproblemer gjennom BrukerPlan-kartleggingen. I 2019 brukte 62 prosent av disse tjenestemottakerne alkohol hvorav 7 prosent hadde en bruk kategorisert som svært omfattende, mens 27 prosent hadde en bruk kategorisert som betydelig.

Vi legger til grunn at mellom 7 og 34 prosent av kommunenes ressursbruk til personer med rusproblemer kan tilskrives alkohol, avhengig av om man inkluderer kun svært omfattende eller også betydelig alkoholbruk. Med utgangspunkt i disse forutsetningene anslår vi kommunale pleie- og omsorgskostnader i 2020 til mellom omtrent 200 og 950 millioner kroner.

**Tabell 3-13: Estimert på kostnader i kommunal pleie- og omsorgstjenesten knyttet til alkohol**

Kostnadssted	Kostnad (mill. kr.)
Kommunal pleie- og omsorgstjeneste	200 - 950

Kilde: SSB. Analyse: Oslo Economics.

### 3.5.4 Legemiddelkostnader

I tillegg til at det er kostnader forbundet med behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten er det også kostnader knyttet til legemiddelbehandling som skyldes alkoholbruk. I datauttrekket gjort i dette prosjektet er ikke sykdommen som ligger til grunn for resepten inkludert. For legemidler som brukes til flere ulike formål har det i dette tilfelle derfor ikke vært mulig å skille ut bruken til hvert av formålene. Vi har derfor kun data på legemidler som hvor bruken kun er knyttet til alkoholkonsum. Dette inkluderer bare legemidler som brukes ved alkoholavhengighet og ikke legemidler knyttet til de andre sykdommene som helt eller delvis skyldes alkoholkonsum. I 2020 utgjorde kostnadene knyttet til legemidler mot alkoholavhengighet 13,4 millioner kroner.

Med tanke på det brede spekteret av fysiske og psykiske lidelser hvor alkoholbruk er en risikofaktor er det imidlertid ikke tvil om at de reelle legemiddelkostnadene som skyldes alkoholbruk er høyere enn dette. For å illustrere det mulige omfanget av de samlede legemiddelkostnadene tar vi utgangspunkt i kostnadene knyttet til et par av de største sykdomsområdene hvor alkohol er en risikofaktor. Tall fra Reseptregisteret viser at legemiddelkostnadene knyttet til hjerte- og karsykdommer i 2020 tilsvarte 1,1 milliarder kroner, mens på kreftområdet var legemiddelkostnadene i 2020 på 2,2 milliarder kroner (Bugge, et al., 2021). Om vi legger til grunn at mellom 1 og 5 prosent av legemiddelkostnadene innenfor disse områdene kan tilskrives alkoholbruk, vil det tilsvare et sted mellom om lag 30 og 170 millioner kroner. Samlede legemiddelkostnader knyttet til

alkohol estimeres dermed til et sted mellom 50 og 180 millioner kroner (Tabell 3-14).

**Tabell 3-14: Estimert på legemiddelkostnader knyttet til alkohol**

Legemiddelkostnad	Kostnad (mill. kr.)
Mot alkoholavhengighet	13
Estimat på andre relevante legemiddelgrupper	30 - 170
<b>Sum</b>	<b>50 - 180</b>

Kilde: Reseptregisteret og (Bugge, et al., 2021). Analyse: Oslo Economics.

### 3.5.5 Behandling og oppfølging av pårørende

I tillegg til helsetjenestekostnader knyttet til de som mottar oppfølging og hjelp i helsetjenesten på grunn av egen alkoholbruk, påføres helsetjenesten også kostnader knyttet til oppfølging og behandling av pårørende og andre som påvirkes andres alkoholbruk. Dette kan for eksempel være personer som trenger støtte og hjelp i en vanskelig situasjon, eller personer som har blitt slått og skadet av personer som har drukket alkohol. Ikke alle voldstilfellene hvor alkohol er involvert kan tilskrives alkoholen, men noen tilfeller kunne trolig vært unngått.

Helsetjenestekostnadene knyttet til de som selv drikker alkohol er anslått til mellom 1,3 og 6,4 milliarder kroner årlig. Det mangler tallgrunnlag for å sikkert kunne tallfeste helsetjenestekostnadene for pårørende, men som en illustrasjon kan vi anta at de utgjør 10 prosent av helsetjenestekostnadene knyttet oppfølgingen av de som drikker selv. Dette blir da mellom 130 og 640 millioner kroner årlig.

### 3.5.6 Samlede kostnader i helsetjenesten

Samlet sett estimeres de årlige kostnadene i helsetjenesten knyttet til alkoholbruk til mellom 1,4 og 7,0 milliarder kroner (Tabell 3-15). Estimaten er usikre ettersom det er utfordrende å tilskrive og estimere kostnader knyttet til alkohol for de sykdommene som delvis forårsakes av alkoholbruk. I tillegg er noen av estimaten antagelig underdrevne ettersom alkohol ofte kan bli undervurdert eller underrapportert som medvirkende diagnose i offisiell statistikk. Kostnader knyttet til konsultasjoner hos private spesialister som ikke får refusjon fra Helfo er ikke inkludert i beregningene. Kostnadene knyttet til disse behandlingene er imidlertid antagelig ikke veldig store.



**Tabell 3-15: Anslag på kostnader i helsetjenesten knyttet til alkoholbruk**

Type kostnad	Kostnad (mill. kr.)
Fastlege	99 - 760
Legevakt	26 - 60
Privatpraktiserende spesialister	65
Somatiske sykehus	427 - 3 900
Psykisk helsevern og TSB	440
Kommunal pleie- og omsorgstjeneste	200 - 950
Legemiddelkostnader på blå resept	50 - 180
Helsetjenester pårørende	130 - 640
<b>Sum</b>	<b>1 400 - 7 000</b>

Kilde: KUHR, NPR, Reseptregisteret og SSB. Analyse: Oslo Economics.

## 3.6 Tappt verdiskaping som følge av alkohol

### 3.6.1 Tappt produksjon som følge av for tidlig død

En kilde til tappt produksjon som følge av alkoholbruk er at alkoholbruk bidrar til at folk dør tidligere enn de ellers ville gjort. Når yrkesaktive personer dør innebærer dette at samfunnet går glipp av produksjon som ellers ville ha funnet sted.

For å beregne verdien av den tapte produksjonen som følge av for tidlig død som følge av alkohol tar vi utgangspunkt i at Helsedirektoratet anbefaler at et godt leveår skal verdsettes til 1,53 millioner kroner dersom man inkluderer produksjonstap og 1,32 millioner uten produksjonstap (2021-kroner) (Helsedirektoratet, 2021). Vi legger derfor differansen mellom disse anslagene, lik 210 000 kroner til grunn for produksjonstapet per leveår. Fra FHIs risikofaktorberegning for alkohol er det beregnet at 30 874 gode leveår gikk tapt ved for tidlig død som følge av alkohol. Dette tilsvarer et produksjonstap på 6,5 milliarder kroner (Tabell 3-16).

**Tabell 3-16: Tappt produksjon som følge av for tidlig død som skyldes alkohol i Norge**

Type	Tapte DALYs*	Verdi per DALY**	Kostnad
Produksjonstap ved tidlig død	30 874	210 000 kr	6,5 mrd. kr.

Kilde: FHI (2018) og Helsedirektoratet (2021). Analyse: Oslo Economics. \*Antall DALYs er estimert som andelen av sykdomsbyrden som kunne vært unngått om alkoholbruk som risikofaktor ble redusert til et teoretisk minimumsnivå.

\*\*Produksjonstapet per leveår er beregnet som differansen mellom verdien av et leveår inkl. produksjonstap og verdien ekskl. produksjonstap.

### 3.6.2 Deltakelse i utdanning og arbeidsliv

Når noen er borte fra jobb på grunn av sykdom eller uførhet, produserer vi som samfunn mindre enn hva vi kunne gjort dersom disse personene var i arbeid. Bruk av alkohol kan både føre til sykefravær og redusert produktivitet på arbeidsplassen. Produksjonstapet knyttet til alkoholbruk oppstår med andre ord både som følge av sykefravær eller uførhet, og ved at man er til stede på jobb, men er mindre produktiv enn man ellers ville ha vært dersom man ikke hadde brukt alkohol. Fravær og redusert produktivitet på jobb som skyldes alkohol kan omfatte alkoholforgiftning, bakrus, ulykker eller sykdom relatert til alkoholbruk.

Ansatte med problematisk alkoholbruk kan også påføre arbeidsgiver kostnader gjennom negativ påvirkning på arbeidsmiljøet, for eksempel på grunn av merarbeid og bekymring blant andre ansatte. Det kan også påløpe kostnader for arbeidsgiver knyttet til oppfølging og eventuelt også oppsigelse, samt kostnader knyttet til økt risiko for skader og negative konsekvenser for virksomhetens omdømme.

Samfunnskostnadene knyttet til fravær fra jobb vil være høyere enn utbetalingene fra NAV for alle typer fraværsårsaker. Utbetalingene fra NAV utgjør normalt kun deler av den tapte inntekten ved sykefravær og uførhet, og samfunnskostnadene i form av tappt produksjon vil derfor være høyere enn det som kommer frem i data fra NAV. For alkoholrelatert fravær er det en ekstra utfordring at det er grunn til å tro at det er en betydelig underrapportering i dataene. Ekspertene vi har vært i kontakt med peker på at problematisk bruk av alkohol er belagt med skam, og mange pasienter med alkoholrelaterte tilstander, sykdommer og skader har ikke en alkoholrelatert diagnose. Dette kan både skyldes at legen ikke vet eller forstår at det ligger et alkoholproblem bak tilstanden, eller at legen setter en annen diagnose for å dekke over problemet. Noen leger kan

for eksempel ha opplevd at pasienter blir møtt med skepsis hos NAV dersom sykemeldingen har en alkoholdiagnose, og dette kan gjøre at man heller setter en annen diagnose.

### 3.6.3 Fravær blant ansatte

Fravær som skyldes bruk av alkohol kan både være kortvarig og langvarig. I en stor norsk spørreundersøkelse gjennomført i 2015 oppga 1-2 prosent at de hadde vært borte en hel arbeidsdag som følge av alkoholbruk, mens 2 prosent svarte at de hadde vært borte deler av en arbeidsdag (Moan & Halkjelsvik, 2016). Basert på de innsamlede dataene, ble det beregnet at om lag 1 prosent av totalfraværet og 3 prosent av korttidsfraværet er alkoholrelatert. De som drikker seg beruset ukentlig eller oftere sto for om lag 40 prosent av det alkoholrelaterte sykefraværet, til tross for at denne gruppen kun utgjorde 7 prosent av utvalget.

I 2019 ble det registrert i overkant av 1 000 sykepengetilfeller hos NAV der mottakeren var registrert med kronisk eller akutt alkoholmisbruk (ICPC-2 lik P15 eller P16) (Tabell 3-17). Den gjennomsnittlige varigheten for sykepengetilfellene var 133 dager, og det gikk totalt tapt om lag 140 000 dagsverk. Som beskrevet tidligere er det grunn til å tro at det er en betydelig underrapportering for disse diagnosene, og at de faktiske tallene er høyere. I tillegg kommer tilstander, sykdommer og lidelser som forverres av alkoholbruk eller der en viss andel skyldes alkoholbruk.

Ved sykefravær vil arbeidsgiver betale sykepenger de første 16 kalenderdagene (arbeidsgiverperioden), før NAV betaler sykepenger fra og med dag 17. De totale utbetalingene av sykepenger fra NAV som følge av kronisk eller akutt alkoholmisbruk var på over 101 millioner kroner i 2019, og justert til 2020-kroner blir dette i omtrent 103 millioner kroner.

**Tabell 3-17: Sykepengetilfeller der mottaker er registrert med diagnose kronisk eller akutt alkoholmisbruk, 2016-2019**

	Antall tilfeller	Gjennomsnittlig varighet	Utbetalte sykepenger (mill. kr)
2016	1 073	137	101
2017	1 078	135	103
2018	1 027	137	98
2019	1 059	133	101

Kilde: NAV. Merknad: De inkluderte personene har mottatt sykepenger på grunn av ICPC2-diagnose P15 (kronisk alkoholmisbruk) eller P16 (akutt alkoholmisbruk).

### 3.6.4 Redusert produktivitet på jobb

Alkoholbruk kan ha betydelig konsekvenser for produktivitet på jobb, og den reduserte produksjonen kan medføre betydelige samfunnskostnader.

Det er krevende å anslå kostnadene som følge av produktivitetstapet som oppstår som følge av alkoholbruk. Det er usikkert hvor mange som opplever redusert produktivitet som følge av alkoholbruk, hvor hyppig og langvarig det forekommer og hvor redusert produktiviteten blir. Det er også utfordrende å beregne hvor mye produksjonen reduseres, og dette kan variere fra at man nesten ikke produserer noen ting til at man produserer nesten like mye som normalt.

For å anslå kostnadene knyttet til redusert produktivitet på jobb som følge av alkoholbruk, kan vi ta utgangspunkt i resultatene fra en norsk studie der 11 prosent av respondentene oppga at de har vært ineffektive på jobb det siste året på grunn av alkoholbruk dagen før (Buvik, et al., 2018). I Norge er det om lag 2,8 millioner sysselsatte personer (SSB-tabell 05110), og basert på disse tallene finner vi da at rundt 300 000 personer har hatt lavere produktivitet på jobb som følge av alkoholbruk det siste året.

Den samme studien fant at blant de som oppga å ha hatt redusert produktivitet som følge av alkoholbruk, svarte 3 prosent at de nesten ikke hadde fått gjort noen ting, 20 prosent svarte at de hadde fått gjort omtrent halvparten av det de pleide å gjøre og 77 prosent svarte at de hadde gjort omtrent like mye som de pleide å gjøre. I gjennomsnitt tilsvarer dette en reduksjon i produktivitet på om lag 20 prosent, gitt at nesten ingen ting er 10 prosent og omtrent like mye som de pleier er 90 prosent. Det er samtidig utfordrende å vite i hvilken grad de selvrapporterte dataene gir et nøyaktig bilde av virkeligheten. Det kan både være utfordrende å vurdere hvor produktiv man normalt er, og hvor mye produktiviteten har blitt redusert som følge av alkoholbruk dagen før. I tillegg er det grunn til å tro at det er en underrapportering i dataene.

For å synliggjøre usikkerheten i anslagene, beregner vi produksjonstapet gitt et lavt og høyt anslag på antall dager med lavere produktivitet. I lavt anslag legger vi til grunn at de som oppgir å ha hatt redusert produktivitet som følge av alkoholbruk i gjennomsnitt har én arbeidsdag i året med redusert produktivitet, og i høyt anslag legger vi til grunn at de har fem arbeidsdager med redusert produktivitet. I begge anslagene legger vi til grunn at produktiviteten er redusert til halvparten av normalt. I realiteten kan produktivitetstapet fordele seg ut over mange ulike episoder og være ujevnt fordelt på personene vi inkluderer i analysen.

For å anslå kostnaden ved redusert produktivitet på jobb, må vi også beregne verdien av et tapt dagsverk. Beregningen er vist i Vedlegg D, og vi anslår verdien til å være 3 218 kroner. Gitt at det hvert år er om lag 300 000 personer som har mellom en og fem dager med lav produktivitet som følge av alkoholbruk dagen før, og at de i snitt mister et halvt dagsverk, finner vi at produktivitetstapet på jobb knyttet til alkoholbruk er mellom om lag 500 millioner og 2,5 milliarder kroner. En alternativ måte å beregne produktivitetstapet, er å ta utgangspunkt i alle sysselsatte. I den samme studien som nevnt over, ble respondentene også spurt om hvor mange dager de hadde hatt redusert produktivitet som følge av alkoholbruk dagen før. I snitt hadde respondentene vært borte 0,265 dager (Buvik, et al., 2018). Dette omfatter også respondenter som ikke drakk alkohol eller som ikke oppga å ha hatt redusert produktivitet som følge av alkoholbruk dagen før. Dersom vi legger til grunn at dette tallet er representativt for hele arbeidsstyrken, finner vi at det årlig er om lag 735 000 dager med redusert produktivitet. Som tidligere legger vi til grunn at produktiviteten i snitt er redusert med 20 prosent disse dagene. Den tapte produksjonen tilsvarer da om lag 145 000 dagsverk årlig, og dette har en kostnad på 473 millioner kroner.

### 3.6.5 Arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

Man kan være sykmeldt og motta sykepenger i inntil ett år. Dersom man etter denne perioden fortsatt ikke kan jobbe, kan det være aktuelt å gå over til arbeidsavklaringspenger (AAP). I 2020 fikk 1 606 personer utbetalt arbeidsavklaringspenger fra NAV som følge av kronisk eller akutt alkoholmisbruk (ICPC-2 lik P15 eller P16). Utbetalingene av arbeidsavklaringspenger til personer registrert med akutt eller kronisk alkoholmisbruk utgjorde til sammen 305 millioner kroner dette året.

**Tabell 3-18: Tilfeller med arbeidsavklaringspenger (AAP) der mottaker er registrert med diagnose kronisk eller akutt alkoholmisbruk, 2016-2020**

	Antall tilfeller	Utbetalte AAP (mill. kr)
2015	1 805	302
2016	1 796	306
2017	1 770	324
2018	1 655	307
2019	1 578	279
2020	1 606	305

Kilde: NAV. Merknad: De inkluderte personene har mottatt AAP på grunn av ICPC2-diagnose P15 (kronisk alkoholmisbruk) eller P16 (akutt alkoholmisbruk).

Maksperioden for arbeidsavklaringspenger er tre år, og en del personer med varig nedsatt arbeidsevne som følge av alkoholrelaterte lidelser vil ha behov for uføretrygd når de ikke lenger har rett på arbeidsavklaringspenger. Statistikken for utbetalinger av uføretrygd fordelt på diagnoser tar tid å produsere ettersom det er svært mange saker som skal kodes hvert år. NAV har derfor ikke tall på antall mottakere eller utbetalt beløp av uføretrygd med alkoholrelaterte diagnoser etter 2016. I 2016 ble det utbetalt i overkant av 813 millioner kroner i uføretrygd knyttet til alkoholrelaterte lidelser til 3 102 ulike mottakere.

I perioden 2016 til 2020 økte det samlede antallet mottakere av uføretrygd med i overkant av 12 prosent. Om vi antar at en tilsvarende økning i antall mottakere av uføretrygd med alkoholrelaterte diagnoser, og at gjennomsnittlig utbetaling per mottaker med en alkoholrelatert diagnose er tilsvarende som i 2016 (inflasjonsjustert til 2020-kroner), estimeres utbetalt uføretrygd fra NAV knyttet til disse diagnosene i 2020 til 991 millioner kroner.

Analysen av kostnadene ved uføretrygd til personer med alkoholrelaterte diagnoser skiller seg fra analysen av sykepenger og arbeidsavklaringspenger. Mottakere av uføretrygd er registrert hos NAV med en diagnose i diagnosesystemet ICD-10, mens mottakere av sykepenger og arbeidsavklaringspenger er registrert med en ICPC-2-diagnose. Denne forskjellen skyldes at det brukes ulike diagnose-systemer i primær- og spesialisthelsetjenesten. ICD-10-systemet er mer finmasket enn ICPC-2, og i datauttrekket fra NAV har vi derfor kunnet inkludere flere alkoholrelaterte diagnoser for uføretrygd. Mens analysene av sykepenger og arbeidsavklaringspenger kun omfatter diagnosene kronisk og akutt alkoholmisbruk (ICPC-2 lik P15 eller P16), omfatter analysen av uføretrygd en mer omfattende liste med diagnoser. Se Vedlegg B for hvilke diagnoser som er inkludert i datauttrekkene.

### 3.6.6 Tapte produksjon for pårørende

Familie og venner til personer som drikker alkohol, kan også få redusert produksjon som følge av andres alkoholbruk. Som for de som har redusert produksjon som følge av eget alkoholbruk, kan produksjonstapet hos familie og venner oppstå både som følge av redusert produktivitet på jobb og fravær fra jobb. Dette kan for eksempel være på grunn av bekymring og uro, eller oppfølging av den som drikker.

For å illustrere betydningen av dette produksjonstapet, har vi utarbeidet et regneeksempel som viser mulige kostnader ved tapt produksjon for pårørende. Vi tar utgangspunkt i anslaget på 93 000 personer i Norge med en alkoholbrukslidelse (Tabell 3-1). Som en forenkling legger vi i beregningene til grunn at det

er 100 000 pårørende som i løpet av et år har redusert produktivitet på jobb som følge av andres alkoholbruk. Ettersom anslagene er usikre, beregner vi produksjonstapet gitt et lavt og høyt anslag på antall dager med lavere produktivitet. I lavt anslag legger vi til grunn at hver av de pårørende mister 1,5 arbeidsdag i året, mens vi i høyt anslag legger til grunn at de mister 3 dager.

Som i de tidligere beregningene av tapt produktivitet, benytter vi anslaget på verdien av et tapt dagsverk beregnet i Vedlegg D. Vi finner da at produksjonstapet hos pårørende utgjør mellom 500 millioner og 1 milliard kroner i året.

### 3.6.7 Tapt produksjon som følge av alkoholbruk

Det man får utbetalt i arbeidsavklaringspenger og uføretrygd er mindre enn det man ville fått i lønn dersom man var i arbeid, og utbetalingene fra NAV viser derfor ikke det fulle produksjonstapet. Utbetalingene fra NAV viser heller ikke de sosiale kostnadene arbeidsgiver har for sine ansatte. Når vi tar hensyn til forskjellen mellom lønn og utbetalt stønad, samt de sosiale kostnadene, finner vi at dette i 2020 utgjorde 342 millioner kroner knyttet til arbeidsavklaringspenger, og 1,1 milliarder kroner knyttet til uføretrygd (Tabell 3-19). Forutsetningene for disse anslagene er beskrevet i Vedlegg D.

For sykepenger skal arbeidsgiver betale sykepenger på en periode på opptil 16 kalenderdager. Kostnaden ved disse dagene er ikke inkludert i dataene fra NAV, og basert på verdien av et dagsverk anslår vi at dette i 2020 utgjorde om lag 80 millioner kroner. Disse beregningene er nærmere beskrevet i Vedlegg D.

De samlede kostnadene ved sykefravær knyttet til alkoholrelaterte diagnoser anslås til mellom 3,4 og 4,4 milliarder kroner i 2020 (Tabell 3-19). Utbetalinger fra NAV utgjorde om lag 1,4 milliarder kroner.

**Tabell 3-19: Kostnader knyttet til tapt produktivitet i 2020 som følge av alkoholbruk**

Ytelse	Overføring fra NAV (mill. kr.)	Ytterligere produksjonstap (mill. kr.)	Produksjonstap totalt (mill. kr.)
Redusert produktivitet på jobb	0	500 – 1 500	500 – 1 500
Sykepenger*	103	80	183
AAP	305	342	648
Uføretrygd**	991	1 110	2 102
Produksjonstap pårørende	0	500 – 1 000	500 – 1 000
<b>Sum</b>	<b>1 400</b>	<b>2 500 – 4 000</b>	<b>4 400 – 5 400</b>

Kilde: NAV. Analyse: Oslo Economics. \*KPI-justert til 2020-kroner \*\*Estimert med utgangspunkt i statistikk for 2016 og utvikling i totalt antall mottakere av uføretrygd i perioden 2016-2020. Merknad: Anslagene for sykepenger og AAP er basert på personer med ICPC2-diagnose P15 (kronisk alkoholmisbruk) eller P16 (akutt alkoholmisbruk).

I tillegg til disse kostnadene, kommer også kostnader knyttet til oppfølgingstiltak, oppsigelser og konsekvenser for arbeidsmiljø og virksomhetens omdømme. Det er utfordrende å anslå disse kostnadene, og vi har derfor valgt å ikke prissette disse virkningene.

### 3.6.8 Konsekvenser for studenter og utdanning

Alkoholbruk kan også ha konsekvenser for utdanning, og mange studenter har et høyt alkoholkonsum. Rundt 14 prosent av studentene drikker 2 ganger i uken eller mer, og 30 prosent av studentene regnes å ha en risikofyllt alkoholbruk (SHoT-undersøkelsen 2021, 2021). Høyt alkoholkonsum kan ha betydning for resultatene man oppnår, og også på om man gjennomfører studiene eller hvor raskt man gjennomfører studiene. Det finnes begrenset med forskning på hvilke effekter alkoholbruk har på utdanning, og det er krevende å anslå kostnadene forbundet med dette. Samtidig vet vi at frafall fra høyere utdanning og forsinkelser i fullføring kan medføre betydelige kostnader for samfunnet.

I 2020 ble det fullført 54 000 utdanninger i Norge, hvorav 59 prosent var bachelorutdanning og 27 prosent var masterutdanning. Dersom mellom 0,5 og 2 prosent av studentene bruker et halvt år ekstra på å fullføre som følge av alkoholbruk, vil dette innebære tapt produksjon og verdiskaping for samfunnet. Gjennomsnittlig månedslønn 0-4 år etter fullført utdanning for personer med 1-4 år utdanning på

universitets- og høyskolenivå var i 2020 42 000 kroner (SSB-tabell 12407). Gitt fem ukers ferie tilsvarer dette en årslønn på om lag 450 000 kroner. Medianinntekten fra betalt arbeid (ikke studielån og stipend) for studenter var i 2020 i underkant av 6 000 kroner i måneden (SSB, 2020b). Dette gir en årslønn på rundt 64 000 kroner. Dersom vi legger til et påslag på 40 prosent for å ta høyde for sosiale kostnader, finner vi at nyutdannede sto for en verdiskaping på 640 000 kroner og studenter 90 000 kroner. Dette gir en differanse på 550 000 kroner. Gitt disse forutsetningene, finner vi at produksjonstapet tilsvarer 74 millioner kroner dersom 0,5 prosent av studentene blir et halvt år forsinket som følge av alkoholbruk, og 297 millioner kroner dersom 2 prosent blir et halvt år forsinket. Årsakene til at personer blir forsinket under studiene er ofte sammensatte, og i mange tilfeller er det en kombinasjon av flere årsaker til at noen ikke fullfører på normert tid. Regnestykket ovenfor må derfor anses som en illustrasjon på kostnadene som kan oppstå som følge av forsinkelser i utdanningen, og ikke som et anslag på de faktiske kostnadene knyttet til frafall og forsinkelse som følge av alkoholbruk.

**Figur 3-6: Regneeksempel produksjonstap som følge av forsinket fullføring av høyere utdanning på grunn av alkoholbruk**

<b>Antall som fullfører høyere utdanning hvert år:</b> 54 000 personer
<b>Lavt anslag andel forsinkede studenter:</b> 0,5 %
<b>Høyt anslag andel forsinkede studenter:</b> 2 %
<b>Gjennomsnittlig årslønn nyutdannet:</b> 450 000 kroner
<b>Gjennomsnittlig årslønn student:</b> 64 000 kroner
<b>Påslag for sosiale kostnader:</b> 40 prosent Kostnader til f.eks. arbeidsgiveravgift, feriepenger, pensjonskostnader, kurs og yrkesskadeforsikring.
<b>Differanse årslønn nyutdannet og student, inkl. sosiale kostnader:</b> 550 000 kroner
<b>Forsinkelse som følge av alkoholbruk:</b> Et halvt år
<b>Lavt anslag tapt produksjon:</b> 74 millioner kroner
<b>Høyt anslag tapt produksjon:</b> 297 millioner kroner

## 3.7 Ressursbruk i andre sektorer

### 3.7.1 Lovbrudd og kriminalitet

Inntak av alkohol, og særlig høyt inntak over en kort periode, er forbundet med risikofylt og aggressiv atferd, og det er vist at inntak av alkohol henger tett sammen med omfang av kriminalitet. Her har vi sett nærmere på fire typer lovbrudd som er tett knyttet til inntak av alkohol: vold, promillekjøring, overtredelse av alkoholloven og voldtekt. I tillegg kommer andre typer lovbrudd som drap, mishandling i nære relasjoner, ordensforstyrrelser, osv.

#### Voldsutøvelse

Det finnes bred internasjonal forskning på sammenhengen mellom alkoholkonsum og vold og det er gjennom ulike metoder og ulike typer data vist en klar sammenheng mellom alkoholkonsum og vold. Generelt står alkohol sentralt i mange voldstilfeller. Voldsutfører og voldsoffer er som regel påvirket av alkohol, vold er mer sannsynlig på tidspunkt og steder med høyt alkoholkonsum, personer med høyt alkoholkonsum er mer sannsynlig å være involvert i en voldsepisode og alkoholrelatert vold er mer utbredt i land med drikkemønster med mer beruselse enn andre land (Rossow & Bye, 2013).

I 2020 ble det totalt anmeldt litt over 37 000 voldslovbrudd (SSB-tabell 08484), og antall voldslovbrudd har ligget nokså stabilt rundt 35 000 lovbrudd årlig de siste 10 årene. I tillegg er det et stort antall voldstilfeller som ikke blir anmeldt til politiet. Basert på selvrapportering i spørreundersøkelser kan vi anslå at rundt 115 000 personer utsettes for vold i løpet av et år (SSB-tabell 04621).

Det er beregnet at rundt 70-80 prosent av voldstilfellene i de nordiske landene er alkoholrelaterte (Room & Rossow, 2001). Det at mange voldsepisoder involverer alkohol betyr samtidig ikke nødvendigvis at disse voldsepisodene ville vært unngått dersom det alkohol ikke var inne i bildet. På grunnlag av en rekke studier i ulike land er det anslått at et sted mellom en fjerdedel og halvparten av alkoholrelaterte voldstilfeller kan tilskrives alkoholbruk (Rossow & Bye, 2013).

Gitt at 70-80 prosent av voldstilfeller er alkoholrelaterte og at mellom 25 og 50 prosent av disse direkte skyldes alkoholbruk er det et sted mellom 20 000 og 45 000 voldstilfeller årlig som skyldes alkoholbruk.

#### Kjøring i ruspåvirket tilstand

Alkohol reduserer kjøreferdighetene og er i dag en av de viktigste årsakene til trafikkulykker. Antall sjåførere som blir pågrepet på grunn av mistanke om påvirkning av alkohol har ligget på rundt 6 000 per år (Oslo universitetssykehus, 2017). I 2019 ble det

påvist alkohol i 3 149 blodprøver og 1 383 utåndingsprøver (Pettersen, et al., 2020). Totalt ble det anmeldt 10 612 lovbrudd for ruspåvirket kjøring i 2020 (SSB-tabell 08484).

Av de 1 077 personene som døde i trafikkulykker i Norge mellom 2001 og 2010, ble det tatt blodprøver av 63 prosent. Av disse ble 25 prosent av prøvene målt til å inneholde mer enn 0,2 promille alkohol, mens 21 prosent hadde over 1,0 promille (FHI, 2019e).

### Overtredelse av alkoholloven

I tillegg til vold og promillekjøring er det også alkoholrelaterte lovbrudd i form av brudd på alkoholloven. Alkoholloven regulerer innførsel og omsetning av alkohol. Brudd på alkoholloven kan for eksempel være smugling, salg av alkohol uten bevilling eller ulovlig produksjon av brennevin (hjemmebrent). I 2020 var det 370 anmeldte brudd på alkoholloven, hvorav fire var klassifisert som grov overtredelse. Av disse ble det gitt straffereaksjoner i 164 tilfeller, hvorav forelegg var den vanligste straffereaksjonen, mens fengselsstraff kun ble gitt i ett tilfelle (betinget fengsel) (SSB-tabell 10622).

### Voldtekt

Det er ofte alkohol involvert i situasjoner hvor voldtekter begås og ofte er enten den som utsettes for voldtekt og/eller den som begår voldtekten beruset. Rundt 40 prosent av alle anmeldte voldtekter i Norge skjer i forbindelse med fest (Politiet, u.d.). I 2020 ble det anmeldt 2 234 voldtekter, hvorav 79 var kategorisert som grov voldtekt (SSB-tabell 08484).

### Materielle skader

Alkoholrelatert kriminalitet kan medføre betydelige materielle skader. Så vidt vi kjenner til, eksisterer det ikke estimater på disse skadene fra Norge, men i Sverige har Rambøll utarbeidet en rapport om samfunnskostnadene ved alkohol hvor kostnadene ved materielle skader som følge av alkoholrelatert kriminalitet anslås. Dette omfatter skade og hærverk på eiendom, stjålet eiendom, innbrudd og tyveri og ildspåsettelse. I rapporten anslås det at disse kostnadene utgjorde 311 millioner svenske kroner i 2017 (Rambøll Management Consulting, 2019). Dersom vi legger til grunn at 1 svensk krone tilsvarer 1 norsk krone og inflasjonsjusterer anslaget fra 2017- til 2020-kroner utgjør dette 331 millioner norske 2020-kroner. Rambølls beregning er basert på informasjon om utbetalte skadeerstatninger fra private og kommunale forsikringselskaper, anslag på kostnader som er under forsikringselskapenes egenandelsnivå og en antakelse om hvor stor andel av disse kostnadene som kan knyttes til alkoholrelatert kriminalitet.

Som en illustrasjon på hva kostnadene ved materielle skader som følge av alkoholrelatert kriminalitet kan

være i Norge, kan vi ta utgangspunkt i tallene for Sverige og anta at kostnaden per innbygger er lik i Norge. Med en befolkning på rundt 10 millioner, blir kostnaden 33 kroner per person. Med en befolkning på 5,4 millioner personer i Norge, tilsvarer dette 178 millioner kroner årlig. Det er ikke sikkert skadeomfanget i Sverige tilsvarer skadeomfanget i Norge, og anslaget må tolkes med varsomhet.

### 3.7.2 Politiets ressursbruk

For politiet består ressursbruken knyttet til alkohol først og fremst av etterforskning av alkoholrelaterte lovbrudd. For å beregne ressursbruken knyttet til lovbrudd hvor alkohol er involvert har vi valgt å fokusere på vold, trafikklovbrudd og voldtekt.

Fra Politidirektoratets kapasitetsundersøkelse vet vi at politiet brukte 909 årsverk på voldshendelser (utenom mishandling i nære relasjoner og drapforsøk), 414 årsverk på trafikklovbrudd og 263 årsverk på voldtekt (Politidirektoratet, 2019) fordelt på ulike stillinger i politiet.

Fra Politidirektoratets ressursanalyse har vi anslag på årsverkskostnader for ulike stillinger i politiet. I 2020 var årsverkskostnaden (lønn og sosiale kostnader) i overkant av 1,2 millioner kroner for en politibetjent (gjennomsnitt av politibetjent og politioverbetjent), 1,1 millioner kroner for sivile stillinger og 1,3 millioner kroner for juriststillinger (Politidirektoratet, 2021). Dette gir en samlet ressursbruk hhv. voldshendelser, trafikklovbrudd og voldtekt på 1,1 milliarder, 510 millioner og 333 millioner kroner.

Som tidligere nevnt har det blitt beregnet at rundt 70-80 prosent av voldstilfellene i de nordiske landene er alkoholrelaterte (Room & Rossow, 2001) og at mellom 25 og 50 prosent av disse ikke ville funnet sted om ikke alkohol var involvert (Rossow & Bye, 2013). Vi legger derfor til grunn at mellom 18 og 40 prosent av ressursbruken på voldshendelser kan regnes som alkoholrelatert. Når det gjelder trafikklovbrudd er det vist at alkohol ofte er involvert ved trafikkulykker og særlig i de mest alvorlige, og dermed også mest ressurskrevende tilfellene. Som tidligere nevnt ble det påvist alkohol over 0,2 i promille blant 25 prosent av undersøkte personer som døde i trafikken mellom 2001 og 2010 (FHI, 2019a). En undersøkelse av motorførere innlagt ved akuttmottaket ved Oslo universitetssykehus viste at 11 prosent var alkoholpåvirket (Bogstrand, et al., 2012). Vi legger derfor til grunn at mellom 11 og 25 prosent av ressursbruken knyttet til trafikklovbrudd er alkoholrelatert. Når det gjelder voldtekt er alkohol ofte involvert i situasjonen hvor voldtekten begås. At alkohol er involvert betyr imidlertid ikke at en voldtekt direkte skyldes alkohol og at tilsvarende antall voldtekter ikke ville funnet sted uten alkohol. Det kan tenkes at voldtekter som skjer i forbindelse med fest er

de hvor alkohol i størst grad er en medvirkende faktor. Med utgangspunkt i at 40 prosent av voldtekter skjer i forbindelse med fest, legger vi til grunn at opptil halvparten av disse kan tilskrives alkohol. Med andre ord anslår vi at mellom 0 og 20 prosent av alle voldtekter er knyttet til alkohol.

Samlet sett anslår vi at politiet i 2020 hadde en ressursbruk på et sted mellom omtrent 200 og 460 millioner kroner knyttet til alkoholrelaterte voldshendelser, mellom 60 og 130 millioner kroner knyttet til alkoholrelaterte trafikkløvbrydd og mellom 0 og 70 millioner kroner knyttet til voldtekt (Tabell 3-20).

**Tabell 3-20: Estimert på kostnader knyttet til politiets ressursbruk på alkoholrelaterte lovbrudd i 2020**

	Kostnad (lavt anslag) (mill. kr.)	Kostnad (høyt anslag) (mill. kr.)
Vold	200	460
Trafikk-lovbrydd	60	130
Voldtekt	0	70
<b>Sum</b>	<b>260</b>	<b>660</b>

Kilde: Politidirektoratet. Analyse: Oslo Economics.

I tillegg til ressursbruken spesifikt knyttet til etterforskning av alkoholrelaterte lovbrudd vil også andre deler av politiets ressursbruk være direkte eller indirekte alkoholrelatert. For eksempel vil uro knyttet til utelivet og private fester gjøre at politiet må bruke ressurser på tilstedeværelse i byen på kveldstid og å følge opp naboklager osv. Det kan dermed tenkes at en del aktivitet som ikke leder til anmeldelse av lovbrudd likevel legger beslag på politiets ressurser, som kunne ha vært anvendt på annet type politiarbeid.

### 3.7.3 Domstolene

I tillegg til politiets ressursbruk vil kriminalitet knyttet til alkohol også medføre ressursbruk og tilhørende kostnader i domstolene. I 2020 var det totalt 5 854 straffereaksjoner i norske domstoler (betinget påtaleunntatelse og forelegg er ikke inkludert) innen promillekjøring, alkohollovovertredelse og vold (Tabell 3-21). Dette er en type lovbrudd som ofte assosieres med eller skyldes alkoholbruk. For promillekjøring og alkohollovovertredelse regner vi at alle sakene er knyttet til alkoholbruk, mens for voldslovbrudd legger vi til grunn at et sted mellom 18 og 40 prosent kan tilskrives alkohol (se kapittel 3.7.1). Når det gjelder voldtekt er det utfordrende å vurdere hvor stor andel av de alkoholrelaterte voldtektene som fører til straffereaksjoner. Ingen voldtekter skyldes alkohol

alene, men vi kan anta at alkohol er en medvirkende faktor i noen saker. Dette gjelder kanskje særlig festvoldtekter, og mange av disse sakene blir henlagt. Som følge av den store usikkerheten knyttet til hvor stor andel av voldtekter som kan knyttes til alkohol har vi valgt å ikke inkludere voldtektssaker i beregningen av alkoholrelaterte kostnader i domstolene og kriminalomsorgen.

**Tabell 3-21: Straffereaksjoner til alkoholrelaterte lovbrudd i 2020**

Straffe-reaksjon	Promille-kjøring	Alkohollovovertredelse	Vold
Bot ved dom	38	1	52
Samfunnsstraff	53	0	369
Betinget fengsel	1 630	1	336
Ubetinget fengsel	1 859	0	1 515

Kilde: SSB, tabell 10622

En del saker avgjøres ved tilståelsesdom. En tilståelsessak behandles av én dommer, og i tillegg er et rettsvitne til stede. Siktete har som regel ikke krav på forsvarer på det offentlige regning. Dersom politiet foreslår en straff på mer enn seks måneder skal det derimot oppnevnes en forsvarer. Det er ingen faste regler for om politiet skal møte i saken. For å anslå domstolenes ressursbruk knyttet til alkoholrelatert kriminalitet har vi lagt til grunn at 44 prosent av sakene var tilståelsessaker (tilsvarende gjennomsnittet av alle dommer i 2018<sup>7</sup>).

Domstolene hadde i 2020 samlede lønnskostnader på i underkant av 2,1 milliarder kroner. Med totalt 1 839 årsverk tilsvarer dette en gjennomsnittlig lønn per årsverk på i overkant av 1,1 millioner kroner. Gitt et 20 prosent påslag for å ta høyde for sykefravær, interntid, opplæring med videre og at et årsverk tilsvarer 1 695 timer, anslår vi timekostnaden per årsverk i domstolene til 796 kroner. For rettsvitner legger vi til grunn en kostnad per time tilsvarende verdien av fritid, som utgjør 309 kroner per time (Difi, u.d.).

Vi antar at en tilståelsessak innebærer 4 timers arbeid for én dommer og 4 timers arbeid for et rettsvitne. For en sak som ikke er tilståelsessak antar vi at én dommer, to meddommere, en forsvarsadvokat og en aktor alle bruker 8 timer hver. Gitt disse forutsetningene anslår vi domstolenes kostnader

<sup>7</sup> Domstolsadministrasjonens årsrapport 2018, nøkkeltall, saksavvikling i tingrettene og Oslo byfogdembete.

knyttet til alkoholrelaterte lovbrudd til mellom omtrent 80 og 90 millioner kroner.

**Tabell 3-22: Estimert på kostnader på domstolenes kostnader knyttet til alkoholrelaterte lovbrudd**

Kostnadssted	Kostnad (mill. kr.)
Domstolene	80 - 90

Kilde: SSB. Analyse: Oslo Economics.

### 3.7.4 Kriminalomsorgen

For de strengeste straffereaksjonene vil alkoholrelatert kriminalitet også føre til kostnader i form av ressursbruk i kriminalomsorgen. Per 1. januar 2019 sonet 122 personer i enten varetekt, fengselsanstalt eller med elektronisk kontroll i norsk kriminalomsorg som følge av promillekjøring eller brudd på alkoholloven (Tabell 3-23). I tillegg sonet 836 personer for vold hvor vi, som tidligere, legger til grunn at et sted mellom 18 og 40 prosent kan tilskrives alkohol (se kapittel 3.7.1). Det vil antagelig ikke være uvanlig at alkoholrelaterte lovbrudd er del av et sakskompleks og noen dommer for alkoholrelaterte lovbrudd kan være registrert under andre hovedlovbrudd. Statistikken gir derfor et konservativt mål på antall innsatte som soner alkoholrelaterte lovbrudd. Vi antar at antall innsatte per 1. januar er representativt for gjennomsnittlig antall innsatte gjennom året.

**Tabell 3-23: Antall innsatte i Norge 01.01.2019 etter alkoholrelatert lovbrudd og fengslingstype**

Type fengsling	Promillekjøring	Alkohollov- overtredelse	Vold
Varetekt	14	0	181
Fengsel, anstalt	59	1	588
Fengsel, elektronisk kontroll	48	0	20
Forvaring	0	0	47

Kilde: SSB, tabell 10531

Kriminalomsorgens utgifter til drift av en fengselsplass med høyt sikkerhetsnivå utgjør 1,16 millioner kroner, mens driftskostnaden per fengselsplass med lav sikkerhet er på 728 000 kroner (Kriminalomsorgen, 2021). Vi antar at personer som er fengslet for alkoholrelaterte lovbrudd som regel ikke soner i høysikkerhetsfengsler og velger derfor å legge til grunn driftskostnaden per fengselsplass med lav sikkerhet. Vi beregner ikke kostnader for innsatte som soner via elektronisk kontroll ettersom vi antar at denne typen soning innebærer lave kostnader for kriminalomsorgen.

Vi anslår kriminalomsorgens årlige kostnader knyttet til innsatte som soner alkoholrelaterte lovbrudd til å ligge rundt 160 og 290 millioner kroner (Tabell 3-24). Størsteparten av kostnadene er knyttet til personer som sitter i fengsel for alkoholrelatert vold og mishandling.

**Tabell 3-24: Kostnader knyttet til kriminalomsorgens ressursbruk i 2020 på innsatte som soner alkoholrelaterte lovbrudd**

	Kostnad (lavt anslag) (mill. kr.)	Kostnad (høyt anslag) (mill. kr.)
Promillekjøring	50	50
Alkohollov- overtredelse	1	1
Vold og mishandling	100	240
<b>Sum</b>	<b>160</b>	<b>290</b>

Kilde: SSB og kriminalomsorgen. Analyse: Oslo Economics.

### 3.7.5 Barnevernet

Alkoholbruk vil også medføre kostnader i form av ressursbruk i barnevernet. Det er vist flere negative sammenhenger mellom foreldres alkoholmisbruk og ulike negative utfall for barn. I en rapport fra FHI anslås det at 1,9 prosent av alle barn har blitt slått av årsaker som kan tilskrives foreldres alkoholmisbruk, at 0,8 prosent av alle barn utsettes for seksuelle overgrep som er assosiert med foreldres alkoholmisbruk, og at 0,1 prosent av barn mottar barnevernstiltak på grunn av foreldres alkoholmisbruk (FHI, 2019d). Videre anslås det at 4,9 prosent av barnevernstiltak skyldes foreldres alkoholmisbruk.

For å anslå kostnadene ved barnevernstiltak som iverksettes på grunn av foreldres alkoholmisbruk, må vi anslå hvor mange barn dette gjelder. I 2020 var det om lag 53 000 barn med barnevernstiltak i løpet av året (SSB-tabell 09050). Dersom vi legger til grunn at 4,9 prosent av disse skyldes foreldres alkoholmisbruk, utgjør dette om lag 2 600 barn. Ettersom FHI oppgir at anslagene er usikre og må anses som maksimumsestimater, inkluderer vi også to tilleggsanslag. Som lavt anslag legger vi til grunn at 2 prosent av barnevernstiltak kan tilskrives foreldres alkoholmisbruk, og som beste anslag legger vi til grunn at 3 prosent kan tilskrives foreldres alkoholmisbruk. Dette gir henholdsvis 1 100 og 1 600 barn.

Barnevernstiltak kan omfatte både større og mindre tiltak, og rapporten fra FHI sier ikke noe om hva slags tiltak det som regel er snakk om. Generelt kan vi dele tiltak fra barnevernet inn i tre kategorier: (1) barnevernstiltak hvor barnet ikke er plassert av barnevernet, (2) fosterhjem og (3) institusjon. Som en



forenkling legger vi til grunn at fordelingen mellom tiltakstypene er den samme for barn med barneverntiltak på grunn av foreldrenes alkoholbruk som for alle barn samlet sett.

**Tabell 3-25: Anslag på antall barn med barneverntiltak som følge av foreldres alkoholmisbruk**

	Antall barn, lavt anslag	Antall barn, beste anslag	Antall barn, høyt anslag
Barneverntiltak hvor barnet ikke er plassert av barnevernet	830	1 250	2 040
Fosterhjem	200	300	500
Institusjon	20	30	50
<b>Sum</b>	<b>1 050</b>	<b>1 580</b>	<b>2 590</b>

Kilde: FHI (2011), SSB-tabell 09050 og SSB-tabell 12845.  
Analyse: Oslo Economics

Kommunenes brutto driftsutgifter til barneverntiltak når barnet ikke er plassert av barnevernet utgjorde i 2020 1,6 milliarder kroner (SSB-tabell 12362). Det var om lag 44 000 barn med denne typen tiltak (SSB-tabell 09050), og dette gir en gjennomsnittskostnad på 37 000 kroner per barn (Tabell 3-26). Gjennomsnittlig kostnad per oppholdsday i statlige og private fosterhjem var i 2020 om lag 3 500 kroner, mens kostnaden per oppholdsday i institusjon var 12 000 kroner (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2021). Dette gir en årskostnad på henholdsvis 1,3 og 4,5 millioner kroner.

Dersom vi legger til grunn det anslåtte antallet barn i beste anslag og kostnadene for de ulike tiltakene, finner vi at utgiftene til barneverntiltak som skyldes foreldres alkoholmisbruk utgjør om lag 570 millioner kroner hvert år (Tabell 3-26).

**Tabell 3-26: Anslag på kostnader til barneverntiltak som følge av foreldres alkoholmisbruk**

	Kostnad per barn	Kostnad, lavt anslag	Kostnad, beste anslag	Kostnad, høyt anslag
Barneverntiltak hvor barnet ikke er plassert av barnevernet	37 000 kr.	31,1 mill. kr.	46,6 mill. kr.	76,1 mill. kr.
Fosterhjem	1,3 mill. kr.	256,6 mill. kr.	384,8 mill. kr.	628,5 mill. kr.
Institusjon	4,5 mill. kr.	92,5 mill. kr.	138,7 mill. kr.	226,5 mill. kr.
<b>Sum</b>		<b>380,1 mill. kr.</b>	<b>570,1 mill. kr.</b>	<b>931,2 mill. kr.</b>

Kilde: FHI (2011), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2021)SSB-tabell 09050, SSB-tabell 12845 og SSB-tabell 12362. Analyse: Oslo Economics

### 3.7.6 Andre offentlige tjenester

I tillegg til ressursbruk i sektorene nevnt ovenfor vil det være ressursbruk i en rekke andre offentlige tjenester som er knyttet til alkohol, men som er mer utfordrende å tallfeste. Dette gjelder for eksempel offentlige tjenester som Tolletaten og NAV.

Vi benytter Tolletaten som et illustrerende eksempel på andre offentlige tjenesters ressursbruk knyttet til alkohol, men som vi ikke har grunnlag for å kostnadsfeste. Tolletaten er ansvarlig for å kontrollere lovlig deklarererte varer og motvirke ulovlig innførsel. I 2020 ble det totalt utført 1 360 årsverk i Tolletaten (Tolletaten, 2021b), mens det i 2019 ble utført 17 518 beslag av alkoholvarer, av til sammen 30 000 liter øl, 29 000 liter vin og 37 000 liter brennevin (Tolletaten, 2021a). Vi legger beslagstall for 2019 til

grunn ettersom smugleraktiviteten i 2020 var uvanlig lav som følge av koronapandemien.

Smugleraktiviteten av alkohol vil antageligvis generelt sett henge sammen med alkoholkonsumet i Norge. Etterspørselen av smuglervarer kommer gjerne fra personer som ønsker tilgang til billigere produkter eller fra mindreårige som ikke kan benytte seg av de vanlige salgskanalene. Det virker dermed rimelig å påstå at en andel av Tolletatens ressursbruk er knyttet til alkoholkonsumet i Norge.

Tolletaten utførte i 2019 totalt 31 499 beslag, hvorav 56 prosent var alkoholvarer. Om vi antar at andelen av beslag som inneholdt alkoholvarer er representativt for hvor stor andel av Tolletatens ressursbruk som er knyttet til alkohol vil dette tilsi at i overkant av 750 årsverk ved tolletaten var knyttet til smugling av

alkohol. Samtidig kan det tenkes at beslag av alkohol er blant de minst ressurskrevende type beslag og at ressursbruk per beslag er høyere for narkotiske stoffer. Usikkerheten rundt i hvilken grad ressursbruken i Tolletaten er en samfunnskostnad som kan tilskrives alkohol gjør at vi ikke velger å ikke tallfeste dette i denne rapporten.

### 3.7.7 Skattefinansieringskostnad

I henhold til veiledere for samfunnsøkonomiske analyser utgjør skattefinansieringskostnaden 20 prosent av kostnader som er offentlig finansiert (Finansdepartementet, 2014).

Utbetalinger fra NAV i form av sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd er finansiert over offentlige budsjetter og skal inkluderes i beregningen av skattefinansieringskostnader. I tillegg er omtrent 85 prosent av helse- og omsorgstjenesten finansiert over offentlige budsjetter. Vi har derfor beregnet 20 prosent skattefinansieringskostnad for 85 prosent av behandlingskostnadene knyttet til alkohol. I tillegg er kostnadene knyttet til politiet, domstolene, kriminalomsorgen og tolletaten inkludert i beregningsgrunnlaget for skattefinansieringskostnaden.

Skattefinansieringskostnaden knyttet til alkohol er beregnet til å være mellom 550 millioner og 1,4 milliarder kroner.

## 3.8 Oppsummering av samlede kostnader

Samlet sett er det store samfunnskostnader i Norge knyttet til alkoholkonsum. Det er flere faktorer som

bidrar til at omfanget av skadevirkningene av alkoholkonsum. Å drikke alkohol øker risikoen for en rekke fysiske og psykiske lidelser, samtidig som medfører mer risikofylt atferd. Dette gjør at alkoholkonsum fører til samfunnskostnader i en rekke ulike deler av samfunnet. I tillegg er andelen av befolkningen som drikker alkohol høy, slik at de samlede kostnadene blir betydelige.

De største kostnadene for samfunnet er kostnader i form av tapte leveår og redusert livskvalitet. Tapte leveår og helsetap utgjør størsteparten av disse samfunnskostnadene med om lag 59 milliarder kroner årlig. I tillegg inngår konsekvenser for pårørende og for den generelle befolkningen i denne kategorien, men selv om disse kostnadene også er betydelige er de langt mer usikre.

Samfunnskostnadene i andre sektorer er i midlertid også betydelige. Alkoholkonsum gir store kostnader for samfunnet i form av tapt produksjon ved sykefravær, redusert og tapt utdanning, behandlingskostnader i helsetjenesten og i pleie- og omsorgstjenesten, samt ressursbruk i politiet, domstolene og kriminalomsorgen. I tillegg vil alkoholkonsum medføre samfunnskostnader i form av blant annet materielle skader og ressursbruk i andre offentlige tjenester og organisasjoner. Disse kostnadene er ikke tallfestet i denne analysen, men vil antageligvis være betydelige.

Figur 3-7: Estimat på årlige samfunnskostnader (2020-kr) knyttet til alkoholkonsum



Analyse: Oslo Economics. \*Kostnadsstørrelsene er illustrasjoner basert på eksempler.

## 4. Økt alkoholkonsum vil ha store konsekvenser for samfunnet

*Endring i alkoholkonsumet kan skje som følge av flere forhold, herunder utvikling i befolkningens kjøpekraft, endringer i avgiftspolitikken og regulering av tilgjengelighet, demografiske endringer, samt trender og holdningsendringer. For å illustrere hvordan samfunnskostnadene kan påvirkes som følge av endret alkoholbruk, sammenligner vi alkoholbruk i Norge med andre land. Økt alkoholkonsum vil innebære en økning i samfunnskostnadene.*

### 4.1 Mulige drivere for økt alkoholbruk

Alkoholkonsum påvirkes av mange og sammensatte mekanismer. Historisk har utvikling i alkoholkonsum gjerne blitt forklart av endringer i kjøpekraft, avgiftspolitikk, fysisk tilgjengelighet, demografiske og sosiale forhold, internasjonale trender og holdninger.

#### 4.1.1 Økt kjøpekraft

Over de to tiårene fra 1990 til 2010 økte det registrerte alkoholsalget i Norge med nesten 50 prosent. Mye av veksten har blitt forklart med økt kjøpekraft, gjennom at inntektsveksten har overgått prisveksten på alkohol. Fra 1997 til 2008 økte gjennomsnittsinntekten i Norge med over 70 prosent, mens den generelle prisveksten var på omtrent 26 prosent (Rossow, 2010). Dette tilsier en sterk kjøpekraftsvekst, som gjør at kostnaden ved kjøp av en gitt mengde alkohol utgjør en relativt mindre andel av befolkningens inntekter. Dessuten har prisveksten på alkohol vært lavere enn den generelle prisvekst i samfunnet (Rossow, 2010). Dette innebærer at alkohol har blitt relativt billigere sammenlignet med andre produkter. Denne effekten vil være særlig stor dersom den økte kjøpekraften tilfaller spesielle grupper i befolkningen. Dette gjelder for eksempel konsumenter i lavinntektsgrupper, slik som yngre personer.

#### 4.1.2 Avgiftspolitikk og fysisk tilgjengelighet

Et annet område som vil kunne påvirke utviklingen i alkoholkonsum er alkoholpolitikken. Dette gjelder særlig politikk som påvirker prisene på alkohol og den fysiske tilgjengeligheten. Alkoholprisene for brukerne påvirkes i stor grad av skatter og avgifter på produksjon og salg av alkohol (Rossow, 2010). Økning i avgiftene vil isolert sett gi reduksjon i alkoholbruk. Som for endringer i kjøpekraft generelt, vil også avgiftsendringer påvirke ulike befolkningsgruppers

alkoholkonsum ulikt. Vi kan særlig tenke oss at konsumet i lavinntektsgrupper vil øke ved avgiftsreduksjoner.

Den fysiske tilgjengeligheten av alkohol i samfunnet vil også være viktig for det samlede alkoholkonsumet. Fysisk tilgjengelighet handler om den generelle tilgangen på alkohol. Dette kan fordeles i regulering av salgstidspunkt og tilgjengelighet på salgssteder. Jo mer tilgjengelig alkohol er, jo mer alkohol forventer man at vil bli konsumert. Andre typer tilgjengelighetstreksjoner inkluderer aldersbestemmelser, taxfree-kvoter og løyver for salg (Rossow, 2010).

#### 4.1.3 Demografi og sosiale forhold

Andre forhold som kan spille inn er utvikling i befolkningssammensetning og andre sosiale forhold. Eksempelvis vil en eldre befolkning kunne gi økt alkoholkonsum dersom eldre drikker mer alkohol enn resten av befolkningen. I Norge har økt alkoholkonsum blant eldre og kvinner vært viktige drivere for økningen i alkoholkonsumet de siste 60 årene. En forklaring på den økte alkoholbruken blant kvinner er at økt likestilling har gjort at norske kvinners alkoholkonsum har økt til et nivå nærmere menns alkoholkonsum. Andre momenter som kan påvirke alkoholbruken er innvandring og endring i arbeidsledighet (Rossow, 2010). Andelen av Norges befolkning som er innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre har økt over flere år. I SSBs framskrivninger for 2060 er det estimert at omtrent hver fjerde nordmann vil tilhøre disse gruppene (SSB, 2021 b). Dersom disse drikker mer alkohol enn den gjennomsnittlige nordmann i dag, vil dette gi økt alkoholkonsum. Tilsvarende vil alkoholkonsumet reduseres dersom innvandringen skjer fra land der alkohol er lite utbredt og denne alkoholkulturen bevares og videreføres til neste generasjon.

#### 4.1.4 Internasjonale trender eller holdningsendring

En siste driver for alkoholkonsum er endringer i internasjonale trender eller holdninger til alkohol. Eksempler på dette er blant annet 'wine journalism', der omtaler og kåringer av alkohol fra 1980-tallet ble introdusert i norske aviser – som utover å være en informasjonskilde også kan fungere som en type reklame (Rossow, 2010). Andre internasjonale trender vi har sett er utbredelsen av hjemmebrygget alkohol. Disse mekanismene kan forventes at vil øke alkoholkonsumet. På den andre siden kan økt fokus på kropp og trening gjøre at flere reduserer alkoholkonsumet, enten gjennom å drikke færre enheter eller å drikke enheter med lavere alkoholprosent.

## 4.2 Faktorer som påvirker skadevirkningene av alkohol

Det er særlig to faktorer som har betydning for skadevirkningene av alkohol: konsum og drikkemønster (Burki, 2010).

I land med drikkemønster som er preget av mye beruselse, slik vi har i Norge, er det en sterkere sammenheng mellom alkoholkonsum per person og skader enn i land med en drikkekultur som i mindre grad er preget av beruselse (Antai, et al., 2014). Så lenge drikkemønsteret i Norge er preget av mye beruselse, vil vi ha flere skader per liter ren alkohol enn i land med andre drikkemønster, for eksempel slik som land i Sør-Europa.

Det er mulig å tenke seg at sammenhengen mellom skadevirkninger og konsum ville avta ved økt konsum i befolkningen. En slik avtagende sammenheng kunne skyldes at de som kommer til i konsumgruppene med høyt konsum tåler dette konsumet bedre enn de personene som er i disse gruppene i dag. Basert på informasjon fra intervjuer med ulike eksperter har vi lite grunnlag for å anta at en slik sammenheng vil være av særlig betydning, og at det derimot er totalkonsum og drikkemønster som er hovedfaktorene som påvirker skadeomfanget ved alkoholbruk.

### 4.2.1 Sammenhengen mellom totalkonsum og skadevirkninger

Fra forskningslitteraturen om alkohol eksisterer det omfattende dokumentasjon for at det er en klar sammenheng mellom hvor mye som drikkes i befolkningen som helhet, og hvor stor andel av befolkningen som er storforbrukere av alkohol. Empiriske undersøkelser har også vist at når gjennomsnittsforbruket i befolkningen går opp, øker forbruket både blant normalforbrukere og blant storforbrukere (Bruun, et al., 1975; Skog, 1985; Babor, et al., 2003). Dette fenomenet omtales som totalkonsumteorien.

Totalkonsumteorien innebærer at en økning i alkohol per person betyr at både normalbrukere og storforbrukere drikker mer, eller at fordelingen forskyves slik at flere alkoholbrukere blir storforbrukere. Det er altså ikke slik at en økning i det totale forbruksnivået normalt skyldes endret konsum kun i noen forbruksgrupper.

Ettersom risikoen for alkoholskader generelt øker jo mer man drikker, og en eventuell økning i totalkonsum innebærer at alle drikker mer, er det naturlig å anta at omfanget av skader forbundet med alkoholbruk vil være større jo høyere totalforbruket av alkohol er i en befolkning.

I noen land er det en stor andel av befolkningen som ikke drikker alkohol. For disse landene kan det være relevant å ta hensyn til dette når man ser på alkoholkonsumet per person. I Norge er det derimot en relativt liten andel av befolkningen som ikke drikker alkohol sammenlignet med andre land, og alkohol per person gir derfor en relativt god indikasjon på bruken av alkohol i befolkningen.

### 4.2.2 Sammenhengen mellom drikkemønster og skadevirkninger

Drikkemønsteret i et land har betydning for omfanget av skadevirkningene. Land med lavt alkoholkonsum kan ha et drikkemønster preget av sjelden drikking, men at det drikkes mye på en gang, mens land med høyt alkoholkonsum kan ha et drikkemønster preget av mer regelmessig drikking der få situasjoner innebærer høyt forbruk. Beruselse kan med andre ord forekomme hyppigere i land med lavt alkoholkonsum enn i land med høyt alkoholkonsum.

Som hovedregel kan vi anta at innenfor den drikkekulturen som råder i et land, vil omfanget av skadevirkninger endres i takt med endringer i totalkonsumet. Dersom en endring i totalkonsumet derimot også medfører en endring i drikkemønster, vil trolig sammenhengen mellom totalkonsumet og skadevirkninger endres (Sosialdepartementet, 1987).

Betydningen av på hvilken måte man drikker (hyppig konsum av små mengder eller mer sjeldent konsum av store mengder) og hva man drikker (øl, vin eller brennevin) vil variere for ulike skadevirkninger. Noen skadevirkninger er nært knyttet til beruselse, for eksempel vold og skader, mens andre skadevirkninger, for eksempel risiko for leverskader, i mindre grad påvirkes av hvordan alkoholen konsumeres (Sosialdepartementet, 1987). Land med drikkemønster preget av høy grad av beruselse har relativt sett mer omfattende skadevirkninger knyttet til alkoholbruk enn land med drikkemønster mer regelmessig drikkemønster og mindre beruselse (Antai, et al., 2014; Carlfjord & Johansson, 2012).

## 4.3 Metode

Hvordan bruken av alkohol vil utvikle seg fremover er vanskelig å vite. For å illustrere hvordan samfunnskostnadene knyttet til alkohol vil kunne påvirkes av endringer i alkoholkonsum og drikkemønsteret, har vi illustrert ulike scenarioer. I den første illustrasjonen har vi anslått hvordan samfunnskostnadene vil påvirkes av en økning i totalkonsumet av alkohol, mens i den andre har vi estimert hvordan samfunnskostnadene vil påvirkes av en økning i både totalkonsumet av alkohol og en endring i drikkemønsteret i Norge.

For å beregne effekten av endringer i totalt alkoholkonsum i Norge har vi tatt utgangspunkt i

totalkonsumteorien. Som beskrevet i avsnitt 4.2.1 innebærer den at alle forbruksgruppene påvirkes av det totale forbruksnivået i befolkningen, slik at en økning i konsum gir en økning i alle konsumgrupper. Ettersom dette innebærer en økning på tvers av alle konsumgrupper vil det også være naturlig at omfanget av skader og samfunnskostnader innen ulike områder vil være større jo høyere totalforbruket er.

For å illustrere hvordan kostnadene kan utvikle seg ved økt alkoholbruk, ser vi på alkoholbruk per person i andre land, og anslår samfunnskostnadene dersom alkoholbruken i Norge skulle økt til disse nivåene. Som en forenkling har vi lagt til grunn at prosentvis kostnadsøkning tilsvarer prosentvis økning i alkoholkonsum.

I beregningen av samfunnskostnadene ved et økt totalt alkoholkonsum i Norge ønsker vi å ta utgangspunkt i alkoholkonsumet i andre, sammenlignbare land. Det er naturlig å ta utgangspunkt i land som ligner på Norge i størrelse, styreform, utdannings- og helsesystem og økonomi. Ettersom drikkemønster har betydning for samfunnskostnadene ved alkohol, er det imidlertid også viktig at landene har drikkemønster som ligner på Norge. For å vurdere drikkemønsteret i ulike land har vi tatt utgangspunkt i WHO's indikator for drikkemønster i ulike land. Indikatoren ble først utviklet i forbindelse med en studie av sammenhengen mellom gjennomsnittlig alkoholkonsum og drikkemønster og sier noe om i hvilken grad et land har et risikofyllt drikkemønster (Rehm, et al., 2003). Indikatoren går fra 1 til 5, der 1 er det minst risikofylte drikkemønsteret og 5 er det mest risikofylte drikkemønsteret.

#### 4.4 Samfunnskostnader ved en økning i alkoholkonsumet i Norge

Som en illustrasjon på hvordan samfunnskostnadene knyttet til alkohol vil kunne øke ved en økning i alkoholkonsumet i Norge har vi valgt å sammenligne alkoholkonsumet og drikkemønsteret i Norge, Finland, Irland og Hviterussland. Det er få europeiske land om er klassifisert som å ha samme drikkemønster som Norge, men Finland og Irland har samme drikkemønster og samtidig et høyere alkoholkonsum per innbygger. Vi har derfor tatt utgangspunkt i disse landene for å anslå hvordan kostnadene kan øke dersom alkoholbruken øker uten at drikkemønsteret endres. For å illustrere hvordan samfunnskostnadene kan påvirkes dersom økningen i alkoholbruk også medfører endringer i drikkemønster, har vi også inkludert en sammenligning med Hviterussland, som har et mer risikofyllt drikkemønster enn Norge og et alkoholkonsum omtrent på nivå med Finland (Tabell 4-1).

**Tabell 4-1: Alkoholkonsum og drikkemønster i Norge og utvalgte land**

	Norge	Finland	Irland	Hviterussland
Liter alkohol per person*	7,1	10,7	12,7	11,0
Drikkemønster**	3	3	3	4

Kilde: WHO. \*Antall liter ren alkohol per år per innbygger over 15 år. \*\*WHO's indikator for hvor risikofyllt drikkemønster ulike land har.

I tråd med totalkonsumteorien har vi lagt til grunn samfunnskostnadene knyttet til alkohol øker proporsjonalt med det totale alkoholkonsumet. Ettersom totalkonsumteorien innebærer en økning i alkoholkonsumet til alle de ulike gruppene av konsumenter vil man kunne forvente at en økning i alkoholkonsumet vil gi økninger proporsjonale innenfor hver av de ulike kostnadskategoriene. For eksempel vil man forvente at det blir flere personer med et veldig høyt konsum, slik at kostnader knyttet til sykdommer som skyldes høyt alkoholkonsum over tid, som for eksempel levercirrhose, er ventet å øke. Samtidig vil man forvente at de med et lavt alkoholinntak også øker sitt alkoholkonsum. Selv om disse personene ikke nødvendigvis vil få sykdommene som er forbundet med et veldig høyt alkoholinntak over tid, vil de kunne få et litt høyere sykefravær, ha litt flere arbeidsdager med nedsatt produktivitet på jobb eller få økt risiko for å utvikle ulike livsstilssykdommer, slik at denne gruppen samfunnskostnader også er forventet å øke.

De illustrerende beregningene tilsier at samfunnskostnadene ville økt betydelig dersom Norge hadde fått et alkoholkonsum på nivå med Finland eller Irland (Tabell 4-2). Ettersom vi legger til grunn at konsumet i alle konsumgrupper øker vil samfunnskostnadene øke innenfor alle områder. Innen tappt helse og livskvalitet, hvor samfunnskostnadene er størst, vil kostnaden kunne stige fra om lag 70-80 milliarder kroner til om lag 100-120 milliarder kroner ved et alkoholkonsum tilsvarende Finland og til 120-140 milliarder kroner ved et alkoholkonsum tilsvarende Irland.

Vi har også inkludert en illustrasjon på endringer i drikkemønster ved å legge til grunn alkoholkonsum per person og drikkemønster lik Hviterussland. Hviterussland har et høyere konsum per person og ifølge WHO's indeks et mer risikofyllt drikkemønster enn Norge. Gitt et likt gjennomsnittlig alkoholkonsum, er et mer risikofyllt drikkemønster forbundet med høyere kostnader for samfunnet, men det er utfordrende å vite hvor mye drikkemønster har å si for skadevirkningene. En endring i drikkemønster i kombinasjon med økt konsum kan for eksempel

innebære at noen kostnader øker mer enn andre. For å illustrere at et mer risikofyllt drikkemønster kan innebære en ytterligere økning i samfunnskostnader i tillegg til økningen som følger av økt konsum per person, antar vi om at skadevirkningene øker med 10 prosent ved å gå fra Norges til Hviterusslands drikkemønster. Med disse forutsetningene estimerer vi at samfunnskostnadene ville vært høyere enn ved et konsum tilsvarende Finland (Finland har tilnærmet likt alkoholkonsum som Hviterussland, men mindre risikofyllt

drikkemønster). Samtidig tilsier estimatene at kostnadene ville vært lavere enn ved et konsum tilsvarende Irland, som har et betydelig høyere alkoholkonsum per person enn Hviterussland (Tabell 4-2).

Estimatene tilsier at selv en mindre økning i alkoholkonsum og drikkemønster ville gitt vesentlig økte kostnader.

**Tabell 4-2: Estimat på samfunnskostnader knyttet til alkohol dersom Norge hadde et alkoholkonsum og drikkemønster tilsvarende andre, utvalgte land (mill. kr.)**

Kostnadskategori	Norge	Finland	Irland	Hviterussland
Tapte helse og livskvalitet	68 000 – 77 000	102 500 – 116 000	121 500 – 138 000	116 000 – 131 000
Kostnader i helse- og omsorgstjenesten	1 400 – 7 000	2 100 – 10 500	2 500 – 12 500	2 400 – 12 000
Tapte verdiskaping	10 000 – 13 000	15 000 – 19 500	18 000 – 23 000	17 000 – 22 000
Andre sektorer	1 500 – 4 000	2 300 – 6 000	2 700 – 7 200	2 600 – 6 800

**Merknad:** Tabellen viser overordnede anslag og er basert på enkle forutsetninger for å illustrere omfanget av endret alkoholkonsum og drikkemønster. Anslagene er beheftet med usikkerhet og må tolkes med varsomhet.

## 5. Diskusjon

*Alkohol har skadevirkninger ikke bare for den som drikker, men også venner, familie, kollegaer og andre. Kostnadene for samfunnet forbundet med alkohol er betydelige, og det er behov for mer informasjon om hvordan disse kostnadene fordeler seg.*

Alkoholkonsumet i Norge er preget av at en stor andel av befolkningen drikker, samtidig som mange drikker konsentrert. Sammenlignet med andre europeiske land er drikkemønsteret preget av relativt mye beruselse, og undersøkelser viser at flere drikker store mengder ved samme anledning. Selv om alkohol ofte er forbundet med glede og moro innebærer alkohol også store negative konsekvenser både for den enkelte og samfunnet som helhet. Kostnadene for samfunnet forbundet med alkohol er betydelige, og det er behov for mer informasjon om hvordan disse kostnadene fordeler seg.

I denne rapporten har vi utarbeidet anslag for samfunnskostnader forbundet med alkohol, herunder kostnaden knyttet til tapte leveår og tappt livskvalitet, helsetjenestekostnader, tappt verdiskaping og kostnader utenfor helsetjenesten. De samlede kostnadene ved tappt helse og livskvalitet er anslått til mellom 68 og 77 milliarder kroner. Alkoholkonsum gir i tillegg kostnader for samfunnet i form av sykefravær og redusert produktivitet på jobb, forsinket fullføring av utdanning, anslått til 10 til 13 milliarder kroner. Videre kommer behandlingskostnader i helsetjenesten og i pleie- og omsorgstjenesten, anslått til 1,4 til 7,0 milliarder kroner avhengig av hvilke anslag på ulykker og sykdommer som er forårsaket av alkohol, men registrert under andre diagnosekoder som legges til grunn. I andre sektorer påløper det direkte og indirekte alkoholrelaterte kostnader som ressursbruk i politiet, domstolene, kriminalomsorgen, barnevernet, ideelle organisasjoner og materielle skader. Kostnadene i øvrige sektorer anslås samlet sett til mellom 1,5 og 4,0 milliarder kroner.

Våre estimater tilsier videre at samfunnskostnadene ville økt betydelig dersom alkoholkonsum per innbygger hadde økt. Det er også ventet at et drikkemønster med mer beruselse enn i dag ville gitt økte samfunnskostnader. Det er knyttet betydelig usikkerhet til våre anslag.

I tillegg til at samfunnskostnadene forbundet med alkohol er betydelige, treffer de befolkningen ulikt, noe som har betydning for den enkelte. Det er en klar tendens til at alkoholkonsumet er høyest i høyere sosio-økonomiske grupper, og alkoholkonsumet forventes å øke som et resultat av økt inntekt. Samtidig har mange studier funnet at alkoholrelatert sykkelighet og alkoholproblemer er vanligere i grupper med lavere sosio-økonomisk status. Det er også en klar sammenheng mellom alkoholrelatert dødelighet og lav sosio-økonomisk status, og dette gjelder særlig blant unge voksne (Helsedirektoratet, 2016c). Den sosiale ulikheten i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og død innebærer at kostnadene i større grad treffer svake grupper i samfunnet, og personer med lav utdanning og inntekt rammes ofte hardere enn andre.

Resultatene presentert i denne rapporten er ikke egnet eller ment til å si noe om prioritering av tiltak eller at tiltak for å redusere alkoholkonsumet i befolkningen er samfunnsøkonomisk lønnsom. Anslag på samfunnskostnader som presentert i denne rapporten forteller noe om potensielle gevinster ved ulike tiltak, men hvorvidt disse kan utløses avhenger av tiltakets effekt. Enkelte av kostnadene knyttet til alkohol har direkte virkninger for statens utgifter. For eksempel utgifter knyttet til å behandle alkoholrelaterte sykdommer og skader eller utbetalinger av trygdeytelser til personer som ikke kan stå i jobb grunnet alkoholbruk. Andre kostnader, for eksempel verdien av tapte leveår og tappt livskvalitet, har ingen direkte budsjettkonsekvens, men er av betydning fordi vi som samfunn verdsetter at befolkningen får flere leveår med god helse.

Dersom man ønsker å begrense alkoholkonsumet i befolkningen, er høye priser og begrensninger i tilgjengeligheten regnet som de mest effektive tiltakene. Disse tiltakene omfatter blant annet begrensninger i antall salgs- og skjenkesteder og salgs- og skjenketider. Vinmonopolets monopol på omsetning av vin og brennevin er et eksempel på en begrensning i tilgjengeligheten av alkohol. Det er vist at denne typen virkemidler reduserer alkoholkonsumet, også blant unge mennesker og alkoholavhengige, og særlig begrensninger i tilgjengelighet er vist å redusere omfanget av alkoholrelaterte skader (FHI, 2019a).



## 6. Referanser

Alpers, S. E. et al., 2021. Alcohol Consumption during a Pandemic Lockdown Period and Change in Alcohol Consumption Related to Worries and Pandemic Measures. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Volum 18.

Amundsen, E. J., 2017. *Alkoholutløste dødsfall i Norge i 2015*. [Internett]  
Available at: <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/alkohol/alkoholutloste-dodsfall-i-norge-i-2015/>  
[Funnet 2021].

Anderson, P. & Baumberg, B., 2006. *Alcohol i Europe*, s.l.: London: Institute of Alcohol Studies.

Anderson, P., Chisholm, D. & Fuhr, D. C., 2009. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce harm caused by alcohol. *The Lancet*.

Antai, D., Lopez, G. B., Antai, J. & Anthony, D. S., 2014. Alcohol Drinking Patterns and Differences in Alcohol-Related Harm: A Population-Based Study of the United States. *BioMed research international*.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S. & Edwards, G., 2003. *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. s.l.:Oxford University Press.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2021. *Årsrapport 2020*, s.l.: s.n.

Bogstrand, S. T. et al., 2012. Alcohol, psychoactive substances and non-fatal road traffic accidents - a case-control study. *BMC Public Health*, pp. 1-9.

Bramness, J. G., Moan, I. S. & Rossow, I., 2021. Alcohol Use during the COVID-19 Pandemic: Self-Reported Changes and Motives for Change. *European Addiction Research*, 27(4).

Bremnes, R. & Indergård, P. J., 2021. *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2020*, s.l.: Helsedirektoratet.

Brodwell, K., 2019. *Tidsskriftet for Den norske legeforening: Økende alkoholforbruk globalt*. [Internett]  
Available at: <https://tidsskriftet.no/2019/09/for-andre-tidsskrifter/okende-alkoholforbruk-globalt>  
[Funnet Juli 2021].

Bruun, K. et al., 1975. Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. *The Finnish Foundation for Alcohol Studies*.

Bugge, C., Sæther, E. M., Brustugun, O. T. & Kristiansen, I. S., 2021. Societal cost of cancer in Norway – Results of taking a broader cost perspective. *Health Policy*, August, pp. 1100-1107.

Burki, T., 2010. Changing drinking patterns: a sobering thought. *The Lancet*, pp. 153-154.

Buvik, K., Moan, I. S. & Halkjelsvik, T., 2018. Alcohol-related absence and presenteeism: Beyond productivity loss. *International Journal of Drug Policy*.

Caces, M. F., Harford, T. C., Williams, G. D. & Hanna, E. Z., 1999. Alcohol consumption and divorce rates in the United States. *Journal of Studies and Alcohol*.

Carlford, S. & Johansson, K., 2012. Association Between Frequency of Heavy Episodic Drinking and Self-reported Consequences: A Cross-sectional Study in a Swedish Population. *Alcohol and Alcoholism*.

Darke, S., Degenhardt, L. & Mattick, R., 2006. Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention. *Cambridge: Cambridge University Press*.

Departementene, 2021. *Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025*, s.l.: s.n.

Difi, u.d. *Medifinansieringsordningen for digitaliseringsprosjekt i staten. Veiledning til gjennomføring av forenklet samfunnsøkonomisk analyse*. , s.l.: Difi.

Dødsårsaksregisteret, 2021. *Dødsårsaksregisteret - statistikkbank. D7: Dødsfall som skyldes bruk av alkohol, narkotika etter bofylke og dødsårsak, antall og rater.* [Internett]

Available at: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

[Funnet 2021].

ESPAD Group, 2020. *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EU, 2006. *EU alcohol strategy.* [Internett]

Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11564b>

[Funnet 2021].

FHI, 2011. *Barn av foreldre med psykiske lidelser med alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*, s.l.: s.n.

FHI, 2017. *Færre avholdsfolk i Norge enn i Italia.* [Internett]

Available at: <https://www.fhi.no/nyheter/2017/farre-avholdsfolk-i-norge-enn-i-italia/>

[Funnet 2021].

FHI, 2018. *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge 2018*, s.l.: s.n.

FHI, 2019a. *Forebyggende tiltak på alkoholfeltet.* [Internett]

Available at: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/forebyggende-tiltak/forebyggende-tiltak-pa-alkoholfeltet/?term=&h=1>

FHI, 2019b. *Hvordan beskrives sykdomsbyrde.* [Internett]

Available at: <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fire-hovedmal-for-sykdomsbyrde/>

[Funnet 2021].

FHI, 2019c. *Narkotika i Norge 2018*, s.l.: s.n.

FHI, 2019d. *Negative konsekvenser av alkoholbruk for andre enn brukerne.* [Internett]

Available at: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/konsekvenser-av-alkoholbruk/negative-konsekvenser-av-alkoholbruk-for-andre-enn-brukerne/>

[Funnet 2021].

FHI, 2019e. *Promillekjøring i veitrafikken i Norge.* [Internett]

Available at: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/konsekvenser-av-alkoholbruk/promillekjoring-i-veitrafikken-i-norge/#bilfoerere-mistenkt-for-alkoholpaavirket-kjoring>

[Funnet August 2021].

FHI, 2020a. *Alkoholbruk i den voksne befolkningen.* [Internett]

Available at: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>

FHI, 2020b. *Alkohol i Norge.* [Internett]

Available at: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/>

[Funnet Juli 2021].

FHI, 2020c. *Vurdering av forebyggende tiltak på alkoholfeltet: muligheter for å nå målsetting om reduksjon i skadelig alkoholbruk*, s.l.: s.n.

Finansdepartementet, 2014. *Rundskriv R-109/14 - Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv..* s.l.:s.n.

Gavurova, B. & Tarhanicova, M., 2021. *Methods for Estimating Avoidable Costs of Excessive Alcohol Consumption. International Journal of Environmental Research and Public Health*, Mai.

GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018. *Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet*, 392(10152), pp. 1015-1035.

GBD Risk Factors Collaborators, 2017. *Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet*, pp. 1345-422.

Gjelsvik, R., 2004. *Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol*, Bergen: Program for Helseøkonomi i Bergen.

Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018. *Global Burden of Disease Study 2017*, Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Global Burden of Disease Study, 2020. *GBD Results Tool*. [Internett]  
Available at: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>  
[Funnet 2021].

Global Burden of Disease, u.d. *List of International Classification of Diseases codes mapped to the Global Burden of Disease cause list*. [Internett]  
Available at:  
[http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/data\\_for\\_download/2012/IHME\\_GBD2010\\_CauseListandLCD.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/data_for_download/2012/IHME_GBD2010_CauseListandLCD.pdf)

Hagestad, K., 1999. Heimebrent og hillbillykultur: holdninger, hyklari og helse. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*.

Helfo, 2020. *Helsefusjon 2019 - Statistikk og nøkeltall for legeområdet*, s.l.: Helfo.

Helfo, 2021. *Egenandel hos lege*. [Internett]  
Available at: <https://www.helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-hos-lege/>  
[Funnet 2 September 2021].

Helse- og omsorgsdepartementet, 2012. *Meld. St. 30 (2011–2012)*, Oslo: s.n.

Helse og omsorgsdepartementet, 2021. *Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025) - En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk*, Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

Helsedirektoratet, 2016a. *Frukt og grønt i skolen - Samfunnsøkonomiske vurderinger 2015*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2016b. *Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostråd*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2016c. *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2019. *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2021. (*Utkast på høring august 2021*) *Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser*, s.l.: s.n.

Helsenorge, 2019. *Gravid og alkohol*. [Internett]  
Available at: <https://www.helsenorge.no/gravid/gravid-og-alkohol/#dette-kan-skje-med-barnet>  
[Funnet 2021].

Hofstad, E., 2021a. *Alkohol er verre enn heroin og kokain for fosteret*. [Internett]  
Available at: <https://sykepleien.no/2020/12/alkohol-er-verre-enn-heroin-og-kokain-fosteret>  
[Funnet 2021].

Hofstad, E., 2021b. *Alkoholskadede barn trenger curlingforeldre og faste rutiner*. [Internett]  
Available at: <https://sykepleien.no/2021/01/alkoholskadede-barn-trenger-curlingforeldre-og-faste-rutiner>

Horverak, Ø. & Bye, E. K., 2007. *Det norske drikkemønsteret. Intervjudata fra 1973-2004*, s.l.: SIRUS.

Jarl, J. et al., 2006. *Till vilket pris?: Om alkoholens kostnader och hälsoeffekter i Sverige 2002*, Stockholm: SoRAD.

Johnstone, B. M. & Rossow, I., 2009. Prevention of alcohol related harm: The total consumption model. I: *Encyclopedia of drugs, alcohol and addictive behavior*. Detroit, MI: Macmillian Publishing, pp. 89-92.

Kim, J. U. et al., 2020. Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 5(10), pp. 886-887.

- Knapstad, M., Heradstveit, O. & Sivertsen, B., 2018. *Studentenes Helse- og Trivselshundersøkelse 2018 (SHoT)/HELT ÆRLIG-undersøkelsen*, s.l.: Styringsgruppen for Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse ved Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus (SiO).
- Knibbe, R. A. & Bloomfield, K., 2001. Alcohol Consumption Estimates in Surveys in Europe: Comparability and Sensitivity for Gender Differences. *Substance abuse*, pp. 23-28.
- Kriminalomsorgen, 2021. *Nøkkeltall fra kriminalomsorgen*. [Internett]  
Available at: <https://www.kriminalomsorgen.no/noekkeltall-fra-kriminalomsorgen.6399908-516313.html> [Funnet august 2021].
- Leonard, K. E. & Roberts, L., 1998. The effects of alcohol on the marital interactions of aggressive and nonaggressive husbands and their wives. *Journal of Abnormal Psykology*.
- Livingston, M. & Callinan, S., 2015. Underreporting in alcohol surveys: whose drinking is underestimated?. *J Stud Alcohol Drugs*, Jan, pp. 158-164.
- Manthey, J. et al., 2019. Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *The Lancet*, 22. Juni, 393(10190), pp. 2493-2502.
- Moan, I. S., Bye, E. K., Storvoll, E. E. & Lund, I. O., 2019. Self-reported harm from others' alcohol, cigarette and illegal drug use in Norway. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30 Mai, pp. 413-429.
- Moan, I. S. & Halkjelsvik, T., 2016. *Alkohol og arbeidsliv. En undersøkelse blant norske arbeidstakere*, s.l.: Folkehelseinstituttet.
- Moore, B. C., Easton, C. J. & McMahon, T. J., 2011. Drug Abuse and Intimate Partner Violence: A Comparative Study of Opioid-Dependent Fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*.
- Neill, E. et al., 2020. Alcohol use in Australia during the early days of the COVID-19 pandemic: Initial results from the COLLATE project. *Psychiatry Clin Neurosci*.
- Nordlie, E., 2003. Alkoholmisbruk - hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmer. *Tidsskr Nor Lægeforen*.
- Norsk Helseinformatikk, 2019. *Kutte alkohol? Dette er effekten på kort sikt*. [Internett]  
Available at: <https://nhi.no/kosthold/forebyggende-kost-og-sykdom/kutte-alkohol-dette-er-effekten-pa-kort-sikt/>
- Norstat, 2020. *Undersøkelse gjennomført på oppdrag fra Ac-og-til*, s.l.: s.n.
- OECD, 2021. 4. The Health and Economic Burden of Alcohol Consumption. I: OECD, red. *Preventing Harmful Alcohol Use*. Paris: OECD Publishing, pp. 125-159.
- Opinion, 2021. *Tross vår, vi drikker mindre i år*. [Internett]  
Available at: <https://opinion.no/2021/05/tross-var-vi-drikker-mindre-i-ar/> [Funnet Juli 2021].
- Oslo universitetssykehus, 2017. *Trafikkulykker og rusmidler*. [Internett]  
Available at: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rettsmedisinske-fag/alkohol-og-rusmidler/trafikkulykker-og-rusmidler> [Funnet 2020].
- Pettersen, S., Middelkoop, G. & Hjelmeland, K., 2020. *Rusmiddelstatistikk - Funn i blodprøver hos bilførere mistenkt for ruspåvirket kjøring 2019*, Oslo: Oslo universitetssykehus.
- Politidirektoratet, 2019. *Kapasitetsvurdering av etterforskningsområdet*, s.l.: Politidirektoratet.
- Politidirektoratet, 2021. *Ressursanalyse for 2020. Utgifter og bemanning i politiet*, s.l.: s.n.
- Politiet, u.d. *Hvor går grensene?*. [Internett]  
Available at: <https://www.politiet.no/rad/voldtekt-og-seksuelle-overgrep/hvor-gar-grensene/#undefined> [Funnet September 2021].
- Rambøll Management Consulting, 2019. *Alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser*, s.l.: Systembolaget.

- Rambøll Management Consulting, 2021. *Alkohol og Korona: En risikofaktor under pandemien.*, s.l.: Av-og-til.
- Regjeringen Solberg, 2013. *Sundvolden-plattformen: Politisk plattform - for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet*, Oslo: Statsministerens kontor.
- Regjeringen Solberg, 2018. *Jeløya-plattformen: Politisk plattform - for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre*, Oslo: Statsministerens kontor.
- Regjeringen Solberg, 2019. *Granavolden-plattformen: Politisk plattform - for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti*, Oslo: Statsministerens kontor.
- Rehm, J. et al., 2009. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, pp. 2223-2233.
- Rehm, J. et al., 2003. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European addiction research*.
- Room, R. & Rossow, I., 2001. Share of violence attributable to drinking. *Journal of Substance Use*, pp. 218-228.
- Rossow, I., 2010. Challenges in an affluent society. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, Volum 5, pp. 449-463.
- Rossow, I. & Bye, E. K., 2013. The problem of alcohol-related violence: an epidemiological and public health perspective. I: M. McMurrin, red. *Alcohol-Related Violence: Prevention and Treatment*. s.l.: John Wiley & Sons, pp. 3-18.
- Rossow, I., Keating, P., Felix, L. & McCambridge, J., 2016. Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction*, pp. 204-217.
- Rossow, I., Moan, I. S. & Natvig, H., 2009. *Nære pårørende av alkoholmisbrukere: - hvor mange er de og hvordan berøres de?* SIRUS-rapport nr. 9/2009, s.l.: s.n.
- SAMDATA, 2019. *Kostnadsnivå og produktivitet i psykisk helsevern og TSB 2014-2018*, s.l.: Helsedirektoratet.
- Samfunnsøkonomisk analyse, 2018. *Kostnader ved rusrelatert fravær og ineffektivitet*, s.l.: s.n.
- Shield, K. et al., 2020. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet Public Health*.
- SHoT-undersøkelsen 2021, 2021. *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse*, s.l.: SiO, sammen, SiT, FHI.
- Skog, O. J., 1985. Hva bestemmer omfanget av alkoholskader. *Alkohol i Norge*.
- Sosialdepartementet, 1987. *St.meld. nr. 17 (1987-88). Alkohol og folkehelse*, s.l.: s.n.
- SSB, 2008. *Store svingninger - klar trend*. [Internett]  
Available at: <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/store-svingninger-klar-trend>
- SSB, 2020a. *1 av 3 drikker alkohol hver uke*. [Internett]  
Available at: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-drikker-alkohol-hver-uke>
- SSB, 2020b. *Studenter risikerer å miste arbeidsinntekter*. [Internett]  
Available at: [Forslag: Hva med å legge til en setning av typen: Årsakene til at personer utvikler psykiske lidelser er ofte sammensatte, og det er i mange tilfeller en kombinasjon av flere ulike årsaker til at personer blir syke. Det er med andre ord grunn til å tro at](#)  
[Funnet 2021].
- SSB, 2021a. *Alkoholomsetning: Omsetning av brennvin, vin, øl og rusbrus per innbygger 15 år og over*. Liter. [Internett]  
Available at: <https://www.ssb.no/varehandel-og-tjenesteyting/varehandel/statistikk/alkoholomsetning>  
[Funnet Juli 2021].
- SSB, 2021b. *Fakta om innvandring*. [Internett]  
Available at: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>  
[Funnet 2021].

SSB, 2021c. *Varehandel og tjenesteyting - alkoholomsetning*. [Internett]  
Available at: <https://www.ssb.no/varehandel-og-tjenesteyting/varehandel/statistikk/alkoholomsetning>  
[Funnet 8. juni 2021].

Storvoll, E. et al., 2010. *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*, s.l.: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Sugarman, D. E. & Greenfield, S. F., 2020. Alcohol and COVID-19: How do we respond to this growing Public Health Crisis?. *Journal of General Internal Medicine*.

Tolletaten, 2021a. *Beslagsstatistikk for 2020*. [Internett]  
Available at: <https://www.toll.no/no/om-tolletaten/om-oss/statistikk/beslagsstatistikk-2020/>  
[Funnet 4. August 2021].

Tolletaten, 2021b. *Årsrapport 2020*, s.l.: s.n.

Torvik, F. A. & Rognmo, K., 2011. *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Rapport 2011:4.*, s.l.: Folkehelseinstituttet.

Vinmonopolet, 2021. *Vinmonopolets salgstell*. [Internett]  
Available at: <https://www.vinmonopolet.no/vmp/salgstell>  
[Funnet Juli 2021].

WHO, 2012. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*, Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

WHO, 2018. *Global status report on alcohol and health 2018*, s.l.: s.n.

WHO, 2019. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*, Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

Øverland, S. et al., 2018. *Sykdomsbyrden i Norge 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016)*, Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet.

Aasland, O. G., Bruusgaard, D. & Rutle, O., 1987. Alcohol Problems in General Practice. *British Journal of Addiction*, pp. 197-201.

## Vedlegg A    Diagnoser i datauttrekk fra Norsk pasientregister (NPR)

**Tabell 6-1: ICD-10-diagnoser som utelukkende tilskrives alkoholbruk (100 prosent alkoholattribuerbare sykdommer)**

Kode	Beskrivelse
E24.4	Alkoholutløst pseudo-Cushings syndrom
F10	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol
G31.2	Degenerasjon av sentralnervesystemet som skyldes alkohol
G62.1	Alkoholisk polyneuropati
G72.1	Alkoholisk myopati
I42.6	Alkoholisk kardiomyopati
K29.2	Alkoholisk gastritt
K70	Alkoholisk leversykdom
K73	Kronisk hepatitt, ikke klassifisert annet sted
K85.2	Alkoholindusert akutt pankreatitt
K86.0	Alkoholutløst kronisk pankreatitt
O35.4	Omsorg og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos fosteret som skyldes alkohol
P04.3	Foster og nyfødt påvirket av mors bruk av alkohol
Q86.0	Føtalt alkoholsyndrom
R78.0	Funn av alkohol i blod
T51	Toksisk virkning av alkohol
X4n	Forgiftning, etsing og annen påvirkning av giftige substanser som følge av ulykke og uhell
X6n	Villet egenskade
Y1n	Uklart om skade er påført med hensikt
Y90	Blodprøvedokumentasjon av alkoholpåvirkning

Kilde: Gavurova & Tarhanicova, 2021

**Tabell 6-2: ICD-10-diagnoser som delvis kan tilskrives alkoholbruk**

Kode	Beskrivelse
A15- A19	Tuberkolose
C00- C06	Ondartet svulst på leppe, tungerot, andre og uspesifiserte deler av tunge, tankjøtt, munngulv, gane eller andre og uspesifiserte deler av munn
C07	Ondartet svulst i ørespyttkjertel
C08	Ondartet svulst i andre og uspesifiserte store spyttkjertler
C09	Ondartet svulst i mandel
C10	Ondartet svulst i oropharynx
C11	Ondartet svulst i nasopharynx
C12-14	Ondartet svulst i sinus piriformis, hypopharynx eller andre og ufullstendig angitte lokalisasjoner i leppe, munnhule og svelg
C15	Ondartet svulst i spiserør
C16	Ondartet svulst i magesekk
C18	Ondartet svulst i tykktarm
C19	Ondartet svulst i overgang mellom sigmoideum og endetarm
C20	Ondartet svulst i endetarm
C21	Ondartet svulst i endetarmsåpning og analkanal
C22	Ondartet svulst i lever og intrahepatiske galleganger
C25	Ondartet svulst i bukspyttkjertel
C32	Ondartet svulst i strupe
C50	Ondartet svulst i bryst
C61	Ondartet svulst i blærehalskjertel
D00- D09	In situ (preinvasive) svulster
D10- D36	Godartede svulster
D37- D48	Svulster med usikkert eller ukjent malignitetspotensial
G40	Epilepsi
G41	Status epileptikus
I10-I15	Hypertensjon
I47	Paroksysmal takykardi
I48	Atrieflimmer og atrieflutter
I49	Annen hjertearytmi (arythmia cordis)
I60-62	Subaraknoidalblødning, hjerneblødning eller annen ikke-traumatisk intrakraniell blødning



---

I63-I66	Hjerneinfarkt, hjerneslag (ikke spesifisert som blødning eller infarkt), okklusjon og stenose av precerebrale arterier (uten hjerneinfarkt som følge) eller okklusjon og stenose av hjernearterier (uten hjerneinfarkt som følge)
I67	Andre hjernekar sykdommer
I69	Følgetilstander etter hjernekar sykdom
I85	Øsofagusvaricer
J10- J18	Influenza og pneumoni
K22.6	Gastroøsofagealt sår- og blødningssyndrom
K74.3	Primær bilicær cirrhose
K74.4	Sekundær bilicær cirrhose
K74.5	Uspesifisert bilicær cirrhose
K74.6	Annen og uspesifisert cirrhose i lever
K76.6	Portal hypertensjon
L40	Psoriasis
O03	Spontan abort
P05	Langsom vekst og feilernæring hos foster
R96- R99	Annen plutselig død av ukjent årsak, funnet død eller andre dårlig definerte og uspesifiserte dødsårsaker
W00- W19	Ulykker og uhell ved fall
X00- X09	Ulykke og uhell med røyk, brann, flammer
X41-42	Forgiftning, etsing og annen påvirkning av giftige substanser som følge av ulykke og uhell
V01- V99	Transportulykke
W20- X59	Andre ulykker og uhell
X60- X84	Villet egenskade
X85- Y09	Kroppskrenkelse eller overfall
Y10- Y34	Uklart om skade er påført med hensikt
Y40- Y84	Komplikasjoner ved medisinsk og kirurgisk behandling
Y85- Y89	Sekvele og følgetilstand etter skade og annen ytre årsak til sykdom eller død
Y90- Y98	Tilleggsinformasjon om andre faktorer som kan være medvirkende til sykdom eller død klassifisert annet sted

---

Kilde: Gavurova & Tarhanicova, 2021

## Vedlegg B    Diagnoser i datauttrekk fra NAV

**Tabell 6-3: ICPC-2-diagnoser inkludert i datauttrekk fra NAV for sykepenger og arbeidsavklaringspenger**

Kode	Beskrivelse
P15	Kronisk alkoholmisbruk
P16	Akutt alkoholmisbruk

**Tabell 6-4: ICD-10-diagnoser inkludert i datauttrekk fra NAV for uføretrygd**

Kode	Beskrivelse
E24.4	Alkoholutløst pseudo-Cushings syndrom
F10	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol
G31.2	Degenerasjon av sentralnervesystemet som skyldes alkohol
G62.1	Alkoholisk polyneuropati
G72.1	Alkoholisk myopati
I42.6	Alkoholisk kardiomyopati
K29.2	Alkoholisk gastritt
K70	Alkoholisk leversykdom
K73	Kronisk hepatitt, ikke klassifisert annet sted
K85.2	Alkoholindusert akutt pankreatitt
K86.0	Alkoholutløst kronisk pankreatitt
O35.4	Omsorg og behandling av mor ved (mistenkt) skade hos fosteret som skyldes alkohol
P04.3	Foster og nyfødt påvirket av mors bruk av alkohol
Q86.0	Føtalt alkoholsyndrom
R78.0	Funn av alkohol i blod
T51	Toksisk virkning av alkohol
X45	Forgiftning, etsing og annen påvirkning av giftige substanser som følge av ulykke og uhell
X65	Villet egenskade
Y15	Uklart om skade er påført med hensikt
Y90	Blodprøvedokumentasjon av alkoholpåvirkning

## Vedlegg C Definisjoner

Begrep	Forklaring
Folkehelse	Folkehelse defineres som befolkningens helse og hvordan denne fordeles i befolkningen.
Livskvalitet	Livskvalitet kan defineres som et helhetsperspektiv på livet til enkeltmennesker og grupper, både på ett gitt tidspunkt, en periode i livet og over livsløpet.
Helserelatert livskvalitet	Helserelatert livskvalitet (HRQoL) kan forstås som den delen av livskvaliteten som er relatert til den fysiske- og psykiske helsetilstanden og funksjonsevnen.
Sykdomsbyrde	Sykdomsbyrde beskrives gjennom dødsfall, tapte leveår og helsetap. Sykdomsbyrdeberegninger gir oversikt over dødelighet og helsetap på grunn av sykdom, skader eller risikofaktorer.
DALY (Helsetapsjustert leveår)	DALY (Disability Adjusted Life Year) er summen av tapte leveår og helsetap.
QALY (Kvalitetsjustert leveår)	QALY (Quality Adjusted Life Year) er en helseenhet der en forsøker å måle helse, og eventuelle endringer i helse, over tid. I QALY inngår et anslag på helserelatert livskvalitet som mål på helsetilstanden og et anslag på tilstandens varighet.
Statistisk liv	En statistisk størrelse som anvendes når antall liv som kan vinnes eller tapes er relevant å inkludere i analyser av fremtidige livreddende- eller livstruende hendelser.
Statistisk leveår	En statistisk størrelse som anvendes når antall leveår som kan vinnes eller tapes er relevant å inkludere i analyser av fremtidige livreddende- eller livstruende hendelser.
Gode leveår	Gode leveår er en betegnelse som brukes i Meld. St. 34 (2015-2016) om prioriteringer i spesialhelsetjenesten. Gode leveår er der et begrep brukt om leveår med god helse og er en litt upresis subjektiv størrelse som har til hensikt å måle helserelatert livskvalitet for kunne sammenligne ulike intervensjoner.
VSL (Økonomisk verdi på et statistisk liv)	VSL (Value of a Statistical Life) er en anslått/beregnet økonomisk verdi på et statistisk liv. Gjerne basert på hypotetiske betalingsvillighetsstudier (WTP – Willingness To Pay) eller studier av folks faktiske adferd i sammenhenger der det er ulik grad av risiko for å dø.
Økonomisk verdi på et QALY	Det er fra myndighetshold foreløpig ikke angitt en offisiell økonomisk verdi på et QALY for anvendelse i samfunnsøkonomisk analyser i Norge. I Helsedirektoratets forslag til veileder for utredninger på folkehelseområdet (på høring) er det foreslått en verdi basert på NOU 2012:16 <i>Samfunnsøkonomiske analyser</i> . Dette er en verdi som er beregnet for anvendelse i samfunnsøkonomiske nytte-kostnadsanalyser av tiltak i andre sektorer enn helsesektoren. Grunnen til at verdien ikke er beregnet for tiltak i helsetjenesten er at samfunnsøkonomiske nytte-kostnadsanalyser ikke skal anvendes som analysetype for tiltak i helsetjenesten. I stedet skal det anvendes kostnadseffektivitetsanalyser i et helsetjenesteperspektiv uten en eksplisitt myndighetsbestemt QALY-verdi. For bestemmelser om perspektiv på analyser, analysetyper og betalingsvillighet for helsegevinster ved tiltak i helsesektoren vises det til Meld. St. 34 (2015-2016)

Kilde: Veileder for utredningsinstruks på folkehelseområdet (på høring august 2021)

## Vedlegg D Nærmere om beregning av produksjonstap

### D.1 Verdien av et dagsverk

For å anslå verdien per tapte dagsverk har vi tatt utgangspunkt i gjennomsnittlig månedslønn, som ifølge SSB var 48 750 kroner i 2019. Gitt fem ukers ferie gir dette en årslønn på om lag 528 750 kroner. Med et 40 prosent påslag for feriepenger, tjenestepensjon, arbeidsgiveravgift mv. blir gjennomsnittlig årslønn lik 740 250 kroner. Skatteetaten tar utgangspunkt i at et årsverk tilsvarer 230 dagsverk. Gjennomsnittlig lønn per dagsverk blir dermed 3 218 kroner. Vi finner da at hver dag med halv produktivitet innebærer et produktivitetstap tilsvarende 1 609 kroner. Forutsetningene er oppsummert i Figur 6-1.

**Figur 6-1: Forutsetninger for beregning av verdien av et dagsverk**

**Gjennomsnittlig månedslønn 2020:** 48 750 kroner

**Gjennomsnittlig årslønn 2020:** 528 750 kroner

**Påslag for sosiale kostnader:** 40 prosent

Kostnader til f.eks. arbeidsgiveravgift, feriepenger, pensjonskostnader, kurs og yrkesskadeforsikring.

**Gjennomsnittlig årslønn 2020 inkludert sosiale kostnader:** 740 250 kroner

**Antall arbeidsdager i et år:** 230 dager

**Verdi av et dagsverk:** 3 218 kroner

Kilde: SSB-tabell 11419. Analyse: Oslo Economics

### D.2 Samlet produksjonstap knyttet til utbetaling av sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

Overføringer fra NAV representerer kun deler av mottakernes inntektsgrunnlag, og sosiale kostnader knyttet til lønn ikke er inkludert i overføringene. Dette betyr at overføringene fra NAV ikke reflekterer det samlede produksjonstapet som følge av sykefravær

For å anslå det samlede produksjonstapet knyttet til utbetalingene, legger vi til grunn at utbetalte sykepenger utgjør det fulle inntektsgrunnlaget til mottakeren, mens arbeidsavklaringspenger og uføretrygd utgjør 66 prosent av inntektsgrunnlaget. Vi legger videre til grunn et 40 prosent påslag for å reflektere tapt grunnlag for feriepenger, tjenestepensjon, arbeidsgiveravgift, mv.

I dataene fra NAV er ikke kostnadene ved de første 16 kalenderdagene med sykefravær inkludert, ettersom disse dekkes av arbeidsgiver. 16 kalenderdager vil i snitt tilsvare 11,4 arbeidsdager. Vi estimerer kostnaden ved av sykefravær i arbeidsgiverperioden basert på dette og verdien av et dagsverk.

oslo**economics**

*[www.osloeconomics.no](http://www.osloeconomics.no)*

post@osloeconomics.no  
Tel: +47 21 99 28 00  
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:  
Kronprinsesse Märthas plass 1  
0160 Oslo

Postadresse:  
Postboks 1562 Vika  
0118 Oslo