

Riktlinjer för att förebygga och hantera alkoholproblem i arbetslivet

Riktlinjer för att förebygga och hantera alkoholproblem i arbetslivet

Riktlinje 3

ISBN 978-91-89747-34-0

Utgåva 1

Publicerad år 2023 (mindre justeringar av förtydligande karaktär genomförda 2024)

Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Telefon: 026-14 84 00, E-post: info@mynak.se

www.mynak.se

Riktlinjer för att förebygga och hantera alkoholproblem i arbetslivet

Om riktlinjerna

Syftet med dessa riktlinjer är att ge företagshälsan och dess uppdragsgivare ett underlag som presenterar kvalitetssäkrade metoder för att tidigt förebygga, identifiera och åtgärda alkoholproblem bland medarbetare. Målet är att riktlinjerna ska vara lätta att förstå och enkla att använda i samarbetet mellan företagshälsan och arbetsplatsen. Riktlinjerna är huvudsakligen utformade för att tillämpas av företagshälsan, men fungerar även som ett kunskapsunderlag för arbetsgivare som ska införa kvalitetssäkrade metoder kring alkoholproblem på arbetsplatsen.

Riktlinjerna fokuserar endast på att förebygga och hantera alkoholproblem, även om bruk av andra substanser, liksom angränsade problem såsom spelberoende, är förekommande i arbetslivet. Bruk av alkohol är dock det dominerande problemet och det finns betydligt fler evidensbaserade metoder som kan tillämpas inom ramen för arbetslivet och som kan göras tillgängliga för arbetstagare och arbetsgivare inom detta område. I riktlinjerna beskrivs individinsatser i större utsträckning än grupp- och organisationsinsatser eftersom det vetenskapliga underlaget för individinsatser är starkare. Riktlinjerna tar också kortfattat upp förebyggande insatser på organisationsnivå samt aktuella föreskrifter om arbetsgivarens skyldigheter när det gäller insatser vid alkoholproblem.

Dessa riktlinjer är en uppdaterad utgåva av de riktlinjer som första gången gavs ut av Karolinska Institutet 2016.

De som arbetat med uppdateringen i denna utgåva presenteras nedan. De experter som arbetade med den första versionen finns angivna på sidorna 59-60.

Medverkande i riktlinjegruppen

Ulric Hermansson, medicine doktor och tidigare lektor vid Karolinska Institutet samt kliniskt verksam på Riddargatan 1, mottagningen för alkohol och hälsa. Huvudansvarig expert och författare till riktlinjerna.

Pernilla Nordkvist, fil.mast i arbetshälsovetenskap och projektledare på Sveriges Företagshälsor. Expert och författare till riktlinjerna.

Liv Nilsson, Myndigheten för arbetsmiljökunskap, processledare för uppdateringen.

Övriga medverkande experter och granskare

Sven Andreasson, adjungerad professor vid Karolinska Institutet, och Gunnel Hensing, professor vid Göteborgs universitet, har granskat helheten ur ett vetenskapligt perspektiv.

Cecilia Eurén Pettersson, rehabsamordnare, Falck Hälsa och arbetsliv, Fredrik Sparring, företagsläkare, Avonova Hälsa AB, Ylva Eriksson, socionom, Täbyhälsan AB, och Ann-Christin Hansson, HR-strateg, Regionhälsan Västernorrland, har granskat helheten ur ett användarperspektiv.

Anders Helander, adjungerad lektor vid Karolinska Institutet, har granskat avsnittet om markörer.

Magnus Johansson, socionom och medicine doktor vid Karolinska Institutet, har granskat avsnittet om digitala interventioner.

Lars Bäckström, arbetsrättsjurist på Almega, har granskat kapitlet om arbetsrätt och rehabilitering.

Innehåll

Inledning.....	9
Förebygga och hantera alkoholproblem på organisationsnivå.....	15
Förebygga och hantera alkoholproblem på individnivå	21
Om arbetsrätt och rehabilitering	47
Bilagor	50
Om framtagandet av riktlinjerna.....	60
Referenser	63

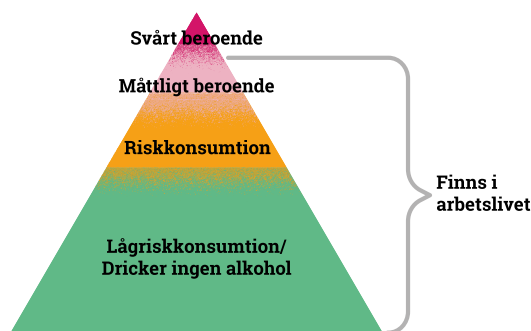
Inledning

En hög alkoholkonsumtion ökar risken för både sjukfrånvaro och sjuknärvaro, men också risken för olyckor och arbetsrelaterade skador, vilket orsakar kostnader som är relaterade till minskad produktivitet och förlorad arbetsförtjänst. Merparten av dem som har alkoholproblem finns på landets arbetsplatser. Erfarenheten visar dock att alkoholproblem ofta identifieras alltför sent. Genom att kombinera olika insatser, på flera nivåer, kan ett effektivt alkoholpreventivt arbete genomföras på arbetsplatsen. Det finns kostnadseffektiva metoder som med företagshälsans hjälp kan göra stor nytta för såväl arbetsplatsen som individer och samhälle.

Våra alkoholvanor och dess konsekvenser

Den stora majoriteten av den vuxna befolkningen (16 år och äldre) i Sverige dricker alkohol. I 2021 års version av Monitormätningarna (befolkningens självrapporterade alkoholvanor) angav tre av fyra vuxna (75 procent) att de någon gång under den senaste månaden hade druckit alkohol. Kartläggningar av svenska folkets alkoholvanor från 2022 visar att var sjätte person (16 procent) rapporterar en riskkonsumtion av alkohol. Andelen är högre bland män än bland kvinnor, och högre bland unga än bland äldre.

I en rapport om svenska folkets alkoholvanor framgår att cirka 4 procent av befolkningen i åldersgruppen 17–84 år har ett beroende av alkohol. Enligt samma rapport påverkas cirka var sjunde person (14 procent) negativt av närståendes drickande och cirka var åttonde (12 procent) av okända personers drickande. Av epidemiologiska data framgår att alkohol är en centralt bidragande faktor till den globala sjukdomsburden (ohälsa, dödsfallsrisk och behandlingskostnader) och för tidig död.



Figur 1. Alkoholvanornas fördelning i Sveriges befolkning. Den stora majoriteten har inga alkoholproblem (dricker måttligt eller inte alls). Cirka 16 procent rapporterar att de har en riskkonsumtion och cirka 4 procent har ett beroende. Merparten har ett arbete.

Merparten av de som har en riskkonsumtion eller ett alkoholberoende är socialt väletablerade och har ett arbete och återfinns därmed i arbetslivet. Världshälsoorganisationen (WHO) anger att drygt 200 sjukdomar och skador är alkoholrelaterade, till exempel cancer och blodtrycks- och matsmältningssjukdomar. I en rapport från 2019 uppskattas alkoholens samhällskostnader till mer än 100 miljarder kronor under ett år. Cirka en tredjedel (35 miljarder) uppskattas vara orsakade av produktionsbortfall. Inledningsvis kan sägas att risken för kroppsliga, psykologiska och sociala skador av alkohol ökar gradvis med stigande konsumtion, och ur hälsosynpunkt gäller ”ju mindre, desto bättre”.

Riskkonsumtion

Riskkonsumtion kan antingen vara en hög genomsnittlig alkoholkonsumtion eller intensivkonsumtion (berusningsdrickande), eller både och. Riskkonsumtion innebär en klart ökad risk för hälsoproblem. Alkoholkonsumtion mäts i ”standardglas” och ett standardglas innehåller 12 gram alkohol. I illustrationen i figur 2 visas vad som menas med ett standardglas för olika alkoholsorter.

Baserat på senare tids forskning om alkoholens skadeverkningar redan vid låga nivåer har definitionen av riskfyllt drickande uppdaterats i flera länder såsom Danmark, Australien och Frankrike, och nu även i Sverige. Mängderna för hög veckokonsumtion och berusningsdrickande är i dessa länder lika för kvinnor och män. En hög genomsnittlig veckokonsumtion har definierats till 10 standardglas eller mer per vecka och berusningsdrickande till 4 standardglas eller mer per tillfälle. Att ha en hög genomsnittlig veckokonsumtion eller att dricka sig berusad en gång per månad eller oftare är att betrakta som riskkonsumtion.



Figur 2. Exempel på vilken mängd av alkoholhaltiga drycker som motsvarar ett standardglas (12 gram alkohol).

Skadligt bruk

Skadligt bruk är en diagnosterm som anger att alkoholkonsumtionen har lett till ohälsa och/eller sociala problem. I statistiken räknas de som har ett skadligt bruk in bland dem som har en riskkonsumtion.

Alkoholberoende

Diagnoskriterierna för alkoholberoende enligt ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) är

- stark längtan efter alkohol
- svårighet att kontrollera intaget
- fortsatt användning trots skadliga effekter
- alkoholkonsumtionen prioriteras högre än andra aktiviteter och förpliktelser
- ökad tolerans
- fysiska och/eller psykiska abstinenssymtom.

För diagnosen alkoholberoende krävs att minst tre av de sex kriterierna uppfyllts under den gångna tolv månadersperioden. Beroende kan graderas i svårighetsgrad genom att räkna antal uppfyllda kriterier: måttligt (3–4) eller svårt (5–6) beroende.

Arbetsplatsen som arena

Flera vetenskapliga studier framhåller att arbetsplatsen är en central arena för att förebygga alkoholrelaterade problem, inte minst när det handlar om personer som har en hög och intensiv konsumtion. Det finns ett omfattande vetenskapligt stöd för att alkoholproblem skapar negativa effekter på arbetsplatsen och minskar produktiviteten. Alkohol är dessutom en av de viktigaste riskfaktorerna för ökad ohälsa och för tidig död bland befolkningen i arbetsför ålder.

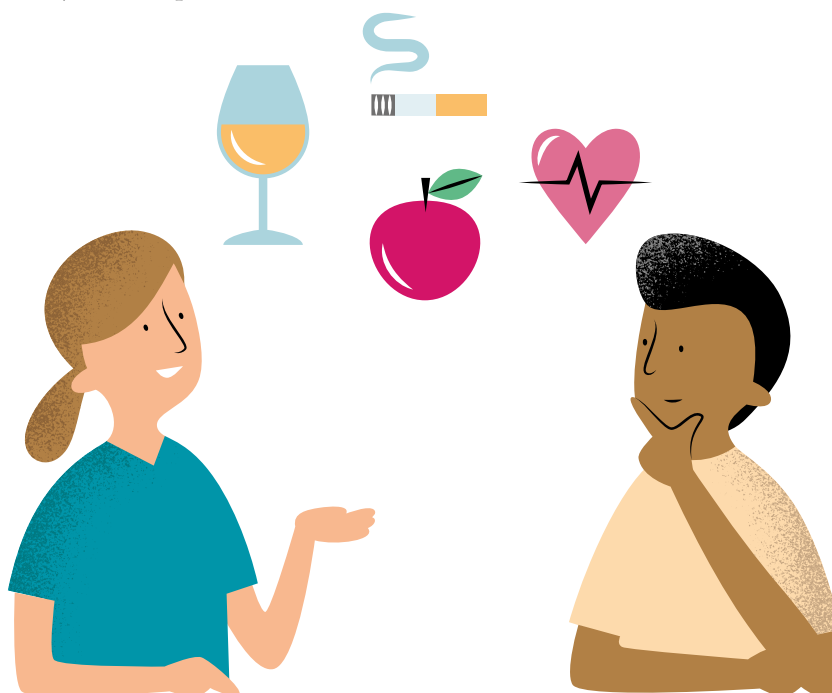
En hög alkoholkonsumtion ökar risken för både sjukfrånvaro och sjuknärvaro, liksom för olyckor och arbetsrelaterade skador, vilket leder till negativa konsekvenser för såväl den enskilde som arbetsplatsen och samhället i stort. Att en hög och omfattande alkoholkonsumtion orsakar kostnader som är relaterade till både minskad produktivitet och förlorad arbetsförtjänst har belagts i flera studier, liksom att en persons alkoholproblem inverkar negativt på övriga medarbetare. Det framgår också att kostnaden för förlorad produktivitet var ungefär lika stor för de övriga medarbetarna som för den som hade alkoholproblem.

Tidiga insatser och kort behandling

En tydlig erfarenhet från många arbetsplatser är att alkoholproblem ofta identifieras alltför sent, när de redan blivit befästa. En utmaning har därför varit att finna metoder som möjliggör tidiga interventioner för att förhindra utveckling av mer omfattande alkoholproblem och dess konsekvenser.

En metod som möjliggör tidig identifiering är screening och kort rådgivning (Screening and Brief Intervention, SBI). Metoden har i flera översiktsstudier, främst inom primärvården, visat sig vara effektiv både för att identifiera begynnande alkoholproblem och för att minska en förhöjd alkoholkonsumtion. Den har även visat sig vara kostnadseffektiv.

Svenska studier har visat att företagshälsan har goda förutsättningar för att genomföra screening och kort rådgivning i samband med hälsoundersökningar där andra livsstilsfrågor tas upp, samt att få medarbetare upplever det som känsligt att besvara frågor och prata om alkoholvanor. Mer om hur screening och kort rådgivning kan involveras i hälsoundersökningar beskrivs i riktlinjerna om hälsoundersökningar, som också ges ut av Myndigheten för arbetsmiljökunskap.



Forskningsöversikter har visat att kortare behandlingsprogram har motsvarande effekt som mer omfattande behandling, för socialt etablerade personer i arbetslivet. Flera av dessa tidsavgränsade insatser kan med fördel genomföras av hälso- och sjukvårdspersonal utan specialistkompetens i beroendevård, till exempel av företagshälsans personal. Mer omfattande evidensbaserad behandling som kräver specialistkompetens genomförs även den allt oftare av företagshälsan, eller av andra aktörer i nära samverkan med arbetsgivare och företagshälsa.

En av de mest omfattande behandlingsstudierna som rör alkoholproblem har visat att det inte går att förutsäga vilken behandling som passar vem utifrån problembilden. Detta dilemma kan enligt flera forskare lösas genom att börja med en begränsad insats och därefter öka insatsen efter behov. Lite längre fram ges exempel på en modell där evidensbaserad bedömning sammanfogats med olika interventionssteg enligt en så kallad ”stepped care”-modell, se sida 40.

Dessa riktlinjer har utgått från de internationella översikter som finns inom området. Nya sökningar, med särskilt fokus på insatser på organisationsnivå, har utförts inför denna uppdaterade version av riktlinjerna. När det gäller rådgivning och behandling (inklusive bedömningsinstrument, biologiska markörer, psykosocial behandling och läkemedelsbehandling) har i stort sett det vetenskapliga underlag som legat till grund för Socialstyrelsens riktlinjer (2019)

för vård och stöd vid missbruk och beroende, en tidigare kunskapssammanställning från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), och ett vårdprogram som tagits fram av Sveriges regioner i samverkan (Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling) använts. Eftersom det finns vetenskapligt stöd för att en alkoholpolicy på arbetsplatsen är betydelsefull tas även denna fråga upp. I arbetsmiljölagens första paragraf står följande: ”Lagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö.”



Det finns inget stöd för att det går att förutsäga vilken behandling som är lämplig för en viss grad av alkoholproblem. Först kan en begränsad insats prövas som sedan ökas efter behov.

I en nyligen (2023) publicerad metaanalys har forskare sammanställt vilken effekt universella och selektiva alkoholpreventiva insatser på arbetsplatsen har i syfte att minska alkoholkonsumtionen. Alla inkluderade studier skattade alkoholvanorna före och efter insatsen med någon typ av självskattningsinstrument eller alkoholmarkörer. Metaanalysens resultat bygger på 20 olika studier, inkluderande ca 4 500 arbetstagare inom ett brett spektrum av verksamheter i nio länder.

Insatserna i de ingående studierna var av olika slag, exempelvis webbaserad information med återkoppling, olika typer av hälsokartläggningar med återkoppling och motiverande samtal, KBT-baserad utbildning, stressprogram, kampanjer för förbättrad livsstil som inkluderade screening och kort rådgivning (SBI) m.m.

Författarnas konklusion blev att alkoholprevention på arbetsplatsen är en effektiv metod för att minska medarbetares alkoholkonsumtion. Effekten var tydligast vid ettårsuppföljningen och avtog sedan vilket understryker svårigheterna med att bibehålla beteendeförändringar över tid. Eftersom insatsernas utformning och typ inte tycktes ha någon avgörande betydelse rekommenderar författarna att den aktuella verksamhetens behov styr valet av vilka insatser som tillämpas.

Referens: Fellbaum, L., Mojzisch, A., Bielefeld, L., Benit, N., & Soellner, R. (2023). The effectiveness of workplace interventions for the prevention of alcohol use: A meta-analysis. *Addiction*, 118(11), 2043–2061. <https://doi.org/10.1111/add.16276>.

Risker i arbetsmiljön

Arbetsmiljöverket uppmärksammar olika risker och risksituationer i arbetsmiljön som på olika sätt kan kopplas till alkoholkonsumtion.

Utöver ovan nämnda risker kan alkoholproblem leda till misstag och felbedömningar med negativa konsekvenser för såväl tredje part som arbetskamrater och arbetsplats eller medarbetaren själv. En ökad psykosocial belastning på arbetsplatsen (irritation och konflikter) till följd av medarbetares alkoholproblem kan också ställa till bekymmer som arbetsgivaren ska förebygga och hantera, bland annat genom sitt ansvar för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (AFS 2015:4).

I vägtrafiken och vid framförande av andra fordon såsom truckar, fyrhjulingar och entreprenadmaskiner, föreligger risker med alkohol, droger och mediciner som påverkar körförmågan.

För unga i arbetslivet gäller särskilda regler. Äldre barn (13–16 år som inte fullgjort sin skolplikt) får till exempel aldrig sälja åldersreglerade varor såsom snus, alkohol eller tobak, och för den som är under 18 år är det förbjudet att arbeta i hemmet hos brukare som har ett alkohol- eller narkotikamissbruk. Risker för unga inbegriper även att arbeta i miljöer där alkohol serveras och det finns risk för att de möter berusade personer, såsom på hotell och restauranger.

Risken för att utsättas för våld och hot i mötet med påverkade och berusade personer är högre inom vård och omsorg och på vissa platser, till exempel köpcentrum, restauranger, akutmottagningar, väntrum och allmänna kommunikationsmedel. Risken för att själv utsättas för hot och våld i arbetet är också ökad om en vårdgivare själv missbrukar alkohol eller droger.

För vissa riskfyllda yrken/arbeten, som involverar klättring med stor nivåskillnad och rök- och kemdykning, ska tjänstbarhet intygas via medicinska kontroller. Uppgifter om alkohol- och drogvanor ska inhämtas vid läkarundersökningen. Även vid medicinska kontroller som inte innebär tjänstbarhetsbedömning, såsom vid nattarbete, ska uppgifter om alkohol- och drogvanor inhämtas. I vägledningen till föreskrifterna om medicinska kontroller i arbetslivet (AFS 2019:3) framgår att det finns en ökad risk för att arbete med handhållna maskiner och verktyg som vibrerar kraftigt kan ge nervskador om personen har en överkonsumtion av alkohol.

Förebygga och hantera alkoholproblem på organisationsnivå

Såväl vetenskapliga studier som praktisk erfarenhet har visat att ett framgångsrikt preventivt arbete mot alkoholproblem bör bestå av en kombination av åtgärder. Det kan till exempel vara en skriven policy, information till personal, utbildning av arbetsledare och chefer, erbjudande om screening och rådgivning av alkoholvanor, tester för att kontrollera nykterhet, alkohol i fordon och mer eller mindre omfattande rehabiliteringsinsatser. Ett effektivt förebyggande och efterhjälpande arbete kräver därför att arbetsgivaren har tillräcklig kunskap för att kunna överblicka arbetsplatsens behov av åtgärder.

Det finns med andra ord en hel del som kan göras för att förebygga och åtgärda alkoholproblem på organisationsnivå på en arbetsplats. I flödesschemat (figur 3) på nästa sida presenteras en struktur över vilka frågeställningar och åtgärder som kan behöva övervägas för att detta arbete ska vara effektivt.

Alkoholpolicy – centralt i arbetet

En alkoholpolicy på en arbetsplats uttrycker hur arbetsplatsen önskar hantera dessa frågor. Ibland kallas denna typ av dokument för riktlinjer, guidelines eller motsvarande, men här används genomgående ordet policy. I en EU-rapport, som systematiskt granskat enskilda studier, översiktsartiklar och metaanalyser om alkoholens inverkan på arbetet och produktiviteten, sammanfattas att en tydlig och skriftlig alkoholpolicy är av grundläggande betydelse för att åtgärda alkoholproblem på arbetsplatsen. För de flesta arbetsplatser är alkoholfrihet under arbetstid en självklarhet men en alkoholpolicy berör även medarbetares alkoholvanor på fritiden, eftersom de kan leda till risker i arbetet.

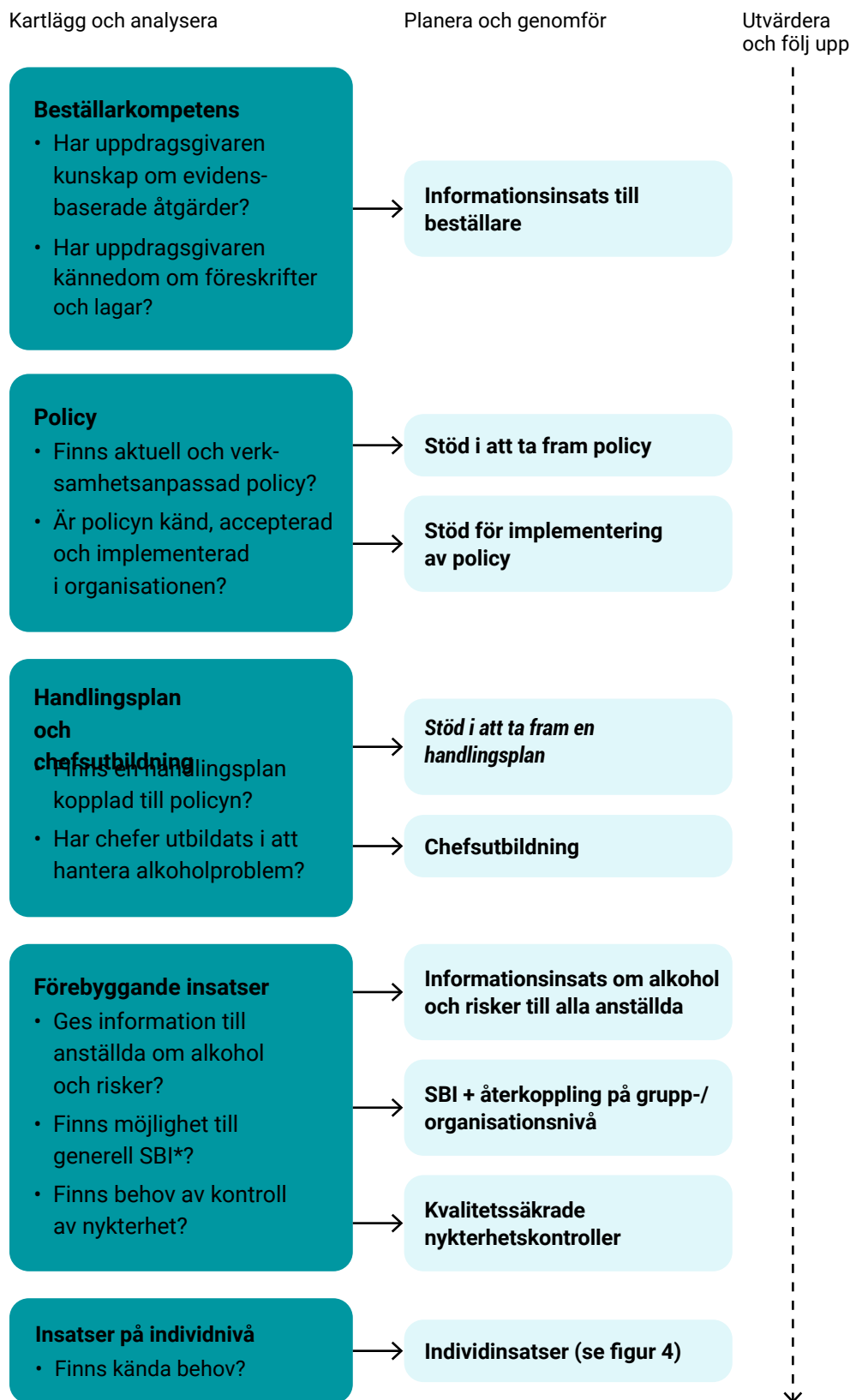


Få studier har undersökt effekten av att arbetsplatsen har en alkoholpolicy. I en studie som omfattade 10 000 anställda sökte forskarna svar på vad som kan leda till mer återhållsamma alkoholvanor. Det framkom bland annat att en policy ska vara skriftlig och tydlig (lättbegriplig) samt ange vilka regler som gäller på arbetsplatsen och vad som händer om reglerna inte följs. Det måste även råda samförstånd mellan arbetstagare och arbetsgivare om innehållet. Policyn bör innehålla en handlingsplan med rutiner för hur risker och uppkomna situationer hanteras i samband med skadligt bruk eller beroende (se ett exempel på en policy i bilaga 1).



Det är viktigt att alla på arbetsplatsen känner till alkoholpolicyn och dess innehåll samt att den är lättillgänglig för både chefer och medarbetare.

Flödesschema – frågeställningar och åtgärder på organisatorisk nivå



Figur 3. Flödesschemat visar vad som bör övervägas på organisatorisk nivå för att arbetsplatsen ska ha en god beredskap att kunna förebygga och hantera alkoholproblem. *SBI = screening och kort rådgivning, se sida 24.

Enstaka studier och översikter har undersökt och diskuterat riskfaktorer för alkoholproblem på arbetsplatsen såsom normer, social kontroll och acceptans vad gäller alkohol samt om det är möjligt att de möter att förtära alkohol på arbetstid, exempelvis i lunchmatsalen eller för vissa yrkesgrupper. Arbetsmiljöfaktorer såsom upplevd arbetstillfredsställelse, traumaexponering, psykosocial stress och möjlighet att påverka arbetssituationen har också undersökts i det sammanhanget, liksom att arbeta inom vissa yrken. Orsakssambanden är dock inte entydiga och några bestämda slutsatser är svåra att dra. Rekommendationen är därför att överväga om det finns specifika riskfaktorer i den egna arbetsmiljön som bör beaktas när en alkoholpolicy ska skapas eller revideras. En systematisk översiktsartikel framhåller att en av framgångsfaktorerna vad gäller implementering av en policy är att preventionsprogram och insatser anpassas till arbetsplatsens förutsättningar.

Att införa och följa en policy kan ge ett positivt bidrag till arbetsplatsens praxis och kultur. Policyn kan exempelvis handla om att alla medarbetare ska vara nyktra under arbetstid, och att ställa krav på-, och ge befogenhet till-, chefer med ett delegerat arbetsledaransvar att agera vid misstanke om alkoholpåverkan. För att chefer ska kunna och våga agera vid misstanke om alkoholproblem behövs utbildning och träning. Aktuella rutiner och information om vart chefen kan vända sig för att få hjälp och stöd bör sammanställas i en handlingsplan.

Policyn bör även ta upp stödåtgärder, såsom att den med alkoholproblem ska erbjudas arbetsanpassningar och gärna även rehabilitering. Arbetsplatsen ska, enligt arbetsmiljöföreskrifterna om arbetsanpassning (AFS 2020:5), ha rutiner för arbetsanpassning och för att fånga upp vilka som har behov därav, vilket gäller vid alkoholproblem liksom vid andra hälsoproblem som påverkas av, eller påverkar, arbetet.

Viktigt att tänka på vid upprättande av en alkoholpolicy

- En tydlig och skriftlig alkoholpolicy anger vilka regler som gäller angående alkohol på arbetsplatsen (konsumtion, påverkan, dagen eftereffekt med mera) och vilka konsekvenserna blir om reglerna inte följs. Policyn ska också ge information om vilket stöd den anställde kan få.
- Språket i policyn ska vara tydligt och begripligt så att alla förstår vilka regler som gäller utan risk för missförstånd eller tveksamheter.
- Policyn bör ange vilka förebyggande insatser som ska förhindra att medarbetare kommer bakfulla eller påverkade till arbetet eller konsumerar alkohol på arbetstid.
- Det ska råda samförstånd på arbetsplatsen om alkoholpolicyns regler och krav.

Fritt översatt från delar av Ames et al., 2000.

Att låta alkoholpolicyen vara en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet, enligt arbetsmiljöföreskrifterna Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1), ger en tydlig inriktning och tryggar att policyen hålls aktuell och uppdaterad. I den aktuella föreskriften står följande:

5 §: ”Det skall finnas en arbetsmiljöpolicy som beskriver hur arbetsförhållandena i arbetsgivarens verksamhet skall vara för att ohälsa och olycksfall i arbetet skall förebyggas och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås. Det skall finnas rutiner som beskriver hur det systematiska arbetsmiljöarbetet skall gå till.”

11 §: ”Arbetsgivaren skall varje år göra en uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Om det inte fungerat bra skall det förbättras.”

Föreskrifter som kan vara till hjälp för att ta fram policy och handlingsplan

AFS 2020:5 Arbetsanpassning: Föreskriften om arbetsanpassning har två syften, att förebygga ohälsa genom åtgärder i arbetsmiljön och att underlätta arbetsåtergång efter sjukdom.

AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete: Att kontinuerligt utvärdera och omvärdera sin policy rekommenderas i flera studier. Det finns även stöd för detta i AFS 2001:1 11§ som framhåller att arbetsgivaren varje år ska göra en uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Ett motiv till att återkommande omvärdera policyen är att uppdatera och anpassa den till arbetsplatsens aktuella förutsättningar.

I syfte att främja och förbättra medarbetares hälsa är rekommendationen att alkoholpolicyen kombineras med olika insatser, såsom information om riskerna med alkohol och erbjudande om screening och kort rådgivning (se kapitlet om att förebygga och åtgärda alkoholproblem på individnivå, sida 21).

Alkolås – förhindra rattonykterhet och kvalitetssäkra transporter

Alkolås är en teknisk anordning som är kopplad till fordonets tändningssystem. Innan fordonet startas måste föraren blåsa i ett munstycke och promillehalten av alkohol i blodet kontrolleras. Om mängden alkohol motsvarar eller överstiger den lagliga gränsen på 0,20 promille i blodet går inte motorn att starta. Alkolås används i dag som en alternativ påföljd vid rattfylleri och för att kvalitetssäkra transporter genom att förhindra framförande av fordon med otillåten mängd alkohol i blodet. Alkolås har använts i Sverige sedan tidigt 2000-tal. I slutet av 2003 uppskattades cirka 1 000 alkolås användas i näringslivet och bland offentliga organisationer; tre år senare var antalet cirka 25 000 och under 2011 cirka 75 000.

I en översiktsstudie från Cochrane Collaboration framkom att alkolås minskar risken för att köra alkoholpåverkad för personer som dömts för rattfylleri, men att evidensen är bristfällig gällande kvarstående effekt efter att alkolåset tagits bort. Vad gäller vetenskapliga utvärderingar av att använda alkolås i syfte att kvalitetssäkra transporter har endast en studie hittats. Studien genomfördes i Sverige och utvärderade användarnas utfall och erfarenheter av att använda alkolås i kommersiella fordon (buss, lastbil och taxi). Blåsningar över 0,20 promille visade sig vara vanligast under dagtid på lördagar och på söndagmornar. En slutsats var att om alla lastbilar, bussar och taxibilar i Sverige hade alkolås skulle motsvarande en halv miljon rattfylleriresor förhindras varje år. Alkolåstekniken kan även användas i andra anordningar såsom alkolåsbommar och alkoskåp.

Mer information om alkolås finns på Transportstyrelsens, Trafikverkets och Motormännens helnykterhetsförbunds (MHF) webbplatser.

På Trafikverkets och MHF:s webbplatser finns information om vilken utrustning som håller hög kvalitet och är lämplig att använda.

Kvalitetssäkrade nykterhetskontroller

Många arbetsplatser genomför nykterhetskontroller med hjälp av utandningstester eller biologiska markörer. Mer information om testning av nykterhet finns i avsnittet om biologiska markörer (se sida 28).

Branschorganisationen Sveriges Företagshälsor har tagit fram en särskild guide för kvalitetssäkrad alkohol- och drogkontroll i arbetslivet som utförligt beskriver hur detta ska utföras. Guiden finns att ladda ner på Sveriges Företagshälsors webbplats.

Förebygga och hantera alkoholproblem på individnivå

Vid kartläggning, behandling och uppföljning av alkoholproblem är det viktigt att använda kvalitetssäkrade och standardiserade formulär och biologiska markörer samt att de väljs efter vilka frågeställningar som ska besvaras. Det finns vetenskapligt stöd för att kortare behandlingsprogram mot alkoholproblem har motsvarande effekt som mer omfattande behandlingsinsatser när det gäller socialt etablerade personer. Flera av insatserna kan med fördel genomföras av företagshälsans personal.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att tidiga insatser mot alkoholproblem har en positiv hälsoeffekt för både den enskilde och samhället. Som redan nämnts finns det specifika motiv för tidiga insatser i arbetslivet, till exempel att alkoholproblem leder till ökad risk för olyckor och arbetsrelaterade skador, ökad frånvaro och en negativ effekt på arbetsmiljön i stort. Studier har visat att alla dessa negativa konsekvenser kan leda till ökade kostnader för både arbetsgivaren och den enskilde.

Forskningsöversikter har visat att kortare behandlingsprogram har motsvarande effekt som mer omfattande behandlingsinsatser när det gäller personer som är socialt etablerade och har ett arbete. Flera av dessa tidsavgränsade insatser kan genomföras av hälso- och sjukvårdspersonal utan specialistkompetens i beroendevård, till exempel inom företagshälsan. Tidsmässigt mer omfattande evidensbaserad behandling, såsom tolvstegsbehandling, genomförs ofta av andra aktörer i nära samverkan med arbetsgivaren och företagshälsan.

Som nämndes inledningsvis saknas stöd för att utifrån en persons grad av alkoholproblem avgöra vilken behandling som passar bäst. Detta innebär att det inte i förväg går att matcha en person till den ”lämpligaste” behandlingen. Enligt forskare kan detta dilemma lösas genom att först prova om det räcker med en begränsad insats och därefter öka den om det visar sig att det behövs. Lite längre fram beskrivs en modell som sammanfogar olika interventionssteg enligt en så kallad ”stepped care”-modell (se sida 40, En modell – best practice). Modellen är väl implementerad inom företagshälsan och kan erbjudas över hela landet.

Det är viktigt att framhålla att varje individs alkoholproblem är unikt och kräver en egen lösning. Flödesschemat på sida 23 visar en schematisk bild över en tänkt rehabiliteringsprocess. Var i processen insatsen startar beror på vad som föregått att företagshälsan kommit i kontakt med medarbetaren (illustreras i flödesschemat med de två streckade pilarna överst till vänster). Ibland startas processen av att en chef kontaktar företagshälsan på grund av

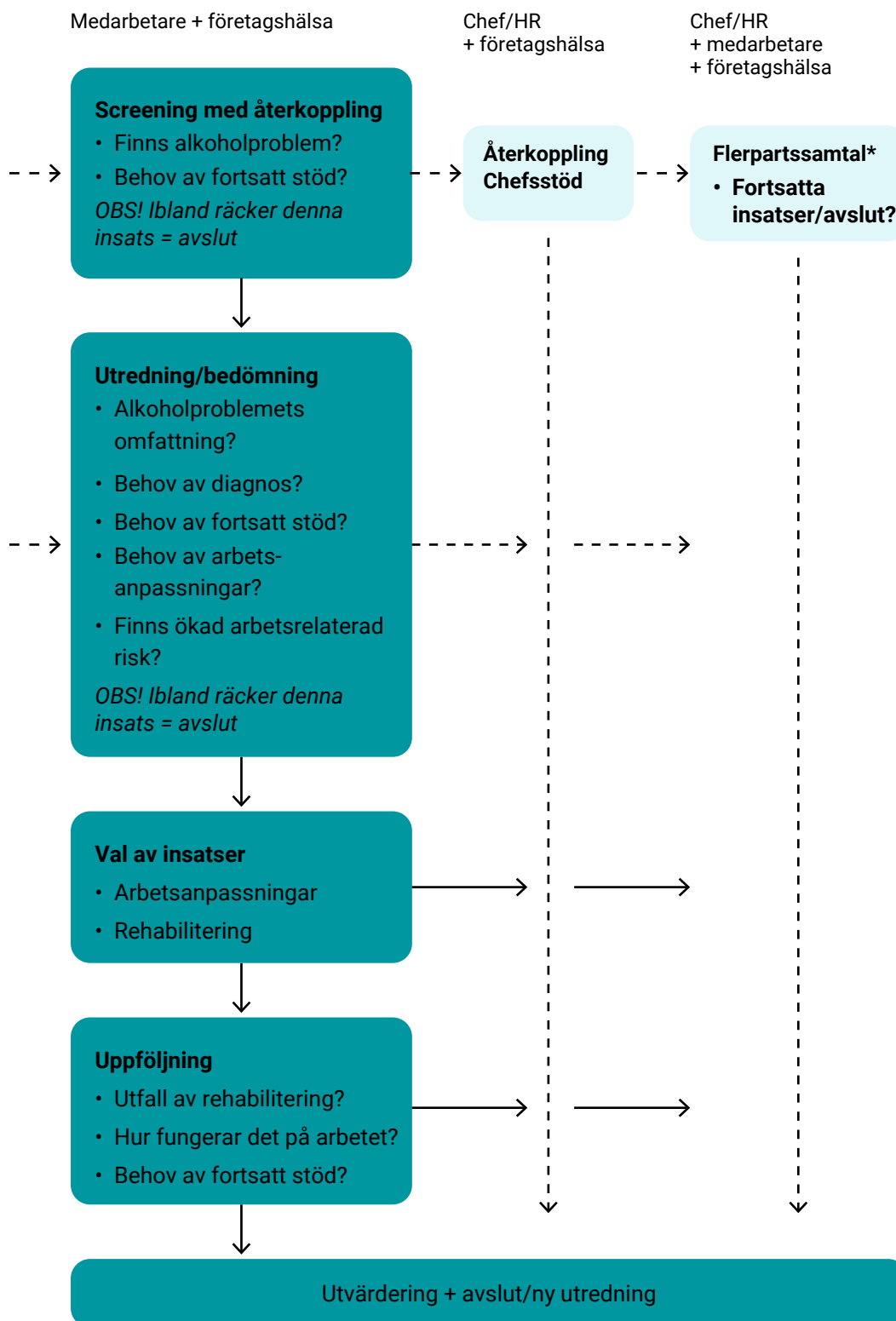
misstanke om att en medarbetare har alkoholproblem, och andra gånger är det en hälsoundersökning, reabutredning eller medicinsk konsultation som föranleder att alkoholvanorna undersöks eller så söker medarbetaren kontakt med företagshälsan på eget initiativ på grund av egna (eller andras) funderingar över alkoholkonsumtionen.

Det är inte ovanligt att screening och kort rådgivning sker inom ramen för en hälsoundersökning och att endast medarbetaren tar del av resultatet, utan att någon återkoppling sker till arbetsgivaren. Om medarbetaren visar sig ha en riskfylld konsumtion och önskar fortsatt stöd via företagshälsan kan arbetsgivaren behöva involveras för att detta ska möjliggöras. Om medarbetaren inte vill att arbetsgivaren ska involveras kan hänvisning till annan vårdgivare eller annat stöd (internetbehandling, telefonrådgivning, självhjälpsprogram med mera) ges.

Flödet ser annorlunda ut när en extern vårdgivare blir aktuell eller när företagshälsan endast är delvis involverad (till exempel med provtagning, arbetslivsinriktad rehabilitering eller chefsstöd). Processen påverkas också av medarbetarens specifika behov och preferenser, arbetsgivarens önskemål och resurser samt den aktuella företagshälsans kompetens och möjligheter att erbjuda stöd.

Något som inte syns i flödesschemat är när alkoholproblemet leder till att medarbetaren inte kan fullgöra sina plikter, trots att omfattande rehabiliteringsinsatser satts in. I dessa fall kan det behövas stöd av till exempel juridisk expertis och/eller facklig representant för att hantera och lösa situationen, se avsnittet Om arbetsrätt och rehabilitering, sida 46.

Flödesschema – individnivå



Figur 4. Flödesschemat visar hur företagshälsan rekommenderas att arbeta med ett alkoholärende i samförstånd med den enskilde och dennes arbetsgivare.

*Läs mer om flerpartssamtal på sida 42.

Att tänka på

Alkoholproblem upplevs ofta som stigmatiserande av både den enskilde och omgivningen, vilket kan utgöra ett hinder för att personen söker hjälp. Nämnas bör att de flesta som har ett alkoholberoende har ett lindrigt till måttligt beroende med en god prognos. Alkoholproblem är oftast helt eller delvis reversibla och många personer klarar dessutom av att förändra sina alkoholvanor helt på egen hand.

Screening och kort rådgivning

En effektiv och enkel modell för att uppmärksamma och åtgärda riskabla alkoholvanor är att fokusera på riskkonsumtion av alkohol i samband med hälsosökningar på företagshälsan (se mer om detta i riktlinjerna om hälsoundersökningar). Screening och kort rådgivning (Screening and Brief Intervention - SBI) är, enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, en effektiv metod. Endast ett kort motivationssamtal (cirka 10 minuter) kan ge effekt.

För att uppmärksamma om riskkonsumtion föreligger rekommenderas användning av frågeformuläret AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), antingen ensamt eller i kombination med biologiska markörer (blodprov) såsom kolhydratfattigt transferrin (CDT) och/eller fosfatidyletanol (PEth). Båda markörerna kan identifiera regelbunden hög alkoholkonsumtion under de senaste veckorna (mer om biologiska markörer, se sida 28).

En central forskningsfråga har varit om tidsmässigt mer omfattande rådgivning (längre och fler samtal) är mer effektivt än enstaka korta samtal för att minska riskkonsumtion. Kunskapsläget från flera översiktsartiklar visar att enstaka och tidsmässigt korta rådgivningstillfällen är lika effektivt.

Rådgivande samtal

Det rådgivande samtalet ska ha fokus på att motivera till förändring och kan med fördel utgå från FRAMES-modellen (se nästa sida) samt tekniker och förhållningssätt i motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI, se sida 32). Screening och kort rådgivning kan, som tidigare nämnts, gärna genomföras i samband med hälsoundersökningar (se riktlinjerna om hälsoundersökningar) men lämpar sig även för användning i andra sammanhang, till exempel vid medicinska och psykosociala konsultationer, som en del i en rehabiliteringsutredning eller som ett första steg i en bedömning (utredning) av alkoholproblemets omfattning (se avsnittet En modell – best practice, sida 40). En del personer behöver inte mer stöd än ett rådgivande samtal utan klarar sedan av att förändra sina alkoholvanor på egen hand, medan andra behöver ytterligare insatser, som fler rådgivningssessioner med verktyg och övningsuppgifter kring förändringsfrämjande strategier, för att lyckas.

FRAMES-modellen vid rådgivande samtal

FEEDBACK: Ge personlig återkoppling på risknivå utifrån screeningsresultatet.

RESPONSIBILITY: Betona att personen själv ansvarar för beslut om, och i så fall hur, förändring ska ske.

ADVICE: Erbjud råd och information för ökad självreflektion i syfte att lyckas med avsedd förändring.

MENU: Erbjud ett smörgåsbord av alternativa strategier för att lyckas med avsedd förändring.

EMPATHY: Försök att genomgående ha ett empatiskt, förstående och reflekterande förhållningssätt.

SELF-EFFICACY: Uppmuntra och stärk personens tilltro till den egna förmågan att genomföra förändringen.

Fritt översatt från Bien et al. (1993).

Planering av rehabilitering

Efter screening och kort rådgivning eller i samband med utredning och bedömning kan det bli aktuellt att planera rehabilitering. Erfarenheten visar att det är viktigt med en tydlig planering och samordning vid all rehabilitering, men det saknas vetenskapligt studerade metoder som är utformade specifikt för att användas vid alkoholproblem. I praktiken används ofta begreppet flerpartssamtal, ett möte mellan den anställde (ibland även facklig representant), arbetsgivaren (oftast närmaste chef eller någon från personalavdelningen) och den från företagshälsan som är involverad i ärendet. Läs mer om flerpartssamtal på sida 42.

Utredning och bedömning

Att använda formulär för att kartlägga alkoholproblem är viktigt för både behandlaren och den enskilde när det gäller att bedöma och öka medvetenheten om problembilden. Fördelen med formulär som bedömningsinstrument är både att adekvat information dokumenteras och att informationen går snabbt och enkelt att samla in. Det är viktigt att formulären som används är kvalitetssäkrade och standardiserade (se sammanställning, bilaga 2). Valet av formulär styrs av vilken frågeställning som är tänkt att besvaras, till exempel att:

- klarlägga förekomst av riskkonsumtion, skadligt bruk eller beroende
- fastställa diagnos för skadligt bruk eller beroende
- kartlägga konsumtionsmönster och bedöma konsekvenser av drickandet.

Förekommer riskkonsumtion och finns risk för skadligt bruk eller beroende?

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) är ett frågeformulär som är framtaget av WHO och som har testats och kvalitetssäkrats för svenska förhållanden av forskare vid Karolinska Institutet. AUDIT är inte något diagnosinstrument utan ett screeningtest som syftar till att identifiera om riskabla alkoholvanor förekommer. Formuläret tar mindre än fyra minuter att fylla i, är kostnadsfritt att använda, och det finns en manual för poängberäkning. AUDIT består av tio frågor och varje fråga kan ge 0–4 poäng (maximalt 40 poäng på hela testet). Frågorna delas in i tre delskalor: alkoholkonsumtion (fråga 1–3), beroendesymtom (fråga 4–6) och skadlig konsumtion (fråga 7–10).

Tolkning: Ett värde på, eller över, gränsvärdet 8 poäng (≥ 8) för män och 6 poäng (≥ 6) för kvinnor (alternativt samma gränsvärde som för män) tyder på riskkonsumtion av alkohol. Det finns då risk för skadlig konsumtion eller beroende. Högre poäng än 15 (> 15) för män och 13 (> 13) för kvinnor indikerar problematiska alkoholvanor och det finns grund för att utreda/bedöma om en alkoholrelaterad diagnos för skadligt bruk eller beroende föreligger.

AUDIT-manualen

Se Socialstyrelsen webbplats

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/audit-alcohol-use-disorders-identification-test/>

E-utbildning om AUDIT

Finns på Riddargatan 1:s webbplats

<https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/audit-utbildning/>

Hur ser konsumtionsmönstret (vanorna) ut över tid?

TLFB (Timeline Follow Back) möjliggör en systematisk kartläggning av konsumtionen upp till 90 dagar bakåt i tiden och har använts både kliniskt och vid vetenskapliga utvärderingar. En utmaning med metoden är att minnas vad och hur mycket som druckits tillbaka i tiden. Att minnas kan underlättas genom att personen tar hjälp av så kallade ”minnesankare”, till exempel en almanacka som stöd för att komma ihåg aktiviteter och sammanhang där alkohol intagits. TLFB kan användas både som intervju och som enkät. Personen fyller i alkoholintaget som antalet standardglas (1 standardglas = 12 gram ren alkohol) en dag i taget bakåt i tiden. Återkoppling ges utifrån summerad veckokonsumtion, genomsnittlig konsumtion de dagar personen dricker och antalet högkonsumtionsdagar. Samma förfarande kan användas för att löpande kartlägga konsumtionen framåt i tiden (så kallad alkoholkalender).

Finns ett psykosocialt hjälpbehov inom andra områden?

ASI (Addiction Severity Index) är ett omfattande instrument och mer lämpat vid bedömning av personer med alkoholproblem som även har omfattande sociala problem. Instrumentet fokuserar, förutom på frågor om alkoholvanor, även på narkotikaanvändning, fysisk hälsa, kriminalitet, uppväxt, relationer, boende, utbildning, försörjning, sysselsättning och fritid. För att använda instrumentet krävs särskild utbildning.

Är det aktuellt med diagnos för skadligt bruk eller beroende?

Hälso- och sjukvården använder två diagnostiska system och det är alltid en läkare som ställer en diagnos.

ICD-10 (International Classification of Diseases) kommer från WHO och används av hela hälso- och sjukvården.

- Diagnosen skadligt bruk är en diagnosterm som anger att konsumtionen har lett till ohälsa och sociala problem.
- Diagnosen alkoholberoende kräver att 3 av 6 kriterier ska vara uppfyllda under de senaste 12 månaderna. Beroendet kan graderas i svårighetsgrad till måttlig = 3–4 av 6, eller uttalad = 5–6 av 6).

Kriterier för alkoholberoende enligt ICD-10 är:

- en stark längtan efter alkohol
- svårigheter att kontrollera alkoholintaget
- fortsatt användning av alkohol trots skadliga effekter
- prioritering av alkoholanvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser
- ökad tolerans
- fysiska abstinenssymtom.

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual, version fem) är utformad för psykiatriska diagnoser. DSM-5 är mer detaljerad än ICD-10. I den senaste upplagan av DSM har de tidigare diagnoserna missbruk respektive beroende förts samman till substansbrukssyndrom (alkoholbrukssyndrom). Denna diagnos är definierad som ett kontinuum med totalt 11 kriterier (under den senaste tolv månadersperioden). Svårighetsgraden spänner från mild till svår där mild fordrar att 2–3 kriterier uppfylls, medan 4–5 klassas som måttlig, och fler än 5 som svår.

Vilken svårighetsgrad har alkoholberoendet?

ADDIS (Alkohol- och drogdiagnosinstrumentet) är en strukturerad och omfattande intervju med 75 frågor varav 50 specifikt handlar om skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol. Instrumentet ger underlag för att ställa diagnos och bygger på de ovan nämnda diagnosklassificeringarna. För att använda instrumentet krävs utbildning och licens.

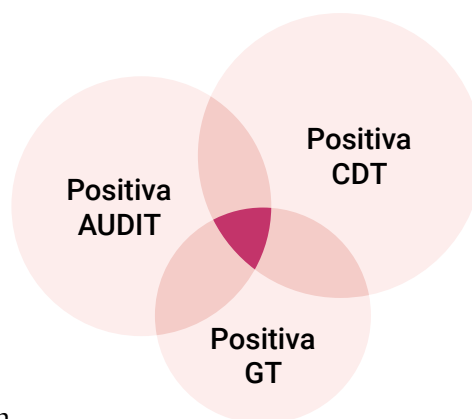
SADD (Short Alcohol Dependency Data) är ett formulär som ger stöd för att bedöma alkoholberoendets svårighetsgrad (lindrig, måttlig eller hög). Instrumentet har utvecklats från det mer omfattande formuläret ADD (Alcohol Dependency Data) som har 39 frågor medan SADD endast har 15. Formuläret har tre delskalor: subjektiva beteendenaspekter (fråga 1–9), abstinenssymtom (fråga 10–14) och minnesluckor (fråga 15). Varje fråga kan maximalt ge 3 poäng (totalt 45 poäng) och 10–19 poäng indikerar måttlig grad av beroende och 20 poäng eller mer hög grad av beroende. I tidigare internationella studier har instrumentet visat sig ha god validitet och reliabilitet. Den svenska versionen av SADD är dock inte utvärderad.

Finns samsjuklighet?

MINI (Mini international neuropsychiatric interview) kan användas för att bedöma om andra psykiatriska problem föreligger parallellt med alkoholproblemen (samsjuklighet). MINI-intervjun omfattar alkoholdiagnostiska kriterier men tar även upp de vanligaste psykiatriska tillstånden. För att använda instrumentet krävs en särskild utbildning. Resultatet av MINI ska bedömas av en läkare eller psykolog innan det används som beslutsunderlag. För en tränad behandlare är instrumentet lätt att använda och tar 15–20 minuter att genomföra.

Biologiska markörer

Olika biokemiska alkoholtester, eller så kallade biologiska markörer, kan besvara olika frågor. Exempel på sådana frågor kan vara: finns det ett pågående eller nyligen avslutat alkoholintag, har det förekommit alkoholintag under det senaste dygnet/de senaste dyggen, finns det indikation på möjlig riskkonsumtion under de senaste veckorna, eller finns det indikation på långvarig och hög alkoholkonsumtion? Vid valet av alkoholmarkör är det viktigt att vara medveten om vilken eller vilka frågor som ska besvaras så att man väljer rätt markör. Det finns studier som visat, beroende på studiepopulation, att olika alkoholmarkörer har låg överlappning och att de därför med fördel kan komplettera varandra. Forskning har även visat att alkoholmarkörer bör kombineras med frågeformulär. Ett exempel (se figur 5) är en studie bland 1 000 anställda där alkoholscreening utfördes i samband med hälsoundersökningar. Studien visade att alkoholmarkören CDT och frågeformuläret AUDIT till största delen identifierade skilda riskgrupper.



Figur 5. Figuren visar att olika instrument (frågeformuläret AUDIT, alkoholmarkören CDT och leverskademarkören GT) för att identifiera alkoholproblem kan komplettera varandra. Från Hermansson, U. (2004).

Alkoholpåverkan – pågående eller nyligen avslutat alkoholintag?

Målet är att undersöka om personen har konsumerat alkohol under de senaste timmarna och är påverkad av alkohol. Analys av alkohol (etanol) i blodet utförs i utandningsluft (omräkning till blodalkoholkoncentration) eller blodprov. Den vanligaste metoden för att identifiera ett pågående eller nyligen avslutat intag (påverkan) är att ta ett utandningsprov. Mätinstrumentet, som ofta benämns alkometer, räknar om utandningsresultatet till uppskattad promillehalt av etanol i blodet. Mätvärdet redovisas vanligen på en display. Kvalitetssäkring vid användning av en alkometer är av betydelse, eftersom ett felaktigt mätvärde kan få långtgående negativa konsekvenser både för den enskilde och för arbetsgivaren, till exempel vid en nykterhetskontroll på arbetsplatsen. Rekommendationen är att använda en alkometer som baseras på bränslecells- eller IR-teknik som är mycket specifika för identifikation av etanol. Om ett positivt utandningstest kan få arbetsrättsliga konsekvenser för provlämnaren, bör det bekräftas med ett blodprov (blodalkoholkoncentration). Det är då viktigt att provtagningen inte dröjer, på grund av etanolens snabba elimination från blodet (cirka 0,15–0,20 promille/timme).

Finns indikation på pågående eller tillfällig riskkonsumtion – senaste veckorna eller månaden?

Det finns två alkoholmarkörer, fosfatidyletanol (PEth) och kolhydratfattigt transferrin (CDT) som används för att påvisa hög alkoholkonsumtion. Båda mäts i blodprov, PEth i helblod och CDT i serum, och har god specificitet.

Mätvärdet för PEth beror huvudsakligen på alkoholdosen (hur mycket och hur ofta) men med individuell variation. PEth-bildningen kräver närvaro av etanol, och förekomst av PEth är därmed en mycket alkoholspecifik indikator. PEth är känsligare än CDT och, till skillnad från CDT, kan även ett enstaka större alkoholintag (exempelvis högt helgintag) ge ett positivt utfall. Vid alkoholfrihet sjunker PEth-värdet med en halveringstid på i genomsnitt 6 dygn, men även där är det stor individuell variation. En nackdel är att PEth-resultatet kan bli falskt högt om blodprovet innehåller etanol (provlämnaren har nyligen druckit alkohol) och det inte hanteras enligt föreskrifterna. Blodprov för PEth-mätning bör därför endast tas när personen är nykter, vilket vid misstanke kan kontrolleras genom ett utandningsprov. Kliniska studier har visat att det krävs en regelbunden alkoholkonsumtion i storleksordningen minst ett par standardglas om dagen i genomsnitt för att få ett PEth-värde över gränsvärdet 0,30 $\mu\text{mol/L}$.

CDT är en förändring i transferrinets glykosyleringsmönster vilket är en relativt alkoholspecifik effekt. Det finns alltid lite CDT i blodet men för att få ett förhöjt

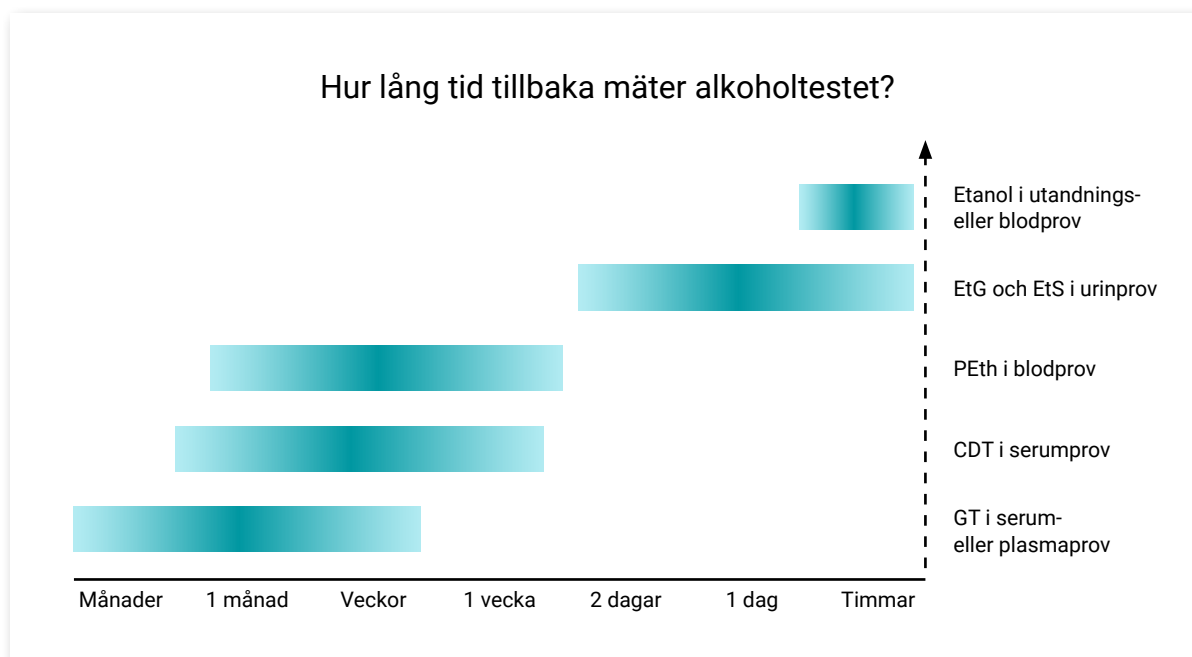


För frågor om rutiner för provtagning, hantering och transport av prover samt tolkning av testresultat, hänvisas till laboratoriet dit proverna skickas för analys.

mätvärde krävs en regelbunden hög alkoholkonsumtion, vanligen motsvarande nästan en flaska vin eller 3–4 starköl per dag (50–80 gram etanol) i genomsnitt under minst 1–2 veckors tid. Vid alkoholfrihet sjunker CDT-värdet med en halveringstid på ungefär 10 dygn varför det kan ta flera veckor upp till längre tid än en månad innan ett högt CDT-värde återgår till normal nivå. Olika individer reagerar dock med olika CDT-nivåer trots ett lika stort alkoholintag. Det finns få andra orsaker till ett förhöjt CDT-värde än högt alkoholintag. En måttlig CDT-stegring inom referensintervallet ses mot slutet av graviditeten. Sällsynta ämnesomsättningssjukdomar (CDG) kan ge ett konstant kraftigt förhöjt CDT-värde men dessa upptäcks vanligen redan tidigt i barndomen.

Långvarigt hög alkoholkonsumtion?

Långvarig och regelbunden hög alkoholkonsumtion belastar kroppens organ, inte minst levern. De tidigare mest använda alkoholmarkörerna, såväl kliniskt som i samband med vetenskapliga studier, är de som mäter cellskador i levern (leverenzymmer). Dessa markörer, gammaglutamyltransferas (GT), alaninaminotransferas (ALAT) och aspartataminotransferas (ASAT), är väl studerade och kliniskt beprövade. En viktig nackdel är att ett förhöjt mätvärde kan ha flera andra orsaker än hög alkoholkonsumtion. Leverenzymmer är alltså inte alkoholspecifika markörer såsom CDT och PEth. Dessutom är de mindre känsliga för att tidigt påvisa hög alkoholkonsumtion. Framför allt GT kan dock ingå som del i en alkoholutredning för kontroll av leverpåverkan. Ett förhöjt GT-värde bör följas upp genom monitorering.



Figur 6. Ungefärliga tidsfönster för de olika markörerna. Fritt från Helander (2020).

Översikt olika indikatorer

Påverkan (pågående/nyligen avslutat intag): Utandnings- eller blodprov som visar blodalkoholkoncentrationen

Aktuell konsumtion (senaste dygnet/dygnet): Urinprov för EtG/EtS

Riskkonsumtion (senaste veckorna till månaden): Blodprov för CDT och/eller PEth

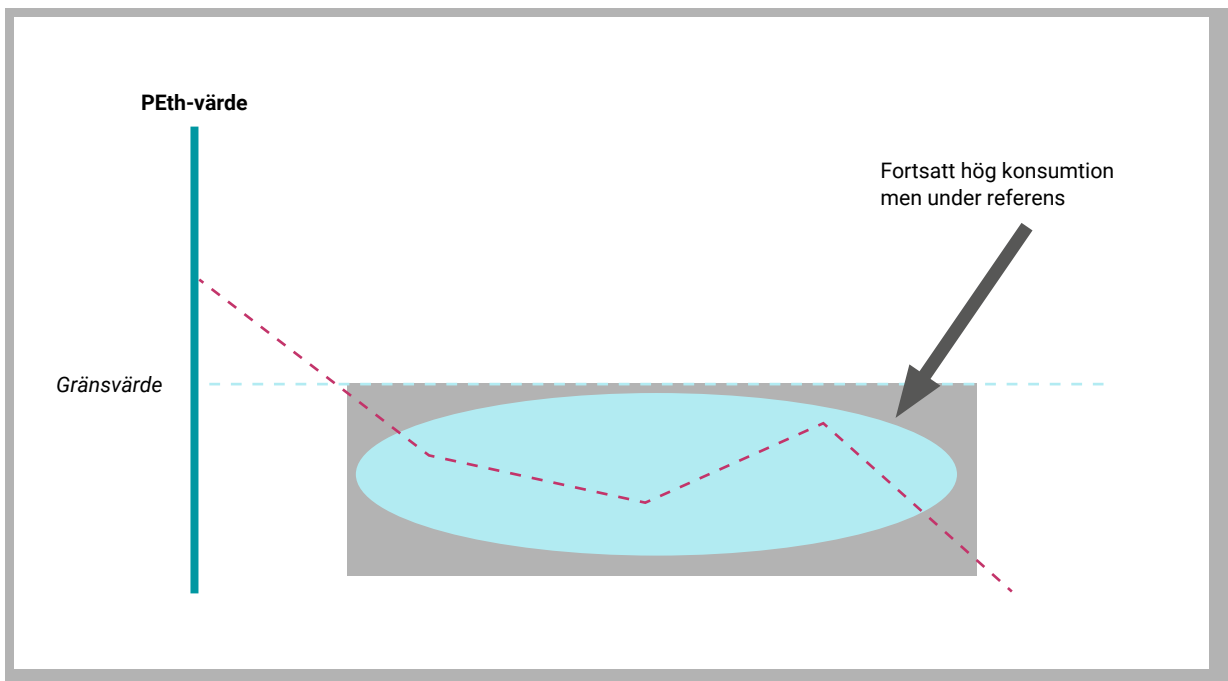
Långvarigt hög alkoholkonsumtion (månader/år): Blodprov för GT (leverskada)

Följa konsumtionsförändring: Återkommande blodprov för CDT och/eller PEth

Monitorering

Genom att upprepa mätning av PEth och/eller CDT med 2–3 veckors intervall kan förändringar i alkoholkonsumtionen följas över tid (monitorering).

Förändringar går att avläsa oavsett om nivån ligger inom eller utom referensintervallet eftersom det är jämförelsen med individens egna mätvärden vid tidigare tidpunkter som är av intresse.



Figur 7. Bilden illustrerar konsumtionsförändringar via analyser av PEth (blodprover). Flera av PEth-värdena (inom den blå ovalen) är under gränsvärdet men visar både ökad och minskad konsumtion (!). Vid upprepad provtagning (monitorering) kan således personens egna föregående provresultat fungera som referensvärden. Betänk att vid exempelvis vägning på en badrumsvåg jämförs inte personens vikt med andras genomsnittliga vikt utan med personens egna tidigare mätningar.

Att tänka på

En del individer klarar av att hantera sina alkoholproblem på egen hand efter en utredning/bedömning med adekvat återkoppling av resultat från frågeformulär och laboratorieprover, medan andra behöver fortsatt stöd med psykosocial behandling och/eller läkemedelsbehandling.

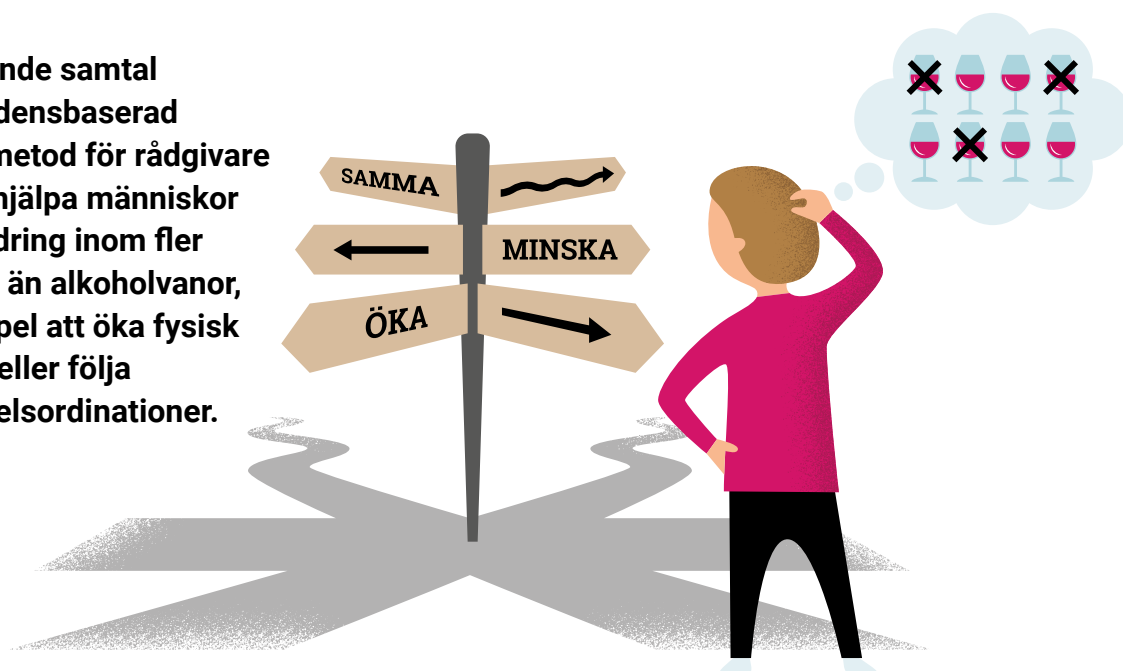
Psykosocial behandling

Psykosocial eller psykologisk behandling kan genomföras enskilt eller, i vissa fall, i grupp. Syftet är att individen ska få metoder och redskap för att förändra sina alkoholvanor (minska eller helt avstå). För att kunna utöva flera av de specifika evidensbaserade psykosociala behandlingsmetoderna som beskrivs nedan framhåller Socialstyrelsen i sina riktlinjer att behandlaren behöver ha relevant grundutbildning och ha god kunskap om beroende samt utbildning i den specifika metoden.

Motivational Interviewing, MI

MI (på svenska Motiverande samtal), är en samarbets- och målinriktad samtalsmetod som syftar till att stärka klientens motivation och vilja till förändring. Individen får hjälp att verbalisera sina personliga motiv för att förändra sina alkoholvanor och att stärka sin tilltro till att lyckas. Uttalanden från klienten som indikerar en positiv inställning till förändring har samband med att en förändring kommer till stånd. Det finns gott om vetenskapligt stöd för att MI är effektivt när det gäller personer med riskkonsumtion. Det finns även stöd för att metoden har effekt mot alkoholberoende men underlaget

Motiverande samtal är en evidensbaserad samtalsmetod för rådgivare som vill hjälpa människor till förändring inom fler områden än alkoholvanor, till exempel att öka fysisk aktivitet eller följa läkemedelsordinationer.



är mindre för denna grupp. Det finns flera anordnare av MI-utbildning, och MINT-Nordic (organisation som arbetar för att kvalitetssäkra och utveckla MI) har utfärdat rekommendationer för detta. Enligt dessa bör MI-utbildning bestå av teori, fortlöpande handledning och återkoppling på inspelade samtal.

Kvalitetssäkra MI-rådgivning

Vare sig formell utbildning eller längre yrkeserfarenhet har visat sig ha samband med skicklighet i MI. Däremot har regelbunden övning visat sig resultera i förbättrade färdigheter. En utbildning på två eller tre dagar ger god teoretisk kunskap men begynnande färdigheter tycks försvinna efter några månader. För att vidmakthålla och utveckla MI-kompetens krävs återkommande träning, helst med handledning som grundar sig på observationer av den egna praktiken, exempelvis genom inspelade samtal. I svensk reguljär rådgivning vid alkoholproblem har handledning en gång var tredje månad lett till att samtalen i högre grad utförs i enlighet med förhållningssätt och tekniker i MI. Sedan många år har rådgivares MI-kompetens kvalitetssäkrats genom bedömning och återkoppling på inspelade samtal. Rådgivaren spelar in ett samtal med en klient och skickar en ljudfil för kodning på ett MI-laboratorium, och får sedan återkoppling, antingen via protokoll eller i samtal med den som kodat samtalet. Kodningen genomförs av särskilt tränade kodare som med hjälp av standardiserade manualer bedömer förhållningssätt och samtalets överensstämmelse med principerna för MI. Via Karolinska Institutet, MIQA-gruppen, finns möjlighet till både kodning och handledning som syftar till att kvalitetssäkra MI-metodiken.

MI-kodning och handledning

www.miqagruppen.org

Motivational Enhancement Therapy, MET

MET (Motivational Enhancement Therapy) bygger på MI-metodiken och är en manualbaserad behandling som har god evidens när det gäller att få alkoholberoende personer att minska sin alkoholkonsumtion. Metoden innehåller utvärdering och kartläggning (formulär och biologiska markörer) av beroendets svårighetsgrad, konsumtionsmönster och konsekvenser samt en systematisk återkoppling. Därutöver innehåller MET två till fyra uppföljande samtal baserade på MI-metodik. Vetenskapliga sammanställningar har visat att kortare och mindre intensiva behandlingsprogram, såsom MET, ger lika bra utfall (avseende minskad alkoholkonsumtion) för alkoholberoende individer, som mer omfattande behandlingsprogram, såsom återfallsprevention eller tolvstegsbehandling. MET bedöms vara en kostnadseffektiv metod eftersom den är tidsmässigt avgränsad. Metoden kan kombineras med andra behandlingsinsatser, till exempel läkemedelsbehandling eller andra psykosociala behandlingsmetoder (återfallsprevention eller tolvstegsbehandling). MET är en mindre omfattande behandling och kräver inte att utföraren har särskild psykoterapiutbildning. Det finns flera utbildningsanordnare, bland annat inom regionerna. Utbildningen brukar omfatta cirka tre dagar. Förutom grundutbildning rekommenderas fortlöpande handledning och återkoppling på inspelade samtal.

Kognitiv beteendeterapi, KBT

Behandling med KBT (kognitiv beteendeterapi) kan ske individuellt eller i grupp. Metoden innebär i korthet att man arbetar strukturerat med att öka medvetenheten om riskfaktorer och att utveckla

färdigheter för att hantera dem på ett bättre och mer konstruktivt sätt. Fokus är att ”lära om” genom ökad förståelse och kunskap om sambandet mellan tankar, känslor och beteenden som är relaterade till alkohol för att utveckla nya strategier. Generellt innebär sedvanlig KBT-behandling att behandlaren har grundläggande utbildning i psykoterapi och får handledning, eller är legitimerad psykoterapeut. Vissa metoder med inslag av KBT, exempelvis återfallsprevention, kräver endast relevant grundutbildning och särskild utbildning i metoden.

MET-manualen

Manual för motivationshöjande behandling, MET, kan laddas ned från www.alkoholhjalpen.se/MET

Återfallsprevention, ÅP

En av de vanligaste KBT-baserade metoderna är Återfallsprevention som i flera studier visat sig minska alkoholkonsumtionen. Den har god evidens enligt Socialstyrelsen (2019) och tre svenska modeller för återfallsprevention finns beskrivna i litteratur av Österling (2001), Saxon (2004) och Ortiz och Wirbing (2022). Samtliga modeller bygger på åtta sessioner enligt den manual för återfallsprevention som fanns med i en omfattande behandlingsstudie kallad Projekt MATCH. Metoden bygger på att lära ut färdigheter som personen kan använda för att inte återfalla i problematiskt drickande. Programmet syftar till att öka förmågan att känna igen risksituationer för återfall, att bli mer medveten om de personliga konsekvenserna av problembeteendet (drickandet), att bli bättre på att hantera risksituationer för återfall och att hitta alternativ till problembeteendet (i detta fall drickandet). I behandlingen ingår även hemuppgifter som anknyter till ett aktuellt tema. Innehåll och övningsmaterial för samtliga träffar finns väl beskrivna i de svenska manualerna. Återfallsprevention kan ges enskilt eller i grupp. Metoden används redan i dag vid flera företagshälsor. Det finns flera aktörer som utbildar i återfallsprevention utifrån de två manualer som finns på svenska. Några utbildningar genomförs av akademierna och ger högskolepoäng.

Behavioral selfcontrol training, BSCT

BSCT (Behavioral selfcontrol training) är den vedertagna termen för strukturerade behandlingsmodeller som har målet

Under behandlingen får individen:

- identifiera egna högrisksituationer
- lära sig att hantera sug
- öva på att tacka nej
- uppmärksamma tidiga varningssignaler
- träna problemlösning
- upprätta en nödplan

att uppnå ett kontrollerat drickande. Ett kontrollerat drickande innebär att individen dricker under riskkonsumtion och undviker berusningsdrickande. Det innebär att individens drickande inte inverkar negativt på psykisk och fysisk hälsa, relationer till andra eller prestationsförmågan på arbetet. Att erbjuda kontrollerat drickande som möjligt behandlingsmål tycks innebära att fler söker hjälp för sina alkoholproblem och även fullföljer behandlingen. Det finns stöd i den vetenskapliga litteraturen för att en tillsvidareanställning är en hjälpsökande faktor när det gäller att kunna uppnå ett kontrollerat drickande, vilket ytterligare talar för att företagshälsan bör erbjuda BSCT.

Det finns flera engelskspråkiga manualer för BSCT. En svensk bok, Åter till kontrollerat drickande, presenterar en detaljerad beskrivning av hur modellen kan användas. BSCT har utvärderats i ett stort antal studier som visar att behandlingsutfallet (minskad alkoholkonsumtion) för personer med alkoholberoende är bättre än om ingen behandling ges alls eller om behandling med mindre specificerade interventioner ges, och att utfallet är jämförbart med metoder som syftar till helnykterhet.

Community Reinforcement Approach, CRA

CRA (Community Reinforcement Approach) är också en metod som bygger på KBT. Metoden är avsedd för vuxna med alkohol- och drogproblem. Den är omfattande och grundar sig på en funktionell analys av alkoholkonsumtionen. Analysen används för att hitta alternativa strategier till att dricka och fokuserar på alkoholvanor, boende, arbete, fritid och sociala kontakter. CRA är med sitt breda anslag mindre användbar för de flesta företagshälsor, men kan rekommenderas som ett externt alternativ till tolvstegsprogram och/eller behandlingshem för dem som behöver en mer omfattande insats. Metoden har tydliga inslag av familje- och nätverksarbete, sociala och psykologiska stödinsatser, farmakologisk behandling och nykterhetsprövning. Exempel på innehåll i metoden är ökad förståelse för alkoholens roll genom funktionsanalys, färdighetsträning i självkontroll och problemlösning samt kommunikationsträning. Vid användning av CRA bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om beroende, adekvat utbildning i metoden och kunskap om återfallsprevention.

Tolvstegsbehandling

En annan behandlingsform som oftast genomförs av en extern aktör, där företagshälsan kan vara delaktig i planering och uppföljning, är tolvstegsbehandling. Tolvstegsbehandling kallas ibland för Twelve step Facilitation (TSF) och i dagligt tal för Minnesotamodellen. Behandlingen använder sig av Anonyma Alkoholister (AA) och utgörs av tolv steg för att tillfriskna från alkoholberoendet. Metoden beskrivs som en förberedelse till aktivt deltagande i en självhjälpsgrupp, såsom AA. Behandlingen har vanligtvis fokus på de fem första stegen men det sker även en orientering kring de övriga sju. I korthet går behandlingen ut på att få insikt om sin beroendeproblematik och om att det finns en möjlighet till förändring genom att fatta beslut om att ta emot hjälp, ta emot hjälp, inventera egna hinder och bearbeta dem

med stöd av gruppen samt bearbeta skam- och skuldkänslor. Behandlingen kan genomföras individuellt eller i grupp och ska inte förväxlas med enbart deltagande i självhjälpgrupper. Utbildning finns med varierande längd via flera utbildningsanordnare. En vanlig bakgrund är att den som utbildar sig har egna erfarenheter av tolvstegsprogrammet genom deltagande i AA.

Biblioterapi

Biblioterapi är ett samlingsnamn för textbaserat material som används i behandling. Biblioterapi med hjälp av självhjälpsmaterial ingår i flera av metoderna ovan och kan även användas som en självständig insats. I SBU:s översikt från 2001 värderades biblioterapi till att ha samma effekt som terapeutledd behandling för personer med en låg svårighetsgrad av alkoholberoende. Samma slutsats visade en senare översiktsartikel från 2003 av Apodaca och Miller där man även konstaterade att metoden inte var effektiv som enda insats för personer med påtagliga alkoholproblem.

Digitala interventioner

Digitala interventioner genomförs på en dator, läsplatta eller smarta telefoner och sker oftast via internet. Att använda digitalt stöd eller behandling för personer med riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion har visat sig ha flera fördelar. Det ökar tillgängligheten, både avseende tid och plats, och insatserna kan genomföras mer anonymt vilket sänker tröskeln till att söka hjälp. Innehållet i digitala interventioner motsvarar ofta det som används vid screening och kort rådgivning, monitorering och psykosocial behandling så som de har beskrivits ovan. Det kan handla om digitala formulär eller en alkoholkalender med automatisk individuellt anpassad feedback, program med olika illustrationer och interaktiva funktioner eller digitala forum där användarna kan stötta varandra.

På senare år har flera översiktsartiklar publicerats med fokus på evidens för digitala interventioner. En stor Cochraneöversikt av digitala interventioner använda i preventionssyfte i den allmänna befolkningen visade att de kan sänka alkoholkonsumtionen mer än kontrollinterventioner. Andra metaanalyser har visat att digitala interventioner har goda effekter i form av minskad alkoholkonsumtion, ökad alkoholfrihet och större andel med lyckat behandlingsutfall, både när digital intervention är fristående och när den används som tillägg till sedvanliga insatser. Digitala program som inkluderar stöd av en rådgivare verkar ha något större effekt än program som används som självhjälp eller egenvård.



Både enskilda studier och översikter har visat att effekterna av digitala interventioner inte har mindre effekt än sedvanliga insatser för att minska riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion. Digitala interventioner har även testats i flera svenska studier som har visat motsvarande positiva resultat som i de internationella översikterna.

I arbetslivet har en nyligen publicerad översikt gjorts av digitala interventioner som är baserade på personligt anpassad feedback eller KBT. Positiva effekter av de digitala interventioner uppvisades där i fyra av sju studier, men flera av studierna hade enligt författarna kvalitetsproblem. En av studierna vars syfte var att minska problematiskt drickande bland medarbetare konstaterade att digital intervention med rådgivare var mer kostnadseffektivt jämfört med självhjälp eller att medarbetaren sätts upp på en väntelista.

Interventionsstudier angående stöd via just smarta telefoner (textmeddelanden eller appar) har hittills inte visat sig leda till minskad alkoholkonsumtion. Tyvärr har de flesta appar som i skrivande stund är tillgängliga via appbutiker bristfälligt vetenskapligt stöd. Några kontrollerade studier som prövat effekterna av mobila alkoholmätare eller sensorer har hittills inte publicerats.

Internetbaserade videosamtal började användas i större utsträckning under covid 19-pandemin. En systematisk översikt har rapporterat preliminära resultat från tre studier som visar att videointerventioner inte ger sämre resultat jämfört med fysiska möten.

Tidigare nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från Socialstyrelsen som har tagit upp digitala interventioner har bland annat begränsats av att många studier inte har diagnostiserat deltagarna eftersom de har rekryterats via nätet. När dessa riktlinjer sammanställs, hösten 2023, uppdaterar Socialstyrelsen samtidigt avsnittet om webbaserade interventioner i dessa riktlinjer, och mot den bakgrunden kan ovanstående komma att revideras.

Läkemedelsbehandling

I dessa riktlinjer avgränsas kunskapsläget rörande läkemedelsbehandling till läkemedel mot alkoholsug och återfall till hög konsumtion.

Läkemedelsbehandling som används för att hantera alkoholabstinens tas inte upp. Alkoholabstinens innebär en rad symtom som kan vara allvarliga såsom ångest, skakningar, snabb hjärtverksamhet och förhöjt blodtryck. Alkoholabstinens kan i vissa fall leda till abstinensepilepsi och delirium tremens. Vid risk för alkoholabstinens rekommenderas att behandlande läkare på företagshälsan kontaktar specialist (lokal beroendevård) för konsultation eller remittering.

Syftet med läkemedelsbehandling för personer med måttligt till mer omfattande alkoholberoende kan variera. Det kan vara att konsumtionen ska upphöra, att alkoholsuget ska minska eller att den totala konsumtionen och/eller antalet högkonsumtionstillfällen ska minska.

Det finns god evidens för läkemedelsbehandling som stödjer nykterhet – exempelvis disulfiram (Antabus) – och sådan som minskar sug och kontrollförlust (naltrexon, akamprosat och nalmefen). Läkemedelsbehandling som minskar sug och kontrollförlust är enligt Socialstyrelsen (2019) kraftigt underanvänd. I en nyligen publicerad studie konstaterade forskarna att användningsgraden i Sverige fortsatt är låg.

I den kliniska behandlingen kan det finnas goda motiv till att kombinera läkemedelsbehandling med psykosocial behandling men det är inget man måste göra för att få avsedd effekt. I tidigare vetenskapliga översikter framhölls vikten av att läkemedlen naltrexon och akamprosat skulle kombineras med psykosocial behandling, men flera aktuella studier har visat att en kombination med psykosocial behandling inte alltid förbättrar prognosen. Läkemedelsbehandlingen bör dock följas upp av till exempel en företagssköterska eller företagsläkare med korta motiverande samtal och alkoholmarkörer via blodprov med återkoppling (monitorering).

Att minska sug och kontrollförlust

Naltrexon (Naltrexone) verkar genom att hämma alkoholens effekt i hjärnans belöningssystem. Naltrexon stärker kontrollen över alkoholen genom att dels minska begäret eller suget och dels minska alkoholens belönings effekt. Det kan beskrivas som att det blir lättare att vara nöjd vid en mindre mängd alkohol (om läkemedlet ger avsedd effekt). Målet är att stärka kontrollen över alkoholkonsumtionen. För den som vill dricka mindre är det främst den belöningsreducerande effekten som är hjälpsam. Naltrexon kan antingen tas vid behov inför situationer som individen upplever som problematiska att hantera eller kontinuerligt för att minska alkoholsug.

Nalmefen (Selincro) är ett nytt läkemedel som liknar naltrexon. Precis som för naltrexon finns det stöd för att använda nalmefen till att begränsa konsumtionen vid enskilda dryckestillfällen. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer har nalmefen visat god effekt i kliniska studier men klinisk erfarenhet av läkemedlet saknas. I dagsläget ingår inte nalmefen i högkostnadsskyddet. Även läkemedel med akamprosat (Campral eller Aotal) verkar genom att hämma alkoholens effekt i hjärnans belöningssystem. Läkemedlet syftar till att minska begäret/suget efter alkohol och kan minska den positiva effekten av att dricka.

Att tänka på

Liksom vid all läkemedelsbehandling finns det stora individuella skillnader; en del märker effekt snabbt och tydligt, medan andra upplever liten eller ingen effekt.

Läkemedelsbehandling mot alkoholsug och återfall kan med fördel följas upp med regelbundna blodprover för kontroll av exempelvis levervärden eller konsumtionsnivåer. Den enskilde kan också föra dagliga noteringar över alkoholkonsumtionen (alkoholkalender) eller alkoholsuget (följa symtomen på alkoholbegär), eller följas upp med formulär för depressions- och ångestsymtom.

Minska risk för återfall

Disulfiram (Antabus) har gott vetenskapligt stöd för att minska alkoholkonsumtionen och dess negativa konsekvenser. Syftet är att temporärt eller mer långsiktigt underlätta total nykterhet genom att omöjliggöra alkoholkonsumtion under en bestämd tidsperiod, exempelvis 3–6 månader. Disulfiram verkar genom att blockera alkoholens normala nedbrytning i kroppen vilket leder till att giftiga mellanprodukter ansamlas. Om man dricker alkohol efter att ha tagit disulfiram uppstår en reaktion med mycket obehagliga symtom såsom illamående, hjärtklappning, känsla av andnöd och ångest. Effekten efter intag av disulfiram sitter i allmänhet i under flera dygn och upp till två veckor, men stora individuella variationer förekommer.

När det gäller effekt, dosering, kontraindikationer, behandlingstid, uppföljning av leverfunktionen, biverkningar och säkerhet hänvisas till:

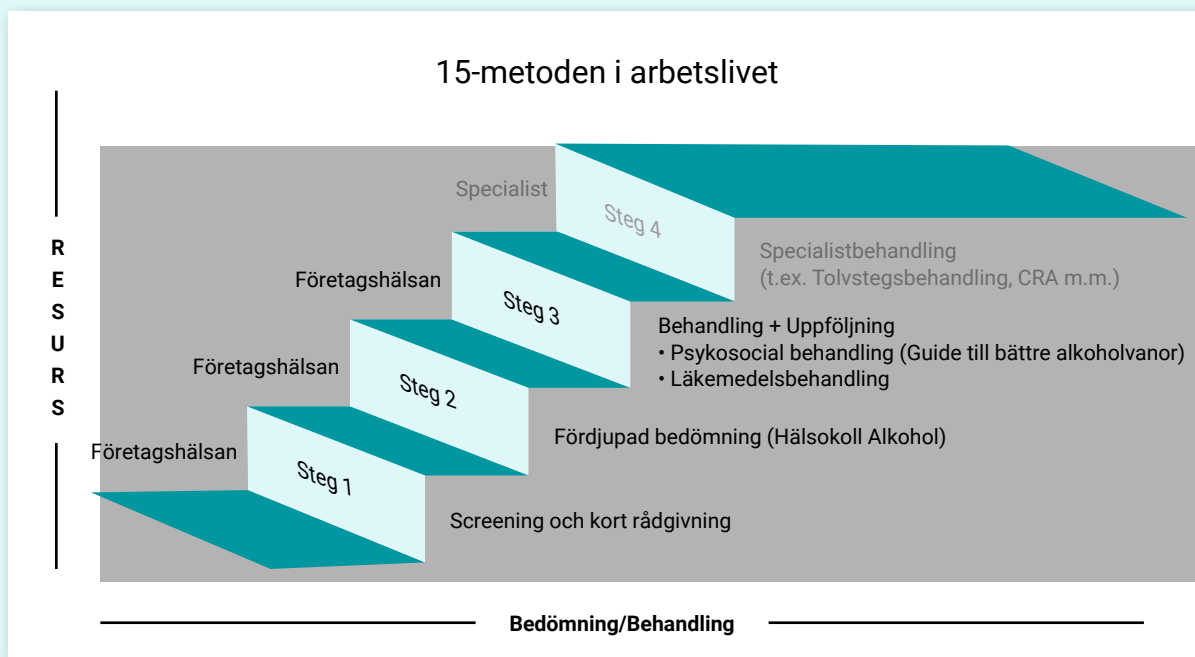
- FASS: www.fass.se
- Läkemedelsverket: www.lakemedelsverket.se
- Manual för 15-metoden: <https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/material-och-metodstod/> (följa symtomen på alkoholbegär eller följas upp med formulär för depressions- och ångestsymtom).

En modell – best practice

Det finns ett flertal evidensbaserade metoder för att åtgärda alkoholproblem och flera av dem kan mycket väl användas av hälso- och sjukvårdspersonal som saknar specialistutbildning inom beroendevård, exempelvis personal inom företagshälsan. ”Stepped care”, på svenska trappstegsmodell eller anpassad insats, innebär i korthet att ge stöd enligt principen att först genomföra den minst omfattande insatsen för att vid behov eller önskemål gradvis trappa upp och ge mer. Bakgrunden är att det inte går att förutsäga vilken behandling som passar vem utifrån problembilden, det vill säga det saknas stöd för att säga att en viss problematik effektivt kan åtgärdas av en specifik behandling (Project MATCH). En del uppnår förbättring med en relativt liten insats, medan andra behöver en betydligt mer omfattande behandling. Flera forskare betonar därför att det inte finns något annat sätt att lösa detta dilemma än genom att börja med minsta möjliga insats och därefter använda en stepped care-modell. I dessa riktlinjer rekommenderas stepped care som best practice eftersom det vetenskapliga underlaget för att matcha problem med insats är otillräckligt och de studier som finns pekar i olika riktningar. Nedan följer ett exempel på hur man kan organisera evidensbaserad behandling med valida instrument utifrån en stepped care-modell.

15-metoden

15-metoden är särskilt utvecklad för att kunna användas inom företagshälsovård och primärvård, och baseras på ovan nämnda forskning som visar att personer med lindrigt till måttligt alkoholberoende inte nödvändigtvis behöver långvarig eller omfattande behandling för att förändra sina alkoholvanor. Metoden är manualbaserad och omfattar tre steg. Hur många steg i trappan en individ tar beror på vilken typ och omfattning av insatser personen önskar för att komma till rätta med sina problem. Det första steget innebär screening (AUDIT och/eller CDT/PEth) med återkoppling och – vid behov – kort rådgivning (se avsnittet om screening och kort rådgivning). Många kan därefter hantera sina alkoholvanor på egen hand. Om den anställda får mer än 15 poäng på AUDIT-formuläret eller är intresserad av att få veta mer om sina alkoholvanor och dess konsekvenser motiveras till steg två som är en fördjupad bedömning (Hälsokoll Alkohol) och bygger på The Drinker’s check up (DCU). DCU har visat god effekt i flera studier och innebär att alkoholrelaterade problem identifieras med kvalitetssäkrade bedömningsinstrument och markörer, och därefter ges återkoppling. Totalt består Hälsokoll Alkohol av flera validerade instrument, både formulär och blodprov, som tillsammans hjälper till att utreda och bedöma alkoholproblemets omfattning (se avsnitten om utredning och bedömning samt biologiska markörer).



Figur 8. Översikt av 15-metoden. Manual, verktyg, och instrument för att genomföra 15-metoden finns på Riddargatan1:s webbplats.

Vid ett återkopplingssamtal diskuteras resultaten med den anställde i syfte att motivera till förändrade alkoholvanor. Om den anställde önskar ytterligare stöd erbjuds steg tre, ett behandlingsprogram som består av motivationshöjande samtalsbehandling med KBT-metodik (se avsnitten om MET och KBT och Biblioterapi) och/eller läkemedelsbehandling (se avsnittet om läkemedelsbehandling), som alla har god evidens. Oavsett om personen väljer psykosocial behandling, läkemedelsbehandling eller en kombination, rekommenderas en uppföljning sex månader efter behandlingsstart för att kunna utvärdera om önskat resultat uppnåtts. Komponenterna i 15-metoden har god evidens och flertalet rekommenderas i Socialstyrelsens riktlinjer för vård av missbruk och beroende (2019). Namnet 15-metoden kommer av att metodens målgrupp i första hand är personer som har mer än 15 poäng på AUDIT.

Studier har visat att behandlingsutfallet för personer med måttligt beroende inte blir bättre om behandlingen genomförs av specialister. Generalister, såsom personal inom företagshälsovård och primärvård, kan med fördel genomföra behandling enligt ovan.

Som stöd vid införandet av 15-metoden på företagshälsan finns en guide för implementering med en checklista (se bilaga 3).

Flerpartssamtal

Erfarenheten visar att det är viktigt med en tydlig planering och samordning vid all rehabilitering. Det saknas dock vetenskapligt studerade metoder som är utformade specifikt för rehabilitering vid alkoholproblem. I praktiken används ofta begreppet flerpartssamtal, ett möte mellan den anställde (ibland även facklig representant eller annan stödperson som arbetstagaren väljer), arbetsgivaren och den från företagshälsan som är involverad i ärendet. Arbetsgivaren representeras oftast av någon från personalavdelningen och närmaste chef om det är lämpligt.

Syftet med flerpartssamtal är att alla parter ska få en gemensam bild av hur problemsituationen ser ut och vilka roller och ansvar parterna har samt att en samordnad plan upprättas. En av företagshälsans viktigaste uppgifter är att som oberoende expert ge bästa möjliga förutsättningar för att en sådan plan innehåller adekvata insatser. Erfarenheten har visat att det är viktigt att arbetsgivaren ställer tydliga, rimliga och specifika krav på arbetstagaren och att det klargörs vilket stöd arbetstagaren behöver för att uppfylla kraven. Arbetsgivarens uppdrag till företagshälsan behöver också formuleras tydligt. Ibland behöver även annan expertis kopplas in, såsom externa vårdgivare/konsulter eller en representant för Försäkringskassan.

När en medarbetare har alkoholproblem och behöver behandling och arbetslivsriktad rehabilitering, brukar arbetsgivaren vilja göra en överenskommelse med medarbetaren om vad som ska gälla framöver. En sådan överenskommelse kan vara ett utmärkt verktyg för att få nedtecknat vad man kommit överens om och kan bli en utgångspunkt för fortsatt uppföljning och utvärdering.

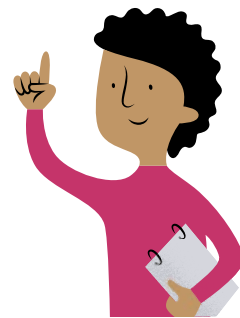


En överenskommelse kan innehålla

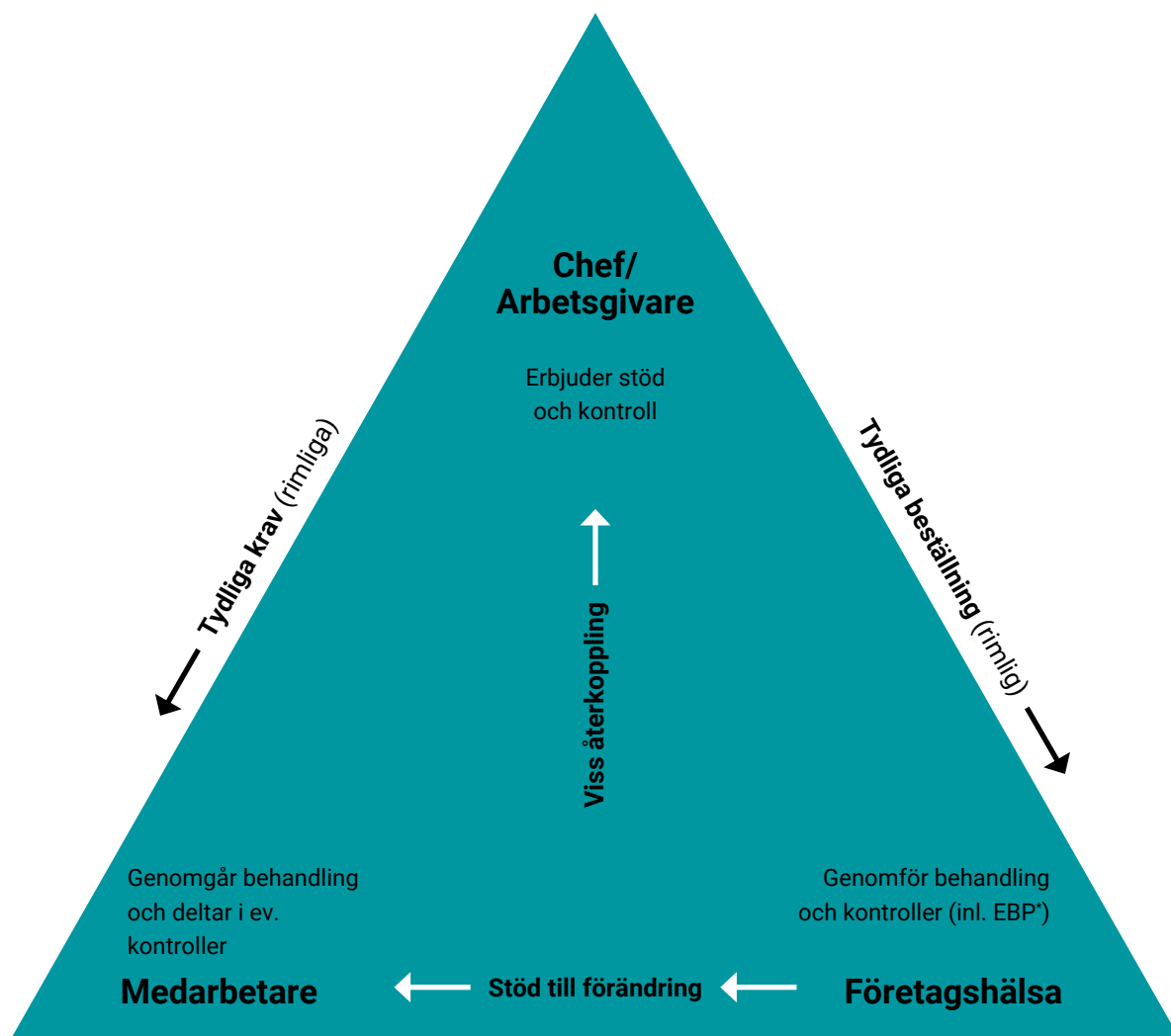
- bakgrund och orsak till överenskommelsen, gärna med koppling till arbetsplatsens alkoholpolicy
- varför överenskommelsen mellan arbetsgivaren och medarbetaren behövs (vad som hänt)
- ett klargörande om att medarbetaren informerats om arbetsplatsens alkoholpolicy
- en utgångspunkt för fortsättningen, det vill säga arbetsgivarens krav på medarbetaren och en beskrivning av de överenskomna insatser som medarbetaren erbjuds för att klara de krav som ställs
- specificering av behandlingsinsats, provtagning, vad som ska återkopplas till arbetsgivaren samt datum för uppföljning(ar)
- konsekvenser om överenskommelsen bryts
- tidsram för överenskommelsen
- datum, ort och underskrifter av båda parter

Både arbetsgivaren och medarbetaren bör underteckna överenskommelsen och få var sitt exemplar (i bilaga 4 finns ett exempel på hur en överenskommelse kan se ut). En överenskommelse kallas ibland vilseledande för ”kontrakt”. Ett dokument av det här slaget är dock inte juridiskt bindande och ska därför inte innehålla utfästelser som ”om x är onykter på arbetsplatsen kommer anställningen att upphöra”.

För att formulera krav och mål under ett flerpartsmöte kan man ta hjälp av SMART-modellen. SMART är ursprungligen en modell för att sätta effektiva mål för projekt, försäljning, personlig utveckling med mera och kommer från de engelska uttrycken Specific, Measurable, Accurate or Approved, Realistic and Timebound. Modellen är speciellt användbar när mål ska sättas där flera parter är inblandade, eftersom den ger en gemensam ram att hålla sig inom. SMART:a mål (på svenska) är alltså specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidsbundna. Det ska vara tydligt vad som ska mätas och hur det ska mätas, alla involverade ska vara införstådda med och bejaka målsättningen (som ska vara rimlig) och det ska finnas en deadline.

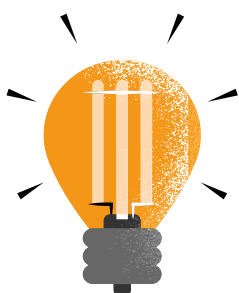


Det är viktigt att arbetsgivaren ställer tydliga, rimliga och specifika krav på arbetstagaren samt att det klargörs vilket stöd arbetstagaren behöver för att uppfylla kraven.



Figur 9. I figuren illustreras en modell av flerpartssamtalets innehåll och de olika parternas roller under en rehabiliteringsprocess. * Evidensbaserad praktik.

I de riktlinjer som berör psykisk ohälsa presenteras fler metoder som kan användas för samordning och planering. Ett exempel är Krav- och funktionsschema (KOF), som är en metod för ett strukturerat planeringsmöte som används för att ta ställning till om anpassningar i nuvarande arbete är möjligt och vilka åtgärder som i så fall kan vara lämpliga. Ett annat exempel är Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA), som syftar till att underlätta återgång i arbete för personer som är sjukskrivna för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. För utförligare beskrivning av KOF och ADA, se bilaga 5.



Tips!

Att företagshälsan diskuterar enskilt med arbetsgivare och medarbetare inför ett flerpartssamtal skapar möjlighet att ge individuellt anpassad information och stöd till var och en, till exempel när det gäller vilka adekvata insatser som finns att tillgå eller vilka rimliga krav som kan ställas.

Andra levnadsvanor och alkohol

Förändring av alkoholvanor kan samverka med samtidig förändring av andra levnadsvanor.

Förändra alkoholvanor och rökstopp

Att förändra sina alkoholvanor och samtidigt sluta röka kan tyckas som ett övermäktigt åtagande, utmaningen att minska alkoholkonsumtionen (eller helt avstå) kan ju tyckas tillräcklig i sig. Flera studier visar dock att om en rökare slutar röka så ökar chanserna att även lyckas med förändringen av alkoholvanorna, både på kort och på lång sikt. Det finns flera möjliga förklaringar. Alkohol och nikotin är biokemiskt starkt sammanlänkade och påverkar samma områden i hjärnan. De tycks också förstärka varandras positiva effekter och mildra de negativa, belöningseffekten av att samtidigt röka och dricka upplevs alltså som extra trevlig. Rekommendationen är därför att erbjuda rökavvänjning samtidigt med behandling för alkoholproblem. Läs mer om rökavvänjning på Psykologer mot tobaks webbplats.

Förändra alkoholvanor och fysisk aktivitet

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att överkonsumtion av alkohol är en påtaglig riskfaktor för att utveckla och förvärra en mängd olika sjukdomstillstånd. Enligt Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS (2021), kan fysisk aktivitet möjligen vara ett viktigt terapeutiskt tillägg för personer med alkoholproblem.

Långtidseffekterna av fysisk aktivitet är oklara men det finns ett visst stöd för att personer med alkoholberoende kan förbättra sin mentala hälsa, självuppfattning (selfconcept) och kondition. Majoriteten av studierna som evidensen vilar på är baserade på aerob fysisk aktivitet med måttlig till högintensiv gruppträning, två till tre gånger i veckan. Det finns vissa undantag såsom att styrketräning visades ha effekt på depressiva symtom och att yoga minskade ångestnivån hos personer som behandlades för alkoholberoende. Enligt FYSS (2021) är effekterna av fysisk aktivitet vid alkoholberoende och skadligt bruk relaterade till flera teorier som baseras på kliniska erfarenheter, exempelvis att fysisk aktivitet kan öka neurotransmittorer såsom dopamin, serotonin och noradrenalin och därför kanske kan ersätta alkohol. Utöver FYSS finns även en systematisk översiktsstudie som visade att fysisk aktivitet kan reducera alkoholsuget, öka antalet dryckesfria dagar och bidra till att minska återfall.



Kompletterande stöd

För den som önskar ytterligare information eller stöd finns det flera möjligheter att tillgå via internet och telefon. Några av dem finns listade nedan.

Värt att notera är att det även finns ett flertal andra appar och digitala plattformar att tillgå på marknaden, till exempel för att kontrollera alkoholpåverkan via utandningsluft eller använda som rådgivningsstöd. Merparten av dessa olika hjälpmedel har i dagsläget inte utvärderats eller kvalitetssäkrats varför de inte inkluderats i dessa riktlinjer.

Tips på stöd – webb och telefon

Alkohollinjen (www.alkohollinjen.se). Telefonlinje för den som vill ha stöd för att förändra sina alkoholvanor. Även närstående till någon som har alkoholproblem kan få stöd här. Telefonnummer: 020-84 44 48.

Alkoholhjälpen (www.alkoholhjälpen.se). Webbplats med information för den som funderar över sina egna alkoholvanor eller är orolig för någon annans drickande. Här finns bland annat fakta, tips, möjlighet att genomföra ett digitalt behandlingsprogram och ett populärt diskussionsforum.

Sluta-röka-linjen (www.slutarokalinjen.org). Hit kan den som är storrökare, feströkare, snusare, eller som nyss har slutat, ringa. Även den som arbetar praktiskt med tobaksavvänjning är välkommen för att få tips och vägledning eller någon att diskutera med. Telefonnummer: 020-84 00 00.

E-behandling (<https://www.beroendecentrum.se/vard-hos-oss/behandling-via-natet/alkohol/>). Alkoholprogrammet är en behandling via nätet för den som vill förändra sina alkoholvanor – antingen dricka kontrollerat eller sluta dricka helt. Det är ett tolv veckor långt program med övningar och regelbunden kontakt med behandlare som ger stöd och återkoppling.

Alkoholsnacket (<https://www.alkoholsnacket.se/>). Alkoholsnacket ger råd och stöd till den som är orolig för någon annans drickande.

Om arbetsrätt och rehabilitering

Här följer en kort sammanfattning av arbetsrättsliga regler som är viktiga att känna till. Erfarenheten visar att nedanstående information kan vara aktuell i samband med alkoholärenden. Innehållet i sammanfattningen gör dock inte anspråk på att vara heltäckande. Om arbetsgivaren överväger arbetsrättsliga åtgärder (till exempel uppsägning eller avsked) relaterat till anställdas alkoholproblem, bör arbetsrättslig expertis anlitas.

Arbetsgivarens skyldigheter vad gäller förebyggande arbete enligt arbetsmiljölagen

Enligt arbetsmiljölagen (AML) och föreskrifter som Arbetsmiljöverket utfärdat (AFS), är arbetsgivaren skyldig att utforma arbetsmiljön på ett sådant sätt att ohälsa och olyckor inte ska inträffa på arbetsplatsen. Arbetsgivaren ska även se till att tillhandahålla den företagshälsövård, eller annan motsvarande expertis, som arbetsförhållandena kräver.

Arbetsgivarens skyldigheter när skada eller sjukdom har inträffat

Arbetsgivaren behöver planera och vidta åtgärder som syftar till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren och som sker på arbetsplatsen eller i anslutning till den. Det händer dock att arbetsgivaren väljer att bistå med mer än så, till exempel på grund av att det utlovats i en policy eller för att det saknas adekvat behandling att tillgå inom den offentliga vården. Det ska betonas att en arbetsgivare aldrig är skyldig att bekosta medicinsk behandling.

Arbetsgivaren ska organisera och ha beredskap för arbetsanpassningar vilket framgår av föreskriften 2020:5 om arbetsanpassningar.

Rehabiliteringsåtgärder som arbetsgivaren själv kan medverka till är exempelvis arbetsträning, arbetsanpassning och omplacering. Arbetsgivaren ska ta initiativ och vara aktiv.



Arbetsgivaren kan också initiera möten med den anställde och exempelvis facket, företagshälsan eller Försäkringskassan. Utöver möten brukar kontakter per telefon, e-post och liknande förekomma. En rekommendation är att arbetsgivaren dokumenterar alla möten och andra kontakter samt sparar e-postmeddelanden och annan korrespondens.

Den anställdes skyldigheter när skada eller sjukdom har inträffat

Ur arbetsrättslig synpunkt är den anställde skyldig att medverka till att de negativa effekter på arbetsförmågan som en sjukdom eller skada orsakar försvinner eller minskas. Den anställde är därför skyldig att delta i möten och arbetsträning och att genomgå medicinsk utredning så länge inga medicinska hinder föreligger som förhindrar detta. Om den anställde inte bidrar till sin rehabilitering kan det medföra att arbetsgivaren inte har möjlighet att fullgöra sina skyldigheter, vilket kan få till följd att det finns sakliga skäl för uppsägning.

Uppsägning eller avsked på grund av sjukdom

Det kan bli aktuellt att säga upp en anställd på grund av sjukdom. Skälet kan vara en omfattande och långvarig frånvaro, att den anställde inte längre klarar arbetet eller missköter sig. Enligt lagen om anställningsskydd (LAS) krävs sakliga skäl för att säga upp en anställd. Uppsägning ska vara den sista åtgärden en arbetsgivare tar till, och när det gäller uppsägning på grund av sjukdom får det ske först när alla rehabiliterings-, arbetsanpassnings- och omplaceringsmöjligheter är uttömda och den anställde trots det, varken nu eller i framtiden, kan utföra några arbetsuppgifter av betydelse för arbetsgivaren. Vid en tvist är det ytterst Arbetsdomstolen som avgör om arbetsgivaren har prövat ovan angivna möjligheter och om arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt i tillräcklig grad. Bevisbördan ligger på arbetsgivaren.

Om den anställde, utan rimliga skäl, vägrar att medverka i sin rehabilitering kan det alltså utgöra sakliga skäl för uppsägning. Vägran att delta kan då jämföras med vanlig arbetsvägran. Om den anställde låter bli att medverka vid något enstaka tillfälle, eller kan anföra rimliga skäl för sin vägran, brukar det inte bedömas som sakliga skäl, eftersom det inte kan tolkas som att den anställde har ett generellt ointresse av att delta.

Om en anställd på grund av sjukdom, till exempel beroendesjukdom eller psykisk sjukdom, begår brottliga handlingar inom ramen för sin anställning, såsom rattfylleri, misshandel eller olaga hot, innebär det normalt sett skäl för avsked. Vid avsked upphör anställningen omedelbart, utan uppsägningstid. I avskedsfall behöver inte arbetsgivaren vidta anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder eller pröva omplacering.

Särskilt om alkohol

Alkoholproblem som bedöms som sjukdom betraktas ur ett arbetsrättsligt perspektiv på samma sätt som andra sjukdomstillstånd. Detsamma gäller troligen vid alkoholproblem som inte kan klassas som sjukdom, men som gränsar därtill och som kan bli föremål för rehabiliteringsinsatser. I detta avsnitt benämns båda tillstånden som alkoholsjukdom, en terminologi som används inom juridiken.

Uppsägning på grund av alkoholsjukdom kan, precis som för andra sjukdomar, endast ske om alla möjligheter till rehabilitering, arbetsanpassning och omplacering är uttömda och arbetsförmågan trots det är stadigvarande nedsatt i sådan grad att den anställde inte kan utföra något arbete av betydelse för arbetsgivaren.

Alkoholpåverkan på arbetet som inte har med alkoholsjukdom att göra ses däremot som en form av misskötsamhet som kan leda till uppsägning på samma sätt som andra typer av misskötsamhet, såsom olovlig frånvaro eller sena ankomster. I sådana fall är arbetsgivaren inte skyldig att vidta några rehabiliteringsinsatser.

Även om samma regler gäller för alkoholsjukdom som för andra sjukdomar, medför alkoholsjukdomens speciella karaktär att bedömningen kan komma att innehålla delvis andra inslag, till exempel att enstaka återfall kan sägas höra till sjukdomsbilden och därmed får tolereras i viss grad. Det förekommer ibland att den anställde skriver under en så kallad ultimatumöverenskommelse, det vill säga en skriftlig handling där han eller hon accepterar en uppsägning om det sker ett återfall. En sådan överenskommelse är dock inte juridiskt bindande, eftersom LAS förbjuder att en anställd i förväg avstår från sitt anställningsskydd.

Bilagor

Bilaga 1. Exempel på alkoholpolicy

Bilaga 2. Sammanställning av bedömnings- och diagnosinstrument

Bilaga 3. Guide för implementering av 15-metoden samt checklista

Bilaga 4. Exempel på överenskommelser vid alkoholbehandling

Bilaga 5. Krav- och funktionsschema (KOF) och Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA)

Bilaga 1. Exempel på alkoholpolicy

Mål:

Policyn har som mål att:

- upprätthålla en trygg och säker arbetsplats
- säkerställa nykterhet under arbetstid
- så långt det är möjligt stödja medarbetare som har alkoholproblem att ha kvar sin anställning, under förutsättning att medarbetaren visar samarbetsvilja och resultat i ett rehabiliteringsprogram
- verka för en tidig identifikation av alkoholproblem och därmed möjliggöra tidiga rehabiliteringsinsatser
- erbjuda alla medarbetare att kontrollera sina alkoholvanor i samband med hälsoundersökningar (screening och rådgivning)
- genom att ge information och utbildning, och aktivt agera i dessa frågor, skapa en öppenhet och respekt för medarbetare och policy.

Syfte

Det övergripande syftet med denna policy är att säkerställa en nykter arbetstid och att tidigt åtgärda alkoholproblem på arbetsplatsen. I arbetet ingår en gemensam policy, ett handlingsprogram, information till alla medarbetare, utbildning till chefer och nyckelgrupper samt testning och rehabilitering. Dessa insatser syftar gemensamt till att:

- förebygga ohälsa, tillbud och olyckor på arbetstid
- förhindra nedsättning av medarbetarens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter på ett tryggt sätt.

Krav alkohol

Nedanstående krav gäller alla medarbetare:

- Medarbetaren ska av säkerhetsskäl vara nykter (under 0,2 promille) under arbetstid. Representation undantas från gränsvärdet (0,2 promille) men där får alkoholkonsumtion inte ske så att den skadar arbetsgivarens intressen i affärsverksamheten.
- Medarbetaren ska medverka till provtagning (utandningstest med erbjudande om verifikation med blodprov) för att kontrollera nykterhet (vid misstankar, olycksfall, slumpmässig testning och behandling).
- Medarbetaren ska alltid erbjudas rehabilitering, som bekostas av arbetsgivaren, om alkoholproblem konstaterats.
- En rehabiliteringsplan ska alltid upprättas i samråd med medarbetare och arbetsgivare vid alkoholproblem.
- Om medarbetaren bryter mot denna policy, kan detta leda till omplacering och ytterst till att anställningen ifrågasätts.

Entreprenörer

När arbetsgivaren anlitar entreprenörer och konsulter ställs samma krav på nykterhet som för alla anställda, och detta krav tas med i upphandling av tjänster.

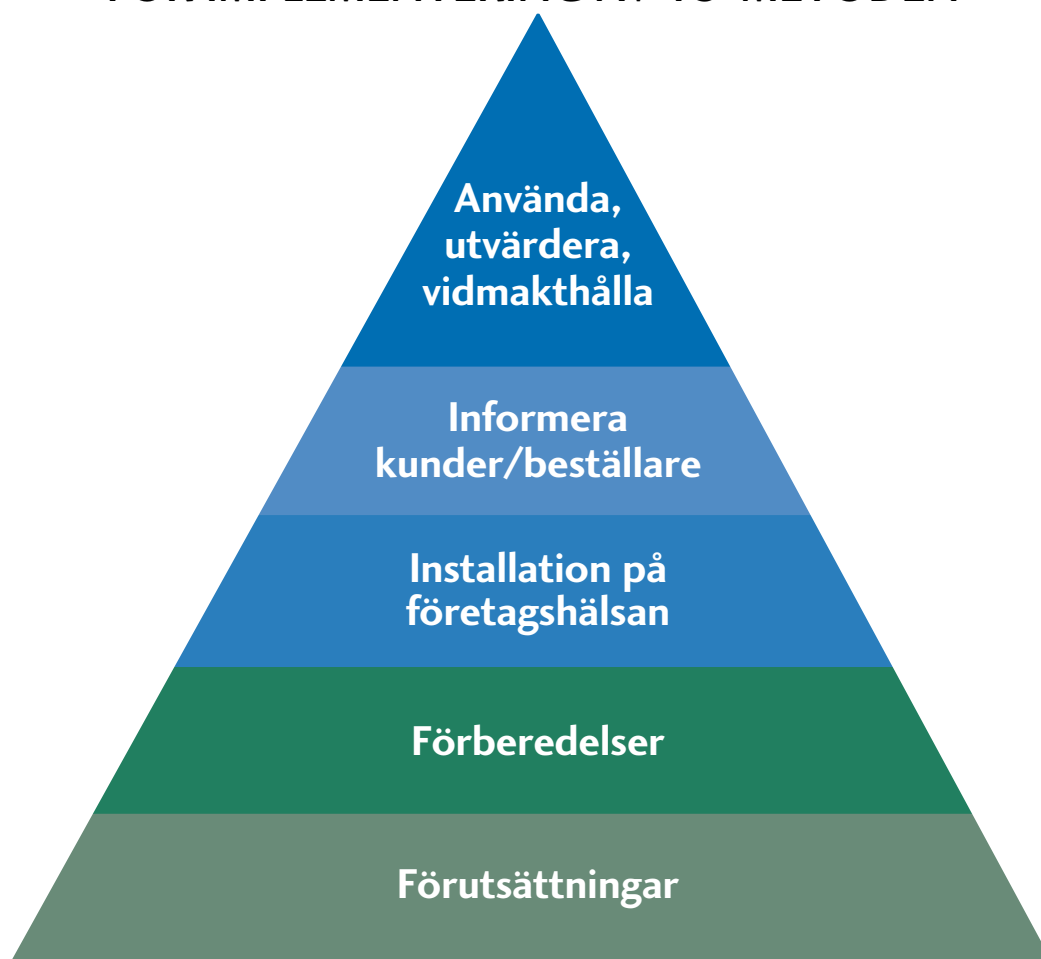
Bilaga 2. Sammanställning av bedömnings- och diagnosinstrument

Formulär	Syfte och användningsområde	Svensk manual	Krav på särskild utbildning	Tillgänglighet
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	Självskattningsformulär för att identifiera riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion de senaste 12 månaderna	Ja	Nej	Fritt tillgängligt. Exempelvis: https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/material-och-metodstod/och-https://www.beroendecentrum.se/vardgivare-och-samarbetspartner/audit-och-dudit-testformular/ . Formuläret finns på olika språk och det finns en kostnadsfri webbutbildning på Riddaragatan1:s webbplats (se länk ovan). Manual: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/audit-alcohol-use-disorders-identification-test/
TLFB (Timeline Follow Back)	Kartläggning av alkoholkonsumtion och mönster	Ja	Nej (utbildning i samtalsmetodik och erfarenhet av beroendområdet är dock önskvärd)	Fritt tillgängligt, exempelvis: https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/material-och-metodstod/
ASI (Addiction severity index)	Bas för behandlingsplanering.	Ja	Ja	Fritt tillgängligt, exempelvis: www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/asi-intervjun
SADD (Short Alcohol Dependency Data)	Bedömning av svårighetsgrad av alkoholberoende.	Nej	Nej	Fritt tillgängligt, exempelvis: https://www.riddargatan1.se/utbildning-personal/material-och-metodstod/
ADDIS (Alkohol- och drog-diagnosinstrumente)	Underlag för diagnos om skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol och andra droger.	Ja	Ja	Material distribueras efter godkänd behörighet av Dahl och Dahl preventions- och beroende-center https://addis.se/
MINI (Mini international neuropsychiatric interview)	Kortfattad intervju för diagnostik av missbruk/beroende (alkohol-syndrom) i enlighet med DSM-IV	Nej (viss information finns i anslutning till intervjufrågor)	Ja (omfattning ej närmare specificerat)	Fritt tillgängligt för icke kommersiell verksamhet, exempelvis: https://www.nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/06/MINI-6.0-svenska-2010-10-10.pdf Vägledning och information om MINI finns på Socialstyrelsens webbplats. https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mini-mini-international-neuropsychiatric-interview/

Bilaga 3. Guide för implementering av 15-metoden

GUIDE

FÖR IMPLEMENTERING AV 15-METODEN



"Implementering avser de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används så som det var avsett och med varaktighet."

OM IMPLEMENTERING, SOCIALSTYRELSEN 2012

Implementering kan definieras på olika sätt och en vanlig beskrivning enligt bl.a. Dean Fixsen och medarbetare är att implementering är en sammansättning av specifika aktiviteter som har till syfte att få en ny metod eller ett nytt program med kända aspekter att bedrivas i ordinarie verksamhet.

För att en implementering ska bli så lyckad som möjligt behövs både god kunskap om det nya arbetssättet (här 15-metoden) och om hur själva införandet ska gå till (implementeringsprocessen).

Metodens implementeringsbarhet

En metod som uppfyller nedanstående kriterier har goda förutsättningar att implementeras med ett gott resultat.

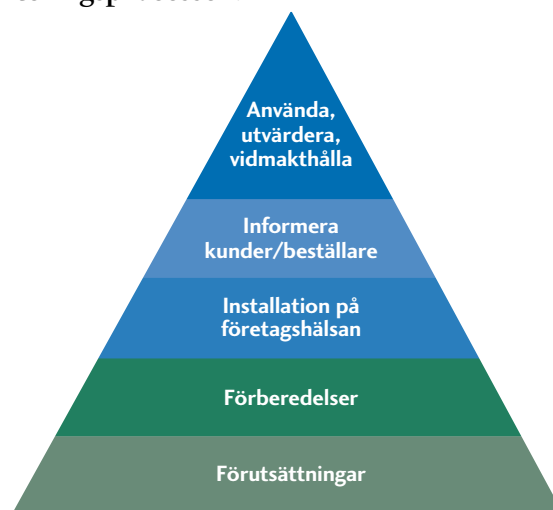
Utgångspunkten i den här guiden är införandet och den praktiska tillämpningen av just 15-metoden. Reflektera gärna över om du bedömer att 15-metoden uppfyller kriterierna!

METODKRITERIER

- Är metoden relevant?
- Är metoden bättre än rådande metoder?
- Är metoden effektiv (evidensbaserad)?
- Är metoden kostnadseffektiv?
- Är metoden förenlig med rådande värderingar?
- Är metoden lätt att använda?
- Är metoden möjlig att testa i liten skala?
- Är metoden möjlig att anpassa till de lokala förhållandena utan att de centrala komponenterna förändras?

Struktur på processen

Att ha en struktur för implementeringsprocessen underlättar att komma ihåg det som behöver göras. Det mesta är ganska självklart och enkelt. Mycket skulle troligtvis bli gjort även utan checklistor och guider men man kan effektivisera och kvalitetssäkra processen genom att strukturera den. I pyramiden (se figur) framgår i vilka huvudområden (byggstenar) man kan dela in implementeringsprocessen.



Pyramidens byggstenar:

- Skapa förutsättningar.
- Göra förberedelser.
- Installera metoden.
- Informera kunder/beställare.
- Använda metoden.
- Utvärdera hur det går och göra justeringar.
- Vidmakthålla och kvalitetssäkra användandet.

Att skapa förutsättningar

Att skapa förutsättningar handlar om att

- klargöra behovet av 15-metoden och formulera det i klartext
- fatta beslut på ledningsnivå om att metoden ska införas.

När det finns ett tydligt uttryckt behov av den nya metoden så ökar möjligheterna att implementeringen ska lyckas. Att gemensamt fundera över och skapa konsensus kring varför 15-metoden ska implementeras kan vara till god hjälp.

Det är viktigt att införandeproceduren har stöd av organisationen och får ett ekonomiskt stöd. Här har ett tydligt beslut på ledningsnivå och ett fortsatt intresse från ledningen avgörande betydelse. Det kan t.ex. handla om att de som ansvarar för implementeringen får tid och resurser att planera och organisera metodens införande i praktiken, eller att utrymme ges för utbildning och handledning och att ledningen följer upp hur det går. Resurserna (ekonomiska, materiella och personella) som avsätts behöver både vara tillräckligt omfattande och sträcka sig över tillräckligt lång tid för att implementeringsprocessen ska kunna fullföljas.

Förberedelser

Inom ramen för förberedelser ligger att

- utse en implementeringsansvarig person/grupp
- göra en plan
- tidigt involvera dem som ska använda 15-metoden
- informera övriga på företagshälsan.

På företagshälsan behöver det finnas en ansvarig person eller grupp som har mandat och resurser att arbeta med införandet av metoden. Att utarbeta en konkret plan där det framgår vem som ska göra vad och när underlättar att processen sker systematiskt. Med en plan blir det också tydligt vilka insatser och resurser som faktiskt behövs för att de ska vara "tillräckligt omfattande" (se ovan).

När de som kliniskt ska jobba med 15-metoden involveras tidigt i processen kan fördelar och nackdelar med metoden diskuteras och hanteras på ett konstruktivt sätt redan från början. De som eventuellt är skeptiska till det nya kan få information innan ett eventuellt motstånd hinner växa sig starkt. Det är extra viktigt att de som har särskild kompetens i frågan är med på "förändringståget" redan från början. Det har också betydelse att övriga på företagshälsan känner till 15-metoden och att den ska implementeras.

Installera 15-metoden på företagshälsan

Att installera 15-metoden kliniskt handlar om att

- de som ska använda 15-metoden får utbildning
- de som ska använda 15-metoden har tillgång till handledning och stöd
- materialet som behövs för det kliniska genomförandet är tillgängligt och lätt att hitta
- det finns en struktur för hur 15-metoden ska genomföras, dokumenteras och avrapporteras.

Att de som ska använda 15-metoden får utbildning, träning och tillgång till fortlöpande hand-

ledning är viktigt och ju fler och mer av dessa insatser som erbjuds desto bättre är det.

Informera kunder och beställare

För att 15-metoden ska komma till användning så behöver kunder och beställare informeras så att de känner till att den finns. Om det inte redan finns en generell strategi eller kommunikationsplan för hur företagshälsan ska nå ut till sina kunder och beställare med information så kan spridningen av 15-metoden behöva sin egen planering. Här är några tips:

- Ta fram ett koncept eller en produkt (eller beskriv kundvärdet).
- Ta fram lämpligt presentationsmaterial (ex. broschyr, produktblad, bildspel ...).
- Gör en plan för hur och när informationen ska nå ut och vem som ska göra det.

Pilotförsök, utvärdering och vidmakthållande

Att pröva det nya arbetssättet i liten skala och sedan utvärdera hur det går i syfte att modifiera metoden till de lokala förhållandena har betydelse för att göra den lätt- och rättanvänd i sitt sammanhang. Kom ihåg att tillgången på handledning och stöd för dem som ska arbeta med 15-metoden är särskilt viktigt i början! När eventuella modifieringar gjorts (med en ny utvärdering) så införs 15-metoden som en del i den ordinarie verksamheten. Liksom övrig verksamhet bör den sedan omfattas av regelbunden översyn, t.ex. genom att kontrollera att det finns tillräckligt med personer som har utbildning, att materialet är aktuellt, att metoden är uppdaterad osv.

När mer än hälften av dem som är tänkta att använda den nya metoden verkligen gör det kan man säga att den är implementerad. Sedan tar det ofta ytterligare ett till två år innan det nya arbetssättet har blivit rutin.

"Vi behöver evidensbaserade metoder för implementering av evidensbaserade metoder."

KARIN GULDBRANDSSON, RISKBRUKSKONFERENS 2010

Till sist

Tipsen och råden som tas upp här är fritt tolkade ur Karin Guldbrandssons forskningssammanställning "Från nyhet till vardagsnytta" från 2007 och Socialstyrelsens broschyr "Om implementering". Viktiga och branschspecifika erfarenheter har även hämtats från uppföljningar av ett tiotal företagshälsors införande av 15-metoden.

TIA-projektet (Tidiga insatser i arbetslivet mot alkoholberoende) som tagit fram den här guiden har

även gjort en checklista som man kan utgå ifrån när man arbetar med implementeringen av 15-metoden i praktiken. Det finns även specifikt informationsmaterial (broschyr och bildspel) om 15-metoden för informationsspridning till arbetslivet.

Besök <https://www.foretagshalsor.se/sv/broschyr-om-15-metoden> för mer information.

Läs mer

Båda skrifterna som nämns ovan finns att ladda ner på Folkhälsomyndighetens respektive Socialstyrelsens hemsida. Från nyhet till vardagsnytta har dock kommit i en tredje version under 2023 som vi hänvisar till här. Från nyhet till vardagsnytta, Karin Guldbrandsson, Folkhälsomyndigheten, 2023:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/f/fran-nyhet-till-var dagsnytta-om-implementeringens-modosamma-konst/>

Om implementering, Socialstyrelsen, 2012:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>

"Med kunskap om implementering genomförs i genomsnitt 80 procent av det planerade förändringsarbetet efter tre år. Utan sådan kunskap genomförs 14 procent av förändringsarbetet efter i genomsnitt 17 år."

OM IMPLEMENTERING, SOCIALSTYRELSEN 2012

Bilaga 4. Exempel på överenskommelse vid alkoholbehandling

Syftet med överenskommelsen är att det ska framgå och specificeras vilka krav som arbetsgivaren ställer på arbetstagaren och vilket stöd som arbetstagaren själv bedömer av att han/hon har behov av för att uppfylla dessa krav.

Exempel på skrivning:

Kort om bakgrunden

[NN] har vid tre tillfällen under de senaste 7 månaderna kommit till arbetet påverkad av alkohol (över 0,2 promille). [NN] har orienterats om företagets alkoholpolicy och de möjligheter som finns till rehabilitering. NN medger en hög alkoholkonsumtion men anser inte att han har ett alkoholberoende.

Vi har i dag träffat följande överenskommelse mot bakgrund av detta:

- [NN] är inställd på att minska sin alkoholkonsumtion för att minimera risken för oönskade konsekvenser. NN kommer att få vägledning och stöd för att genomföra önskad konsumtionsminskning via kontakt under [tid] med [namn] hos vår företagshälsa.
- Konsumtionsminskningen kommer att följas upp med provtagning hos företagshälsan med hjälp av olika adekvata alkoholmarkörer.
- [Namn på exempelvis närmaste chef/HR] kommer att få fortlöpande information från företagshälsan i samförstånd med [NN] om till vilken grad konsumtionsminskningens mål uppfylls.
- Om [NN:s] minskning av alkoholkonsumtionen inte fungerar på ett bestående sätt ska [NN] och [namn på exempelvis närmaste chef/HR] tillsammans revidera rehabiliteringsplanen och ta ställning till om andra insatser behövs.
- Eftersom nykterhet i tjänst är motiverat av säkerhetsskäl och även för en fortsatt anställning vid arbetsplatsen [namn på arbetsplatsen] får [namn på exempelvis närmaste chef/HR] när som helst under arbetstid begära ett alkoholtest med utandningsprov av [NN].
- Överenskommelsen gäller från dags dato och under ett år framåt, och därefter omprövas den.

Ort, datum och underskrifter från båda parter.

Bilaga 5. Krav- och funktionsschema (KOF) och Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA)

Krav och funktionsschema (KOF) är en metod för ett strukturerat planeringsmöte mellan arbetstagare och arbetsgivare med personal från företagshälsovården som stöd. Mötet genomförs som ett strukturerat samtal mellan medarbetaren och dennes chef där en person från företagshälsovården förbereder mötet samt leder, dokumenterar och sammanfattar samtalet. I dialogen på arbetsplatsen identifieras vilken kravnivå som ställs på arbetstagaren utifrån psykisk och kognitiv förmåga, basala färdigheter och social förmåga, tolerans för fysiska förhållanden, förmåga till dynamiskt arbete, förmåga till statiskt arbete och förmåga att arbeta vissa tider. Dialogen resulterar i en profil över arbetstagarens aktuella förmåga och ett underlag för en konkret åtgärdsplan.

Metoden är fritt tillgänglig. Läs mer: <https://ammuppsala.se/arbetsformaga/krav-och-funktionsschema-kof/>

Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång (ADA) är en metod som utvecklats och utvärderats av Arbets- och Miljömedicinska kliniken i Lund. Modellen syftar till att underlätta återgång till arbete för personer som är sjukskrivna för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. ADA-metoden kan även tillämpas förebyggande när det finns risk för sjukskrivning. Målsättningen är att komma i gång tidigare med rehabilitering och arbetsåtergång genom att få i gång en dialog med arbetsgivaren om nödvändiga åtgärder och förändringar på arbetsplatsen – både på kort och på lång sikt.

Modellen innehåller fyra delar:

- 1) medicinsk/psykologisk och arbetsmässig undersökning, kort efter påbörjad sjukskrivning
- 2) intervjuer med chef och medarbetare om hur en arbetsåtergång bäst kan åstadkommas
- 3) dialog mellan medarbetare och chef för att enas om lösningar för hållbar arbetsåtergång, så kallat ”konvergenssamtal”
- 4) rapport om bedömning och planerade åtgärder. ADA tydliggör vilka förändringar som behövs av arbetsinnehåll och arbetsuppgifter samt leder till ett samtal om medarbetarens och chefens attityder och förväntningar (se www.fhvmetodik.se för manual).

Metoden är fritt tillgänglig. Läs mer: <https://www.umu.se/forskning/grupper/metodstod-for-arbetsplatsdialog/ada/>

Om framtagandet av riktlinjerna

Deklaration av särintressen eller andra jävsförhållanden angående de metoder som rekommenderas i riktlinjerna:

Ulric Hermansson: Varit ansvarig för utvecklingen av 15-metoden för företagshälsan.

Pernilla Nordkvist: Varit projektledare för implementering av 15-metoden inom företagshälsan

Medverkande i första versionen av riktlinjerna

Nedan framgår vilka experter som medverkade i framtagningen av den ursprungliga versionen:

Medverkande i Riktlinjegruppen: Maria Barkström, beteendevetare, AB Previa, Nässjö; Brita Edberg, företagssköterska, HumanResurs, Örnsköldsvik; Anne Engardt, företagsläkare, Scania, Södertälje; Ylva Eriksson, socionom, Täbyhälsan, Stockholm; Cecilia Eurén-Pettersson, företagssköterska, Feelgood Företagshälsa, Göteborg; Mimmi Forssten, företagssköterska, Clarahälsan AB, Karlstad; Ulric Hermansson, ordförande, med.dr och universitetslektor vid Karolinska Institutet; Anna Lindberg, hälsoutvecklare, Feelgood Företagshälsa, Göteborg; Pernilla Nordkvist, projektsamordnare, Sveriges Företagshälsor; Lena Olsson, företagssköterska, Landstingshälsan Blekinge, Karlskrona; Gull-Britt Persson, företagssköterska, Järnhälsan, Göteborg; Bo Renström, företagsläkare, Globenhälsan, Stockholm; Théodora Sauma, företagsläkare, JämtHälsan AB, Östersund; Fredrik Sparring, företagsläkare, Avonova Hälsa AB, Skara; Eva-Carin Unéus, företagssköterska, SSAB, Oxelösund; Charlotte Wåhlin, ergonom Arbets- och miljömedicin, Region Östergötland.

Externa medverkande experter: Anne Berman, docent, psykolog, Karolinska Institutet; Lars Bäckström, arbetsrättsjurist, Almega; Anders Hammarberg, med.dr, beteendevetare, leg. psykoterapeut, Karolinska Institutet; Anders Helander, adj. professor, Karolinska Institutet; Lydia Kwak, med.dr och forskningssamordnare, Karolinska Institutet.

Externa granskare: Kristina Andersson, företagssköterska och ordförande i Riksföreningen för företagssköterskor; Sven Andréasson, adj. professor, Karolinska Institutet; Annika Berndtsson, företagssköterska, AB Tetra Pak i Lund; Lars Forsberg, med.dr och psykolog, Karolinska Institutet; Henna Hasson, docent, Karolinska Institutet; Lisa Hållstrand Skoog, sjuksköterska och rehabiliteringskonsult, Betania i Stockholm; Ragnhild Ivarsson Walther, företagsläkare, Eskilstuna kommunhälsa; Peter Munck, vd, Sveriges Företagshälsor; Jan Rosén, företagsläkare och ordförande i svenska företagsläkarföreningen; Boel Sandström, med. dr vet och sjuksköterska, Malmö högskola; Stig Vinberg, professor, Mittuniversitet i Östersund; Anna-Maria Westregård, docent och universitetslektor, Lunds universitet.

Referenser

Inledning

- Arbetsanpassning (AFS 2020:5). Arbetsmiljöverket. https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/arbetsanpassning-afs2020_5.pdf
- Andreasson, S. (2011). Behandling av alkoholberoende: dags att ickespecialister tar över. *Läkartidningen*, 108(45). <https://lakartidningen.se/tema-riskbruk-missbruk-beroende-1/2011/11/behandling-av-alkoholberoende-dags-att-icke-specialister-tar-over/>
- Babor, T.F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Rehm, J., Room, R., Rossow, I., & Sornpaisarn, B. (2022). Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the third edition. *Addiction*, 117(12), 3024–3036. <https://doi.org/10.1111/add.16003>
- Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., Franck, J., Andreasson, S., & Ojehagen, A. (2003). Treatment of alcohol abuse: an evidencebased review. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 27(10), 1645–1656. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000090144.99832.19>
- EU. (2011). Science Group of the European Alcohol and Health Forum. (2011). Alcohol, work and productivity. https://www.drugsandalcohol.ie/16211/1/science_02_en.pdf
- Folkhälsomyndigheten. (2022). Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
- Hermansson, U., Helander, A., Brandt, L., Huss, A., & Ronnberg, S. (2010). Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. *Alcohol & Alcoholism*, 45(3), 252–257. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq021>
- Marmot, M., North, F., Feeney, A., & Head, J. (1993). Alcohol consumption and sickness absence: from the Whitehall II study. *Addiction*, 88 (3), 369–382. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00824.x>
- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård, Sveriges regioner i samverkan. (2022). Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling. (Version 3). <https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/Stockholm/kunskapsstod/levnadsvanor/>
- Organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4). Arbetsmiljöverket. https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-foreskrifter-afs2015_4.pdf
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7–29. <https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.1997.58.7>
- Ramboll. (2019). Alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser – en beskrivande hälsoekonomisk studie. Ramboll Management Consulting AB. <https://www.omsystembolaget.se/globalassets/pdf/alkoholproblematik/ramboll---resultatrapport---alkoholenssamhallskonsekvenser---uppdaterad-oktober-2020.pdf>
- Rehm, J., Gmel, G.E., Gmel, G., Omer, S. M., H., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. A., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an update. *Addiction*, 112(6): 968–1001.
- Rehm, J., Gmel, G. E., Sr, Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of diseasean update. *Addiction*, 112(6), 968–1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>

- SBU. (2001). Behandling av alkohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning (Vol. II). https://www.sbu.se/contentassets/603faf76bd7347f2a68511d61250da1f/alkohol_narkotika_vol2.pdf
- Socialstyrelsen. (2019). Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>
- Sundin, E., Landberg, J., & Ramstedt, M. (2018). Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017. CAN-rapport nr 174. <https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-174-negativa-konsekvenser-av-alkohol-narkotika-och-tobak.pdf>
- Thørrisen, M.M., Bonsaksen, T., Hashemi, N., Kjekken, I., van Mechelen, W., & Wågø Aas, R. (2019). Association between alcohol consumption and impaired work performance (presentee-ism): a systematic review. *BMJ Open*, 9(7), <https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e029184>
- Wallhed Finn, S., Hammarberg, A., & Andreasson, S. (2018). Treatment for Alcohol Dependence in Primary Care Compared to Outpatient Specialist Treatment-A Randomized Controlled Trial. *Alcohol and Alcoholism*, 53(4), 376–385. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx126>
- Yuvaraj, K., Eliyas, S.K., Gokul, S., & Manikandanesan, S. (2019). Effectiveness of Workplace Intervention for Reducing Alcohol Consumption: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Alcohol and Alcoholism*, 54(3), 264-271. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz024>

Risker i arbetsmiljön

- Arbetsmiljöverket. (2011). Hot och våld inom vård och omsorg (Kunskapsöversikt, 2011:16). <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/hot-och-vald-inom-var-d-och-omsorg-kunskapssammanstallningar-rap-2011-16.pdf?hl=Hot%20och%20v%20ald%20inom%20v%20ard%20och%20omsorg>
- Arbetsmiljöverket. (2022). Åtgärder för att öka trafiksäkerheten. <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/sakerhet-i-trafiken/forbyggande-arbete-for-okad-trafiksakerhet/atgarder-for-att-oka-trafiksakerheten/?hl=alkohol>
- Medicinska kontroller i arbetslivet (AFS 2019:3). Arbetsmiljöverket. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/medicinska-kontroller-i-arbetslivet-afs-2019-3.pdf>
- Minderårigas arbetsmiljö (AFS 2012:3). Arbetsmiljöverket. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/minderarigas-arbetsmiljo-foreskrifter-afs2012-3.pdf>
- Våld och hot i arbetsmiljön (AFS 1993:2). Arbetsmiljöverket. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/vald-och-hot-i-arbetsmiljon-foreskrifter-afs1993-2.pdf>

Förebygga och hantera alkoholproblem på organisationsnivå

Alkoholpolicy

- Ames, G. M., Grube, J. W., & Moore, R. S. (2000). Social control and workplace drinking norms: a comparison of two organizational cultures. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61(2), 203–219. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.203>
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373(9682), 2234–2246. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60744-3)
- Arbetsanpassning (AFS 2020:5). Arbetsmiljöverket. https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/arbetsanpassning-afs2020_5.pdf

Elliott, K., & Shelley, K. (2006). Effects of drugs and alcohol on behavior, job performance, and workplace safety *Journal of Employment Counseling*, 43(3), 98-144. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2006.tb00012.x>

EU. (2011). Science Group of the European Alcohol and Health Forum. (2011). Alcohol, work and productivity. https://www.drugsandalcohol.ie/16211/1/science_02_en.pdf.

Morse, A. K., Askovic, M., Sercombe, J., Dean, K., Fisher, A., Marel, C., Chatterton, M.-L., Kay Lambkin, F., Barrett, E., Sunderland, M., Harvey, L., Peach, N., Teesson, M., & Mills, K. L. (2022). A systematic review of the efficacy, effectiveness and costeffectiveness of workplacebased interventions for the prevention and treatment of problematic substance use. *Frontiers in Public Health*, 10(1051119). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1051119>

Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1), Arbetsmiljöverket. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/systematiskt-arbetsmiljoarbete-foreskrifter-afs2001-1.pdf>

Webb, G., Shakeshaft, A., Sanson-Fisher, R., & Havard, A. (2009). A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction*, 104(3), 365–377. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02472.x>

Alkolås

Bjerre, B. (2005). Primary and secondary prevention of drink driving by the use of alcolock device and program: Swedish experiences. *Accident; analysis and prevention*, 37(6), 1145–1152. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2005.06.020>

Elder, R. W., Voas, R., Beirness, D., Shults, R. A., Sleet, D. A., Nichols, J. L., & Compton, R. (2011). Effectiveness of ignition interlocks for preventing alcoholimpaired driving and alcoholrelated crashes: a Community Guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(3), 362–376. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.11.012>

Trafikverket. (2011). Alkolås och ISA för kvalitetssäkring av transporter. https://www.mhf.se/app/uploads/2018/09/Publikation_2011_114_Alcolas_110623_WEBB.pdf

Willis, C., Lybrand, S., & Bellamy, N. (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), CD004168. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004168.pub2>

Kvalitetssäkrad nykterhetskontroll

Beck, O., Helander, A., & Hermansson, U. (2022). Företagshälsans guide för kvalitetssäkrad alkohol- och drogkontroll i arbetslivet. Sveriges Företagshälsor. <https://www.foretagshalsor.se/sv>

Förebygga och hantera alkoholproblem på individnivå

Screening och kort rådgivning

Berman, A., Wennberg, P., & Källmen, H. (2022). AUDIT & DUDIT-manualen. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/audit-alcohol-use-disorders-identification-test/>

Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems, A review. *Addiction*, 88, 315–336. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x>

Hermansson, U., Helander, A., Brandt, L., Huss, A., & Ronnberg, S. (2010). Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace: results of a 1-year randomized controlled study. *Alcohol & Alcoholism*, 45(3), 252–257. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq021>

Kaner, E., Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, P., Gilvarry, E., Godfrey, C. A., Heather, N., Myles, J., Newbury-Birch, D., Oyefeso, A., Parrott, S., Perryman, K., Phillips, T., Shephard, J., & Drummond, C. (2013). Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 346, e8501. <https://doi.org/10.1136/bmj.e8501>

O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. (2014). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol & Alcoholism*, 49(1), 66–78. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - stöd för styrning och ledning. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>

Webb, G., Shakeshaft, A., Sanson-Fisher, R., & Havard, A. (2009). A systematic review of work-place interventions for alcoholrelated problems. *Addiction*, 104(3), 365–377. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02472.x>

Utredning och bedömning

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care (Second ed.). Geneva: World Health Organization (WHO). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a-eng.pdf?sequence=1

Bergman, H., & Källmen, H. (2002). Alcohol Use Among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol & Alcoholism*, 37, 245–251. <https://doi.org/10.1093/alcalc/37.3.245>

Davidson, R., Bunting, B., & Raistrick, D. (1989). The homogeneity of the alcohol dependence syndrome: a factorial analysis of the SADD questionnaire. *British journal of addiction*, 84(8), 907–915. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00763.x>

Gerdner, A. (2009). Diagnosinstrument för beroende och missbruk: Granskning av ADDIS validitet och interna konsistens gällande alkoholproblem. *NAT Nordisk alkohol & narkotikatidskrift*, 26(3), 265–276. DOI:10.1177/145507250902600303

Hermansson, U., Helander, A., Brandt, L., Huss, A., & Rönnerberg, S. (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test and Carbohydrate-Deficient Transferrin in Alcohol-Related Sickness Absence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 28–35. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02428.x>

Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2007). The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(2), 185–199. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00295.x>

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The MiniInternational Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22–33; quiz 34–57. <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/11980/>

Sobell, L. C., Agrawal, S., Annis, H., Ayala-Velazquez, H., Echeverria, L., Leo, G. I., Rybakowski, J., Sandahl, C., Saunders, B., Thomas, S., & Ziokowski, M. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: alcohol timeline follow back and inventory of drinking situations. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Substance use & misuse*, 36(3), 313–331. <https://doi.org/10.1081/JA-100102628>

Socialstyrelsen. (2019). Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Biologiska markörer

Helander, A. (2011). Biomarkörer kan fånga tidigt riskbruk av alkohol. *Läkartidningen*, 108(45), 2291–2295. https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldWebArticlePdf/1/17263/LKT1145s2291_2295.pdf

- Helander, A., Böttcher, M., Dahmen, N., & Beck, O. (2019). Elimination characteristics of the alcohol biomarker phosphatidylethanol (PEth) in blood during alcohol detoxification. *Alcohol & Alcoholism*, 54(3), 251–257. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz027>
- Helander, A., & Hansson, T. (2013). Nationell harmonisering av alkoholmarkören PEth. *Läkartidningen*, 110(39–40), 1747–1748. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2013/09/nationell-harmonisering-av-alkoholmarkoren-fosfatidyletanol-peth/>
- Helander, A., Hermansson, U., & Beck, O. (2019). Doserresponse characteristics of the alcohol biomarker phosphatidylethanol (PEth) - a study of outpatients in treatment for reduced drinking. *Alcohol & Alcoholism*, 54(6), 567–573. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz064>
- Helander, A., Peter, O., & Zheng, Y. (2012). Monitoring of the alcohol biomarkers PEth, CDT and EtG/EtS in an outpatient treatment setting. *Alcohol & Alcoholism*, 47(5), 552–557. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags065>
- Helander, A., Walther, R. I., & Jones, A. W. (2010). Bestämning av alkohol i utandningsluft kan ge fel mätvärde. *Läkartidningen*, 107(3), 110–112. https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldWebArticlePdf/1/13547/LKT1003s110_112.pdf
- Neumann, J., Beck, O., Helander, A., & Böttcher, M. (2020). Performance of PEth compared with other alcohol biomarkers in subjects presenting for occupational and pre-employment medical examination. *Alcohol & Alcoholism*, 55(4), 401–408. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aaa027>
- Socialstyrelsen. (2019). Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Psykosocial behandling

- Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J., & Annis, H. (2002). Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-Step aftercare programs for substance abusers. *Addiction*, 97(6), 677–689. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00101.x>
- Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2009). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database Systematic Reviews* (3), CD005032. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2>
- Hammarberg, A., & Wallhed Finn, S. (2015). Åter till kontrollerat drickande – en handbok för kliniker. Studentlitteratur. ISBN: 978-91-44-09730-5
- Heather, N. (2006). Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol-related problems. *Addiction Research and Theory*, 14(1), 7–18. <https://doi.org/10.1080/16066350500489170>
- Kaner, E. F., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J., & Burnand, B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD004148. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub3>
- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516–527. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2007). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (Second ed.): The Guildford Press. ISBN-13 978-1593856410
- Miller, W. R., & Munoz, R. F. (2013). *Controlling Your Drinking* (Second ed.). New York: The Guilford Press. ISBN-13 978-1462507597
- Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal* (3: rd ed). Natur och Kultur. ISBN 9789127135390
- Moyers, T. B., Manuel, J. K., & Ernst, D. (2015). *Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.2.1 (MITI 4.2.1)*. University of New Mexico, Center on Alcoholism. https://motivationalinterviewing.org/sites/default/files/miti4_2.pdf
- Ortiz, L., & Wirbing, P. (2022). *Återfallsprevention utifrån KBT och MI -vid problem med alkohol och narkotika*. Studentlitteratur. ISBN: 9789144153124

Project MATCH Research Group (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7–29. <https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.1997.58.7>

Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A., & Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.12.006>

Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113(1), 129–139. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.129>

SBU. (2001). Behandling av alkohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsmanställning (Vol. 156). https://www.sbu.se/contentassets/603faf76bd7347f2a68511d61250da1f/alkohol_narkotika_vol2.pdf

Saxon, L., & Wirbing, P. (2004). Återfallsprevention. Färdighetsträning vid missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel. Studentlitteratur. ISBN 9789144029429

Schwalbe, C., Oh, H., & Zweben, A. (2014). Sustaining Motivational interviewing: a metaanalysis of training studies. *Addiction*, 109, 1287–1294. <https://doi.org/10.1111/add.12558>

Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 389–396. <https://doi.org/10.15288/jsa.2001.62.389>

Socialstyrelsen. (2019). Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>

van Amsterdam, J., & van den Brink, W. (2013). Reduced risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 27(11). <https://doi.org/10.1177/0269881113495320>

Walters, G. D. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers: A metaanalysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, 31, 135–149. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80008-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80008-8)

Österling, A. (2001). Väckarklockan. Manualbaserad återfallsprevention vid beroende. (Baserad på Project MATCH manual). Meda AB. <https://studylibsv.com/doc/480001/v%C3%A4ckarklockan--medasverige.se>

Digitala interventioner

Bendtsen, M., McCambridge, J., Åsberg, K., & Bendtsen, P. (2021). Text messaging interventions for reducing alcohol consumption among risky drinkers: systematic review and metaanalysis. *Addiction*, 116(5), 1021–1033. <https://doi.org/10.1111/add.15294>

Bendtsen, M., Åsberg, K., & McCambridge, J. (2022). Effectiveness of a digital intervention versus alcohol information for online help-seekers in Sweden: a randomised controlled trial. *BMC medicine*, 20(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02374-5>

Buntrock, C., Freund, J., Smit, F., Riper, H., Lehr, D., Boß, L., Berking, M., & Ebert, D. D. (2022). Reducing problematic alcohol use in employees: economic evaluation of guided and unguided web-based interventions alongside a threearm randomized controlled trial. *Addiction*, 117(3), 611–622. <https://doi.org/10.1111/add.15718>

Byaruhanga, J., Atorkey, P., McLaughlin, M., Brown, A., Byrnes, E., Paul, C., Wiggers, J., & Tzelepis, F. (2020). Effectiveness of Individual Real-Time Video Counseling on Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity, and Obesity Health Risks: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 22(9), e18621. <https://doi.org/10.2196/18621>

Ekström, V., & Johansson, M. (2020). Choosing internetbased treatment for problematic alcohol use why, when and how? Users' experiences of treatment online. *Addiction science & clinical practice*, 15(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s13722-020-00196-5>

Johansson, M., Berman, A. H., Sinadinovic, K., Lindner, P., Hermansson, U., & Andréasson, S. (2021). Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Harmful Alcohol Use and Alcohol Dependence as Selfhelp or With Therapist Guidance: Three-Armed Randomized

Trial. *Journal of medical Internet research*, 23(11), e29666. <https://doi.org/10.2196/29666>
Johansson, M., Sinadinovic, K., Gajecki, M., Lindner, P., Berman, A. H., Hermansson, U., & Andréasson, S. (2021). Internetbased therapy versus face-to-face therapy for alcohol use disorder, a randomized controlled non-inferiority trial. *Addiction*, 116(5), 1088–1100. <https://doi.org/10.1111/add.15270>

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., Redmore, J., O'Donnell, A., Newham, J. J., de Vocht, F., Hickman, M., Brown, H., Maniatopoulos, G., & Michie, S. (2017). Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD011479. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011479.pub2>

Kiluk, B. D., Ray, L. A., Walthers, J., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Magill, M. (2019). Technology-Delivered Cognitive-Behavioral Interventions for Alcohol Use: A Meta-Analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 43(11), 2285–2295. <https://doi.org/10.1111/acer.14189>

Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Andersson, G., Berman, A. H., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., Boß, L., Brendryen, H., Cunningham, J., Ebert, D., Hansen, A., Hester, R., Khadjesari, Z., Kramer, J., ... Smit, J. H. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data metaanalysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS medicine*, 15(12), e1002714. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002714>

Romero, D., Johansson, M., Hermansson, U., & Lindner, P. (2021). Impact of Users' Attitudes Toward Anonymous Internet Interventions for Cannabis vs. Alcohol Use: A Secondary Analysis of Data From Two Clinical Trials. *Frontiers in psychiatry*, 12, 730153. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.730153>

Staiger, P. K., O'Donnell, R., Liknaitzky, P., Bush, R., & Milward, J. (2020). Mobile Apps to Reduce Tobacco, Alcohol, and Illicit Drug Use: Systematic Review of the First Decade. *Journal of medical Internet research*, 22(11), e17156. <https://doi.org/10.2196/17156>

Sundström, C., Forsström, D., Berman, A. H., Khadjesari, Z., & Sundqvist, K. (2023). What do we know about alcohol internet interventions aimed at employees? A scoping review. *Frontiers in public health*, 11, 929782. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.929782>

Tofighi, B., Chemi, C., Ruiz-Valcarcel, J., Hein, P., & Hu, L. (2019). Smartphone Apps Targeting Alcohol and Illicit Substance Use: Systematic Search in Commercial App Stores and Critical Content Analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(4), e11831. <https://doi.org/10.2196/11831>

Läkemedelsbehandling

Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., Gastfriend, D. R., Hosking, J. D., Johnson, B. A., LoCastro, J. S., Longabaugh, R., Mason, B. J., Mattson, M. E., Miller, W. R., Pettinati, H. M., Randall, C. L., Swift, R., Weiss, R. D., Williams, L. D., Zweben, A., ... COMBINE Study Research Group. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *Jama*, 295(17), 2003–2017. <https://doi.org/10.1001/jama.295.17.2003>

Jorgensen, C. H., Pedersen, B., & Tonnesen, H. (2011). The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(10): 1749-1758. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01523.x>

Rosner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Lehert, P., Vecchi, S., & Soyka, M. (2010). Acamprostate for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9), CD004332.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004332.pub2>

Rosner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Vecchi, S., Srisurapanont, M., & Soyka, M. (2010). Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12), CD001867. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001867.pub3>

Socialstyrelsen. (2019). Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Wallhed Finn, S., Lundin, A., Sjoqvist, H., & Danielsson, A.-K. (2021). Pharmacotherapy for alcohol use disorders – Unequal provision across sociodemographic factors and co-morbid conditions. A cohort study of the total population in Sweden. *Drug and Alcohol Dependence*, 227, 108964, <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108964>

En modell – best practice

Jaehne, A., Loessl, B., Frick, K., Berner, M., Hulse, G., & Balmford, J. (2012). The efficacy of stepped care models involving psychosocial treatment of alcohol use disorders and nicotine dependence: a systematic review of the literature. *Current drug abuse reviews*, 5(1), 41–51. <https://doi.org/10.2174/1874473711205010041>

Miller, W. R., Sovereign, G., & Krege, B. (1988). Motivational Interviewing with Problem Drinkers: II. The Drinker's Check-up as a Preventive Intervention. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 16(04), 251–268. <https://doi.org/10.1017/S0141347300014129>

Project MATCH Research Group (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7–29. <https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.1997.58.7>

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 573–579. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.573>

Wåhlin, S., & Andreasson, S. (2015). Behandling av alkoholberoende i primärvård kan ge goda resultat. 15-metoden – en strukturerad behandling anpassad efter patientens behov.

Läkartidningen, 112, 1596–1599. <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/IY/%5BDIIY%5D/DIIY.pdf>

Flerpartssamtal

Karlson, B., Jonsson, P., & Osterberg, K. (2014). Long-term stability of return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout. *BMC Public Health*, 14, 821. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-821>

Lee, K. P. W. (2010). Planning for success: setting SMART goals for study. *British Journal of Midwifery*, 18(11), 744–746. <https://doi.org/10.12968/bjom.2010.18.11.79568>

Shahin, A., & Mahbod, M. A. (2007). Prioritization of key performance indicators: An integration of analytical hierarchy process and goal setting. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(3), 226–240. <https://doi.org/10.1108/17410400710731437>

Wismar, M., McKee, M., Ernst, K., Srivastava, D., & Busse, R. (2008). Health targets in Europe. Learning from experience. *Observatory Studies Series No 13*. World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark, 177 pp. ISBN: 9789289042840

Förändrade alkoholvanor och rökstopp

Baca, C. T., & Yahne, C. E. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know. *Journal of substance abuse treatment*, 36(2), 205–219. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.06.003>

Nieva, G., Ortega, L. L., Mondon, S., Ballbe, M., & Gual, A. (2011). Simultaneous versus delayed treatment of tobacco dependence in alcoholdependent outpatients. *European Addiction Research*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1159/000321256>

Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall, S. M. (2004). A meta analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1144–1156. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1144>

Tsoh, J. Y., Chi, F. W., Mertens, J. R., & Weisner, C. M. (2011). Stopping smoking during first year of substance use treatment predicted 9-year alcohol and drug treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 114(2–3), 110–118. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.008>

Wallhed Finn, S., Andréasson, S. & Hammarberg, A. (2020). Treatment of Alcohol Dependence in Primary Care Compared With Outpatient Specialist Treatment: Twelve-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial, With Trajectories of Change. *Journal of studies on alcohol and drugs* 81, 300–310. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.300>

Förändra alkoholvanor och fysisk aktivitet

Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA). Dohrn, I. M., Jansson, E., Börjesson, M., & Hagströmer, M. (Red.). (2021). *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2021*. Stockholm: Läkartidningen Förlag AB. ISBN: 978-91-985098-2-3.

Giesen, E. S., Deimel, H., & Bloch, W. (2015). Clinical exercise interventions in alcohol use disorders: a systematic review. *Journal of Substance Use & Addiction Treatment*, 52, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.12.001>

Gunillasdotter, V., Andréasson, S., Jirwe, M., Ekblom, Ö., & Hallgren, M. (2022). Effects of exercise in non-treatment seeking adults with alcohol use disorder: A three-armed randomized controlled trial (FitForChange). *Drug and Alcohol Dependence*, 232, 109266. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109266>

Linke, S. E., & Ussher, M. (2015). Exercisebased treatments for substance use disorders: evidence, theory, and practicality. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 41(1), 7–15. <https://doi.org/10.3109/00952990.2014.976708>

Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R., & Zhou, C. (2014). Impact of physical exercise on substance use disorders: a metaanalysis. *PLoS One*, 9(10), e110728. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110728>

WHO. (2018) *Global status report on alcohol and health 2018*.

Zschucke, E., Heinz, A., & Strohle, A. (2012). Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders. *The Scientific World Journal*, 2012, 901741. <https://doi.org/10.1100/2012/901741>

Arbetsrätt och rehabilitering

Arbetsanpassning (AFS 2020:5). Arbetsmiljöverket. https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/arbetsanpassning-afs2020_5.pdf

Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160), 3 kap. 2a §. Arbetsmarknadsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160/

Lag om anställningsskydd (SFS 1982:80). Arbetsmarknadsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-198280-om-anstallningsskydd_sfs-1982-80/

Socialförsäkringsbalk (SFS 2010:110), 30 kap. 6a §. Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110_sfs-2010-110/



Myndigheten för
arbetsmiljökunskap

www.mynak.se

ISBN 978-91-89747-34-0