

# Narkotikaproblem, prevention och arbetsliv

*Ulric Hermansson*

## HUVUDPUNKTER I DETTA KAPITEL

- Det finns stöd för att personer som missbrukar narkotika har arbete.
- Kunskapen om hur stor andel som missbrukar narkotika och förvärvsarbetar är bristfällig i Sverige jämfört med andra länder som exempelvis USA.
- Det finns en bristfällig kunskap om sambandet mellan riskfaktorer och narkotikamissbruk bland anställda.
- Specifika motiv för arbetslivet att förebygga narkotikaproblem (förhindra uppkomst och åtgärda förekomst) kan bland annat vara risk för frånvaro, ohälsa, arbetsskador och olyckor.
- Narkotikatester (urinprov) är en möjlig metod för att tidigt upptäcka narkotikaanvändning på en arbetsplats.
- Kunskapsläget om specifika narkotikapreventiva metoders effekter är begränsat. Även om det finns en viss indikation att narkotikatester kan ha en preventiv effekt så behövs mer forskning.

## Prevalens

Omfattningen av narkotikamissbruk bland vuxna är en central frågeställning för arbetslivet vid bedömning av hur viktigt det är att implementera såväl primär-, sekundär- som tertiärpreventiva åtgärder. Att på ett adekvat sätt genomföra systematiska mätningar av narkotikaförekomst på en specifik arbetsplats har även en central betydelse för att kunna utvärdera effekten av olika preventionsmetoder (Hersch m.fl. 2002). Det är också viktigt att det finns mätmetoder som kan replikeras och som därmed möjliggör jämförelser mellan arbetsplatser både inom ett land och mellan länder. I detta avsnitt redovisas kortfattat kunskapsläget vad gäller narkotikaförekomst på svenska arbetsplatser samt bland vuxna i arbetsför ålder och även vad internationella studier

visar, särskilt studier från USA. Sammanfattningsvis presenteras även några olika mätmetoder som används för att skatta narkotikaförekomst i arbetslivet. En mer ingående analys av narkotikaförekomst och utveckling över tid finns redovisat i Håkan Leifmans kapitel.

### *Nationellt*

Tyvärr är kunskapen om narkotikamissbrukets omfattning på svenska arbetsplatser bristfällig.

Det finns dock undersökningar som visar att bland narkotikamissbrukare som är kända av myndigheter och institutioner så finns det personer som har arbete. Ett exempel på detta är studien av intravenösa injektionsmissbrukare som deltog i sprututbytet i Malmö. Bland de

*Kunskapen om narkotikamissbrukets omfattning på svenska arbetsplatser är bristfällig men det finns stöd för att narkotikaanvändning förekommer.*

496 "sprutbytare" som var mantalsskrivna i Malmö och intervjuades under år 1995 uppgav 22 procent att de arbetat någon gång under de senaste 12 månaderna. Av sprutbytesmottagningens eget registermaterial som bestod av ca 3 600 personer framgår att 17 procent hade arbete vid aktuellt intervjutillfälle (Stenström 2008). Även om kunskapen om narkotikamissbrukets omfattning på svenska arbetsplatser är bristfällig så finns det stöd för att narkotikaanvändning förekommer bland anställda på svenska arbetsplatser.

Det har även visat sig i undersökningar från olika arbetsplatser att narkotikaanvändning förekommer bland anställda. I en internundersökning under en tvåmånadersperiod, genomförd på Saab-Scania, framkom det att sex procent hade spår av cannabis i urinen vid nyanställningsundersökningar (Grant 1991). Under tre veckor, hösten 1992, analyserades slumpmässigt genomförda urinprov på ca 500 anställda vid en verkstadsindustri där det visade sig att sex personer (1,2 procent) nyligen hade använt narkotika (Hermansson m.fl. 1994).

Självrapportering i befolkningsstudier har också visat att det finns belägg för att personer i arbetsför ålder använt narkotika under det senaste året. Under våren 1997 presenterades en undersökning av drogvanor bland män och kvinnor i åldrarna 18–54 år som genomfördes i Stockholms län (Hvitfeldt m.fl. 1999). Undersökningen visade att fyra procent av männen och två procent av kvinnorna hade prövat narkotika det senaste året. Berman och medarbetare (2002) genomförde nyligen en studie för att utvärdera ett nytt screeningformulär vad gäller narkotikavanor, Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT). Bland annat prövades formuläret DUDIT på ett slumpmäs-

sigt urval (n=1 500) av allmänpopulationen (>15 år). Av de personer som svarade (75 procent) uppgav 3,1 procent att de hade använt narkotika senaste året.

I den årliga nationella folkhälsoenkäten (2004–2006) som riktar sig till personer i åldrarna 16–84 har drygt 10 procent (700 000 personer) prövat cannabis någon gång i livet. I den yngre åldersgruppen 16–29 år uppger sex procent att de prövat cannabis det senaste året. Undersökningen visar att förekomsten av cannabisanvändning det senaste året minskar med stigande ålder och bland ålderspensionärer finns enbart någon enstaka som uppgivit att de använt cannabis (Folkhälsoinstitutet 2007). I tidigare frågeundersökningar (1988–2000) återfanns den allra största andelen som prövat narkotika i åldersgruppen 30–49 år. I dessa undersökningar rapporterar flertalet, tre fjärdedelar, att de debuterade i narkotikaanvändning före 20 års ålder (CAN 2007).

Hur omfattande narkotikaanvändningen är inom vissa branscher i Sverige finns det nästan ingen kunskap om alls. En av få studier som genomförts, kanske den enda, redovisas i en rapport från STAD-projektet där 446 restauranganställda från ett sextiotal nöjeskrogar i Stockholm besvarade en enkät. Andelen restauranganställda som uppgav att de använt narkotika senaste året uppgick till 27 procent (Gripberg 2002).

Även om vi mot bakgrund av ovanstående summariska redovisning kan dra slutsatsen att narkotikaanvändning uppenbart förekommer bland anställda på svenska arbetsplatser är det ingen överdrift att påstå att problemet inte är lika omfattande som i exempelvis USA.

### *Internationellt*

Vetenskapliga studier om narkotikamissbrukets omfattning i arbetslivet och inte minst förekomsten över tid är uppenbarligen mest kartlagd i USA. Orsaken till detta är troligen en kombination av flera faktorer. I början av 1980-talet genomfördes flera studier som visade att narkotikamissbruk inte var helt ovanligt bland anställda. Samtidigt redovisades ett antal allvarliga olyckor inom transportsektorn där tågförare, bussförare och piloter bedömdes vara narkotikapåverkade (Gust m.fl. 1989). År 1986 utfärdade dåvarande presidenten en lag (Executive Order 12564, "Drug-Free Federal Workplace") om krav på införandet av narkotikatester för de federala arbetsplatserna och den militära organisationen. Denna lag utvidgades 1988 till att även omfatta arbetsplatser som är underleverantörer till och/eller finansierade av de federala myndigheterna samt universiteten.

ULRIC HERMANSSON

*Tydligt är att länder som USA har en bättre kunskapsgrund om narkotikasituationen inom arbetslivet jämfört med Sverige.*

I en tidig nordamerikansk befolkningsstudie från 1985 fann man att bland de som hade ett arbete hade ca 11 procent använt narkotika den senaste månaden och då framförallt cannabis (marijuana). Högst förekomst var det i den yngre åldersgruppen (18–34) där 20 procent rapporterade att de använt cannabis den senaste månaden (Cook 1989).

I mitten av 1990-talet genomförde National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA) en undersökning bland den allmänna befolkningen. Studien visade att bland dem som var hel- och deltidsarbetande i åldersgruppen 18–49 år så uppgav 16 procent att de använt narkotika den senaste månaden och den dominerande illegala drogen var även i denna undersökning cannabis (Hersch m.fl. 2000). Intressant ur preventionssynpunkt är att data från ovanstående studie visade att drogdebuten för många av de anställda som uppgivit att de använt narkotika det senaste året skedde efter inträdet i arbetslivet, detta var särskilt markant för preparat som kokain och opiater (Cook 2006).

Utöver de omfattande befolkningsstudierna finns det i USA prevalensstudier genomförda på specifika arbetsgrupper, arbetsplatser och branscher. Flera av studierna genomfördes redan i mitten på 1980-talet. Lund och medarbetare (1988) genomförde för Insurance Institute for Highway Safety en intressant studie. Under en vecka i december 1986 tillfrågades slumpmässigt 359 långtradarchaufförer om de frivilligt ville lämna urin eller blodprov för screening av såväl narkotika, alkohol som vissa läkemedel. Några chaufförer (12 procent) nekade att delta med motiveringen tidsbrist. Av de chaufförerna som deltog (n=317) hade 15 procent positiva urinprov på cannabis, fem procent amfetamin, två procent kokain och mindre än en procent på alkohol. Det bör i detta sammanhang påtalas att cannabis har en något längre påvisbar tid för identifiering (detektion) av drogen i urin jämfört med andra illegala droger. I en nyligen genomförd studie av Hersch och medarbetare (2002) bland byggnadsarbetare (n=445) vid sex arbetsplatser i sydöstra USA rapporterade ca 17 procent att de använt narkotika den senaste månaden. Enligt författarna stämmer rapporteringsnivån väl överens med vad som framkommit i befolkningsstudier för just den grupp som arbetar inom byggnadsindustrin.

En annan intressant studie, publicerad i den ansedda tidskriften *The Lancet*, genomfördes på nytutexaminerade läkare i nordöstra England. Birch och medarbetare (1998) sände en livsstilsenkät till 114 läkare som för ca ett år sedan tagit sin läkarexamen. Av dem som deltog i studien (n=90) uppgav 35 procent av de manliga läkarna och 19 pro-

cent av de kvinnliga att de använt cannabis nyligen och 11 procent upp-gav att de använde cannabis regelbundet (varje vecka eller månad).

Även om de internationella studierna som redovisas ovan är ett be-gränsat urval så är det uppenbart att länder som USA har en bättre kunskapsgrund om narkotikasituationen inom arbetslivet jämfört med Sverige.

### *Mätmetoder*

Att utveckla valida mätmetoder för att påvisa förekomst av narkotika-intag på en specifik arbetsplats eller inom en särskild bransch har inte enbart betydelse för att kunna bedöma och beskriva problemets om-fattning utan behövs också för att kunna bedöma effekten av olika pre-ventionsmetoder.

Självrapportering är troligen den vanligaste metoden för att kart-lägga såväl alkohol- som narkotikaförekomst på en arbetsplats. Pro-blemet med självrapportering har beskrivits av flera författare. Mida-nik (1982) framhåller i sin översiktsartikel vikten av att den som svarar inte upplever eller misstänker att svaret som lämnas kan skapa negati-va konsekvenser. Utifrån denna kunskap är det inte ett orimligt an-tagande att anställda på en arbetsplats underrapporterar sitt narkoti-kaintag, särskilt om frågan gäller senaste månaden/året (Cook & Ha-rell 1987). Om vi dessutom betänker att icke medicinskt bruk av nar-kotika är ett lagbrott i flera länder och att narkotikaanvändning upp-fattas som ett tydligt normbrott i allmänhetens ögon så blir detta di-lemma ännu tydligare.

Cook och medarbetare (1994) genomförde en studie där man jäm-förde olika instrument som bygger på självrapportering (individinter-vju på arbetsplatsen, gruppenkät på arbetsplatsen, telefonintervju och individintervju utanför arbetsplatsen) med narkotikaanalys i urin. Undersökningsgruppen bestod av 800 anställda inom stålindustrin. I denna studie fann man att flertalet av de som rapporterade narkotika-intag de senaste sex månaderna (10,3 procent) lämnade ett negativt urinprov (ej förekomst av narkotika). Omvänt visade det sig att av de som var positiva på urinprovet (8,1 procent) så rapporterade flertalet inget narkotikaintag. Författarnas slutsats är att självrapportering och urinprov är komplementära metoder. Denna studie utvecklades sena-re att även inkludera håranalys och dessa analyser visade sig vara kom-plementära till självrapportering (Cook m.fl. 1995). I båda studierna var andelen positiva utfall något högre i självrapportering jämfört med de biologiska testerna. I detta sammanhang bör nämnas att det skett

en viss metodutveckling vad gäller salivtester och att denna metod kan, trots vissa metodbegränsningar, vara möjlig för att mäta prevalens (Verstraete 2004).

Vad gäller detektionstiden för de olika biologiska analysmetoderna så beror denna först och främst på dos (frekvens, kvantitet) och på vilken metod som används. Något förenklat och sammanfattande har hårtester längst detektionstid, därefter kommer urin, sedan blod och saliv (Verstraete 2004).

## Särskilda grupper och riskfaktorer

Även om andelen som missbrukar narkotika är betydligt högre bland arbetslösa jämfört med de som har en anställning så framkommer i internationella studier, särskilt från USA, att merparten av de som missbrukar narkotika faktiskt har ett arbete (Cook 2006). Utifrån den kunskapen kan det vara intressant att redovisa några data från befolkningsstudier vad gäller specifik narkotikaförekomst inom särskilda yrkesgrupper och skilda sociala förhållanden.

I Donna Bush' och Joseph Autrys (2002) översiktsartikel redovisar författarna några trender inom olika yrkesgrupper i USA. Data hämtade från nationella kartläggningar visade att narkotikaförekomsten under perioden 1991–1993 var högre bland de som arbetade som servitörer, författare, designers, artister eller inom byggnadsindustrin, medan den var lägre bland till exempel lärare, dagbarnvårdare och poliser (SAMHSA 1996). Undersökningen visade att betydligt fler ogifta arbetstagare rapporterade narkotikaintag jämfört med dem som var gifta. Bland deltidsarbetare i åldersgruppen 18–49 år rapporterade en högre andel att de använt narkotika det senaste året i jämförelse med de som arbetade heltid. Undersökningen visar också att bland de som ofta byter arbete (tre eller fler arbeten under de senaste fem åren) är narkotikaanvändningen ungefär dubbelt så hög som för övriga.

### *Riskfaktorer*

Det finns tyvärr få studier som enbart undersökt riskfaktorer för narkotikaanvändning, oftast studeras narkotikaproblemet sekundärt medan alkoholproblemet är primärt. I början av 1990-talet presenterade Ames och Janes (1992) en modell med fyra förklaringsgrunder som kan påverka att den enskilde utvecklar alkoholproblem:





Även en liten dos narkotika (cannabis) påverkar vår förmåga att agera på ett adekvat sätt.

1. Vilka normer samt vilken social kontroll som finns och vad som accepteras på arbetsplatsen vad gäller alkohol.
2. Tillgänglighet att inhandla och förtära alkohol på arbetstid, exempelvis i lunchmatsalen.
3. Arbetsmiljöfaktorer så som upplevd tillfredsställelse i arbetet, stress samt möjligheten att påverka den egna arbetssituationen.
4. Externa faktorer utanför arbetet som alkoholproblem i familjen, lokal alkoholpolicy i kommunen, etc.

MacDonald och medarbetare (1999) prövade om det fanns stöd för modellen vad gäller narkotikaproblem. Via en systematisk genomgång fann författarna några studier som primärt eller sekundärt hade fokus på narkotika. Utifrån dessa fanns ett visst, om än begränsat, stöd för de fyra förklaringsgrunderna som Ames och Janes (1992) presenterat. Exempelvis fanns studier som visade att beroendeframkallande läkemedel är vanligt förekommande bland vårdpersonal. Detta indikerar på stöd för tillgänglighetsfaktorn. Brist på social kontroll, avsaknad av stöd från ledningen och varierande inkomstnivå har tagits fram som hypoteser som predicerande faktorer för droganvändning (Hunsaker

ULRIC HERMANSSON

---

& Pavett 1988). Farliga arbetsmiljöer och sociala påtryckningar har diskuterats som möjliga riskfaktorer för narkotikaanvändning. Det sistnämnda är särskilt framträdande på mansdominerande arbetsplatser (Dietrich & Smith 1986. Needleman & Romberg 1989).

Det finns flera studier som visat på problem att just finna samband mellan så kallade riskfaktorer och narkotikamissbruk bland anställda (Newcomb 1994). Mensche och Kandell (1988) studerade redan på 1980-talet sambandet mellan olika riskfaktorer och nyligen och frekvent användande av tobak, cannabis och kokain. Man fann inget samband mellan narkotikaanvändning (cannabis och kokain) och kontroll över arbetet, säkerheten på arbetet, fysisk färdighet och villkor på arbetsplatsen. Newcomb (1994) samt Macdonald och medarbetare (1999) drar ungefär samma slutsats och konkluderar att kunskapsläget om riskfaktorer för alkohol- och narkotikaproblem i arbetslivet inte är övertygande. Författarna framhåller att det finns alltför få studier som primärt granskar narkotikaproblem och riskfaktorer som sedan jämförs mellan olika yrkesgrupper.

## Motiv för arbetslivet

Ames (1993) framhöll att utifrån ett primärpreventivt perspektiv bör alkohol- och narkotikaproblem i arbetslivet mer betraktas som ett folkhälsoproblem. Fokus bör flyttas från alkohol- och narkotikaproblem på själva arbetsplatsen till att istället gälla alkohol- och narkotikaproblem hos den arbetsföra befolkningen. Även om det finns goda belegg för att narkotikamissbruk generellt är en medicinsk, psykologisk och social risk för alla som har arbete finns det anledning att överväga om arbetslivet har särskilda motiv för att implementera preventionsåtgärder (Cook 2006). Flertalet studier som har fokus på narkotikans olika risker för såväl arbetslivet som samhället i stort är även dessa genomförda i USA.

Bush och Autry (2002) sammanfattar i sin genomgång några av huvudresultaten från den andra nationella rapporten med fokus på arbetslivet. Data är inhämtad från år 1997 och visar bland annat på skillnader mellan de som använt narkotika senaste månaden eller året i jämförelse med övriga (18–49 år). De som använt narkotika har högre frånvaro under den senaste månaden, säger upp sig från arbetet oftare, blir oftare uppsagda och har oftare varit involverade i arbetsplatsolyckor under det senaste året.



Ett exempel på en ofta citerad arbetsplatsstudie är den av Normand och medarbetare (1990). Studien har en blind longitudinell design och omfattar ca 5 500 anställda inom amerikanska postverket (U.S. Postal Service). Via nyanställningsundersökningar (urinprov) ville man jämföra förhållandet mellan utfallet på urinprovet (negativt/positivt) och faktorer som frånvaro, olycksfall, arbetsplatskador och personalomsättning. Efter ca ett års anställning (1,3 år) fann man att de som testade positivt (8,4 procent) för narkotika hade en signifikant högre frånvaro än gruppen som testade negativt. Samma förhållande fann man även för personer som hade fått sluta på arbetsplatsen. Däremot fann man i denna studie ingen signifikant skillnad vad gäller olyckor och arbetsrelaterade skador. Dock i en liknande studie med ungefär samma upplägg och även denna genomförd bland anställda inom U.S. Postal Service fann man en högre risk för olyckor och skador på arbetet bland de som testat positivt för narkotika (cannabis och kokain). Den relativa risken var något högre för cannabismissbrukarna (Zwerling m.fl. 1990).

*Arbetslivet har särskilda  
motiv för att implementera  
preventionsåtgärder.*

### *Cannabis, särskilt intressant för arbetslivet*

I samtliga av de studier som nämns ovan, såväl befolkningsstudier som specifika arbetsplatsstudier, oavsett om datainsamlingen bygger på självrapportering eller biologiska tester så dominerar cannabis som den mest frekvent förekommande illegala drogen. I en ledare i en av världens främsta vetenskapliga tidskrifter om beroendeproblem konstaterar Hall och Babor (2000) att cannabis idag måste betraktas som ett tilltagande folkhälsoproblem i både Europa, USA och Australien. Eftersom cannabis är så dominerande finns det anledning att reflektera över vilka specifika risker som just cannabisanvändning innebär för den enskilde och arbetsplatsen. Även om kunskapen om cannabis och dess psykiska och fysiska risker på intet sätt är lika väldokumenterad som alkoholens risker finns det idag trots allt en ganska god kunskapsgrund. I den av Statens folkhälsoinstitut utgivna boken *Skador av hasch och marijuana* har Jan Ramström (2004) på ett förtjänstfullt sätt sammanställt en del av kunskapsläget. Cannabis kan bland annat orsaka psykiska störningar, vilket ökar risken för att utveckla psykiatriska sjukdomar. Substansen är beroendeframkallande, den påverkar förmågan att genomföra komplexa och långsiktiga planer. Den tycks även ge upphov till fosterskador och skador på andningsorganen, för att bara nämna några risker.

ULRIC HERMANSSON

---

Särskilt intressant för en arbetsplats är troligen att det finns stöd för att cannabis även i en begränsad konsumtionsmängd kan påverka såväl koordinationsförmågan, perceptionen och förmågan att snabbt hantera oväntade händelser (Moskowitz 1985). Att dessa kognitiva funktioner är viktiga för arbetstagare är troligen inte kontroversiellt. Självfallet är dessa funktioner extra viktiga för dem som i arbetet framför bil, buss, tåg, båt eller flyg och även för dem som arbetar inom processindustrin eller sjukvården där det ställs stora krav på ”staddiga händer” och ”klara tankar”. I Hall och medarbetares (1994) kunskapsöversikt av cannabis och dess psykologiska konsekvenser framhåller författarna just att regelbundet cannabisintag kan leda till en ökad risk för olycksfall. Det finns studier som visar att ett enda intag, oftast en förhållandevis liten dos, påverkar vår förmåga att agera på ett adekvat sätt. Oftast handlar det om strikt experimentella studier där man använder sig av bil- och flygsimulatorer. Det tycks även finnas visst stöd för att en enda begränsad dos av cannabis påverkar de kognitiva funktionerna under flera timmar efter ett intag (Leirer m.fl. 1991).

### *Bad-will*

Ytterligare en riskfaktor för arbetslivet som bör nämnas är ”bad-will”-effekten. Denna kan vara särskilt viktig för en verksamhet eller en produktion som är beroende av ett starkt förtroende hos kunder och/eller allmänhet. På vilket sätt skadas arbetsplatsen av att det kommer till allmänhetens kännedom att narkotikamissbruk förekommer eller har förekommit hos en anställd? Exempelvis kan arbetsplatsen skadas när massmedia uppmärksammar en anställds narkotikamissbruk eller via offentliga handlingar som när en dom om narkotikabrott avkunnats.

### *Arbetsgivarens ansvar*

Arbetsmiljölagen (AML) ger arbetsgivaren långtgående ansvar att se till att arbetsmiljön är trygg och säker. I lagens kapitel 3 står det att arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall. Vidare framgår det att arbetsgivaren skall informera anställda om hur de skall undvika risker i arbetet samt att det skall finnas en plan för hur rehabiliteringsarbetet skall organiseras. I samma lag 3 kap 4 § framgår även att arbetstagaren har ett ansvar att *medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö.*



Narkotikaanvändning bland anställda leder till en högre risk för olyckor och skador på en arbetsplats.

Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS 2003:4, Systematiskt arbetsmiljöarbete) poängterar i § 7 att *arbetsgivaren skall regelbundet undersöka arbetsförhållandena och bedöma riskerna för att någon kan komma att drabbas av ohälsa eller olycksfall i arbetet*. Arbetsmiljöverket skriver i sin vägledningsskrift *Missbruk i arbetslivet – hur du arbe-*

ULRIC HERMANSSON

---

*tar förebyggande med alkohol och droger* (Arbetsmiljöverket 2007) att det är arbetsgivaren som tar ställning till vilken policy företaget skall ha. *Som chef har du ansvar att se till att alkohol- och drogpolicyn följs.* Det finns med andra ord ett lagstiftat ansvar för en arbetsgivare att aktivt bedriva ett drogpreventivt arbete. Vidare så anger Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS 1994:1 Arbetsanpassning och rehabilitering 13 §) att arbetsgivaren har *ett ansvar för rehabilitering för det fall att det skulle förekomma alkohol- eller drogmisbruk bland de anställda.*

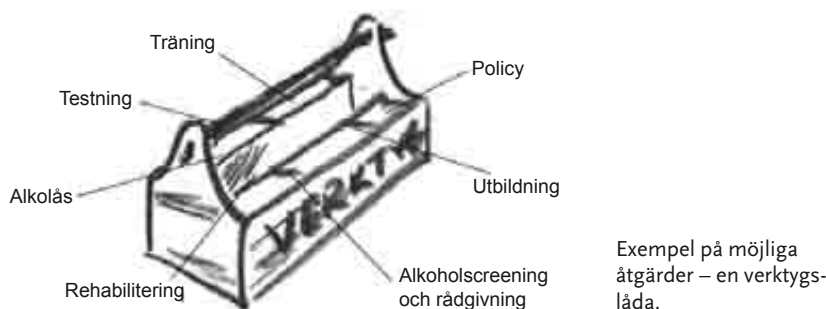
## Tidig upptäckt

Som tidigare nämnts kan motiven för att tidigt upptäcka narkotikamissbruk på en arbetsplats vara att förebygga ökad risk för olycksfall, ökad frånvaro, ökad risk för ohälsa etc. Ett av problemen med den tidiga upptäckten är dock att det är svårt att identifiera kännetecken (signaler) som tyder på att en medarbetare missbrukar narkotika (Campbell & Langford 1995).

I översiktsartikeln av Seymour och Smith (1990) presenteras olika "tänkbara" beteendekännetecken vid narkotikamissbruk. Exempelvis nämner de fem centrala signaler: sen ankomst till arbetet, tillfällig frånvarodag, förändringar i arbetsprestation, ekonomiska bekymmer och humörsvängningar. Författarna framhåller att dessa "kännetecken" inte kan bedömas utgöra en säker grund för möjligt narkotikamissbruk. Det är alltså svårt att i ett tidigt skede identifiera ett möjligt narkotikamissbruk "på fri hand". Det är troligen först när missbruket orsakar synliga konsekvenser som möjligheten ökar för identifiering. De erfarenheter som finns från arbetsplatser visar att det kan gå flera år innan kännetecknen blir tydliga, vilket kan leda till att rehabiliteringsinsatsen erbjuds i ett allt för sent skede (Lawental m.fl.1996).

Mot bakgrund av ovanstående kunskap är det av betydelse att fundera över andra metoder som ökar möjligheten till tidig upptäckt av narkotikamissbruk. Narkotikatester har bedömts vara just en sådan metod (DuPont m.fl. 1995). Det finns dock flera studier som är kritiska till vilken effekt narkotikatester har vad gäller preventionseffekter (French m.fl. 2004).

*Motiven för att tidigt upptäcka narkotikamissbruk på en arbetsplats kan vara att förebygga ökad risk för olycksfall.*



## Möjliga åtgärder och dess effekter

Erfarenheter från preventionsprogram för en nykter och narkotikafri arbetsmiljö har visat att en kombination av flera åtgärder erfordras för ett framgångsrikt resultat (Blaze-Temple, 1992). Exempel på en sådan kombination av åtgärder kan vara en skriven policy, information och utbildning till all personal, utbildning och träning av chefer, tester (alkohol och narkotika) och rehabilitering (DuPont 1990, Henderson m.fl. 1996).

Både inom den vetenskapliga litteraturen och i den allmänna diskussionen i massmedia finns ibland tendenser till att skapa motsättningar mellan de olika åtgärderna. Det är inte ovanligt att vissa aktörer framhåller att just information och utbildning är den mest effektiva metoden, andra framhåller rehabilitering och eller testning (French m.fl. 2004). Tyvärr är kunskapsläget vad gäller effekter av specifika narkotikapreventiva metoder i dagsläget begränsat. Nedan presenteras tre områden (hälsofrämjande, rådgivning/rehabilitering samt testning) där det finns en viss systematisk redovisning av preventionseffekter.

### *Hälsofrämjande modell*

Hälsofrämjande program på en arbetsplats har oftast till syfte att öka medvetenheten om den egna hälsan och därmed inleda en beteendeförändring inom livsstilsområden som kost, motion, stress, rökning, etc. Det är först under senare år som detta modelltänkande även innefattat alkohol, i begränsad omfattning även narkotika, som ett av livsstilsområdena (Cook & Youngblood 1990).

Den hälsofrämjande modellen bygger på kunskap från den sociala



kognitiva inlärningsteorin. Den går i korthet ut på att: (A) öka medvetenheten om hälsoriskerna med alkohol och narkotika och fördelarna med ett hälsosamt beteende, (B) öka motivationen för att undvika skadligt bruk av alkohol och narkotika och istället välja ett hälsofrämjande beteende, (C) träna alternativa beteenden som till exempel att tacka nej till alkohol och narkotika. Modellen kan beskrivas som träning i grupp med utbildning och diskussion där man använder sig av såväl tryckt material som video. Träningen genomförs oftast i mindre grupper på arbetsplatsen.

Heaney och Goetzel (1997) gick igenom 36 studier genomförda utifrån den hälsofrämjande modellen där flera livsstilsfrågor var involverade (multikomponenter). Endast fem av studierna inkluderade alkohol som ett utfallsmått och ingen av studierna involverade narkotika.

Dock har det under de senaste åren genomförts enstaka studier utifrån den hälsofrämjande modellen där även narkotikaproblemet har involverats. Initialt testade Cook och medarbetare (1996) att addera alkohol- och narkotikafrågorna till ett traditionellt hälsofrämjande program. Totalt omfattade detta program tre sessioner på vardera en timme. Medarbetarna som ingick i interventionsgruppen tränades bland annat i hur man bättre kunde kontrollera sina alkoholvanor och undvika narkotikaanvändning. Det visade sig att fler personer i interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen (de som inte erbjöds programmet) önskade att minska sitt drickande men det resulterade inte i någon förändring av alkoholvanorna. Narkotikavanorna mättes aldrig med motiveringen att det var för få personer som uppgav att de använt narkotika den senaste månaden. I senare studier har man prövat att fokusera mer på riskbeteende och även konceptuellt involvera alkohol- och narkotikavanorna bland de övriga livsstilsfrågorna (Cook 2006). Genom att inkorporera alkohol- och narkotikafrågorna med andra livsstilsfrågor (här stress och kost) kunde man dock visa på en minskning av alkoholvanorna och blygsam minskning av rapporterat narkotikaintag.

Även om det i dagsläget finns alltför få studier genomförda med den hälsofrämjande modellen där både alkohol- och narkotikavanor inkluderas, finns en viss, om än blygsam, indikation på att den hälsofrämjande modellen skulle kunna påverka alkoholvanorna och möjligen även narkotikavanorna (Cook 2006).



### *Rådgivning/rehabilitering – Employee Assistance Programs*

Employee Assistance Programs (EAP) har historiskt sitt ursprung i att företag i USA på 1940-talet insåg att medarbetare med alkoholproblem hade en negativ inverkan på såväl arbetsmiljön som produktionen. Denna insikt ledde till att man initierade särskilda program, OAP (Occupational Alcoholism Programs), vars syfte var att rehabilitera medarbetare med alkoholproblem (Masi 1992). Under 1970-talet växte EAP fram som då inte begränsades till att ha fokus på medarbetare med alkoholproblem utan även omfattade andra psykosociala problem samt familje- och äktenskapsrelaterade problem. Ett EAP-program kan omfatta såväl bedömning, rådgivning som remittering. Dessutom kan ett program erbjuda stöd till chefer och fackliga företrädare samt utgöra stöd i samband med krishantering och utbildning (Masi 1994).

EAP startade i USA men finns numera i Europa, Central- och Sydamerika, Asien och Australien. Även om det finns vissa skillnader i hur programmen fungerar i de olika länderna så har flertalet studier genomförda på EAP-program mer eller mindre tydligt fokus på medarbetare som har ett etablerat alkohol- och/eller narkotikaproblem (Burgess m.fl. 1997). Det har dock nyligen publicerats studier där sekundärpreventiva metoder, som alkoholscreening med kort rådgivning för personer mer riskabla alkoholvanor, har prövats (Osilla m.fl. 2008).

Även om EAP i sitt kliniska uppdrag hanterar narkotikaproblem så är så gott som alla effektstudier fokuserade på alkoholfrågan. Roman och Blum (1996) gjorde en systematisk genomgång av effektstudier publicerade från 1970 och 1995 vars syfte var att utvärdera hälso- och beteendeeffekter. Endast två av de 24 granskade studierna berörde på något sätt narkotikaproblemet, attityder till narkotika och viljan att remittera till mer omfattande behandling. Av interventionsprogrammen som fanns med i de 24 artiklarna var merparten EAP eller liknande program.

Författarna delade in interventionsprogrammen i två kategorier, direkt- och individbaserad samt indirekt- och gruppbaserad. I merparten av studierna (n=19) var interventionerna individbaserade medan de övriga hade fokus på gruppen med interventionsmetoder som policy, utbildning och träning av arbetsledare och chefer. Enligt författarna hade samtliga studier stora metodologiska brister. Endast två av studierna hade en experimentell design med randomisering och kontrollgrupp. Hälften av studierna saknade en jämförelsegrupp. Författarna framhåller även att effektmåten (utfallskriterierna) var alltför vaga. Exempelvis hade flera studier utfallsmått så som förändrad atti-

ULRIC HERMANSSON

---

Särskilda arbetsmiljöer där tillgången och närheten till narkotika är stor kan vara en riskfaktor.



tyd och kunskap om alkoholproblemet och ökad vilja att remittera personer till en mer omfattande rådgivning (Roman & Blum 1996).

Även om det finns stöd för att EAP har en viss effekt att hjälpa personer med alkoholproblem tillbaka till arbete (Roman & Blum 2002) så är det uppenbart att det i nuläget finns en allt för låg evidens, om någon alls, för att EAP har en primär- och sekundärpreventiv effekt (Cook 2006).

### *Narkotikatestning*

Narkotikatester i urin har funnits tillgängliga i över 25 år och har som metod spridit sig i såväl Sverige som andra länder. Initialt utvecklades enkla testinstrument i USA för användning till patientnära analyser i kliniskt behandlingsarbete och detta bidrog sannolikt till den stora spridningen av drogtestning. En annan orsak till den idag stora användningen är att metoden är effektiv på att identifiera narkotikaintag (DuPont m.fl. 1995). Med ett urinprov kan man på ett enkelt sätt och med stor säkerhet avgöra huruvida intag av ett narkotikaklassat preparat skett under de närmast föregående dagarna. Andra metoder så som analys av hår, svett och saliv har hittills visat sig vara alltför osäkra i jämförelse med urinalys (Verstraete 2004).

### *Särskilda kvalitetskrav*

I samband med att drogtestningen började användas för annat än det strikt kliniska ändamålet som till exempel för testning av anställda, ökade kravet på och intresset för metodens tillförlitlighet. Redan i början av 1990-talet väcktes frågan i Sverige. Detta medförde ökade krav på att kunna säkra (verifiera) testresultaten och laboratorierna skaffade snart kompetens för detta (Lafolie m.fl. 1991). Forskare har framhållit att såväl test- som analysystemen måste omfattas av en tydlig kvalitetssäkring så att felaktiga bedömningar minimeras (Beck & Hjemdahl 1998, DuPont 1990, Killander m.fl. 1997). Exempel på kvalitetssäkring är att själva analysen av provet ska göras på ett laboratorium som är godkänt (ackrediterat) för att genomföra narkotikaanalyser just i arbetslivet. I Sverige är det Swedac som efter prövning utfärdar ackreditering enligt en internationellt antagen standard (till exempel ISO 17025). Swedac är en av de myndigheter som framhåller att tester som syftar till kontroll (arbetsplatstestning, körkortsärenden, vårdnadsärenden, etc.) ställer särskilt höga krav på kvalitet och säkerhet.

Ytterligare en viktig komponent av kvalitetssäkringen är den slutliga bedömningen av analysresultatet från laboratoriet. Bedömningen bör genomföras av en specialistläkare som har genomgått en så kallad MRO-utbildning (MRO=Medical Review Officer) (DuPont 1990, Seymour & Smith 1990, Verstraete 2004). MRO-läkarens uppgift är bland annat att bedöma och utesluta alternativa medicinska förklaringar till ett positivt analysresultat. Denna funktion finns för att minimera möjligheten till falskt positiva provsvar eftersom ett sådant kan medföra förödande konsekvenser för den enskilde.

*Såväl test- som analys-systemen måste omfattas av en tydlig kvalitetssäkring så att felaktiga bedömningar minimeras.*

ULRIC HERMANSSON

---

Det finns i princip tre olika typer av testsituationer inom arbetslivet (Cook, 2006):

- Test vid nyanställning, troligen den mest förekommande (nyanställning, byte av tjänst som omfattar testning, etc.).
- Test vid misstankar (kan vara vid misstankar om påverkan, vid olyckor, etc.).
- Slumpmässiga tester (omfattar alla eller större del av de anställda).

#### *Upptäckt*

Som tidigare nämnts har testning visat sig vara en effektiv metod att identifiera och verifiera om medarbetare nyligen använt narkotika. På uppdrag av hälso- och sjukvårdsdepartementet i USA (U.S. Department of Health och Human services) genomfördes en studie i syfte att bedöma möjligheten att upptäcka frekvent jämfört med icke frekvent narkotikaanvändning.

DuPont och medarbetare (1995) genomförde en studie med stöd av 15 experter med omfattande vetenskaplig och klinisk erfarenhet av såväl drogtester i arbetslivet som behandling av drogproblem. Utifrån forskargruppens tidigare kunskap och kliniska erfarenhet delade man i studien in narkotikamissbrukarna i tre grupper, tillfällighetsmissbrukare, månadsmissbrukare och dagliga missbrukare. Gruppen tillfällighetsmissbrukare bedömdes i genomsnitt använda narkotika 7 dagar på ett år, gruppen månadsmissbrukare 43 dagar/år och gruppen dagliga missbrukare bedömdes i genomsnitt använda narkotika 228 dagar på ett år. Forskargruppens bedömning var att bland de som testade positivt på narkotika under ett år tillhörde 52 procent dagliga missbrukare, 41 procent månadsmissbrukarna och 7 procent tillfällighetsmissbrukarna. Slumpmässiga tester hade självfallet högst upptäcktsmöjlighet bland dagliga missbrukare (40 procent) jämfört med månadsmissbrukarna (8 procent) och tillfällighetsmissbrukarna (1 procent).

Även om denna studie bygger på teoretiska antaganden är det rimligt att dra slutsatsen att det är få metoder som kan uppvisa liknande upptäcktsmöjlighet för narkotikaintag som slumpmässiga tester. Självfallet styrs upptäcktsmöjligheten av såväl slumpnivån, hur många anställda som ingår i slumpningen under ett år, som förekomst av narkotikaintag (prevalens). Däremot har vi allt för bristfällig kunskap om vilken preventionseffekt denna ”upptäcktsrisk” har på såväl individ som gruppnivå.

### *Möjliga effekter*

I USA samlas årligen data in från majoriteten av laboratorierna som utför narkotikaanalyser för arbetslivet. Under perioden januari till juni 2000 gjordes en skattning på att det genomfördes 3,4 miljoner tester inom arbetslivet i USA (Bush & Autry 2002). Den årligen redovisade statistiken från dessa större laboratorier visar att förekomsten av andelen positiva utfall minskat över tid. När kartläggningen startade 1987 var andelen positiva utfall 18,1 procent och 1999 hade den minskat till 4,7 procent. Denna minskning talar för att införandet av tester leder till att färre personer i arbetslivet missbrukar narkotika. Men det är svårt att från idag genomförda studier finna ett entydigt svar på att denna minskning enbart beror på införandet av tester.

Det finns även enkätundersökningar som indikerar att drogtester kan ha en viss effekt på droganvändningen (French m.fl. 2004). En av undersökningarna omfattar ca 15 000 personer från två nationella enkätkartläggningar (USA) för åldersgruppen 18–65 år. Syftet med studien var att undersöka sambandet mellan narkotikaanvändning och arbetsplatsprogram där något slag av drogtestprogram använts (nyanställning, misstanke och slumpmässiga testprogram). Författarnas försiktiga slutsats är att det tycks vara så att drogtestprogram kan ha en preventiv effekt. Detta eftersom redan anställda avhåller sig i högre grad från narkotikamissbruk och aktiva missbrukare söker i mindre grad arbete där nyanställningstester förekommer.

Det finns studier som visar att arbetsskador hos medarbetaren (där arbetsgivaren är ekonomiskt ansvarig) minskade med 51 procent efter införandet av drogtestningsprogram (Gerber & Yacoubian 2002). Inom en del av byggnadsbranschen i USA konstaterades att före införandet av drogtester var andelen arbetsskador 8,92 skador per 100 anställda. Två år efter införandet hade kvoten sjunkit till 4,36. Dock är problemet med denna och liknande studier att bedöma och ta hänsyn till andra påverkansfaktorer (confounder) som genereras från andra säkerhetsrelaterade arbetsmiljöinsatser (Kraus 2001).

Översiktsartiklar från USA och Australien framhåller just att även om det finns studier som visar att drogtestning kan ge effekter på minskad droganvändning, frånvaro, färre olyckor och minskad ohälsa, så har flertalet av dessa studier metodbrister (Blaze-Temple 1992, Cook 2006). Dessa metodbrister framkom tydligt i en översiktsartikel med fokus på arbetsskador och olyckor i relation till drogtester (Kraus 2001). Totalt granskades 740 abstrakt varav 101 artiklar selekterades för

*Det finns studier som visar att arbetsskador hos medarbetarna minskade efter införandet av drogtestningsprogram.*

läsning i sin helhet. Endast sex av dessa artiklar uppfyllde inklusionskriteriet helt eller delvis. Författaren valde att inte granska prevalens och vilken laboratorieanalysmetod som använts. Man separerade heller inte alkohol- och narkotikatestning och man inkluderade inte subjektiva mätmetoder som självrapportering i den slutliga bedömningen. Även studier med fokus på nyanställningstester exkluderades. Slutsatsen i denna översiktstudie är att kunskapsläget är begränsat. Författarna framhåller att vi vet alltför lite om slumpmässig eller misstankebaserad testning har en effekt på att minska skadorna och olyckor på en arbetsplats. Vidare framhåller man att det inte bara är problematiskt, utan kanske till och med omöjligt att genomföra en strikt randomiserad kontrollerad studie vad gäller drogtesters effekter på en arbetsplats (Kraus 2001). Att det finns studier som indikerar att narkotikatester på en arbetsplats kan ha en viss preventionseffekt på minskad droganvändning, frånvaro, färre olyckor och minskad ohälsa borde uppmuntra till ytterligare forskning. Inom detta område borde flera systematiska och kontrollerade studier genomföras såväl nationellt som internationellt.

## Vad betyder det här för preventionen?

### *Arbetslivet som preventionsarena*

I Sverige liksom i många andra länder befinner sig en klar majoritet av den vuxna befolkningen i arbetslivet under merparten av sitt liv. Detta faktum medför att arbetslivet är en av flera viktiga arenor vad gäller narkotikapreventivt arbete. Det finns forskare som framhåller att effektiva alkoholpreventiva åtgärder inom arbetslivet skulle ha en generell effekt på folkhälsan. Det är mot den bakgrunden inte orimligt att göra antagandet att effektiva narkotikapreventiva metoder i arbetslivet även borde ha en samhällelig effekt på narkotikavanorna.

Det är även viktigt att konstatera att flera internationella studier visar att merparten av de som använder narkotika har ett arbete. Kunskapen om narkotikamissbrukets omfattning på svenska arbetsplatser är allt för låg. Det finns dock befolkningsstudier som visat att ca 2–4 procent av den arbetsföra befolkningen har använt narkotika det senaste året. Även om det finns goda belägg för att narkotikamissbruk generellt är en medicinsk, psykologisk och social risk för alla så finns det stöd för att arbetslivet bör överväga särskilda motiv för att implementera narkotikapreventiva åtgärder. Sådana motiv är att de som an-



vänt narkotika har ökad risk för olycksfall, ökad frånvaro, ökad risk för ohälsa etc.

Erfarenheter från preventionsprogram för en nykter och narkotikafri arbetsmiljö har visat att en kombination av flera åtgärder erfordras för ett framgångsrikt resultat. Exempel på en sådan kombination av åtgärder kan vara en skriven policy, information och utbildning till all personal, utbildning och träning av chefer, tester (alkohol och narkotika) och rehabilitering.

Tyvärr är kunskapsläget alltför bristfälligt om vilka specifika metoder som är de mest effektiva för att förebygga narkotikaanvändning på en arbetsplats. Mot den bakgrunden är det viktigt att vetenskapligt utvärdera olika preventionsmetoder i arbetslivet och dess effekter.

*Erfarenheter från preventionsprogram för en nykter och narkotikafri arbetsmiljö har visat att en kombination av flera åtgärder erfordras.*

Mycket talar för att just narkotikatester (urinprov) är en bra metod för tidig upptäckt av narkotikaanvändning på en arbetsplats. Dessutom finns en viss, om än blygsam, indikation på att narkotikatester kan ha en narkotikapreventiv effekt.

## Litteratur

En komplett referenslista kan rekvideras från [info@fhi.se](mailto:info@fhi.se)

- Ames, G.M. (1993). "Research and strategies for the primary prevention of workplace alcohol problems." *Alcohol, Health and Research World* 17(1):19-27.
- Blaze-Temple, D. (1992). "Drug testing in the Australian workplace: overview of the issues." *Drug and Alcohol Review* 11:59-73.
- Burgess, K.M., O'Donnell, W.J., Bennett, A.A. & von Vietinghoff-Scheel, K. (1997). "Employee assistance programs: a worldwide perspective." *Behav. Health Tomorrow* 6(4):69-72.
- Bush, D.M. & Autry, J.H. 3rd (2002). "Substance abuse in the workplace: epidemiology, effects, and industry response." *Occupational Medicine* 17(1):13-25, iii.
- Cook, R.F. (2006). "Drug Abuse Prevention in the Workplace", i *Handbook of Drug Abuse Prevention. Theory, science, and Practice*. (Sloboda, Z. & Bukoski, W.J. red.), s. 157-172. New York: Springer.
- Cook, R.F. & Youngblood, A. (1990). "Preventing substance abuse as an intergral part of worksite health promotion." *Occupational Medicine: State of the Art Reviews* 5(4):725-738.
- DuPont, R.L., Griffin, D.W., Siskin, B.R., Shiraki, S. & Katze, E. (1995). "Random drug tests at work: the probability of identifying frequent and infrequent users of illicit drugs." *Journal of Addictive Diseases* 14(3):1-17.
- French, M.T., Roebuck, M.C. & Kebreau, A.P. (2004). "To test or not to test: do workplace drug testing programs discourage employee drug use?" *Soc Sci Res* 33(1):45-63.

ULRIC HERMANSSON

---

- Gerber, J.K. & Yacoubian, G.S., Jr (2002). "An assessment of drug testing within the construction industry." *J Drug Educ* 32(1):53-68.
- Hall, W. & Babor, T.F. (2000). "Cannabis use and public health: assessing the burden." *Addiction* 95(4):485-490.
- Heaney, C.A. & Goetzel, R.Z. (1997). "A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs." *Am J Health Promot* 11(4):290-307.
- Hersch, R.K., Cook, R.F., Deitz, D.K. & Trudeau, J.V. (2000). "Methodological issues in workplace substance abuse prevention research." *J Behav Health Serv Res* 27(2):144-151.
- Kraus, J.F. (2001). "The effects of certain drug-testing programs on injury reduction in the workplace: an evidence-based review." *Int J Occup Environ Health* 7(2):103-108.
- Macdonald, S., Wells, S. & Wild, T.C. (1999). "Occupational risk factors associated with alcohol and drug problems." *Am J Drug Alcohol Abuse* 25(2):351-369.
- Normand, J., Salyards, S.D. & Mahoney, J.J. (1990). "An evaluation of preemployment drug testing." *J Appl Psychol* 75(6):629-639.
- Roman, P. & Blum, T. (1996). "Alcohol: A review of the impact of worksite interventions on health and behavioral outcomes." *Am J Health Promot* 11(2):136-149.
- Seymour, R.B. & Smith, D.E. (1990). "Identifying and Responding to Drug Abuse in the Workplace: An Overview." *Journal of Psychoactive Drugs* 22:383-405.