

# Riskbruk av alkohol på arbetsplatsen

En kartläggning av alkoholvanor bland anställda på en industriarbetsplats

Författare: Karen Moorhouse Andersson

Handledare: Thomas Lundh vid Arbets- och miljömedicin i Lund

---

Projektarbete 7,5 hp  
Företagssköterskeutbildning 2008-2009

September 2009

Ansvarig examinator: Professor Staffan Skerfving  
Avd för Arbets- och miljömedicin  
Lunds universitet  
221 85 LUND



# Riskbruk av alkohol på arbetsplatsen

## En kartläggning av alkoholvanor bland anställda på en industriarbetsplats

Författare: Karen Moorhouse Andersson

Handledare: Thomas Lundh vid Arbets- och miljömedicin i Lund

September 2009

### Abstrakt

Vetenskapliga studier har visat att aktivt förebyggande insatser kan ha en god effekt mot ett riskfyllt beteende när det gäller alkoholkonsumtion. Regeringen har en folkhälsopolitik som innebär att de har lämnat uppdrag till Statens Folkhälsoinstitut att utbilda fler yrkeskategorier i syfte att arbeta förebyggande i alkoholfrågor (Riskbruksprojektet).

Alkoholscreening är en enkelt men bra metod att upptäcka förhöjd alkoholkonsumtion. Metoden kan utföras i samband med en hälsoundersökning/profil på Företagshälsovården. Metoden innebär besvarande av ett enkelt frågeformulär, blodprovtagning och eventuellt feedback och rådgivning (motiverande samtal).

På en industriarbetsplats har alla anställda som fyller 45 år under 2009 (tjugosex personer) blivit erbjudna en hälsoundersökning. Syftet var att undersöka hur andelen riskbrukare på denna arbetsplats förhåller sig jämfört med andelen riskbrukare bland arbetande i Sverige som helhet. I samband med hälsoundersökning utfördes alkoholscreening enligt Riskbruksprojekts anvisningar. Utfallet blev att fjorton personer deltog i undersökningen varav en person uppfyllde kriterierna för att ha ett riskfyllt beteende avseende alkoholkonsumtion.

### Nyckelord

Alkohol, riskbruk, AUDIT, CDT-värde

Avd för Arbets- och miljömedicin  
Lunds universitet  
221 85 LUND



# Innehållsförteckning

Introduktion.....	3
Introduktion.....	3
Bakgrund.....	3
Nationell folkhälsopolitik.....	5
<i>Regeringens proposition 2005/06:30</i> .....	5
Beskrivning av företaget.....	6
Syfte.....	7
Specifika frågeställningar.....	7
Metod.....	7
Urval.....	7
Instrument.....	8
Genomförande.....	9
Analys/Bearbetning.....	9
Etisk avvägning.....	9
Resultat.....	10
Diskussion.....	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion.....	13
Referenser.....	15
Bilaga 1 (2).....	17
Bilaga 2 (2).....	18

## Introduktion

Alkohol är den femte största globala riskfaktorn för sjukdom och den tredje främsta orsaken till förlorade friska levnadsår i de utvecklade länderna (World Health Organisation (WHO)-Global burden of disease). Hög alkoholkonsumtion kan leda till ökad risk för skador och beroende med medicinska och/eller sociala konsekvenser.

Allt fler svenskar dricker alkohol regelbundet. Den totala alkoholkonsumtionen har ökat i Sverige från drygt 8 liter 1996 till ca 10,5 liter ren alkohol 2004 per invånare som är 15 år eller äldre (Andreasson S, Allebeck P 2005). Idag, 2009, uppskattas det ligga på 9,5 liter. Statistiken beräknas på registrerad alkoholförsäljning (Systembolaget, restauranger och öl från livsmedelsbutiker) och uppskattad, oregistrerad försäljning (reseinförsel, insmuggling samt hemtillverkad alkohol) (Hermansson U, Helander A 2009).

Kvinnors konsumtion har ökat mer än mäns, särskilt bland de i åldern 50 år och över. Männens konsumtion av starköl och vin har ökat mest, medan kvinnor har ökat sin vinkonsumtion.

Sveriges inträde i EU har medfört att det blivit lättare att införa alkohol till Sverige. Man har noterat att regionala skillnader i alkoholkonsumtion har ökat från inträdet i EU och fram till början av 2000-talet. Konsumtionen ökade snabbast i södra Sverige medan norrlandslänet visade den minsta förändringen (Andreasson S, Allebeck P 2005).

## Bakgrund

Riskbruk av alkohol är en konsumtion av alkohol som är eller kan bli skadlig men där beroende inte föreligger (Statens Folkhälsoinstitut). Det är viktigt att förstå skillnaden mellan riskbruk och missbruk av alkohol. I Sverige använder vi termen ”riskbruk”. På den internationella nivån använde man termen ”hazardous use”. WHO:s definition av “hazardous use” är: *“A pattern of substance use that increases the risk of harmful consequences for the user. Some would limit the consequences to physical and mental health (as in harmful use); some would also include social consequences. In contrast to harmful use, hazardous use refers to patterns of use that are of public health significance despite the absence of any current disorder in the individual user.”*

WHO:s definition gäller alla "substanser"; alkohol, narkotika m m med fokus på folkhälsa. Folkhälsoinstitutets Riskbruksprojekt fokuserar på alkohol och det individuella perspektivet. Riskbruk definieras som ICD-10 F10.1 (WHO classification of diseases).

Med riskbrukskonsumtion menas:

- Alkoholkonsumtion som överstiger 14 s.k. standardglas per vecka för män vilket motsvarar 165g alkohol eller 53cl starksprit eller 9 s.k. standardglas per vecka för kvinnor vilket motsvarar 108g eller 34cl starksprit. Begreppet standardglas innehåller 12g (100 %) alkohol. Vad detta kan motsvaras av framgår av tabell 1:

Tabell 1.

1 burk folköl	50 cl
1 flaska starköl	33 cl
1 glas vin	12 cl
1 snaps	4cl sprit

(Statens folkhälsoinstitut)

- Allt berusningsdrickande. Berusningsdrickande definieras som 5 standardglas eller fler för män respektive 4 standardglas eller fler för kvinnor, vid ett och samma tillfälle.
- Alkoholkonsumtion under graviditet.
- Alkoholkonsumtion i trafik och i arbetsliv (Statens folkhälsoinstitut).

Man kan säga att det finns en zon mellan bruk och missbruk av alkohol där alkoholanvändningen är så hög att den riskerar att glida över till missbruk eller beroende. Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) menar att begreppet riskbruk föreligger då en individs alkoholkonsumtion kan, om den fortsätter, utvecklas till ett missbruk med svåra medicinska skador som följd, men där problemen ännu inte kan betecknas som allvarliga. Troligtvis befinner sig närmare 10 % av alla vuxna svenskar i denna riskzon (Agerberg M 2004). När det gäller arbetsplatsen, har några studier visat att ca 15 % av de anställda tillhör gruppen riskbrukare (Hermansson U, Helander A 2008). Vidare finns ytterligare rapport om att riskbruk av alkohol förekommer hos ca 15% av befolkningen som helhet (Wåhlin S 2009).

Skadliga hälsoeffekter av riskbruk av alkohol är många och inkluderar blodtrycksförhöjning, hudsjukdom, sömnstörning mm. Hög alkoholkonsumtion kan leda

till bland annat alkoholberoende, hjärnskador, nervskador, hjärt-kärlsjukdomar, lever- och bukspottkörtel- sjukdomar, ökad risk för cancer, vitaminbrist, depression, självmord samt olycksfall. Faktorer såsom genetisk disposition, näringsupptag, livsstilsfaktorer t ex rökning, motion m m påverkar individens sannolikhet att utveckla någon eller några av de ovan nämnda skadliga hälsoeffekterna (Hermansson U, Helander A 2006).

Konsekvenserna för samhället blir bl a högre sjukvårdskostnader och arbetstidsbortfall.

### *Nationell folkhälsopolitik*

Det finns elva målområden för folkhälsopolitiken som skapades av regeringen i april 2003. Ett av syftena var att skapa förutsättningar för en jämlik och jämställd hälsa bland befolkningen.

Målområde 4 berör ökad hälsa i arbetslivet. Förebyggande och hälsofrämjande insatser på arbetsplatser är viktiga för att minska den arbetsrelaterade ohälsan. Att minska alkoholkonsumtionen leder till bättre hälsa hos arbetstagare och friskare arbetsplatser med mindre risk för olyckor och arbetsskador.

Målområde 11 handlar om minskat bruk av tobak, alkohol och ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.

### *Regeringens proposition 2005/06:30*

I denna proposition presenteras två nationella handlingsplaner.

- Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador.
- Nationell handlingsplan mot narkotika.

De nationella handlingsplanerna gäller under år 2006 – 2010. I den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador står det bland annat

*”Det övergripande målet för den svenska alkoholpolitiken skall vara att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Målet skall nås genom insatser för att minska den totala alkoholkonsumtionen och mot skadligt dryckesbeteende.”*

Det står att fortsatta insatser behövs för att bryta den negativa utvecklingen på alkoholområdet. Det inkluderar att stärka det förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården samt inom företagshälsovården.

Ökning av antalet högkonsumenter av alkohol innebär en ökad belastning inom hälso- och sjukvården. Det är därför viktigt att tidigt identifiera patienter med riskabla alkoholvanor samt försöka att få dem att reflektera över- och ändra sina vanor. Riskbruksprojektet startade våren 2004 och finansieras av Socialdepartementet. Syftet är att fler anställda inom företagshälsovård och primärvård ska ha mer kunskap om riskabel och förhöjd alkoholkonsumtion d v s riskbruk. Huvudmålet är att sprida kunskap om användbara metoder för att tidigare upptäcka och åtgärda riskbruk av alkohol.

### *Arbetsgivarens skyldighet*

Arbetsmiljölagen (AML) ger arbetsgivare ansvar att se till att arbetsmiljön är trygg och säker. Det står i det tredje kapitlet i AML att arbetsgivare ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall. Enligt arbetsmiljöverkets författningssamling 2003:4, Systematiskt arbetsmiljöarbete, ska arbetsgivaren regelbundet undersöka arbetsförhållandena och bedöma riskerna för att någon kan drabbas av ohälsa eller olycksfall i arbetet. Att alkohol leder till ekonomiska konsekvenser för arbetslivet i form av produktionsbortfall och förlorad arbetsförtjänst är väl dokumenterat i flera studier. Det finns även studier som visar att en riskkonsumtion av alkohol kan orsaka kostnader relaterade till frånvaro, säkerhet och produktivitetsminskning (Hermansson U 2004). Att erbjuda arbetstagare screening och kort rådgivning om alkoholvanor kan vara ett bra verktyg att använda på arbetsplatsen.

### **Beskrivning av företaget**

Företaget där projektet har ägt rum är en tillverkningsindustri i södra Sverige. Där finns en processindustri som tillverkar homogena plastgolv för offentliga miljöer t ex sjukhus och skolor. Under 2008 producerades cirka 22 miljoner kvadratmeter golv. Cirka 10 % av golven säljs på den svenska marknaden och övrigt exporteras.

Vid årsskiftet 2008/2009 var det 603 anställda på denna arbetsplats varav 420 kollektivanställda (77 kvinnor och 347 män) samt 183 tjänstemän (69 kvinnor och 114 män). Produktionen sker 24 timmar per dygn, 7 dagar per vecka. Det finns 2-, 3-, 4- och 5-skifts arbetspass med endast få dagtidstjänster.

Företaget, som är ett av de största i den kommun där det är beläget, har betydande och kännbara kostnader för sjukfrånvaro och är ytterst intresserade av att minska sjukfrånvaron på olika sätt. Inte minst viktigt är det att se över vad som kan göras på området för alkoholkonsumtion. Som ett första steg kan det vara lämpligt att försöka kartlägga om företaget har en större andel än riket som helhet av personer som riskerar alkoholmissbruk. Det är värt att notera att företaget har en alkohol/missbruk policy som revideras vid behov eller minst vartannat år.

## **Syfte**

Syftet med detta projekt var att identifiera riskabla alkoholvanor bland de anställda och jämföra andelen riskbrukare på denna arbetsplats i förhållande till nivån bland arbetande i Sverige som helhet. Denna information kommer att kunna användas av företaget som underlag för att avgöra om eventuella insatser bör göras vilket i sin tur främjar hälsa och en trygg och säker arbetsmiljö.

### *Specifika frågeställningar*

De individer som i samband med genomförandet eventuellt identifieras som riskbrukare kommer att erbjudas vidare kontakt med företagshälsovården.

## **Metod**

### **Urval**

Alkoholscreening ingick som en del av en hälsoprofil som erbjöds de anställda som fyller 45 år under 2009. Detta enligt företagshälsovårdens ordinarie verksamhetsplan. Via företagshälsovårdens journalsystem identifierades de individer som skulle ingå i urvalet, vilket var totalt 26 personer varav 17 kollektivanställda (4 kvinnor och 13 män) samt 9 tjänstemän (3 kvinnor och 6 män). 14 personer deltog.



## Instrument

Alkoholscreening utfördes enligt Riskbruksprojektets anvisningar. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (bilaga 1) har tagits fram av en arbetsgrupp inom WHO. Den används i flera länder och har översatts samt kvalitetssäkrats till svenska förhållanden och rekommenderas också i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2009). AUDIT är ett screening formulär som består av tio frågor om alkoholvanor under det senaste året och tar ca tre minuter att besvara. Det är ämnat att tidigt identifiera ett skadligt drickande. Detta till skillnad mot AUDIT-föregångare t ex CAGE, MAST m fl som riktar sig mot missbruk. Fråga 1 – 3 berör alkoholkonsumtion, fråga 4 – 6 berör beroendesymtom och fråga 7 – 10 handlar om skadlig konsumtion. Varje fråga kan ge maximum 4 poäng, totalt maximum 40 poäng. För riskbruk av alkohol rekommenderas ett gränsvärde för män på 8 poäng eller högre och 6 poäng eller högre för kvinnor (Statens folkhälsoinstitut, Riskbruksprojektet).

Det är bra att kombinera ett frågeformulär, som ger en bild av alkoholvanor, med en biologisk markör. Kolhydratsfattigt transferrin (CDT) är en tillförlitlig biokemisk indikator av riskkonsumtion av alkohol och mäts i ett blodprov (Bjerre B et al. 2001). Regelbunden alkoholkonsumtion på minst 50 – 80g ren etanol/dag vilket motsvarar en flaska vin/dag eller 3 – 4 burkar starköl/dag under två till fyra veckor kan ge ett förhöjt CDT-värde. Under denna två – fyra veckors period kan enstaka dagar vara fria från alkoholförtäring. Det kan vara värt att veta att ett beteende där man endast dricker intensivt på t ex helger inte ger ett förhöjt CDT-värde. CDT- provet mäter fördelning av olika former av glykoproteinet transferrin i ett blodprov. Risk- hög alkoholkonsumtion påverkar de transferrinformen, som normalt har ett lågt kolhydratinnehåll till ett ökande. En metodharmonisering har ägt rum och de flesta svenska laboratorier använder för närvarande en s k HPLC-metodik för bestämning av CDT-värde. Denna metod har beteckningen S-CDT, disialo. Den övre gränsen är satt till 1,9 % men anges som <2,0 %. Detta innebär att 99 % av alla individer utan alkoholproblem får ett värde inom referensintervallet. Halveringstiden för transferrin är ca 1,5 vecka. Därför tar det ca 1 -2 veckor vid alkoholkonsumtion innan man ser en förändring av CDT-värdet och det tar ca 2 -4 veckor för värdet att återgå till normalnivå vid en påföljande avhållsamhet från alkohol. Pg a att det finns få kända orsaker förutom alkohol till förhöjt CDT-värde kan testet sägas ha hög träffsäkerhet (Tandberg B 2004).

## Genomförande

Alla anställda som fyllde 45 år 2009 blev erbjudna att komma till företagshälsovården för att göra en hälsoprofil. Detta innebar hälsosamtal med företagssköterska, att svara på två stycken enkäter (hälsa och arbetsmiljöfrågor respektive AUDIT) samt provtagning (vikt, längd, blodtryck, puls, hemoglobin, kolesterol, triglycerider, blodglukos, midjemått, stussmått, midja-stuss-kvot samt urinprov för blod, glukos, protein, nitrit, leukocyter och CDT-värde). Företagshälsovården är en integrerad del av företaget och är beläget i samma lokaler. Begränsningar i laboratorieutrustning innebar att blodprovtagning för CDT-analys inte kunde utföras vid hälsoundersökningstillfället, provtagningen ägde rum vid ett separat tillfälle oftast dagen efter hälsoundersökningen.

Det var frivilligt att delta. Hälsoundersökningar genomfördes på arbetstid mellan februari och april 2009.

## Analys/Bearbetning

De individuella AUDIT-poängen beräknades manuellt av författaren. Alla värden från hälsokontrollerna lades in på Excel databas.

## Etisk avvägning

Hälsofrämjande arbete innebär alltid etiska frågeställningar och dilemman (Ewles L, Simnett I 2005). Man kan diskutera om det är etiskt försvarbart att påtvinga människor information om hälsorisker eller att låta bli att informera dem. Man ska försöka acceptera att hälsa har olika betydelse för olika människor p g a deras värderingar och erfarenheter. Som företagssköterska skall man vara medveten om att försöka stärka människors självständighet.

Enligt autonomiprincipen finns det en moralisk skyldighet att respektera allas rätt att fritt bestämma över sig själva (Nilstun T, Øvretveit J 2005). Att ändra sina alkoholvanor skall vara individens eget val. Ingen kan påtvinga en människa att reflektera över eller ändra sitt beteende när det gäller alkoholbruk. Därför ska de anställda *erbjudas* möjlighet att komma för hälsoundersökning och samtal.

Omsorgsprincipen berättar att det finns en moralisk skyldighet att inte skada utan istället att minska samt förebygga lidande och att främja välbefinnande (Nilstun T, Øvretveit J 2005). Att erbjuda de anställda hälsoundersökningarna är en del av det förebyggande och

hälsofrämjande arbetet. Idag finns det mycket vetenskaplig kunskap om hälsorisker vid alkoholanvändande.

Det finns ekonomiska aspekter att beakta. Företaget har ett intresse av att deras anställda lever ett hälsosamt liv så att företagets kostnader för sjukskrivningar minskar. Det är dessutom tänkbart att de anställdas produktivitet blir bättre till följd av förbättrad hälsa. Samtidigt blir samhällets kostnader för sjukvård och förtidspensioner lägre.

## Resultat

Tjugosex personer som fyllde 45 år under 2009 blev erbjudna en hälsoundersökning på företagshälsovården. Fjorton personer kom för undersökningen och alla besvarade AUDIT formuläret. Tolv personer lämnade blodprov för CDT-analys. Tabell 2 redovisar i närmare detalj deltagarnas karaktäristik avseende kön och typ av anställning. En (1) individ identifierades som möjlig ”riskbrukare” utifrån CDT resultatet (se tabell 3).

Tabell nr 2. Antal deltagare

	<b>Tjänstemän</b>	<b>Kollektivanställda</b>	<b>Totalt</b>
Män	5	6	11
Kvinnor	3	0	3
Totalt	8	6	14

Tabell nr 3. Resultat av undersökta individer (45-åringar) vid företaget avseende alkoholscreening. En individ identifieras som möjlig ”riskbrukare” om CDT >2,0 % och / eller AUDIT >8 (för män) respektive >6 (för kvinnor).

Deltagare	Kön	Tjänstemän (Tj) Kollektivanställda (K)	CDT	AUDIT
1	m	K	1,0	3
2	m	Tj	-	6
3	k	Tj	0,9	2
4	m	Tj	0,6	1
5	m	K	0,9	6
6	m	K	1,2	6
7	m	K	-	4
8	m	K	1,5	1
9	k	Tj	1,1	2
10	m	Tj	1,1	5
11	m	K	1,4	5
12	k	Tj	0,9	0
13	m	Tj	1,0	3
14	m	Tj	2,5	5

Tabell nr 4. Genomsnittliga CDT-värden

Sammanställning av genomsnittliga CDT-värden av de undersökta individerna (se tabell 3).

	Tjänstemän	Kollektivanställda	Samtliga
Män	1,3	1,2	1,2
Kvinnor	1,0	-	1,0
Samtliga	1,2	1,2	1,2

Tabell nr 5. Genomsnittliga AUDIT-värden

Sammanställning av genomsnittliga AUDIT-värden av de undersökta individerna (se tabell 3).

	Tjänstemän	Kollektivanställda	Samtliga
Män	4,0	4,2	4,1
Kvinnor	1,3	-	1,3
Samtliga	3,0	4,2	3,5

# Diskussion

## Metoddiskussion

Syftet med screening och rådgivning är att ge individen ett val där de själva beslutar om de vill förändra sina alkoholvanor eller inte. Det är således **inte** att övertyga personer att bli nykterister. Det ger personer som har ett riskabelt beteende en möjlighet att själva reflektera och fundera över sina alkoholvanor. Det är viktigt att alkoholscreeningen ingår som en naturlig del av en hälsoundersökning/profil där man också diskuterar kost, sömn, tobaksbruk, motion och arbetssituation. Då upplevs inte samtalet rörande alkohol som moraliserande eller känslig.

En aspekt att välja personer omkring denna ålder (45 år) är att många då har en bättre ekonomi jämfört med yngre vilket möjliggör en ökad alkoholkonsumtion. Dessutom är dryckesmönstret avseende alkohol kanske förändrat – t ex på senare år har så kallad bag in box vin gjort det lättare att dricka vin vid fler tillfällen än tidigare. Ytterligare en faktor är att barnen till 45-åringar ofta blivit mer självständiga (inget behov av skjuts) och därmed underlättas en ökad alkoholkonsumtion. Det är viktigt att vara medveten att detta urval (ålder) sannolikt inte representerar ett genomsnitt för arbetande i Sverige som helhet. Således har urvalet inte gjorts enligt principen för sannolikhetsurval vilket ofta är en förutsättning för korrekt statistik ([www.infovoice.se/fou/bok/10000061.htm](http://www.infovoice.se/fou/bok/10000061.htm)). Konsekvensen av detta skulle kunna vara att mätningen i detta projekt resulterar i en högre andel riskbrukare än riket som helhet. Dock fanns en praktisk aspekt i att trots allt välja denna åldersgrupp i och med att de kallades till hälsoundersökning enligt ordinarie verksamhetsplan. Motsvarande problematik finns eventuellt också vad gäller urvalsgruppens kön och även gällande andel tjänstemän respektive kollektivanställda. Ytterligare en faktor som begränsade möjligheten till ett slumpmässigt urval var ekonomiskt. Det förefaller finnas ganska få studier som visar hur karaktäristiken ser ut för riskbruk i Sverige och en anledning till detta kan bero på att undersökningar ofta gjorts på privata företag och som därför inte är offentliga.

Eftersom CDT-värdet avspeglar eventuell alkoholkonsumtion som ägt rum under de senaste en till fyra veckorna avvaktades genomförandet av hälsoundersökningar på grund av säsong (jul, nyår).

Det har visat sig att formuläret AUDIT och blodprovet CDT har en låg överlappning (korrelation), endast 9 % i en undersökning med 990st deltagare (Hermansson U, Helander A 2006). Av denna anledning var det viktigt att kombinera dessa båda metoder och på så sätt täcka in två olika grupper.

En fördel att använda ett frågeformulär är att deltagarna svarar på samma frågor i lugn och ro. Det är enkelt att jämföra med andra resultat/studier, jämföra med olika grupper och enkelt att sammanställa resultat. Det är oftast även kostnadseffektivt (Eilertsson G 2005).

De deltagande personerna behövde infinna sig två gånger till företagshälsovården. Detta beroende på avsaknad av centrifugeringsmöjligheter. Troligtvis finns därför en risk för bortfall. Om en eliminering av det relativt stora bortfallet bland de kallade personerna skulle ha påverkat resultatet i någon riktning kan vara svårt att uttala sig om. Emellertid är det meningsfullt att för framtida hälsokontroller undersöka vilka anledningar som bidragit till bortfallet. För detta syfte skickades en enkät (bilaga 2) till samtliga uteblivna personer. Åtta personer svarade. Bortfallsanalys visade följande: Två personer var ej intresserade av att delta i en hälsoundersökning. En person var utebliven p g a tidsbrist. Två personer sade sig inte ha fått inbjudan. Tre personer glömde anmälan till företagshälsovården för beställning av tid för undersökningen. Generellt finns även en bortfallsrisk när man erbjuder frivilliga hälsokontroller p g a individuella prioriteringar.

## **Resultatdiskussion**

Då det deltog fjorton utav tjugosex möjliga personer i undersökningen och det på företaget totalt arbetar cirka 600 personer och då dessutom variansen i utfallen kan betraktas som relativt stor går det förmodligen inte att dra någon statistiskt säkerställd slutsats om vilken andel riskbrukare företaget har jämfört med den nationella nivån. Däremot kan mätningens utfall, där en av fjorton personer (d v s 7%) hade positivt CDT-värde, eventuellt ge en fingervisning om att företags andel sannolikt inte avviker dramatiskt mot riksgenomsnittet, 15 % (Hermansson U, Helander A 2008).

Resultatet av undersökningen visar att genomsnittliga CDT-värden (se tabell 4) inte har några tydliga skillnader, vare sig mellan tjänstemän och kollektivanställda eller mellan könen. Däremot finns tydliga skillnader vad gäller genomsnittliga AUDIT-värden (se tabell 5), f f a

mellan män och kvinnor. Noterbart är även att ingen individ klassades som riskbrukare utifrån AUDIT-värden.

Alkoholscreening är första steg i en åtgärdsmodell och det är viktigt att följa upp och ge feedback angående screeningsresultat samt erbjuda rådgivning med motiverande samtal. I en rapport från SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) kan man läsa att det finns vetenskapligt bevis att insats i förebyggande syfte har en effekt. Det står följande: *av 128 medelålders patienter som behandlas med läkemedel under fem år för måttligt förhöjt blodtryck undviker man hjärt-kärlsjukdom hos en. Av 10 personer som, med ovanstående metodik, ges råd och motivation att minska sin alkoholkonsumtion, kommer en person att upphöra med eller minska sin konsumtion till en riskfri nivå.* Den person som i denna undersökning hade ett förhöjt CDT-värde tackade ja till vidare åtgärder.

Riskbruk och missbruk av alkohol kan leda till ökad risk för olyckor och arbetsrelaterade skador. Dessutom finns en koppling till ökad frånvaro, både sjukfrånvaro och annan frånvaro från arbetet. Det kan påverka arbetsmiljön och produktiviteten negativt samt ökar risken för ohälsa (Hermansson U 2004). Jag anser att alkoholscreening där man kombinerar AUDIT och CDT är en bra metod eftersom den är enkel att genomföra (t.ex i samband med hälsoundersökning/hälsoprofil), förhållandevis billig och effektivt fångar upp individer som har ett riskbruk av alkohol. Dessa fördelar gynnar både individer och arbetsgivare.

## Referenser

- AFS2003:4 Arbetsmiljöverkets författningssamling: Systematisk arbetsmiljöarbete. Stockholm Elanders Gotab.
- Agerberg M (2004) Kidnappad hjärna. Studentlitteratur. Lund.
- Andreasson S, Allebeck P (2005) Alkohol och Hälsa En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Bjerre B, Borg S, Helander A, Jeppsson J O, Johnson G, Karlsson G (2001) CDT värdefull markör för överkonsumtion av alkohol. Läkartidningen Nr 7 2001; Volym 98: 677-83.
- Eilertsson G (2005) Enkäten i praktiken. Studentlitteratur. Lund.
- Ewles L och Simnet I (2005) Hälsoarbete. Studentlitteratur. Lund
- Hermansson U (2004) Forskning och fakta – Riskbruk av alkohol i arbetslivet. Stockholm CAN & SAD
- Hermansson U, Helander A (2006) I samarbete med Riskbruksprojektet. Statens folkhälsoinstitut
- Hermansson U, Helander A (2008) I samarbete med Riskbruksprojektet. Statens folkhälsoinstitut.
- Hermansson U, Helander A (2009) I samarbete med Riskbruksprojektet. Statens folkhälsoinstitut.
- Nilstun T, Øvretveit J (2005) Praktisk etik i arbetsmedicin . Studentlitteratur. Lund.
- SBU.(2001) Behandling av alkohol-och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2001.
- Socialstyrelsen (2009) AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test  
<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsmetoder/missbrukochberoende/audit>
- Tandberg B (2004) metodharmonisering av CDT-analyser väcker allt fler laboratoriers intresse.  
<http://www.ibl-inst.se/upload/Dokument/ArtiklarLaboratoriet2004/CDT-analyser.pdf>
- Wåhlin S (2009) Att samtala om alkohol. Läkartidningen nr 37 2009 volym 106.



## Hemsidor

[www.av.se](http://www.av.se) Arbetsmiljöverket. (Använd under 2008 & 2009)

[www.can.se](http://www.can.se) Central förbundet för alkohol och narkotikaupplysning. (Använd under 2008 - 2009)

[www.fhi.se](http://www.fhi.se) Statens folkhälsoinstitut. (Använd under 2008 – 2009)

[www.fhi.se/riskbruksprojektet](http://www.fhi.se/riskbruksprojektet) Riskbruksprojektet (Använd under 2008 – 2009)

[www.infovoice.se/fou/bok/10000061.htm](http://www.infovoice.se/fou/bok/10000061.htm) Urvalsstrategier

[www.who.int/topics/global\\_burden\\_of\\_disease/en/](http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/) (Använd under 2008-2009)

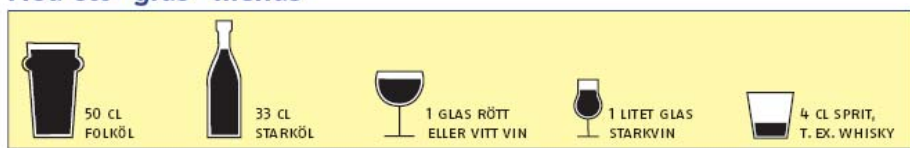
# AUDIT

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor.

Vi är tacksamma om du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.



## Med ett "glas" menas



HUR GAMMAL ÄR DU? \_\_\_\_\_ ÅR

MAN

KVINNA

1. Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförelser på grund av ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

**HAR DU BESVARAT ALLA FRÅGOR? – TACK FÖR DIN MEDVERKAN!**



Hejsan,

För en tid sedan fick du en inbjudan till en Hälsoundersökning på FHV.

Vi vore tacksamma för att få information om varför du valde att inte komma.

Var vänlig o kryssa i det/de alternativ som gäller för dig,  
eller skriv gärna ner andra anledningar

Inte intresserad av hälsoundersökning/jag antar att jag mår bra

Jag har inte tid att gå ifrån jobbet

Fick ingen inbjudan

Har glömt bort att jag skulle höra av mig till FHV

.....

Vilket av nedanstående alternativ tycker du är bäst?

Att få en bokad tid direkt på inbjudan

Få en inbjudan och sedan själv ringa till FHV o boka en tid som passar

Namn: .....

(Frivillig uppgift)

Skickas så snart som möjligt i retur till FHV i bifogat svarskuvert.

Med vänlig hälsning  
FHV