

RIKTLINJER VID

Alkoholproblem på arbetsplatsen

Riktlinjer för tidiga insatser vid alkoholproblem på arbetsplatsen

Riktlinjerna har tagits fram av företagshälsans riktlinjegrupp som består av praktiker och forskare. I gruppen ingår representanter från flertalet professioner på olika företagshälsor i Sverige, branschföreningen Sveriges Företagshälsor, representanter från Svenska företagsläkarföreningen samt forskare från Enheten för interventions- och implementeringsforskning för arbetshälsa, Institutet för miljömedicin (IMM) vid Karolinska Institutet. Riktlinjegruppen ingår som en part i Kompetenscentret för företagshälsa.

Förord

Riktlinjerna för tidiga insatser vid alkoholproblem på arbetsplatsen är framtagna av Företagshälsans riktlinje-grupp vid Karolinska Institutet samt branschföreningen Sveriges Företagshälsor. Målsättningen har varit att utforma riktlinjer som bygger på bästa tillgängliga evidens samt har en hög grad av tillämpbarhet i det dagliga praktiska arbetet inom företagshälsan.

Sedan 1 juli 2018 ansvarar Myndigheten för arbetsmiljökunskap för att upprätta, förvalta och utveckla riktlinjer för evidensbaserad praktik inom företagshälsan enligt den modell som utprovats under ledning av professor Irene Jensen och docent Lydia Kwak vid institutet för miljömedicin på Karolinska Institutet. Arbetet med att ta fram evidensbaserade riktlinjer har skett och kommer även fortsättningsvis att ske i samarbete mellan företagshälsans olika kategorier av yrkesverksamma och deras branschorganisationer samt forskare.

Denna riktlinje publicerades första gången 2015 och återpubliceras nu med tillåtelse av Karolinska Institutet i omarbetad form under myndighetens profil.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap bidrar till att skapa förutsättningar för ett friskt, glädjefyllt och hållbart arbetsliv genom att vara ett nationellt kunskapscentrum för frågor om arbetsmiljö. Genom sin roll som samverkande funktion kan myndigheten katalysera och tillsammans med andra aktörer på området påverka arbetsmiljön i rätt riktning. I det huvudsakliga uppdraget ingår att sammanställa och sprida den senaste forskningen inom arbetsmiljöområdet så att den blir användbar i praktiken. Myndigheten bidrar även till att förbättra förutsättningarna för en framgångsrik företagshälsa genom att följa och främja företagshälsans utveckling.

Riktlinjerna för tidiga insatser vid alkoholproblem på arbetsplatsen ingår i en serie av publikationer. Läs mer om samtliga riktlinjer på mynak.se.

Nader Ahmadi
Generaldirektör och professor
Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Författarnas förord

Det är med stor glädje som vi nu lämnar över det fortsatta arbetet med nationella riktlinjer för företagshälsan till Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Samtliga av de tidigare utgivna riktlinjerna ges nu ut igen i en nyutgåva under myndigheten. Sedan 2014 har fem riktlinjer publicerats inom områdena ryggbesvär, psykisk ohälsa, alkoholbruk, hälsoundersökningar samt buller. Till riktlinjerna finns arbetshälsoekonomiska analysverktyg som är ett komplement till företagshälsans riktlinjer. Analysverktyget är ett praktiskt tillgängligt verktyg som utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet och kan användas för att se ekonomiska konsekvenser av ohälsa på arbetsplatsen och för ta reda på om insatser är kostnadseffektiva.

Riktlinjerna och de arbetshälsoekonomiska verktygen är framtagna av Företagshälsans riktlinjegrupp, en verksamhet inom programmet för forskning om metoder för företagshälsa vid Karolinska Institutet, samt Kompetenscentret för företagshälsa (www.fhvforskning.se). Syftet med riktlinjearbetet är att stödja evidensbaserad praktik, EBP, inom företagshälsa. EBP är tillämpningen av den bästa tillgängliga kunskapen i kombination med klinisk erfarenhet och klientens förutsättningar. Att arbeta enligt EBP har visat sig ge effektivare insatser.

Till riktlinjegruppen finns en prioriteringskommitté kopplad bestående av representanter för arbetsgivare och arbetstagare.

Prioriteringskommitténs uppgift är att utifrån kunskaper från verksamheter ta fram ett underlag för vilka områden som bör prioriteras vid val av riktlinjer som ska utarbetas. Prioriteringskommittén har dock inget ansvar för innehåll eller utformning av riktlinjen.

Verksamheten i riktlinjegruppen har fram till nu finansierats via anslag från forskningsrådet FORTE och AFA Försäkring. Dessutom finansierades verksamheten via resurser (arbetstid, lokaler etcetera) från branschföreningen Sveriges Företagshälsor och de företagshälsor som är representerade i gruppen.

Arbetet med att ta fram evidensbaserade riktlinjer sker i ett unikt samarbete mellan yrkesverksamma i olika professioner inom företagshälsan, branschföreningen Sveriges Företagshälsor samt verksamhetsnära forskare. Målsättningen är att utforma praktiska riktlinjer som bygger på bästa tillgängliga evidens, men också har en hög grad av tillämpbarhet i det dagliga praktiska arbetet ute i verksamheter. Vidare har också hänsyn tagits till vad som bedömts möjligt att implementera i den mångskiftande verksamhet som företagshälsan är.

Irene Jensen
Professor och programansvarig

Lydia Kwak
Docent och programsekreterare

Syftet med evidensbaserad praktik är att öka möjligheterna att hjälpa. I evidensbaserad praktik strävar man efter att utredning och insatser ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, som hämtas från forskning, från den enskilde och från praktiken.
Socialstyrelsen 2015

Om framtagandet av riktlinjerna

Riktlinjerna är en sammanställning av företagshälsans riktlinjegrupp som består av praktiker och forskare. Flera yrkesföreningar har deltagit i och på olika sätt bidragit till riktlinjen. Dessa är Riksföreningen Företagssköterskor, Förbundet Sveriges Arbeta-
reterapeuter, Svenska Företagsläkarföreningen, Sveriges Psykologförbund, Föreningen
Teknisk Företagshälsovård samt Fysioterapeuterna.

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, Karolinska Institutet, 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 rehabiliterings-
konsult, Betania i Stockholm
Ragnhild Ivarsson Walther, företagsläkare, Eskilstuna
kommunhälsa
Peter Munck, VD, Sveriges Företagshälsor
Jan Rosén, företagsläkare och ordförande i svenska före-
tagssköterskorföreningen
Boel Sandström, dr med vet och sjuksköterska, Malmö
högskola
Stig Vinberg, professor, Mittuniversitet i Östersund.
Anna-Maria Westregård, docent och universitetslektor,
Lunds Universitet
Deklaration om särintressen eller andra jävsförhållanden till
de metoder som rekommenderas i riktlinjerna, se bil. 1.

Innehåll

Förord	3	Finns samsjuklighet?	25
Om framtagandet av riktlinjerna	5	Biologiska markörer	25
Inledning	9	Alkoholpåverkan – pågående eller nyligen avslutat alkoholintag?	25
Bakgrund	9	Har alkoholintag förekommit det senaste dygnet/dygnen?	26
Syfte	11	Finns indikation på pågående eller tillfällig risk-konsumtion – senaste veckorna eller månaden?	26
Målgrupp	11	Monitorering	26
Avgränsningar	11	Finns indikation på långvarig och hög alkoholkonsumtion?	26
Förebygga och hantera alkoholproblem på organisationsnivå	13	Psykosocial behandling	27
Alkoholpolicy	13	MI-metodiken	27
Flödesschema – organisationsnivå	14	MET	28
Alkolås – förhindra rattonykterhet och kvalitetssäkra transporter	15	Kvalitetssäkra MI-rådgivning	28
Kvalitetssäkrad testning	16	KBT	28
Arbetsrätt och rehabilitering	16	Återfallsprevention	29
Arbetsgivarens skyldigheter vad gäller förebyggande arbete enligt Arbetsmiljölagen	16	Behavioral self-control training	29
Arbetsgivarens skyldigheter när skada eller sjukdom har inträffat	16	CRA	29
Den anställdes skyldigheter när skada eller sjukdom har inträffat	16	Tolvstegsbehandling	30
Uppsägning eller avsked på grund av sjukdom	17	Biblioterapi och webbaserad behandling	30
Särskilt om alkohol	17	Läkemedelsbehandling	30
Trepartssamtal	17	Att minska sug och kontrollförlust	31
Förebygga och åtgärda alkoholproblem på individnivå	21	Minska risk för återfall	31
Flödesschema – individnivå	22	En modell – best practice	31
Screening och kort rådgivning	23	15-metoden	32
Utredning och bedömning	23	Andra levnadsvanor och alkohol	33
Förekommer riskkonsumtion och finns risk för skadligt bruk eller beroende?	23	Förändrade alkoholvanor och rökstopp	33
Hur ser konsumtionsmönstret (vanorna) ut över tid?	24	Fysisk aktivitet – komplement vid behandling	33
Finns ett psykosocialt hjälpbehov inom andra områden?	24	Kompletterande stöd	33
Är det aktuellt med diagnos för skadligt bruk eller beroende?	24	Implementering av riktlinjer	35
Vilken svårighetsgrad har alkoholberoendet?	24	inom företagshälsan	35
		Vad behöver göras?	35
		Framgångsfaktorer	37
		När är man klar?	38
		Sammanfattning	38
		Bilagor	39
		Referenser	62

Inledning

En hög alkoholkonsumtion ökar risken för både sjukfrånvaro och sjuknärvaro samt för olyckor och arbetsrelaterade skador. Det 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 iscensättas på arbetsplatsen. Det finns kostnadseffektiva metoder som med företagshälsans hjälp kan göra stor nytta för såväl arbetsplatsen som individer och samhälle.

Bakgrund

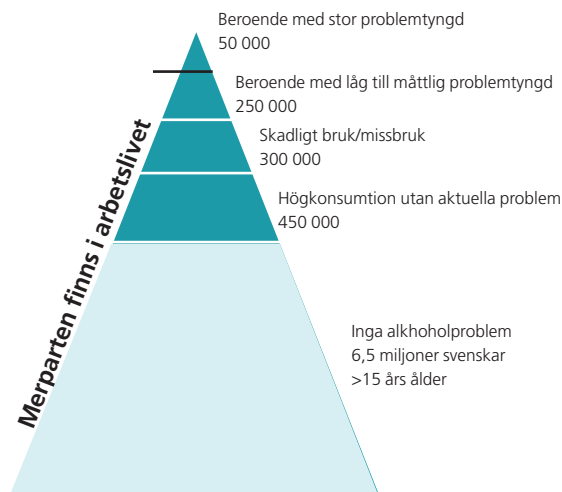
Problemets omfattning

Kartläggningar av svenska folkets alkoholvanor från 2013 visar att en knapp femtedel av männen (19 procent) och något mer än en tiondel av kvinnorna (12 procent) har en riskkonsumtion av alkohol. En icke obetydlig grupp av riskkonsumenterna har klara alkoholproblem och är socialt väletablerade. Av en rapport från 2014 framgår att cirka 8 procent av männen och cirka 4 procent av kvinnorna i åldersgruppen 17–84 år har ett missbruk eller är beroende av alkohol. Det motsvarar cirka 285 000 män och cirka 161 000 kvinnor. Merparten av dessa personer har ett arbete och finns därmed i arbetslivet. Enligt samma rapport påverkas ytterligare cirka 700 000 personer negativt av dem som dricker mycket alkohol. Det finns studier som visar att personer med omfattande alkoholvanor även inverkar negativt på andras produktivitet.

Tidigare skattningar av såväl riskbruk, missbruk som alkoholberoende har redovisat en liknande problembild.

Arbetsplatsen som arena

Flera vetenskapliga studier framhåller att arbetsplatsen är en central arena för att förebygga alkohol-



Siffrorna i figuren är hämtade från Andréasson (2011).
Läkartidningen nr 45, volym 108.

relaterade problem, inte minst när det handlar om personer som har en hög och intensiv konsumtion. Enligt en EU-rapport från 2011 finns ett omfattande vetenskapligt stöd för att alkoholproblem skapar negativa effekter på arbetsplatsen och minskar produktiviteten. Alkohol är dessutom en av de vik-

tigaste riskfaktorerna för ökad ohälsa och för tidig död bland befolkningen i arbetsför ålder. Världshälsoorganisationen, WHO, anger att ett 60-tal av de vanligaste sjukdomarna är alkoholrelaterade.

En hög alkoholkonsumtion ökar risken för både sjukfrånvaro och sjuknärvaro, liksom för olyckor och arbetsrelaterade skador. Det 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 minskad produktivitet och förlorad arbetsförtjänst har belagts i flera studier. På senare år har forskningsresultat publicerats som visar att en persons alkoholproblem även inverkar negativt på övriga medarbetare. Man fann bland annat att kostnaden för förlorad produktivitet var ungefär lika stor för 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 alkoholproblemen redan blivit befästa. En utmaning har därför varit att finna metoder som möjliggör tidiga interventioner för att förhindra 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 genomförda 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 att genomföra screening och kort rådgivning i samband med hälsoundersökningar där andra livsstilsfrågor tas upp och att få anställda upplever det som känsligt. Mer om hur screening och kort rådgivning kan involveras i hälsoundersökningar på organisatorisk och individuell nivå beskrivs i särskilda riktlinjer om hälsoundersökningar (se *Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen*).

Forskningsöversikter har visat att kortare behandlingsprogram har motsvarande effekt som mer omfattande behandling för socialt etablerade personer som har ett arbete. Flera av dessa tidsavgränsade

insatser kan med fördel genomföras av hälso- och sjukvårdspersonal utan specialistkompetens i beroendevård, till exempel företagshälsans personal. Mer omfattande evidensbaserad behandling som kräver specialistkompetens genomförs av andra aktörer, ofta i nära samverkan med både arbetsgivare och företagshälsa.

En av de mest omfattande studierna när det gäller behandling av 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 man till en början prövar en begränsad insats och därefter ökar 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 sid 29, En modell – best practice).

Det finns inget stöd för att förutsäga vilken behandling som är lämplig för en viss grad av problem. Men man kan först pröva en begränsad insats och sedan öka insatsen efter behov.

Dessa riktlinjer har utgått från de internationella översikter som finns inom området. 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 nyligen framtagna riktlinjer (2015) för vård och stöd vid missbruk och beroende samt en tidigare kunskapsammanställning från Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001) använts.

Eftersom det är vanligt att arbetsplatser har en alkoholpolicy och det finns vetenskapligt stöd för att policyn är betydelsefull tas även denna fråga upp här i riktlinjerna. I Arbetsmiljöverkets författningssamling anges att arbetsgivare rent generellt ska ha rutiner för arbetsanpassning och rehabilitering samt regler och rutiner för när anställda är påverkade på arbetet.

Syfte

Syftet med dessa riktlinjer är att ge företagshälsan och dess uppdragsgivare ett underlag som presenterar kvalitetssäkrade metoder när det gäller 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 har även ett särskilt fokus på implementering, det vill säga hur metoderna och arbetsätten bör införas och tillämpas i den dagliga verksamheten.

Målgrupp

Riktlinjerna är huvudsakligen utformade för att tillämpas av företagshälsan, men är även tänkta att användas som ett kunskapsunderlag för arbetsgivare som ska införa kvalitetssäkrade metoder kring alkoholproblem på arbetsplatsen.

Avgränsningar

Dessa riktlinjer fokuserar endast på att förebygga och hantera alkoholproblem även om bruk av andra substanser och angränsade problem som spelberoende också förekommer inom arbetslivet. Alkohol är det dominerande problemet och det finns betydligt fler evidensbaserade metoder som kan användas i arbetslivet (via företagshälsan) och därmed göras tillgängliga för arbetstagare och arbetsgivare.

En annan avgränsning är att individinsatser beskrivs i större omfattning än grupp- och organisationsinsatser eftersom det vetenskapliga underlaget är starkare när det gäller individinsatser. Riktlinjerna tar kortfattat upp aktuella föreskrifter kring arbetsgivarens skyldigheter när det gäller insatser mot alkoholproblem, men rättsläget utifrån beslut i arbetsdomstolen tas inte upp.

Förebygga och hantera alkohol-
problem på organisationsnivå

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/chefer, erbjudande om screening och rådgivning av alkoholvanor, tester för att kontrollera nykterhet, alkoholås i fordon samt 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 stödåtgärder.

Alkoholpolicy

En alkoholpolicy på en arbetsplats uttrycker hur arbetsplatsen önskar hantera dessa frågor. Ibland kallas sådana dokument för riktlinjer, guidelines eller dylikt men vi har valt att genomgående använda ordet policy. I en EU-rapport, som systematiskt granskat enskilda studier och metaanalyser (översiktsartiklar) om alkoholens inverkan på arbetet och produktiviteten, sammanfattas att en tydlig och skriftlig policy troligen 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 de anställdas alkoholvanor på fritiden eftersom de kan leda till risker i arbetet.

Det finns få studier som har undersökt effekten av att arbetsplatsen har en alkoholpolicy, men i en studie som omfattade 10 000 anställda sökte forskarna svar på vad som kan leda till mer återhållsamma alkoholvanor och man fann bland annat att en policy ska vara skriftlig och tydlig samt ange vilka regler som gäller på arbetsplatsen och vad som händer om reglerna inte följs.

Policyn ska vara lättbegriplig och det ska råda samförstånd mellan arbetstagare och arbetsgivare

kring dess innehåll (se exempel på policy, bil. 3).

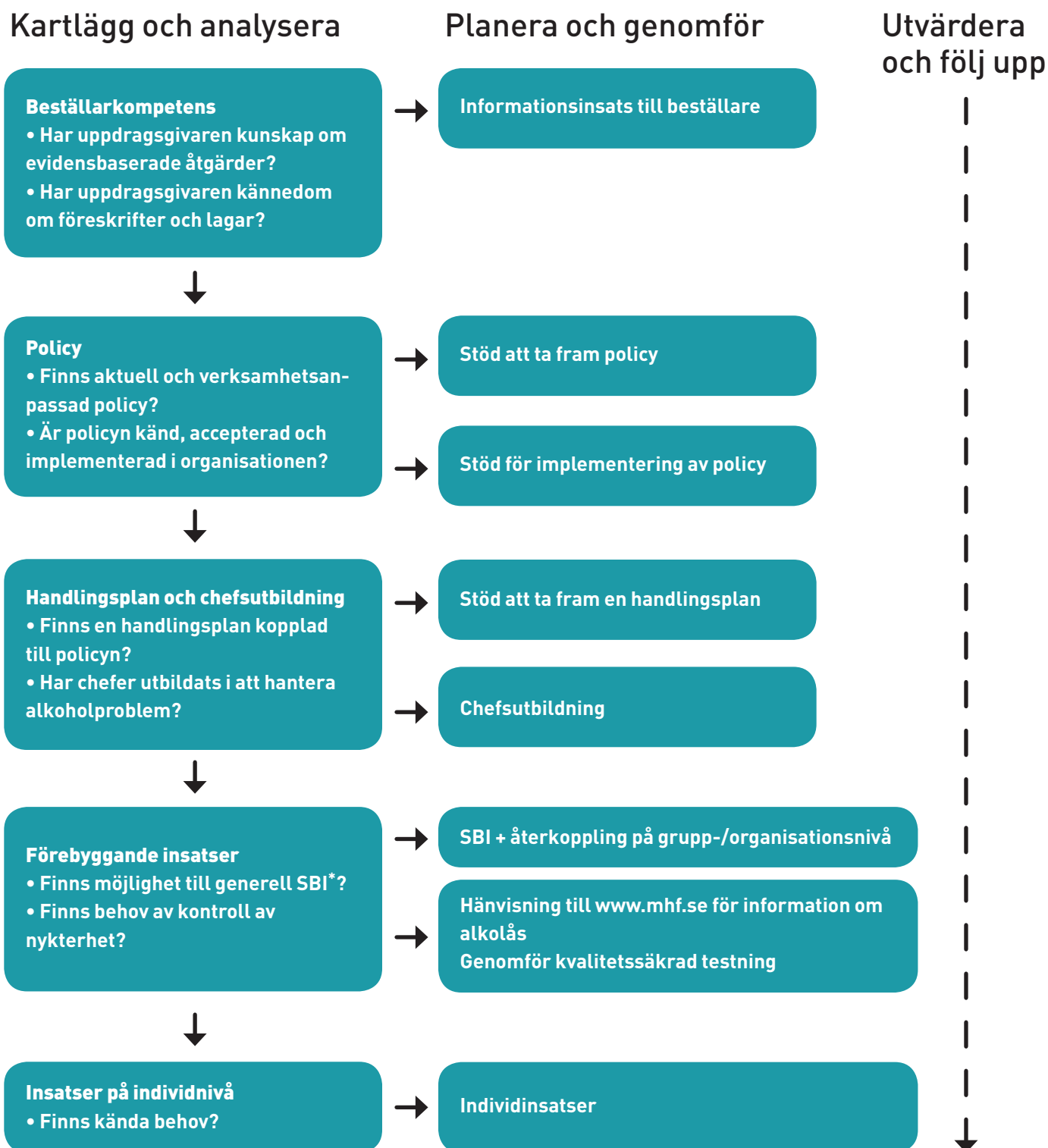
Det är viktigt att alla på arbetsplatsen informeras om alkoholpolicyen och att den är lättillgänglig både för chefer och medarbetare.

Det här är viktigt för en alkoholpolicy

- En tydlig och skriftlig alkoholpolicy anger vilka regler som gäller angående alkohol på arbetsplatsen (konsumtion, påverkan, dagen efter-effekt med mera) samt vilka konsekvenser det blir om reglerna inte följs. Den ska ge också information om vilket stöd den anställda kan få.
- Språket i policyn ska utformas så att alla förstår så att det inte uppstår missförstånd om dess regelsystem.
- Policyn bör ange vilka förebyggande insatser som ska förhindra att medarbetare kommer bakfulla till arbetet, konsumerar alkohol på arbetstid med mera.
- Det ska råda samförstånd på arbetsplatsen kring alkoholpolicyen samt dess regler och krav.

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

Flödesschema – organisationsnivå



Flödesschemat visar vad som bör övervägas på organisatorisk nivå för att arbetsplatsen ska ha en god beredskap att kunna förebygga och åtgärda alkoholproblem. *SBI (screening och kort rådgivning), se sid 21.

Enstaka studier har undersökt och diskuterat olika riskfaktorer för alkoholproblem på arbetsplatsen: normer, social kontroll och acceptans vad gäller alkohol samt möjlighet att inhandla och förtära alkohol på arbetstid (exempelvis i lunchmatsalen). Arbetsmiljöfaktorer som upplevd tillfredsställelse, stress samt möjlighet att påverka arbetssituationen har också undersökts i det sammanhanget. Rekommendationen är att arbetsplatsen överväger om det finns tänkbara riskfaktorer som bör beaktas när en alkoholpolicy ska skapas eller revideras.

Att införa och följa en policy kan alltså ge ett positivt bidrag till arbetsplatsens praxis och kultur. Det kan handla om att kräva att samtliga anställda ska vara nyktra under arbetstid eller att ställa krav på och ge befogenheter till chefer med ett delegerat arbetsledaransvar att agera vid misstankar om alkoholpåverkan.

Policyn bör även ta upp stödåtgärder, att den som har alkoholproblem ska erbjudas behandling och arbetslivsinriktad rehabilitering. Att låta policyn vara en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet enligt arbetsmiljöföreskriften om Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1 11 §) tryggar att alkoholpolicyn är aktuell och uppdaterad.

För att chefer ska kunna och våga agera vid misstanke om alkoholproblem behövs utbildning och träning. Arbetsplatsen ska, enligt arbetsmiljöföreskriften om Arbetsanpassning och rehabilitering (AFS 1994:1 10§ och 13§), ha rutiner som omfattar missbruk av alkohol och ska klargöra vilka interna regler och rutiner som gäller om en arbetstagare är påverkad av alkohol i arbetet.

Aktuella rutiner och information om vart chefen kan vända sig för att få hjälp och stöd sammanställs ofta i en handlingsplan.

För mer information om alkoholbesök Transportstyrelsens webbplats, www.transportstyrelsen.se, eller Motormännens helnykterhetsförbunds webbplats, www.mhf.se. På MHF:s webbplats finns även information om vilken utrustning som är lämplig och håller hög kvalitet.

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 0,2 promille i blodet går inte motorn att starta. Alkolås används idag som en alternativ påföljd vid rattfylleri samt för att kvalitetssäkra transporter genom att förhindra rattonykterhet. Alkolås är en relativt ny företeelse och har använts i Sverige sedan tidigt 2000-tal. I slutet av år 2003 uppskattades användningen av alkolås i näringslivet och bland offentliga organisationer till cirka 1 000, tre år senare till cirka 25 000 och under 2011 till cirka 75 000.

I en översiktsstudie från Cochrane Collaboration framkom att alkolås minskar risken för att köra alkoholpåverkad, men att stödet är bristfälligt för en kvarstående effekt efter att alkolåset tagits bort. En svensk studie har dock verifierat att metoden leder till minskad risk för återfall i rattfylleri och att den minskar antalet sjukskrivnings- och vårdkonsumtionsdagar. Vad gäller vetenskapliga utvärderingar av alkolås i syfte att kvalitetssäkra transporter har endast en studie hittats. Studien är genomförd i

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

- **AFS 1994:1 Arbetsanpassning och rehabilitering**
"13 § Rutiner enligt 10 § (AFS 1994:1) ska även omfatta arbetsanpassning och rehabilitering vid missbruk av alkohol eller andra berusningsmedel. Arbetsgivaren ska dessutom klargöra vilka interna regler och rutiner som gäller om en arbetstagare uppträder påverkad av alkohol eller andra berusningsmedel i arbetet."

- **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 utvärderingen kan vara att bättre anpassa den rådande policyn till arbetsplatsens förutsättningar.

Sverige och har utvärderat användarnas erfarenheter och utfallet av att använda alkohol i kommersiella fordon (buss, lastbil och taxi). Blåsningar över 0,2 promille visade sig vara vanligast under dagtid på lördagar och på söndagsmornar. En slutsats var att om alla lastbilar, bussar och taxibilar hade alkohol skulle motsvarande en halv miljon rattfylleriressor förhindras varje år i Sverige.

Kvalitetssäkrad testning

Många arbetsplatser genomför nykterhetskontroller med hjälp av utandningstester eller andra biologiska markörer. Mer information om testning av nykterhet finns i avsnittet om biologiska markörer (se sid 23).

Lästips!

I Folkhälsomyndighetens skrift *Alkohol- och narkotikaförebyggande insatser i arbetslivet* finns mer information: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Alkohol--och-narkotikaforebyggande-insatser-i-arbetslivet/>.

Arbetsrätt och rehabilitering

Här följer en kort sammanfattning av arbetsrättsliga regler som är viktiga att känna till vid alkoholproblem på arbetsplatsen. Erfarenheten visar att nedanstående frågeställningar ofta aktualiseras i samband med alkoholärenden. Innehållet i sammanfattningen gör dock inte anspråk på att vara heltäckande. OBS! Om arbetsgivaren överväger arbetsrättsliga åtgärder (till exempel uppsägning) relaterat till anställdas alkoholproblem, bör arbetsrättslig expertis kontaktas innan beslut fattas.

Arbetsgivarens skyldigheter vad gäller förebyggande arbete enligt Arbetsmiljölagen

Enligt Arbetsmiljölagen, AML, 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 företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver.

Arbetsgivarens skyldigheter när skada eller sjukdom har inträffat

Enligt arbetsmiljölagen och 30 kap. 6§ i Socialförsäkringsbalken är arbetsgivaren skyldig att vidta arbetsanpassnings- och rehabiliteringsåtgärder för

att en anställd som drabbats av sjukdom eller skada ska få tillbaka sin arbetsförmåga för arbete hos arbetsgivaren. Det gäller oavsett vad sjukdomen beror på och om den är relaterad till arbetet eller ej.

Arbetsgivaren behöver bara bekosta rehabilitering och arbetsanpassning som syftar till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren som sker på arbetsplatsen eller i anslutning till den. Det händer dock att arbetsgivaren väljer att bekosta mer än så av olika skäl, till exempel på grund av att man lovat att göra det i en policy eller att det saknas adekvat behandling att tillgå inom den offentliga vården.

Arbetsgivaren ska ha rutiner för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbete, vilket framgår av föreskriften om arbetsanpassning och rehabilitering, utfärdad av Arbetsmiljöverket, AV, se AFS 1994:1 (www.av.se). Där framgår sammanfattningsvis att arbetsgivaren bland annat ska ha

- rutiner för kontakter med den som är sjukskriven,
- rutiner för kontakter med Försäkringskassan, FK, och andra myndigheter samt
- rutiner för att ta reda på om det finns behov av anpassning och rehabilitering.

Rehabiliteringsåtgärder som arbetsgivaren själv kan medverka till är exempelvis arbetsträning, arbetsanpassning och omplacering. Samtliga kräver att arbetsgivaren tar initiativ och är aktiv. Arbetsgivaren behöver också ta initiativ till möten med den anställda och exempelvis facket, företagshälsan eller FK. Arbetsgivaren ska även utreda den anställdes egen syn på sin sjukdom/skada och vilka insatser denne anser sig behöva. Utöver möten brukar dessutom 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 anställda skyldig att medverka till att de negativa effekter på arbetsförmågan som en sjukdom eller skada orsakar försvinner eller minskas. Den anställda är därför skyldig att delta i möten och arbetsträning och att genomgå medicinsk utredning. Om den

anställde inte på detta sätt bidrar till sin rehabilitering kan det medföra att arbetsgivaren inte har möjlighet att fullgöra sina skyldigheter, vilket kan få till följd att det finns saklig grund 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 saklig grund 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 saklig grund för uppsägning. Vägran att delta kan då jämföras med vanlig arbetsvägran. Om den anställde låter bli att medverka vid ett eller ett par tillfällen brukar det inte bedömas som saklig grund 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 brottsliga handlingar inom ramen för sin anställning, såsom rattfylleri, misshandel eller olaga hot, innebär det normalt sett grund 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 likadant 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 beträffande 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.

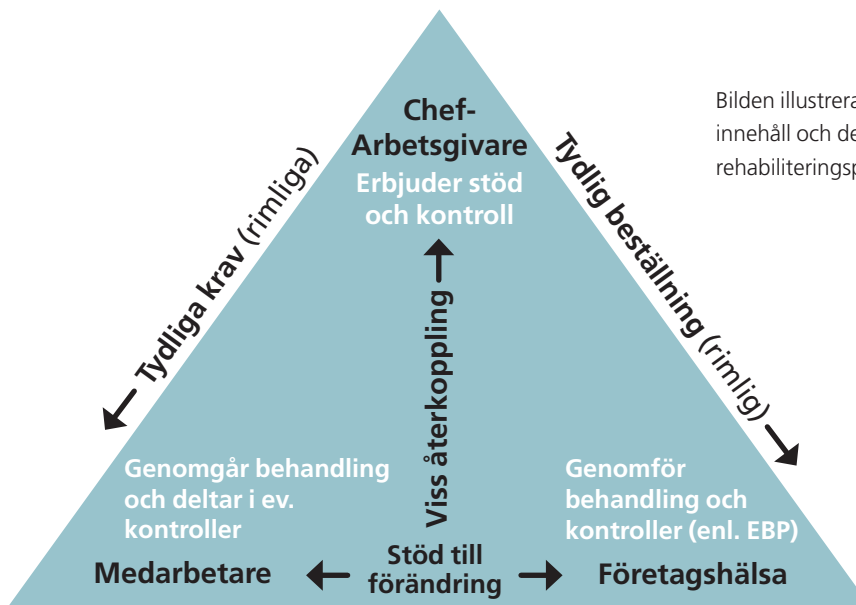
Alkoholpåverkan på arbetet som inte har med alkoholsjukdom att göra ses däremot som en form av misskötsamhet som kan leda till uppsägning på samma sätt som andra typer av misskötsamhet, såsom olovlig frånvaro eller sena ankomster. I de fallen är arbetsgivaren inte skyldig att vidta några rehabiliteringsinsatser.

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 går med på att arbetsgivaren får säga upp om det sker ett återfall. En sådan överenskommelse är dock inte juridiskt bindande eftersom LAS förbjuder att en anställd avstår ifrån sitt anställningsskydd.

Trepartssamtal

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 trepartssamtal, 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. Syftet med trepartssamtal är att alla parter ska få en gemensam bild av hur problemsituationen ser ut, 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,



Bilden illustrerar en modell av trepartssamtalets innehåll och de olika parternas roller under en rehabiliteringsprocess.

rimliga och specifika krav på arbetstagaren samt 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 från Försäkringskassan.

När en medarbetare har alkoholproblem och behöver behandling och arbetslivsinriktad rehabilitering brukar arbetsgivaren vilja göra en överenskommelse med medarbetaren om vad som ska gälla

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.

framöver. En sådan överenskommelse kan vara ett utmärkt verktyg för att få nedtecknat vad man kommit överens om och den kan bli en utgångspunkt för fortsatt uppföljning och utvärdering. Både arbetsgivaren och medarbetaren bör underteckna överenskommelsen och få var sitt exemplar (i bil. 4 finns ett exempel på hur en överenskommelse kan se ut). Sådana överenskommelser kallas ibland vilseledan-

de för "kontrakt". Ett dokument av det här slaget är dock inte juridiskt bindande och ska därför inte innehålla utfästelser som "om x är onycter på arbetsplatsen så kommer anställningen att upphöra".

För att formulera krav och mål under ett trepartsmöte kan man ta hjälp av SMART-modellen. SMART är ursprungligen en modell för att sätta effektiva mål för projekt, försäljning, personlig

Överenskommelsen kan innehålla

- arbetsplatsens motiv 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 önskar för att klara de krav som ställts
- 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

utveckling och så vidare (där SMART är en förkortning av 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, hur det ska mätas, att alla involverade är införstådda med och bejaktar målsättningen (som ska vara rimlig) och det ska finnas en deadline.

I *Riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen* presenteras två andra metoder som kan användas för samordning och planering. Krav- och funktionschema, KOF, är en metod för ett strukturerat planeringsmöte som används för att ta ställning till om anpassning i nuvarande arbete är möjlig och vilka åtgärder som i så fall kan vara lämpliga.

ADA, arbetsplatsdialog för arbetsåtergång, syftar till att underlätta återgång i arbete för personer som är sjukskrivna för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. För utförligare beskrivning av KOF och ADA, se bil. 5.

Tips!

Att företagshälsan diskuterar enskilt med arbetsgivare och medarbetare innan ett trepartssamtal innebär ett bra tillfälle att ge information och stöd, till exempel om adekvata insatser och vilka krav som kan vara rimliga att ställa.

Förebygga och åtgärda alkoholproblem på individnivå

Förebygga och åtgärda alkoholproblem på individnivå

Vid kartläggning av alkoholproblem är det viktigt att använda kvalitetssäkrade och standardiserade formulär och biologiska markörer (blod- eller urinprov). Valet av vilket eller vilka formulär eller markörer som bör och kan användas styrs av vilka frågeställningar man önskar besvara. Idag finns vetenskapligt stöd för att kortare behandlingsprogram har motsvarande effekt som mer omfattande behandlingsinsatser för socialt etablerade personer med alkoholproblem. Flera av de tidsavgränsade insatserna kan med fördel genomföras av företagshälsans personal.

Det finns gott om vetenskapligt stöd för att tidiga insatser mot alkoholproblem har en positiv hälsoeffekt. Som nämnts tidigare finns det andra specifika motiv för insatser i arbetslivet, som 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 samtliga dessa negativa konsekvenser kan leda till ökade kostnader för såväl arbetsgivaren som den enskilde.

Forskningsöversikter har visat att kortare behandlingsprogram har motsvarande effekt som mer omfattande behandlingsinsatser för personer som är socialt etablerade och har ett arbete. Flera av dessa tidsavgränsade insatser kan med fördel genomföras av hälso- och sjukvårdspersonal utan specialistkompetens i beroendevård, till exempel företagshälsans personal. Mer tidsmässigt omfattande evidensbaserad behandling, exempelvis tolvstegsbehandling, genomförs av andra aktörer, ofta i nära samverkan med arbetsgivaren och företagshälsan.

Som nämntes inledningsvis saknas stöd för att avgöra vilken behandling som passar vem utifrån personens problemtyngd. Enligt flera forskare kan detta dilemma lösas genom att till en början pröva

en mer begränsad insats och därefter öka insatsen efter önskemål och behov. Lite längre fram beskrivs en modell som sammanfogar olika interventionssteg enligt en så kallad stepped care-modell (se sid 29, En modell – best practice).

Det är viktigt att framhålla att varje individs alkoholproblem är unikt och kräver sin egen lösning. Flödesschemat på nästa sida visar en schematisk bild över en tänkt rehabiliteringsprocess. Var i processen ärendet startar beror på vad som gjort att företagshälsan kommit i kontakt med medarbetaren (illustreras i flödesschemat sid 20 med de två streckade pilarna överst till vänster).

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

Något som inte syns i flödesschemat är när alkoholproblemet leder till att den anställde inte kan fullgöra sina plikter trots att omfattande rehabiliteringsinsatser satts in. Då kan det behövas stöd av till

Flödesschema – individnivå

Medarbetare
+ företagshälsa

Chef/HR
+ företagshälsa

Chef/HR + medarbetare
+ företagshälsa

Screening med återkoppling

- Finns alkoholproblem?
- Behov av fortsatt stöd?

OBS! Ibland räcker denna insats = avslut

Återkoppling Chefsstöd

Trepartsmöte

- Fortsatta insatser/
avslut?

Utredning/bedömning

- Alkoholproblemets omfattning?
- Behov av diagnos?
- Behov av fortsatt stöd?
- Behov av arbetslivsrehab?
- Finns ökad arbetsrelaterad risk?

OBS! Ibland räcker denna insats = avslut

Val av insats

- Behandling
- Arbetslivsrehab

Uppföljning

- Utfall av behandling?
- Hur fungerar arbetet?
- Behov av fortsatt stöd?

Utvärdering + Avslut/Ny utredning

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

exempel juridisk expertis och/eller facklig representant för att lösa situationen.

Screening och kort rådgivning

En effektiv och enkel modell för att identifiera och åtgärda riskabla alkoholvanor kallas SBI, det vill säga screening och kort rådgivning (Screening and Brief Intervention). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011) är ett enda kort motivationssamtal (10–15 min) effektivt. För att i ett första steg ta reda på om riskkonsumtion förekommer rekommenderas formuläret AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) – ensamt eller i kombination med biologiska markörer (blodprov) som kolhydratfattigt transferrin (CDT) eller fosfatidyletanol (PEth). Båda markörerna kan identifiera en regelbunden och hög alkoholkonsumtion under de senaste veckorna (mer om AUDIT, se nedan och om biologiska markörer, se sid 23).

En central diskussion bland forskare har varit om en tidsmässigt mer omfattande rådgivning (längre och fler samtal) är mer effektiv för att minska en riskfylld konsumtion än enstaka korta samtal. Kunskapsläget från ett tjugotal översiktsartiklar visar att enstaka och tidsmässigt korta rådgivningstillfällen är lika effektiva som mer omfattande och återkommande samtal. Rådgivningen ska ha fokus på att motivera till förändring och kan med fördel utgå från FRAMES-modellen och motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI), se sid 25.

Screening och kort rådgivning kan genomföras i

många olika sammanhang, till exempel i samband med hälsoundersökningar (se *Riktlinjer för hälsoundersökningar via arbetsplatsen*, sid 15), men även vid medicinska och psykosociala konsultationer, som en del i en rehabiliteringsutredning eller som ett första steg i en utredning av om det finns ett mer omfattande alkoholproblem (se avsnittet, En modell – best practice, sid 29).

En del individer klarar av att minska sin alkoholkonsumtion på egen hand efter screening och kort rådgivning medan andra behöver fortsatta stödsatser. Om det visar sig att individen behöver eller önskar ytterligare stöd är rekommendationen att fortsätta med en utredning och bedömning av alkoholproblemets omfattning.

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 att information dokumenteras och att det är ett snabbt sätt att samla in adekvat information. Det är viktigt att formulärens som används är kvalitetssäkrade och standardiserade (se sammanställning, bil. 6). Valet av vilket eller vilka formulär som bör och kan användas styrs av vilken frågeställning som behöver besvaras. Frågeställningen kan skifta från att klarlägga om riskkonsumtion, skadligt bruk eller beroende förekommer till att fastställa diagnos för skadligt bruk/beroende eller att kartlägga konsumtionsmönster.

Förekommer riskkonsumtion och finns risk för skadligt bruk eller beroende?

Syftet med AUDIT är att identifiera om riskabla alkoholvanor förekommer. Det är inget diagnosinstrument utan ett screeningtest. Instrumentet är framtaget av WHO och har testats och kvalitetssäkrats för svenska förhållande av forskare vid Karolinska Institutet. Formuläret tar mindre än fyra minuter att fylla i, det är kostnadsfritt att ladda ned och det finns en svensk manual för poängberäkning.

AUDIT består av tio frågor och varje fråga kan ge 4 poäng (maximalt 40 poäng på hela testet). Frågorna kan delas in i tre delskalor: alkoholkonsumtion (fråga 1–3), beroendesymptom (fråga 4–6) och skadlig konsumtion (fråga 7–10).

FRAMES

FEEDBACK Ge återkoppling på risk utifrån screening och erbjud information

RESPONSIBILITY Personen ansvarar för beslut om förändring och hur den ska genomföras

ADVICE Erbjud råd för ökad självreflektion i syfte att minska konsumtionen

MENU Erbjud alternativa strategier för att minska alkoholkonsumtionen

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

SELF-EFFICACY Uppmuntra och stärk personens tilltro till sin egen förmåga att genomföra en förändring

Fritt översatt från Bien et al. (1993).

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

Förutom AUDIT, som främst utvecklats för att identifiera alkoholproblem i ett tidigt skede, finns det andra formulär som har fokus på att identifiera mer omfattande alkoholproblem. I bil. 7 finns en kortfattad beskrivning av CAGE och Mm-MAST.

Hur ser konsumtionsmönstret (vanorna) ut över tid?

TLFB (Timeline Follow Back) utvecklades i USA i slutet av 1970-talet. Metoden har använts för att kartlägga och följa upp alkoholkonsumtion både i kliniska sammanhang och vid vetenskapliga utvärderingar. Metoden möjliggör en systematisk kartläggning av konsumtionen upp till 90 dagar bakåt i tiden.

En utmaning är att minnas så långt tillbaka i tiden, men det kan underlättas av att personen tar hjälp av sin almanacka som ett stöd för minnet. TLFB kan användas både som intervju och enkät. Personen fyller i mängden alkohol i form av antal standardglas (1 standardglas = 12 gram ren alkohol) en dag i taget bakåt i tiden. Återkoppling ges utifrån veckokonsumtion, genomsnittlig konsumtion de dagar personen dricker och antalet högkonsumtionsdagar. Samma förfarande kan användas för att kartlägga den löpande dagliga konsumtionen (så kallad alkoholkalender/alkoholdagbok).

Finns ett psykosocialt hjälpbehov inom andra områden?

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

Är det aktuellt med diagnos för skadligt bruk eller beroende?

OBS. Diagnos måste alltid ställas av läkare! Hälso- och sjukvården använder två diagnostiska system:

ICD-10 (International Classification of Diseases) som kommer från Världshälsoorganisationen, WHO, och används i hela hälso- och sjukvården. Diagnosen skadligt bruk innebär ett bruk av psykoaktiva substanser (exempelvis alkohol) på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk. Diagnosen alkoholberoende kräver att tre av sex kriterier ska vara uppfyllda under det senaste året:

- 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 i diagnosen substansbrukssyndrom (alkoholbrukssyndrom). Denna diagnos är definierad som ett kontinuum där svårighetsgraden spänner från lätt till svår. Mild svårighetsgrad fordrar att två eller tre kriterier (av totalt 11) har uppfyllts.

Vilken svårighetsgrad har alkoholberoendet?

ADDIS (Alkohol- och drogdiagnosinstrumentet) är en strukturerad och omfattande intervju med 75 frågor varav 50 specifikt handlar om missbruk eller beroende av alkohol. Instrumentet ger underlag för att ställa diagnos. 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 frågor. Formuläret har tre delskalor: subjektiva beteendesspekter (fråga 1–9), abstinenssymtom (fråga

10–14) och minnesluckor (fråga 15). Maximalt kan varje fråga ge 3 poäng (totalt 45 poäng). 10–19 poäng indikerar en måttlig grad av beroende och 20 poäng eller mer indikerar 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 ett beslutsunderlag. För en tränad kliniker är instrumentet lätt att använda och tar 15–20 minuter att genomföra.

Biologiska markörer

Olika medicinska alkoholtester, eller som de kallas i dessa riktlinjer, biologiska markörer, kan svara på olika frågor. Frågorna kan vara: Finns det ett pågående eller nyligen avslutat alkoholintag? Har det förekommit alkoholintag det senaste dygnet/dygnen? Finns det indikation på möjlig riskkonsumtion de senaste veckorna? Finns det indikation på långvarig och hög alkoholkonsumtion? Det är 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 vilken

Påverkan (pågående/nyligen avslutat intag)

Utandnings- eller blodprov som visar blodalkoholkoncentrationen

Aktuell konsumtion (senaste dygnet/dygnen)

Urinprov för EtG/EtS

Riskkonsumtion (senaste veckorna – månaden)

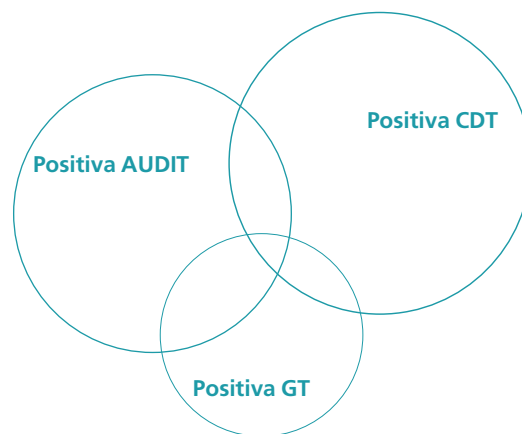
Blodprov för CDT eller PEth

Långvarigt hög alkoholkonsumtion (månader)

Blodprov för GT (leverskada)

Blodprov för CDT eller PEth (även för monitorering av konsumtionsförändring)

population som studerats, att flera av alkoholmarkörerna har en låg överlappning och att de därför kan komplettera varandra. Alkoholmarkörer och formulär bör också kombineras enligt forskningen. Ett exempel är en studie bland cirka 1 000 anställda där alkoholscreening i samband med hälsoundersökningar gjordes. Studien visade att alkoholmarkören CDT och frågeformuläret AUDIT till största delen identifierade skilda grupper.



Olika instrument för att identifiera alkoholproblem (frågeformuläret AUDIT, alkoholmarkören CDT och leverskade-markören GT) kan komplettera varandra. Från Hermansson, U. (2004).

Alkoholpåverkan – pågående eller nyligen avslutat alkoholintag?

Målet är att undersöka om personen har konsumerat alkohol inom 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 benämns oftast alkometer och det räknar om utandningsresultatet till uppskattad promillehalt av etanol i blodet. Mätvärdet redovisas oftast på en display. Kvalitetssäkring vid användning av en alkometer är av betydelse eftersom ett felaktigt mätvärde kan få

långtgående negativa konsekvenser för den enskilde, till exempel vid en nykterhetskontroll på arbetsplatsen. Rekommendationen är att använda en alkometer som har bränslecells- eller IR-teknik som båda är mycket specifika för identifikation av etanol. Ett positivt utandningstest bör bekräftas med ett blodprov (blodalkoholkoncentration) som skickas till ett ackrediterat laboratorium.

Normalt förbränner människokroppen cirka 7 gram ren alkohol per timme (vilket motsvarar ett halvt glas vin eller 2 cl sprit). Blodalkoholkoncentrationen sjunker med cirka 0,15–0,20 promille per timme.

Har alkoholintag förekommit det senaste dygnet/dygnen?

Normalt förbränns alkoholen ganska snabbt i kroppen (cirka 7 gram etanol per timme, vilket motsvarar 2 cl sprit) och koncentrationen sjunker med ca 0,15–0,20 promille per timme. Det innebär att mätningen av alkoholhalten i blodet via utandningstest eller blodprov enbart är meningsfull upp till några timmar efter avslutat intag. Att påvisa eller avfärda ett alkoholintag under de senaste dygnen kan istället göras via en laboratorieanalys där man mäter de konjugerade etanolmetaboliterna etylglukuronid och etylsulfat (EtG och EtS) i urinen. Efter som EtG och EtS elimineras långsammare än etanol kan de identifieras i urinen även sedan etanolen har försvunnit ur kroppen. Ett begränsat alkoholintag, exempelvis en lättöl, kan påvisas flera timmar efter intaget och ett större intag (till exempel vid berusningsdrickande) i upp till flera dygn.

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

Det finns två alkoholmarkörer, kolhydratfattigt transferrin (CDT) och fosfatidyletanol (PEth) som påvisar hög alkoholkonsumtion. Båda dessa alkoholmarkörer mäts i blodprov och har god specificitet.

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

Ett regelbundet, men inte nödvändigtvis dagligt, intag av en större mängd alkohol under minst några veckors tid resulterar oftast, men inte alltid, i ett förhöjt CDT-värde. Studier indikerar att det krävs ett genomsnittligt intag som överstiger 40 gram alkohol/dag (vilket motsvarar ungefär en halv flaska vin/dag) under några veckor för att ge ett förhöjt värde. Vid nykterhet återgår ett förhöjt CDT-värde till normal nivå inom 2–4 veckor (halveringstiden är cirka 10 dagar). Olika individer kan dock reagera med olika CDT-nivåer på ett lika stort alkoholintag. Det finns få andra orsaker till ett förhöjt CDT-värde än alkohol. En ytterst sällsynt ämnesomsättnings sjukdom (CDG) kan ge kraftigt förhöjda CDT-värden och en måttlig stegring ses under slutet av graviditeten. De ärftliga transferrinvarianter som tidigare kunde ge falskt höga CDT-värden identifieras med de nyare analysmetoderna.

PEth är en alkoholspecifik och relativt ny markör som är något känsligare än CDT. Lätt förhöjda PEth-värden kan ses efter ett enstaka mycket högt alkoholintag. Mätvärdet beror huvudsakligen på alkoholdosen (hur mycket och hur ofta) men det finns en individuell variation. Halveringstiden för PEth är ca 4–5 dygn. En nackdel som bör nämnas är att provet kan bli missvisande om det innehåller etanol (provlämnaren har druckit alkohol) och har hanterats felaktigt.

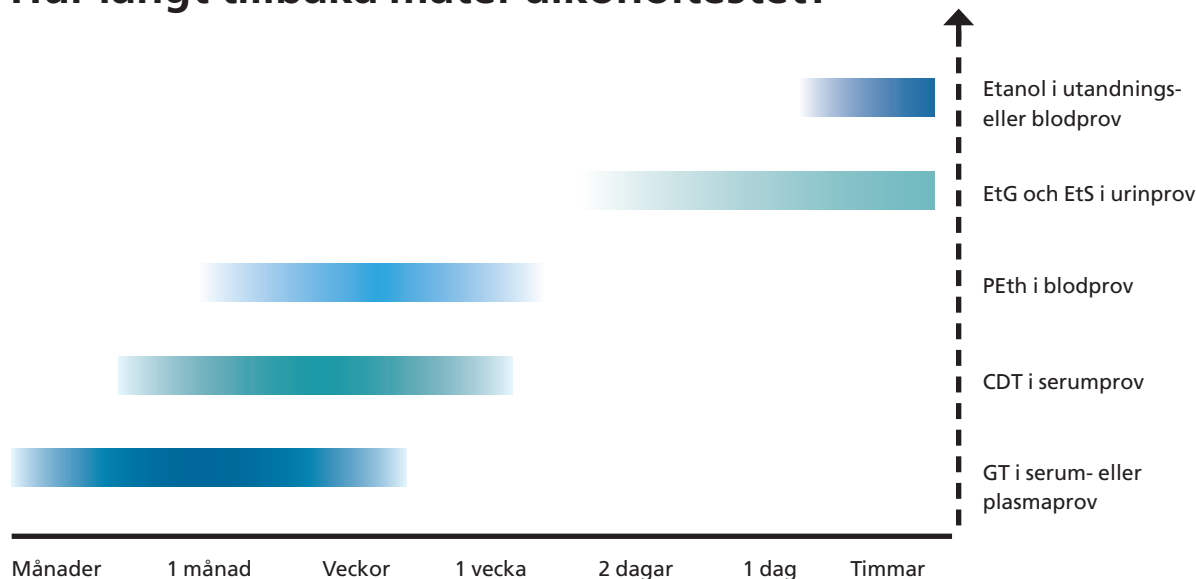
Monitorering

Genom att upprepa CDT/PEth-provtagningar med 2–3 veckors mellanrum kan förändringar i alkoholkonsumtionen ses (monitorering), vilket kan vara användbart för att följa konsumtionsutvecklingen över tid. Förändringar i alkoholkonsumtionen går att avläsa oavsett om utfallet ligger inom eller utom referensintervallet eftersom det är jämförelsen av individens värden vid olika tidpunkter som är av intresse.

Finns indikation på långvarig och hög alkoholkonsumtion?

Hög regelbunden alkoholkonsumtion belastar kroppens olika organ, inte minst levern. De mest använda alkoholmarkörerna, såväl kliniskt som i samband med vetenskapliga studier, är markörer som mäter cellskador i levern (leverenzymmer). Dessa markörer – gamma-glutamyltransferas (GT),

Hur långt tillbaka mäter alkoholtestet?



© Anders Helander 2015

alaninaminotransferas (ALAT) och aspartataminotransferas (ASAT) – är väl studerade och kliniskt beprövade. En begränsning är att ett förhöjt mätvärde av GT, ALAT eller ASAT kan bero på andra faktorer än en hög alkoholkonsumtion. Leverenzymerna är alltså inte alkoholspecifika såsom CDT och PEth är. Dessutom är de mindre känsliga när det gäller att i ett tidigt skede påvisa hög konsumtion av alkohol. Men bedömningen är att framförallt GT bör ingå som en del i en utredning. Även här kan ett förhöjt värde som beror på alkoholkonsumtion följas genom monitorering.

En del individer klarar av att hantera sitt alkoholproblem på egen hand efter en utredning/bedömning medan andra behöver fortsatt stöd med psykosocial behandling och/eller läkemedelsbehandling.

Psykosocial behandling

Psykosocial eller psykologisk behandling kan genomföras enskilt och i vissa fall i grupp. Syftet är att individen ska förändra sina alkoholvanor (minska eller helt avstå). För att utöva flera av de specifika 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.

MI-metodiken

MI (Motivational Interviewing) är en samarbetsinriktad samtalsmetod som stärker personens motivation och vilja till förändring. MI är en målinriktad kommunikationsstil som riktar särskild uppmärksamhet mot personens önskan om och möjligheter till förändring. Individen får hjälp att verbalisera sina personliga motiv för att förändra sina alkoholvanor samt 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 som har en riskkonsumtion. Det finns även stöd för att metoden har effekt mot alkoholberoende men antalet studier är färre för denna grupp. Det finns flera utbildningsanordnare av utbildning i MI och MINT-Nordic har utfärdat rekommendationer för MI-utbildning. Enligt dessa bör MI-utbildning bestå av teori, fortlöpande handledning och återkoppling på inspelade samtal (se nedan om att kvalitetssäkra MI-rådgivning).

MET

MET (Motivational Enhancement Therapy) vilar på MI-metodik 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 2–4 uppföljande samtal baserade på MI-metodik. Vetenskapliga sammanställningar har visat att kortare och mindre intensiva behandlingsprogram som 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 tidsmässigt är 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 landstingen. Utbildningen brukar omfatta cirka 3 dagar. Förutom grundutbildning rekommenderas fortlöpande handledning och återkoppling på inspelade samtal.

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

Kvalitetssäkra MI-rådgivning

Vare sig formell utbildning eller längre yrkeserfarenhet har visat sig ha samband med skicklighet i MI. Däremot har regelbunden övning av MI, understödd av handledning som baseras på observation av den egna praktiken, lett till skicklighet i metoden.

Forskning har visat att det inte räcker med en enstaka utbildning i MI för att få kompetens i metoden. En utbildning på två eller tre dagar ger en teoretisk god kunskap, men är inte tillräckligt för att utveckla den färdighet som krävs. Studier visar att begynnande färdigheter efter en grundutbildnings tycks försvinna efter några månader. För att

vidmakthålla sin MI-kompetens krävs träning med återkommande handledning som grundar sig på observation av den egna praktiken, exempelvis genom inspelade samtal. I svensk reguljär alkoholorådgivning har handledning en gång var tredje månad lett till att MI utförs på rekommenderat sätt.

Sedan drygt ett decennium har MI kvalitetssäkrats genom bedömning av inspelade samtal. Rådgivaren spelar in ett samtal med en klient och laddar upp det på MIC Lab:s webbplats. Särskilt utbildade kodare/handledare lyssnar av samtalet och gör en bedömning med kvalitetssäkrade instrument. Rådgivaren får sedan en skriftlig och/eller muntlig återkoppling. Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI), är det mest använda instrumentet och kodas tillförlitligt på MIC Lab. Kodningen kan till exempel påvisa skillnader i rådgivarens samtalsbeteende före respektive efter MI-utbildning. Väl utförd kodning (av oberoende kodare) enligt MITI är den mest objektiva kvalitetssäkring av MI som finns att tillgå. Utan kvalitetssäkring kan vare sig verksamheten, klienter eller personal få bekräftelse på att MI faktiskt har utförts. Kodning kan ge svar på frågor som: I vilken utsträckning är det ett motiverande samtal? Vad är särskilt bra och i enlighet med MI? Vilka förbättringsmöjligheter finns?

Läs mer om MITI och forskning på MIC Lab:s webbplats, www.miclab.se.

KBT

KBT-behandling (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 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, som exempelvis återfallsprevention, kräver endast relevant grundutbildning och särskild utbildning i metoden.

Återfallsprevention

En av de vanligaste KBT-baserade metoderna är Återfallsprevention som i flera studier visat sig minska alkoholkonsumtionen. Den har god evidens enligt Socialstyrelsen (2015) och två svenska modeller för Återfallsprevention finns beskrivna i litteratur av Österling (2001) och Saxon (2004). Båda dessa 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 idag 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.

Innehåll i Återfallsprevention

- Introduktion till KBT färdighetsträning
- Att hantera sug
- Att hantera tankar på alkohol och drickande
- Problemlösning
- Att tacka nej till alkohol
- Planera nödsituationer och hantera begynnande återfall
- Till synes irrelevanta beslut
- Avslutning

Från manualen Väckarklockan – Manualbaserad återfallsprevention vid beroende (2001).

Behavioral self-control training

Behavioral self-control training (BSCT) är den vedertagna termen för strukturerade behandlings-

modeller som har målet att uppnå ett kontrollerat drickande. Ett kontrollerat drickande innebär att individen dricker under riskbruksnivå 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 sitt alkoholproblem och även fullföljer sin behandling. Det finns stöd i den vetenskapliga litteraturen för att en fast anställning är en hjälpsamt faktor när det gäller att kunna uppnå ett kontrollerat drickande, vilket ytterligare talar för att företagshälsan bör erbjuda BSCT.

I dag finns flera engelskspråkiga manualer för BSCT som används i studier. I en nyligen utgiven bok (Hammarberg och Wallhed Finn, 2015) presenteras på svenska en detaljerad beskrivning av hur modellen kan användas. Det finns utbildning i BSCT som är baserad på den nya boken.

BSCT har utvärderats i ett stort antal studier som visar att behandlingsutfallet (minskad alkoholkonsumtion) för personer med alkoholberoende är bättre än om ingen behandling alls ges eller om behandling med mindre specificerade interventioner ges och att utfallet är jämförbart med metoder som syftar till helnykterhet.

CRA

CRA, Community Reinforcement Approach, är också en metod som vilar på kognitiv beteendeterapi, 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 det 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 stödsatser, farmakologisk behandling och nykterhetsprövning. Exempel på innehåll i metoden är ökad förståelse av alkoholens roll genom funktionsanalys, färdighetsträning i självkontroll och problemlösning samt kommunikationsträning

och tacka nej-färdigheter. För att utöva CRA bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om beroende, adekvat utbildning i metoden samt även ha utbildning i 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 Minnesota-modellen. 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 självhjälpgrupp, som AA. Behandlingen har vanligtvis fokus på de fem första stegen men det sker även en orientering kring de övriga stegen.

I korthet går behandlingen ut på att få insikt om sin beroendeproblematik och att det finns en möjlighet till förändring genom att ta emot hjälp, fatta beslut om att ta emot hjälp, inventera egna hinder och bearbeta dem med stöd av gruppen samt bearbeta skam- och skuld känslor. Behandlingen kan genomföras antingen 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 utbildas har egna erfarenheter av tolvstegsprogrammet genom deltagande i AA.

Tolvstegsbehandling beskrivs som en förberedelse till aktivt deltagande i självhjälpgrupp, som AA.

Biblioterapi och webbaserad behandling

Biblioterapi med hjälp av självhjälpmaterial ingår i flera av metoderna ovan och kan även användas som en självständig insats. Biblioterapi med självhjälpmaterial som lämnas direkt till den enskilde i ett personligt möte eller sänds via post studerades främst under 80–90-talet. I en översiktsstudie från 2003 av Apodaca & Miller drog forskarna slutsatsen att metoden inte var effektiv som enda insats för personer med påtagliga alkoholproblem. I SBU:s översikt från 2001 värderades dock biblioterapi till

att ha samma effekt som terapeutledd behandling för personer med en låg grad av alkoholberoende.

Ibland betraktas biblioterapi som föregångare till webbaserad intervention/behandling. Webbaserad behandling blir allt vanligare och forskningen inom området går stadigt framåt. I det vetenskapliga underlaget för Socialstyrelsen riktlinjer (2015) sammanfattas kunskapsläget med att webbaserad behandling vid alkoholberoende saknar vetenskapligt underlag i dagsläget. Webbaserad behandling visar dock lovande resultat för personer med riskbrukskonsumtion men ytterligare studier behövs för att fastställa effekten för personer med alkoholberoende.

Läkemedelsbehandling

Dessa riktlinjer avgränsas till kunskapsläget kring 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 alkoholsug 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, akamprosot och nalmefen). Läkemedelsbehandling som minskar sug och kontrollförlust är enligt Socialstyrelsen (2015) kraftigt underanvänd.

Läkemedelsbehandling som syftar till att lindra sug och kontrollförlust (naltrexon, akamprosot och nalmefen) har god evidens och är enligt Socialstyrelsen (2015) kraftigt underanvänd.

I den kliniska behandlingen kan det finnas goda motiv till att kombinera läkemedelsbehandling med psykosocial behandling. Detta är dock inget man måste göra för att få avsedd effekt. I tidigare vetenskapliga översikter framhölls vikten av att läkemedlen naltrexon och akamprosot 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 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 samt minska alkoholens belöningseffekt när man dricker. Man kan beskriva det 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 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 akamprosot (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.

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 2–3 dygn, men stora individuella variationer förekommer.

När det gäller effekt, dosering, kontraindikationer, behandlingstid, biverkningar och säkerhet hänvisas till FASS: www.fass.se, Läkemedelsverket: www.lakemedelsverket.se och Manual för 15-metoden: www.riddargatan1.se/fhv.

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

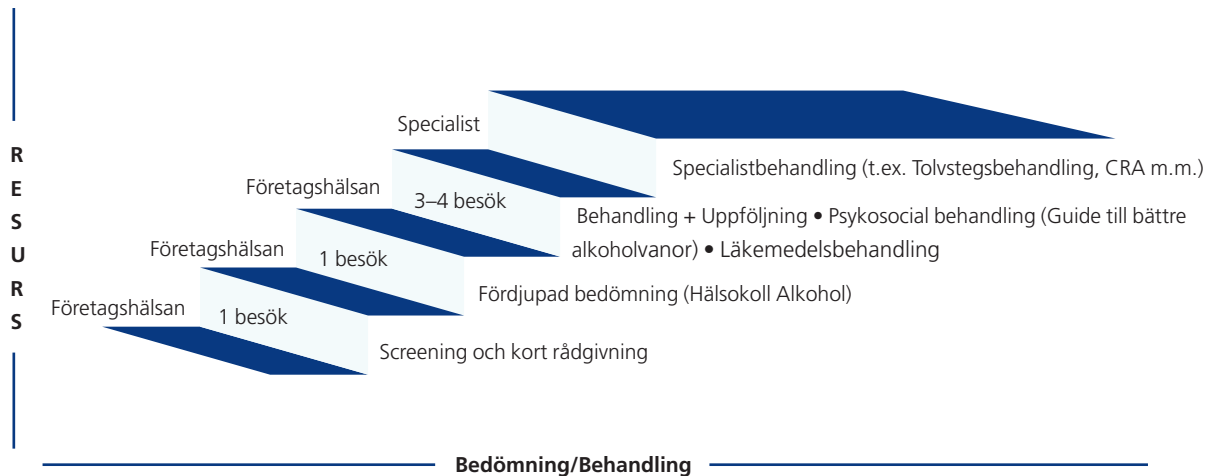
Läkemedelsbehandling mot alkoholsug och återfall kan med fördel följas upp med regelbundna blodprover för kontroll av exempelvis levervärden eller konsumtionsnivåer. Den enskilde kan också föra dagliga noteringar över alkoholkonsumtionen (alkoholkalender), alkoholsuget (följa symtomen på alkoholbegär)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

15- metoden i arbetslivet



Översikt av 15-metoden. Manual, verktyg, och instrument för att genomföra 15-metoden finns på Riddargatan1:s webbplats: <http://www.riddargatan1.se/fhv>

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 omfattar tre steg. Hur många steg i trappan som en individ tar beror på hur mycket stöd han/hon behöver 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 anställde 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 man identifierar alkoholrelaterade problem med kvalitetssäkrade bedömningsinstrument och markörer och därefter ger 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).

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 självhjälp-material) och/eller läkemedelsbehandling (se avsnittet om läkemedelsbehandling), som alla har god evidens. Oavsett om personen väljer psykosocial behandling, läkemedelsbehandling eller en kombination, så 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 (2015). Namnet 15-metoden kommer av att metodens målgrupp i första hand är personer som har mer än 15 poäng på AUDIT.

Andra levnadsvanor och alkohol

Förändrade 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 lyckas med förändringen av alkoholvanorna, både på kort och 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. I bilaga 8 finns ett informationsblad som kan delas ut till rökare som står i begrepp att förändra sina alkoholvanor.

Fysisk aktivitet – komplement vid behandling

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 (2008), från Folkhälsomyndigheten kan fysisk aktivitet möjligen vara ett viktigt terapeutiskt tillägg för personer med alkoholproblem. Eftersom det i skrivande stund pågår en uppgradering av FYSS som beräknas publiceras först i slutet av år 2016 har nedanstående text granskats av experterna för kapitlet om alkoholberoende i kommande uppgradering av FYSS. Långtidseffekterna av fysisk aktivitet är oklara enligt en nyligen publicerad översiktsstudie (på grund av metodologiska brister i de undersökningar som genomförts), men det finns ett starkt teoretiskt stöd för att fysisk aktivitet kan vara hjälpsamt för personer med alkoholberoende som vill ändra sina alkoholvanor. En tidigare systematisk översiktsstudie visade att fysisk aktivitet kan reducera alkoholsug, öka antalet dryckesfria dagar och bidra till att minska återfall.

Kompletterande stöd

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

Alkoholhjälp (www.alkoholhjalpen.se)

På den här hemsidan finns information för den som funderar på sina egna alkoholvanor eller som är orolig för någon annans drickande. Här finns bland annat fakta, tips och ett populärt diskussionsforum.

Sluta-röka-linjen (www.slutarokalinjen.org)

Hit kan den som är storrökare, feströkare, snusare eller redan har slutat ringa. Den som arbetar praktiskt med tobaksavvänjning är välkommen för att få tips, handledning, eller bara någon att diskutera med.
Telefonnummer: 020-84 00 00

Implementering av riktlinjer inom företagshälsan

Implementering av riktlinjer inom företagshälsan

Implementering handlar kort och gott om att införa nya metoder i det praktiska arbetet. Forskning visar att det går bättre om tillräckliga resurser läggs på förarbetet, att det behövs särskilt stöd för att genomföra en implementeringsprocess samt att det är väsentligt med utvärdering av både processen och metoden.

Det finns en hel del kunskap om vad som gör en implementeringsprocess framgångsrik, såväl när det gäller den nya metodens egenskaper som verksamheten den ska verka i och individerna som berörs. Implementering innebär alltså att man arbetar med vitt skilda saker på flera nivåer samtidigt. Det är visserligen komplext, men behöver inte vara svårt.

Vad behöver göras?

Nedan beskrivs faktorer som enligt forskningen främjar införandet av en ny metod.

”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.”

Från Om implementering, Socialstyrelsen (2012).

Inventera behov och definiera motiv

Finns det ett behov av att föra in en ny metod? När verksamhetsnära och angelägna motiv till att införa en ny metod kan formuleras tydligt, ökar chanserna för att implementeringen ska lyckas. Motiv motive- rar.

Välj metod

Det finns specifika metodkriterier som, om de uppfylls, underlättar implementeringen. Utöver uppfyl-

lande av metodkriterierna så går implementeringen lättare om fördelarna med att arbeta enligt det nya arbetssättet märks snabbt.

Metoderna i dessa riktlinjer baseras på den i nuläget bästa tillgängliga forskningen. Hänsyn har även tagits till vilka metoder som anses möjliga och lämpliga att implementera inom företagshälsan.

Metodkriterier

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

Från Guldbbrandsson, K. (2007)

Fatta beslut och avsätta resurser

Ett formellt beslut på rätt nivå inom verksamheten är en garanti för att de resurser som krävs för att genomföra ett förändringsarbete också avsätts. Resurserna kan handla om tid för planering, förankring, organisering, utbildning, handledning, utvärdering med mera eller om att medel avsätts för att bekosta exempelvis utbildning och material. Ett

engagerat och aktivt stöd från ledningen är en känd och betydelsefull framgångsfaktor för en lyckad implementering.

Utse en implementeringsgrupp

Det behövs en implementeringsgrupp som tar ett särskilt ansvar och får mandat att planera, genomföra och utvärdera implementeringen. Detta understödjer och säkerställer att processen fullföljs. Tänk på att en del personer kan påverka sina kollegor mer än andra, till exempel på grund av sin roll, expertkompetens eller ett högt förtroendekapital och att man hellre lyssnar på dem som har samma bakgrund. Detta kan man dra nytta av när gruppen sätts samman, till exempel genom att många yrken representeras i implementeringsgruppen. Att tidigt involvera dem som ska använda metoden är framsyn. De kan bland annat hjälpa till med att förutse möjligheter och svårigheter med implementeringen, så att de kan beaktas redan från början.

Göra en implementeringsplan

Att utarbeta en konkret plan där det framgår vem som ska göra vad och när det ska göras underlättar att processen sker systematiskt och strukturerat. Med en plan blir det också tydligt vilka insatser och resurser som faktiskt behövs för att implementeringen ska kunna fullföljas. Checklistan som finns i ”Från nyhet till vardagsnytta” (se bil. 9) kan vara till god hjälp för att ta fram en plan och stämna av implementeringsprocessen.

Personerna i implementeringsgruppen bör

- ha goda kunskaper om det nya arbetssättet och sakfrågan i stort
- ha god kännedom om enhetens verksamhet
- ha ett högt förtroendekapital inom organisationen/enheten
- representera de yrkeskategorier som ska använda det nya arbetssättet.

Exempel på vad som kan ingå i en implementeringsplan finns i den kortfattade implementeringsguide med tillhörande checklista (se bil. 10) som togs fram som stöd för införandet av 15-metoden (se En modell- best practice sid 29). Materialet togs

fram inom ramen för ett regeringsuppdrag, det så kallade TIA-projektet (tidiga insatser i arbetslivet mot alkoholberoende). Avsikten var att guiden och checklistan skulle underlätta framtagandet av en implementeringsplan och uppföljning av implementeringsprocessen.

”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.”

Från Om implementering, Socialstyrelsen (2012).

Informera, informera, informera

Vikten av att kontinuerligt informera alla som berörs, och på olika nivåer, kan inte nog betonas. I litteraturen om implementering och spridning används begreppen mottagare, sändare och förändringsagent. Mottagaren är den som ska ändra sitt sätt att arbeta, till exempel använda en ny metod, avsändaren den som vill att metoden införs och förändringsagenten har bland annat rollen att sammanlänka mottagaren och sändaren och är den som ”ser till att det händer”. Rollerna kan ibland vara dubbla, den som är mottagare i ett första led kan bli sändare eller förändringsagent i nästa. Begreppet går att applicera på flera nivåer och i olika faser av implementeringsprocessen. Det är en fördel om sändaren eller förändringsagenten kan erbjuda mottagaren flera olika alternativ. Då ökar möjligheten att kunna tillgodose mottagarens behov.

För att metoderna i dessa riktlinjer för tidiga insatser av alkoholproblem på arbetsplatsen ska komma till användning måste arbetsgivaren (kunden eller beställaren) självfallet känna till att dessa metoder finns och att de är tillgängliga via företagshälsan. Men att enbart känna till dem räcker inte. För att viljan till förändring ska väckas måste det också finnas motivation, det vill säga ett behov.

Installation av metoden

För att den nya metoden ska börja användas

behöver flera saker komma på plats inom företagshälsan. Personal kan behöva utbildning och träning, eventuella verktyg och instrument behöver göras lättillgängliga och lokala rutiner tas fram. En rekommendation är att redan tidigt fundera på hur och när utvärdering/uppföljning ska ske så att man kan börja samla in de uppgifter som behövs för att längre fram ha möjlighet att utvärdera både metoden och införandeprocessen.

Tänk på att individens motivation, inlärningsstil och kapacitet har stor inverkan på om den nya metoden kommer att användas och om den används på rätt sätt. Bristande kännedom och kunskap om metoden försvårar att individen tar den till sig. Personliga värderingar och attityder påverkar också – beroende på hur väl de överensstämmer med metodens kärnvärden.

Pilotförsök och utvärdering

Att pröva det nya arbetssättet i liten skala och sedan utvärdera hur det går i syfte att modifiera metoden till lokala förhållanden har betydelse för att göra den både lättanvänd och rätt utnyttjad i sitt sammanhang. När eventuella modifieringar gjorts (eventuellt med en ny utvärdering) införs metoden som en del av den ordinarie verksamheten. OBS! Det är viktigt att känna till vilka kärnkomponenter metoden har och att inte ändra dem när man anpassar metoden till lokala förhållanden. Vid utvärderingen behöver både metodtrohet och utfall kontrolleras.

Vidmakthållande och kvalitetssäkring

Liksom övrig verksamhet ska den nya metoden omfattas av regelbunden översyn, till exempel genom att man kontrollerar att det finns tillräckligt med personer som har rätt utbildning, att materialet som används är aktuellt och att metoden är uppdaterad.

Framgångsfaktorer

En av de mest kända och använda implementeringsmodellerna, PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) beskriver tre faktorer som har betydelse för en lyckad implementering: evidens, kontext, och facilitering. Med evidens avses det som i Sverige kallas evidensbaserad praktik, EBP, det vill säga kombinationen av forskningsresultat, patientens värdering och professionell expertis. Kontexten omfattar organisationen med

dess kultur, normer, värderingar, ledarskap, arbetsmiljö, omgivning och system för utvärdering. Med facilitering menas funktioner, system och personer som underlättar och möjliggör processen.

För en framgångsrik implementering behövs, enligt PARIHS, evidens med ett gott vetenskapligt stöd som överensstämmer med patienternas önskemål och de professionellas erfarenheter och värderingar. Kontexten behöver ha ett starkt och tydligt ledarskap samt en förändringsbenägen kultur som är tillåtande och beredd att pröva nytt. Kontexten ska även innefatta system för utvärdering av implementeringen och dess resultat. Det behöver också finnas erfarna personer som kan underlätta och stödja förändringsprocessen. Dessa tre faktorer är beroende av varandra och fungerar kompensatoriskt, det vill säga att om en av dem är svagare så behöver de andra två vara starkare. Detsamma gäller för komponenterna nedan.

Implementering av en ny metod innebär alltid ett förändringsarbete. Enligt Fixsen och medarbetare (2005) är det tre komponenter som har avgörande betydelse i införandefasen:

Stödjande organisation

Förändringsbenägna, innovativa och lärande organisationer som uppmuntrar nytänkande har lättare att föra in nya arbetssätt. Att ledningen visar intresse, aktivt stödjer och följer upp implementeringsprocessen har betydelse.

Kompetens hos användarna

De som ska använda metoden behöver utbildning och vägledning för att kunna använda den på rätt sätt. Tillgång till handledning och stöd är särskilt viktigt i början. Det är en klar fördel om den kompetenshöjning som den nya metoden kräver är användbar även i andra sammanhang.

Effektivt ledarskap

Ledarskapet vid en implementering behöver vara adaptivt, det vill säga ledningen måste kunna motivera förändringen, förstå svårigheten i att överge ett invant arbetssätt samt kunna inspirera och övertyga tveksamma medarbetare att använda de nya metoderna.

För att vägleda chefer i planeringen av att leda en implementeringsprocess har Centrum för epidemio-

logi och samhällsmedicin inom Stockholms läns landsting, SLL, tagit fram ett faktablad (se bil. 11). Faktabladet är baserat på aktuell forskning kring ledarbeteenden som är viktiga för en framgångsrik implementering av nya metoder.

När är man klar?

Man brukar säga att när mer än hälften av dem som arbetar med frågan använder den nya metoden (på det sätt den är avsedd) så är den implementerad. Sedan kan det ta något eller ett par år innan det nya arbetssättet har blivit självklart och införlivat i vardagsrutinerna. Det finns forskare inom området som framhåller att man aldrig blir riktigt färdig med en implementeringsprocess som syftar till att aktivt förbättra och förnya metoder och arbetssätt.

Sammanfattning

Det underlättar att redan från början gå systematiskt och strukturerat till väga.

Steg för steg

- Inventera behovet
- Välj metod
- Fatta beslut
- Utse en implementeringsgrupp
- Gör en implementeringsplan
- Informera alla som berörs
- Installera metoden på företagshälsan
- Gör ett pilotförsök
- Utvärdera och modifiera
- Vidmakthåll och kvalitetssäkra

Bilaga 1

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

Riktlinjegruppen:

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

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

Externa medverkande experter:

Anders Hammarberg: Författare till boken "Åter till kontrollerat drickande" som nämns som referens.

Externa granskare:

Lars Forsberg: Utvecklat och är ansvarig för MicLab.

Bilaga 2

Prioriteringsgruppen inom organisationen av riktlinjearbetet

Deltagare i prioriteringsgruppen för framtagande av riktlinjer för företagshälsan.

My Billstam, LO

Ann Lundberg Westermark, PTK

Bodil Mellblom, Svenskt Näringsliv

Mats Stenberg, SKL

Gunnar Sundqvist, Arbetsgivarverket

Karin Fristedt, SACO

Christina Pettersson, OFR

Bilaga 3

Ett exempel på alkoholpolicy

Mål

Policyn har följande mål:

- Upprätthålla en trygg och säker arbetsplats.
- Säkerställa nykterhet under arbetstid.
- Så långt det är möjligt stödja anställda 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.
- Erbjud alla anställda att kontrollera sina alkoholvanor i samband med hälsoundersökningar (screening och rådgivning).
- Genom att ge information, 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, handlingsprogram, information till alla anställda, utbildning till chefer och nyckelgrupper samt testning och rehabilitering. Dessa insatser syftar gemensamt till att

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

Krav alkohol

Nedanstående krav gäller alla anställda:

- 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.
- Medverka till den provtagning (utandningstest med erbjudande om verifikation med blodprov) för att kontrollera nykterhet (vid misstankar, olycksfall, slumpmässig testning och behandling).
- Den anställda 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 den anställda bryter mot denna policy, kan detta leda till omplacering och ytterst 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 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 överenskommelse:

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 idag 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 (vem) hos vår företagshälsa.
- Konsumtionsminskningen kommer att följas upp med provtagning hos företagshälsan med hjälp av olika adekvata alkoholmarkörer.
- XX (namn på person, 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 så ska NN och XX (namn på person, 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) så får XX (namn på person 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, 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 den anställde och hans/hennes chef där en person från företagshälsovården förbereder mötet, leder samtalet, dokumenterar och sammanfattar. 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 samt att kunna arbeta vissa tider. Dialogen resulterar i en profil över arbetstagarens aktuella förmåga och ett underlag för en konkret åtgärdsplan. Metoden förutsätter kostnadsbelagd utbildning som finns tillgänglig på internet (www.uppdagsutbildning.uu.se).

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 per-

soner som är sjukskrivna för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. ADA-metoden kan även tillämpas förebyggande när det finns risk för sjukskrivning. Målsättningen är att komma igång tidigare med rehabilitering och arbetsåtergång genom att få igång en dialog med arbetsgivaren kring 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” samt 4) rapport om bedömning och planerade åtgärder. ADA tydliggör vilka förändringar som behövs av arbetsinnehåll och arbetsuppgifter samt leder till ett samtal kring medarbetarens och chefens attityder och förväntningar. (se www.fhvmetodik.se för manual). Metoden är fritt tillgänglig.

Bilaga 6

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	Finns kostnadsfritt på flera hemsidor, exempelvis: www.riddargatan1.se/fhv , www.beroendecentrum.se/vardhos-oss/for-vardgivare-och-samarbetspartner/audit-och-dudit-testformular/ . Från den senare hemsidan kan även manual beställas.
CAGE (Cutting down, Annoyance, Guilt, Eye-openers)	Självskattningsformulär för att identifiera riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion.	Nej	Nej	Finns en sammanfattande beskrivning av CAGE-frågorna samt kommentar om gränsvärden på flera hemsidor, exempelvis: www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1590
MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)	Identifikation av problematiska alkoholvanor.	Nej	Nej	Finns kostnadsfritt på flera hemsidor, exempelvis: http://kognitivberoendeterapi.se/index.php?option=com_content&view=article&id=40&Itemid=128
TLFB (Timeline Follow Back)	Kartläggning av alkoholkonsumtion och mönster.	Ja	Nej (Utbildning i samtalsmetodik och erfarenhet av beroendområdet är dock önskvärd)	Finns kostnadsfritt på flera hemsidor, exempelvis: http://www.riddargatan1.se/sites/default/files/FHV_Halsokoll_Alkohol_Sjalvtest.pdf
ASI (Addiction severity index)	Bas för behandlingsplanering.	Ja	Ja	Kostnadsfritt. Kan beställas via Socialstyrelsens hemsida: www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/asi-intervjun
SADD (Short Alcohol Dependency Data)	Bedömning av svårighetsgrad av alkoholberoende.	Nej	Nej	Finns kostnadsfritt på flera hemsidor, exempelvis: http://www.riddargatan1.se/sites/default/files/FHV_Halsokoll_Alkohol_Sjalvtest.pdf
ADDIS (Alkohol och drogdiagnosinstrumentet)	Underlag för diagnos om skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol samt andra droger.	Ja	Ja	Material distribueras efter godkänd behörighet av Dahl och Dahl preventions- och beroendecenter: http://www.addis.se/
MINI (Mini international neuropsychiatric interview)	Kortfattad intervju för diagnostik av missbruk/beroende (alkoholsyndrom) i enlighet med DSM-IV.	Nej (viss information finns i anslutning till intervjufrågor)	Ja (omfattning ej närmare specificerat)	Finns kostnadsfritt på flera hemsidor, exempelvis: http://www.svenskpsykiatri.se/Riktlinjer/Schizofreni/MINI%206.0.0d%20svenska100724.pdf

Bilaga 7

Övriga screeninginstrument – kort sammanfattning

Förutom AUDIT, som främst utvecklats för att identifiera alkoholproblem i ett tidigt skede, finns det andra formulär som har fokus på att identifiera mer omfattande alkoholproblem. CAGE är ett formulär som omfattar fyra områden som är relaterade till alkoholvanor. De fyra frågorna berör följande områden: om personen försökt att minska sin alkoholkonsumtion (Cutting down), blivit besvärad av kritik för sitt drickande (Annoyed by criticism), haft skuld känslor för drickandet (Guilty feeling) och tagit återställare på morgonen (Eye-openers). Gränsvärde för problem är två poäng av fyra (som är maxpoäng). I vissa studier som syftar till att identifiera riskkonsumtion används gränsvärdet ett poäng. Frågorna handlar om problem med alkohol någon gång i livet och det går inte att tidsbestämma problemet med enbart CAGE. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2015) finns brister i reliabilitet och det saknas en svensk manual.

Mm-MAST (10 frågor) är en kortversion av grundformuläret MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) (25 frågor) som innefattar symtomfrågor om bland annat toleransökning, återställare och försök att skära ned på konsumtionen. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2015) finns brister i reliabilitet och det saknas en svensk manual.

Referenser:

Forsberg, L, Halldin, J, Ekman, S, Ronnberg, S. Screening of binge drinking among patients on an emergency surgical ward. *Alcohol* (Fayetteville, NY). 2002; 27(2):77–82.

Kristenson, H, Trell, E. Indicators of alcohol consumption: comparisons between a questionnaire (Mm-MAST), interviews and serum gamma-glutamyl transferase (GGT) in a health survey of middle-aged males. *Br J Addict*. 1982; 77(3):297–304.

Spak, F, Hallstrom, T. Screening for alcohol dependence and abuse in women: description, validation, and psychometric properties of a new screening instrument, SWAG, in a population study. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 1996; 20(4):723–31.

Österling, A, Berglund, M, Nilsson, LH, Kristenson, H. Sex differences in response style to two self-report screening tests on alcoholism. *Scandinavian journal of social medicine*. 1993; 21(2):83–9.

Bilaga 8

Rökstopp när du förändrar dina alkoholvanor

Forskning visar att om du slutar röka samtidigt som du ändrar dina alkoholvanor så har du större chans att lyckas. Det är egentligen logiskt eftersom alkohol och nikotin är starkt förknippade med varandra rent biokemiskt, bl. a. påverkar de samma belöningscentrum i hjärnan och tycks förstärka varandras positiva effekter och mildra varandras negativa effekter. Om du har rökt väldigt mycket i samband med alkoholkonsumtion så kan blotta åsynen av en cigarett utlösa ett alkoholsug.

Så varför inte passa på att sluta röka samtidigt som du förändrar dina alkoholvanor?

Du tänker förändra dina alkoholvanor. Då har du större chans att lyckas om du samtidigt slutar röka. Det finns några enkla tips och råd som kan underlätta för dig.

Om du vill sluta röka kan du göra så här:

- 1.** Fimpa gärna när du går till sängs på kvällen innan rökstoppsdagen (= samma dag som du bestämt dig för att börja förändra dina alkoholvanor). Kasta allt som har med rökningen att göra, tändare, askfat m.m.
- 2.** Det är inte säkert att du får nikotinabstinens - alla får inte det. Om du får det, använd gärna nikotinläkemedel som finns att köpa receptfritt på apoteket. Den bästa kombinationen är att ha ett 16-timmars-plåster i förebyggande syfte och att ta tuggummi, tablett eller munspray när du behöver något extra. Nikotinläkemedel lindrar abstinensbesvär - som rastlöshet, okoncentration, nedstämdhet och dåligt humör - och ökar chansen att lyckas. Nikotinabstinens brukar klinga av inom ett par veckor.
- 3.** Tänk i förväg ut några röksugsknep som passar dig. Blir det riktigt besvärligt, ta dig till ett ställe där du aldrig rökt, till exempel träningslokalen, bion, duschen eller sängen!
- 4.** Ät ordentligt och regelbundet den första tiden. Att känna sug efter mat är vanligt efter ett rökstopp och kan förväxlas med både rök- och alkoholsug.
- 5.** Det är bra att vara fysiskt aktiv, att helt enkelt röra på sig lite mer än vanligt.
- 6.** Tänk i förväg igenom vilka situationer som kan utlösa rökbegär. För varje situation, tänk igenom vad du kan göra för att komma undan eller hantera begäret och kom ihåg, att suget ofta är som en rullande våg, det kommer – når en topp – och klingar av, vanligtvis inom en kort stund. Om du hittar sätt att ”rida på vågen” så går den snabbt över!
- 7.** Mer stöd och hjälp:
 - Sluta-röka-linjen; telefonrådgivning, tel.nr: 020-84 00 00.
 - Rökfri; ett program från 1177 Vårdguiden som även finns som applikation till din smartphone; <http://www.1177.se/Stockholm/Tema/Halsa/Alkohol-och-tobak/Hjalp-att-sluta-roka/>
 - Läs mer; www.psykologermottobak.org.

Lycka till!



Psykologer mot Tobak
Socionomer & Folkhälsovetare

Bilaga 9. Checklista för implementeringsstöd

KRITERIER FÖR IMPLEMENTERING – EN CHECKLISTA

Det finns lokalt definierade behov Ja Nej Vet inte
Behov _____

Den föreslagna metoden kan möta behoven Ja Nej Vet inte
Metod _____

Metoden är:

- Relevant Ja Nej Vet inte
- Bättre än nuvarande metoder Ja Nej Vet inte
- Effektiv (evidensbaserad) Ja Nej Vet inte
- Kostnadseffektiv Ja Nej Vet inte
- Förenlig med rådande värderingar och attityder Ja Nej Vet inte
- Lätt att använda Ja Nej Vet inte
- Möjlig att testa i liten skala Ja Nej Vet inte
- Möjlig att anpassa till lokala förhållanden utan att förändra de centrala komponenterna Ja Nej Vet inte

- Eventuella risker med metoden kan hanteras Ja Nej Vet inte

- Resultaten av metoden går snabbt att observera Ja Nej Vet inte

- Kunskap om metoden kan generaliseras till andra områden Ja Nej Vet inte

- Användarna har involverats i tidigt skede Ja Nej Vet inte

- Alla berörda har kunskap om metoden och tillgång till fortlöpande stöd i det dagliga arbetet Ja Nej Vet inte

- Det finns resurser i form av pengar och personal Ja Nej Vet inte

- Det finns en adekvat och långsiktig budget Ja Nej Vet inte

- Det finns system för uppföljning och feedback Ja Nej Vet inte

- Det finns en planering för överlämnande till ordinarie verksamhet Ja Nej Vet inte
- Metodkomponenterna är definierade Ja Nej Vet inte

Metoden utgörs av:

- _____
- _____
- _____

Förväntade effekter:

- _____
- _____
- _____

Implementeringskomponenterna är definierade Ja Nej Vet inte

Flera olika implementeringsinsatser kombineras (t.ex. information, utbildning, praktisk träning, Coaching, återkoppling och möjlighet till konsultation) Ja Nej Vet inte

Implementeringen utgörs av:

- _____
- _____
- _____
- _____

Förväntade effekter:

Från Guldbrandsson K. Från Nyhet till Vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst.
Checklistan får kopieras och användas fritt.

Bilaga 10

Guide för implementering av 15-metoden + checklista

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

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

KARIN GULDBRANDSSON, RISKBRUKSKONFERENS 2010

Implementering kan definieras på olika sätt och en vanlig beskrivning enligt Dean Fixsen och hans medarbetare vid University of South Florida i USA, är att implementering är en sammansättning 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 denna guide är införandet och den praktiska tillämpningen av just 15-metoden. Reflektera gärna över om du bedömer att 15-metoden uppfyller kriterierna.

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 i.

”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

Pyramidens byggstenar:

- skapa förutsättningar
- göra förberedelser
- installera metoden
- informera kunder/beställare
- använda metoden
- utvärdera hur det går och göra justeringar
- vidmakthålla och kvalitetssäkra användandet



- 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?

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 som den nya metoden kan svara mot 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 införandeprocessen har stöd av organisationen och får ett ekonomiskt stöd. Här har ett tydligt beslut på ledningsnivå samt 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 av dem som ska använda metoden samt 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/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 särskilt 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 att 15-metoden ska implementeras och vad den handlar om.

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 handledning är viktigt och ju fler och mer av dessa insatser som erbjuds desto bättre går implementeringen.

Informera kunder och beställare

För att 15-metoden ska komma till användning så behöver kunder och beställare känna till att den finns och få information. Om det inte redan finns en generell strategi eller kommunikationsplan för hur företagshälsan ska nå ut till sina kunder och beställare med ny 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 gick 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 ev. modifiering och en ny utvärdering är gjord 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 man har tillräckligt med personer som har utbildning, att materialet är aktuellt, att metoden är uppdaterad osv.

Läs mer

Båda skrifterna som nämns ovan finns att ladda ner på Folkhälsomyndighetens resp. Socialstyrelsens hemsida.

Från nyhet till vardagsnytta, Karin Guldbbrandsson, Statens folkhälsoinstitut, 2007: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer-och-informationsmaterial/Fran-nyhet-till-vardagsnytta/>

Om implementering, Socialstyrelsen, 2012: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-12>

När mer än hälften av dem som är tänkta att använda 15-metoden verkligen gör det kan man säga att metoden är implementerad. Sedan tar det ofta ytterligare ett till två år innan ett nytt arbetssätt har blivit rutin.

Till sist

Tipsen och råden som tas upp här är fritt tolkade ur Karin Guldbbrandssons forskningssammanställning "Från nyhet till vardagsnytta" och socialstyrelsens broschyr "Om implementering" samt med utgångspunkt i företagshälsovårdens kontext, bl.a. har avsnittet om informationsspridning till kunder och beställare här beskrivits under en egen rubrik i implementeringsprocessen medan det i litteraturen finns med som en kompletterande del och beskrivs under epitetet spridning (se s. 9 och 15 i "Från nyhet till vardagsnytta"). Ett tiotal företagshälsors samlade erfarenheter av implementeringsarbete med 15-metoden har tagits till vara och har fått slå an tonen i denna guide.

TIA-projektet (Tidiga insatser i arbetslivet mot alkoholberoende) som hargjort denna guide har även tagit fram 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 <http://www.foretagshalsor.se/utbildning-kompetens/kunskapsbank/metoder/tidiga-insatser-i-arbetslivet-mot-alkoholberoende> för mer information.

Bilaga 10

Guide för implementering av 15-metoden + checklista

CHECKLISTA

– IMPLEMENTERINGSPLAN, 15-METODEN

ENHET: _____

DATUM: _____

Har vi tänkt på detta?

1. Vi har klart för oss varför 15-metoden ska implementeras hos oss

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

2. Beslut om att 15-metoden ska implementeras hos oss är fattat på ledningsnivå

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

3. Implementeringsansvarig person/grupp för 15-metoden är utsedd

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

4. Stöd och intresse från ledningen finns

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

5. Implementeringsplan är framtagen

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

6. De som ska utföra 15-metoden har involverats i implementeringsprocessen i tidigt skede

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

7. Övrig personal på enheten har blivit informerade om 15-metoden och dess implementering

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

8. De som ska utföra 15-metoden har utbildats

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

9. De som ska utföra 15-metoden har tillgång till handledning och stöd

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

10. Kliniskt material är tillgängligt

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

11. Rutiner kring ärendehantering är klargjorda

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

12. Pilotförsök är genomfört

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

13. Lokal utvärdering av 15-metoden är utförd

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

14. Eventuella lokala justeringar av 15-metoden är gjorda

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

15. "Produkt"/"tjänst" där 15-metoden ingår är framtagen och beskriven

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

16. Strategi för informationsspridning om att företagshälsan kan tillhandahålla 15-metoden finns

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

17. Presentationsmaterial om 15-metoden är framtaget och finns tillgängligt

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

18. Rutiner kring beställningsförfarande och avrapportering till kunden/beställaren är klargjorda

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

19. 15-metoden ingår i enhetens system för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

20. Övrigt

Ja Delvis Nej

Beskrivning/Åtgärd _____

När ska åtgärd vara utförd _____ Vem ansvarar _____

Nästa möte

När _____ Var _____

Vilka ska delta eller bjudas in _____

Vem ansvarar _____

Vad ska ha gjorts till dess _____

Bilaga 11.

Leda implementering – vilka beteenden ökar chanserna för att lyckas?

Leda implementering – vilka beteenden ökar chanserna för att lyckas?

Implementering av nya arbetsmetoder innefattar en process där medarbetare förändrar sitt arbetssätt i linje med den nya metoden (Grimshaw m.fl., 2012). Ledarskapet är viktigt i denna process (Aarons m.fl., 2014). I detta informationsmaterial summeras aktuell forskning kring ledarbeteenden som är viktiga för framgångsrik implementering av nya metoder. Detta görs för att vägleda chefer i planeringen av att leda en implementeringsprocess. Vanligt förekommande implementeringar handlar om evidensbaserade metoder, vårdprogram, riktlinjer eller dylikt. I detta informationsmaterial använder vi riktlinjer som exempel för att konkretisera hur olika ledarbeteenden kan användas i praktiken. Ledarbeteendena som presenteras i detta informationsmaterial kan dock användas vid alla sorters implementeringar.

Vad säger forskningen om effektivt ledarskap vid implementering?

Forskning som berör ledarskap vid implementering av nya metoder inom hälso- och sjukvården har sammanställts i fyra kunskapsöversikter (Gifford m.fl., 2007, Reichenpfader m.fl., 2015, Sandström m.fl., 2011, Ovretveit, 2010). Dessa har identifierat ledarbeteenden, det vill säga aktiviteter som ledare gör, som är viktiga för att lyckas med implementering. Dessa ledarbeteenden summeras i Tabell 1 (se sida 4 och 5) i följande övergripande kategorier: stödja, återkoppla, kommunicera, vara en förebild, vidareutveckla medarbetare och påverka omgivningen.

Ledarbeteendena kopplat till transformellt ledarskap?

Teorin om transformellt ledarskap, även benämnt som utvecklande ledarskap (Backström, 2008), är av särskild relevans vid implementeringsarbete (Aarons m.fl., 2014). Transformellt ledarskap har identifierats som effektivt i att öka motivation och prestation hos medarbetare samt varit framgångsrik vid organisatoriska förändringar (Avolio m.fl., 2009). Dessutom har transformellt ledarskap visats sig vara effektivt i olika kulturer, verksamheter och kontexter (Den Hartog m.fl., 1999). En transformell ledare inspirerar medarbetarna att uppnå strategiska mål samt att prestera över förväntan.

Ledarskapsstilen karakteriseras av ledare som:

- 1) ses som en förebild och har tillit från medarbetarna,
- 2) motiverar medarbetarna att uppnå uppsatta mål och får dem att känna sig utmanade,
- 3) inspirerar medarbetarna och främjar diskussioner och kreativa lösningar, samt
- 4) fungerar som en mentor för medarbetarna och ser varje individs behov av att utvecklas (Bass m.fl., 2003).

Samtliga ledarbeteenden som sammanfattats i tabellen överlappar med den transformella ledarskapsstilen. Exempelvis, beteendena i kategorin **”vara en förebild”**, representerar den första faktorn i transformellt ledarskap. För en chef innebär detta att vara engagerad, tillgänglig och arbeta på samma sätt som förväntas av medarbetarna vid implementering av t.ex. riktlinjer i syfte att visa att detta är prioriterat.

Ledarbeteendena i kategorin **”återkoppling”**, vilket relaterar till den andra faktorn i transformellt ledarskap, betyder att en chef exempelvis skapar incitament för de beteenden som riktlinjerna rekommenderar. Dessutom kan chefen uppmuntra arbetet med implementering av riktlinjer, det vill säga ge positiv återkoppling och förstärkning när medarbetarna utför beteenden som är i linje med riktlinjerna. Denna kontinuerliga återkoppling kan utföras muntligt och/eller skriftligt. Detta är viktigt för att medarbetarna ska sträva efter och nå uppsatta mål för implementeringen av riktlinjerna.

Ledarbeteendena som kategoriserats som **“vidareutveckla medarbetarna”** utgör exempel på den tredje faktorn i transformellt ledarskap, nämligen att inspirera medarbetarna och främja diskussion och kreativa lösningar. I denna kategori finns beteenden som avser att man som chef skapar möjligheter för medarbetarna att vara delaktiga och yttra sina åsikter och synpunkter för att arbetsgruppen ska komma fram till nytänkande och innovativa processer för att förnya och förbättra befintliga rutiner. Detta resulterar i att medarbetarna blir mer delaktiga i implementeringsprocessen och har lättare att äga densamma.

Ledarbeteendena under kategorierna **“stödja”** och **“kommunicera”** relaterar till den fjärde faktorn i transformellt ledarskap, och syftar till beteenden där chefen tydligt informerar om viktiga delar av implementeringsprocessen av riktlinjerna. Denna information kan spridas både muntligt, såsom på arbetsplatsmöten, och skriftligt, exempelvis information på intranät eller utskick via e-post. Chefen har också möjlighet att arbeta med administrativt stöd som kan underlätta implementeringen. Utöver detta är det även viktigt att chefen ser till att den individuella medarbetaren kan utbilda sig i enlighet med sina behov för att kunna implementera de nya riktlinjerna, exempelvis genom deltagande i en relevant kurs eller konferens. Dessa ledarbeteenden syftar till att alla medarbetare ska få de kunskaper som behövs samt möjligheten att arbeta enligt det nya arbetssättet.

Praktisk tillämpning

Ledarbeteendena i Tabell 1, som hämtats från aktuella kunskapsöversikter, har ibland beskrivits på en övergripande nivå, vilket kan hindra dess användning i praktiken. I dessa fall kan teorin om transformellt ledarskap bidra med mer konkret stöd. Denna ledarskapsstil har dessutom visat sig vara effektiv i olika verksamheter och länder vilket tyder på att resultaten är generaliserbara till andra verksamheter än hälso- och sjukvården.

När man leder ett implementeringsarbete är det viktigt att ledarbeteendena, exempelvis att skapa delaktighet, sätta mål och följa upp processen, är specifika för den metod som ska implementeras, vilket ökar sannolikheten för en effektiv implementering. Detta innebär att varje implementeringsarbete kräver aktivt ledarskap och det räcker inte med ett generellt gott ledarskap för att uppnå framgång. Exempelvis vid implementering av nya riktlinjer ska återkoppling ske specifikt utifrån hur medarbetarna använder sig av dessa riktlinjer. Vidare har både stödjande ledarbeteenden,

forts sid 6

Tabell 1. Ledarbeteenden associerade med effektiv implementering uppdelat på resultat från fyra kunskapsöversikter

	Stödja	Återkoppla	Kommunicera	Vara en förebild	Vidareutveckla medarbetare	Påverka omgivningen
Ref 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Uppmuntrar implementering av ny kunskap • Värdesätter medarbetarnas behov och önskar genom implementeringsprocessen • Stödjer generellt under implementeringsprocessen • Skapar administrativt stöd för att underlätta implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Återkopplar regelbundet kring arbetet med implementering av ny kunskap • Använder nyckeltal som speglar implementeringens framgång vid återkoppling av arbetsgången 	<ul style="list-style-type: none"> • Har goda kommunikationsfärdigheter kring arbetet inför och under implementeringen • Är öppen för förslag från medarbetarna rörande genomförandet av implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Skapar ett klimat som värdesätter forskning och ny kunskap • Är en förebild, det vill säga arbetar på samma sätt som förväntas av medarbetarna under implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ger möjligheter för medarbetarnas utveckling, till exempel genom att skapa möjligheter att delta i konferenser och kurser för att öka kunskaperna kring implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Skapar strukturer för medarbetarna så att dessa kan arbeta effektivt under implementeringen • Förändrar strukturer för att inkludera incitament för implementeringen • Fördelar resurser för att stödja implementeringen • Sätter strategiska mål som omfattar forskning och implementering • Gör implementeringen till ett gemensamt mål • Skapar decentraliserade strukturer • Skapar korta vägar för rapportering av nya idéer och åsikter från medarbetarna • Reviderar policydokument och arbetsrutiner i linje med implementeringen • Reviderar arbetsprocesser, kvalitetsystem och nyckeltal i syfte att stödja implementeringen
Ref 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Är en mentor • Underlättar implementeringsarbetet • Ger allmänt stöd under implementeringsprocessen • Skapar relationer mellan personer inom arbetsgruppen som har nyckelpositioner i implementeringen 				<ul style="list-style-type: none"> • Skapar delaktighet bland medarbetarna i implementeringsarbetet • Stödjer innovationer • Stödjer visionärt tänkande 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokuserar på implementeringens mål • Planerar implementeringen strategiskt
Ref 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Ser medarbetarna och deras behov under implementeringsprocessen • Uppmuntrar medarbetarna att arbeta aktivt med det som ska implementeras • Skapar administrativt stöd för att underlätta implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Uppmärksammar försök till förändring i linje med implementeringen • Återkopplar genom mätning av nyckeltal som speglar framgången av implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Har goda kommunikationsfärdigheter inför och under implementeringen • Informerar medarbetarna om ny kunskap, till exempel nya riktlinjer som ska implementeras 	<ul style="list-style-type: none"> • Är tillgänglig för medarbetarna under implementeringsprocessen • Är engagerad under implementeringen • Värdesätter användning av kunskap/forskning • Är en förebild under implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Skapar möjligheter för utveckling och vidareutbildning som gynnar implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Visar att organisationen värdesätter ny kunskap • Fördelar resurser, till exempel tillgång till utbildning som gynnar implementeringen • Sätter strategiska mål för implementering • Reviderar policy- och arbetsdokument så att dessa stämmer överens med det som ska implementeras • Utför kontinuerlig utvärdering av verksamheten som är relaterad till aktuell forskning och implementering • Inkluderar implementering av ny kunskap i verksamhetens filosofi och mål
Ref 4)	<ul style="list-style-type: none"> • Motiverar medarbetarna att arbeta med det som ska implementeras • Engagerar medarbetarna under implementeringsprocessen • Använder sig av informella ledare för att underlätta implementeringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Genomför kontinuerlig uppföljning av relevanta resultat för implementeringen • Skapar incitament för att utföra implementeringen 				<ul style="list-style-type: none"> • Skapar stödfunktioner, till exempel, återkoppling till verksamhetens resultat i form av nyckeltal för att gynna implementeringsprocessen • Fördelar resurser så att implementeringen kan äga rum

Ref: 1) Gifford m.fl., (2007); 2) Reichenpfefer m.fl., (2015); 3) Sandström m.fl., (2011); 4) Ovretveit, (2010)

såsom att ta hänsyn till medarbetarnas behov och att engagera arbetsgruppen, såväl som reglerande beteenden, exempelvis kommunicera tydligt, fokusera på mål och skapa strukturer, identifierats som viktiga för att framgångsrikt leda en implementering. Det är viktigt för en ledare att fokusera på båda dessa typer av beteenden.

En implementering innebär alltid en förändring, vilket kan leda till att motstånd i arbetsgruppen uppstår, och därmed är det viktigt som chef att vara beredd på att hantera detta. Det finns flera anledningar till motstånd, som till exempel brist på kunskap och färdigheter, motivation eller möjlighet på arbetsplatsen för att kunna genomföra det som riktlinjerna kräver (Michie m.fl. 2011). För att chefen ska kunna hantera motstånd på ett effektivt sätt är det essentiellt att förstå anledningarna därtill. Om motstånd till exempel uppstår på grund av att medarbetarna inte anser att de har kunskaper eller färdigheter kring de behandlingar eller åtgärder som beskrivs i riktlinjerna, behöver chefen erbjuda utbildning. Beror motståndet på bristande motivation, exempelvis om de inte förstår fördelarna med att implementera riktlinjerna, kan chefen tydliggöra och förklara varför implementeringen är viktig samt införa incitament för att öka motivationen hos medarbetare. Om hindret visar sig vara associerat till att medarbetare inte anser att behandlingar eller åtgärder i riktlinjerna är i linje med befintliga rutiner i verksamheten, det vill säga att de inte har möjlighet att genomföra de åtgärder som krävs, kan det vara nödvändigt att göra förändringar av verksamhetens policy.

Referenser

- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R. & Sklar, M. 2014. Aligning Leadership Across Systems and Organizations to Develop Strategic Climate for Evidence-Based Practice Implementation. *Annual Review of Public Health*, 35: 255-274.
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. & Weber, T. J. 2009. Leadership: current theories, research, and future directions. *Annual review of psychology*, 60: 421-449.
- Backström, T., Granberg, O., & Wilhelmson, L. 2008. *Alternativa former för chefers ledarskap – en kunskapsöversikt om sätt att förstå hur ledarskap kan utövas mellan chefer och medarbetare i svenskt arbetsliv*. Enheten för arbetslivsutveckling - Vinnova.
- Bass, B. M., Avolio, B. J., Jung, D. I. & Berson, Y. 2003. Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *Journal of Applied Psychology*, 88: 207-18.
- Den Hartog, D. N., House, R. J., Hanges, P. J., Ruiz-Quintanilla, S. A. & Dorfman, P. W. 1999. Culture specific and cross-culturally generalizable implicit leadership theories: Are attributes of charismatic/transformational leadership universally endorsed?. *The Leadership Quarterly*, 10: 219-256.
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P. & Lybanon, V. 2007. Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. *Worldviews of Evidence Based Nursing*, 4: 126-45.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J. & Squires, J. E. 2012. Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7: 50.
- Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. 2011. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions, *Implementation Science*, 6:42.
- Ovretveit, J. 2010. Improvement leaders: what do they and should they do? A summary of a review of research. *Quality and Safety in Health Care*, 19: 490-2.
- Reichenpfader, U., Carljford, S. & Nilsen, P. 2015. Leadership in evidence-based practice: a systematic review. *Leadership in Health Services*.
- Sandström, B., Borglin, G., Nilsson, R. & Willman, A. 2011. Promoting the implementation of evidence-based practice: a literature review focusing on the role of nursing leadership. *Worldviews of Evidence Based Nursing*, 8: 212-23.

Augusti 2015

■ Författare: Anne Richter, Rebecca Mosson, Henna Hasson
■ Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
■ Box 1497
■ 171 29 Solna
■ E-post ledarskapimplementering@sl.se
■ Tfn vx 08-123 400 00
■ www.folkhalsguiden.se



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Referenser

Inledning

Andreasson (2011), Behandling av alkoholberoende: dags att icke specialister tar över. Läkartidningen nr 45, volym 108.

AFS 1994:1 Arbetsanpassning och rehabilitering, 13 § Alkohol och andra berusningsmedel.

Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., Franck, J., Andreasson, S., & Ojehagen, A. (2003). Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review. *Alcohol Clin Exp Res*, 27(10), 1645–1656.

EU. (2011). Science Group of the European Alcohol and Health Forum – Alcohol, work and productivity.

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 Alcohol*, 45(3), 252–257.

Marmot, M., North, F., Feeney, A., & Head, J. (1993). Alcohol consumption and sickness absence: from the Whitehall II study. *Addiction*, 88, 369–382.

Project Match, R. G. (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. *J Stud Alcohol*, 729.

Ramstedt, M., Sundin, E., Landberg, J., & Raninen, J. (2014). ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen (Nr. 55). Stockholm: Centrum för psykiatrforskning (CPF), Karolinska Institutet.

Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., et al. (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 105(5), 817–843.

SBU. (2001). Behandling av alkohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsammansättning (Vol. 156). Stockholm: SBU.

Socialstyrelsen. (2015). Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och broende. Stöd för styrning och ledning.

WHO. (2014). Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization.

Alkoholpolicy

AFS 1994:1 Arbetsanpassning och rehabilitering, Alkohol och andra berusningsmedel, 13 §.

AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete, Riskbedömning, åtgärder och uppföljning, 11 §.

Ames, G. M., Grube, J. W., & Moore, R. S. (2000). Social control and workplace drinking norms: a comparison of two organizational cultures. *J Stud Alcohol*, 61(2), 203–219.

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.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity* (Second ed.). London: Oxford University press.

Elliott, K., & Shelley, K. (2006). Effects of drugs and alcohol on behavior, job performance, and workplace safety (pages 130–134). *Journal of employment counseling*, 43(3), 98–144.

EU. (2011). Science Group of the European Alcohol and Health Forum Alcohol, work and productivity.

Mangione, T. W., Howland, J., Amick, B., Cote, J., Lee, M., Bell, N., et al. (1999). Employee drinking practices and work performance. *J Stud Alcohol*, 60(2), 261–270.

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.

Alkolås

Bjerre, B. (2005). Primary and secondary prevention of drink driving by the use of alcohol lock device and program: Swedish experiences. *Accid Anal Prev*, 37(6), 1145–1152.

Bjerre, B., Marques, P., Selen, J., & Thorsson, U. (2007). A Swedish alcohol ignition interlock programme for drink-drivers:

effects on hospital care utilization and sick leave. *Addiction*, 102(4), 560–570.

Elder, R. W., Voas, R., Beirness, D., Shults, R. A., Sleet, D. A., Nichols, J. L., et al. (2011). Effectiveness of ignition interlocks for preventing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes: a Community Guide systematic review. *Am J Prev Med*, 40(3), 362–376.

Trafikverket. (2011). Alkolås och ISA för kvalitetssäkring av transporter: Trafikverket.

Willis, C., Lybrand, S., & Bellamy, N. (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD004168.

Trepartssamtal

Wismar, M., M. McKee, K. Ernst, D. Srivastava, and R. Busse. 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.

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.

Lee, K. P. W. (2010). Planning for success: setting SMART goals for study. *British Journal of Midwifery*, 18(11), 744–746.

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.

Screening och kort rådgivning

Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems, A review. *Addiction*, 88, 315–336.

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 Alcohol*, 45(3), 252–257.

Kaner, E., Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, P., et al. (2013). Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. [Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMJ*, 346, e8501.

O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., et al. (2014). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*, 49(1), 66–78.

SBU. (2001). Behandling av alkohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsammanställning (Vol. 156). Stockholm: SBU.

Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Stockholm: Socialstyrelsen.

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.

Utredning och bedömning

Allen, J., Litten, R., Fertig, J., & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res*, 21(4), 613–619.

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).

Bergman, H., & Källmen, H. (2002). Alcohol Use Among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Alcohol*, 37, 245–251.

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.

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.

- 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. *Alcohol Clin Exp Res*, 26, 28–35.
- Kristenson, H., & Trell, E. (1982). Indicators of alcohol consumption: Comparisons between a questionnaire (Mn-MAST), Interviews and Serum gamma-Glutamyl Transferase (GGT) in a health survey of middle-aged males. *Br J Addict*, 77, 297–304.
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*, 131, 1121–1123.
- Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2007). The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res*, 31(2), 185–199.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22–33; quiz 34–57.
- Sobell, L. C., Agrawal, S., Annis, H., Ayala-Velazquez, H., Echeverria, L., Leo, G. I., et al. (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.
- Socialstyrelsen. (2015). Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och broende. Stöd för styrning och ledning.
- Biologiska markörer**
- Helander, A. (2011). Biomarkörer kan fånga tidigt riskbruk av alkohol. *Läkartidningen*, 108(45), 2291–2295.
- Helander, A., & Hansson, T. (2013). Nationell harmonisering av alkoholmarkören PEth. *Läkartidningen*, 110(39–40), 1747–1748.
- Helander, A., Peter, O., & Zheng, Y. (2012). Monitoring of the alcohol biomarkers PEth, CDT and EtG/EtS in an outpatient treatment setting. *Alcohol Alcohol*, 47(5), 552–557.
- Helander, A., Walther, R. I., & Jones, A. W. (2010). Bestämning av alkohol i utandningsluft kan ge fel mätvärde. *Läkartidningen*, 107(3), 110–112.
- Hermansson, U. (2004). Riskbruk av alkohol i arbetslivet. En kunskapsöversikt om motiv och åtgärder. (Nr 20). Stockholm: CAN & SAD.
- McDonald, H., Borinskya, S., Kiryanov, N., Gil, A., Helander, A., & Leon, D. A. (2013). Comparative performance of biomarkers of alcohol consumption in a population sample of working-aged men in Russia: the Izhevsk Family Study. *Addiction*, 108(9), 1579–1589.
- Socialstyrelsen. (2015). Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och broende. Stöd för styrning och ledning.
- Weykamp, C., Wielders, J. P., Helander, A., Anton, R. F., Bianchi, V., Jeppsson, J. O., et al. (2013). Toward standardization of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) measurements: III. Performance of native serum and serum spiked with disialotransferrin proves that harmonization of CDT assays is possible. *Clin Chem Lab Med*, 51(5), 991–996.
- Psykosocial behandling**
- Brown, T. G., Seragianian, 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.
- Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2009). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD005032.
- Forsberg, L., Beckman, M., Ghaderi, A., Lindqvist, H., Öhman, L., Börjesson-Toth, K. (2014) Utvärdering och utveckling av utbildningar i Motiverande samtal inom hälso- och sjukvården. Opublicerad rapport, Socialstyrelsen.
- Hammarberg, A., & Wallhed Finn, S. (2015). Åter till kontrollerat drickande – en handbok för kliniker. Lund: Studentlitteratur.
- 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.
- Kaner, E. F., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., et al. (2009). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD004148.

- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs*, 70(4), 516–527.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2007). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (Second ed.): Guilford Press.
- Miller, W. R., & Muñoz, R. F. (2013). *Controlling Your Drinking* (Second ed.). New York: The Guilford Press.
- Miller, W., Rollnick, S. (2013) *Motivational Interviewing: Helping people to change*, 3:rd ed. Översättning: Farbring, C.-Å. (2013) *Motiverande samtal*, Natur och Kultur, Stockholm.
- 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,
- Project Match, R. G. (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. *J Stud Alcohol*, 729.
- Rozen, 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 Alcohol Depend*, 74(1), 1–13.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychol Bull*, 113(1), 129–139.
- SBU. (2001). *Behandling av alkohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsmanställning (Vol. 156)*. Stockholm: SBU.
- Saxon, L., & Wirbing, P. (2004). *Återfallsprevention. Färdighets- träning vid missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel*. Lund: Studenlitteratur.
- Schwalbe C, Oh H, Zweben A. (2014). Sustaining Motivational interviewing: a meta-analysis of training studies. *Addiction*, 109, 1287–1294.
- 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. *J Stud Alcohol*, 62(3), 389–396.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*.
- 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).
- Walters, G. D. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers: A metaanalysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, 31, 135–149.
- Östling, A. (2001). *Väckarklockan. Manualbaserad återfalls- prevention vid beroende. (Baserad på Project MATCH maula)*. Stockholm, Meda AB.

Biblioterapi och webbaserad behandling

Apocada TR, Miller WR. (2003) A Meta-Analysis of the Effectiveness of Bibliotherapy for Alcohol Problems. *J Clin Psychology*; 59(3), 289–304.

Vernon ML. (2010) A review of computer-based alcohol problem services designed for the general public. *J Subst Abuse Treat*; 38(3): 203–211.

Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*.

Läkemedelsbehandling

COMBINE, & Group, S. R. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *Jama*, 295(17), 2003–2017.

Jorgensen, C. H., Pedersen, B., & Tonnesen, H. (2011). The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res*, 35(10), 1749–1758.

Rosner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Leher, P., Vecchi, S., & Soyka, M. (2010). Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(9), CD004332.

Rosner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Vecchi, S., Srisurapanont, M., & Soyka, M. (2010). Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(12), CD001867.

Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*.

En modell – best practice

Jaehne, A., Loessel, 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. *Curr Drug Abuse Rev*, 5(1), 41–51.

Miller, W. R., Sovereign, G., & Krege, B. (1988). Motivational Interviewing with Problem Drinkers: II. The Drinker's Check-up as a Preventive Intervention. 16(04), 251–268.

Project Match, R. G. (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. *J Stud Alcohol*, 729.

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.

Wählin, S., & Andreasson, S. (2015). Behandling av alkoholberoende i primärvård kan ge goda resultat. 15-metoden – en strukturerad behandling anpassad efter patientens behov. *Läkartidningen*, 112, sid 1596–1599.

Förändrade alkoholvanor och rökstopp

Baca, C. T., & Yahne, C. E. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know. *J Subst Abuse Treat*, 36(2), 205–219.

Nieva, G., Ortega, L. L., Mondon, S., Ballbe, M., & Gual, A. (2011). Simultaneous versus delayed treatment of tobacco dependence in alcohol-dependent outpatients. *Eur Addict Res*, 17(1), 1–9.

Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psychol*, 72(6), 1144–1156.

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 Alcohol Depend*, 114(2–3), 110–118.

Fysisk aktivitet – komplement vid behandling

FHI. (2008). FYSS 2008 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. : Statens folkhälsoinstitut.

Linke, S. E., & Ussher, M. (2015). Exercise-based treatments for substance use disorders: evidence, theory, and practicality. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 41(1), 7–15.

Giesen, E. S., Deimel, H., & Bloch, W. (2015). Clinical exercise interventions in alcohol use disorders: a systematic review. *J Subst Abuse Treat*, 52, 1–9.

Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R., & Zhou, C. (2014). Impact of physical exercise on substance use disorders: a meta-analysis. *PLoS One*, 9(10), e110728.

WHO. (2014). Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization.

Zschucke, E., Heinz, A., & Strohle, A. (2012). Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders. *ScientificWorldJournal*, 2012, 901741.

Implementering

Carlfjord, S. (2014). Modeller och ramverk. In P. Nilsen (Ed.), *Implementering av evidensbaserad praktik* (pp. 115–133). Falkenberg: Gleerups utbildnings AB.

Guldbrandsson, K. (2007). Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL, USA: The National Implementation Research Network.

Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., et al. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care*, 11(2), 174–180.

Sandström, B. (2014). Attitudes and beliefs about national guidelines for schizophrenia. A study among stakeholders. Doctor Dissertaion, Lund University, Sweden., Lund.

Socialstyrelsen. (2012). Om implementering: Socialstyrelsen.



Myndigheten för
arbetsmiljökunskap

www.mynak.se