

UPPFÖLJNING AV EN MODELL VID REHABILITERING AV MISSBRUK

Britt Asplund

Företagsläkare

Gävle Dala Företagshälsa

Kaserngården 13, 791 82 Falun

Tel. 023-490501 Fax 023-490347

britt.asplund@lg.se

Handledare:

Eva Vingård

Professor

Arbets- och Miljömedicin

Akademiska Sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel. 018-6113644

**Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska Akademin vid
Göteborgs Universitet 2006/2007**

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning.....	3
Syfte	3
Undersökt grupp.....	4
Metod	4
Resultat.....	5
Diskussion	8
Litteraturreferenser.....	9

Sammanfattning

Det är väl känt att missbruk av alkohol medför stora problem på arbetsplatsen. GävleDala Företagshälsa har tillsammans med Nudax, en fristående organisation som arbetar enligt 12-stegsprincipen, erbjudit ett program för rehabilitering.

Syfte:

I denna studie undersöktes vilka effekter rehabiliteringsprogrammet hade dels på alkoholkonsumtion mätt med biologiska markörer, dels på arbetsförmåga (i denna studie definierat som att personen var i arbete eller var anställningsbar).

Undersökt grupp:

Uppföljningen omfattade 26 personer, dvs. samtliga som påbörjade behandling fr.o.m. 2004 och t.o.m. november 2005. Av dessa var 17 kvinnor och 9 män. De deltagande kvinnornas ålder var 31-62 år, medianåldern var 49 år. Motsvarande siffror för männen var 29-62 år och medianåldern 55 år. Den överenskomna behandlingstiden var två år för samtliga utom för en person där rehabiliteringstiden var ett år. Minimitiden för att ingå i utvärderingen var en uppföljningstid på 12 månader.

Metoder:

Vid utvärderingen användes journaluppgifter, laboratoriedata samt i vissa fall intervju. De biologiska markörer som studerades var kolhydratfattigt transferrin (CDT) och gamma-GT (GGT). Avseende arbetsförmåga registrerades om personen arbetade helt, partiellt, inte alls eller om arbetsgraden var okänd.

Resultat:

Andelen normala CDT-värden ökade från 55 % vid starten till 95 % vid uppföljning vid 12 månader och 100 % av de, där provtagning gjorts vid 24-månadersuppföljningen.

Motsvarande värden för GGT var 58 %, 95 % respektive 93 %.

Andelen personer som var i arbete eller som var anställningsbara var vid 12 månader 82 % och vid 24 månader 94 %. 89 % respektive 88 % arbetade heltid.

Endast tre personer avbröt behandlingen under det första året.

Slutsatser:

Antalet individer med normala laboratorievärden avseende alkohol ökade påtagligt under observationstiden. En stor majoritet av individerna var i arbete under studiens gång, varav de allra flesta på heltid. Få personer avbröt behandlingen. Resultaten stöder att FHV:s samarbete med arbetsgivare och Nudax är en framgångsrik rehabiliteringsmodell och att verksamheten ska fortsätta.

Inledning

Missbruk av alkohol och andra droger medför en mängd negativa konsekvenser på arbetsplatsen för såväl arbetskamrater, arbetsledare, kunder/patienter som för personen med missbruk. Frekvent frånvaro, koncentrationsproblem och risker för skador och felaktiga beslut är några vanliga effekter av missbruk. Samtliga av dessa negativa konsekvenser kan leda till ökade kostnader för såväl arbetsgivaren som den enskilde (1,2,). Det finns en schablonmässig beräkning (The Stanford Model) som utgår ifrån att en anställd med påtagliga alkoholproblem producerar 75 % av sin totala kapacitet. För personer med alkohol- eller drogberoende är fysisk påverkan i form av symptom från de flesta organsystem regel (3,4,). Dessutom har alkohol sociala konsekvenser troligen av lika stor, om inte större betydelse för människors hälsa jämfört med de medicinska konsekvenserna av alkoholanvändning (5).

I flera studier i Europa samt i USA redovisas prevalenssiffror för alkoholberoende i nivån 5-7 % för män och 1,3 – 2,6 % för kvinnor (6,7). En regional uppskattning från Stockholm bedömde att 6 % av männen och 3 % av kvinnorna uppfyllde kriterierna för alkoholberoende (8).

I SBU-rapporten ”Behandling av alkohol- och narkotikaproblem” 2001 (9) finns en ekonomisk utvärdering av olika strategier för behandling av människor som missbrukar alkohol och/eller andra droger. Flera studier av missbruksvård har metodologiska brister. Enligt SBU-rapporten finns inga studier tillgängliga som visar i vilken utsträckning resurserna används effektivt. Rapporten slår fast att det är angeläget att genomföra ekonomiska utvärderingar av den svenska missbruksvården, dess omfattning och inriktning. SBU-rapporten har kritiskt granskat den vetenskapliga litteraturen inom området. Man drog där slutsatsen att flera psykosociala behandlingsmetoder som karakteriseras av klar struktur och väldefinierade åtgärder har gynnsamma effekter på alkohol- och narkotikaberoende. 12-stegsbehandlingen är en sådan modell.

För att kunna erbjuda stöd till den enskilde och till arbetsgivaren startade Gävle Dala Företagshälsa (GDFH) 2003 ett samarbete med Nudax, en fristående organisation för behandling av alkohol- och drogmissbruk enligt 12-stegsprincipen. Arbetsgivare och personen med missbruk gjorde tillsammans med GDFH upp ett behandlingskontrakt som innebar primärbehandling i öppen eller sluten vård, i regel under 4 veckor och därefter eftervård med regelbundna AA-träffar under 2 år samt under den perioden återkommande oförberedda provtagningar avseende alkohol- eller annat missbruk.

Syfte

Syftet med undersökningen var att studera programmets effekter på alkoholkonsumtion mätt med biologiska alkoholmarkörer och dessutom var syftet att ta reda på vilken arbetsförmåga (här definierat som att man var i arbete eller att man var anställningsbar) personerna hade 12 respektive 24 månader efter påbörjad behandling.

Undersökt grupp

Personerna som inkluderades i programmet rekryterades huvudsakligen genom att arbetsgivaren kontaktade GDFH p.g.a. frekvent frånvaro eller påverkan av alkohol men även genom att personen i fråga kom till företagshälsovården tillsammans med en arbetskamrat. Ett möte hölls med personen det gällde, arbetsledare samt personer från GDFH med erfarenhet av missbruksbehandling. Om beroende eller missbruk kunde verifieras erbjöds personen deltagande i rehabiliteringsprogrammet.

Uppföljningen gjordes för de individer med anställning i ett stort företag inom offentlig verksamhet som var knutet till GDFH och där behandlingen påbörjades fr.o.m. 2004 fram till 30 november, 2005. Studien omfattade alla individer som påbörjade rehabiliteringsprogrammet. I ett fall var den överenskomna behandlingstiden ett år, för alla övriga gällde en behandlingstid på två år. Minimitiden för utvärdering var 12 månader. Deltagarna inkluderades i programmet vid olika tillfällen.

Antalet studerade individer var 26. Av dessa var 17 kvinnor. Att andelen kvinnor var så hög förklarades av att företaget var verksam inom vårdsektorn där en majoritet av de anställda var kvinnor.

De deltagande kvinnorna var mellan 31 och 62 år. Medianåldern var 49 år.

Männen var mellan 29 och 62 år vid inklusionen i studien och medianåldern var 55 år.

Drygt hälften av deltagarna kunde följas under 24 månader efter inklusion i studien. Undantag var dels de individer som endast hunnit göra halva sin behandlingstid, dels de personer som flyttat från orten, slutat eller sagts upp från sitt arbete och i ett fall där personen hade en överenskommelse med arbetsgivaren om ett års behandling.

Metod

Uppföljningen var en retrospektiv studie utan kontrollgrupp.

För utvärderingen användes journaluppgifter samt laboratoriedata. Laboratorieprover som korrelerar till alkoholkonsumtion respektive användning av andra droger var ASAT, ALAT, GGT, CDT, MCV samt i förekommande fall drogtestar. Blod- samt i förekommande fall urinprover togs vid oförberedda provtagningar med varierande intervall. ASAT, ALAT samt gamma-GT (GGT) mäter cellskador i levern och MVC mäter erythrocytens medelcellvolym (MCV). Var för sig eller i kombination kan dessa markörer bidra till att påvisa ett långvarigt och mer omfattande alkoholintag. Både ALAT och ASAT har låg sensitivitet (ca 10 %). GGT är mer känsligt. Förhöjda värden av dessa markörer kan bero på andra orsaker än alkohol.

Kolhydratfattigt transferrin (CDT) mäter alkoholrelaterade biokemiska förändringar. CDT har god specificitet och har bättre träffsäkerhet än GGT på personer med lägre alkoholkonsumtion (10). Det finns individuella variationer men för att få ett högt CDT-värde krävs ett regelbundet (dock inte nödvändigtvis dagligt) högt alkoholintag motsvarande 50-80 gram ren alkohol per dag genomsnittligt under 1-2 veckor. CDT påvisar alkoholintag två till fyra veckor efter konsumtion.

Sammanställningen av laboratorieresultat gjordes med modifierad single subject design, dvs. varje individ blev sin egen "kontroll".

Uppgifter om arbetsförmåga (med det menas i denna studie att personen är i arbete eller anställningsbar) inhämtades från journaler samt genom telefonintervju.

Arbetsförmågan redovisades i förhållande till den tjänstgöringsgrad som personen hade vid behandlingsstarten.

Resultat

Biologiska alkoholmarkörer

Laboratoriedata som relaterar till alkoholkonsumtion sammanställdes. Redovisningen av biologiska markörer begränsades till GGT och CDT. Av samtliga laboratorieprover som togs valdes de ut som togs vid behandlingsstart samt så nära 6, 12 respektive 24 månader efter behandlingsstart som möjligt.

CDT-värdena presenteras i ett gemensamt diagram för samtliga individer (*Diagram 1*).

Vid behandlingsstart fanns 22 av 26 CDT-värden noterade. 12 av de 22 individerna (5 män och 7 kvinnor) hade normala värden (55 %). För 3 personer fanns inga lab.data noterade från vistelse på behandlingshem och i ett fall fanns inget CDT-värde taget.

Vid 12 månadersuppföljningen hade andelen normala prover ökat till 21 av 22 värden (7 män och 14 kvinnor) motsvarande 95 %. Tre individer hade flyttat, och i ett fall hade provtagning missats.

Efter 24 månader var CDT-värdet normalt hos samtliga 13 (5 män och 8 kvinnor) där provtagning gjorts (100 %). Sex personer hade ännu inte fullföljt programmet, tre personer hade flyttat, en hade fått avsked, i ett fall var behandlingen bestämd till endast ett år och i två fall hade provtagning missats.

Diagrammet avsåg att visa eventuell trend för hela den undersökta gruppen när det gäller CDT-värden. Referensvärdet är samma för kvinnor och män, < 1,9 %.

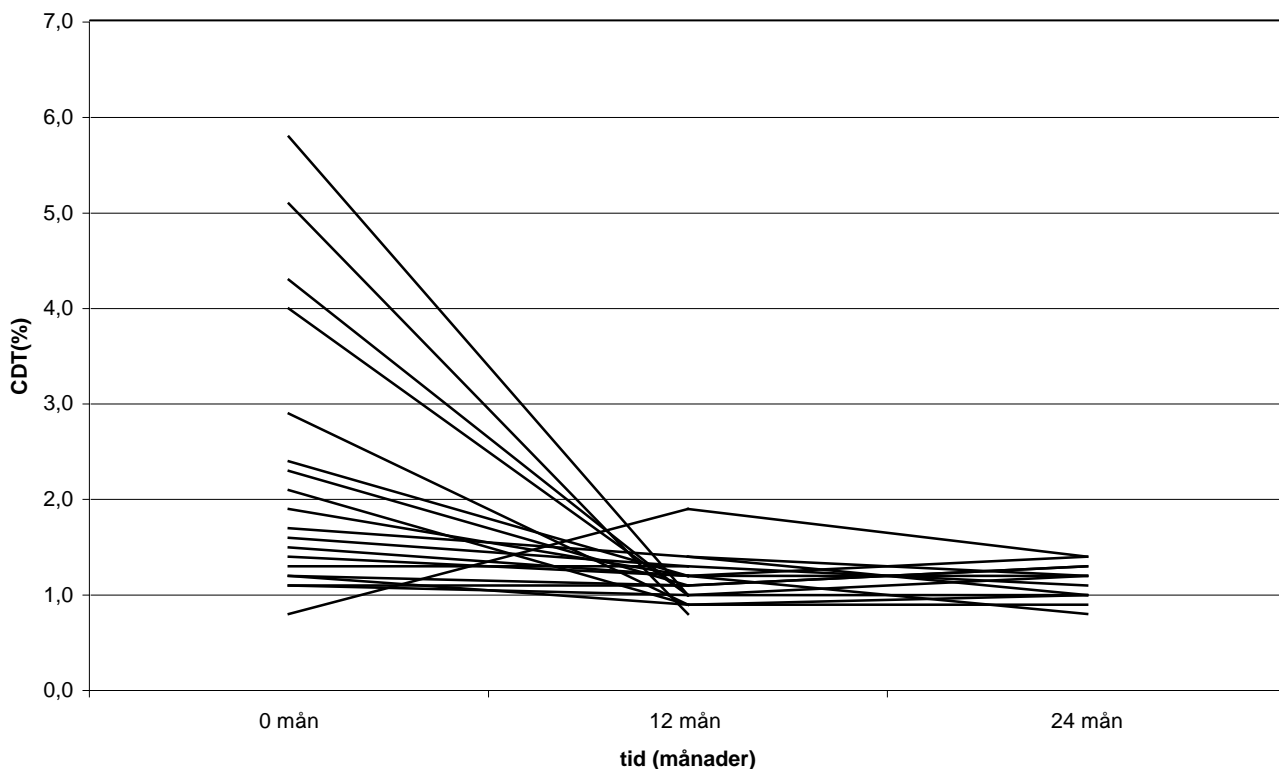


Diagram 1 CDT-värden (män och kvinnor)

GGT-värdena redovisades separat för kvinnor och män (*Diagram 2 och 3*).

Referensvärdet för kvinnor under 41 år var < 0,8 % och för kvinnor över 40 år 0,15 – 1,20 %. För män var motsvarande värden 0,15-1,30 % respektive 0,20- 1,90 %.

Vid starten fanns GGT-värden tagna för 24 av 26 individer. 14 värden (4 män och 10 kvinnor) var normala (58%) De två personer för vilka inget startvärde fanns var intagna på behandlingshem.

12-månadersvärdena var normala för 21 av 22 provtagna (6 män och 15 kvinnor), motsvarande 95%. Tre personer hade flyttat och i ett fall hade provtagning missats.

Vid 24 månaders uppföljning var 14 av 15 värden (5 män och 9 kvinnor) normala (93%) Sex personer var fortfarande i behandling, tre hade flyttat, en var avskedad och i ett fall hade behandlingen som planerat avslutats efter ett år.

Som anekdotisk observation kan nämnas att två personer med alkoholberoende i 10 respektive 25 år har deltagit i programmet under två respektive hittills ett år med normalisering av prover och därefter uppvisande av normala prover vid samtliga provtagningstillfällen.

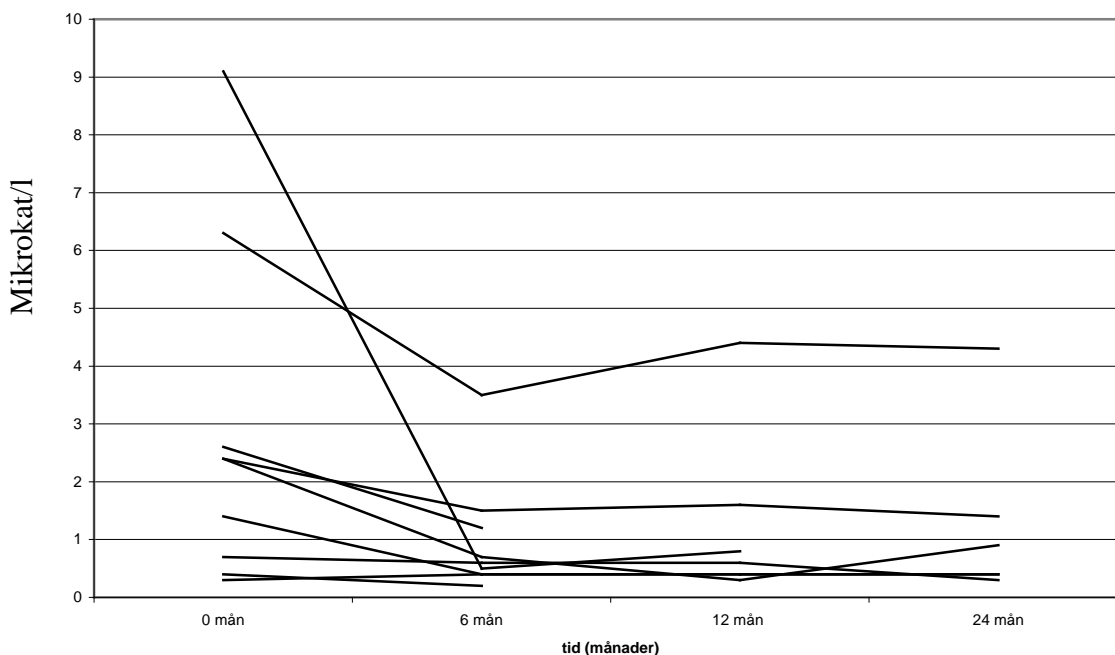


Diagram 2 GGT män

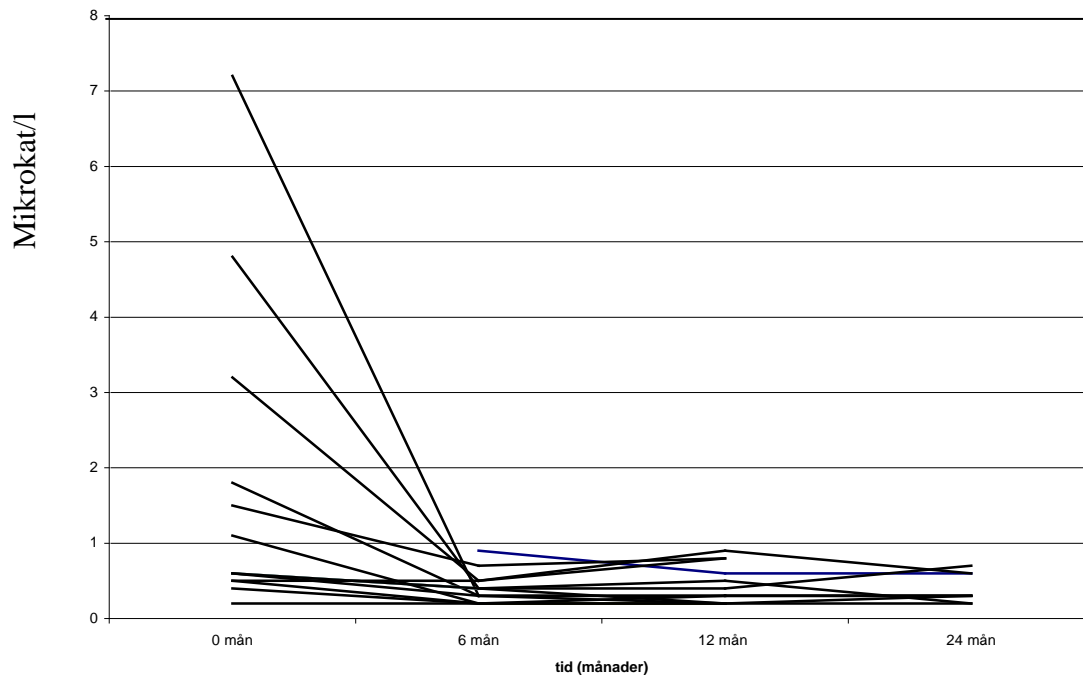


Diagram 3 GGT-värden (kvinnor)

Arbetsförmåga:

Med arbetsförmåga menas i denna studie att personen är i arbete eller anställningsbar.

Vid 12 månader hade 19 av 23 personer (82 %) arbetsförmåga, varav 17 på heltid och två på deltid. Tre personer hade slutat och aktuell arbetsgrad var okänd. Av de fyra personer i gruppen ”ingen arbetsförmåga” vid 12 månader ingick en person som då var avstängd från sitt arbete, två personer som tillfälligt var sjukskrivna efter operation samt en person med sjukskrivning p.g.a. möjligen alkoholrelaterad sjukdom.

Vid 24 månader hade andelen individer i arbete ökat till 16 av 17 (94 %). Av dessa 16 personer arbetade 14 heltid. För tre personer var arbetsförmågan okänd. Sex individer var ännu ej klara med behandlingsprogrammet.

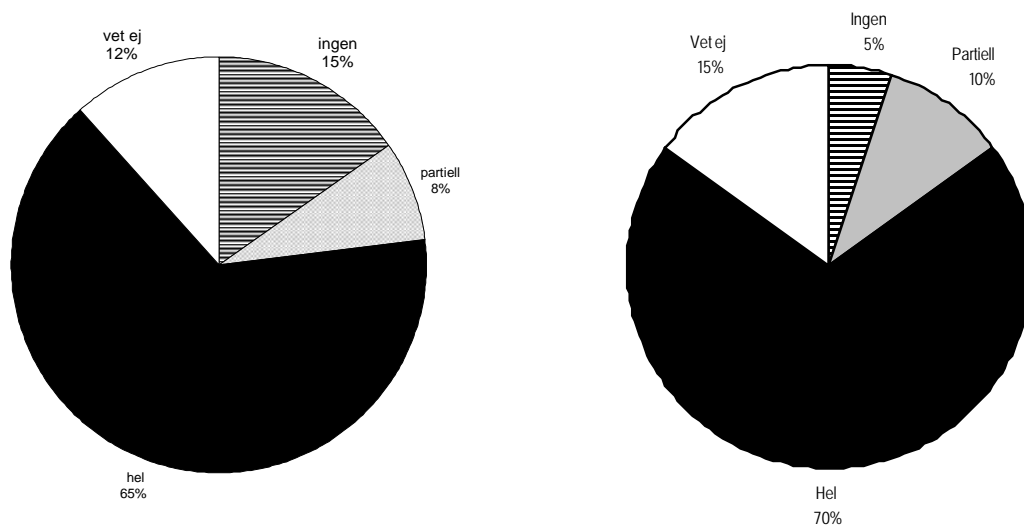


Diagram 4 och 5. Arbetsförmåga vid 12 resp. 24 månader

Diskussion

Syftet med studien var dels att studera rehabiliteringsprogrammets effekter på alkoholkonsumtion mätt med biologiska markörer, dels att ta reda på vilken arbetsförmåga personen hade 12 respektive 24 månader efter påbörjad behandling.

Vid uppföljningen efter ett år hade andelen individer med normala laboratorievärden ökat markant jämfört med värdena vid behandlingsstarten.. Resultatet tycks stå sig vid uppföljningen efter två år hos de personer som hittills redovisats.

Fyra av fem av de som var kvar i programmet arbetade efter ett år. En stor majoritet av dessa arbetade heltid. Även här tycks resultatet stå sig efter två års uppföljning. Få personer avbröt behandlingen. Endast tre av 26 personer slutade under första behandlingsåret. Av hittills redovisade resultat vid tvåårsuppföljningen har ytterligare en person slutat.

Materialet är litet och det finns ett bortfall då några personer avbrutit behandlingen vilket försvårar möjligheterna att dra generella slutsatser.

En brist i materialet är att en del laboratedata saknas p.g.a. att första provtagning gjordes i samband med institutionsvistelse under primärbehandlingen samt att prover missats vid några tillfällen. Studien gjordes utan kontrollgrupp då det inte bedömdes vara praktiskt eller etiskt möjligt.

Det finns få svenska studier där man utvärderat 12-stegsmodellen och ingen som är direkt jämförbar med den aktuella studien. I en nyligen publicerad avhandling av Maria Bodin (11) redovisas en prospektiv studie avseende alkoholkonsumtion hos 278 individer som påbörjat behandling enligt Minnesotamodellen och där resultaten insamlades genom självrapportering avseende alkoholkonsumtion. Vid 12 månader rapporterade 68 % av deltagarna att de var helt eller delvis i remission (dvs. förbättrade). En tredjedel av dessa angav fullständig avhållsamhet vid 12-månadersintervjun.

Jämförelse mellan grad av arbete före respektive efter deltagande i programmet hade varit önskvärt men frånvarostatistik före intervention var inte tillgänglig. I många fall påtalade arbetsgivaren vid gemensamma träffar att närvaron och arbetsinsatsen ökat påtagligt. Någon strukturerad notering för detta fanns ej varför någon utvärdering inte kunde göras.

FHV har under arbetets gång samlat erfarenheter och ett resultat av denna uppföljning blev att vissa förändringar kommer att göras vad gäller provtagningsrutiner, sammanställning av resultat och även komplettering av synpunkter från den deltagande personen och arbetsgivaren angående effekten av programmet.

Sammanfattningsvis ökade andelen individer med normala laboratorievärden avseende alkohol under programmets gång. En stor majoritet av deltagarna i rehabiliteringsprogrammet var kvar i arbete under observationstiden. Dessa resultat stöder att det nuvarande samarbetet mellan arbetsgivare och GävleDala Företagshälsa-Nudax är framgångsrikt och att verksamheten ska fortsätta och kan med fördel säkert även utövas på andra ställen.

Litteraturreferenser

1. Benneth JB, Lehman WEK (1998) Workplace drinking climate, stress and problem indicators: Assessing the influence of teamwork (group cohesion) *J Stud Alcohol* 59 (5): 608-618
2. Mangione, T, Howland J, Lee M (1998) New perspectives for worksite alcohol strategies: Result from a corporate drinking study., pp 13. *JSI Research and Training Institute, Boston*
3. Andreasson (1998), Alcohol and J-shaped curves. *Alcohol Clin. Exp Res*, 22 (7 Suppl): 359S-364S
4. Individuella skydds- och skadeeffekter av alkohol (MFR, 1997)
5. Room R, Bondy SJ, Ferris J (1995) The risk of harm to oneself from drinking Canada 1989. *Addiction* 90 (4): 499-513
6. Rehm, J., Room, R., van den Brink, W., & Jacobi, F. (2005) Alcohol use disorders i EU countries and Norway: An overview of the epidemiology. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 377-388.
7. Grant et al (2004) The 12-months prevalence and trends in DSM-IV alcohol and abuse dependence: United States 1991-1992 and 2001-2002. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 223-234.
8. Hvitfeldt T, Romelsjö A, Damström Thakker K, (1999) Alkohol och droger – vanor och problem i Stockholms län 1996. *Huddinge: Centrum för Alkohol- och Drogpåverkan och Karolinska Institutet, Institutionen för Folkhälsovetenskap, Avdelningen för Socialmedicin.*
9. SBU rapport I och II (2001), *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*
10. Nilssen et al (1992) New alcohol markers – how useful are they in population studie: the Svalbard Study 1988-89. *Alcohol Clin Exp Res* 16 (1): 82-86
11. Bodin M, The Minnesota Model Treatment for Substance Dependence: Program Evaluation in a Swedish Setting (dissertation). The Dep. of Public Health Sciences Division of Social Medicine. Karolinska Intitutet, Stockholm, Sweden