

Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro

– vilka är sambanden?

En systematisk litteraturöversikt

*Gunnel Hensing
Eva-Lisa Petersson
Fredrik Spak
Gunnel Östlund*

En rapport från Sociala rådet

Stockholm 2010



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2010:47

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2010

ISBN 978-91-38-23416-7
ISSN 0375-250X

Förord

I denna rapport, som är den första av flera från Sociala rådet, presenteras resultat från en systematisk litteraturöversikt om samband mellan alkoholkonsumtion respektive alkoholproblem och sjukfrånvaro.

Sjukförsäkringen är en central del av Socialdepartementets ansvarsområden. Inom sjukfrånvaroområdet finns det många hypoteser men ytterst lite vetenskaplig kunskap. En vanlig sådan hypotes, bland praktiker inom hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, socialtjänsten och arbetslivet, är att alkohol ligger bakom en stor del av såväl den korta som den långa sjukfrånvaron. År 2003 publicerade Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) [9], en systematisk litteraturöversikt som behandlade studier om sjukfrånvaro och psykiska sjukdomar, inklusive alkoholkonsumtion och alkoholproblem. Då var dock antalet studier för litet och studierna av för dålig vetenskaplig kvalitet för att de skulle kunna ligga till grund för ställningstagande om vetenskaplig evidens gällande samband mellan sjukfrånvaro och alkoholkonsumtion eller alkoholproblem. Flera högt ställda vetenskapliga krav måste uppfyllas för att man ska kunna påstå att det finns vetenskaplig evidens för eller emot ett visst resultat. Det krävs att flera välgjorda studier uppvisar resultat som går i samma riktning och att andra studier inte visar motsatsen.

Fronten för den kunskap som finns inom ett specifikt område utvecklas ständigt och nya, ofta bättre studier genomförs. Man talar alltmer om "halveringstiden för kunskap". Den anses ofta vara cirka fem år, ett par år längre inom vissa vetenskapsområden, kortare inom andra. Sedan 2003, när ovan nämnda översikt från SBU genomfördes, har flera nya studier om sjukfrånvaro, alkoholmissbruk och alkoholberoende publicerats. Sociala rådet gav därför Gunnel Hensing, professor i socialmedicin vid Göteborgs universitet, i uppdrag att göra en något bredare systematisk

litteraturöversikt av nya studier om sjukfrånvaro och alkoholkonsumtion och/eller alkoholproblem. Gunnel Hensing fick även i uppdrag att sammanställa resultaten från denna översikt med resultaten från ovan nämnda översikt från 2003. Vi riktar ett varmt tack till Gunnel Hensing och hennes medarbetare för arbetet med rapporten!

Arbetet har granskats av Bengt Brorsson, docent vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Medicinska fakulteten vid Uppsala universitet. Bilaga 2, som handlar om arbetsförmågebedömningar vid alkoholrelaterade tillstånd har granskats av Mats Berglund, professor i klinisk alkoholforskning vid Lunds universitet, och Lars-Håkan Nilsson, läkare och medicinsk expert vid kriminalvården i Uppsala län.

Kristina Alexanderson
Ordförande Sociala rådet
Professor i socialförsäkring

Sociala rådet i korthet

Sociala rådets uppdrag är, enligt kommittédirektivet (se bilaga 1), att agera som rådgivare till regeringen på hälso- och sjukvårdsområdet samt i sociala frågor. Sociala rådet ska även förse regeringen med kunskap baserad på svenska och internationella forskningsrön och som är relevant för utformningen av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets områden. Dessutom ska Sociala rådet identifiera utvecklingstendenser och viktiga faktorer som har betydelse för välfärdssektorns funktion.

Uppdraget omfattar tre år, och arbetet påbörjades i januari 2008. I rådet ingår forskare från olika vetenskapsområden samt generaldirektörerna för Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

Sociala rådets verksamhet utgörs av flera olika delar, t.ex. regelbundna möten med Socialdepartementets statsråd och politiskt sakkunniga. Sociala rådet ordnar även seminarier och har andra möten med Socialdepartementets tjänstemän, samt arrangerar årligen en konferens för en bredare publik.

Sociala rådet har under uppdragsperioden identifierat några områden där det saknas kunskap eller där befintlig kunskap behöver uppdateras eller sammanställas. Sociala rådet har därför initierat ett antal projekt som ska bidra till att fylla vissa kunskapsluckor med innehåll och/eller ge en uppdaterad och översiktlig bild av kunskapsläget. Projekten kommer att redovisas i en serie rapporter, vilken föreliggande rapport tillhör.

Rapporterna kan laddas ner från Sociala rådets hemsida: <http://www.sou.gov.se/socialaradet>. Där finns även information om rådet och dess verksamhet.

Sociala rådet kan nås via dess sekreterare, Malin Sedvallsson, företrädesvis per e-post: malin.sedvallsson@social.ministry.se.

I Sociala rådet ingår följande personer:

- Kristina Alexanderson (ordförande), professor i socialförsäkring, Karolinska Institutet
- Lennart Flood (ledamot), professor i ekonometri vid Handelshögskolan, Göteborgs universitet
- Laura Fratiglioni (ledamot), professor i geriatrisk epidemiologi vid Aging Research Center, Karolinska Institutet/Stockholms universitet
- Lars-Erik Holm (adjungerad ledamot), generaldirektör och chef för Socialstyrelsen
- Per Johansson (ledamot), professor i ekonometri vid Uppsala Universitet; Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
- Adriana Lender (adjungerad ledamot), generaldirektör och chef för Försäkringskassan
- Olle Lundberg (ledamot), professor i forskning om jämlikhet i hälsa vid Center for Health Equity Studies (CHESS), Karolinska institutet/ Stockholms universitet
- Clas Rehnberg (ledamot), docent i hälsoekonomi vid Medical Management Centre, Karolinska Institutet.

Innehåll

Sammanfattning	11
1 Inledning	13
1.1 Utvecklingen av alkoholkonsumtionen i Sverige.....	14
1.2 Samband mellan alkohol, arbetsliv och sjukfrånvaro.....	15
1.3 Syfte	18
2 Metod	21
2.1 Utgångspunkt för urval av studier	21
2.2 Sökmetod.....	23
2.3 Relevansbedömning av studierna	24
2.4 Extraktion av data från studierna.....	26
2.5 Kvalitetsbedömning av studierna.....	26
2.6 Bedömning av vetenskaplig evidens.....	27
3 Resultat	29
3.1 Studier som behandlar sambanden mellan alkoholkonsumtion och/eller alkoholproblem i förhållande till sjukfrånvaro	31
3.1.1 Studier av måttlig kvalitet	31
3.1.2 Studier av begränsad kvalitet.....	34
3.2 Studier av samband mellan alkoholkonsumtion respektive alkoholproblem och arbetsförmåga	37
3.2.1 Studier av måttlig kvalitet	37

3.2.2	Studier av begränsad kvalitet	38
3.3	Litteraturoversiktens fem frågeställningar.....	38
3.3.1	Vilket är sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro?	38
3.3.2	Vilket är sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och ogiltig frånvaro respektive sänkt arbetsförmåga på arbetet?	40
3.3.3	Vilket är sambandet mellan arbetsförmåga och alkoholproblem, och på vilket sätt kan arbetsförmågan i dessa fall användas som grund för beslut om sjukskrivning?	40
3.3.4	Vilket är sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och återgång i arbete?	41
3.3.5	Hur ser sambanden mellan sjukfrånvaro och alkoholkonsumtion ut för kvinnor och män, för olika åldersgrupper och i olika sociala och etniska grupper?	41
3.4	Evidensbedömning.....	42
3.4.1	Evidensbedömning av studierna i den aktuella rapporten	42
3.4.2	Sammanvägd evidensbedömning av studierna i den aktuella rapporten och SBU-rapporten	43
4	Diskussion	45
4.1	Alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro.....	45
4.1.1	Implikationer för prevention, sjukskrivningspraxis och policy	47
4.2	Alkoholproblem och sjukfrånvaro	48
4.2.1	Implikationer för prevention, sjukskrivningspraxis och policy	50
4.3	Alkoholkonsumtion, alkoholproblem, arbetsförmåga och bedömning av arbetsförmåga.....	51
4.3.1	Implikationer för prevention, sjukskrivningspraxis och policy	52
4.4	Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och återgång till arbete.....	53

4.5	Implikationer för prevention, sjukskrivningspraxis och policy	53
4.6	Skillnader i olika befolkningsgrupper	54
4.6.1	Implikationer för prevention, sjukskrivningspraxis och policy	55
4.7	Metoddiskussion	55
4.8	En systematisk litteraturöversikt – men vet vi mer?	56
5	Slutsatser	57
	Författarpresentation	59
	Referenser	61
	Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv.....	65
Bilaga 2	Bedömning av arbetsförmåga vid alkoholrelaterade tillstånd	69
Bilaga 3	Information om sökningar i databaser.....	77
Bilaga 4	Mall för dataextraktion och kriterier för kvalitetsbedömning av studier.....	85
Bilaga 5	Mått som användes och sammanställning av de inkluderade studierna.....	91

Sammanfattning

Ett skäl till att göra systematiska litteraturöversikter är att prevention, praxis och policy i allt större utsträckning ska baseras på evidens, dvs. på det samlade, aktuella vetenskapliga kunskapsläget. I denna rapport presenteras resultat från en systematisk litteraturöversikt av studier om alkohol och sjukfrånvaro.

Alkoholkonsumtionen i Sverige ökade långsamt från början av 1990-talet med en kraftig ökning i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Också sjukfrånvaron ökade kraftigt i slutet av 1990-talet. De senaste tre åren har sjukfrånvaron minskat och en viss minskning har också skett av alkoholkonsumtionen. Det är inte orimligt att tänka sig ett samband mellan dessa båda parallella utvecklingslinjer. I en tidigare litteraturöversikt från Statens beredning för utvärdering av medicinsk teknologi (SBU) av studier fram till och med år 2002 fann man emellertid inget vetenskapligt stöd för ett samband.

Det fanns flera syften med vår litteraturöversikt. Ett syfte var att, med beaktande också av de senaste årens forskning, studera om det finns ett vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro. Ett annat syfte med översikten var att studera sambanden mellan alkoholkonsumtion och arbetsförmåga respektive återgång till arbete, vilket är två områden där det inte finns några tidigare litteraturöversikter. Slutligen var ett syfte att studera om det finns ett vetenskapligt stöd för samband mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro, arbetsförmåga respektive återgång till arbete. Vi använder begreppet alkoholproblem som ett samlingsbegrepp för riskkonsumtion, problemdrickande och alkoholdiagnos. Alkoholkonsumtion däremot handlar om den genomsnittliga konsumtionsnivån i olika grupper, inte om problem relaterade till alkohol.

Vi identifierade femton relevanta och välgjorda studier, varav tretton behandlade sjukfrånvaro och två arbetsförmåga. Studierna

identifierades genom sökning i tre litteraturlatabaser med utgångspunkt i ett antal nyckelord och kombinationer av dessa. Den vetenskapliga kvaliteten hos studierna bedömdes i relation till litteraturoversiktens frågeställningar.

Efter att ha vägt samman studierna i den här litteraturoversikten med studierna den tidigare genomförda litteraturoversikten från SBU kan vi konstatera att vi inte kan dra någon slutsats om vetenskaplig evidens för sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro. Vi fann flera studier av relativt god vetenskaplig kvalitet, men resultaten i de olika studierna var motstridiga.

Vi kan vidare dra slutsatsen att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro. Insatser för att förebygga alkoholproblem kan alltså vara ett sätt att minska sjukfrånvaron. Insatser för att identifiera sjukskrivna personer med alkoholproblem samt erbjuda dem behandling skulle dessutom kunna vara ett sätt att förkorta sjukfrånvaron.

Vi fann endast två studier om samband mellan alkoholproblem och arbetsförmåga, vilket är alltför få studier för att vi ska kunna dra några slutsatser. Vi fann inga studier om samband mellan alkoholkonsumtion respektive alkoholproblem och återgång till arbete. Det fanns inte heller några studier som kunde användas som underlag för rekommendationer om sjukskrivningspraxis i försäkringsmedicinskt beslutsstöd.

En viktig slutsats från den här översikten är att det fortfarande saknas forskning inom viktiga områden, inte minst på detaljerad nivå. I framtida studier är det viktigt att studera alkoholkonsumtion respektive alkoholproblem som separata fenomen i relation till sjukfrånvaro, arbetsförmåga och återgång till arbete. Det behövs också studier om hur eventuella samband ser ut i olika sociala grupper, olika åldrar och olika diagnosområden. Sådan kunskap behövs som stöd för handläggning inom hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, hos arbetsgivare och andra aktörer. Den kunskapen behövs också som grund för prevention och policybeslut.

1 Inledning

Alkoholkonsumtionen i Sverige ökade långsamt från början av 1990-talet med en kraftig ökning i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Också sjukfrånvaron ökade kraftigt i slutet av 1990-talet. De senaste tre åren har både alkoholkonsumtionen och sjukfrånvaron minskat. Det är inte orimligt att tänka sig ett samband mellan dessa båda parallella utvecklingslinjer. Tanken att det finns ett samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro är inte på något sätt ny. Redan 1959 rapporterade Observer och Maxwell [6] att arbetstagare som var "problemdrickare" hade högre sjukfrånvaro än de som inte var problemdrickare.

Alkohol kan på olika sätt tänkas påverka sjukfrånvaron. Indirekt kan det ske genom att hög alkoholkoncentration i kroppen ger skador på olika organ och därmed bidrar till att en individ utvecklar olika sjukdomar. Alkohol kan också vara en bidragande faktor vid utvecklingen av psykiska problem, och psykiatriska diagnoser är en av de stora diagnosgrupperna vid sjukskrivning. En annan stor diagnosgrupp som orsakar sjukfrånvaro är skador och olycksfall. Det finns mycket forskning som visat att alkoholkonsumtion ökar risken för skador i trafiken och på arbetsplatser. Sambandet mellan alkohol och sjukfrånvaro kan alltså se ut på flera olika sätt utöver det mellan problemdrickande och sjukfrånvaro.

I den här rapporten presenteras en systematisk litteraturöversikt baserad på vetenskapliga studier. Syftet med översikten är att undersöka det nuvarande kunskapsläget beträffande samband mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem, sjukfrånvaro, arbetsförmåga och återgång till arbete. I översikten skiljer vi alltså mellan alkoholkonsumtion och alkoholproblem.

Inledningsvis ger vi en kort bakgrund kring alkoholkonsumtion och de negativa respektive positiva konsekvenser alkoholkonsumtion kan ha på hälsan. Vi beskriver också kortfattat forskning om alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro samt placerar föreliggande

rapport i sitt sammanhang. Efter bakgrunden kommer själva litteraturoversikten, och i den avslutande diskussionen väger vi samman resultaten från den här litteraturoversikten med resultaten från en tidigare översikt. Vad den här översikten kan bidra med är alltså en uppdaterad beskrivning av kunskapsläget.

1.1 Utvecklingen av alkoholkonsumtionen i Sverige

Alkoholkonsumtionen i Sverige har ökat under senare delen av 1990-talet och under de första åren av 2000-talet [1]. År 1990 var totalkonsumtionen¹ 7,8 liter ren (hundra procentig) alkohol per invånare som var 15 år eller äldre. Motsvarande siffror för 1995, 2000 och 2005 var 7,8 liter, 8,4 liter respektive 10,2 liter. De senaste åren har konsumtionsnivån sjunkit något men är fortsatt kvar på den högre nivå som etablerats under 2000-talet. Det finns stora skillnader i konsumtionsmängd och konsumtionsmönster mellan olika grupper [1]. Män dricker mer alkohol än kvinnor. Yngre dricker mer alkohol än äldre. Sedan början av 1990-talet har dock konsumtionen ökat i alla olika grupper.

Hög konsumtion av alkohol kan leda till negativa konsekvenser. Alkoholkonsumtionen svarade för 3,2 procent av alla dödsfall globalt år 2000 [2, 3]. Alkoholkonsumtion kom på femte plats efter undernäring, oskyddat sex, högt blodtryck och rökning i en lista över de riskfaktorer som svarade för flest så kallade Disability Adjusted Life Years (DALY²), enligt världshälsoorganisationen WHO [4]. Alkohol orsakade 4 procent av alla DALY:s i världen. Andra studier har visat det finns ett samband mellan alkoholkonsumtion och risken för skador i trafiken, på arbetet och på fritiden [1]. Att dricka mycket alkohol ökar naturligtvis risken att utveckla ett alkoholberoende [2]. Det finns dessutom ett samband mellan hög konsumtion av alkohol och sociala problem av olika slag [2]. Alkohol kan också skada kroppens organ och ge olika följsjukdomar [2].

¹ Totalkonsumtion av alkohol är ett mått som inkluderar såväl försäljning som registreras via Systembolaget, restauranger och butiker som oregistrerad konsumtion. Oregistrerad konsumtion är en skattning av konsumtionsnivåerna baserad på intervjuer med ett urval av personer ur befolkningen om hur mycket alkohol de dricker.

² DALY är ett mått som används för att beskriva samhällsördan av en riskfaktor eller en sjukdom. Måttet tar hänsyn både till effekterna av negativa konsekvenser på det dagliga livet, t.ex. nedsatt arbetsförmåga och för tidig död.

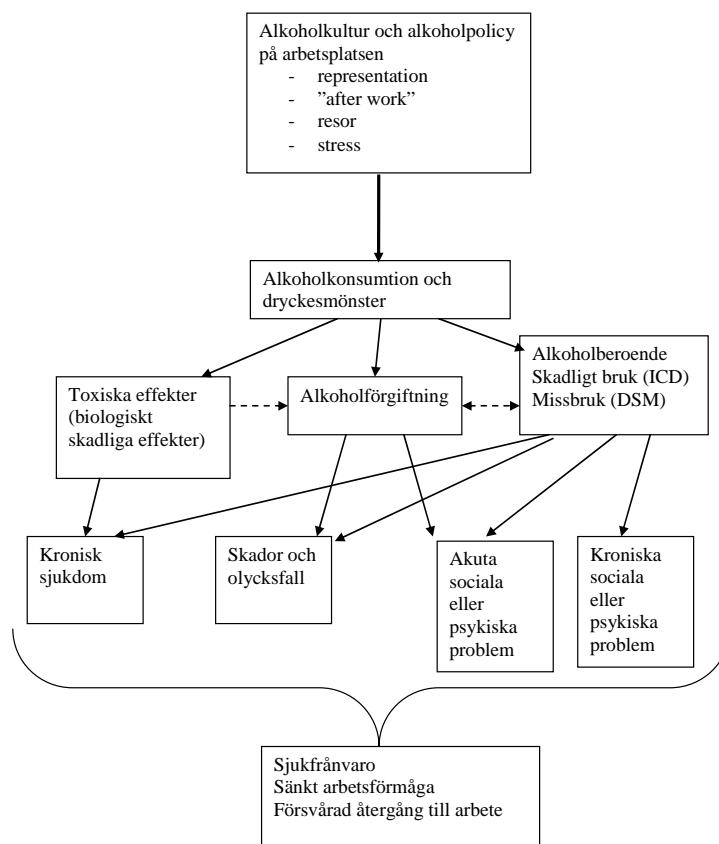
De senaste åren har alkoholens positiva effekter på t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes diskuterats flitigt i media. Flera vetenskapliga studier har genomförts och en grupp svenska forskare har sammanställt resultaten från dessa studier. Dessa forskare kunde konstatera att de positiva hälsoeffekterna framför allt finns bland äldre personer [5] och uppstår redan vid regelbunden konsumtion av mycket små mängder alkohol. Man fann därför inga skäl att rekommendera äldre låg- och medelkonsumenter att ändra sina alkoholvanor. Vad gäller medelålders och yngre personer konstaterade forskarna att den samlade effekten, av alkoholkonsumtion blir på gruppnivå negativ, dvs. att alkoholen sammantaget har fler negativa än positiva konsekvenser. Alkoholens förebyggande effekter gäller inte heller de sjukdomar och besvär som svarar för flest antal sjukskrivningsfall och sjukskrivningsdagar, dvs. psykiska sjukdomar och besvär samt rörelseorganens sjukdomar. Utöver de positiva biologiska effekterna av alkohol kan man också tänka sig positiva sociala och psykologiska effekter av liten eller måttlig konsumtion av alkohol men det saknas forskning om detta.

1.2 Samband mellan alkohol, arbetsliv och sjukfrånvaro

Babor m.fl. [2] har illustrerat alkoholens negativa konsekvenser i en modell (se figur 1.) Av modellen framgår att dryckesmönstret har betydelse för vilka konsekvenser alkoholkonsumtionen leder till. Att dricka stora mängder på kort tid ökar risken att bli alkoholförgiftad (intoxikerad). Att dricka stora mängder ökar också risken att få biologiska skadeverkningar, vilka kan leda till kroniska sjukdomar. Dessutom finns det ett samband mellan dryckesmönster och att utveckla ett alkoholberoende, men de individuella variationerna i hur beroendeutvecklingen går till är stora.

Modellen i figur 1 sammanfattar alltså de negativa konsekvenserna av att dricka alkohol. De viktigaste negativa konsekvenserna är kroniska sjukdomar, skador och akuta respektive kroniska sociala problem. Samtliga dessa konsekvenser kan leda till nedsatt arbetsförmåga och sjukfrånvaro – direkt eller indirekt. Rent teoretiskt kan man alltså tänka sig flera olika direkta och indirekta samband mellan alkohol och sjukfrånvaro.

Figur 1 Möjliga samband mellan dryckesmönster och sjukfrånvaro
(Vidareutveckling av modell från Babor m.fl. [2])



Indirekt kan sambandet mellan alkohol och sjukfrånvaro påverkas genom att alkoholens toxiska (giftiga) effekter hos en individ samverkar med andra riskfaktorer till utvecklingen av kroniska sjukdomar. Det finns mycket forskning som visat starka samband mellan alkoholkonsumtion och psykisk sjukdom varav depressions- och ångestsjukdomar är de vanligaste. Psykiska sjukdomar är tillsammans med rörelseorganens sjukdomar de två vanligaste diagnosgrupperna bland sjukskrivna. I en del av dessa sjukfall kan man tänka sig att alkoholkonsumtion eller alkoholproblem spelat en roll för utvecklingen av besvären. Vidare finns det ett väl belagt samband mellan alkoholkonsumtion, olycksfall och skador.

Olycksfall och skador tillhör också de vanligaste diagnosgrupperna bland sjukskrivna.

Sambandet med akut alkoholförgiftning och sjukfrånvaro är troligen framför allt relaterat till kortare sjukfall (sannolikt till ”dagen efter”-effekter av berusningsdrickande). I en amerikansk studie fann man att det var vanligare med sjukfrånvaro bland de anställda dagarna efter att de hade druckit alkohol jämfört med andra dagar [7].

Forskning om dryckesmönster och arbetsliv har visat att vissa yrkesgrupper är mer exponerade för alkohol och för en tillåtande alkoholkultur. Man har t.ex. funnit en ökad risk för alkoholproblem bland restauranganställda, bland personer som reser mycket i sina arbeten och bland personer med oregelbundna arbetstider [8]. Många av dessa studier är tvärsnittsstudier, dvs. att alkoholkonsumtionen och utfallet (t.ex. sjukfrånvaro eller typ av yrke) mäts samtidigt. Därmed är det oklart om personer med alkoholproblem söker sig till yrken där man är mer exponerad för alkohol eller om risken ökar genom själva exponeringen för alkohol. Troligen förekommer båda processerna, vilket innebär att vissa yrken eller arbetsmiljöer kommer att ha en anhopning av personer med alkoholrelaterade problem och möjligen också sådan sjukfrånvaro. Fokus i denna rapport kommer emellertid inte att vara på alkoholexponering i arbetslivet, även om det är en faktor som har betydelse för de fenomen rapporten fokuserar på.

Det framgår inte av modellen i figur 1, men man kan tänka sig att sjukfrånvaro i sig också påverkar dryckesmönstret. Konsumtionen kan t.ex. öka som en följd av oro eller psykiska problem under sjukskrivningsperioden. Andra faktorer som kan öka konsumtionen är att man inte behöver köra till eller i jobbet och därmed sammanhängande krav på nykterhet. En annan möjlighet är att sjukfrånvaro kan innebära en period av minskad alkoholkonsumtion p.g.a. hälsoproblem eller läkemedelsbehandling som innebär att man inte kan eller bör dricka alkohol, alternativt att alkoholkonsumtionen inte ger några positiva effekter. Minskad alkoholkonsumtion under sjukfrånvaro kan också bero på att man inte deltar i arbetsrelaterad konsumtion av alkohol i samband med representation eller sociala aktiviteter på arbetsplatsen. Slutligen kan minskad disponibel inkomst bidra till minskad alkoholkonsumtion under sjukskrivning. Det finns dock mycket lite forskning inom det här området och denna kunskapsöversikt kommer inte att ha detta som fokus.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) [9] gjorde en systematisk sammanställning av vetenskapliga studier om sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro i början av 2000-talet. I sammanställningen inkluderades studier som publicerats före oktober år 2002. Fem studier om samband mellan *alkoholkonsumtion* och sjukfrånvaro eller förtidspension hade tillräcklig vetenskaplig kvalitet för att kunna inkluderas i sammanställningen. Det var för få studier för att kunna ligga till grund för att påstå att det fanns s.k. vetenskaplig evidens för ett samband mellan alkoholkonsumtion och en ökad risk för sjukfrånvaro eller för förtidspension. Resultaten i studierna gick dessutom i olika riktningar. Fyra studier behandlade sambandet mellan *alkoholproblem* och sjukfrånvaro eller förtidspension. Samtliga dessa visade att personer med alkoholproblem var mer sjukskrivna eller oftare hade förtidspension än personer utan sådana problem. En slutsats från SBU-rapporten var att det var mycket få studier som hade tillräckligt god kvalitet både avseende data om alkohol och data om sjukfrånvaro. I SBU-rapporten inkluderades endast studier där det klart framgick att redovisade data bara gällde sjukfrånvaro, och inte annan frånvaro såsom ogiltig frånvaro, sen ankomst eller låg prestation på jobbet. I SBU-rapporten ingick inte heller studier om arbetsförmåga och återgång till arbete i förhållande till alkoholkonsumtion och alkoholproblem.

Mot bakgrund av en ökad alkoholkonsumtion i samhället och därmed förväntad ökning av alkoholproblem är behovet av kunskap inom området mycket stort. Kunskap om sambanden mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem, arbetsförmåga och sjukfrånvaro har betydelse för eventuella preventiva insatser mot sjukfrånvaro på arbetsplatser och andra arenor. Kunskap behövs vidare för att utveckla beslutsstöd som grund för sjukskrivning i samband med alkoholproblem.

1.3 Syfte

Syftet med denna litteraturoversikt är att undersöka det nuvarande vetenskapliga kunskapsläget med avseende på följande fem frågeställningar:

1. Hur ser sambanden ut mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro?

2. Hur ser sambanden ut mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem, ogiltig frånvaro respektive sänkt arbetsförmåga på arbetet?
3. Hur ser sambanden ut mellan alkoholproblem och arbetsförmåga, och på vilket sätt kan arbetsförmågan användas som grund för beslut om sjukskrivning?
4. Hur ser sambanden ut mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och återgång i arbete?
5. Hur ser dessa samband ut för kvinnor och för män, för olika åldersgrupper och i olika sociala och etniska grupper?

Samband ska i det här sammanhanget enbart tolkas som statistiskt samband och inte som orsakssamband. Sambanden mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem, arbetsförmåga och sjukfrånvaro är komplexa. Olika processer samverkar och slumpen spelar in i hur en individ hanterar såväl sin alkoholkonsumtion som sin sjukskrivning.

2 Metod

För att göra den aktuella vetenskapliga kunskapen om sambandet mellan alkohol och sjukfrånvaro mer tillgänglig genomförde vi en systematisk översikt av resultaten från vetenskapliga artiklar publicerade under åren 1999–2008. Vi begränsade översikten till artiklar publicerade på engelska i vetenskapliga tidskrifter. Vi använde enbart artiklar från tidskrifter som tillämpar granskning av manus av externa, oberoende och sakkunniga forskare. I metodavsnittet beskriver vi ganska detaljerat hur vi har arbetat för att läsaren själv ska kunna bedöma litteratursökningens omfattning och relevansen i våra tillvägagångssätt. Vi beskriver vilka sökmetoder vi valde och hur vi gjorde för att ta fram ett mer kortfattat underlag för våra olika bedömningar. Vi beskriver också hur vi bedömde om artikeln och den studie den behandlade var relevant i förhållande till vårt syfte. Slutligen beskriver vi hur vi genomfört kvalitetsbedömningen av varje artikel samt evidensbedömningen, då vi väger samman resultaten från alla de studier som både var relevanta och höll en tillräckligt hög kvalitet för att kunna ingå i översikten. Metodavsnittet är den mest tekniska delen i rapporten och läsare som inte är särskilt intresserade kan gå vidare till resultatredovisningen.

2.1 Utgångspunkt för urval av studier

I översikten ingår studier som hade empiriska uppgifter (data) om alkoholkonsumtion eller alkoholproblem i relation till antingen sjukfrånvaro, arbetsförmåga eller återgång i arbete. I studier av alkoholkonsumtion ligger fokus på att studera samband mellan genomsnittskonsumtionen av alkohol i olika grupper och något av utfallen sjukfrånvaro, arbetsförmåga eller återgång till arbete. De grupper man studerar kan vara ett helt lands befolkning eller alla

anställda på ett företag. Vid studier av alkoholproblem gör man på grundval av någon definition en skillnad mellan de som konsumerar alkohol utan att utveckla alkoholproblem och de som utvecklat alkoholproblem som en följd av sin alkoholkonsumtion. I den här litteraturöversikten har vi varit lika intresserade av båda fälten. Vi inkluderade alltså studier om alkoholkonsumtion respektive alkoholproblem i relation till de tre utfallsmåtten sjukfrånvaro, arbetsförmåga och återgång till arbete. Studier som enbart innehöll information om alkoholkonsumtion eller alkoholproblem tog vi inte med i översikten eftersom syftet var att studera sambandet till de tre utfallsmåtten. Studier om förtidspension togs inte heller med eftersom översikten bara fokuserar på sjukfrånvaro, arbetsförmåga och återgång till arbete. Om alkohol endast användes som en kontrollvariabel i analyserna inkluderades inte studien i översikten. Om vi inte kunde urskilja alkoholrelaterade diagnoser separat i studier av t.ex. psykiatriska diagnoser och sjukfrånvaro uteslöts studien. Vi valde också bort studier som enbart handlade om studenter eftersom sjukfrånvaro, arbetsförmåga och återgång till arbete framför allt berör yrkesverksamma personer. Studier som ingick i evidensbedömningen i SBU-översikten (2003) togs inte med här [9] utan beaktades senare i processen.

Det finns ingen enhetlig definition av sjukfrånvaro [9]. Flertalet forskare definierar sjukfrånvaro operationellt dvs. utgår från de data de har tillgång till, vilket kan variera med den lagstiftning eller policy som finns i det land eller på den arbetsplats där studien bedrivs. Detta innebär en stor variation i vilken typ av sjukfrånvaromått som används. Begreppet arbetsförmåga används i den här studien enbart i relation till lönearbete, närvaro och prestation på arbetet. Arbetsförmåga är ett begrepp som är svårt att avgränsa och definiera på något enkelt sätt, vilket diskuterats i den statliga utredningen om arbetsförmåga [10, 11]. Arbetsförmåga bör inte förväxlas med funktionsförmåga. Funktionsförmåga brukar beskrivas som ett kroppsligt organs funktion t.ex. handstyrka, reaktionsförmåga, stresstålighet eller minnesfunktion. En individs funktionsförmåga kan oftast testas enskilt och kan fungera bra eller dåligt. Arbetsförmåga handlar mer om att utföra en uppgift i en viss miljö där det emellertid inte är självklart att en viss funktionsförmåga kan upprätthållas. En person kan alltså trots en relativt god funktionsförmåga ändå ha brister i arbetsförmågan. Arbetsförmåga är ett dynamiskt fenomen och som sådant svårt att mäta. I den här översikten var vi begränsade till hur de olika

studierna definierat och mätt arbetsförmåga. Vi koncentrerade sökningen till studier som kombinerar alkoholmätt med arbetsförmåga i relation till närvaro eller prestation på arbetet. Slutligen tog vi också med studier om återgång till arbete.

2.2 Sökmetod

Följande litteraturlatabaser användes för att identifiera aktuella studier: PubMed, SSCI (Social Sciences Citation Index) och PsycINFO, för att få med studier som publicerats i såväl medicinska som folkhälsovetenskapliga och beteendevetenskapliga tidskrifter. Forskarna Eva-Lisa Petersson (ELP) och Gunnel Östlund (GÖ) genomförde, var för sig, litteratursökningen utifrån sökkriterier i respektive databas (se bilaga 3, tabell 1–7). Inledningsvis gjordes en mycket bred sökning för att identifiera lämpliga sökord. Sökningen utgick från frågeställningarna ovan samt från en sökordlista som utvecklades under arbetets gång. ELP och GÖ förde en kontinuerlig dialog kring resultaten av databassökningarna för att bedöma vilka artiklar som kunde bli aktuella för litteraturöversikten. Ett stort antal artiklar (cirka 1 500) bedömdes vara intressanta. ELP och GÖ granskade titlarna på samtliga artiklar för att bedöma vilka som skulle ingå i översikten. Därefter läste de sammanfattningarna av cirka femhundra artiklar för att få mer information om studiedesign och frågeställningar (utöver det som framgick av titlarna). Vidare relevansbedömdes de artiklar som överensstämde med utgångspunkterna för litteraturöversikten. Det innebar att ELP och GÖ läste varje artikel, totalt 50 stycken, för att bedöma om den var relevant i förhållande till litteraturöversiktens syfte och frågeställningar.

I PubMed gjordes sökningen i huvudsak med så kallade MeSH-termer¹. ELP och GÖ använde de föreslagna sökorden i uppdragshandlingen som grund för att finna motsvarande begrepp som MeSh-term. Varje MeSh-term kunde alltså inkludera flera av sökorden (se bilaga 3, tabell 1). Fritextsökning utfördes när det saknades MeSh-term för ett visst område.

¹ MeSH-termer är ord som används som samlingsbegrepp eller nyckelord inom ett visst forskningsfält för att förenkla sökningen av t.ex. medicinska artiklar inom ett visst område. På engelska använder man ofta "sick leave" och "sickness absence" som synonymer dvs. det är två olika ord för samma sak. MeSH-terminen är "sickness absence", så artiklar som använder "sick leave" finner man utan att behöva söka särskilt på det ordet. MeSH står för Medical Subject Heading.

Första sökningen gjordes med en MeSh-term i taget. Därefter kombinerades de olika MeSh-termerna med en respektive två termer per sökning, totalt två och tre termer i kombination. MeSh-termerna kombinerades också med sökorden för fritextsökning.

Litteratursökningen i SSCI gjordes i första hand med hjälp av ord i sin grundform och så kallad trunkering * (se bilaga 3, tabell 2). Genom trunkering kunde både ord som innehöll grundformen och ord med andra ändelser, eller sammansatta ord med grundformen som bas, inkluderas. Andra specifika ord som användes var t.ex. "absenteeism". "Absenteeism" är ett begrepp som är svårt att översätta. Ofta innehåller det sjukfrånvaro men också andra frånvarobeteenden som olovlig frånvaro, för sen ankomst eller att man maskar på jobbet. Sökningen begränsades till originalartiklar och litteraturgenomgångar.

Litteratursökningen i PsycINFO hanterades på liknande sätt (se bilaga 3, tabell 4). Först sökte ELP och GÖ artiklar utifrån grundbegrepp med trunkering där relaterade ord ingick i sökningen. Därefter sökte de på ytterligare ett grundbegrepp med trunkering varefter de två sökningarna sammanfördes till en, så att de artiklar som innehöll båda grundbegreppen kunde komma med. I PsycINFO begränsades sökningarna genom att orden människa och engelska språket markerades.

2.3 Relevansbedömning av studierna

Femtio artiklar lästes i sin helhet av två av forskarna (ELP och GÖ) och bedömdes utifrån om studien kunde bidra till att besvara någon av sammanställningens frågeställningar. ELP och GÖ läste även artiklar avseende behandling, interventioner och psykiatriska diagnoser för att inte riskera att missa studier med alkoholrelaterade diagnoser. Studier som var otydliga i sin presentation och där det fanns oklarheter om relevans bedömdes även av Gunnel Hensing och Fredrik Spak. Om otydligheten fortfarande kvarstod kontaktade vi författarna av artiklarna via e-post, vilket skedde i tre fall. Därefter fattade vi ett gemensamt beslut angående studiens relevans. Sexton studier bedömdes som relevanta för denna litteraturöversikt. Studierna använde ofta olika mått eller hade oklara beskrivningar av måtten för alkoholkonsumtion, alkohol-

problem och sjukfrånvaro. De mått som användes i de olika artiklarna finns beskrivna i bilaga 5, tabell 1 och 2.

Både alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro är fenomen som på lite olika sätt är svåra att mäta i vetenskapliga studier. Blodprov som visar om en individ har använt alkohol kan ses som det mest "objektiva" måttet genom att individen själv inte kan påverka testresultatet. I stora befolkningsbaserade studier är det emellertid både dyrt och tidskrävande att genomföra biologiska tester och därför används självskattningsinstrument eller enkäter för att skatta konsumtionsmängd och konsumtionsmönster. En annan nackdel med dessa test är att de ger en "ögonblicksbild". När man mäter blodets alkoholkoncentration är mätresultatet beroende av tiden som förflutit sedan personen ifråga senast drack alkohol. Om man i stället tar ett prov som avspeglar en mer långvarig påverkan av alkohol kan resultatet vara beroende av en lång rad andra faktorer, dvs. testen har en låg specificitet (träffsäkerhet), även om de har en god känslighet.

CAGE och AUDIT är exempel på kortfattade självskattningsinstrument i frågeformulär, som utvecklats internationellt och som visat sig ha god förmåga att med rimlig säkerhet skatta alkoholproblem. Emellertid är det väl känt att både instrument och enkäter som mäter alkoholkonsumtion och alkoholproblem kan medföra en felaktig skattning av den mängd alkohol som konsumeras eller de problem som uppkommer av alkoholkonsumtion i en befolkning. I allmänhet rör det sig om en underskattning av både konsumtion och problem.

När det gäller tillförlitligheten av sjukskrivningsuppgifter är det säkrare att använda uppgifter från arbetsgivares eller Försäkringskassans register än självrapporterad sjukfrånvaro för att studera sjukfrånvaro. Att inhämta sådan information är dock tidskrävande och kostsamt, så i större studier föredrar man ofta att fråga individen direkt. När en individ själv skattar sin sjukfrånvaro är uppgifterna säkrast för perioder som ligger nära i tid och mer osäkra för perioder som ligger längre tillbaka i tiden. I likhet med alkoholrapportering gäller att brister i självrapporteringen framför allt beror på ordinär glömska, inte på någon avsiktlig underrapportering. Vid granskningen av de studier som ingår i denna kunskapsöversikt, har vi efterstävatt att systematiskt bedöma studiernas kvalitet, bl.a. utifrån de variabler som använts för att mäta alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro.

2.4 Extraktion av data från studierna

Data extraherades systematiskt från de inkluderade studierna enligt SBU:s ”Mall för dataextraktion och kvalitetsvärdering” [9]. Två av forskarna (ELP och GÖ) läste var för sig alla artiklar och dokumenterade studiedata med hjälp av mallen. Initialt använde de mallen i befintligt skick men under läsningen och bedömningen av artiklarna modifierades mallen något för att passa de aktuella frågeställningarna (se bilaga 4). Alla artiklar bedömdes därför en andra gång, då mallen var klar, för att inte förändringen av mallen skulle påverka bedömningarna. Vid oklarheter gällande studierna eller mallen diskuterades dessa med övriga forskare i gruppen.

2.5 Kvalitetsbedömning av studierna

Vi bedömde kvaliteten i studierna i relation till det syfte och de frågeställningar, som vi satte upp inför arbetet med den här litteraturöversikten [9]. Vi använde samma modell för bedömning av kvalitet, som tidigare använts i SBU:s litteraturöversikt. Bedömningarna gjordes av ELP och GÖ var för sig och diskuterades sedan gemensamt till konsensus uppnåddes. I en av de inkluderade studierna var en av forskarna medförfattare. Den artikeln granskades enbart av de övriga i gruppen. Om osäkerhet rådde kring enskilda artiklar gick frågan vidare till övriga forskare i gruppen för bedömning. Vid kvalitetsbedömningen bedömdes studiens *design*, *bortfall*, *bias*, *analysmetod* och *precision*. Studiens *design* värderades till mellan 0–5 poäng och de övriga momenten till mellan 0–3 poäng. Studiens design kan påverka kvaliteten i högre grad än andra faktorer och fick därför en högre poängsättning vid kvalitetsbedömningen än de andra kriterierna. Poängen räknades samman för att få en totalsumma vilken bedömdes utifrån nedanstående kvalitetsgränser. Det ingår inga kvalitativa studier i översikten, och det beror på att vi inte fann några relevanta kvalitativa studier.

Gränser för bedömning av vetenskaplig kvalitet hos respektive inkluderad studie framgår i punktlistan nedan och baseras på den tidigare genomförda kunskapsammansättningen från SBU [9]:

- otillräcklig kvalitet: 0–6 poäng, eller att någon av variablerna *design*, *bortfall*, *bias*, *analysmetod* eller *precision* fick 0 poäng.
- begränsad kvalitet: 7–12 poäng

- måttlig kvalitet: 13–15 poäng
- hög kvalitet: 16–17 poäng.

2.6 Bedömning av vetenskaplig evidens

En sammanvägning av resultaten i de olika studierna gjordes för att bedöma om det förelåg vetenskaplig evidens för slutsatser kring de frågeställningar som var översiktens syfte. Nedanstående gradering av styrkan i eventuell vetenskaplig evidens användes [9]. Graderingen är identisk med den som användes i SBU-rapporten om sjukfrånvarons orsaker, konsekvenser och praxis [9].

- *evidensstyrka 1 – starkt vetenskapligt stöd*: minst två studier med hög kvalitet eller god systematisk översikt
- *evidensstyrka 2 – måttligt vetenskapligt stöd*: en studie med hög kvalitet plus minst två med måttlig kvalitet
- *evidensstyrka 3 – begränsat vetenskapligt stöd*: minst två studier med måttlig kvalitet, eller minst fem studier med begränsad kvalitet
- *otillräckligt vetenskapligt stöd – annat*: lägre än ovanstående eller där resultaten från studierna går i motsatt riktning. Det innebär att det inte finns något sammanvägt vetenskapligt stöd att dra slutsatser utifrån.

3 Resultat

I denna systematiska litteraturöversikt har vi studerat både alkoholkonsumtion och alkoholproblem i relation till sjukfrånvaro, arbetsförmåga respektive återgång till arbete. Den inledande sökningen efter vetenskapliga artiklar i olika databaser resulterade i cirka 1 500 artiklar. Artiklarnas titlar användes som grund för en bedömning av om artikeln skulle ingå i den fortsatta granskningen eller inte. När den granskningen var klar återstod cirka 500 artiklar, vars sammanfattningar vi läste. Det resulterade i 50 relevanta artiklar. Varje artikel innehöll information om en vetenskaplig studie och genom att läsa artiklarna bedömde vi om studien var relevant eller inte. Till slut återstod 16 artiklar som vi bedömde som relevanta för våra frågeställningar. Orsaken till att så många som 34 artiklar inte var relevanta berodde på att de inte studerade alkoholkonsumtion eller alkoholproblem i förhållande till sjukfrånvaro, arbetsförmåga eller återgång till arbete. Detta framgick inte av sammanfattningarna utan blev tydligt först när vi läste hela artiklarna.

Nästa steg var att vi gjorde en kvalitetsbedömning av de 16 relevanta studierna. En av de relevanta studierna [12] bedömdes ha otillräcklig kvalitet i förhållande till våra frågeställningar. Därmed återstod 15 studier. Av dessa studier behandlade tretton sjukfrånvaro och två arbetsförmåga. Det fanns inga studier om sambandet med återgång till arbete. Av de 15 relevanta studierna med tillräcklig kvalitet var fyra från Sverige, tre från USA, tre från Finland, två från Australien samt en vardera från Danmark, Island och Japan/Storbritannien (jämförande studie). Två av de 15 studierna, en från Sverige och en från Island, studerade enbart kvinnor medan övriga 13 studier inkluderade både män och kvinnor.

I de olika studierna användes olika mått för att studera alkoholkonsumtion och alkoholproblem (se bilaga 5, tabell 1) med undantag för CAGE som återkom vid flera tillfällen. CAGE är ett

frågebatteri, som ofta används för att studera alkoholproblem. CAGE är en akronym för orden Cut-down, Annoyed, Guilt och Eye-opener¹. I huvudsak användes självrapporterade uppgifter om alkoholkonsumtion och dryckesmönster. I två studier användes även biologiska markörer för alkoholkonsumtion och de mättes båda via blodprov².

De använda måtten på sjukfrånvaro varierade mer än alkoholmåtten (se bilaga 5, tabell 2). Vi fann studier som definierade långtidssjukskrivning som mer än sju dagar [13] eller som mer än åtta veckor [14]. Ett mått på arbetsförmåga var antal timmar med sjukdom (utan lön) under de senaste 18 månaderna [15]. I en svensk studie [16] mätte forskarna antalet sjukfall under en viss tid. Sjukfrånvaron definierades sedan som låg eller hög med en gräns på två sjukfall per år. I studier från Australien [17] och USA [18] mätte man korttidsfrånvaro som antal dagar som man inte varit på jobbet, och i några studier också som sen ankomst.

Endast två av de inkluderade studierna studerade arbetsförmåga, och i båda användes indikatorer som behandlade såväl arbetsnärvaro som prestation på arbetet. Vi har valt att behålla begreppet arbetsförmåga eftersom vi hade det som utgångspunkt för litteraturöversikten. Arbetsförmåga är ett etablerat begrepp som används i försäkringsmedicinsk forskning, policydokument och i praktiken. I den första av de två studierna använde man följande frågor som mått på arbetsförmåga:

1. antal timmar du kommit sent till arbetet
2. antal timmar du smittit eller maskat på arbetet
3. antal timmar med sjukdom under de senaste 18 månaderna
4. antal timmars frånvaro utan lön
5. en skattning av bibehållen arbetsförmåga [15].

I den andra studien använde man ett något annorlunda frågebatteri för att mäta arbetsförmåga. Samtliga frågor inleddes med: "Hur många gånger under de sista tolv månaderna har du". Efter inledningen följde:

¹ CAGE innehåller fyra frågor som behandlar om man känt att man borde skära ner sitt drickande av alkohol, om man har blivit irriterad på andra som har synpunkter på att man dricker alkohol, om man har skuld känslor för att man druckit alkohol och om man druckit alkohol på morgonen för att bli lugn eller för att hantera baksmälla.

² De båda blodproven är Carbohydrate-deficient transferine (CDT) och Gamma Glutamyl-Transpherase (GGT).

1. missat jobbet
2. gjort ett dåligt arbete
3. kommit sent eller gått tidigt
4. gjort mindre än du skulle
5. varit i konflikt med dina arbetskamrater och
6. blivit skadad på jobbet? [19]

3.1 Studier som behandlar sambanden mellan alkoholkonsumtion och/eller alkoholproblem i förhållande till sjukfrånvaro

3.1.1 Studier av måttlig kvalitet

I en finsk kohortstudie, den s.k. 10-stadsundersökningen [20], undersöktes sambandet mellan självrapporterad alkoholkonsumtion (enkätsvar) och registerbaserad sjukfrånvaro bland kommunanställda kvinnor (n=4 952) och män (n=1 490) under åren 1997–2000. Alkoholkonsumtionen mättes som frekvens, dvs. hur ofta man konsumerade, och kvantitet, dvs. den konsumerade mängden ren, hundraprocentig alkohol per vecka. Uppgifterna användes för att dela in såväl kvinnliga som manliga deltagare i sex grupper:

- aldrig druckit
- dricker inte nu men har druckit tidigare
- dricker 1–50 gram alkohol per vecka
- dricker 51–100 gram alkohol per vecka
- dricker 101–275 gram ren alkohol per vecka
- dricker mer än 275 gram alkohol per vecka.

Data om sjukfrånvaro, i denna studie definierat som sjukfall som varat längre än tre dagar, samlades in från arbetsgivarens register. Forskarnas huvudsyfte var att undersöka om det också för sjukfrånvaro fanns ett u-format samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro. Man hade tidigare funnit sådana samband mellan alkoholkonsumtion och hjärtsjukdom. Forskarna använde gruppen som drack 51–100 gram alkohol som referensgrupp. Efter kontroll

för olika faktorer (s.k. confounders) fann man en signifikant ökad risk för sjukfrånvaro bland män som druckit tidigare eller som uppgav att de drack 101–275 gram respektive mer än 275 gram alkohol per vecka. Bland kvinnor fann man en ökad risk för sjukfrånvaro i alla grupper utom vad gäller den grupp som drack 101–275 gram alkohol per vecka. Resultaten ovan gäller alltså i jämförelse med referensgruppen som drack 51–100 gram alkohol per vecka. Forskarna testade om trenden för ett icke-linjärt samband var signifikant, vilket den var för både män och kvinnor. Något förenklat fann man alltså att både de som inte drack och de som drack stora mängder alkohol hade en ökad risk för sjukfrånvaro i jämförelse med måttlighetskonsumenter. Det fanns också variationer, t.ex. mellan de som aldrig druckit alkohol (inget samband med sjukfrånvaro) och de som inte drack alkohol just nu (samband med sjukfrånvaro).

I en annan finsk studie genomfördes en tidsserieanalys över sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro under en tolvårsperiod: 1993–2005 [21]. Urvalet bestod av ett nationellt randomiserat (slumpmässigt) urval av yrkesverksamma kvinnor och män (n=5 000 per år), vilka besvarade en enkät om bl.a. alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro. Man mätte alkoholkonsumtion som antal glas per vecka och sjukfrånvaro som antal sjukdagar under det senaste året. Forskarna fann ett positivt linjärt samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro för både kvinnor och män. Vid en separat analys av gruppen som hade färre än tio års utbildning försvann sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro hos kvinnor, medan sambandet blev starkare bland män.

I en amerikansk tvärsnittsstudie av anställda inom kollektivtrafiken (n=1 446) studerades 245 kvinnor och 1 201 män avseende samband mellan alkoholkonsumtion och korttidsfrånvaro från arbetet. Studien baserades på självrapporterade uppgifter [18]. Forskarna frågade de anställda om de missat enstaka dagar på arbetet under det sista året. Forskarna undersökte också om de anställda hade ökat sin alkoholkonsumtion på grund av arbete, och använde sju olika mått på kvantitet (hur stor mängd) och frekvens (hur ofta) av alkoholkonsumtion. Resultatet visade att det fanns ett samband mellan alkoholkonsumtion och korttidsfrånvaro. Resultaten var inte uppdelade på kön. I en logistisk regression kunde forskarna se att sambandet mellan alkoholkonsumtion och korttidsfrånvaro inte var linjärt, dvs. både de som avstod från alkohol

och de som drack mycket alkohol hade en ökad risk för frånvaro. För att mäta alkoholproblem användes CAGE där två eller fler poäng räknades som positivt utfall. De manliga respondenter som hade alkoholproblem hade en högre risk för frånvaro än de som inte hade alkoholproblem. Det fanns inget samband mellan alkoholproblem och korttidsfrånvaro bland kvinnor.

I en dansk kohortstudie [14] undersökte man sambandet mellan alkoholkonsumtion och långtidssjukskrivning (mer än åtta sammanhängande veckor). Ingen eller måttlig alkoholkonsumtion definierades som färre än 14 drinkar per vecka för kvinnor och färre än 21 drinkar per vecka för män. Uppgifter om sjukfrånvaro inhämtade forskarna från ett nationellt register över sjukfrånvaro. Undersökningen genomfördes som en enkätundersökning bland ett representativt urval (n=5 366) av anställda i åldrarna 18–69 år. I en uppföljningsstudie 18 månader senare studerade man vad som utmärkte gruppen långtidssjukskrivna (n=348). Resultaten visade att alkoholkonsumtionen i gruppen långtidssjukskrivna inte skilde sig åt i jämförelse med övriga respondenter, vare sig för kvinnor eller för män. Inte heller högkonsumenterna dvs. de som drack fler än 14 drinkar (kvinnor) respektive över 21 drinkar per vecka (män), uppvisade signifikant ökade risker för långtidssjukskrivning.

I en finsk kohortstudie undersöktes riskfaktorer för sjukfrånvaro hos sjukhusläkare. Både kvinnor (n=196) och män ingick i undersökningsgruppen (n=251) [22]. Som kontroller användes sjuksköterskor i ledande position (n=466). Deltagarna tillfrågades om sin veckokonsumtion av alkohol och delades in i grupperna ingen veckokonsumtion, måttlig veckokonsumtion (1–260 gram för män, 1–210 gram för kvinnor) samt hög veckokonsumtion (mer än 260 gram för män, och över 210 gram för kvinnor). Sjukfrånvaron mättes genom korta sjukfall (1–3 dagar) och långa sjukfall (mer än tre dagar). Data om sjukfrånvaro samlades in från arbetsgivarens register. Forskarna gjorde en uppföljning efter två år för både korttids- och långtidssjukskrivning. Man fann inget samband mellan alkoholkonsumtion hos vare sig kvinnliga eller manliga läkare.

I en prospektiv och jämförande kohortstudie mellan yrkesarbetande män i Japan (n=2 504) och Storbritannien (n=6 290) studerade man bl.a. samband mellan alkoholkonsumtion och framtida sjukfrånvaro [13]. Deltagarna delades in i tre grupper med avseende på sin alkoholkonsumtion: de som drack mer sällan än en gång i veckan, de som drack 1–3 gånger per vecka (måttlig

konsumtion) och de som drack oftare än tre gånger i veckan (hög konsumtion). Männerna i Japan drack mer alkohol och hade färre sjukskrivningsdagar än männen i England. I den prospektiva uppföljningen av sjukfrånvaron studerade man perioden fram till det första längre sjukfallet (vilket definierades som sjukfall längre än sju dagar). Forskarna räknade fram en s.k. "hazard ratio", vilket förenklat skulle kunna beskrivas som en jämförelse av tiden från baslinjemätningen till det första längre sjukfallet. Ju kortare tid det går från den första mätningen till det första sjukfallet desto högre är risken för sjukfrånvaro. Baslinjemätningen, då man rapporterade alkoholkonsumtionen, gjordes 1990 i Japan och uppföljningen av sjukfrånvaron pågick till och med 1998. I England gjordes baslinjemätningen 1985–1988 medan uppföljningen pågick till och med 1998. Bland de yrkesverksamma männen i Japan fann man ingen signifikant skillnad i risk för långtidssjukskrivning (längre än sju dagar) med avseende på alkoholkonsumtion. Nivån av alkoholkonsumtion kunde alltså inte användas för att predicera (förutspå) framtida sjukfrånvaro i Japan. I den engelska studien fann man en minskad risk för sjukfrånvaro under uppföljningstiden för män som drack alkohol 1–3 gånger i veckan respektive tre gånger eller oftare, i jämförelse med de som drack mer sällan än en gång i veckan. I den engelska studien fanns det alltså en minskad risk för långtidssjukfrånvaro bland både måttliga och högkonsumenter av alkohol. I det här fallet predicerade måttlig och hög alkoholkonsumtion minskad risk för framtida sjukfrånvaro.

3.1.2 Studier av begränsad kvalitet

I en svensk tidsserieanalys på ekologisk nivå studerades sambandet mellan alkoholförsäljning och sjukfrånvaro [23]. Studien omfattade åren 1935–2002. Denna studie inkluderades i vår litteraturöversikt mot bakgrund av den långa tidsserien, men studien saknar uppgifter om alkoholkonsumtion på individnivå. Datainsamlingen av uppgifter om sjukfrånvaro skedde via nationella registeruppgifter om sjuktalet och via självrapporterade data i den återkommande arbetskraftsundersökningen (AKU). Sjuktalet är ett mått på medelantalet utbetalade sjukpenningdagar per sjukförsäkrad person. Alkoholförsäljning per capita användes som indikator på alkoholkonsumtion. Under de 67 år som studerades framkom ett linjärt samband mellan ökad alkoholförsäljning och sjuktalets

storlek. Den könsuppdelade analysen visade att sambandet endast var statistiskt signifikant bland män. Man fann att en ökning av alkoholkonsumtionen med en liter ren (hundra procentig) alkohol per person (baserat på försäljningsstatistiken) motsvarade en ökning av sjuktalet med 13 procent bland män. För kvinnor var ökningen av sjukfrånvaron sex procent, men det sambandet var alltså inte statistiskt signifikant.

I en nationellt övergripande tvärsnittsstudie från Australien undersökte forskarna relationen mellan hög alkoholkonsumtion och alkoholrelaterad frånvaro respektive generell sjukfrånvaro [17]. Forskarna använde data från den nationella folkhälsoenkäten från 2001 då 22 649 personer inbjöds att delta i undersökningen. Deltagarna fick frågor om antalet tillfällen då de konsumerat alkohol under den senaste veckan och under de senaste tre månaderna, liksom frågor om hur stor mängd de konsumerat. Frånvaron mättes genom frågor om alkoholrelaterad frånvaro och generell sjukfrånvaro under samma tid. Man fann ett linjärt samband mellan tät (frekvens) och hög (kvantitet) konsumtion av alkohol och alkoholrelaterad frånvaro. Den alkoholrelaterade frånvaron varierade beroende på ålder och kön. Män rapporterade signifikant mer alkoholrelaterad frånvaro än kvinnor, med ett undantag. Kvinnor i åldern 14–19 år var den grupp som rapporterade mest alkoholrelaterad frånvaro av alla. Åldern hade signifikant betydelse för den alkoholrelaterade frånvaron som minskade med högre ålder. Dessutom visade denna studie att personer som var gifta, välutbildade och födda i icke engelskspråkigt land rapporterade signifikant lägre alkoholrelaterad frånvaro. Sambandet mellan generell sjukfrånvaro och hur ofta respektive hur mycket alkohol man konsumerade var inte linjärt. Forskarna fann en ökad risk för generell sjukfrånvaro både bland absolutister och högkonsumenter, men det fanns inget samband mellan måttlig alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro.

I en australiensisk kontrollerad interventionsstudie undersökte man effekten av en intervention med information om alkohol och hälsa till över 800 poliser [24]. Interventionen bestod av metoden "brief intervention" som innebär att man vid ett eller flera tillfällen kortfattat tar upp frågan om individens alkoholkonsumtion och dess eventuella konsekvenser för hälsa. Grundtanken är att öka individens egen motivation att fundera över sin alkoholkonsumtion och om det finns anledning att förändra densamma. Datainsamlingen i studien gjordes via enkät med frågor om alkohol-

konsumtion den senaste veckan och berusningsdrickande. Självrapporterad tid borta från arbetet p.g.a. sjukdom samlades in via enkät vid baslinje- och uppföljningsundersökningen. Personer som återkommande drack alkohol för att uppnå berusning rapporterade signifikant högre sjukfrånvaro än de som inte drack återkommande för att uppnå berusning. Det sambandet fann man både vid baslinjestudien och vid uppföljningen ett år senare.

I en svensk tvärsnittsstudie av postanställda (n=3 400) undersöktes multifaktoriella faktorer inom arbets- och privatlivet i relation till sjukfrånvaro [16]. Sjukfrånvaromåttet som användes var incidens som mäter risk för sjukskrivning, i det här fallet antal sjukfall per 10 000 dagar. För att undersöka nyttjandet av alkohol användes följande enkätfråga: Använder du ofta eller ibland alkohol som lugnande? Resultaten visade ett signifikant samband mellan att använda alkohol som lugnande medel och en högre sjukfrånvaro för män, däremot inte bland kvinnor. Risken för hög sjukfrånvaro bland män som använde alkohol som lugnande medel var dubbelt så hög som för män som inte använde alkohol som lugnande.

I en svensk tvärsnittsstudie undersöktes sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukdagar under det senaste året [25]. Deltagarna i studien fick varje månad besvara frågeformuläret AUDIT³ och lämna blodprover för CDT⁴ och GGT⁵. Vid AUDIT användes en gräns på åtta eller fler poäng, vilken enligt studiens författare gav en tillräcklig nivå för att inte missa någon med alkoholproblem (sensitivitet) eller inkludera någon som inte har alkoholproblem (specificitet). Resultaten visade att de personer som svarade positivt på AUDIT, dvs. som hade åtta poäng eller fler, hade signifikant högre sjukfrånvaro än övriga. Forskarna ville se om personer med hög alkoholkonsumtion uppvisade specifika mönster under sin sjukfrånvaro, vilket inte var fallet. Högkonsumenter var inte frånvarande extra mycket måndagar eller fredagar, och hade inte återkommande korta perioder av sjukskrivning. Ungefär hälften av de anställda som hade en positiv screening för alkohol hade ingen sjukfrånvaro under det gångna året.

I en isländsk tvärsnittsstudie undersökte forskarna hur vanligt det var med alkoholproblem bland kvinnor som arbetade med äldre i omsorg och på sjukhus (n=1 432) [26]. Forskarna ville studera om sjukfrånvaron skilde sig mellan kvinnor med någon form av

³ AUDIT är en förkortning av Alcohol Use Disorder Test.

⁴ CDT är en förkortning av Carbohydrate-Deficient Transferrin.

⁵ GGT är en förkortning av Gamma Glutamyl-Transferase.

alkoholproblem och kvinnor utan sådana problem. De kvinnor som hade en högre risk för att ha alkoholproblem identifierades med hjälp av forskarnas egenutvecklade frågor om alkoholberoende. De kvinnor (n=69) som klassades som att de hade en förhöjd risk för alkoholproblem hade inte mer sjukfrånvaro än övrig vårdpersonal.

I en svensk tvärsnittsstudie ville forskarna se om kvinnor som drack mycket skilde sig från andra kvinnor när det gällde bl.a. sjukfrånvaro (n=1 417) [25]. Forskarna jämförde kvinnor i olika yrkesgrupper (metallarbetare, vårdbiträden, läkarsekreterare och sjuksköterskor) från ett och samma län. Syftet med studien var att undersöka indikatorer för omåttligt drickande och sjukfrånvaro (antal dagar samt antal perioder) hos yrkesarbetande kvinnor. Alkoholkonsumtionen mättes genom att kvinnorna tillfrågades om hur ofta de drack alkohol. Alkoholproblemen mättes genom att kvinnorna själva bedömde om de haft sådana problem under innevarande och föregående år. Resultatet visade att kvinnor med hög alkoholkonsumtion hade fler sjukfall än andra kvinnor. Det var däremot ingen skillnad mellan grupperna med avseende på antalet sjukfrånvardagar per sjukskriven person.

3.2 Studier av samband mellan alkoholkonsumtion respektive alkoholproblem och arbetsförmåga

3.2.1 Studier av måttlig kvalitet

I en amerikansk studie av arbetare och tjänstemän (n=3 700) i tillverkningsindustri studerades alkoholkonsumtion (genomsnittlig daglig konsumtion) via frågor om frekvens och kvantitet, samt alkoholproblem [15]. Alkoholproblemen skattades med frågor om man druckit på arbetet, om man drack för att bli berusad och med frågeformuläret CAGE. Arbetsförmåga skattades med frågor om frånvaro från jobbet och arbets- och prestationsförmåga. Frånvaron mättes som antal sjukfrånvarotimmar och antal timmar frånvarande (utan lön). Sänkt prestationsförmåga mättes som komma sent, gå tidigt och maska på arbetet. Forskarna fann ett linjärt samband mellan alkoholkonsumtion och arbetsförmåga, men efter kontroll för faktorer relaterade till demografin, arbetet och livssituationen blev sambandet icke statistiskt signifikant. Forskarna fann ett icke-linjärt samband mellan antal alkoholproblem och frånvaro från arbetet. Forskarna fann även ett icke-linjärt samband mellan sänkt

prestationsförmåga och ogiltig frånvaro, eftersom både absolutister och personer med två eller fler alkoholproblem enligt CAGE hade ökad frånvaro. Forskarna fann ingen signifikant könsskillnad i sina analyser av materialet.

3.2.2 Studier av begränsad kvalitet

I en amerikansk tvärsnittstudie av arbetare och tjänstemän inom tillverkningsindustrin (n=3 924) undersöktes sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och arbetsförmåga [19]. Alkoholkonsumtion mättes med fyra olika mått: berusningsdrickande, frekvens alkoholkonsumtion på arbetet, daglig volym (samtliga tre avseende de senaste 30 dagarna) samt CAGE. Arbetsförmågan bedömdes utifrån sex frågor om problem på och i relation till arbetsplatsen under det senaste året. Problem som ingick var: missat jobbet, smitning (kommit sent/gått tidigt), arbetat med sämre kvalitet, gjort mindre del av arbetet, haft konflikter med kollegor och skadat sig på jobbet. I de bivariata analyserna fann man starkast samband (linjärt) mellan konsumtionsnivåerna och att ha kommit sent, gått tidigt respektive gjort mindre del av arbetet. Forskarna fann ett icke-linjärt samband mellan alkoholkonsumtion och skador. I den multivariata analysen fann man signifikanta samband mellan arbetsförmåga och tre av alkoholmått, nämligen CAGE, att dricka på arbetet samt att dricka för att bli berusad. Forskarna fann inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män.

3.3 Litteraturoversiktens fem frågeställningar

3.3.1 Vilket är sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro?

Vi fann 13 studier (bilaga 5, tabell 3) som belyste samband mellan alkoholkonsumtion och/eller alkoholproblem och sjukfrånvaro. I de här studierna fanns en variation mellan vilken typ av mått man använt för att mäta alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro. I sammanställningen som följer har vi inte tagit hänsyn till studiernas kvalitetsnivå, vilket gör att slutsatserna nedan inte ska ses som en evidensbedömning. Evidensbedömningen redovisar vi senare, och i den väger vi in studiernas kvalitet. Här redovisar vi

enbart antalet studier, oavsett om de hade måttlig eller begränsad kvalitet.

Sammanfattningsvis var det tre studier [17, 18, 20] som fann ett icke-linjärt samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro. I de engelska artiklarna använde man benämningen ”curvilinear”, vilket inte alltid preciserades vidare, t.ex. om det var J- eller U-format. Det icke-linjära sambandet var dock inte statistiskt signifikant för kvinnor i studien av Cunradi m.fl. [18]. I tre studier [17, 21, 23] fann forskarna ett linjärt samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro. I en av studierna mättes sjukfrånvaro som alkoholrelaterad sjukfrånvaro [17]. I en av de tre studierna var sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro inte statistiskt signifikant för kvinnor [23]. Tre studier fann inget statistiskt signifikant samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro [13, 14, 22]. En brittisk studie [13] av män fann en minskad risk för sjukfrånvaro bland alkoholkonsumenterna. Sammantaget fann man alltså i sex av tio⁶ genomförda analyser att manliga högkonsumenterna av alkohol hade en ökad risk för sjukfrånvaro (i ett fall alkoholrelaterad sjukfrånvaro). Tre av tio studier fann inget sådant samband, och i en av de tio studierna fann forskarna en minskad risk för sjukfrånvaro bland manliga högkonsumenterna. I fyra av sju genomförda analyser fann man att kvinnliga högkonsumenterna hade en ökad risk för sjukfrånvaro (i ett fall alkoholrelaterad sjukfrånvaro). I två av sju analyser fann man inget sådant samband.

I tre analyser av tio fann man att män som inte drack alkohol alls hade en högre risk för sjukfrånvaro än män som drack måttliga mängder alkohol. På motsvarande sätt fann man i två av åtta analyser att kvinnor som inte drack alkohol hade en högre risk för sjukfrånvaro än kvinnor som drack måttligt.

Samtliga fyra studier [16, 18, 24, 27] som mätte alkoholproblem fann ett samband mellan alkoholproblem och ökad risk för sjukfrånvaro bland män. Bland de sex studier [16, 18, 24–27] som studerade kvinnor fann tre studier ett samband mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro, och i resterande tre studier var sambandet inte statistiskt signifikant. En studie särredovisade inte kön och kunde därför inte användas för att dra någon slutsats om

⁶ Antalet analyser blir fler än antalet studier/artiklar. Roche et al (2008) analyserade t.ex. både alkoholrelaterad frånvaro och generell sjukfrånvaro. Morikawa m.fl. (2004) analyserade japanska och engelska män i separata analyser i samma studier. De tio analyserna kommer alltså från 8 studier/artiklar.

könsskillnader. Differensen (sju resultat i sex studier) beror på att en studie [25] redovisade både sjukfall och sjukfrånvarodagar som utfallsmått. Sambandet var signifikant för antal sjukfall men inte för antal sjukfrånvarodagar.

3.3.2 Vilket är sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och ogiltig frånvaro respektive sänkt arbetsförmåga på arbetet?

Vi fann två studier om sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och arbetsförmåga (bilaga 5, tabell 3). Indikatorerna på arbetsförmåga varierade mellan sänkt prestation på arbetet till ogiltig frånvaro av olika slag. Båda studierna fann att såväl kvinnor som män med alkoholproblem hade en lägre arbetsförmåga än övriga deltagare i studierna. I båda studierna var sambanden icke-linjära, så även de individer som inte rapporterade några alkoholproblem hade en sänkt arbetsförmåga. En studie inkluderade alkoholkonsumtion och man fann inget samband med nedsatt arbetsförmåga efter kontroll för andra faktorer.

3.3.3 Vilket är sambandet mellan arbetsförmåga och alkoholproblem, och på vilket sätt kan arbetsförmågan i dessa fall användas som grund för beslut om sjukskrivning?

Vi fann inga studier som specifikt belyste sambanden mellan alkoholproblem och arbetsförmåga i relation till beslut om sjukskrivning.

3.3.4 Vilket är sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och återgång i arbete?

Vi fann inga studier om samband mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och återgång i arbete.

3.3.5 Hur ser sambanden mellan sjukfrånvaro och alkoholkonsumtion ut för kvinnor och män, för olika åldersgrupper och i olika sociala och etniska grupper?

Stödet för ett samband mellan sjukfrånvaro och hög alkoholkonsumtion, respektive mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro var i princip detsamma för män som för kvinnor. I två studier gjorde forskarna separata analyser av olika åldersgruppers alkoholkonsumtion i förhållande till sjukfrånvaro. Flertalet studier använder ålder som en confounder (kontrollfaktor) och det framgick inte hur sambanden såg ut i olika åldersgrupper. Flertalet studier fokuserade inte på sociala skillnader utan använde t.ex. inkomst eller status på arbetet som kontrollfaktorer. Det innebär på samma sätt som för ålder att man faktiskt inte vet om sambanden ser olika ut i olika sociala grupper, olika yrken eller grupper med olika inkomst. Ett undantag var en av de finska studierna där man särredovisade en analys av sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro i olika utbildningsgrupper. Forskarna fann att sambandet var särskilt starkt bland lågutbildade män och att det inte existerade bland lågutbildade kvinnor. Endast en studie jämförde olika etniska grupper men eftersom studierna genomfördes i Japan respektive Storbritannien var det också en jämförelse mellan olika socialförsäkringssystem, arbetsmarknader och företagskulturer. Ingen studie analyserade etniska skillnader inom ett land.

3.4 Evidensbedömning

3.4.1 Evidensbedömning av studierna i den aktuella rapporten

Ett övergripande syfte med den aktuella litteraturöversikten var att göra en evidensbedömning dvs. att med utgångspunkt i den samlade forskningen inom ett visst område dra slutsatser om det finns ett samband eller inte mellan olika faktorer.

I två studier av måttlig kvalitet och två studier av begränsad kvalitet fann man ett samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro bland män. Ytterligare en studie av måttlig kvalitet fann ett samband, men studien hade inte delat upp materialet på män och kvinnor. Emellertid var drygt 82 procent i urvalet män, varför vi menar att slutsatsen från den studien kan inkluderas i bedömningen av eventuell evidens för ett samband bland män. Tre studier av måttlig kvalitet fann inget samband och en studie av måttlig kvalitet fann en minskad risk för sjukfrånvaro bland manliga alkoholkonsumenter.

Evidensbedömningen är komplicerad eftersom resultaten är motstridiga i de olika studierna. De tre studierna av måttlig kvalitet och som fann ett samband, är samtliga prospektiva. I likhet med de övriga studierna är det emellertid stor variation i vilka urval som studeras. Endast i ett fall är det ett nationellt urval. I de andra två fallen är urvalet kommunanställda respektive anställda i kollektivtrafik. De tre studierna som inte fann ett samband är också de prospektiva. De studerar urval av yrkesverksamma män och sjukhusläkare, samt ett nationellt urval av yrkesverksamma. Studien som visade minskad risk studerade ett urval statsanställda tjänstemän. Vår sammanfattande slutsats är att det mot bakgrund av de motstridiga resultaten finns *ett otillräckligt vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro bland män.*

I två studier av måttlig kvalitet och en studie av begränsad kvalitet fann man ett samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro bland kvinnor. Två studier av måttlig kvalitet och två studier av begränsad kvalitet fann inget samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro bland kvinnor. Slutsatsen är att det, mot bakgrund av motstridiga resultat och fler studier som inte fann ett samband, finns *ett otillräckligt vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro bland kvinnor.*

Samtliga fyra inkluderade studier, varav en av måttlig kvalitet, fann ett samband mellan olika typer av alkoholproblem och ökad sjukfrånvaro bland män.

Slutsatsen är att det finns ett *otillräckligt vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro bland män*. Denna bedömning görs på grundval av att studierna som visade ett samband är för få enligt de kriterier vi använder för evidensgraderingen.

Tre studier av begränsad kvalitet fann ett samband mellan olika typer av alkoholproblem och sjukfrånvaro bland kvinnor. Tre studier, varav en av måttlig kvalitet, fann inget samband mellan olika typer av alkoholproblem och sjukfrånvaro bland kvinnor. Slutsatsen är att det finns ett *otillräckligt vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro bland kvinnor* på grund av att resultaten är motstridiga och att den enda studien av måttlig kvalitet inte visade något samband.

Det finns ett *otillräckligt vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och arbetsförmåga* på grund av att alltför få studier gjorts om detta.

3.4.2 Sammanvägd evidensbedömning av studierna i den aktuella rapporten och SBU-rapporten

I den tidigare genomförda kunskapsöversikten vid SBU fann man att det fanns ett otillräckligt vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem, sjukfrånvaro eller förtidspension. Som tidigare nämnts ingick inte studier av återgång i arbete eller arbetsförmåga. I SBU-studien ingick nio studier i vilka man studerat sambandet mellan hög alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro. Man redovisade studierna gemensamt oavsett om de behandlade alkoholkonsumtion eller alkoholproblem/-diagnos. Slutsatsen var att det fanns ett otillräckligt vetenskapligt stöd eftersom endast en av de nio genomförda studierna bedömdes ha måttlig kvalitet. I SBU-rapporten gjordes ingen uppdelning på kvinnor och män. Vid jämförelsen har vi därför valt att inte ta hänsyn till om studierna gäller både kvinnor och män eller enbart män. Man konstaterade i SBU-rapporten att samtliga fyra studier som inkluderade alkoholproblem/-diagnos visade ett samband med sjukfrånvaro/förtidspension. De fyra studierna var alla av begränsad kvalitet. Om de vägs samman med resultaten i vår litteraturöversikt innebär det att en studie av

måttlig kvalitet samt elva studier av begränsad kvalitet visar ett samband mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro. Därmed kan vi dra slutsatsen att det finns ett *begränsat vetenskapligt stöd (evidensstyrka 3) för ett samband mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro*. När det gäller slutsatsen för sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro kvarstår den också efter det att vi inkluderat de tidigare studierna från SBU-rapporten. Det finns alltså *otillräckligt vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro*.

4 Diskussion

Vi hade fem frågeställningar när vi påbörjade arbetet med denna litteraturöversikt. Vi kommer nu att diskutera varje frågeställning och implikationerna av de resultat vi fått, både i de fall där vi fann studier och i de fall där vi inte fann några studier.

4.1 Alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro

I den här litteratursammanställningen fann vi, efter sammanvägning med resultaten från SBU-rapporten [9], att det finns otillräckligt vetenskapligt stöd för att dra någon slutsats om evidens beträffande samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro. Resultaten i de olika studierna var motstridiga. Detta innebär att vi varken kan säga att alkoholkonsumtion ökar eller minskar risken för att vara sjukskriven. Vi kan heller inte säga att det inte finns något samband dvs. att de båda fenomenen är orelaterade till varandra. I litteraturöversikten ingår studier i vilka man jämför statistik om olika fenomen utan att kunna relatera fynden till individnivån (s.k. ekologiska studier). Sådana studier är bland annat lämpliga för att studera fenomen där det saknas information på individnivån. De är även lämpliga om man vill studera samband på andra strukturella nivåer än individnivån, t.ex. kommunnivån. Till skillnad från studier på individnivå tillåter inte ekologiska studier att man grupperar olika typer av alkoholkonsumenter och jämför sambanden för varje grupp. Det innebär att man i alkoholkonsumtionsmättet blandar personer som dricker alkohol i låga eller måttliga mängder med personer som har alkoholproblem. Personer med alkoholproblem svarar för en oproportionerligt stor del av den totala konsumtionen eftersom de dricker större mängder än andra. Studier av den här typen jämför dessutom statistiken för två olika fenomen samtidigt, vilket innebär att det inte går att säga något om

orsakssambanden. I inledningen diskuterade vi möjligheten att sjukskrivning i sig kan innebära att man dricker mer alkohol som sjukskriven jämfört med när man arbetar. För personer med alkoholproblem är det troligt att åtminstone en del av de perioder man är sjukskriven också är perioder med mycket hög konsumtionsnivå av alkohol. Ekologiska studier bör alltså kompletteras med studier på individnivå, där den person som ingår i undersökningen svarar på frågor om sin alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro. Individens sjukfrånvaro kan också mätas med registeruppgifter, kopplade till den enskilda individen efter godkännande från den som deltar i studien. Bäst är det förstås om studierna kan följa en grupp individer över tid. I sådana studier kan man mäta alkoholkonsumtionen och alkoholproblemen i början av studien. När det gått en tid kan man mäta på nytt och studera om det finns ett samband med sjukfrånvaro. Den här typen av studier ökar möjligheten att studera orsakssamband.

I inledningen av rapporten beskrivs möjliga samband mellan dryckesmönster och olika negativa hälso- och sociala konsekvenser. Dryckesmönster är en samlingsbeteckning för olika typer av alkoholkonsumtion, respektive olika typer av alkoholproblem. En typ av alkoholkonsumtion är om man dricker alkohol eller om man inte konsumerar någon alkohol alls. I flera studier av samband mellan alkoholkonsumtion och olika hälsoutfall, t.ex. dödlighet, sjuklighet eller sjukfrånvaro, har man funnit att både de som dricker mycket alkohol och de som inte dricker någon alkohol alls har haft en ökad risk för det negativa hälsoutfallet. Detta brukar man kalla ett icke linjärt samband. Ibland är man mer precis och talar om ett U-format eller J-format samband. Ett linjärt samband innebär att de som inte dricker alls har färre hälsoproblem eller lägre sjukfrånvaro än de som dricker lite. De har i sin tur färre hälsoproblem eller lägre sjukfrånvaro än de som dricker måttligt. De som har flest hälsoproblem eller högst sjukfrånvaro är de som dricker mest. Frågan om sambanden mellan alkoholkonsumtion och olika hälsoutfall är linjära eller icke linjära har intresserat forskarna sedan man fann att risken för hjärt- och kärlsjukdom var lägre bland måttlighetskonsumenter än bland de som inte drack alls. Sådana och liknande fynd för andra sjukdomar talar för att det finns positiva hälsoeffekter av alkohol [5]. Det finns olika metodproblem, s.k. selektionseffekter, i studier av det här slaget. I gruppen som inte dricker alls finns bl.a. personer som avstår från alkohol av ideologiska och religiösa skäl. I samma grupp finns dock

även personer som avstår från alkohol av medicinska skäl eller för att de tidigare haft alkoholproblem. I de två senare fallen kan man förvänta sig en högre andel personer med hälsoproblem, vilket inte beror på att man har avstått från alkoholen och därmed "gått miste om" alkoholens eventuella positiva effekter på hälsan.

I den här studien har vi inte separerat sjukfrånvaro mätt som antal sjukskrivningsfall från sjukfrånvaro mätt som antal sjukskrivningsdagar. Det viktigaste skälet till det är att det finns få studier som kombinerar information om alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro. För varje uppdelning vi gör av studierna blir möjligheten att dra slutsatser lägre. Generellt kan man konstatera att det är delvis samma och delvis skilda faktorer som orsakar att någon blir sjukskriven respektive fortsätter att vara sjukskriven. Orsakerna till att en person har medicinsk nedsättning av arbetsförmågan kan vara relaterade till individens hälsoproblem, arbetsuppgifter, arbetsmiljö och andra arbets- eller familjerelaterade faktorer. Sambanden är komplexa och på individnivå är det ofta svårt att urskilja en enda faktor som orsakar sjukfrånvaro. När det gäller orsakerna till fortsatt sjukskrivning tillkommer också faktorer som har att göra med tillgång till och kvaliteten på behandling och rehabilitering.

4.1.1 Implikationer för prevention, sjukskrivningspraxis och policy

Ett skäl till att göra litteraturöversikter är att prevention, praxis och policy i allt större utsträckning ska baseras på evidens dvs. det samlade, aktuella vetenskapliga kunskapsläget. En slutsats från den här översikten är att det saknas forskning inom viktiga områden, inte minst på mer detaljerad nivå. Det behövs studier som koncentreras på analyser av samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro i olika sociala grupper, i olika åldrar och i olika diagnosområden. I studierna bör alkoholkonsumtion bland personer med alkoholproblem kontrolleras för att undvika sammanblandning av fenomenet alkoholkonsumtion som sådan och alkoholproblem, som är ett tillstånd då vissa konsumtionsmönster etablerats och lett till negativa konsekvenser för fysisk och psykisk hälsa, familj, arbete och/eller social situation. I perspektivet att alkoholproblem har ett samband med ökad risk för sjukfrånvaro finns det anledning att förebygga konsumtionsmönster som ökar

riskerna för alkoholproblem. Vi resonerar mer om detta i nästa avsnitt.

4.2 Alkoholproblem och sjukfrånvaro

I den här litteraturöversikten fann vi att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd (evidensstyrka 3) för ett samband mellan alkoholproblem och högre sjukfrånvaro. Vi använde begreppet alkoholproblem som ett samlingsbegrepp för riskkonsumtion, problemdrickande och alkoholdiagnos. Exakt hur de olika studierna definierade sina alkoholmått framgick av genomgången i resultatkapitlet. På liknande sätt som vi beskrev att vi blandade olika typer av mått på sjukfrånvaro blandade vi studier med olika typer av mått på alkoholproblem. Skälet till det var främst att antalet studier inom området var litet, vilket i synnerhet gällde studier av god kvalitet både med avseende på analysen av alkoholproblem och analysen av sjukfrånvaro. Vi menar vidare att det är relevant och lämpligt att hålla isär alkoholkonsumtion och alkoholproblem även om det finns ett samband mellan dem. Enligt den senaste nationella folkhälsorapporten hade 17 procent av männen och 10 procent av kvinnorna i Sverige ett riskbruk [1]. Riskbruk kan ses som en indikator på alkoholproblem, och mot bakgrund av slutsatsen ovan är riskbrukare en viktig målgrupp för insatser med syfte att undvika onödiga sjukskrivningar.

Det finns tre viktiga aktörer i sammanhanget. Individerna själva har ett ansvar att välja ett konsumtionsmönster där man framför allt bör undvika berusningsdrickande, som i olika studier visat sig öka risken för att utveckla alkoholproblem [28]. Arbetsgivaren är en annan viktig aktör som dels kan verka för att arbetsplatser blir alkoholfria zoner, dels verka för att tidigt identifiera personer med riskbeteende. Slutligen är både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan viktiga aktörer som möter personer i samband med sjukskrivning. I en omfattande enkätstudie bland svenska läkare fann man att frågor om patienternas alkoholkonsumtion var de frågor som läkare ansåg sig minst kompetenta att ta upp bland de olika livsstilsfrågor som läkare förväntas ta upp med patienterna [29]. Trots detta uppgav 20 procent av läkarna att de alltid frågar sina patienter hur mycket alkohol de dricker. Det framgår inte av studien om frekvensen är högre eller lägre i de fall där det är aktuellt med sjukskrivning för patienten. Bland patienter där det är

aktuellt med sjukskrivning borde, mot bakgrund av den aktuella litteraturöversikten, frågan om alkoholbruk alltid ställas.

Eftersom fler män än kvinnor riskbrukar alkohol är det, ur ett sjukfrånvaro- och folkhälsoperspektiv, särskilt viktigt att fokusera på mäns riskkonsumtion och alkoholproblem. Alkoholproblem är också av betydelse för kvinnors sjukfrånvaro. Kvinnor är oftare sjukskrivna än män och har flera sjukskrivningsdagar, men andelen kvinnor med alkoholproblem är lägre än andelen bland män. Alkoholproblem förklarar alltså en mindre del av kvinnors sjukfrånvaro jämfört med mäns.

Vidare är det viktigt att notera att utfallsmått som dödlighet och sjuklighet skiljer sig från sjukfrånvaro på en central punkt. Sjukfrånvaro är starkt kopplad till arbete, även om arbetslösa i Sverige också kan vara sjukskrivna. Emellertid finns det grupper med svåra alkoholproblem eller missbruk av annat slag, som aldrig tar sig in på arbetsmarknaden och därmed saknas i statistiken över sjukfrånvaron. Personer som inte har en sjukpenninggrundande inkomst kan i och för sig vara sjukskrivna, men de syns inte i statistiken över utbetald sjukpenning, vilket är det mått som Försäkringskassan oftast använder.

I flertalet av de studier vi granskat diskuterar man inte skälen till att personer med alkoholproblem har en ökad risk för sjukfrånvaro. Det finns flera möjliga sådana skäl. Det är förstås mycket svårt eller omöjligt att arbeta under perioder av intensivt drickande. Under sådana perioder släpper man ansvaret för det dagliga livet. Andra skäl till att risken för sjukfrånvaro ökar bland personer med alkoholproblem kan vara fysiska och psykiska följsjukdomar. Ytterligare ett skäl till att sjukfrånvaron är högre kan vara att man ofta är "bakfull". På kort och lång sikt kan personer med alkoholproblem drabbas av kognitiva nedsättningar av olika slag med effekt på koncentration, minne eller problemlösningsförmåga. Alkoholproblem är ofta sammanlänkade med skam- och skuldkänslor [30, 31], vilket kan göra att man undviker att gå till arbetet. Ofta leder detta till en ond cirkel. Frånvaron på jobbet blir ytterligare en faktor som ska förklaras och hanteras av den som har alkoholproblem. För att bryta denna onda cirkel är omgivningen viktig. Familj, vänner och arbetskamrater som ställer frågor kan bidra till att en person med alkoholproblem börjar fundera över sina alkoholvanor och dess konsekvenser. Det är viktigt att alkoholproblem uppmärksammas när enskilda har kontakt med hälso- och sjukvården eller med Försäkringskassan i samband med sjuk-

skrivning. Om alkoholproblemen synliggörs kan den enskilde erbjudas behandling eller få stöd att förändra sina alkoholvanor på egen hand. Om inte alkoholproblemen uppmärksammas kan kontakterna mellan den sjukskrivne och personalen inom hälso- och sjukvården eller Försäkringskassan påverkas negativt. Den sjukskrivne kanske erbjuds behandling eller rehabilitering för annat än alkoholproblemen. Det kan leda till att sjukfrånvaron förlängs i onödan. Sjukfrånvaro kan i sig vara negativt för en person med alkoholproblem genom att man befrias från daglig struktur såsom arbetstider, kontakter med arbetskamrater och ansvar för arbetsuppgifter. Det är alltså väsentligt att identifiera alkoholproblem bland sjukskrivna för att undvika onödiga sjukskrivningar och för att minska eventuella negativa konsekvenser av att vara sjukskriven för alkoholproblem.

4.2.1 Implikationer för prevention, sjukskrivningspraxis och policy

Det förebyggande arbetet som inriktas mot att begränsa riskbruk kan förväntas ha effekt på sjukfrånvaro genom att minska antalet personer med alkoholproblem. Det gäller också lagstiftning och policy-åtgärder som syftar till att minska riskbruk och alkoholproblem. Baserat på fynden i den här litteraturöversikten föreslår vi att läkare systematiskt ska fråga patienter om deras alkoholvanor och eventuella alkoholproblem i samband med sjukskrivning. Handläggare vid Försäkringskassan har inte personlig kontakt med dessa personer i ett lika tidigt skede som läkare, men också handläggare skulle kunna ställa frågor om alkoholproblem. Det är dock viktigt att ett införande av rutiner där man systematiskt ställer frågor om alkoholvanor föregås av en utbildning i hur man ställer sådana frågor på ett sätt som inte är dömande. Med en dömande attityd till alkoholproblem är det få som vill berätta om sina problem. Ett mer långsiktigt mål är att skapa en öppen kommunikation kring alkoholproblem. Det kan ske på arbetsplatser, inom sjukvården och inom Försäkringskassan.

4.3 Alkoholkonsumtion, alkoholproblem, arbetsförmåga och bedömning av arbetsförmåga

Vi har tidigare beskrivit svårigheten med att definiera och avgränsa begreppet arbetsförmåga. I denna rapport har vi haft en bred förståelse av begreppet arbetsförmåga. Vi har dock gjort en åtskillnad mot begreppet funktionsförmåga. Funktionsförmåga handlar, till skillnad från arbetsförmåga, om individens förmågor fristående från en viss arbetsmiljö eller arbetsuppgift. Det finns en del studier om funktionsförmåga bland personer med alkoholproblem. I bilaga 2 sammanfattas några av dessa fynd samt diskuteras i relation till sjukfrånvaro. Vi fann endast två studier som belyste sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem, ogiltig frånvaro och sänkt arbetsförmåga på arbetet. Båda studierna fann att såväl kvinnor som män med alkoholproblem hade sänkt arbetsförmåga mätt som t.ex. ogiltig frånvaro eller maskning på arbetet. Beteenden som dessa kan vara viktiga att fånga upp för att kunna förebygga sjukfrånvaro och stödja en positiv hälsoutveckling hos individer med alkoholproblem. I den vetenskapliga litteratur vi gått igenom fann vi inga studier som specifikt kopplade samman ogiltig frånvaro, sänkt prestation och arbetsrelaterade problem med framtida sjukfrånvaro. Hypotetiskt skulle man kunna tänka sig att den här typen av arbetsrelaterade problem skulle kunna vara tidiga tecken på kommande långtidsfrånvaro från arbetet.

En särskild fråga gäller om anställda oftare är sjukskrivna dagen efter att de konsumerat alkohol. I en amerikansk studie fann man att sjukfrånvaron var högre dagen efter alkoholkonsumtion [7]. I den här litteraturöversikten ingår en svensk studie som undersökte om det fanns något samband mellan hög alkoholkonsumtion och specifika mönster av sjukfrånvaro [27]. Som framgått tidigare fann man inget sådant mönster i den svenska studien. Högkonsumenter var t.ex. inte oftare borta på måndagar eller fredagar jämfört med övriga veckodagar. Intressant att notera från den studien är att hälften av de som hade en positiv screening för alkoholproblem inte hade någon sjukfrånvaro alls under året. Det finns alltså variationer inom gruppen personer med alkoholproblem. Det innebär att det inte finns någon enkel förklaring till att personer med alkoholproblem har högre risk för sjukfrånvaro. Det finns studier om alkoholproblem på arbetsplatser, men det är få som på ett systematiskt och detaljerat sätt studerat sambanden med

sjukfrånvaro. Det behövs fler studier som har relevanta och bra mått på sjukfrånvaro och analyser av densamma.

Vi fann inga studier om hur arbetsförmåga kan bedömas vid alkoholproblem. Detta är värt att notera mot bakgrund av det försäkringsmedicinska beslutsstödet som utvecklats i Sverige [32]. Grundtanken med det försäkringsmedicinska beslutsstödet är att sjukskrivning ska baseras på vetenskaplig kunskap i så hög utsträckning som möjligt. I vår litteraturgenomgång fann vi dock ingen studie som skulle kunna användas som stöd för bedömningar av arbetsförmåga vid alkoholproblem och därmed sammanhängande rekommendation om sjukskrivningslängd.

4.3.1 Implikationer för prevention, sjukskrivningspraxis och policy

En rimlig implikation av att det finns så få studier inom det här området är att det behövs en satsning på forskning och utvärdering. Som framgick av kapitel 3, avsnitt 4.2 finns det ett samband mellan alkoholproblem och ökad risk för sjukfrånvaro. Vad som orsakar detta samband mer i detalj är inte klarlagt och här behövs mer forskning. Det finns en rad sjukdomar och beteenden som följer med alkoholproblem, vilka kan påverka arbetsförmåga och arbetsprestationer. Emellertid är det oklart hur samspelet mellan dessa sjukdomar och beteenden, samt närvaron respektive frånvaron från arbetet samverkar i processen mot ökade eller minskade alkoholproblem. Det behövs mer detaljerad kunskap om hur alkoholproblemen påverkar kognitiva förmågor som koncentration, minne och problemlösningsförmåga. Det behövs också mer kunskap om hur alkoholproblem och de kognitiva förmågorna påverkas och påverkas av psykiska problem. Psykiska problem är mycket vanliga vid alkoholproblem. Det är troligt att samspelet mellan alkoholproblem, psykiska problem och kognitiva förmågor både är komplext och påverkar arbetsförmågan. Det finns i dag mycket lite forskning om det här samspelet, och därmed heller inte någon vetenskaplig grund för rekommendationer.

4.4 Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och återgång till arbete

Vi fann inga studier om hur alkoholkonsumtion och alkoholproblem påverkar återgång till arbete efter en sjukskrivning. Är det så att personer med alkoholproblem i högre grad än andra riskerar att bli långtidssjukskrivna för att alkoholproblemen inte uppmärksammas i processen återgång till arbete? I en studie bland svenska kvinnor fann man att kvinnor som hade antingen en eller båda diagnoserna alkoholberoende och alkoholmissbruk, hade högst antal sjukskrivningsdagar under ett år [34]. Forskare har framhållit att diagnoserna alkoholberoende eller alkoholproblem sällan framgår av det medicinska underlaget för bedömning av rätt till sjukpenning. Att alkoholrelaterade diagnoser inte framgår på det medicinska underlaget kan antingen bero på att sjukskrivande läkare inte känner till problemen eller att läkaren väljer att inte skriva ut diagnosen av hänsyn till patienten [29]. I en studie av handläggare vid Försäkringskassan framkom det att alkoholproblem inte diskuterades öppet under rehabiliteringen. Handläggarna beskrev detta som ett problem och ett hinder i rehabiliteringen [35]. Dessa studier och frånvaron av forskning om alkoholens roll i rehabilitering och processen återgång till arbete visar på en stor kunskapslucka. Långa sjukfall svarar för en relativt stor andel av kostnaderna för sjukfrånvaron i Sverige. I vilken utsträckning alkoholproblem inte uppmärksammas och därmed bidrar till sjukskrivningsfallens längd återstår att studera.

4.5 Implikationer för prevention, sjukskrivningspraxis och policy

I likhet med föregående stycke är den rimliga slutsatsen att det behövs mer systematisk kunskap om hur alkoholproblem påverkar återgång till arbete efter sjukfrånvaro. Sådan kunskap kan ligga till grund för rekommendationer för prevention, sjukskrivningspraxis och policy.

4.6 Skillnader i olika befolkningsgrupper

Det är väl känt att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män. Sjukfrånvaron varierar även mellan olika åldersgrupper och olika yrken. Sådana skillnader kan bero på faktorer som inte går att påverka i någon större utsträckning som t.ex. det biologiska åldrandet. Skillnaderna kan emellertid också bero på faktorer som går att påverka. Att minska påverkbara skillnader i ohälsa är ett folkhälsopolitiskt mål. Systematisk kunskap om orsaker till exempelvis könsskillnader i ohälsa är alltså viktiga ur ett preventions-, praxis och policyperspektiv. I denna litteraturöversikt kunde vi framför allt studera könsskillnader. Det fanns inget samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro bland vare sig kvinnor eller män. Fynden från de olika studierna var motstridiga. Den slutsats vi drog om sambandet mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro baserar sig på samtliga studier, vilka totalt sett var för få för att vi skulle kunna dra separata slutsatser om könsskillnader.

Övriga skillnader mellan befolkningsgrupper var inte möjligt att studera. Det berodde på att endast enstaka studier delade upp sina fynd mellan t.ex. olika sociala och etniska grupper i befolkningen. Vi fann inte heller några studier som specifikt behandlade ålder som särskild faktor. Alkoholkonsumtionen är högre i yngre åldersgrupper och risken att marginaliseras från arbetslivet är störst bland de yngre. En del av de som marginaliseras tidigt kommer inte att återfinnas i statistiken över sjukfrånvaro eftersom de inte kvalificerar sig för arbete eller för sjukpenninggrundande inkomst. Upmark [29] fann att tidiga psykiska och sociala problem ökade risken för tidiga förtidspensioner. Unga med psykiska problem, som ställs utanför arbetslivet tidigt, är en grupp som har en negativ utveckling av hälsa, livskvalitet och ekonomi. Det vore värdefullt med en särskild studie om tidig marginalisering från arbetslivet via sjukfrånvaro i yngre åldersgrupper. En ung person som får sjukersättning kommer troligen att ha ersättningen under en stor del av sitt liv. Det innebär att även om det är relativt få individer som får sjukersättning tidigt i livet, så kan utgifterna inom socialförsäkringen bli avsevärda eftersom ersättningen utbetalas under lång tid. För individens livskvalitet och sociala situation är arbetet med dess positiva effekter för ekonomi, socialt nätverk och meningsfullhet väsentligt, så mer kunskap om hur man kan undvika

tidig marginalisering från arbetslivet på grund av alkoholproblem skulle vara av stort värde.

4.6.1 Implikationer för prevention, sjukskrivningspraxis och policy

Baserat på den aktuella litteraturöversikten kan inga slutsatser dras om implikationer för andra grupper än män och kvinnor.

4.7 Metoddiskussion

Jämfört med SBU-rapporten 2003 fann vi betydligt fler studier med måttlig kvalitet och longitudinell, prospektiv design. Det skulle kunna tyda på att kvaliteten på studierna inom området förbättrats. I likhet med SBU-rapporten fanns det emellertid stora skillnader mellan studierna i hur man mätte alkoholkonsumtion respektive sjukfrånvaro. De olika sätten att mäta försvårar jämförelser mellan studier från olika länder, vilket med avseende på sjukfrånvaro redan är problematisk eftersom sjukförsäkringssystemets utformning i hög grad påverkar sjukfrånvarons omfattning.

För att undvika att missa relevanta studier valde vi att söka i flera olika databaser. Vi sökte inget material utanför vetenskapligt granskade artiklar eftersom detta inte ingick i uppdraget. I vår litteratursökning valde vi samma sökord som användes i den tidigare SBU-rapporten där så var möjligt. För de begrepp som inte användes i SBU-rapporten, t.ex. arbetsförmåga och återgång till arbete, valde vi att använda de MeSH-termer som omfattade våra begrepp. För att ringa in så många studier som möjligt varierade vi MeSH-termerna med synonymer eller liknande begrepp. Trots detta finns alltid risken att man missar någon relevant studie.

En metodologisk svårighet har varit att de olika studierna innehöll så olika mått, både avseende sjukfrånvaro, arbetsförmåga, alkoholkonsumtion och alkoholproblem. Med mycket strikta krav på att endast studier som använder identiska mått kan jämföras blir underlaget för bedömning av evidens nästan obefintligt. Med ett alltför generöst synsätt riskerar man å andra sidan att "jämföra äpplen med päron". Vi har valt relativt strikta krav på likhet i måtten, men i jämförelse med den tidigare SBU-rapporten har vi varit något mer generösa. Skälet var att kunna inkludera fler studier

eftersom det totalt sett finns så få studier inom det här forskningsområdet. Vi har dock inte inkluderat studier gjorda före 1999. Det innebär att eventuella studier som exkluderades i SBU-rapporten på grund av att de inte hade ett strikt sjukfrånvaromått inte heller inkluderades i vår litteraturöversikt. Vi inkluderade inte heller studier som bara behandlade frånvaro utan någon koppling till medicinska eller hälsomässiga orsaker.

4.8 En systematisk litteraturöversikt – men vet vi mer?

En systematisk litteraturöversikt är ett bra redskap för både forskare och praktiker inom olika områden. Genom litteraturöversikten finkammar forskare med kompetens inom forskningsområdet den aktuella forskningslitteraturen som finns. Det ger en bra överblick att få kunskapsläget samlat. Å andra sidan kan bilden uppfattas som splittrad genom att studierna genomförts i olika länder och i olika typer av urval. I vissa studier ingår endast kvinnor och i andra är det kanske bara en viss yrkesgrupp. Vi vet ändå mer efter den här litteraturöversikten. Det finns vetenskaplig evidens för att alkoholproblem ökar risken för sjukfrånvaro och därmed finns det en bra grund för att utveckla ett mer effektivt sätt att arbeta med alkoholproblem inom ramen för sjukförsäkringen. Vi vet också att det i stort sett saknas forskning om orsakerna till att människor med alkoholproblem har den högre risken för sjukfrånvaro. Detta är också litteraturöversiktens styrka. Den visar tydligt var forskningsluckorna finns.

5 Slutsatser

Den viktigaste slutsatsen från den här litteraturöversikten är tyvärr att det vetenskapliga underlaget fortfarande är svagt. Det finns för det första få studier som analyserar både alkoholkonsumtion respektive alkoholproblem och något av de utfall vi varit intresserade av, dvs. sjukfrånvaro, arbetsförmåga och återgång till arbete. För det andra är många av studierna som gjorts designade på ett sådant sätt att det finns brister, antingen med avseende på hur man mätt alkoholkonsumtion eller alkoholproblem, eller med avseende på hur man mätt sjukfrånvaro, arbetsförmåga eller återgång till arbete.

En slutsats vi kan dra utifrån litteraturöversikten är att det finns ett otillräckligt vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro. Resultaten i de studier vi granskat är motstridiga. Vi kan däremot konstatera att det finns ett begränsat vetenskapligt stöd för ett samband mellan alkoholproblem och sjukfrånvaro. En ytterligare slutsats är att det saknas vetenskapligt baserad kunskap om alkoholens betydelse för arbetsförmåga och återgång till arbete. Det saknas nämligen forskning om alkoholkonsumtion, alkoholproblem och arbetsförmåga. Därmed saknas det dessutom en vetenskaplig grund för rekommendationer i försäkringsmedicinska beslutsstöd vad gäller sjukskrivning vid alkoholproblem.

En litteraturöversikt har sin styrka i att den finkammar ett forskningsområde på ett systematiskt sätt och därmed kan den fungera som underlag för rekommendationer för evidensbaserad prevention, praxis och policy. Med den här litteraturöversikten som grund är den viktigaste slutsatsen att insatser för att tidigt identifiera individer alkoholproblem både kan minska antalet sjukfall och dessutom bidra till att minska sjukfallens längd. Det finns effektiva metoder för tidig intervention och kunskap om sådana metoder bör spridas. Sådan kunskap kan bidra till en framtida god

handläggning inom hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, arbetsgivare och andra aktörer. För att utveckla evidensbaserade försäkringsmedicinska riktlinjer behövs mer forskning och i synnerhet forskning som på ett mer detaljerat sätt kan följa processen från riskkonsumtion av alkohol till fullt nedsatt arbetsförmåga på grund av alkoholproblem. Sådana studier kan utgöra underlag för att förbättra vård- och rehabiliteringskedjor genom att identifiera vilken del av länken som behöver förstärkas. Vår förhoppning är att också den här litteraturöversikten kan tjäna som utgångspunkt för en diskussion om förbättringsarbete och därmed bidra till ett gott och professionellt stöd för individer med alkoholproblem.

Författarpresentation

Presentation av författarna

Gunnel Hensing är professor i socialmedicin vid Enheten för socialmedicin, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Hennes specialområde är forskning om sjukfrånvaro, psykisk hälsa och alkohol, och inom vilket hon publicerat ett flertal vetenskapliga artiklar inom dessa områden. Hon leder för närvarande ett longitudinellt forskningsprojekt med syfte att undersöka hälsoresurser bland nyligen sjukskrivna. Två andra pågående projekt handlar om arbetsförmåga vid depressions- och ångestsjukdomar och om sjukskrivna kvinnors hälsolitteracitet, dvs. förmågan att inhämta, förstå och använda information om hälsa. Gunnel Hensing medverkade i expertgruppen som genomförde den systematiska vetenskapliga kunskapsöversikten vid SBU om sjukfrånvarons orsaker, konsekvenser och praxis. Hon granskade den då publicerade vetenskapliga litteraturen om alkoholkonsumtion respektive alkoholproblem och samband med sjukfrånvaro och/eller förtidspension. Gunnel Hensing leder dessutom en forskargrupp kring genusbaserad ojämlikhet i hälsa och social trygghet (GendiQ), och är ledamot i den vetenskapliga kommittén i *Section of Social Security and Health* inom *the European Public Health Association*.

Fredrik Spak är docent och universitetslektor i socialmedicin och överläkare med specialistkompetens i socialmedicin och psykiatri vid Enheten för socialmedicin, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Hans forskningsområden är epidemiologi, framför allt avseende kvinnors alkoholproblem, implementering av sekundärprevention på alkoholområdet, både i primärvård och i företagshälsovård, studier av användning av den Nordafrikanska

drogen Kat i Sverige samt utvärderingar av preventionsprogram inom alkoholområdet.

Eva-Lisa Petersson är medicine doktor och legitimerad arbetsterapeut. Hennes avhandling handlade om finansiell samverkan baserad på en utvärdering av vårdssamverkan mellan primärvård, försäkringskassa och socialtjänst. Hon arbetar för närvarande som forskare vid Enheten för socialmedicin, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet och som handledare och utbildare vid Forsknings-, utvecklings- och utbildningsenheten vid Göteborgs primärvård. Hon bedriver forskning inom det försäkringsmedicinska fältet med studier inriktade mot "återgång till arbete" efter långtidssjukskrivning och bedömning av arbetsförmåga vid depressions- och ångestsjukdomar.

Gunnel Östlund är medicine doktor, fil mag i psykologi och universitetslektor i socialt arbete. Hon har lång erfarenhet av att arbeta med behandling av personer med alkoholmissbruk. År 2002 disputerade hon på en avhandling om psykosocial rehabilitering och återgång i arbete efter rygg-, nack- och skulderdiagnoser. Gunnel Östlund arbetar för närvarande på Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier vid Linköpings universitet. Hennes forskning är inriktad mot arbetsliv, vardagsliv och rehabilitering. Hon har bl.a. intresserat sig för erfarenheter av kronisk sjukdom bland patienter och deras anhöriga.

Referenser

- [1] Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen. Stockholm; 2009.
- [2] Babor T, Caetano R, Casswell S, et. al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. Oxford: Oxford University Press 2003.
- [3] Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
- [4] World Health Report – reducing risks, promoting healthy life. WHO, Geneva; 2002.
- [5] Andréasson S, Allebeck P. Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2005.
- [6] Observer, Maxwell. A study of absenteeism, accidents and sickness payments in problem drinkers in one industry. Journal of Study of Alcohol. 1959;20:302-12.
- [7] McFarlin SK, Fals-Stewart W. Workplace absenteeism and alcohol use: a sequential analysis. Psychol Addict Behav. 2002;16(1):17–21.
- [8] Hemmingsson T, Lundberg I, Romelsjo A, Alfredsson L. Alcoholism in social classes and occupations in Sweden. Int J epidemiology. 1997;26(3):584-91.
- [9] Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. SBU: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Stockholm; 2003.
- [10] Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Socialdepartementet. Stockholm; SOU:2008:66.
- [11] Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga. Regeringskansliet SOU 2009:89. Stockholm; 2009.

- [12] Bjerre B, Marques P, Selen J, Thorsson U. A Swedish alcohol ignition interlock programme for drink-drivers: effects on hospital care utilization and sick leave. *Addiction*. 2007;102(4):560-70.
- [13] Morikawa Y, Martikainen P, Head J, Marmot M, Ishizaki M, Nakagawa H. A comparison of socio-economic differences in long-term sickness absence in a Japanese cohort and a British cohort of employed men. *Eur J Public Health*. 2004 Dec;14(4):413-6.
- [14] Christensen KB, Lund T, Labriola M, Bultmann U, Villadsen E. The impact of health behaviour on long term sickness absence: results from DWECS/DREAM. *Industrial health*. 2007 Apr;45(2):348-51.
- [15] Moore S, Grunberg L, Greenberg E. The relationships between alcohol problems and well-being, work attitudes, and performance: are they monotonic? *J Subst Abuse*. 2000;11(2):183-204.
- [16] Voss M, Floderus B, Diderichsen F. How do job characteristics, family situation, domestic work, and lifestyle factors relate to sickness absence? A study based on Sweden Post. *J occup Environmental Medicine*. 2004 Nov;46(11):1134-43.
- [17] Roche AM, Pidd K, Berry JG, Harrison JE. Workers' drinking patterns: the impact on absenteeism in the Australian workplace. *Addiction*. 2008 May;103(5):738-48.
- [18] Cunradi CB, Greiner BA, Ragland DR, Fisher J. Alcohol, stress-related factors, and short-term absenteeism among urban transit operators. *J Urban Health*. 2005 Mar;82(1):43-57.
- [19] Mangione TW, Howland J, Amick B, Cote J, Lee M, Bell N, et al. Employee drinking practices and work performance. *J Studies on Alcohol*. 1999 Mar;60(2):261-70.
- [20] Vahtera J, Poikolainen K, Kivimaki M, Ala-Mursula L, Pentti J. Alcohol intake and sickness absence: a curvilinear relation. *Am J Epidemiol*. 2002 Nov 15;156(10):969-76.
- [21] Johansson E, Bockerman P, Uutela A. Alcohol consumption and sickness absence: evidence from micro data. *Eur J Public Health*. 2009 Jan;19(1):19-22.

- [22] Kivimaki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Rasanen K, Toyry S, et al. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occupational and Environmental Medicine*. 2001 Jun;58(6):361-6.
- [23] Norstrom T. Per capita alcohol consumption and sickness absence. *Addiction (Abingdon, England)*. 2006;101:1421-7.
- [24] Richmond RL, Kehoe L, Hailstone S, Wodak A, Uebel-Yan M. Quantitative and qualitative evaluations of brief interventions to change excessive drinking, smoking and stress in the police force. *Addiction*. 1999 Oct;94(10):1509-21.
- [25] Bendtsen P, Hensing G, Alexanderson K. Self-perceived excessive alcohol consumption among employed women: association with health and psychosocial factors. *Addictive Behaviours*. 2003 Jun;28(4):777-83.
- [26] Tomasson K, Gunnarsdottir H, Rafnsdottir G, Helgadottir B. Correlates of probable alcohol abuse among women working in nursing homes. *Scand J Public Health*. 2004;32(1):47-52.
- [27] Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A, Ronnberg S. The Alcohol Use Disorders Identification Test and carbohydrate-deficient transferrin in alcohol-related sickness absence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002 Jan;26(1):28-35.
- [28] Hensing G, Spak F. Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses. A general population-based study. *Br J Psychiatry*. 1998 Mar;172:250-6.
- [29] Upmark M. Alcohol, sickness absence and disability pension – a study in the field of disease, ill health, psychosocial factors and medicalisation. Stockholm: Divisionen för Socialmedicin, Karolinska Institutet; 1999.
- [30] Jakobsson A, Hensing G, Spak F. Developing a willingness to change: treatment-seeking processes for people with alcohol problems. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2005 Mar-Apr;40(2):118-23.
- [31] DeMarinis V, Scheffel-Birath C, Hansagi H. Cultural analysis as a perspective for gender-informed alcohol treatment research in a Swedish context. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2009 Nov-Dec;44(6):615-9.

- [32] Beslutsstöd i form av försäkringsmedicinska riktlinjer. En del av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Socialstyrelsen. Stockholm; 2006.
- [33] Babor. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. Oxford: Oxford University Press 2003.
- [34] Hensing G, Andersson L, Brage S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Med.* 2006;4:19.
- [35] Hensing G, Spak F, Alexanderson K, Allebeck P. Sick-leave among women and the role of psychiatric disorder. *Scand J Soc Med.* 1997 Sep;25(3):185-92.
- [36] Berglund M, et. al. Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Liber. Kristianstad; 2000.
- [37] Dawson DA, Li TK, Grant BF. A prospective study of risk drinking: at risk for what? *Drug and Alcohol Dependence.* 2008 May 1;95(1-2):62-72.
- [38] SBU. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2007.
- [39] US dept of health and human services. Alcohol and the Brain; Neurotoxicity and Neurobehaviour. 2000.
- [40] Fein G, Bachman L, Fisher S, Davenport L. Cognitive impairments in abstinent alcoholics. *West J Med.* 1990 May; 152(5):531-7.
- [41] Townshend JM, Duka T. Binge drinking, cognitive performance and mood in a population of young social drinkers. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005 Mar;29(3):317-25.
- [42] Prat G, Adan A, Perez-Pamies M, Sanchez-Turet M. Neurocognitive effects of alcohol hangover. *Addictive Behaviors.* 2008 Jan;33(1):15-23.
- [43] <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/skadligtbrukavalkohol-f101,alk>.

Kommittédirektiv



Socialt råd

**Dir.
2007:161**

Beslut vid regeringssammanträde den 29 november 2007

Sammanfattning av uppdraget

Ett råd bestående av forskare ska tillkallas med uppdrag att belysa relevanta forskningsrön inom det sociala området. Rådet ska agera som rådgivare till regeringen i hälso- och sjukvårdsfrågor och i sociala frågor samt förse regeringen med relevant kunskap för utformningen av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets områden.

Arbetet ska redovisas dels i en årlig rapport, dels vid återkommande möten med ansvariga statsråd och tjänstemän vid Regeringskansliet.

Behovet av ett socialt råd

Det svenska samhället står inför ett flertal utmaningar. Det stora utanförskapet och en åldrande befolkning sätter bl.a. socialförsäkringssystemen, hälso- och sjukvården och äldreomsorgen under finansiell press. Samtidigt ökar möjligheterna till att leva ett längre liv i hälsa för en stor del av befolkningen. För att möta dessa utmaningar krävs en effektiv och evidensbaserad politik. Aktuella forsknings- och utredningsresultat med relevans för utformning av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets område behöver tas tillvara på ett mer effektivt sätt än i dag. Flertalet myndigheter inom det sociala området följer i dag forskningen inom respektive ansvarsområde. Det finns dock ett behov av att få en samlad syn på aktuella frågor som är bredare än någon myndighets verksamhetsområde. Genom att ha kontakt med välmeriterade forskare, verksamma inom det sociala området, kan man främja

utformningen av en samlad evidensbaserad politik för det sociala området.

Uppdraget

För att på ett mer effektivt sätt än i dag ta till vara aktuell kunskap, såsom nya forskningsrön på det sociala området, och främja utbytet mellan forskning och politik ska ett råd med välmeriterade forskare tillsättas av regeringen. Utöver dessa adjungeras generaldirektörerna för Försäkringskassan och Socialstyrelsen till rådet. Rådets uppgift är att bidra till att bredda och fördjupa underlaget för framtida socialpolitiska avgöranden. Rådets verksamhet delas in i två huvudområden:

- Att vara rådgivare till regeringen i frågor inom det sociala området.
- Att förse regeringen med relevant kunskap för utformning av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets områden.

Rådet ska redovisa relevant och aktuell kunskap baserad på bl.a. svenska och internationella forskningsrön inom det sociala området. Rådet ska identifiera utvecklingstendenser och viktiga faktorer som har betydelse för välfärdssektorns funktion och utveckling. Rådet ska även agera rådgivare åt och lämna rekommendationer till regeringen i långsiktiga strategiska frågor.

Rådet ska i sitt arbete samråda med berörda aktörer och utredningar som har relevans för rådets uppdrag.

Det står rådet fritt att utarbeta arbetsformer och innehåll på ett sådant sätt som rådet bäst anser fylla syftet med uppdraget.

Redovisning av uppdraget

I uppdraget ingår att löpande ge råd och information åt regeringen. Detta ska ske på följande sätt:

- Möten med ansvariga statsråd minst två gånger per år. Respektive statsråd och rådet väljer ämne varannan gång. Diskussionerna inleds med förberedda inlägg från rådets medlemmar.
- Regelbundna möten med berörda tjänstemän vid Regeringskansliet.

En gång per år ska rådet lämna en rapport till regeringen med en redogörelse för den verksamhet som rådet har bedrivit under året. Därutöver är rådet oförhindrat att lämna rapporter i valfria frågor.

Rådets uppdrag omfattar perioden från den 1 januari 2008 till och med den 31 december 2010. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2010.

(Socialdepartementet)

Bedömning av arbetsförmåga vid alkoholrelaterade tillstånd

Fredrik Spak

Nedsatt arbetsförmåga i samband med alkoholrelaterade tillstånd måste bedömas utifrån flera faktorer som påverkar arbetsförmågan. Denna kan nedsättas av de symptom en person har, men också påverkas av behovet av rehabilitering, t.ex. om vården innebär långvarig behandling på klinik eller behandlingshem. De faktorer som man bör väga in i sin bedömning är

- tillståndets svårighetsgrad,
- patientens diagnos,
- kroppsliga följsjukdomar,
- psykiska följsjukdomar,
- de krav en behandling ställer, behov av kliniska och sociala åtgärder för att upprätthålla varaktig nykterhet och god funktionsförmåga,
- kognitiv förmåga

En mer utförlig genomgång av detta finns i Socialstyrelsens diagnosspecifika beslutsstöd för sjukskrivning [43].

Tillståndets svårighetsgrad

Tillståndens svårighetsgrad varierar väldigt mycket och måste bedömas utöver vilken diagnos personen har.

Patientens diagnos

För att kunna tolka betydelsen av diagnoser inom psykiatri, är det viktigt att känna till att dessa diagnoser generellt förklarar väldigt lite av behandlingsutfallet. De har därför hittills inte kunnat läggas till grund för sjukvårdens ekonomiska ersättningssystem. För att råda bot på detta problem tillämpar man inom det psykiatriska diagnostiska systemet DSM (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders) ett system som beskriver patientens tillstånd på flera olika sätt (s.k. multi-axialt). Man tar med fem faktorer, vilka kallas axlar, för att beskriva och bedöma tillståndet. Axel 1 är själva diagnosen. Axel 2 anger om patienten har en personlighetsstörning. Axel 3 anger om patienten har en somatisk (kroppslig) sjukdom. Axel 4 anger en bedömning av "tyngden" av utlösande psykosociala orsaksfaktorer t.ex. om patienten just har mist en nära anhörig eller förlorat sitt arbete. Axel 5 är en sammanfattande skattning av svårighetsgraden av symptom och hur påverkad den sociala funktionsförmågan är. Vid bedömning av svårighet och problematik kring alkoholmissbruk alternativt alkoholberoende skattas tillstånden ofta med instrument, t.ex. AVI (Alkoholvaneinventoriet) [36]. Nedan uppdelas diagnoserna i bakrus, akut abstinens, riskbruk, missbruk/skadligt bruk samt beroende. Begreppen missbruk och skadligt bruk är lite snåriga. DSM-systemet, som nämndes ovan, innehåller en diagnos som kallas missbruk (abuse på engelska) och som omfattar somatiska psykiska och sociala kriterier, medan ICD-systemet (International Classification of Disorders) har en diagnos som kallas harmful use på engelska eller skadligt bruk på svenska. Denna diagnos omfattar somatiska och psykiska symptom, men inte sociala. I svensk sjukvård anges statistiken enligt ICD-systemet men flera kliniker arbetar internt också med DSM-systemet. För att kunna bedöma vetenskapliga resultat måste man känna till båda systemen.

Vid *bakrus* kan patientens mentala funktioner påverkas i upp till tre dagar, men detta tillstånd räknas inte som en sjukdom och är således ingen giltig grund för sjukfrånvaro.

Akut abstinens går vanligen över inom 5 dagar, men kan i vissa fall ta längre tid. Upprepade abstinensperioder kan leda till en mer varaktig nedsättning av kognitiva funktioner, vilket kan medföra en försämring av komplexa kognitiva funktioner, t.ex. planeringsförmåga. Dessutom kan minnesretention (lagring av minnen) försämrats, vilket leder till försämrade omställnings- och inlärningsförmåga. Detta kan fastställas med neuropsykologiska test. Efter som verbal förmåga ofta är helt intakt kan vårdgivare lätt missa nedsättning av andra kognitiva funktioner om inte test utförs.

Det finns två typer av definitioner av *riskbruk av alkohol*. Den ena definitionen baseras på konsumtionsmätt och den andra på konsumtion i kombination med tidigt uppträdande symptom. Ingen definition har nått internationell acceptans. Det vanligaste förekommande svenska måttet uttrycks i formeln 14,9,5,4. [5]. Talen anger antalet glas konsumerad alkohol (etanol), oavsett sort, som innehåller 12 gram. En flaska rödvin motsvarar drygt 60 gr etanol. Riskkonsumtion föreligger enligt denna formel när veckokonsumtionen överstiger 14 glas per vecka för män och 9 för kvinnor. Riskkonsumtion föreligger även när alkoholintaget vid ett konsumtionstillfälle motsvarar minst 5 glas för män och 4 för kvinnor.

När riskbruksbegreppet enbart kopplas till dessa dryckesmätt, utan att det föreligger kända problem, finns heller ingen nedsättning av arbetsförmågan utöver den som följer av berusning. Den alternativa definitionen av riskbruk är att man har en till mängden opreciserad riskabel alkoholkonsumtion samt har vissa symptom men ändå inte uppfyller kriterierna för en missbruks- eller beroendediagnos. Inte heller med den senare definitionen av riskbruk lär nedsättning av arbetsförmågan vara aktuell. (I detta senare fall överlappar definitionen med diagnosen missbruk enligt DSM, eftersom missbruk då definieras som en avvikande alkoholkonsumtion i förening med sociala problem, t.ex. arbetsrelaterade problem.)

Arbetsrelaterade problem kan t.o.m. förekomma rätt tidigt i problemutvecklingen[37]. I vissa fall skulle denna nedsatta arbetsförmåga kunna bero på nedsatt kognitiv förmåga och därmed ha sjukdomskaraktär, men det är troligare att dessa arbetsrelaterade problem inte alls behöver ligga till grund för giltig sjukfrånvaro. Sammanfattningsvis innebär detta att arbetsförmågan vid riskbruk endast i undantagsfall påverkas på ett sådant sätt att sjukfrånvaro kan vara indicerat.

Vad gäller tillstånden *missbruk* (DSM) alternativt *skadligt bruk* (ICD) av alkohol är dessa ofta av låg svårighetsgrad. Nedsatt arbetsförmåga bör då inte vara aktuell. Vid upprepade episoder av dessa tillstånd ökar dock risken för långtidspåverkan av kognitiva funktioner. Såsom har beskrivits ovan, fastställs nedsatt kognitiv funktion bäst med neuropsykologiska test. Varaktigheten av den kognitiva nedsättningen är vid just dessa diagnoser oftast kort, och patienten blir bra några dagar eller veckor efter avslutat missbruk. Behandlingen av missbrukstillståndet kan vanligen klaras av med högst 10 behandlingsomgångar vid lättare svårighetsgrad.

Störningar i arbetslivet kan förekomma som följd av missbruket. Berusning, bakrus och följdfeomen såsom depressivitet och sömnstörningar kan påverka en individs arbetsförmåga. I dessa fall får det göras en individuell bedömning av påverkan på arbetsförmågan. I allmänhet bör dessa tillstånd inte påverka individens arbetsförmåga mer än dagar eller enstaka veckor. Om behandling sker polikliniskt, vilket är rimligt i dessa fall, bör inte sjukskrivning pga. nedsatt arbetsförmåga behöva vara mer än högst enstaka veckor.

Eftersom det svåra för en missbrukare är att avstå från att dricka, är det ofta en fördel om de har en sysselsättning, vilket kan minska risken för återfall. Detta är ett av skälen att sjukskrivning vid missbruk ofta sker retroaktivt mot uppvisande av nykterhet. Denna typ av sjukskrivning medför samtidigt ett etiskt dilemma när det verkligen föreligger en nedsatt arbetsförmåga. Ett av de främsta målen vid behandling för alkoholmissbruk eller alkoholberoende är att förbättra patientens tilltro till sin egen förmåga att klara en nödvändig förändring av livsstilen. Att behöva återgå i arbete om man har försämrade förmåga att klara det kan knappast vara förenligt med målet att förbättra självtilliten (self-efficacy), vilket är ett centralt mål i behandlingen av missbruk.

Vissa tillstånd av skadligt bruk (enligt ICD) har vid forskning visat sig vara tillstånd med hög svårighetsgrad. Detta hänger samman med att man vid skadligt bruk enbart inkluderar medicinska och psykologiska följder av missbruk (inte sociala), samt att framför allt somatiska skador oftast uppträder först efter en längre tids överkonsumtion av alkohol.

Beroende är det vanligaste skälet till sjukskrivning i denna patientgrupp. Även för denna diagnos gäller att svårighetsgraden varierar väldigt mycket. Bedömning av nedsatt arbetsförmåga måste därför göras strikt individuellt. Det är väl belagt att många fall kan

avslutas utan att det behöver medföra någon nämnvärd störning av arbetsförmågan. Men det finns också ytterst svåra och långvariga tillstånd. Svåra abstinensstillstånd med nedsättning av kognitiv förmåga kan exempelvis föreligga ett par månader efter uppnådd nykterhet och vid riktigt allvarliga fall kan skadorna få permanent karaktär. Tillstånden kan vara svåra att bedöma och därför bör funktionsförmågan testas.

Kroppsliga följsjukdomar

I de fall där kroppsliga följsjukdomar föreligger bör graden av nedsatt arbetsförmåga bedömas både med avseende på alkoholmissbruk respektive alkoholberoende men också med avseende på den kroppsliga skada eller påverkan som följsjukdomen innebär.

Psykiatriska följsjukdomar samt psykiatrisk samsjuklighet

För patienter med psykiatriska följsjukdomar samt psykiatrisk samsjuklighet bedöms graden av nedsatt arbets- och funktionsförmåga både i förhållande till alkoholdiagnosen och till den psykiatriska sjukdomen.

Krav som behandlingen samt rehabilitering ställer på sjukskrivning

Nedsättning av arbetsförmågan i samband med alkoholtillstånd beror på nedsatt kognitiv förmåga, kroppslig och psykisk allmänpåverkan, behov av vård och stödåtgärder för att ändra missbruksbeteendet samt behov av vård och stödåtgärder för att förhindra återfall. Återfall är vanliga i en rehabiliteringsprocess. Man talar i vissa fall om en förlängd abstinens, vilket innebär att suget efter alkohol kan bli mycket svårt även lång tid (månader och år) efter att missbruket upphört. Det är mycket svårt att förutsäga vilken typ av behandling som passar bäst för en enskild individ [38]. Därför måste vårdgivare vara beredda att ändra behandlingsstrategi och i vissa fall förlänga vården. Dessa faktorer kan, men behöver inte, påverka arbetsförmågan så mycket att sjukskrivning kan bli nödvändig. Därmed är en individuell prövning nödvändig.

Behandlingsriktlinjerna ger stöd för att det i lättare fall inte finns evidens för att ge långvarig behandling jämfört med kortvarig behandling (SBU 2001). Vid svåra tillstånd har det dock visat att mera långvariga behandlingar varit mer effektiva. Behandlingsprogram är ofta några veckor eller en månad långa. Även ett program som CRA (Community Reinforcement Approach, svensk term saknas) som riktas mot personer med svårt missbruk, kan ofta genomföras på 6–8 veckor. Efter så lång tid brukar också de kognitiva störningarna ha gått över. Det är dock felaktigt att ange bestämda tidsgränser eftersom svårighetsgraden av tillstånden och deras följdfeomen måste bedömas individuellt.

Vissa personer som har svårt missbruk/beroende har också en personlighetsstörning (axel 2 i DSM-systemet), Personlighets-tillstånden kan ha en mera permanent karaktär och kan leda till avsevärda störningar i arbetsförmågan. Återigen gäller individuell bedömning.

När intensiva vårdperioder (oavsett om dessa sker i sluten- eller öppenvårdsform) är avslutade krävs ofta en fortsatt, men mindre intensiv, vård för att upprätthålla fortsatt nykterhet. Det kan t.ex. gälla medicinering, att besöka vårdenheten för att uppvisa nykterhet eller att delta i AA-möten. Sådan vård bör kunna ske utan sjukskrivning. Vanligen har man i det skedet återfått full arbetsföga, åtminstone om den kognitiva funktionen är intakt (se nedan).

Alkohol och kognitiv funktionsnedsättning

Ett skäl till nedsatt arbetsförmåga i relation till alkoholkonsumtion är kognitiv funktionsnedsättning. Alkohol har en påverkan på kognition och det är av betydelse för arbetsförmågan hur genomgripande denna påverkan är och hur länge nedsättningen kvarstår efter avslutat bruk. I svåra fall av missbruk leder långvarig hög alkoholkonsumtion till en permanent hjärnskada med särskilt påtaglig påverkan på inlärning och senare fullständig demens [39]. I en amerikansk kongressrapport framgår det att skador på hjärnans framlob, orsakade av alkoholmissbruket, har en avgörande betydelse. Detta gäller inte minst den exekutiva kognitiva funktionen, vilken handlar om förmågan till komplexa mentala processer såsom uppmärksamhet, planering, organisation, abstraktion m.m. Dessa funktioner har förstås vital betydelse för att en individ ska kunna sköta ett arbete. Merparten av ovan nämnda rapport avhandlar

konsekvenserna av de svåraste formerna av alkoholproblem. Ett exempel på grav påverkan på hjärnan är t.ex. svåra hjärnskador såsom krympt hjärnmassa. Den här typen av svåra fall uppkommer endast efter mycket höga och långvariga alkoholintag.

Ett annat område gäller utvecklingen av den neurokognitiva funktionen efter avslutat drickande. Den perioden kan indelas i tre olika faser: [40].

1. den akuta avgiftningsperioden (de två första veckorna efter att drickandet avslutats),
2. den intermediära perioden (avgiftning t.o.m. två månader efter nykterhet) samt
3. förlängd abstinens (upp till fem år efter avslutat drickande).

Den första, akuta avgiftningsperioden är så präglad av abstinenssymtom att neuropsykologisk mätning av påverkan ofta är meningslös.

I den andra, den intermediära, perioden kvarstår påverkan på visuospatiala funktioner (förmågan att kunna tolka synintryck, t.ex. förmågan att bedöma avstånd) och förmåga till problemlösning. Inlärd verbal förmåga kan däremot vara intakt. Att den inlärd verbala förmågan är intakt kan leda till att bedömare missar en nedsatt arbets- och funktionsförmåga hos en individ. Detta gäller under hela den intermediära perioden och kan leda till att en individ riskerar att få för stora krav ställda på sig under sin rehabiliteringsperiod (idem). Slutligen förekommer långtidseffekter i form av nedsatt kognitiv förmåga (t.ex. rumsuppfattning eller vissa minnesfunktioner) kan kvarstå hos vissa individer i upp till fem år efter uppnådd abstinens. En del av dessa långtidseffekter kan vara skador som inte går att rehabilitera, dvs. skadan har blivit kronisk. Detta kan uppträda t.o.m. hos yngre personer.

För att förstå alkoholkonsumtionens effekter på arbetsförmågan är det också viktigt att ta ställning till om det finns effekter även i den lägre skalan av överkonsumtion än de som avhandlades ovan. Med lägre överkonsumtion avses här riskkonsumtion enligt ovan givna definition. Forskning visar att intensivkonsumtion, särskilt för unga, korrelerar med kognitiv nedsättning [41]. Detta förhållande kan vara korrelerat till att personer som haft flera abstinensperioder får en större nedsättning av den kognitiva funktionen (dvs. även abstinensperioden tycks vara skadlig). Det är

förstås svårt att värdera den långsiktiga betydelsen av ett sådant dryckesmönster, men författarna menar att det delvis rör sig om kvarstående effekter. Även bakrus ger neurokognitiva störningar men resultaten har varit motstridiga: de första studierna visade endast små effekter vilket författarna tolkar som att man först studerade alltför ”okomplicerade” kognitiva funktioner. Senare studier av mer komplexa funktioner har däremot visat att bakruset påverkar vissa specifika funktioner, särskilt förmågan att vara uppmärksam.[42].

Omplacering

Svårt missbruk eller beroende kan ge varaktiga hjärnskador, vilka i sin tur kan medföra nedsatt kognition; dels när det gäller högre komplexa funktioner (t.ex. problemlösning), dels i form av nedsatt närminne. Vid nedsatt kognitiv funktion kan tanken på att byta till ett ”enklare” arbete framstå som ett lämpligt rehabiliteringsalternativ. En av de vanliga kognitiva funktionsnedsättningarna är dock försämrad inlärningsförmåga. Om problem med inläring föreligger hjälper det inte alltid att byta till ett jobb av okomplicerad karaktär. Inlärningsmoment förekommer i de flesta arbeten i ett modernt arbetsliv och även ett nytt, om än okomplicerat arbete, skulle bli väsentligt svårare att hantera för en person med nedsatt inlärningsförmåga än vad det skulle vara för en person som inte har någon kognitiv funktionsnedsättning. Dessa funktionsnedsättningar är, som sagts ovan, ofta svåra att fastställa med de fysiologiska undersökningsmetoder som i dag står till buds (röntgen, magnetkameraundersökning m.m.), däremot kan störningarna ofta påvisas med neuropsykologiska test. Observera dock att kvarstående god verbal förmåga ibland leder till att tillstånden förbises.

Information om sökningar i databaser

Tabell 1. MeSh-termer och sökord för databassökningar i PubMed

Sökord från uppdragshandling	MeSh-termer som användes
Alcohol; problems, use, disorders, diagnoses, consumption, abuse, misuse, binge, episodic, heavy drinking, cage.	Alcohol drinking, drinking behaviour, alcohol-related disorders, alcoholism
Absenteeism, sickness absence, sick leave, sickness certification, invalid absence, employee benefits, disability evaluation, truancy, incapacity benefits, vocational training, withdrawal behaviour, turnover, tardiness.	Sick leave, absenteeism, disability evaluation, illness behaviour
Work less ness, work inability, work capacity, work incapacity,	Work capacity evaluation, workplace, workload, task performance and analysis
Fritextsökning, ej MeSh-term:	
Work performance, return to work, RTW, work resumption, work ability	

Tabell 2. Resultat från databassökning i Social Sciences Citation Index (SSCI) år 1999–2008

Databas	Sökord	Träffar	Granskade abstracts	Beställda artiklar
SSCI	alcohol*	23 253		
	alcohol* work*	2 520		
	alcohol* evaluation*	1359		
	alcohol* work* evaluation*	176	35	0
	alcohol* capacit*	235		
	alcohol* capacit* work*	59	16	0
	alcohol* sick*	126	55	8
	alcohol* work* sick*	57	39	5
	alcohol* leave*	100	29	4
	alcohol* employ*	1 329		
	alcohol* employ* leave*	23	18	3
	alcohol* employ benefits	2	2	0
	alcohol* absen*	640		
	alcohol* employ* absen*	65	35	5
	alcohol* absen* drink*	150	46	8
	alcohol* absenteeism	48	25	10
	alcohol* disabilit*	489		
	alcohol* disabilit* work*	82	21	4
	drinking sick-leave	10	5	3
	drinking absenteeism	20	12	6
Totalt		30 743	338	56

Tabell 3. Resultat från databassökning i PsychINFO år 1999–2008

Databas	Sökord	Träffar	Granskade abstract	Beställda artiklar
PsychINFO	alcohol	1 359		
	employment	192		
	alcohol and employment	0		
	evaluation	11 184		
	alcohol evaluation	23	8	0
	capacity	15 344		
	capacity and sick-leave	17		
	sick-leave	304		
	alcohol and sick-leave	1	1	0
	alcohol capacity sick-leave	0		
	drinking	2 311		
	labor	5 707		
	drinking and labor	10	7	1
	disability and labor	86		
	alcohol disability and labor	0		
	absenteeism	703		
	drinking and absenteeism	45		
	problem drinking and workplace	14		
	alcohol and absenteeism	4	1	1
	disability benefits	161		
	alcohol and disability benefits	0		
	disability	10 021		
	alcohol and disability	4	1	0
	occupation	4 511		
	alcohol and occupation	0		
	Totalt	52 001	18	2

Tabell 4. Resultat från databassökning med MeSh-termer, respektive fritextsökning i PubMed

Sökhistoria	Antal sökträffar
Alcohol drinking	37 450
Drinking behaviour	17 188
Alcohol related disorders	20 440
Alcoholism	13 075
Sick leave	1 792
Absenteeism	1 847
Disability evaluation	11 328
Illness behaviour	57
Work capacity evaluation	1 030
Workplace	2 586
Workload	10 458
Task performance and analysis	18 504
Fritextsökning	
Work performance	14 080
Return to work	3 809
RTW	141
Work resumption	199
Work ability	17 987
“Work ability”	399
Totalt	172 370

Tabell 5. Resultat från sökning med kombinationer av begrepp i PubMed

Sökhistoria	Antal sökträffar
Alcohol drinking AND Sick leave OR Absenteeism OR Disability evaluation OR Illness behaviour	13 545
Drinking behaviour AND Sick leave OR Absenteeism OR Disability evaluation OR Illness behaviour	11 800
Alcohol-related-disorders AND Sick leave OR Absenteeism OR Disability evaluation OR Illness behaviour	11 804
Alcoholism AND Sick leave OR Absenteeism OR Disability evaluation OR Illness behaviour	13 535
Sick leave AND Alcohol drinking OR Drinking behaviour OR Alcohol-related disorders OR Alcoholism	34 920
Totalt	85 604

Tabell 6. Granskade abstracts; via sökning med MeSh-termer i PubMed

Sökhistoria		Antal sökträffar
Alcohol drinking	Sick leave	16
AND	Absenteeism	24
	Disability evaluation	20
	Illness behaviour	0
	Work capacity evaluation	20
	Workplace	69
Drinking	Sick leave	16
behaviour AND	Absenteeism	22
	Disability evaluation	21
	Illness behaviour	0
	Work capacity evaluation	2
	Workplace	69
Alcohol-related-disorders AND	Sick leave	6
	Absenteeism	22
	Disability evaluation	39
	Illness behaviour	0
	Work capacity evaluation	6
	Workplace	43
Alcoholism AND	Sick leave	4
	Absenteeism	15
	Disability evaluation	33
	Illness behaviour	0
	Alcoholism* AND sick leave*	11
	Work capacity evaluation	5
	Workplace	33
Workload AND	Alcohol drinking	27
	Drinking behaviour	28
	Alcohol-related disorders	25
	Alcoholism	17
Totalt		593

Tabell 7. Granskade abstracts via fritextsökning i PubMed

Sökhistoria		Antal sökträffar
"Work performance" AND	Alcohol drinking	2
	Drinking behaviour	2
	Alcohol-related disorders	3
	Alcoholism	3
Work performance AND	Alcohol drinking	38
	Drinking behaviour	42
	Alcohol-related disorders	3
	Alcoholism	30
Return to work AND	Alcohol drinking	4
	Drinking behaviour	4
	Alcohol-related disorders	0
	Alcoholism	11
RTW	Inga träffar	
Work resumption	Inga träffar	
Work ability AND	Alcohol drinking	43
	Drinking behaviour	29
	Alcohol-related disorders	39
	Alcoholism	25
"Return to work" AND alcohol		26
Alcohol AND "sick leave"		68
Alcohol* AND sick leave*		70
Totalt		442

Mall för dataextraktion och kriterier för kvalitetsbedömning av studier

Mall för dataextraktion.

Datum granskningen gjordes: 200 - - . Granskare:.....

Studien behandlar:

Titel.....

Författare.....

Land (studie).....

Tidskrift.....

Publiceringsår.....

Syfte.....

Vilka **samband** studeras?.....

Typ av studie Experimentell studie: RCT CT Kvasiexperiment Annan studie.....

Observationsstudie Tvärsnittsstudie Longitudinell Prospektiv Retrospektiv Kohort

Fallkontroll

Litteraturstudie: Meta-analys Systematisk översikt Review Modellstudie Multicenter

Annan.....

Datansamling när?..... Framgår ej

Studietid: Ej aktuellt Varierar År.....Månader.....

Adekvat: Ja Nej Tveksamt

Föremål för studie (Flera alt. möjliga) Yrkesverksamma Befolkning Sjukskrivna Visst geografiskt område:.....

Arbetare. Tjänstemän Visst yrke, vilket.....

Viss arbetsplats/bransch, vilken.....

Kön: Kvinnor Män Otydligt Annat...

Metod för data-insamling (flera alt. möjliga) Enkät: Med vinjetter. Audit-typ. Annan.....

Validerad: Ja Nej Delvis Uppgift saknas Hänvisning. till annan artikel

Intervju Strukturerad Semistrukturerad Individuell Grupp Face-to-face Telefon

Registerdata: Typ:.....

Journal, sjukvård Utredning

Screening instr.

Observation

Klinisk undersökning

Annat.....

Synpunkter:

Typ av sjukskrivningsdata (Fler alt. möjliga) Ej aktuellt

Sjukfrånvaro Förtidspension Annan frånvaro

Självrapporterade Läkarrapporterade Från sjukintyg

Registerdata (försäkringsbolag) Registerdata(arbetsgivare)

Incidens/fall Incidens/personer Längd, Sjukskrivningsdiagnos Annat.....

Typ av alkoholdata Register Självrapporterat Typ av instrument Annat.....

Sjukdom/diagnos i fokus (flera kan anges):..... Ej aktuellt

Diagnosmetod (Fler alt. möjliga) Ej aktuellt Sjukskrivningsintyg Förtidspension Registerdata Självrapporterat

Data från med. journal eller dyligt Klinisk undersökning speciell för studien

Annan..... Uppgift saknas

Inklusionskriterier

Anges ej Tydliga Otydliga Adekvata Ej adekvata

Enhetliga för ingående grupper; Ja Nej Oklart

Kontroll- eller referensgrupp; relevant vald Ja Delvis Nej Ej aktuellt

Exklusionskriterier

Anges ej Tydliga Otydliga Adekvata Ej adekvata.

Enhetliga för ingående grupper; Ja Nej Oklart

Beskrivning av **studiepopulationen**, studiegruppen etc. totalt och uppdelat på kön, med procentuell bortfall, i olika delgrupper.

	Totalt	Kvinnor	Män
Studiepopulation	n = _____	n = _____ %	n = _____ %
Studiepop (undersökningsgrupp)	n = _____	n = _____ %	n = _____ %
Bortfall	_____ %	_____ %	_____ %
Uppföljning av studiepopulation	n = _____	n = _____ %	n = _____ %
Bortfall	_____ %	_____ %	_____ %
Kontrollgrupp	n = _____	n = _____ %	n = _____ %
Studiepopulation	n = _____	n = _____ %	n = _____ %
Bortfall	_____ %	_____ %	_____ %
Uppföljning	n = _____	n = _____ %	n = _____ %
Bortfall	_____ %	_____ %	_____ %

Är **studiegruppen** tillräckligt stor? Ja Nej. Synpunkter:.....

Bortfall, primärt Bortfall saknas Systematiskt Icke systematiskt Ej analyserat Uppgift saknas

Om bortfallet är systematiskt: har hänsyn tagits till detta i dataanalyser Ja Delvis Nej Oklart
i slutsatser Ja Delvis Nej Oklart

Sekundärt bortfall Ej aktuellt Bortfall saknas

Systematiskt Ej systematiskt Ej analyserat Uppgift saknas

Om bortfallet är systematiskt: har hänsyn tagits till detta i dataanalyser Ja Delvis Nej Oklart
i slutsatser Ja Delvis Nej Oklart

Internt bortfall som är av vikt? Ja Nej Oklart

Kommentarer:

Intervention Ja Nej

Typ av intervention:

Information

Behandling

Ändrade arbetsförhållanden

Annan åtgärd

Determinanter, vilka har inkluderats:.....

Bias

Selektionsfel: Nej Oklart, men ej troligt Oklart, men troligt Ja:.....

Informationsfel: Nej Oklart, men ej troligt Oklart, men troligt Ja:.....

Confounding: Nej Oklart, men ej troligt Oklart, men troligt Ja:.....

Justerat för i analysen Ja Nej

Kommentarer:

Utfallsmått Sjukfrånvaro: Kort Lång Typ av mått.....
 Förtidspension/sjukbidrag
 Alkoholkonsumtion Typ av mått
 Återgång i arbete Arbetsförmåga Funktionsförmåga
 Annat

Vilka utfallsmått har använts?.....
 Adekvata? Ja Nej

Teorianknytning anges Nej Ja, vilken.....

Metod för dataanalys Tydligt beskriven: Ja Nej
 Adekvat Delvis adekvat Ej adekvat Uppgift saknas

Vilka metoder har använts:.....

Har **effektmodifiering** beaktats i analysen? Ja Nej Ej relevant
 Additiv Multiplikativ

Specifika **svagheter** i analysen:.....

Kvantitativ analys Ja Nej
 i förväg tydligt formulerad hypotes Ja Nej
 power-analys gjord Ja Nej Borde gjorts

Kvalitativ analys Ja Nej
 Förståelsen tydliggjord Ja Nej
 Perspektiv tydliggjort Ja Nej

Etisk tillstånd Ja Nej Framgår ej
 Etiska överväganden har nämnts i artikeln: Ja Nej Framgår ej
 Beroende part medverkat i undersökningen: Ja Nej Framgår ej

	Variabel i analyser	Stratifierade analyser	Sådant perspektiv finns	Relevant	
				Ja	Nej
Kön	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ålder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social-grupp	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etnicitet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultat: (med fokus på de som är av intresse för denna översikt)
Typ av samband

Resultaten generaliserbara Nej Tveksamt Ja, för vilken grupp?

Relevans för praxis Nej Tveksamt Ja, för vilken grupp?

Granskarens kommentarer

Kvalitetsbedömning

	0	1	3	5	Kommentarer
Design etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	0	1	2	3	Kommentarer
Bortfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ej relevant _____
Analysmetod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Precision, utfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ej relevant _____

Summa poäng: _____

Kommentar

.....

.....

.....

.....

Kriterier för bedömning av kvalitet i granskade studier sjukskrivningsprojektet

	Poäng
1. Studiedesign etc	
Aspekter att ta ställning till i förhållande till frågeställningen: tillräcklig <i>storlek</i> , adekvat <i>studiedesign</i> , relevant <i>uppföljningstid</i> med hänsyn till utfallsmåttet, relevant <i>kontroll- eller jämförelsegrupp</i> (där sådan är aktuell), relevanta och tydliga <i>inklusionskriterier</i> , relevanta och tydliga <i>exklusionskriterier</i> , relevanta <i>determinander</i> , valid metod för <i>datainsamling</i> .	
a) Samtliga ovanstående aspekter är uppfyllda	5
b) Någon av ovanstående aspekter är inte fullt tillfredställande	3
c) Några av ovanstående aspekter är inte fullt tillfredställande	1
d) Någon av ovanstående aspekter är undermålig	0
2. Bortfall	
Följande fyra aspekter är av vikt: bortfallets <i>storlek</i> (i alla steg), hur noga det är <i>redovisat</i> , grad av <i>systematik</i> och dess betydelse för resultatet, <i>hur hänsyn tagits till eventuell systematik</i> i bortfallet i analysen. Alla olika typer av bortfall sammanvägs här: primärt, sekundärt (dvs. vid uppföljningar), internt (sällan redovisat) olika bortfall vid olika steg i processen och vid olika typer av datainsamling för samma studiepopulation etc. Det avgörande är i vilken grad bortfallet kan ha påverkat resultaten. Detta beror alltså på dess storlek, eventuell systematik och om man korrigerat för systematiken på ett adekvat sätt.	
a) Bortfallet kan inte antas ha påverkat resultaten	3
b) Bortfallet kan antas ha påverkat resultaten, men endast i liten utsträckning	2
c) Bortfall kan antas ha påverkat resultaten, men inte på något avgörande sätt	1
d) Stor risk för att resultaten påverkats av bortfallet på ett avgörande sätt.	0
3. Bias	
a) Hänsyn tagen till confounders på adekvat sätt	3
b) Hänsyn tagen till vissa confounders på adekvat sätt	2
c) Tveksamt om tillräcklig hänsyn tagits till confounding	1
d) Inkluderade confounders ej kontrollerade för. Klara selektionsfel eller informationsfel, som ej tagits hänsyn till i analys eller tolkning	0
4. Analysmetod	
a) Relevant statistisk metod, tagit hänsyn till effektmodifierare	3
b) Relevant statistisk/kvalitativ metod	2
c) Acceptabel statistisk/kvalitativ metod	1
d) Tveksam analysmetod	0
5. Precision, utfall (outcome)	
a) Adekvat utfallsmått i förhållande till frågeställning etc, objektivt verifierbart eller väl definierat. Smala konfidensintervall eller andra spridningsmått.	3
b) Adekvat mått, men ej väl definierat. Signifikanta men breda konfidensintervall.	2
c) Delvis adekvat mått, ej väl definierat. Låg precision.	1
d) Icke adekvat, oklart beskrivet, ej möjligt att bedöma. Oacceptabel precision.	0

Mått som användes och sammanställning av de inkluderade studierna

Tabell 1. Beskrivning av alkoholmått som användes i respektive studie.

Alkoholmått	Operationalisering
Bendtsen [25] Alkoholkonsumtion	Frekvens av alkoholdrickande, ökat intag senaste året och självupplevda alkoholproblem (jag drack för mycket under det senaste året)
Christensen [14] Alkoholkonsumtion	Alkoholkonsumtion per vecka uppdelat i två kategorier: 1) Ingen eller måttlig konsumtion (14 drinkar eller färre för kvinnor, 21 drinkar eller färre för män), och 2) Hög konsumtion (mer än 14 drinkar för kvinnor och 21 för män). En drink motsvarar 12 gram ren alkohol.
Cunradi [18] Alkoholkonsumtion, alkoholrelaterat beteende	Kvantitet, frekvens, och konsumtion av alkohol enligt sju mått. 1) dagligt intag, 2) fylla, mer än 5 drinkar vid varje tillfälle, 3) fler 15 drinkar i veckan 4) risk för beroende, 5) alkoholrelaterade skador, 6) ökat drickande, 7) någon av alkoholproblemindikatorerna 2–6.
Hermansson [27] CDT och GGT AUDIT	Serumprover; alkohol i blodet och levervärden. tio frågor där varje fråga kan ge maximalt fyra poäng. Frågorna är indelade i tre delar 1) riskkonsumtion av alkohol, 2) alkoholbeteende och beroende samt 3) alkoholrelaterade problem. Totalt 0–40 poäng med en gräns vid 8 poäng eller fler.
Johansson [21] Alkoholkonsumtion	Antal drinkar per vecka (1 drink = 4 cl).
Kivimäki [22] Alkoholkonsumtion	Drinkar per vecka: Ingen 0, måttlig konsumtion 1–260 gram (män) och 1–220 gram (kvinnor); hög konsumtion 260 gram (män) och 210 gram (kvinnor).

Alkoholmått	Operationalisering
Mangioni [19] Alkoholkonsumtion, Alkoholvanor	Fyra frågor, 1) Daglig volym av alkohol. 2) Nästan alla har perioder när han/hon dricker och blir höga, fulla eller har minnesluckor. Hur ofta har detta hänt dig under de senaste 30 dagarna? Åtta svars-kategorier från aldrig till varje dag. 3) Om du druckit alkohol under de senaste 30 dagarna, var det i samband med något av följande: 1. Inom två timmar före arbetets start, 2. Under lunchuppehållet, 3. Under en paus, 4. Under arbetstid, 5. En tillställning under arbetstid eller, 6. Innan du körde företagets bil. 4) CAGE, se Moore [15].
Moore [15] Alkoholkonsumtion Alkoholproblem	Antal drinkar per månad. CAGE (Cut down, Annoyed, Guilt, Eye opener). Fyra frågor: Har du under de senaste fem åren känt att du borde skära ner på ditt drickande? Har du blivit kritiserad för ditt sätt att dricka av andra? Har du känt skuld för ditt sätt att dricka? Tar du någon gång en återställare på morgonen?
Morikawa [13] Alkoholkonsumtion	Dryckesvanor (frekvens per vecka). Antal gånger du dricker alkohol per vecka (en till två gånger per vecka eller 3 ggr/vecka eller mer).
Norström [23] Alkoholkonsumtion	Försäljning i liter av hundra procentig alkohol per invånare över 15 år (registerdata).
Richmond [24] Berusning	Hur mycket dricker du i genomsnitt under en vecka? Antal anställda som dricker över rekommenderade nivåer för antal drinkar per gång. Återkommande drickande för att uppnå berusning= veckokonsumtion av alkohol (över 28 drinkar för män och 14 drinkar för kvinnor). Berusningsdrickande (>8 drinkar för män och 6 drinkar för kvinnor 2 eller fler gånger per månad).
Roche [17] Alkoholkonsumtion	Frekvens av alkoholkonsumtion (självrporterad) under den sista veckan respektive frekvens av alkohol konsumtion under de tre sista månaderna (självrporterad).
Tómasson [26] Troligt alkohol missbruk	Diagnostiserat alkoholmissbruk av läkare. Har du missat arbetet på grund av alkohol? Anser dina närstående, vänner eller arbetsgivare att alkohol är ett problem för dig?
Vahtera [20] Alkoholkonsumtion	Vilken mängd öl eller vin eller sprit dricker du per vecka? (1–50 gram, 51–100 gram, 101–275 gram, eller 275 gram)? De som inte drack något blev indelade i två grupper; absolutister (dvs. de som aldrig druckit) och nykterister (de som tidigare druckit en drink någon gång under sitt liv).
Voss [16] Alkohol som lugnande	Använder du ofta eller ibland alkohol som lugnande medel (självrporterad)?

Tabell 2. Beskrivning av mått för sjukfrånvaro och arbetsförmåga som användes i respektive studie.

Mått på sjukfrånvaro och arbetsförmåga	Operationalisering
Bendtsen [25] Sjukfrånvaro	Antal dagar under de första 14 dagarna av sjukskrivningsfall. Arbetsgivarregister.
Sjukfall	Antal sjukfall >14 dagar. Försäkringskassans register.
Christensen [14] Sjukfrånvaro	Långtidssjukskrivning = sjukfrånvaro under mer än 8 sammanhängande veckor. Socialförsäkringssystemet i Danmark, DREAM.
Cunradi [18] Korttidsfrånvaro	Dikotom variabel utifrån de som rapporterat en eller fler frånvarodagar under de senaste tolv månaderna. Hur många missade dagar hade du under de senaste tolv månaderna? Missade dagar är oförutsedda sista minuten frånvaro där du inte underrättat någon om att du skulle vara borta från jobbet. Dikotom variabel utifrån de som rapporterat 1 eller fler frånvarodagar under de senaste 12 månaderna. Hur många missade dagar hade du under de senaste 12 månaderna? Missade dagar är oförutsedda sista minuten frånvaro där du inte underrättat någon om att du ska vara borta från jobbet.
Hermansson [27] Sjukfrånvaro	Antal dagar: 0 dagar, 1–6 dagar, eller 7 dagar (arbetsgivarregister).
Kivimäki [22] Sjukfrånvaro	Korta sjukfall; 1–3 dagar. Långa sjukfall, >3 dagar (arbetsgivarregister).
Johansson [21] Sjukfrånvaro	Antal dagar under de senaste tolv månaderna då personen varit borta från jobbet på grund av sjukdom. Självrapporterad.
Mangioni [19] Arbetsutförande	Sex frågor: Hur många gånger under de sista tolv månaderna har du 1) missat jobbet 2) gjort ett dåligt arbete 3) kommit sent eller gått tidigt 4) gjort mindre än du skulle 5) varit i konflikt med dina arbetskamrater eller 6) blivit skadad på jobbet?
Moore [15] Arbetsförmåga	Attityder till arbete. Frågor om arbetstillfredsställelse och planer på att sluta. Antal tillfällen du kommit sent till jobbet och procentuell tid som du smitit eller maskat (goof-off-time) från jobbet. Antal frånvarotimmar utan betalning under de senaste tolv månaderna.
Sjukfrånvaro	Totalt antal timmar med sjukdom under de senaste 18 månaderna (arbetsgivarregister).
Morikawa [13] Sjukfrånvaro	Långtidssjukskrivning \geq sju dagar. (Arbetsgivarregister Japan, Civil service pay centres, England.
Norström [23] Sjukfrånvaro	Antal dagar med sjukfrånvaro per försäkrad person 1935–1990 (sickness absence rate=SAR) Försäkringskassan, ohälsotal 1991–2002 (Svensk statistisk årsbok) samt Arbetskraftundersökningen (AKU)1963–2002 (självrapporterad).
Richmond [24] Sjukfrånvaro	Tid borta från jobbet på grund av egenbedömd sjukdom (illness), självrapporterad.

Mått på sjukfrånvaro och arbetsförmåga	Operationalisering
Roche [17]	
Alkoholrelaterad frånvaro	Hur många dagar under de tre sista månaderna har du missat arbetet på grund av alkohol?
Sjukfrånvaro	Hur många dagar under de tre sista månaderna har du missat arbetet på grund sjukdom eller skada? (självrapporterad)?
Tömansson [26]	
Sjukfrånvaro	Fem frågor: 1) Hur ofta var du borta från jobbet under förra året på grund av sjukdom? 2) Hur ofta var du borta från jobbet under förra året på grund av sjukdom hos barnen eller andra medlemmar av din familj? 3) Hur länge var du borta från jobbet förra året på grund av sjukdom? 4) Hur länge var du borta från jobbet under den gångna veckan? 5) Om du var sjuk förra veckan vilken var din anledning till frånvaron?
Vather [20]	
Sjukfrånvaro	Läkarintygad sjukfrånvaro > tre dagar (arbetsgivarregister).
Voss [16]	
Sjukfrånvaro	Sjukfrånvaroincidens, antal dagar (arbetsgivarregister).

Tabell 3. Studier av sambandet mellan alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro samt arbetsförmåga från databassökningar under 1999–2008

Författare [ref]	Typ av studie, år för data- insamling	Syfte	Deltagare (bortfall)	Kriterium för identifikation av alkoholkonsumtion och alkoholproblem	Sjukfrånvaro och arbetsförmåga (datatyp)	Utfallsmått	Resultat enligt författarna
Richmond [24] USA 1999	Kontrollerad intervention med före- och eftermätning.	Studera effekten av intervention på berusningsdrickande samt sjukfrånvaro.	Basinjie ♀ 203 ♂ 645 (0,5 %) Upplöjning ♀ 210 ♂ 634 (0,5 %) Poliser i två distrikt	Frekvens av alkoholkonsumtion den senaste veckan och månaden.	Dagar borta från jobbet på grund av sjukdom under det senaste året (självrapporterad).	Berusningsdrickande mer än 28 drinkar/v för män och 14/v för kvinnor.	Inga signifikanta samband återfanns mellan interventionen och en lägre alkoholkonsumtion. Signifikanta samband fanns däremot mellan berusningsdrickande och sjukfrånvaro för båda distrikten baslinjemätningen och vid uppföljningen ett år senare.
Mangione [19] USA 1999	Ivårsnitt 1994	Studera effekten av alkohol konsumtion på arbetsförmåga.	♀ 2 616 ♂ 3 924 (29 %) Yrkesverksamma	1. Berusningsdrickande 2. Drickande på jobbet 3. CAGE 4. Daglig volym	Missat arbetet, gjort ett dåligt arbete, kommit sent eller gått tidigt, gjort mindre än du skulle, varit i konflikt med arbetskamrat, blivit skadad på jobbet under de senaste 12 månaderna.	Antal gånger, i genomsnitt, individen haft problem med arbetsförmågan under det senaste året.	Ett signifikant linjärt samband återfanns mellan alkoholkonsumtion och arbetsförmåga utifrån de sex frågorna. Signifikanta samband fanns också mellan berusningsdrickande, drickande på jobbet och alkoholproblem (CAGE) samt minskad arbets- förmåga. Sambanden var icke-linjära och absolutisternas arbetsförmåga liknade de som skattat högt på de 3 alkoholproblem måtten. Kön och ålder i vycket var ej signifikant i förhållande till arbetsförmåga.
Moore [15] USA 2000	Ivårsnitt	Studera sambandet mellan arbetsförmåga och alkoholproblem.	♀ ♂ 3 700 (38 %) Arbetare och tjänstemän i tillverknings- industri.	Alkoholproblem mätes med CAGE.	Arbetsrelaterade attityder; arbetsstillfredsställelse, planer på att sluta. Antal tillfällen du kommit sent till jobbet och procentuell tid som du smittit eller maskat (goof-off-time) från jobbet (självrapporterad). Antal frånvarotimmar utan betalning under de senaste 12 månaderna (registerdata arbetsgivare).	Arbetsrelaterade attityder.	Man fann ett icke-linjärt samband mellan antal alkoholproblem (dvs. antalet ja-svar bland de fyra alkoholproblem som nämns i CAGE) och frånvaro från arbetet. Det gällde också för sambandet mellan sänkt prestationsförmåga och frånvaro där både absolutister och personer med två eller fler alkoholproblem enligt CAGE hade ökad frånvaro från jobbet. Inga signifikanta könsskillnader i materialet gick att finna.
Kivimäki [22] Finland 2001	Ivårsnitt 1997, 1998	Identifiera riskfaktorer för sjukfrånvaro hos sjukhusläkare.	♀ 196 sjukhusläkare ♂ 251 (45%) Kontroller ♀ 466 sjuksköterskor i ledningsfunktion (11%)	Alkoholkonsumtion Nivåer: ingen 0, måttlig 1- 260 ml, 1-210 ml, hög över 260 ml.	Kort sjukfrånvaro 1-3 dagar, lång sjukfrånvaro fler än 3 dagar (registerdata arbetsgivare).	Antal sjukfrånvaroperioder	Det fanns inget samband mellan hög alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro.

Författare [ref] Land År	Typ av studie, år för data- insamling	Syfte	Deltagare (bortfall)	Kriterium för identifikation av alkoholkonsumtion och alkoholproblem	Sjukfrånvaro och arbetsförmåga (datatyp)	Utfallsmått	Resultat enligt författarna
Vathera [20] Finland 2002	Kohort 1997–2000	Studera sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro.	♀ 4952 ♂ 1490 (33 %) Kommunanställda	Frekvens drinkar per vecka samt kvantitet (hur mycket) och vilken sorts öl eller vin eller sprit konsumerar respondenten (självrporterad).	Läkartinrygd sjukfrånvaro mer än 3 dagar (registerdata arbetsgivare).	Risk för ökad sjukfrånvaro (Rate ratio).	Det var ett icke linjärt samband mellan alkoholkonsumtion per vecka och sjukfrånvaro för både kvinnor och män. Separata analyser gjordes av öl respektive vin eller sprit konsumtion och sjukfrånvaro. Ett linjärt samband återfanns för konsumtion av sprit i relation till sjukfrånvaro för öl respektive vin var dock sambandskurvan icke-linjär.
Hermansson [27] Sverige 2002	Fall-kontroll studie (nested) 1997–2000	Studera sambandet mellan sjukdagar under ett år före alkohol screening med CDT, GGT och AUDIT.	♀ 313 ♂ 676 (15 %) Transportarbetare (44 %) Transporttjänstemän	Alkoholproblem Screening med CDT, GGT och AUDIT.	Sjukfrånvaro 0 dagar, 1–6 dagar, 7 och mer än 7 dagar (registerdata arbetsgivaren)	Sjukfrånvaro i förhållande till 1 år före screening. 0 dagar, 1–6 dagar, 7 och mer än 7 dagar.	De som identifierades med alkoholproblem via AUDIT (8 eller mer poäng) visade ett signifikant ökat antal sjukfrånvarodagar 12 månader före screeningen jämfört med dem med en negativ AUDIT (>8). Det fanns inga skillnader i antal sjukfrånvarodagar mellan dem med positivt och negativt screening avseende CDT eller GGT. Det var dock en sned fördelning, så 50 % av dem som screenade positivt för alkoholproblem hade ingen sjukfrånvaro under året.
Benfittsen [25] Sverige 2003	Tvärsnitt 1995	Att studera indikatorer för berusningsdrickande hos yrkesarbetande kvinnor.	♀ 1075 (24 %) Metallarbeterskor Sjuksköterskor Vårbiträden Läkarsekreterare	Tre alkoholfrågor; Frekvens av alkohol- konsumtion? Har din alkohol- konsumtionen ökat det sista året? Tycker du själv att du har alkoholproblem?	Sjukfrånvaro: Antal dagar de första 14 dagarna (arbetsgivaren registerdata). Antal fall över 14 dagar (registerdata försäkringskassan).	Sjukfrånvaro: Antal dagar räknat under de första 14 dagarna. Antal sjukfall räknat efter de första 14 dagarna (registerdata försäkringskassan).	Kvinnors berusningsdrickande hade ett samband med ett större antal sjukfrånvaroperioder men dock inte med antal sjukfrånvarodagar.
Morikawa [13] Japan England 1985–1988 2004	Kohort 1990 i Japan, 1985–1988 i England.	Samband mellan mäns sjukfrånvaro och alkoholkonsumtion i en jämförelse mellan två länder.	♂ 2 504 (11 %) Japan arbetare och tjänstemän ♂ 6 290 (27 %) England enbart tjänstemän	Alkoholvanor; frekvens/vecka (självrporterad).	Sjukskrivning mer än 7 dagar (registerdata arbetsgivare).	Sjukskrivning mer än 7 dagar.	Alkoholkonsumtion, dricka ≥ 3 ggr/vecka, hade en signifikant reducerande inverkan på sjukfrånvaro för tjänstemän i England men dock ej i Japan.

Författare [ref]	Land	Ar	Typ av studie, år för data- insamling	Syfte	Deltagare (bortfall)	Kriterium för identifikation av alkoholkonsumtion och alkoholproblem	Sjukfrånvaro och arbetsförmåga (datatyp)	Utfallsmått	Resultat enligt författarna
Tómasson [26]	Island	2004	Tvårsnitt 2000	Studera hur vanligt det är med risk- och missbruk av alkohol hos kvinnlig personal?	♀ 1 432 (20 %) Anställda vid geriatriska vårdavdelningar och på sjukhem.	Har du missat jobbet på grund av alkohol? Tycker andra att du har alkoholproblem? Har du fått en alkoholdiagnos? (självrporterad)	Frånvaro från jobbet på grund av alkoholkonsumtion, frånvaron i relation till egen eller andras sjukdom, sjukfrånvaro i relation till egen skada respektive egen diagnos (självrporterat).	Identifiera kvinnor med risk- och missbruk av alkohol = dvs. de som svarat ja på en eller flera av alkoholfrågorna.	Kvinnor med risk- och missbruk av alkohol hade inte mer sjukfrånvaro än övrig vårdpersonal.
Voss [16]	Sverige	2004	Tvårsnitt 1994	Studera sambandet mellan att använda alkohol som lugnande medel och sjukfrånvaro.	♀ 1 557 ♂ 1 913 (34 %) Postanställda	Använder du ofta eller ibland alkohol som lugnande medel (självrporterad).	Sjukfrånvaroincidens, antal dagar kort/lång (registerdata arbetsgivare).	Incidens av antal nya fall, antal dagar, risk för sjukfrånvaro.	Signifikant samband återfinns mellan sjukfrånvaro och att använda alkohol som lugnande medel bland män inga signifikanta samband funna med alkohol som lugnande medel för kvinnor.
Cunradi [18]	USA	2005	Tvårsnitt 1993–1995	Studerar sambanden mellan alkoholproblem och frånvaro på arbetet.	♀♂ 1 446 (27 %) ♀ 245 ♂ 1 201 Anställda inom kollektivtrafik.	Frekvens dagligt intag, måttligt drickande (ej mer än två drinkar på en dag), högkonsumtion, CAGE (självrporterad).	Hur många dagar har du missat jobbet under sista året? (självrporterad)	Ingen frånvaro, en dag eller fler dagar.	Frånvaron har ett signifikant linjärt samband med alkoholkonsumtion och alkoholproblem.
Norström [23]	Sverige	2006	Tidsserie 1935–2002	Studera samband mellan alkoholförsäljning och sjukfrånvaro.	♀♂ Nationellt representativt urval av anställda samt försäljningsstatistik.	Försäljning i liter av 100 % alkohol per invånare över 15 år (registerdata).	Antal dagar med sjukfrånvaro per försäkrad person 1935–1990 (sickness absence rate=SAR) Försäkringskassan, ohälsotal 1991–2002 (Svensk statistisk årsbok) samt Arbetskräftundersökningen 1963– 2002 (AKU) (självrporterad).	Ökningen av sjukfrånvaro dagar per försäkrad person under 55 år.	Högre försäljning av alkohol samvarierade med mer sjukfrånvaro bland män. Resultaten var inte signifikanta för kvinnor.

Författare [ref] Land År	Typ av studie, år för data- insamling	Syfte	Deltae (bortfall)	Kriterium för identifikation av alkoholkonsumtion och alkoholproblem	Sjukfrånvaro och arbetsförmåga (datatyp)	Uttalningsmätt	Resultat enligt författarna
Christensen [14] Danmark 2007	Kohort 2001–2002	Studera effekten av alkoholkonsumtion på långtidssjukskrivning.	♂ 5 366 (6 %) Uppföljning ♀ 194 ♂ 154 (7 %) Långtidssjukskrivna (nationellt representativt urval av anställda)	Veckokonsumtion av alkohol (självrapporerad).	Sjukskrivning mer än 8 veckor (Socialförsäkringsregister Dk, DREAM).	Sjukskrivning mer än 8 veckor.	Det fanns inget signifikant samband mellan långtidssjukskrivning och riskfylld alkoholkonsumtion varken för kvinnor eller män.
Roche [17] Australien 2008	Tvårsnitt 2001	Studera sambanden mellan alkoholkonsumtion och frånvaro på arbetsplatsen.	♂ 22 649 (49 %) 801 (61 %) 1 000 (51 %) Nationellt representativt urval av yrkesverksamma.	Frekvens av alkohol konsumtion under den sista veckan, frekvens av alkohol konsumtion under de tre sista månaderna (självrapporerad).	Alkoholelaterad frånvaro. Hur många dagar under de tre sista månaderna har du missat jobbet på grund av alkohol? Sjukfrånvaro: Hur många dagar under de tre sista månaderna har du missat jobbet på grund sjukdom eller skada? (självrapporerad)	Ingen dags frånvaro, mer än en dags alkohol- relaterad frånvaro, sjukdom/skaderelaterad frånvaro.	Signifikant fler män än kvinnor rapporterar alkoholelaterad frånvaro. Högkonsumenter av alkohol rapporterar mer alkoholelaterad frånvaro och även signifikant mer sjukfrånvaro (skada/sjukdom). Signifikanta skillnader i förhållande till ålder fanns även i de yngre åldrarna högst frånvaro rapporterar kvinnor 14– 19 år. Personer med högskoleutbildning och "gifta" rapporterar signifikant mindre alkoholelaterad frånvaro, vilket också personer födda i ett icke engelsktalande land gjorde.
Johansson ¹ [21] Finland 2008	Tidsserie 1993–2005	Studera relationen mellan alkohol konsumtion och sjukfrånvaro över tid.	♂ 5 000 x 12 år (i medeltal 27 %) Yrkesverksamma, nationellt randomiserat urval.	Antal dagar med sjukfrånvaro under ett år (självrapporerad).	Antal dagar med sjukfrånvaro under ett år (självrapporerad).	Procentuell ökning av antalet sjukfrånvaro dagar under 12 år.	Det fanns ett generellt samband mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro för båda könen. För kvinnor med <10 års utbildning var sambandet ej signifikant medan det var högre för lågutbildade män.

¹ Johansson [21] publicerades 2008 elektroniskt

Statens offentliga utredningar 2010

Kronologisk förteckning

1. Lätt att göra rätt – om förmedling av brottsskadestånd. Ju.
2. Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. Ju.
3. Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. M.
4. Allmänna handlingar i elektronisk form – offentlighet och integritet. Ju.
5. Skolgång för alla barn. U.
6. Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. M.
7. Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt målinriktat arbete på tre samhällsområden. IJ.
8. En myndighet för havs- och vattenmiljö. M.
9. Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. Jo.
10. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
11. Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. Ku.
12. I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. Ku.
13. Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. Fi.
14. Partsinsyn enligt rättegångsbalken. Ju.
15. Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. Ju.
16. Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. IJ.
17. Prissatt vatten? M.
18. En reformerad budgetlag. Fi.
19. Lärning – en bro mellan skola och arbetsliv. U.
20. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. Fi.
21. Bättre marknad för tjänstehundar. Jo.
22. Krigets Lagar – centrala dokument om folkkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. Fö.
23. Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. N.
24. Avtalad upphovsrätt. Ju.
25. Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. Fö.
26. Flyttningsbidrag och unionsrätten. A.
27. Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. N.
28. Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. U.
29. En ny förvaltningslag. Ju.
30. Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. N.
31. Första hjälpen i psykisk hälsa. S.
32. Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. UD.
33. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i samhällskunskap. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
34. På väg mot en ny roll – överväganden och förslag om Riksutställningar. Ku.
35. Kunskap som befrielse? En metanalys av svensk forskning om jämställdhet och skola 1969–2009. U.
36. Svensk forskning om jämställdhet och skola. En bibliografi. U.
37. Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet. IJ.
38. Mutbrott. Ju.
39. Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. S.

40. Cirkulär migration och utveckling
– kartläggning av cirkulära rörelsemönster
och diskussion om hur migrationens ut-
vecklingspotential kan främjas. Ju.
41. Kompensationstillägg – om ersättning vid
försenade utbetalningar. S.
42. Med fiskevård i fokus – en ny fiskevårds-
lag. Jo.
43. Förundersökningsbegränsning. Ju.
44. Mål och medel – särskilda åtgärder för
vissa måltyper i domstol. Ju.
45. Händelseanalys vid självmord inom hälso-
och sjukvården och socialtjänsten.
Förslag till ny lag. S.
46. Utländsk näringsverksamhet i Sverige.
En översyn av lagstiftningen om
utländska filialer i ett EU-perspektiv. N.
47. Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och
sjukfrånvaro – vilka är sambanden?
En systematisk litteraturöversikt. S.

Statens offentliga utredningar 2010

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Lätt att göra rätt
– om förmedling av brottskadestånd. [1]
- Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. [2]
- Allmänna handlingar i elektronisk form
– offentlighet och integritet. [4]
- Partsyn enligt rättegångsbalken. [14]
- Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. [15]
- Avtalad upphovsrätt. [24]
- En ny förvaltningslag. [29]
- Mutbrott. (38)
- Cirkulär migration och utveckling
– kartläggning av cirkulära rörelsemönster och diskussion om hur migrationens utvecklingspotential kan främjas. [40]
- Förundersökningsbegränsning. [43]
- Mål och medel – särskilda åtgärder för vissa måltyper i domstol. [44]

Utrikespartementet

- Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. [32]

Försvarsdepartementet

- Krigets Lagar – centrala dokument om folk-rätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. [22]
- Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. [25]

Socialdepartementet

- Första hjälpen i psykisk hälsa. [31]
- Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. [39]
- Kompensationstillägg – om ersättning vid försenade utbetalningar. [41]
- Händelseanalys vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Förslag till ny lag. [45]

- Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro – vilka är sambanden?
En systematisk litteraturöversikt. [47]

Finansdepartementet

- Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. [13]
- En reformerad budgetlag. [18]
- Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. [20]

Utbildningsdepartementet

- Skolgång för alla barn. [5]
- Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. [10]
- Lärling – en bro mellan skola och arbetsliv. [19]
- Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. [28]
- Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i samhällskunskap. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. [33]
- Kunskap som befrielse? En metaanalys av svensk forskning om jämställdhet och skola 1969–2009. [35]
- Svensk forskning om jämställdhet och skola. En bibliografi. [36]

Jordbruksdepartementet

- Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. [9]
- Bättre marknad för tjänstehundar. [21]
- Med fiskevård i fokus – en ny fiskevårdslag. [42]

Miljödepartementet

- Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. [3]

Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. [6]

En myndighet för havs- och vattenmiljö. [8]

Prissatt vatten? [17]

Näringsdepartementet

Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. [23]

Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. [27]

Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. [30]

Utländsk näringsverksamhet i Sverige.

En översyn av lagstiftningen om utländska filialer i ett EU-perspektiv. [46]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt mål-inriktat arbete på tre samhällsområden. [7]

Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. [16]

Sverige för nyanlända utanför flyktingmottandet. [37]

Kulturdepartementet

Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. [11]

I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. [12]

På väg mot en ny roll – överväganden och förslag om Riksställningar. [34]

Arbetsmarknadsdepartementet

Flyttbidrag och unionsrätten. [26]