

Korttidsfrånvaro – en pilotstudie av alkoholens betydelse.

Eva Björnman
Företagsläkare
Feelgood AB
Byfogdegatan 4
415 05 Göteborg
Telefon 031-337 33 60
eva.bjornman@feelgood.se

Handledare
Lars Barregård
Professor, överläkare
Arbets- och miljömedicin
Sahlgrenska sjukhuset
Göteborg

**Projektarbete vid företagsläkarkursen Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs Universitet 2007/2008**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING.....	3
INLEDNING.....	4
Korttidsfrånvaro och förstadagsintyg	4
Screening för alkoholöverkonsumtion.....	5
Syftet	6
UNDERSÖKT GRUPP	6
METOD	6
RESULTAT.....	8
DISKUSSION	11
REKOMMENDATION.....	12
LITTERATURREFERENSER.....	13

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Många arbetsplatser har haft upprepade problem med korttidsfrånvaro hos arbetstagarna. Arbetsgivaren kan då kräva sjukintyg från första dagen.

De företag som har Feelgood som företagshälsovård ansåg att det fanns ett stort behov av att ta reda på orsakerna till detta.

Syfte: Denna pilotstudie undersökte hur stor andel av korttidsfrånvaron som var kopplad till sannolik överkonsumtion av alkohol. Utvärderingen utfördes med frågeformulär i kombination med alkoholmarkör i blod. Arbetsgivaren och arbetstagaren fick också uppge sin uppfattning om tänkbar orsak till denna frånvaro.

Undersökt grupp: Studien omfattade 10 patienter varav 6 män och 4 kvinnor, där arbetsgivaren hade begärt sjukintyg från första sjukdagen. Patienterna kom från 10 olika företag som under ett halvår hösten 2007 till våren 2008 hänvisades till Feelgood för utredning.

Metoder: Vid utvärderingen träffade företagsläkaren arbetstagaren för en kartläggning med anamnes, status och provtagning. Arbetstagaren fick beskriva sin egen uppfattning om orsaken till den ofta förekommande sjukfrånvaron. Alkoholkonsumtion uppskattades med ett frågeformulär AUDIT i kombination med biologisk markör fosfatidyletanol (B-PEth) som har funnits tillgänglig sen 2006.

Resultat: Andelen i den undersökta gruppen som hade tecken på risk- eller missbruk av alkohol var 5 individer och arbetsgivarna till dessa trodde samtliga att frånvaron var alkoholrelaterad. Arbetstagarna uppgav oftare oklar trötthet, virusinfektioner eller värk i rörelseapparaten.

Slutsats: Trots att det var en liten grupp som studerades och den verkliga andelen bland denna typ av patienter inte säkert kunde värderas har projektarbetet visat ett systematiskt sätt att arbeta med dessa fall under rehabilitering.

Projektet har belyst att många livsstilsfaktorer som rökning, kost, inaktivitet och för hög alkoholkonsumtion kan leda till ofta förekommande kortvarig frånvaro från arbetet.

Kunde man finna orsaken i ett tidigt stadium var det lättare att åtgärda den.

INLEDNING

Detta projektarbete utgår från företagshälsovården Feelgood som arbetar med mindre och större företag i både privat och offentlig verksamhet.

Korttidsfrånvaro och förstadagsintyg

En arbetsplats med upprepad korttidsfrånvaro ställer krav på arbetsgivarna att utreda detta. Enligt Arbetsmiljölagen AML kap 3 har arbetsgivaren ett ansvar för att förebygga ohälsa och olycksfall. Korttidsfrånvaro kan vara arbetsrelaterad till följd av t.ex. vantrivsel och ergonomiska problem på arbetsplatsen, som ger oklar värk eller stressrelaterade besvär som i sin tur kan ge psykisk ohälsa. Andra frågor som arbetsgivaren ställde sig var: Fanns det medicinska sjukdomar som gav oklara och diffusa symptom hos arbetstagaren? Eller fanns det drogproblem? Arbetsgivaren har enligt AML ett långtgående ansvar oavsett om den ökade frånvaron beror på alkoholproblem eller något annat. Arbetsgivare krävde ibland sjukintyg från första sjukdagen av arbetstagare som hade varit borta mer än 6 ggr på ett år, där arbetsgivaren inte själva visste orsaken till frånvaron. Hos de företag som Feelgood arbetade med fanns det ett behov av att ta reda på mera om orsakerna till denna typ av korttidsfrånvaro. Det fanns önskemål från arbetsgivaren om en hälsoundersökning och en kartläggning som led i en rehabiliteringsprocess.

Vid upprepad kortvarig sjukfrånvaro kunde arbetsgivaren fram till 2007-07-01 genomföra en rehabiliteringsutredning då frånvaron varit mer än 6 ggr på ett år och kunde kräva läkarintyg från första sjukdagen s.k. ”förstadagsintyg”. Tillsammans med facklig organisation förhandlades detta och intyget blev aktuellt. 1-dag-intyget sågs som ett led i en rehabilitering och var ofta tidsbegränsat till ett år och utfärdat av läkare vid Feelgood. Från 2008-01-01 skedde en lagändring (1) och skillnaden var att arbetsgivaren kunde kräva läkarintyg från första sjukfrånvarodagen oavsett orsak. Vid oklar upprepad frånvaro kändes det angeläget att arbeta strukturerat och upprätta rutiner som alla arbetstagare gick igenom och samtidigt besvara frågan om man kunde upptäcka alkoholrisk- eller missbruk .

Screening för alkoholöverkonsumtion

När det gäller alkoholmissbruk är de klassiska kännetecknen som nämns i litteraturen frånvaro som är kopplad till helger, sen ankomst, förändring av arbetsprestation, minskat intresse för arbetet samt kroppsliga eller psykiska förändringar (2).

WHO har utvecklat ett screeningsinstrumentet AUDIT, alcohol use disorders identification test (3), ett frågeformulär som identifierar personer med skadlig eller riskabel alkoholkonsumtion. AUDITs validitet påverkas av om personen informeras om att självrapporteringstestet kombineras med biologisk markör CDT, enligt studier från en svensk arbetsplats (4). Fördelen med AUDIT i samband med screening av riskbruk av alkohol är att det fanns möjlighet att jämföra med normal-populationen i Sverige (5).

Det finns tre grupper av alkoholmarkörer där den första gruppen beskriver nuläget av alkoholintag, den andra beskriver cellskador på lever och blodkropps nivå efter mer långvarigt alkoholbruk. Den tredje gruppen mäter alkoholrelaterade biokemiska förändringar, där CDT (kolhydrat fattigt transferrin) speglar alkoholintag efter ett två till fyra veckor. Sedan 2006-05-15 finns en ny alkoholmarkör tillgänglig i form av B-PEth (fosfatidyletanol), som normalt inte förekommer i blod utan bildas i närvaro av etanol. Det pågår studier där B-PEth jämförs med övriga alkoholmarkörer och det tycks som om B-PEth är en bättre markör jämfört med CDT (6,7).

Studier under de senaste åren visar att personer med förhöjd alkoholkonsumtion, s.k. riskbruk, har högre sjukfrånvaro jämfört med personer med en lägre konsumtion (4,8). På statlig nivå har nationella handlingsplaner antagits för att förebygga missbruksproblem (9,10). Det finns ett flertal studier som visat att man inom hälso- och sjukvård via enkla screening-tester (formulär och blodprov) kan identifiera ett riskbruk av alkohol. Det är skillnad på problemlidande (screening) och problemlösning (diagnostisering av alkoholberoende).

Några liknande undersökningar där man har mätt alkoholmarkörer som CDT eller gamma-GT vid 1-dagsintyg har inte påträffats, utan de flesta arbetsgivare inom kommun, landsting och privat sektor har arbetat fram ett alkohol-policydokument

tillsammans med fackliga företrädare för att hantera rehabilitering vid problemidentifiering eller diagnostisering av alkoholproblem (11).

CDT har används för att följa behandlingseffekter om ett rehabiliteringsprogram kan minska alkoholkonsumtionen, detta har visats i tidigare projektarbete (14) där alkoholmarkörer normaliserades under observationstiden.

Syftet

- Att bedöma hur stor andel av korttidsfrånvaro hos arbetstagare som var relaterad till alkoholmissbruk.
- Att utvärdera andra bakgrundsfaktorer hos denna patientgrupp.

En uppföljning med arbetsgivare planeras men den delen ingår inte i detta projektarbete.

UNDERSÖKT GRUPP

Studien baserades på alla tillgängliga patienter vid vår företagshälsovård där arbetsgivaren begärde 1-dagsintyg från 2007-10-01 till 2008-03-31.

METOD

Företagsläkaren träffade arbetstagaren för ett inledande besök. Då genomfördes anamnes, statusundersökning samt provtagning. Patienten informerades om att det är arbetsgivaren som hade beställt undersökningen och patienten fick skriva på att sekretess bryts angående det som kommer fram i utredningen.

Vid anamnes kartlades vad patienten själv trodde var orsaken till korttidsfrånvaron samt speciella symptom och tecken på sjukdom. För nedstämdhet användes skattningsskalor MADRS (12) och HAD (13) för att mäta depression. Genomgång gjordes av tidigare sjukdomar, mediciner, ärftlighet, hemförhållanden, fysisk träning och tobaksbruk. Alkoholanamnes kontrollerades med AUDIT som gav en egenskattning av alkoholförbrukning. AUDIT består av 10 frågor om alkoholvanor och varje fråga kan ge maximalt 4 poäng (maximalt 40 poäng). Frågorna delas in i tre delar: alkoholkonsumtion (fråga 1-3), beroendesymptom (fråga 4-6) och skadlig konsumtion

(fråga 7-10). Gränsvärdet för riskbruk av alkohol rekommenderas för män ≥ 8 poäng och för kvinnor ≥ 6 poäng. Högre poäng speglar ökande problem med alkohol.

Provtagning genomfördes med så kallade "trötthetsprover": blodvärde (Hb), vita blodkroppar (Lpk), blodsocker (P-Glu), vitamin B12/folsyra (Homocystein), ämnesomsättningsprov (TSH), serumcalcium, serumkreatinin, serumkalium, leverfunktion (ALAT) och B-PEth. B-PEth (Fosfatidyletanol) bildas i närvaro av alkohol (etanol) och ansamlas i röda blodkroppar vid alkoholmissbruk. Ett enstaka berusningstillfälle ger ingen förhöjning av B-PEth (6), men ju kraftigare alkoholmissbruk desto högre värde.

Analysresultatet ger en genomsnittskonsumtion av alkohol de senaste 2 veckorna:

$< 0,7$ mikromol/L motsvarar ingen eller måttlig konsumtion.

$\approx 2,0$ mikromol/L motsvarar 50 gram etanol per dygn.

$\approx 3,5$ mikromol/L motsvarar 50-100 gram etanol per dygn

$\approx 5,5$ mikromol/L motsvarar 100-150 gram etanol per dygn

$\approx 7,0$ mikromol/L motsvarar 150-250 gram etanol per dygn

$> 7,0$ mikromol/L motsvarar > 250 gram etanol per dygn

Halveringstiden för B-Peth beräknas till 4 dygn. Efter missbruk och under en följande avhållsamhet kan B-PEth uppmätas ned till 0,25 mikromol/L upp till 3 veckor beroende av utgångsvärdet

Vid dataanalysen utvärderades:

1. Andelen med tecken till alkoholmiss- eller riskbruk enligt B-Peth och AUDIT
2. Ålders och könsfördelning i gruppen.
3. Sammansättning av yrke/arbetsuppgifter i gruppen
4. Arbetsgivarens uppfattning av orsaken till frånvaro.
5. Viktigaste självuppskattade orsak till korttidsfrånvaro som arbetstagaren angav.

RESULTAT

Den undersökta gruppen bestod av 10 individer från 10 olika företag, 4 kvinnor och 6 män i åldern 30 till 58 år. Arbetsuppgifterna som individerna hade skiftade med en övervikt av fysiskt ansträngande yrken och två av individerna hade stillasittande arbeten.

Vid kartläggning av den undersökta gruppen där det frågades efter individernas egen skattade orsak till frånvaron framkom att fem individer uppgav luftvägs eller mag-tarm infektioner. Tre individer uppgav smärta i rörelseapparaten i nacke eller rygg. En individ uppgav alkoholintag kvällen före arbetsdagen. En individ uppgav nedstämdhet som orsak. Mer än hälften uppgav att orsakerna kombinerades med oklar trötthet och nedsatt ork.

Arbetsgivarens fundering eller uppfattning i fem av fallen var om det förekom för stor förbrukning av alkohol och i något fall missbruk av narkotika. Två av fallen hade tidigare fått alkoholrehabilitering externt och det hade fungerat väl en tid men efterhand började viss sjukfrånvaro uppstå. Resterande fyra individer uppgav arbetsgivaren att orsaken inte var alkoholrelaterad.

Den undersökta gruppens bakgrundsfaktorer visade att två individer var ensamboende och resterande hade familj och var gifta eller sambo med eller utan barn. Åtta individer var fysiskt inaktiva och beskrev själva att de inte hade någon regelbunden träning. Åtta av tio individer uppgav att de röker.

I hela gruppen svarade fyra individer att de hade en låg konsumtion av alkohol och låg under gränsvärdet för AUDIT. Resterande överskred gränsvärdet och fick AUDIT-poäng mellan 9 och 27.

I den undersökta gruppen hade sex individer inga mediciner. Två individer hade inhalationssteroider mot Astma eller KOL. En individ hade antidepressiv medicin och en individ angav medicin mot tillfällig oro och värk. Två individer var underviktiga med BMI under 19 och halva gruppen var överviktig med BMI mellan 27 till 34. Tre individer hade lätt förhöjda blodtryck och sju individer hade normala blodtryck. Hos nio

individer i den undersökta gruppen framkom ingen psykisk ohälsa. En individ egenskattning av MADRAS med > 20 poäng som indikerade hög sannolikhet för en egentlig depression då tillståndet varat mer än 2 veckor.

I den undersökta gruppen togs trötthetsprover och endast de avvikande redovisas som resulterade i en omkontroll eller uppföljning via primärvården

En individ ville inte medverka i provtagning. Tre individer hade lätt förhöjda blodsocker och levervärde ALAT. Två individer hade låga blodvärden och en fick diagnos järnbristanemi och den andra individen fick utredas vidare för misstänkt B12-brist. Fem individer hade förhöjda blodvärden mellan 159-187 och samtliga var rökare. Två individer hade över gränsvärdet för AUDIT utan att B-PEth var förhöjt.

Tabell 1 visar att fem individer hade förhöjda värden på B-PEth mellan 1,1 och 4,0 och av dessa hade,

- Fyra individer förhöjt AUDIT.
- Samtliga arbetsgivare misstänkte alkohol som orsak till sjukfrånvaro.
- Fyra individer uppgett värk eller infektion som orsak till frånvaro.
- Fem individer svarat att de röker.
- Fyra svarat att de var inaktiva med avsaknad av egen fysisk träning.
- Tre individer förhöjt blodtryck,
- Två individer förhöjda levervärde ALAT och blodsocker.

Tabell 1 Alkoholkonsumtion enligt AUDIT och B-PEth

Kön	B-PEth	AUDIT	Arbetsgivarens uppfattning om alkoholrelaterad frånvaro
man	3,5-5,5	≥ 8	ja
man	3,5-5,5	≥ 8	ja
man	2,0-3,5	≥ 8	ja
man	2,0-3,5	< 8	ja
kvinna	0,7-2,0	≥ 6	ja
kvinna	$< 0,7$	≥ 6	nej
man	$< 0,7$	≥ 8	nej
kvinna	-	< 6	nej
man	$< 0,7$	< 8	nej
kvinna	$< 0,7$	< 6	nej

En uppföljning med arbetsgivare var planerad.

När det gällde de fem individer som hade förhöjda B-PEth-värden beskrev individerna vid uppföljande rehabiliteringsmötet att de själva hade kommit till insikt om att de hade för hög alkoholförbrukning och ville ha hjälp mot sitt missbruk. Dessa individer erbjöds lämpliga åtgärder för alkoholrehabilitering. I den undersökta gruppen hade en individ för hög konsumtion av narkotikaklassade läkemedel och provtagning utökades med screening av droger i urin. Provet var positivt för detta och åtgärd riktades mot detta. En individ hade kommit igång med träning och hade gått ner 7 kg i vikt till första rehabiliteringsmötet. En individ önskade sluta röka och lyckades med detta.

DISKUSSION

Den undersökta gruppen blev betydligt mindre än planerat varför det var svårt att uppskatta den verkliga andelen med korttidsfrånvaro som var relaterat till alkoholmissbruk vid företag som hade Feelgood som företagshälsovård. Baserad på en beräkning av 90 % konfidensintervall var den verkliga andelen sannolikt mellan 20-80% och för att få en någorlunda (± 10 %) säker uppfattning hade minst 80 personer behövts för undersökningen.

Syftet med studien var att få en bedömning om korttidsfrånvaro var relaterad till risk- eller missbruk av alkohol och en psykologisk test med självrapportering med AUDIT i kombination med biologisk alkoholmarkör gav en viss överensstämmelse med hur den riktiga förbrukningen var. 50 % av fallen hade förhöjda B-PEth -värden och av dessa hade fyra skattat högt på AUDIT. Dessa individer kom till insikt om sin höga alkoholkonsumtion och blev motiverade till en beteende förändring och fick hjälp till någon form av alkohol rehabilitering. Vid läkarbesöket innebar intervjun med AUDIT en tidig identifiering av skadligt drickande samtidigt som en kortare utbildning och information om riskbruk med alkohol kunde ges. I tidigare studier har man sett en positiv effekt i form av minskad konsumtion vid sådan information.(4, 15) Detta kan få en betydande effekt för de individer med AUDIT strax över gränsvärdet som uppmärksammades på ett riskbruk. En uppföljning med arbetsgivaren är planerad och då kan en bedömning göras om frånvaron har minskat.

Syftet var också att utvärdera bakgrundsfaktorer i patientgruppen och majoriteten upplevde ospecifika symtom som trötthet, värk och infektioner och bedömde själva detta som en av orsakerna till kortvarig sjukfrånvaro. Flera av individerna rökte, var överviktiga, inaktiva och hade förhöjt blodtryck och blodsocker, Dessa bakgrundsfaktorer har enligt tidigare forskning visat att det kan skapa hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes samt många av dessa tillstånd ses i kombination med för hög alkoholkonsumtion.

Uppmärksamheten gjorde att individerna började reflektera och tänka över sin egen situation och att ohälsa kunde bero på orsaker som man själva kunde göra något åt. Individen fick ökad motivation och kom igång med träning, tänka över sitt kostintag, slutade röka eller minskade på sin alkoholkonsumtion.

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för missbruksvård och beroendevård (15) där det betonas vikten av tidig identifiering och bedömning av missbruksproblem. Det är viktigt för hälso- och sjukvården att hitta strategier för tidig upptäckt och här är företagshälsovården viktig. Liknande studier som denna pilotstudie, som fann ökad alkoholkonsumtion efter att arbetsgivaren enligt rehabiliteringskriteriet specifikt begärde sjukintyg från första dagen där orsaken är, har inte påträffats.

En studie från en svensk arbetsplats inom transportsektorn (16) undersöktes AUDIT samt alkoholmarkörerna CDT och gamma-Gt, svaren jämfördes med sjukfrånvaron ett år tillbaka. Man såg att de som svarade ≥ 8 poäng på AUDIT hade högre sjukfrånvaro. Samtidigt belyste studien att de som enligt rehabiliteringskriteriet varit frånvarande > sex gånger per år eller > fyra veckor, screenade 82 % negativt på AUDIT/CDT/gamma-Gt. Resultatet tolkades som att det var bättre att erbjuda frivillig screening i samband med hälsokontroller eller medicinska konsultationer som ett led i att uppmärksamma överkonsumtion av alkohol.

REKOMMENDATION

Projektarbetet resulterade i ett systematiskt sätt att arbeta och kan vara ett led i rehabiliteringen och skapa en process hos individ och arbetsgivare. Arbetssättet är användbart hur man hanterar frågan där korttidsfrånvaro föranleder arbetsgivaren att utföra en utredning och formen kan screena fram orsaken till detta.

Det kan vara svårt att upptäcka narkotikamissbruk därför skulle även en drogtest kunna vara värdefull i kartläggningen och det blir inte lika utpekande om alla individer genomgår samma undersökning. Det är också viktigt att arbetsgivaren uppmärksammas på sin alkoholpolicy, vilka riktlinjer som gäller vid det egna företaget då arbetstagaren upptäcks med ett missbruk av alkohol eller narkotika.

I denna undersökning framkom det att flera arbetsgivare misstänkte alkohol som orsak till kortvarig sjukfrånvaro och en viktig faktor att föra fram var att arbetsgivaren skall

våga lita på sin känsla. Detta kan leda fram till en tidig intervention och hjälpen blir billigare för arbetsgivaren och samhället samt medför minskat lidande för individen som kan bryta ett mönster före alkoholförbrukningen blivit skadlig.

Fler studier behövs för kartläggning av hur man kan upptäcka och identifiera orsakerna och förebygga sjukfrånvaro.

LITTERATURREFERENSER

(1) enligt propositionen Vissa sjukförsäkrings- och pensionsfrågor m.m. 2006/07:117

www.regeringen.se

(2) *Alkoholförebyggande insatser i arbetslivet*, Nr 10 i Statens folkhälsoinstituts metodskrifter för lokalt arbete mot alkohol och narkotika. Statens folkhälsoinstitut.

www.fhi.se

(3) Eriksson G, Spak F, Andersson C, *Riskbruk av alkohol kartlagt på vårdcentral*.

Läkartidningen 2000; 97: 1133-39

(4) Hermansson, U. *Riskbruk av alkohol i arbetslivet*. En kunskapsöversikt om motiv och åtgärder. Vol 20. Stockholm CAN&SAD 2004

(5) Bergman H, Källmén H, *Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet*.

Läkartidningen 2000; 97: 2078-84

(6) Varga A, Hansson P, Lundqvist C and Alling C, Phosphatidylethanol in blood as a marker of ethanol consumption in healthy volunteers: comparison with other markers.

Alcohol Clin Exp Res 1998; 22: 1832-37

(7) Varga A, Hansson P, Johnson G. and Alling C, Normalization rate and cellular localization of phosphatidylethanol in whole blood from chronic alcoholics.

Clin Chim Acta 2000; 299: 141-150

(8) Marklund S, Bjudvald S, Hogstedt C, Palmer E & Theorell T. *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*, Stockholm: Arbetslivsinstitutet 2005

(9) *Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. Statens folkhälsoinstitut 2005

(10) Riskbruksprojektet, Statens folkhälsoinstitut 2006

(11) Ett arbetsliv fritt från alkohol och narkotika en skrift för chefer och skyddsombud

www.SKTF.se

(12) MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) Montgomery SA, Åsberg M, A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979;

134: 382-9

(13) HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), mätning av ångest och depression med gradering 0-21 för respektive domän med klinisk brytpunkt 11. Bodlund O, Flertalet deprimerade patienter kan behandlas i primärvård (Most depressed patients can be treated in primary care). Läkartidningen 2000; 11: 1244-49.

(14) Asplund B, Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet 2006/2007 *Uppföljning av en modell vid rehabilitering av missbruk.*

(15) Nationella riktlinjer för missbruksvård och beroendevård,
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9468/2007-102-1.htm>

(16) Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A, Rönnerberg S, The alcohol use disorders identification test and carbohydrate-deficient transferrin in alcohol-related sickness absence. Alcohol Clin Exp Res, 2002; 26: 28-35