

Sammen om endring: Rusbehandling og arbeidsliv

Bergljot Baklien og Astrid Skatvedt



Rapport fra Akan kompetansesenter



Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
1. Innledning	4
2. Kunnskap om arbeidsliv og alkohol	5
3. Metode: Hvordan vet vi det?	6
4. Pasientmangfold	7
5. Det er flere veier til behandling	9
6. De som blir «tvangsendt» til behandling, og som mangler motivasjon	11
7. Behandlerne er opptatt av pasientens forhold til jobben	12
8. Å involvere arbeidsplassen i behandlingsprosessen	14
9. Når pasienten ikke vil at arbeidsplassen skal vite	17
9.1 Jobben kan ryke	17
9.2 Bransje, alder og posisjon	18
9.3 «Åpenhet og rus funker dårlig»	19
9.4 Behandlerstrategi	20
9.5 En solskinnshistorie	21
10. Skammens tyngde	22
11. Blandede erfaringer med individuelle Akan-avtaler	24
12. Pakkeforløp: Ingen hindring	28
13. Hva hemmer og hva fremmer samarbeid med arbeidsplassen?	29
14. Oppsummering og konklusjon	32
Litteratur	34

Forord

Denne studien ser på forutsetningene for å forbedre og forenkle samhandlingen mellom behandlerne på rusbehandlingsinstitusjonene på den ene siden, og arbeidsplassene til pasienter med alkoholproblemer på den andre. Takk til Akan kompetansesenter som gav oss et spennende oppdrag, og hjelp til å finne informanter. Takk til behandlerne som delte sine erfaringer og brukte tid på samtaler med oss.

Bergljot Baklien har vært prosjektleder, analysert dataene og ført rapporten i pennen. Astrid Skatvedt har gjennomført et flertall av intervjuene og bidratt til arbeidet med rapporten som helhet. Begge forfatterne står samlet inne for det produktet som her presenteres. Til slutt vil vi takke Rose-Marie Banks for utmerket transkribering av intervjuene, og Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Fakultetet for helse- og sosialvitenskap ved Universitetet i Sørøst-Norge som har finansiert Skatvedts innsats på prosjektet.

Bergljot Baklien og Astrid Skatvedt

August 2022



Sammendrag

Intensjonen med denne studien er å få fram kunnskap som kan forbedre og forenkle samhandlingen mellom behandlerne på rusbehandlingsinstitusjonene på den ene siden, og arbeidsplassene til pasienter med alkoholproblemer på den andre. Slik kunnskap er etterlyst i studier som har påpekt hverdagslivets og jobbens betydning for bedring for denne pasientgruppa. Vi har gjennomført kvalitative intervjuer med 13 behandlere fra seks ulike rusbehandlingsinstitusjoner. De viser at pasientene har ulike veier inn i behandlingssystemet. Noen kommer mer eller mindre av seg selv, noen kommer fordi partner har stilt et ultimatum, og noen kommer på initiativ fra arbeidsgiver eller nærmeste leder.

De aller fleste behandlerne er opptatt av pasientens forhold til jobben. De forteller både om pasienter der jobben strukturerer og forankrer hverdagslivet, og om pasienter der konflikter og stress på jobben har forsterket eller utløst alkoholproblemer. Men å snakke om hvordan pasienten har det på jobben er en ting, å involvere arbeidsplassen i behandlingsprosessen er en annen. Slikt samarbeid kan ta form av møter, enten på pasientens arbeidsplass eller på behandlingsinstitusjonen. En hindring for slikt samarbeid, er at pasienten ikke vil at arbeidsplassen skal vite at han eller hun går i behandling. De kan være redde for å miste jobben. Noen pasienter – og dermed også behandlerne deres – kan ha erfaringer for at åpenhet ikke lønner seg. Samtidig har behandlerne gode strategier for å oppfordre til åpenhet. Det kan dreie seg om å normalisere situasjonen for å bryte ned den skammen som ofte preger pasienter med alkoholproblemer, for eksempel ved å presentere statistikk om hvor vanlig det er å ha problemer med bruk av alkohol. Har arbeidsplassen en Akan-kontakt, kan behandler vise til det som et uttrykk for at pasienten neppe er den første som har rusproblemer på den arbeidsplassen. Behandlerne snakker også om pasienter som er «skamfulle uten grunn», og som opplever å bli møtt med forståelse når de står fram på arbeidsplassen med sitt problem.

Individuelle Akan-avtaler er ofte et tema i det samarbeidet behandlerne og pasientene deres har med arbeidsplassen. De kan noen ganger bli opplevd som omsorg og som uttrykk for at arbeidsplassen verdsetter den personen som nå får hjelp med sine problemer. Men Akan-avtalene kan også oppfattes som uttrykk for kontroll og mistenksomhet. Vi fikk flere eksempler på at behandlere hadde grepet inn når det var avtaler de opplevde som urimelige. I ett tilfelle snakket behandleren om at en arbeidsplass forsøkte å skyte spurv med kanoner.

Forutsetningene for et godt samarbeid med pasientens arbeidsplass, kan sorteres ut fra hvem av de tre aktørene de er knyttet til, pasientene, arbeidsgiver/leder eller behandler. Pasientene må føle seg trygge nok til å være åpne om sitt rusproblem. Arbeidsgivere og ledere trenger kunnskap om rusavhengighet og behandling, samt rom for tilrettelegging på arbeidsplassen. For behandleren er rammebetingelsene ved den aktuelle institusjonen viktig. Det trengs fleksibilitet og handlingsrom. Samarbeid med pasientenes arbeidsplass kan være tidkrevende. Kanskje ligger de viktigste forutsetningene for samarbeid likevel i samspillet eller samhandlingen mellom aktørene. Intervjuene med behandlerne viser at tillit og kunnskap om hverandre er viktige stikkord.

1. Innledning

Akan kompetansesenter er opptatt av å få fram kunnskap som kan forbedre og forenkle samhandlingen mellom behandlerne på rusbehandlingsinstitusjonene og pasientenes arbeidsplasser. De har derfor tatt initiativ til et pilotprosjekt for å identifisere hindringer i behandlingsinstitusjonenes og behandlernes muligheter til å vektlegge arbeidsliv i sitt arbeid med pasientene. Intensjon på sikt er at økt kunnskap om betydningen av å inkludere pasientens arbeidsgiver eller nærmeste leder i behandlingsprosessen vil kunne bidra til at flere arbeidstakere med problematisk alkoholbruk fortsetter i jobb, med andre ord at kunnskap kan hindre frafall.

Denne rapporten gir resultatene fra pilotstudien. Den bygger på kvalitative intervjuer med behandlere fra seks ulike rusbehandlingsinstitusjoner som alle har pasienter med alkoholproblemer. De aller fleste vi har snakket med jobber poliklinisk, og en viktig andel av deres pasienter er i arbeid.



2. Kunnskap om arbeidsliv og alkohol

Intensjonen med denne studien er å få fram kunnskap som styrker samarbeidet mellom arbeidslivet og de som behandler personer med problematisk bruk av alkohol. Både norsk og internasjonal forskning bekrefter at slik kunnskap er viktig. For å begynne med noen tall, vet vi at arbeidstakernes alkoholbruk koster. Fravær og ineffektivitet på grunn av alkoholbruk er anslått til å koste arbeidslivet minst 1,1 milliarder kroner i året (Samfunnsøkonomisk analyse 2018, se også OsloEconomics 2022). En survey-basert studie av alkoholrelatert fravær på norske arbeidsplasser, viste at arbeidsgivere og ledere bruker mye tid på enkeltpersoner med problematisk alkoholbruk (Buvik, Moan & Halkjelsvik, 2018). Studien konkluderer med at selv om de ikke finner høy forekomst av alkoholrelatert fravær, kan alkoholproblemene til noen få, eller kanskje bare en ansatt, ha alvorlige og vidtrekkende følger for arbeidsplassen.

Vi vet også at bare om lag 7 prosent av dem som har en alkoholbrukslidelse, får behandling (Torvik et al 2018). Det er også grunn til å tro at personer som trenger behandling for problematisk bruk av rusmidler ofte har falt ut av arbeidslivet, eller kanskje aldri har vært der. I tillegg til de store personlige lidelsene dette medfører, betyr det store samfunnsmessige utgifter til ulike trygdeordninger og til sosialhjelp. En studie som fulgte opp personer som hadde vært til behandling for problematisk bruk av alkohol fem år etter behandlingsslutt, fant at omtrent en firedel var på uføretrygd (Christiansen & Moan, 2022). En annen firedel var i fast jobb og hadde vært det gjennom hele perioden. Dette gjaldt særlig de som hadde høyere utdanning. De øvrige var i ulike mellomkategorier med varierende grad av tilknytning til arbeidslivet.

I tillegg til disse tallenes tale, finner vi nyere forskning som vektlegger jobben og hverdagslivets betydning for de som har et avhengighetsproblem. Veseth m.fl. hevder at både forskere og klinikere har oversett hverdagslivets nøkkelrolle i bedringsprosessen (Veseth et al 2022, side 262). De viser at i denne sammenhengen er jobben særlig viktig. «*Lønna suger, men jobben er gull*», sier en av dem de har intervjuet. For dem som hadde vært uten arbeid, ble det å komme i jobb beskrevet som et vendepunkt. Det gav mestring og sosialt nettverk, to faktorer som hadde vært mangelvare i deres tidligere liv. For andre var en reaksjon fra nærmeste leder en utløsende faktor når det gjaldt å innse alvoret i rusproblemet og dermed søke hjelp. Veseth m.fl. beskriver at de finner at dette gjelder uavhengig av hva slags jobb det har vært snakk om. Det gjelder for butikkansatte og for politikere på høyt nivå, for en forsker og for en sosialarbeider. En av deres informanter sier det slik: «*Jeg la alle kort på bordet. Jeg skjønnte at her var det ingen vits i å lure seg unna eller å snakke det bort. Jeg sa det som det var*» (Veseth et al 2022, side 262). Informantene til Veseth m.fl. beskriver også hvordan det å være i jobb bidro til å strukturere dagene. De får ansvar, de må stå opp om morgenen, og fungere gjennom dagen.

Flere knytter vendepunktet til det at de er blitt vist tillit fra en arbeidsgiver. Det dreier seg også om å være «vanlig», å ha et vanlig liv som alle andre. Å være arbeidstaker er en vanlig og typisk rolle for de aller fleste i arbeidsfør alder i vårt samfunn. Jobben er kanskje den viktigste sosiale arenaen i folks hverdagsliv. Det betyr at en jobbtilknytning gir forankring i et vanlig liv også under behandlingsprosessen. Veseth m.fl. sin studie viser at man mister mye hvis utgangspunktet er «bli frisk først, så i jobb igjen». Å være i jobb gir tilhørighet og identitet. Dette temaet går også igjen i annen forskning. For eksempel viser Nordaunet og Sælor (2022) hvordan meningsfylte aktiviteter ikke bare kan strukturere hverdagen, men også gi en identitet som «vanlig», en identitet som konkurrerer med identiteten som «rusavhengig».

En klar konklusjon i disse studiene er at arbeidstilknytning bør integreres i behandlingsprosessen for pasienter med avhengighetslidelser. De etterlyser også mer forskning på feltet. Vår pilotstudie av hva som hemmer og hva som fremmer at behandlerne trekker pasientens jobb og arbeidssituasjon inn i behandlingen kan betraktes som et eksplorerende og foreløpig svar på denne etterlysningen. I neste kapittel redegjør vi for metodegrunnlaget for de funnene vi presenterer seinere i rapporten.

3. Metode: Hvordan vet vi det?

Studien bygger på kvalitative intervjuer med til sammen 13 behandlere fra seks ulike rusbehandlingsinstitusjoner ulike steder i Sør-Norge. Informantene ble rekruttert ved at Akan kompetansesenter tok kontakt med ledelsen ved institusjonene. Disse lederne oppfordret så sine ansatte til å delta i studien. Rekrutteringsformen kan innebære en metodologisk skjevhet idet Akan kompetansesenter i hovedsak henvendte seg til institusjoner som de allerede hadde en relasjon til. Det kan bety at de vi har snakket med har bedre kjennskap til Akan-modellen¹ og kanskje også er mer opptatt av pasientenes forhold til arbeidslivet enn det som ville vært tilfelle ved et mer representativt utvalg av behandlere fra alle norske rusbehandlingsinstitusjoner.

De 13 informantene var åtte kvinner og fem menn. For anonymitetens skyld omtales alle som hen i den videre teksten. Når det gjaldt utdanningsbakgrunn, var fem psykologspesialister, to sykepleiere, en var lege og fem hadde sosialfaglig utdanning (barnevernspedagog/sosionom) med videreutdanning. De aller fleste hadde lang yrkeserfaring og diverse tilleggsutdanning, som for eksempel master i familierterapi og/eller videreutdanning i rus og psykisk helse.

Syv intervjuer ble gjennomført av Skatvedt, og fem av Baklien. Ett intervju gjorde vi sammen. Seks av intervjuene ble gjennomført fysisk, mens resten ble gjort digitalt (tre med kamera, fire uten kamera – på grunn av tekniske problemer). Etter vår oppfatning var det mindre problematisk enn forventet å gjennomføre et intervju uten å kunne se hverandre. Men som flere har vært inne på, blir et telefonintervju gjerne kortere og får lettere et mer formelt preg enn når det foregår ansikt til ansikt (Tjora, 2012). Intervjuene hadde en varighet på mellom 30 og 60 minutter. De ble tatt opp på bånd og transkribert. De transkriberte intervjuene, som altså ligger til grunn for analysen, utgjør til sammen 201 sider tekst.

En intervjuguide utarbeidet i samarbeid med oppdragsgiver, var utgangspunkt for samtalene med informantene. I ettertid så vi at guiden var unødvendig detaljert, så den ble forenklet og justert underveis, etter hvert som vi fikk bedre innblikk i behandlingshverdagene. Vi tilstrebet en naturlig samtaleform, stilte oppfølgings- og utdypingsspørsmål og trakk inn tema og vinklinger vi fattet interesse for underveis. Informant og intervjuer hadde en felles refleksjon over temaene, og begge var aktive i å trekke konklusjoner og finne fram til hva som var viktig (jf. "aktiv intervjuing", Holstein & Gubrium, 2020, Espedal, 2022). Vi inviterte dessuten informantene til å fortelle om konkrete erfaringer og pasienter, ut ifra en intensjon om å få fortellinger om den faktiske virkeligheten, ikke bare om virkeligheten slik den eventuelt burde være.

En gjennomgående og svært positiv erfaring fra intervjuene, var at de aller fleste informantene var opptatt av temaet. De uttrykte at de satte pris på samtalen med oss. En åpnet intervjuet med å si at hen hadde lest informasjonsskrivet som var sendt ut på forhånd, og var så glad for at noen var opptatt av dette temaet, «for vi trenger så innmari hjelp fra noen der ute, noen som er litt mere på».

Datamaterialet ble analysert ut fra teknikkene tekstreduksjon (jf. Skilbrei 2021, side 182), og tematisk analyse (Eggebo 2021, Braun & Clarke 2021). Det vil si at vi søkte å identifisere temaer på tvers av intervjuene for å belyse likheter og forskjeller i synspunkter og fortellinger. Transkripsjonene er blitt lest gjentatte ganger for å kategorisere data. Temaene vi endte opp med gjenspeiles i overskriftene til de empiriske kapitlene der vi presenterer funnene.

I presentasjonen av resultatene har vi lagt vekt på å la informantene komme til orde. Deres fortellinger er i hovedsak viktigere enn våre tolkninger og kommentarer. Det innebærer at de empiriske kapitlene har mange og til dels lange sitater. I neste kapittel, det første som presenterer resultatene, bruker vi to fortellinger til å beskrive pasientmangfoldet ved behandlingsinstitusjonene.

1. Sentralt i Akan-modellen er at det forebyggende arbeidet forankres i virksomheten selv, og i samarbeid mellom partene i den enkelte virksomhet, det vil si ledelsen og de ansatte. <https://akan.no/akan-modellen/>. Se også denne lenken om hvordan modellen kan legge grunnlag for forebyggende arbeid på arbeidsplassen, tidlig reaksjon og forslag til hjelpetiltak og oppfølging: <https://akan.no/akan-modellen/forebyggende-arbeid-og-tiltak-etter-akan-modellen/>

4. Pasientmangfold

Tidlig i intervjuet ba vi informantene fortelle om en av de siste pasientene de hadde hatt. Det førte til at vi fikk mange og gode fortellinger om de menneskene behandlerne jobber med. Også seinere i intervjuet brukte informantene våre ofte faktiske pasienter som eksempler når de skulle utdype og illustrere det vi snakket om. Det betyr at selv om vi ikke har intervjuet pasienter, har vi et ganske godt bilde av pasientmangfoldet ved de behandlingsinstitusjonene der vi har intervjuet. For dit kommer det alle slags folk. Det de har felles, er at de har et avhengighetsproblem². Hvithammer (2021) beskriver dem slik (side 54): «Mennesker i rusbehandling er ingen ensartet gruppe. De har ulike historier og utgangspunkt inn i behandling, og de har ulike mål, håp og tro om endring og bedring.» Eller som en av informantene fortalte oss:

— Det er alle slags folk. Altså, det var en periode hvor jeg hadde alt fra en pasient som var uten fast bopel, som på en måte vagabonderte, som vi kaller det, og til en aksjemegler fra Holmenkollåsen med 100 flasker i kjelleren. Så det kan være ganske stort spenn da.

Den enkelte informantens pasienter varierer ut fra hva slags jobb behandleren har, og hvilken behandlingsinstitusjon vedkommende jobber ved. Noen steder går noen pasienter bare poliklinisk, i en til en behandling for eksempel en gang eller to i uka over tid. De fleste av våre informanter jobbet primært poliklinisk. Noen steder er pasientene først innlagt i en periode, og fortsetter så med poliklinisk oppfølging. Noen pasienter går i dagbehandling. De bor hjemme, men går i en gruppe fire dager i uka. Dagbehandlingen er så vidt intensiv at pasientene ikke kan kombinere det med jobb. Enkelte av våre informanter jobber primært eller bare med dagbehandling. De behandlerne som jobber bare poliklinisk, anslår at 50 til 70 prosent av pasientene deres er i jobb.

Vi kan illustrere med to pasientfortellinger. Ifølge behandlerne som fortalte om dem, er begge disse pasientene ganske typiske. Den første fortellingen er om et behandlingsforløp der både den ansattes arbeidsgiver og bedriftens interne Akan-kontakt³ og støtteapparat var inne i prosessen.

— Jeg har jobbet med denne pasienten, en mann midt i tretti-årene, i åtte måneder. Det er ganske kort tid. Men jeg overtok han fra en annen poliklinisk behandler. Så var han innom dagbehandling. Etter det kom han tilbake til vår poliklinikk, til meg da. Han kom fra en større, offentlig arbeidsplass, hans jobb var på grasrota. Det var en Akan-avtale⁴ inne i bildet, og arbeidsplassen var kjent med avhengighetsproblemen. Initiativet til behandling kom fra arbeidsplassen, Akan-kontakten og en fastlege. Jeg vet ikke hvem som trykket mest på. Men henvisningen kom vel fra fastlegen. Det er de som formelt må henvise til oss. Slik sett var han en av disse som havner i behandling uten egentlig å ha villet det selv, og som er lite motivert. Jeg lurer jo på hvem som ønsket behandling mest, han eller arbeidsplassen. Press fra arbeidsgiver var nok viktig, men jeg lurer litt på om han ikke var klar for den store endringen ved å legge til side rus. Det var alkohol og cannabis. Han var nok ikke helt klar, men følte vel at han måtte inn i behandling og være en del av en Akan-avtale for å beholde jobben sin. Det der er alltid utfordrende for oss terapeuter. Vi må prøve å balansere, for det har jo betydning for motivasjonen. Da han avsluttet hos oss, så var han fortsatt der at han kjente på fryktelig mye press fra både familie og arbeidsgiver.

Behandleren har vært opptatt av å være på pasientens side. I møtene med arbeidsgiver har hen lagt vekt på å informere om hva rusbehandling innebærer, og at det «ytre styrte», for eksempel med at mange rusmiddeltester ikke alltid er det beste.

2. Jørgen Bramness definerer avhengighet slik: Rusmiddelavhengighet kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Brukeren opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser, og prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser. Avhengighet kan også innebære behov for økende doser (toleranse) og noen ganger avvenningssymptomer (abstinenser) når bruken opphører en periode. Symptomene varierer med typen rusmiddel og omfanget av bruk. (Bramness, 2018).

3. I tråd med Akan-modellen, kan virksomheten utnevne en eller flere personer som ressurspersoner i det forebyggende arbeidet. Noen virksomheter velger å ha egne Akan-kontakter som en pådriver og en rådgiver. <https://akan.no/akan-modellen/forebyggende-arbeid-og-tiltak-etter-akan-modellen/>

4. En individuell Akan-avtale er en oppfølgingsavtale mellom arbeidsgiver og medarbeideren med et problem. Det kan handle om alkohol, andre rusmidler, vanedannende medikamenter, spill eller doping. En individuell Akan-avtale er et tilbud der formålet er å hjelpe den ansatte, sikre tett oppfølging, samtidig som de beholder jobben. <https://akan.no/hjelp-en-medarbeider/>

I et sånt tilfelle som dette, betydde det at jeg var med på veldig mange møter med arbeidsgiver, kanskje litt for mange. Sånne møter er på en måte en oppsummering av hvordan det går i behandling. Så kan jo pasienten, i det tilfellet her, si at jeg kan si alt. Da tenker jeg at nei, det skal jeg ikke som behandler. Noe tilhører terapirommet og skal ikke deles i alle rom. Slik at det ble mitt ansvar å sette en grense der. Egentlig skal jeg bare gi uttrykk for hvordan jeg og denne pasienten jobber terapeutisk med å nå hans uttalte mål om rusfrihet.

Behandleren forteller om mange møter, og at det var pasienten som ville ha hen med, kanskje som en støtte eller som et slags alibi. Den polikliniske behandlingsrelasjonen opphørte når pasienten måtte tilbake til dagbehandling - etter et initiativ fra Akan-kontakten på arbeidsplassen. Behandleren opplevde dette som positivt og som et uttrykk for omsorg. Dette var en person som var dyktig i jobben sin, og som arbeidsplassen strakk seg langt for å ta vare på.

Den andre pasientfortellingen kan illustrere en situasjon der det ikke var noen støtteapparat å samarbeide med, og der det heller ikke var naturlig å ha kontakt med arbeidsplassen.

Da kan jeg jo fortelle om en kvinne på rundt femti, hun har gått til poliklinisk behandling i om lag ett år. Hun er i jobb, det er en liten privat arbeidsplass, der hun er leder. Arbeidsplassen er ikke kjent med hennes avhengighetsproblemer. Hun er opptatt av at de ikke skal være det, og det gjør hun nok ganske store anstrengelser for. Hun er sin egen leder på et vis, men hun står jo til ansvar for kommune og litt sånne ting. Så hun skjuler nok det. Kanskje er det litt derfor hun har søkt behandling, at hun ser at det her har begynt å få litt konsekvenser, og at hun er redd for at det skal bli mer ut av det.

Forholdet til jobben har vært et viktig tema i samtalene med henne. Hun har selv en arbeidshypotese der hun tenker at jobbsituasjonen har bidratt til at alkoholproblemet har eskalert. Det har vært mye stress og angst som blir trigga av den rollen hun har. Så her var det pasienten selv som tok opp forholdet til arbeidsplassen, nesten fra første time. Denne damen er ganske typisk. Det er vel litt sånn 50/50 om arbeidsplassen vet det eller/og ikke vet det. Så sånn sett er hun typisk. Og så har man de der arbeidsgiver er informert og kollegene vet det.

Det er altså stor bredde i hvilke pasienter våre behandlere jobber med. Noen ganger er det naturlig å søke et samarbeid med arbeidsplassen i behandlingsprosessen, andre ganger ikke. Som eksemplene viser, kan det ha sammenheng både med arbeidsplassens størrelse og med hvilken posisjon pasienten har på denne arbeidsplassen. Men som vi skal komme tilbake til, og som begge eksemplene illustrerer, er forholdet til jobben, til arbeidsoppgaver og kolleger, nesten alltid et sentralt tema i behandlingsprosessen.

Eksemplene illustrerer også ulike veier inn i behandling. Mens den første mannen opplevde at han ble sendt til behandling fra arbeidsgiver, oppsøkte den siste kvinnen behandling på eget initiativ. I neste kapittel ser vi nærmere på pasientenes vei inn til behandling.

5. Det er flere veier til behandling

Vår studie gir ikke grunnlag for å si noe generelt om hvor mange pasienter som kommer til behandling på eget initiativ, og hvor mange som kommer i regi av arbeidsgiver. Ved noen behandlingsinstitusjoner sier informantene at det gjerne er bedriftshelsetjenesten som har sørget for at pasienter i jobb kom til behandling. Andre steder vektlegger fastlegens rolle i henvisningsprosessen. Foran har vi vist til eksempler både på pasienter som selv har oppsøkt hjelp, og på dem som er oppfordret av arbeidsplassen. I noen tilfeller kan det også være partner eller pårørende som sier fra at nå må du få hjelp.

På den ene siden er det altså slett ikke uvanlig at pasienter kommer til behandling etter initiativ fra arbeidsplassen. Det fikk vi mange eksempler på, noe som kan tyde på at arbeidsplassen er en viktig dør inn til behandling for personer med alkoholproblemer. Samtidig mener noen av dem vi snakket med at det egentlig burde skje oftere, og at arbeidsplassen venter for lenge med å gripe inn. Informantenes fortellinger viser at det er ulike nivåer i hvordan arbeidsplassen forholder seg til ansattes problematiske bruk av alkohol. Det første er å gjøre ingenting og avvente, selv om leder får en mistanke eller en bekymring om at ikke alt er som det burde være. Det er vanskelig å snakke om, kanskje går det over, kanskje var det et uheldig engangstilfelle. Det neste er en samtale der den ansatte får tilbakemeldinger, kanskje om å skjerpe seg. Hjelper ikke det, kobles den lokale Akan-kontakten inn der en slik ressursperson finnes, og det utformes en individuell Akan-avtale⁵. Først på neste nivå skjer det at arbeidsplassen tar initiativ for å få vedkommende til å søke behandling. Det er med andre ord mange trinn i den trappen som fører til at den arbeidstakeren som har alkoholproblemer, kanskje gjennom punkter i en individuell Akan-avtale, kommer til behandling.



5. En individuell Akan-avtale er en oppfølgingsavtale mellom arbeidsgiver og medarbeideren med et problem. Det kan handle om alkohol, andre rusmidler, vanedannende medikamenter, spill eller doping. En individuell Akan-avtale er et tilbud der formålet er å hjelpe den ansatte, sikre tett oppfølging, samtidig som de beholder jobben. <https://akan.no/hjelp-en-medarbeider/>

Arbeidsplassen nøler for lenge på hvert av disse trinnene, mente behandlerne vi snakket med. En individuell Akan-avtale kan være et godt verktøy. «*Men for en som har utvikla en avhengighetslidelse, så tror jeg ikke det er tilstrekkelig*», sa en av dem vi snakket med. Da vi spurte en behandler om hvor vanlig det var at arbeidsplassen tar initiativ til å hjelpe folk inn i behandling, eller «pushe på» at de skal inn i behandling, la hen vekt på at hvis problemet blir stort nok, forsøker jobben iblant å hjelpe med å foreslå behandling. Men hen bekymret seg for at dette ikke skjedde ofte nok. Det tar for lang tid før behandlerne slipper til:

— Å snakke om rus og alt det der er jo regna som en veldig vanskelig samtale egentlig. Jeg tror med fordel at ledere kunne vært mer direkte. Ja, det er jeg ikke i tvil om. De kunne rett og slett pusha mer på for å få folk inn i behandling.

Hen mente også at problemet ofte får vokse seg for stort før en Akan-avtale kommer på plass. Som denne informanten peker på, kan arbeidsplassen gjøre en viktig jobb og også vise omsorg gjennom å motivere til behandling før det går for langt. Men det forutsetter at lederne kjenner til behandlingstilbudet, og har tro på at det virker.

Kanskje er det også slik at hvordan arbeidsplassen forholder seg til de ulike trinnene i trappen, avhenger av hvem det er som har problemer. Hvis det er sjefen som drikker så mye at det går ut over jobben, kan det være vanskeligere å ta det opp. Men ingen er tjent med å være «varig verna», som det heter i et intervju med flere rådgivere ved Akan kompetansesenter (Øiern, 2002).

Noen behandlere er opptatt av den motivasjonen og forpliktelsen som ligger i at arbeidsplassen tar et initiativ, og at det foreligger en avtale. Opplevelsen av at man kan risikere å miste jobben hvis man ikke følger opp, kan bidra til at pasienten følger opp behandlingen i større grad. Vi fikk også fortellinger om den viktige endringsprosessen som pasienten går gjennom i behandlingen:

— Det var «en uheldig alkoholhendelse» utenom arbeidstid og pasienten anså ikke dette som noe problem. Men etter hvert da, i behandlingkontakt med oss, ser både pasient og vi at det kan påvirke arbeidsforholdet.

Noen ganger er arbeidsplassen initiativtaker til at noen kommer til behandling uten at de det gjelder selv mener at de har et problem. Det tar vi opp i neste kapittel.



6. De som blir «tvangssendt» til behandling, og som mangler motivasjon

De pasientene som kommer til behandling på initiativ fra arbeidsgiver, og som selv mener at de ikke har et problem, representerer en utfordring for behandlerne. Noen ganger fungerer det, andre ganger ikke. I intervjuene fikk vi fortellinger som illustrerer dette. En behandler fortalte om en pasient som hadde en opplevelse av at han var sendt til behandling av arbeidsgiver og av Akan-kontakten. Han manglet egen motivasjon, og oppfattet ikke selv at han hadde noe problem, mens arbeidsgiver forventet at behandlingen skulle gjøre ham frisk. Fortellingen kan illustrere både hvordan behandleren kan angripe problemet, og hvordan pasientens arbeidsplass kan møte det.

— Det vi gjør da er å prøve å skape refleksjon og: «hva tenker du om drikkemønsteret ditt, og hvordan påvirker det at du kommer deg på jobb og hvordan du gjør jobben din?» I dette tilfellet sa han jeg snakket med, ikke at det var et problem. Han jobbet jo og var en god arbeidstaker. Det bekreftet sjefen også. Men han kunne komme og være litt bakfull. Så kan jo jeg tenke at her er det egentlig viktig å jobbe terapeutisk for å forebygge. Og så er jo ikke han der. Da er det vanskelig å få til noe endring.

Men jeg var med han i fellesmøte med arbeidsgiver og Akan-kontakten i virksomheten. Og i det forløpet han var hos meg, så drakk han ikke. Det var i underkant av ett år. Men det var ganske strenge kontrollregimer. Det var PEth⁶ -prøvetaking, og han måtte vise til det. Strengt regime i regi av Akan. Blodprøve en gang i måneden, tror jeg. For med PEth, da ser du verdiene, ikke sant. Det er tilstrekkelig for at arbeidsgiver får en indikasjon på inntak den siste måneden. På slutten så var jo han innmari lei av det. Og så tenker jeg at noen har jo et drikkemønster som gjør at de klarer å mestre jobben sin og de fester i helgene. Men for han, sånn som han uttalte det, var at han kom på jobben og da hadde arbeidsgiver fanget at det luktet alkohol. Men da var strikken tøyd så langt for han at han sa opp jobben sin. Det var liksom ikke noe forvarsel. Så da ble både jobben, Akan-avtalen og jeg avsluttet. Jeg vet ikke hvordan det gikk med ham, men jeg tipper at denne mannen fikk seg jobb. Også kan jeg se for meg at han har et alkoholproblem som han ikke er i kontakt med.

Vi ser altså at på den ene siden ønsker behandlerne at arbeidsplassen skal ta tak i problemet og at arbeidstakeren med alkoholproblem oppsøker behandling og helst ikke venter for lenge. På den andre siden strever de med pasienter som opplever at de er mer eller mindre «tvangssendt», og som selv mener at de ikke har et problem.

Det var for øvrig mange av dem vi snakket med som brukte uttrykket «sendt til behandling» når de snakket om sine pasienter. Ofte var det arbeidsgiver som var «avsender», noen ganger var det arbeidsplassens Akan-kontakt eller bedriftshelsetjenesten. Talemåten kan skyldes at det oppleves slik av pasienten, og kanskje blir denne oppfatningen med inn i terapirommet og får prege samtalen mellom behandler og pasient. Det er likevel viktig å merke seg at ingen kan «sendes» til behandling. Personen som har et alkoholproblem kan oppfordres eller oppmuntres til å søke hjelp hos sin fastlege eller bedriftshelsetjeneste som kan henvise videre til behandling, men den endelige bestemmelsen må personen ta selv. Uansett hva som har ført pasienten til behandling, er imidlertid behandlerne opptatt av pasientens forhold til jobben. Det tar vi opp i neste kapittel.

6. PEth (fosfatidyletanol) er en blodprøve som kan tas hvis man er bekymret for eller har mistanke om skadelig alkoholbruk. Konsentrasjonen av PEth i blodet gjenspeiler alkoholinntaket de siste 4 ukene før prøvetaking.

7. Behandlerne er opptatt av pasientens forhold til jobben

Pasientens forhold til jobben og til arbeidsplassen ser ut til å være viktig for nesten alle behandlerne vi har snakket med. Det har topp tre prioritet, så en vi snakket med, altså på linje med forholdet til barn og til partner. Flere omtaler jobben som noe som kan stabilisere, strukturere og forankre. Samtidig kan stress, arbeidspress og konflikter på jobben bidra til å forsterke alkoholproblemene (jf. Nielsen et al 2018, Martinez et al 2022). I våre intervjuer fikk vi både fortellinger om at jobben gir livet mening, og at den kan stille krav som kan utløse eller forsterke alkoholproblemer.

Jobben er kjempeviktig, den gir struktur og glede, understreket flere av dem vi intervjuet. En av dem utdypet det slik:

— Vi vet om rusbehandling at det å ha en struktur, noe å gå til, fylle dagene med, som gir glede, det forebygger jo veldig i forhold til rus. For de aller fleste som har jobb, de liker jo jobben sin. Det er unntaksvis de er glade for å slippe. Så det blir jo den sterkeste drivkraften, i tillegg til en partner eller barn, eller nære, kjære da. Det er de viktigste arenaene.

Bevisstheten om at jobben er viktig, ligger til grunn for hvordan de aller fleste behandlerne møter pasienter som har en arbeidstilknytning. Enkelte fortalte også hvordan de nærmet seg temaet med pasienten. Denne behandleren sier at hen jevnlig tar opp forholdet til jobben med pasientene, og at det er noe hen avklarer tidlig i behandlingsforløpet.

— Jeg pleier alltid å spørre hvis de ikke tar det opp selv. Noen ganger så sier de noe om det selv. Men jeg pleier å spørre. Innholdet i de samtalene kan være litt sånn: Hva jobber du med? Hvor lenge har du vært der? Hvordan trives du? Hvordan trives du med arbeidsoppgavene? Hvordan er det med kolleger? Og hvordan er forholdet til arbeidsgiveren din? Og nærmeste leder, og gjerne hvis det er noen over der igjen og da, ikke sant. For det kan jo være noen som sitter med mer makt. Og er de klar over rusproblemet ditt? Er de ikke det? Er det noen kolleger som er det? For noen ganger så har det vært en episode. Nærmeste leder vet ikke om det, men kanskje noen kolleger. Fordi kollegene har gått ut sammen. Også har det vært episoder hvor noen har blitt mye mer fulle enn andre. Kanskje har de fått noen kommentar på det, eller de selv har tenkt at kollegaen, eller noen av kollegaene mine skjønner nok at jeg ikke har styring på denne drikkingen. Men hvor det er mer en sånn skadelig bruk.

Behandlerne snakker om jobben ikke bare med pasienter som kommer på initiativ fra leder eller arbeidsgiver, men også med dem som har kommet på eget initiativ. En av informantene fortalte om en dame som hadde gått i dagbehandling i bortimot et halvt år. Det var familiemedlemmer som hadde oppfordret henne til å søke hjelp. Hennes behandler fortalte at forholdet til arbeidsplassen hadde vært et sentralt tema i samtalene med denne pasienten. Men her var det i noe større grad utfordringer i arbeidssituasjonen som hadde vært tema i samtalene.

Koblingen mellom problemer på arbeidsplassen og problematisk bruk av alkohol nevnes av flere av dem vi har snakket med. En fortalte om en eldre pasient som snart ville bli pensjonist. Hun hadde stått i vanskelige konflikter på arbeidsplassen der hun fikk følelsen av å bli presset ut fra jobben:

— Hun har en avhengighetsproblematikk, og det har vært en del sånne beskyldninger. Da jobber jeg egentlig bare med å romme alt det hun kjenner på, alt som er vanskelig. Og jobber med at hun skal komme litt mer i kontakt med sine behov, hva hun trenger og også litt grensesetting. Det har nok vært en litt spesiell sak også, fordi at det er en arbeidsplass hvor jeg vet at det har vært flere som har syns ting har vært vanskelig. Og sånn er det kanskje litt i det området her hvor jeg jobber, at vi får fort greie på det hvis det er arbeidssituasjoner eller arbeidssteder hvor det ikke fungerer så bra. Da kan vi for eksempel ha flere som er knytta opp mot den bedriften. For henne har det handlet mye om hvor mye skal hun jobbe fremover, hva er hun i stand til. Altså en avklaring da.

Bare en av informantene våre mente at pasientenes relasjon til arbeidslivet var «ikke hens bord», det må andre ta seg av. Denne behandleren uttrykte seg blant annet slik:

— Vi må på en måte velge fokus. Så når pasienten kommer og sier han har jobb, så sveiper vi gjerne over det. Jeg sitter jo som spesialist, skal utrede, skal se på familie. Og hvis jeg hører han har jobb, så legger jeg den ballen litt til side. Og hvis han sier at han har en åpen dialog med sin leder, supert. Da er den ballen landa. Vi har barn vi må ha fokus på, ofte mindreårige barn. Vi skal gjøre suicid-vurderinger. Vi må ha mye kontakt med fastlegen angående PEth-prøver, blodprøver. Og så er det kartlegging av psykisk lidelse. Pluss at jeg da vil jobbe som psykoterapeut med de indre følelser. Så jeg tror det blir kokt bort i kålen. Hvis ikke noen kommer utenifra og insisterer på at jobb må være et tema.

Seinere i intervjuet ble denne behandleren spurt om hva hen mente om å trekke inn arbeid som et tema i behandlingsprosessen, og om mulighetene for at det kunne forebygge frafall i arbeidslivet. Da svarte hen slik:

— Det er jo så flott formulert. Og jeg er helt enig. Men i praksis tenker jeg at den jobben må gjøres et annet sted enn her hvor pasienten kommer med sine sykdommer, hvor vi har fokus på sykdom. Men at jeg kan ønske meg at noen der ute kommer inn og ønsker informasjon, og ønsker dialogmøte, slik at det kan tilrettelegges. Jeg syns det er HELT UMULIG at vi skal gjøre den jobben i tillegg.

For å oppsummere, ser vi altså at de fleste behandlerne er opptatt av pasientenes forhold til jobben, og at det er et tema som gjerne kommer opp tidlig i behandlingsprosessen. Kanskje har det sammenheng med at de fleste av dem vi snakket med i hovedsak så på alkoholproblemer som noe som i hvert fall et stykke på vei må forstås relasjonelt. Med en tydeligere sykdomstilnærming, er det kanskje ikke like naturlig å snakke verken om hvordan arbeidslivet kan strukturere livet, eller om hvordan stress på jobben kan være en utfordring. Vi kommer tilbake til disse ulike tilnærmingene til problematisk bruk og avhengighet seinere i rapporten.

Men det å snakke om hvordan pasienten har det på jobben, er ikke det samme som å samarbeide med arbeidsplassen og å involvere jobben i behandlingsprosessen. Det tar vi opp i neste kapittel.



8. Å involvere arbeidsplassen i behandlingsprosessen

Som vi har sett foran, varierer det i hvilken grad behandlere og pasienter involverer arbeidsgiver eller nærmeste leder i behandlingsprosessen. Behandlingsinstitusjonene ser ut til å ha en ulik tilnærming når det gjelder å bruke tid og ressurser på å etablere et slikt samarbeid. Dessuten kan det ha sammenheng med at pasienten har en arbeidssituasjon der dette ikke er naturlig, eller det kan i noen tilfeller skyldes at pasientene absolutt ikke vil at arbeidsplassen skal involveres. Det siste kommer vi tilbake til.

I hovedsak ser det ut til å være tre motiver som ligger til grunn for behandlerens samarbeid med pasientens arbeidsplass. Alle tre har sin bakgrunn i at behandleren «er på pasientens side». Det første er å skape ro og konsentrasjon rundt behandlingen. Det andre er å bidra til tilrettelegging på arbeidsplassen. Og det tredje dreier seg om å støtte pasienten i de tilfeller hvor arbeidsplassen stiller krav som oppleves som invaderende eller urimelige.

Flere behandlere er opptatt av at noe av poenget med å samarbeide med arbeidsgiver, er å få til en tilrettelegging for pasienten, slik at det skal bli lettere å stå i jobb. Men det er ikke alltid så enkelt.

— Det vi oppdager ofte er at våre pasienter, de er belastet. De er syke. De trenger mye ro, eller ikke så stort tempo. Mer tid. For å fungere i 100% jobb må du være ganske frisk, for det er ganske hardt press i arbeidslivet. Og vi har jo mange som er selvstendig næringsdrivende, ikke sant. Da er det jo ikke så lett å sykemelde seg. Da er det heller ikke Akan, eller andre. Ofte kan det jo være at det er folk som jobber i barnehage. Og da er jo tilretteleggelse en dag mindre. Fordi i mange barnehager, jobber du hele dagen. Eller ikke. Det er en nokså vanlig tilrettelegging. Også har vi mange sykepleiere og hjelpepleiere, og da reduserer du bare kapasiteten ved å jobbe 60%. Ikke sant.

Som eksempelet viser, kan tilrettelegging være vanskelig i noen yrker. Det er selvfølgelig også et spørsmål om pasientens individuelle behov, og om hvordan arbeidsplassen kan tilpasse seg disse. For behandleren kan dette være en vanskelig balansegang der arbeidsplassen trenger informasjon om pasientens situasjon, samtidig som de ikke nødvendigvis trenger å vite alt. En behandler fortalte om en pasient som jobbet skift. Pasienten var nå i poliklinisk oppfølging, og ble helt sykemeldt for å kunne konsentrere seg om behandlingen. Det var møter med arbeidsgiver om hvordan jobben kunne tilrettelegges for ham. For behandleren var dette vanskelige møter. Hen ville ikke utlevere alle detaljer, men samtidig si tilstrekkelig til at de skjønnte hvilke utfordringer pasienten sto oppe i. Resultatet ble en avtale om at han blant annet ikke skulle jobbe nattskift.

I dette tilfellet var det også en diskusjon om det var behov for en individuell Akan-avtale eller ikke. Arbeidsplassen mente at det ikke var nødvendig fordi mannen hadde ikke kommet berusa på jobb. Men de var klar over hans utfordring, uten at det egentlig hadde gått ut over jobben i en slik grad at de vurderte at han trengte en avtale. For behandler ble dette en balansegang der hen opplevde at hen fikk en koordinatorrolle.

— Min koordinatorrolle innebærer at det er vi som initierer. Vi initierer jo veldig mye sånn jobbing. Så i utgangspunktet hadde jeg ikke tenkt kanskje at jeg trengte å snakke med arbeidsgiver. Men han begynte å få SMS'er fra arbeidsgiver: Når kommer du? Vi trenger deg. Så tenkte jeg at her er det en arbeidsgiver som ikke skjønner hva pasienten står i. For pasienten følte seg pressa og fikk dårlig samvittighet. Han ville skrive seg ut, for at han må tilbake og jobbe. Da blir det så ekstra viktig med informasjon og at vi initierer et samarbeid. Så kom HR på plass, og bedriftshelsetjenesten. Slik ble det et viktig samarbeid også for arbeidsgiver tror jeg, for å få dokumentert at de følger opp på en god måte, og at de samarbeider for å hjelpe ham. (...)

Men det her var en pasient da som hadde ønske om å involvere arbeidsgiver, og som har lyst til å komme tilbake til jobb, og som har et godt forhold til arbeidsgiver i den forstand. Ikke noe konflikt eller noe sånt da. Og en arbeidsgiver som sier at han er en veldig dyktig arbeidstaker, og vi vil ha ham her.

Noen behandlere legger også vekt på at samarbeid med arbeidsplassen kan forstyrre behandlingsopp-
legget og ta fokus vekk fra behandlingen. Pasientfortellingen nedenfor beskriver et tilfelle der behand-
leren var opptatt av at pasienten trengte ro, og der mye av samarbeidet dreide seg om nettopp det. Det
var viktig for behandler at arbeidsplassen fikk en forståelse for pasientens situasjon, noe som førte til
mange møter med arbeidsplassen og deres lokale Akan-kontakt. Møtene dreide seg om tilrettelegging
og om at pasienten skulle få den roen hun trengte til den endringsprosessen hun sto oppe i.

— Noen møter tok arbeidsplassen initiativ til, og så syns pasienten det var veldig vanskelig. Vi så at
det tok veldig mye fokus fra behandlingen. Da innkalte vi dem hit istedenfor, så vi kunne bli med.
Det er sånn vi gjør av og til, hvis pasienten ønsker det og vi ser at det er nødvendig. Vi kan også
dra til arbeidsplassen for et møte hvis det er ønskelig. Men vi har jo grupper hele tiden, så vi har
ikke så mye tid til å reise ut. Men vi kan gjøre det hvis ikke de kan komme hit.

I dette tilfellet fungerte det bra. Da kunne vi snakke med dem og trygge de på at her var hun i
behandling, og si litt om hva vi tenkte i forhold til lengde og behov. Vi måtte på en måte prøve å
formidle at pasienten trengte ro for å kunne komme tilbake i jobb. Da var hun jo sykemeldt, men
du blir sykemeldt kort av gangen, så da tenker hun bare på gang til gang, må gå til legen, press
fra jobb. Det har jo også noe å gjøre med pasientens følelse av skyld og skam, og det å grue seg
til å gå tilbake på jobb fordi det er høyt arbeidspress. Vi anbefaler gjerne litt sakte tilbakeføring i
jobb. Så det er viktig at dette må arbeidsgiver få vite. Det hjelper ingenting at de presser på. Så
det var det som var det viktigste. Og vi prøvde å finne løsninger da for at det skulle bli lettere.

Flere behandlere er opptatt av at press fra jobben innebærer det de kaller en ytre styrt motivasjon. Det
er noen andre som vil. I en slik situasjon kan den indre motivasjonen utebli.

I rusbehandling så jobber vi jo veldig mye med den indre motivasjonen og å skape dialog og åpenhet om
et problem. Vi tenker at samtalen er verktøyet. Samtidig så er det selvfølgelig viktig for arbeidsgivere å
vite. Men da tenker jeg kanskje at atferd fanges raskt opp av en arbeidsgiver, kanskje enda raskere enn
en prøve. Og som behandler er jeg jo på pasientens side. I hvert fall var jeg det i den saken. Samtidig så
blir det jo på en måte å være en slags brobygger. Min rolle inn mot arbeidsgiver og Akan, det er jo blant
annet å si noe om hva moderne forskning viser om rusbehandling og hva som fungerer og ikke fungerer. For
å nettopp å si noe om dette at det ytre styrte med mye tester, det er ikke alltid det beste. Og i terapi her
på poliklinikken så tenker vi først og fremst samtalen og tillit.

De siste kapitlene har minnet oss om at det her er tre aktører som skal forholde seg til hverandre: be-
handlerne, pasientene og arbeidsgiverne. Vi har vært opptatt av hvordan behandlerne håndterer denne
relasjonen. Våre data etterlater et inntrykk av at det er to rammebetingelser, knyttet til de to andre aktø-
rene, som særlig påvirker i hvilken grad behandler trekker pasientens arbeidsplass inn i behandlingspro-
sessen. Det første er om arbeidsplassen har vært involvert i at pasienten kom til behandling. Det andre
er om pasienten selv ønsker at behandler skal inngå i et samarbeid med arbeidsgiver. Dette gir fire ulike
scenarier.

Faktorer som påvirker om og hvordan behandler inngår i et samarbeid med pasientens arbeidsgiver		Arbeidsplassen har vært involvert i at pasienten har kommet i behandling	
		Ja	Nei
Pasienten selv ønsker eller initierer samarbeid	Ja	Alt ligger til rette, men noen behandlere er opptatt av at pasienten må få ro til å konsentrere seg om behandlingen. Noen arbeidsgivere har lite kunnskap.	Skjer trolig sjeldnere. Behandler kan invitere til møter, f.eks. for å informere om hvordan det går med pasienten, og/eller å få til tilrettelegging av jobben.
	Nei	Behandlere respekterer pasientens ønske, men behandlingsprosessen kan gjøre at pasienten endrer mening og ønsker samarbeid med arbeidsplassen likevel.	Noen arbeidsplasser er slik at det er ikke naturlig å involvere dem. Pasienten kan endre mening og ønske samarbeid likevel.

Rammebetingelsene for å etablere en kontakt med pasientens arbeidsplass er med andre ord varierende. En behandler sa at hen aldri noen gang hadde opplevd at en pasient ønsket at det skulle være noen kontakt mellom behandler og arbeidsgiver/leder, mens de fleste vi snakket med har erfaring fra slikt samarbeid.

En ting er at pasienten ikke ønsker å trekke inn arbeidsplassen i samarbeid med hensyn til behandlingsprosessen. Ganske ofte ønsker ikke pasienten at arbeidsgiver overhodet skal få kjennskap til at hen har et alkoholproblem og går i behandling. Det tar vi opp i neste kapittel.



9. Når pasienten ikke vil at arbeidsplassen skal vite

Vi fikk flere fortellinger om pasienter som har brukt mye krefter over lang tid på å skjule problemet sitt. Slik sett er det en slags forlengelse av det de har anstrengt seg for, kanskje over år, når de uttrykker at de ikke vil at arbeidsplassen skal vite noe om at de har alkoholproblemer som de får hjelp med. Våre informanter mener at det gjelder omtrent halvparten av dem som er i jobb. De kunne også fortelle om folk som kom i behandling og som hadde sagt alt mulig til sin arbeidsplass, det kan være at de skal ha en innleggelse på sykehus for et eller annet. Det kan virke som om nesten hvilken som helst unnskyldning er bedre enn å innrømme at det er problematisk bruk av alkohol det dreier seg om, mente en behandler. Dette har trolig sammenheng med en opplevelse av skam, et tema vi kommer tilbake til.

9.1 Jobben kan ryke

Når pasienten ønsker å holde arbeidsplassen utenfor, ser det ut til å ha to forklaringer som i og for seg flyter over i hverandre. Den første er opplevelsen av skam, et tema vi kommer tilbake til. Den andre forklaringen er at de er redde for å miste jobben eller å bli degradert, eller de er opptatt av hvilke konsekvenser det kan ha for videre karriere. De fleste av de vi snakket med, hadde opplevd pasienter som både fortalte om skam, og som var redde for at det å involvere arbeidsplassen kunne føre til at de mistet jobben. En behandler uttrykker det slik:

— De som strever med alkohol og andre rusmidler, de er jo livredde også for å miste jobben. Så de gjør jo det de kan for å skjule, både for de nære relasjonene, men også for arbeidsgiver. Det sitter langt inne å fortelle, med mindre de har blitt tatt på fersken. Det sitter veldig langt inne å fortelle hva de strever med.

Flere behandlere uttrykte at de hadde stor forståelse for at noen pasienter vegrer seg for at arbeidsgiver skal vite.

— Og de er jo redd for at sjefen kan vite, redd for konsekvensene. De kan bli straffet, de kan bli stemplet, og miste jobben. Få en dårlig referanse. Er det mulig å få ny jobb med den? Så det er jo kjempestrevsomt. Det er lett å forestille seg.

Selv om man får beholde jobben, har behandlerne eksempler på at pasienter har vært redde for å bli degradert:

— Det er klart at hvis man er redd for å bli degradert, så er det et tungtveiende argument for å holde ting hemmelig. Men nå tror jeg ikke det er noen som blir degradert av å være åpne. Jeg tror jo det skal mere til. Jeg tror at når vi snakker om rus, da må en på en eller annen måte blamere seg selv før en degradering kommer på trappene. Så jeg tenker at det er ikke selve avhengighetslidelsen som gjør det, men det er konsekvensene av den.

Flere behandlere la vekt på betydningen av å lytte til pasientens fortelling om arbeidsplassen før hen kom med råd om åpenhet og om å inkludere leder. En sa det slik:

— Som behandler, når du hører litt blandede erfaringer og historier, så er det ikke sånn at det er ensidig noe jeg kan si at ja, men hvis du er åpen og kommer inn i et Akan-opplegg, da blir det bra for deg. Ikke sant, jeg kan ikke si det ut ifra det jeg hører. Fordi for noen har det ikke vært så ok, og for andre har det vært veldig ok. Det kommer så mye an på arbeidsgiver og relasjonen, og selvfølgelig posisjon, altså hvordan arbeid har de? Er de i stand til å utføre det? Hvilken status har de? Det er mange ting. Sånn som han ene pasienten min. Han er godt oppi femtiårene. Han er rett og slett litt redd for at han vil bli enten degradert mer, eller at han skal miste jobben. Hans attraktivitet er dalende, og han får konkurranse fra yngre folk, så han føler seg mer sårbar. Det er jo ikke vanskelig å forstå det. Så åpenhet kan oppleves risikofyllt.

Jeg hadde en annen som jobbet i håndverkerbransjen. Han kvidde seg litt for det, fordi han tenkte at her er det fort gjort å bytte ut meg liksom. Og det kan godt hende han hadde rett i det.

Når noen insisterer på at arbeidsgiver skal holdes utenfor, kan det dermed også skyldes at pasienten vet at leder eller arbeidsgiver har liten forståelse og kanskje også fordommer når det gjelder problemer med alkohol og avhengighet. Det kan rett og slett skyldes mangel på kunnskap, mente flere av behandlerne vi snakket med. En av dem fortalte om en pasient som hadde jobb som håndverker i et byggefirma.

Han sa det at jeg kan ikke si dette til sjefen, for han kommer bare til å reagere negativt og blåse det vekk og si at det dreier seg om å ta seg sammen. Og dette er en vanskelig situasjon. Så han hadde laga en historie om en eller annen grunn til at han var innlagt. For han var jo sykemeldt og innlagt. Nå husker jeg ikke akkurat hva han brukte overfor sin leder, men i hvert fall så var han helt tydelig på at han tok ikke sjansen på noe, på å dele informasjonen om avhengighet til sin sjef. Og det må vi jo respektere.

Noen ganger kan det jo også være en god beslutning. For vi vet jo at det er lite kunnskap om avhengighetslidelser rundt i samfunnet. Sånn at det kan være helt på sin plass, det. Dette er jo vurderinger som vi gjør individuelt basert selvfølgelig, ut ifra samtaler med pasientene. Og det er jo ikke sånn at vi påtvinger noen noe som helst.

Denne behandleren fortalte også om pasienter som opplevde at angsten for hva som kunne skje hvis de var åpne om sine problemer, ble gjort til skamme når de ble møtt med overraskende stor forståelse. Da kunne det komme fram at arbeidsgiver eller leder selv hadde noen nær seg som slet med liknende problemer. Å formidle at åpenhet kanskje ikke er så farlig som pasienten tror, kan altså være en viktig strategi. Det kommer vi tilbake til.

9.2 Bransje, alder og posisjon

Både alder, posisjon og bransje kan være viktige faktorer når pasienten insisterer på å holde skjult at hen går i behandling for rusavhengighet. Alder ser ut til å slå begge veier. For noen pasienter er det viktig at de har et langt arbeidsliv foran seg. De opplever at det er mye som står på spill. En behandler fortalte om en ganske ung mann som jobbet i IT-bransjen:

Han sa at *hvis jeg sier det her, så kommer min karriere til å være over. Da vil jeg på en måte bli stempla. Da klarer ikke jeg å klatre i gradene. Da vil det her være med meg som et vedheng. Det kommer til å være masse problemer med meg ... for meg da å være med i sosiale settinger.* Og jeg vet ikke om det bare var bransjemessig. Det var et veldig sånn ungt miljø. Han var en veldig ung mann også. Snittalderen hos oss er rundt 55, og han her var kanskje 32. Sånn at han var ganske ung, og egentlig også tidlig ute med å søke hjelp. Han hadde nok ikke så omfattende problem som andre har da. Sånn sett så kan det jo være en vurdering at ok, da er det ikke så nødvendig å involvere arbeidsgiver heller. Men det var mest hans argumentasjon som jeg syns ga mening. Du skal jo ikke på en måte fortelle ting hvis du ikke må heller.

Men alder kan også slå andre veien. Flere behandlere mente at de unge kunne være mer åpne. Kanskje har de lært at det kan lønne seg å snakke om ting. Det kan føre til mer åpenhet også om rus. De er også inne på at jo høyere opp i hierarkiet man er, jo større blir fallhøyden. Flere la vekt på at ønsket om å holde både problemene og behandlingen skjult, varierer ut fra hva slags jobb pasienten har, og gjerne også hvor vedkommende befinner seg i arbeidsplassens hierarki. En behandler fortalte at poliklinikken hen jobbet ved hadde både rektorer og direktører til behandling for problematisk eller skadelig alkoholbruk og avhengighet:

Men det er hele tiden slik at når folk klarer å jobbe, så holder de også rusen lengre skjult. De føler seg kanskje såpass funksjonell, fungerende. Først når kanskje førerkort ryker, kona flytter ut, eller mannen flytter ut, ikke sant. Da får de en knekk. Folk holder rus lenger skjult.

Denne behandleren bekymret seg for at mange søkte hjelp for seint, rett og slett fordi de hadde vært for flinke til å holde alkoholproblemet sitt skjult. Hen fortalte også om pasienter som brukte alkohol som sovemedisin, og om de som går på jobb og løser opp amfetamin i kaffen sin. Og som fungerer, i hvert fall tilstrekkelig til at de ikke blir avslørt.

9.3 «Åpenhet og rus funker dårlig»

Enkelte av de vi snakket med, mente at når åpenhet på arbeidsplassen var et sårbart tema for mange, så var det fordi det kunne straffe seg. Noen mente også at skulle man oppnå en endring i retning av at arbeidsplassen oftere ble involvert i behandlingsprosessen for folk som var i jobb, var det mer å oppnå ved å rette søkelyset mot arbeidslivet enn mot behandlerne⁷.

— Altså i en ideell verden så er det sikkert veldig flott å kunne bringe inn arbeidsplassen. Men veldig mange arbeidstakere har jo faktisk nokså gode grunner, og har erfaring for at det kan fort straffe seg. Så da hjelper det jo ikke om fagfolk blir oppfordra til å jobbe med det, siden arbeidsplassene på en måte ikke er klar for det, eller ikke endres i samme takt. Jeg har jo tenkt under dette siste initiativet til Akan, at det er jo godt mulig vi kunne gjøre mer, men altså jeg tenker at fokuset burde ligge i å opplyse arbeidsgivere.

Det var også andre som mente at kombinasjonen åpenhet og rus fungerer dårlig. En mente at vi snakker lite om rusproblemer i det norske arbeidslivet. Folk som har en jobb forsøker å holde fasaden lengst mulig. Denne behandleren brukte seg selv som eksempel og mente at hen ville slett ikke vært åpen overfor sin leder dersom hen hadde hatt problematisk bruk av alkohol:

— Når vi har mye arbeidspress og mange pasienter i en poliklinikk kan det bli i meste laget. Vi vet jo at mange leger og psykologer tar beroligende medisiner og kanskje drikker også for å takle arbeidspress. Så ingen vil jo gå rundt og si: «ja, nå er det vanskelig, nå drikker jeg litt mye.» Ikke sant. Særlig på en ruspoliklinikk, her vi snakker om rus hele tiden. Så det gjør jo noe med oss. Men det er ikke ledelsen som tar det opp. Og jeg kan ha mine refleksjoner, men jeg tror nok at det går veldig mye under radaren. Og at ledelsen ofte er unnvikende. Eller kanskje usikker hvordan å håndtere akkurat sykdom og rus. Det tror jeg er vanskelig for mange. (...)

Hvis jeg tenker på min arbeidsplass her, altså ledelsen her på klinikken, jeg vet ikke om jeg ville utlevert meg der. Så da holder man jo igjen. Det tror jeg er absolutt en sannhet, ja. Da hadde man holdt det for seg selv inntil det ikke går. Så jeg ville ikke fortalt om mine rusproblemer for ledelsen her på klinikken. Det ville jeg ikke gjort. Jeg ville dratt til mine venner, til gode psykologkollegaer. Kanskje til min fastlege. Men først når jeg selv har en plan, tenker jeg. Og jeg ville snakket med familien min, ville jeg kanskje, hvis jeg trenger tilrettelegging. Men det er meg da.

Foran har vi sett at mange behandlere vektlegger kunnskap, både hos pasient og hos arbeidsgiver, som en forutsetning for åpenhet. Vi må anta at både behandleren i det siste eksempelet og vedkommendes leder på rusklinikken, visste mer enn de fleste om rusavhengighet. Slik sett illustrerer dette at kunnskap ikke alltid er tilstrekkelig for at pasienten skal tørre å være åpen og for at det skal være mulig å bygge en samarbeidsrelasjon mellom behandler og arbeidssted. Kanskje kan kunnskap også bli til en barriere hvis man tar for gitt at de som jobber på rusklinikker har så mye kompetanse at «det er ikke nødvendig å snakke om det».

Uansett hva som er forklaringen er det likevel viktig å legge til at denne behandleren ikke brukte vurderingen av hva hen selv ville ha gjort, som en begrunnelse for at samarbeid med pasientens arbeidsplass var noe man like gjerne kunne unngå. Det dreide seg mer om at det var viktig med individuelle vurderinger, og å lytte til pasientens begrunnelse for hvorfor vedkommende ikke ville trekke inn arbeidsplassen.

7. Her kan det innvendes at arbeidslivet har det vært viktigste innsatsområdet for Akan kompetansesenter så lenge det har eksistert.

9.4 Behandlerstrategi

Vi spurte også hva behandlerne gjorde for å nærme seg temaet samarbeid med arbeidsplassen for pasienter som i utgangspunktet ikke ville involvere jobben. Flere var inne på at det måtte vurderes fra pasient til pasient, og var avhengig av at de klarte å etablere en god og tillitspreget relasjon. Men tillitsbygging er tidkrevende. En konsekvens var at det å utfordre pasienten til å involvere arbeidsplassen gjerne kom nokså seint i behandlingsforløpet.

Og så er det noe med at vi da har kommet så langt i behandling at jeg tenker at nå er relasjonen god nok til at jeg kan utfordre pasienten. Det handler også om å gi dem noe ansvar, ikke sant: *«På et eller annet tidspunkt så er det viktig å ta et valg! Kan dette være noe for å trygge deg? Nå sier du at det er viktig for deg å beholde jobben. Og du sier at du opplever at du har god rustmestring. Men kan det være en idé at du har en back up-plan? At du har støtte fra arbeidsgiver?»*. I rommet med den personen det gjelder så må man være ganske fintfølede, men også utfordre de litt - passe nok til at de ikke stikker fra behandling. Jeg tror det handler om både erfaring, og prøving og feiling.

Men dette med jobb og å åpne for åpenhet er jeg veldig for som terapeut. De som får det til, har jo for det meste gode erfaringer. Og der hvor vi kanskje i samarbeid med arbeidsgiver og Akan da kan utarbeide en avtale som er levelig for begge parter, ikke bare for den ene, men at den andre og kan føle at *'ok, dette kan jeg bli med på. Det er ikke for mye testing, men jeg skjønner at kanskje jeg må teste meg litt'*.

Jeg har både erfaringer med noen som sier *«Nei!! Det vil jeg slett ikke!!»* Og jeg har erfaringer med solskinnshistorier som har gått veldig bra. Der alt lyktes. Og jeg tenker jo at synet på rus og avhengighet, det må en endring til på samfunnsnivå også. Vår væren i verden påvirkes av stor-samfunnet. Så jeg tenker at det er et massivt politisk- og systemansvar å endre både kunnskap og holdninger til hvordan vi som samfunn ser på avhengighet. Jeg syns jo det er fint å trekke frem tall når jeg snakker med pasientene, for å frigjøre dem fra skam. De aller fleste av oss kjenner eller vet om én som strever med alkohol. Minst. Og de som er åpne om det på arbeidsplassen kan få god hjelp. Jeg prøver jo å selge det inn. Det er litt sånn baby-steps. Men noen ganger er det håpløst å selge det inn. Og når jeg skjønner det, så tenker jeg at ok, her kommer jeg ikke lenger. Hvis det er mulig å komme lenger om et halvt år, så kan jeg plukke opp ballen.

En annen behandler uttrykte det slik:

Det skjer ofte at pasienter ikke vil ha noe kontakt med arbeidsgiver. Og det er ikke noe vi kan pålegge de. Samtidig så oppfordrer jo vi til å utvikle egen ærlighet. Det er egentlig en hjørnestein i vår behandling. Det å våge og innrømme sin lidelse, er helt sentralt - for de som trenger det. Og vi mener jo absolutt at arbeidsgiver er en av dem. Så ser vi jo noen ganger at pasientene beskriver arbeidsgivere som har null forståelse og mange fordommer.

Noen behandlere gir også råd om at hvis du ikke synes du kan snakke med din leder, er det kanskje andre du kan snakke med, for eksempel bedriftshelsetjenesten.

For det er jo veldig relasjonelt det her, med arbeidsliv og sånn. Noen kan jo ha et veldig dårlig forhold til noen i ledelsen. Så vi har iblant tatt noen valg i forhold til at det er ikke kanskje nærmeste leder du skal snakke med, men kanskje du skal snakke med bedriftshelsetjenesten, eller en annen en, kanskje en kollega du har tillit til. Men det krever at pasienten er ærlig om sine relasjoner. Men jeg tror det er viktig, at du skal ikke måtte gå til noen og snakke om hvordan du har det, hvis det er noen du ikke føler deg trygg på. Det gjør bare vondt verre.

Behandlerne takler det altså på ulikt vis når pasienten er opptatt av at jobben ikke må få vite. «Det er ikke så veldig mye å gjøre med det hvis de absolutt ikke vil», sa en: «Vi tar ikke kontakt med arbeidsgiver, med mindre pasienten sier ja.» Og hen fortsatte:

Men vi prøver jo å stille spørsmål. Åpne spørsmål i forhold til veien videre og det der med å bli møtt på en god måte. Også er det noen jobber selvfølgelig, som er annerledes. Noen steder er det jo sånn at du tenker at du vil bli litt uglesett. Eller du har hatt erfaring med det, ikke sant. Da er det ikke nødvendigvis sikkert at de skal være åpne heller. Noen kan være redde for å miste jobben. Men vi stiller jo spørsmål og undrer oss på om kanskje noen andre har noen erfaringer. For dette er snakk om gruppesamtaler, ikke sant. Det handler om pasientene og hva de trenger, og hva de vil ha best nytte av.

Denne behandleren jobbet med grupper i dagbehandling, og forteller at forholdet til jobben kommer nesten alltid opp i gruppene. For noen pasienter kan det føre til en konklusjon om at de ikke vil gå tilbake til den jobben de har hatt. Da kan det også dreie seg om å gi støtte i en jobbsøkerprosess. I likhet med de andre behandlerne vi snakket med, var hen også opptatt av å være på pasientens side. Når det gjelder pasientens forhold til jobben, har behandleren taushetsplikt. For forholdet til barn blir det annerledes. Der skal behandler sende en melding til barnevernet hvis det er bekymring for pasientens barn. Med unntak av der jobben forutsetter førerkort, finnes det ingen slik plikt med hensyn til pasientens jobb.

9.5 En solskinnshistorie

Noen ganger går det riktig så bra selv om pasienten ikke er motivert til å involvere arbeidsgiver i utgangspunktet. Kunnskap og tillit ser ut til å være de bærende elementene i solskinnshistoriene.

Nå har jeg en som er i ferd med å avslutte her da, veldig dyktig arbeidskar, jobben er alt for han. Han mistet sin forrige jobb på grunn av alkohol. Men da hadde han en arbeidsgiver som sa: «Du er så flink! Kom tilbake når du har fått orden på problemet ditt!» Og han hadde da også en fastlege som har fulgt han veldig tett, og så har de samarbeidet med NAV. Og så har de i fellesmøter snakket om: «ja, men hvis du får tilbake den jobben som du liker så godt, kan det være lurt at arbeidsgiver kobler på Akan etter hvert?» Så informerte jeg NAV om Akan, og NAV har snakket med arbeidsgiver om Akan, og pasienten er HELT med på det. Og dette er en pasient som ikke var der i utgangspunktet. Ikke i det hele tatt.

Men han har fått mye kunnskap, også har han fått mye tillit fra lege, meg og NAV faktisk. Og det er en veldig anerkjent arbeidsgiver, dette. Og arbeidsgiveren er med på det. Så der kommer det nok til å komme en Akan-avtale som egentlig har blitt startet lenge før han var tilbake i jobben som han har likt så godt da. Det starta litt i feil ende, men dette med kunnskap, ufarliggjøring, at de som strever med rus og alkohol da kan få tillit til at også en arbeidsgiver ønsker dem vel, og at Akan kan være en viktig del av det.

Så han er på vei ut fra meg og inn, tilbake i jobb. Og det har vært jobben, fra dag én, det har vært hans fremste motivasjon til å gå i behandling, til å slutte å drikke. Han trenger ikke antabus. Han blir glad av å gå på den jobben. Han er kjempeflink. Jobben har vært fremste drivkraft. Jeg tror ikke han hadde klart det uten å få tilbake den jobben. Så der har jobben vært nummer én i behandlingsprosessen.

Arbeidsgivere, arbeidsplasser og ledere er med andre ord forskjellige. Ofte kan fordommer og mangel på kunnskap være en barriere både for åpenhet og for samarbeid i behandlingsprosessen. I slike tilfeller kan det være riktig å hemmeligholde ruslidelsen og at de går i behandling. Andre ganger er forståelsen større enn forventet. Det er også viktig å framheve at en pasient sitt standpunkt om at arbeidsplassen ikke må få vite noe, er en holdning som ofte endrer seg i løpet av behandlingsprosessen. Det er en holdning som er skrevet i sand, ikke i stein.

Som vi har sett er følelsen av skam noe som preger pasientens holdninger både til om arbeidsplassen skal få vite at hen går i behandling, og i neste omgang om behandler skal gå inn i et samarbeid med arbeidsgiver eller leder. Skam blir derfor et tema i neste kapittel.

10. Skammens tyngde

Pasientenes opplevelse av skam er et tema som går igjen i nesten alle intervjuene. Det omtales som noe man må jobbe med, og som en bremsekloss når det gjelder åpenhet og mulig samarbeid med arbeidsplassen. Som Jørgen Bramness (2018) har pekt på, dreier avhengighet seg om tap av kontroll, som i seg selv er skambelagt. Mange oppsøker rett og slett ikke hjelp fordi de skammer seg dypt. Bramness mener at skam kan hindre folk i å ta imot den hjelpen som skal til for å komme ut av problemet. Ved tilbakefall er det skamfullt å be om hjelp på nytt, og noen lar det derfor være. Skam kan også føre til benekting, som kan være et problem når det gjelder tidlig intervensjon (jf. Nesvåg m.fl. 2007).

Skam henger nøye sammen med stigma. Det er den stemplingen som påføres utenfra, ved at andre ser ned på den som har problemer mer alkohol, og møter hen med mistro. Noen studier beskriver selvstigmatisering, altså at personen med rusproblemer ser seg selv med andres øyne (se for eks. Lyngstad 2021). Selvstigma innebærer at det sosiale stigmaet internaliseres. Shahram Shaygani (2016) hevder at større forståelse gir mindre stigmatisering. Han peker på at en av forutsetningene for å bli rusfri er å ha et sosialt nettverk som forstår fremfor å fordømme. Her er det lett å legge til at en arbeidsplass med omsorgsfulle kolleger og en forståelsesfull leder, bør kunne representere et slikt nettverk.

Behandlerne vi snakket med, forsøkte å møte pasientens opplevelse av skam og stigma på ulike måter. En måte var å informere om Akan der det kom fram at arbeidsplassen hadde en Akan-kontakt. For når pasienten kjente på skam fordi hen «var den eneste som ikke taklet det forholdet til alkohol som alle andre så ut til å fikse», så ligger det en alminneliggjøring i å minne om at Akan-kontakten er der fordi flere har samme problem. Den som har påtatt seg den oppgaven kan ha snakket med mange som strever omtrent med det samme.

— Det å skulle si at de strever med noe tilsynelatende alle fikser, å ha et normalt forhold til alkohol, det er fryktelig vanskelig og skambelagt. Så de klamrer seg så lenge som mulig til håp om å mestre jobb. Så i en samtale for å prøve å informere om Akan, at de faktisk kan være en hjelp til å forebygge, kan det være en del av informasjonen eller samtaletema.

Som vi har sett, kan skammen også føre til fantasifulle forklaringer når de bruker tid på poliklinisk rusbehandling.

— Noen sier jo at de har legetime, eller at de trenger å gå til psykolog fordi de har angst, eller fordi det er en krise i samlivet, eller altså bruker noen andre grunner enn å si at det er fordi jeg drikker for mye. Det er dessverre fortsatt veldig skambelagt. Jeg skjønner det jo. Jeg tror jeg ville følt det på samme måte hvis det var meg. Men det er jo synd, med tanke på muligheten til å få hjelp. Første skritt er å jobbe med skammen, og anerkjenne rusavhengigheten som et problem på lik linje med andre psykiske ting. Hvis man hadde gjort det tidlig, så hadde det kanskje holdt å få fri fra arbeidsplassen en time hver morgen i arbeidstida. Det hadde lønt seg for arbeidsgiver og.

Noen behandlere la vekt på at pasienter kan være «skamfulle uten grunn». Det er de som ikke vil involvere arbeidsplassen fordi de føler skam og ikke har tillit til hvordan de vil bli møtt. Men som vi allerede har vært inne på, kan det gå overraskende bra.

— Ofte er det et problem at folk er, holdt på å si skamfulle uten grunn. Det er nok oftere den veien. Mange av våre pasienter gir jo uttrykk for at de har blitt møtt med overraskende stor forståelse. Også fra sin arbeidsgiver. Ofte kommer det jo fram at arbeidsgiver eller leder selv kan ha noe erfaring i familie eller i nettverk, med ruslidelse.

Skammen er jo ellers noe som følger mange av disse pasientene hele veien, ikke bare i forhold til arbeidsgiver. En behandler var også inne på at kanskje er skammen verre og fallet dypere for de som har høy utdanning og mer ledende stillinger.

— Det er nok mange som fungerer i jobb og har prosjekter og ledelsesansvar. Og rektorer, jeg vet om rektorer på skole som drikker hver kveld en sånn colaflaske med alkohol for å sovne, de fungerer utmerket på dagtid. Men så plutselig skjenes det ut. De ordentlige damer, eller de veldig sånn samvittighetsfulle menn. Men så kjører de i beruset tilstand og politiet kommer. Så ja, hva er det nå? Og det er masse skam. Det er masse skam.

Vi har allerede sett at behandlerne bruker ulike strategier for å møte pasientens opplevelse av skam. En tilnærming som vi fikk flere eksempler på, var å forsøke å normalisere pasientens problemer.

— Det er jo en modningsprosess som må fordøyas. Og da kommer dette med å løfte det de formidler, det er skammen, og hemmeligheten. Løfte det opp i et samfunnsperspektiv på at det handler om hvordan vi ser på alkohol generelt i samfunnet. Og å prøve å normalisere det. Det er faktisk mange flere enn det vi vet om som strever. Jeg må formidle at det å be om hjelp kan bidra til at de kan holde på jobben mye lenger og kan få støtte når de trenger det. Og ha en sjef som skjønner hva den ansatte strever med. Og at det er en ansvarsgruppe kanskje rundt denne pasienten som kan bidra til trygging.

Denne behandleren la vekt på å få til en dialog om det som er vanskelig med skam, samt å normalisere det å ha en avhengighet til alkohol. Hen pleide å trekke fram statistikk som viste hvor vanlig og utbredt det var å ha slike problemer. Intensjon var å vise pasienten at han eller hun ikke var den eneste som ikke taklet det hen kanskje trodde at «alle andre» taklet. Dette dreier seg om at mer kunnskap kan gi mindre skam, og det gjelder ikke bare pasientene, men også arbeidsplassene deres.

— Det er jo enorm forskjell på kompetansen rundt omkring. Og det kunne vært gjort en innsats for å få ut mer kunnskap om arbeid knyttet til avhengighetsproblematikk på arbeidsplassene. Jeg tror jo også at en økt informasjon på arbeidsplassene vil kanskje være med på å gjøre det lettere å snakke med sin leder også.

Oppsummert ser vi altså at skam er en viktig hindring på alle nivåer. Det betyr også at skammen krever tiltak både på samfunnsnivå og på individnivå. En av de private rusbehandlingsinstitusjonene sier det slik på sin hjemmeside: «Skam kan være en tung bær å bære. Og som med tunge ryggsekker, kommer man seg mer effektivt videre ved å ta ut det man ikke lenger trenger.⁸» Men å kvitte seg med skam, er nok vanskeligere enn å tømme en ryggsekk, noe selvfølgelig denne rusbehandlingsinstitusjonen også er klar over.

Vi har sett at behandlere kan bruke eksistensen av Akan-kontakter og individuelle Akan-avtaler for å normalisere avhengighet og slik møte skammen. I neste kapittel ser vi på behandlernes erfaringer med slike avtaler.

8. <https://alkoholproblemer.com/alkoholisme-behandling-skam/>

11. Blandede erfaringer med individuelle Akan-avtaler

I samtalene med behandlerne hadde vi ingen egne spørsmål om individuelle Akan-avtaler. Likevel var erfaringene med slike avtaler et tema som gikk igjen i de fleste intervjuene. Kanskje hadde det å gjøre med at vår studie ble presentert som et oppdrag for Akan kompetansesenter, og at de dermed så på intervjueren som en naturlig mottaker eller formidler av deres hjertesukk om Akan-avtaler⁹. Deres fortellinger tyder på at de faktiske Akan-avtalene som de hadde fått kjennskap til gjennom sine pasienter, ikke alltid samsvarer med de ideelle kravene om hvordan en slik avtale skal se ut og fungere.

Noen av dem vi snakket med omtalte det som Akan-kontrakter. Kanskje forteller denne språkbruken noe om deres oppfatning av avtalene. Uansett ga intervjuene både eksempler på avtaler som behandlerne oppfattet som urimelige og invaderende, og avtaler som fungerte godt. Det kan også legges til at omtrent samme praksis kunne beskrives som urimelig av noen behandlere, men som uttrykk for omsorg og som et element som forenklet situasjonen for pasienten av andre. Forholdet mellom omsorg og kontroll kan være uklart og spenningsfylt. Noen ganger kan kontroll være uttrykk for omsorg, og en arbeidsgiver som uttrykker «*vi vil gjerne beholde deg*». Andre ganger er det uttrykk for mistenksomhet. Ofte kan det nok være begge deler på en gang.

Gjennom intervjuene har vi fått et inntrykk av at de individuelle Akan-avtalene kommer både for seint og for tidlig på samme tid. Foran har vi tatt opp at avtalene ofte ikke kommer på plass før problematisk bruk av alkohol har utviklet seg for langt. Avtalen representerer et trappetrinn som ikke nås før seint i prosessen. Det gjør kanskje at de blir strengere enn nødvendig. Perspektivet som innebærer at individuelle Akan-avtaler kommer for tidlig, har å gjøre med at behandlerne er opptatt av at ofte er avtalene inngått en tid før pasienten kommer til behandling, og det er ikke tatt høyde for hva som skjer i en behandlingsprosess. Slike avtaler kan representere et problem. En behandler beskrev det slik:

En del av Akan-avtalene er ikke ideelle. I hvert fall er det min erfaring at de noen ganger setter veldig grenser for informasjonsflyt og sånn. Dette er det selvfølgelig pasienten som bestemmer. Men at det kan faktisk i noen tilfeller ikke være konstruktivt. Akan-avtalene ligger fast før de kommer til oss, og da er det satt noen rammer for samarbeidet som er veldig strikse, særlig når det gjelder informasjonsflyt. Det kan for eksempel føre til at vi ikke får innsyn i urinprøver som er tatt av arbeidsgiver, og vice versa. Og generelt, informasjon om hvordan det går.

Jeg kan jo nevne en arbeidsgiver hvor dette har skjedd. Da var det laga en Akan-avtale før vi kom inn i bildet, og det var ikke tatt høyde for oss i den avtalen. Vi ble sittende litt på hver vår tue, og det var vanskelig å få til samarbeid. Så skal det sies at pasienten ønsket også litt vannrette skott der imellom. Hadde vi greid å motivere pasienten til å gå med på informasjonsflyt, så hadde det vært noe helt annet. Argumentene til pasienten er jo at dette er to forskjellige livsområder, og *min drikking har aldri spilt inn på jobben*, noe som jo selvfølgelig ikke var riktig, siden han hadde fått en Akan-avtale. Det var andre ting også i forhold til posisjon i organisasjonen som også åpenbart hadde en negativ innvirkning. Denne personen var jo blitt tatt ut av en lederrolle og flytta ned i systemet, på grunn av drikking i forbindelse med jobbarrangementer. Men han sa: «*Jeg har en avtale. Jeg forholder meg til den.*»

Samme behandler forteller også at hen har inntrykk av at Akan-avtaler ikke alltid er like godt gjennomtenkt, at de har blitt til litt for fort. De kan også representere en hindring for behandling hvis pasienten mener at «*nå har jeg signert på dette, det får holde. Jeg kan ikke bruke tid på behandling også.*» Flere behandlere vektlegger også at avtalene må evalueres og revideres underveis.

9. Akan kompetansesenter vektlegger at selv om en Akan-avtale skal være frivillig, vil noen kjenne på et press om å ta imot tilbudet når alternativet kan være personalsak. Av den grunn understreker de hvor viktig det er å bruke tid på forberedelse til en Akan-avtale. De vektlegger at det kan være aktuelt med flere møter før avtalen er på plass slik at den ansatte får god informasjon om hva en Akan-avtale innebærer og hva som forventes av hen. Den ansatte skal oppleve at formålet med avtalen er at arbeidsgiver ønsker å hjelpe den ansatte fordi vi vet hvor viktig arbeidstilknytning er i en tilfriskning ved et rus- og spilleproblem. I denne fasen rådes det til å søke veiledning fra ulike aktører som f.eks. fastlege og bedriftshelsetjeneste, Akan kompetansesenter, behandlingsapparat og andre. Kilde: Veileder i Akan-modellen.

Det er altså flere behandlere som har blandede erfaringer med individuelle Akan-avtaler. Noen forteller om avtaler der de har frarådet pasienten å undertegne:

Jeg var med på møter med arbeidsgiver og det var jo egentlig for å ta vare på pasienten, ikke sant. Jeg fikk lese igjennom Akan-avtalen, og: «*Dette trenger du ikke å si ja til*». Det er jo ofte det står at de krever totalavhold for eksempel. Og det har de ikke lov til. Men det er det noen arbeidsgivere som ikke har fått med seg, eller glemmer.

En behandler brukte uttrykket «skyte spurv med kanoner» om Akan-avtalen til en av sine pasienter. Hen mente at kravene i avtalen ikke sto i forhold til pasientens alkoholproblem. For eksempel kan ikke arbeidsgiver kreve totalavhold for en ansatt¹⁰.

Jeg har en pasient der det har vært en veldig engasjert arbeidsgiver, og i perioder ok relasjon. Men så har det vært utskiftning av nærmeste leder. Og da ble det en leder som er FOR invaderende. De krevde urinprøve veldig ofte i forhold til hvor stort jeg oppfattet at dette rusproblemet var. Og i veldig lang tid etterpå. Da kom jeg inn, da hadde det vært noen andre behandlere inne. Så dette hadde vært et lengre løp da, med urinprøver i rundt tre år. Ikke hele tiden, men det har vært perioder. Jeg lurer på om avtalen var i ferd med å skulle sies opp, også var det ett tilbakefall. Da var det på den igjen. Det er jo temmelig invaderende.

Men nå er dette en person som er veldig opptatt av å være ordentlig og gjøre de rette tingene, og dessuten veldig godt likt på arbeidsplassen. Jeg har snakket med kontaktpersonen fra bedriftshelsetjenesten som også er inne i den Akan-avtalen. Jeg har ikke vært med på noe oppfølgingsmøte ennå. Men i dette tilfellet har jeg tenkt at de skyter spurv med kanoner. Det blir liksom litt for mye. Så spørsmålet er hele tiden, hvordan få til en avtale som står i forhold til problemet. Fordi her er det en person jeg opplever er veldig ryddig, her er det ikke mye benekting og underkjennelse og sånn, ikke sant, så tenker jeg at min rolle er også å være med og støtte oppunder at: «*Vet du hva, nå tror jeg dere.. nå må vi kanskje begynne å roe litt ned her!*», og prøve å få til noe. Hvis da ikke personen selv får til å kommunisere dette med hjelp fra bedriftshelsetjenesten, som kjenner pasienten veldig godt. Der er det en god relasjon.

De skal ha et nytt møte nå snart. Da vil jeg si at vet du hva, nå tror jeg det er viktig at nå må du gjerne bruke meg. Både jeg og fastlegen kan brukes til å kunne si noe om vår vurdering. Den må jo også bety noe. For her er det en person som følger opp, og ting går rette vegen. Vi finner ikke noen grunn til å mistenke at her er det noe som skulle gå utover arbeidet. For det er jo det der skillet går mellom hva som påvirker selve arbeidet, og hva folk driver med på fritiden. Der har jeg inntrykk av at det er ikke alle arbeidsgivere som har dette helt klart i hodet. Fordi at her var det et krav fra arbeidsplassen om totalavhold. Og dette var en pasient som selv hadde tatt kontakt med arbeidsplassen og sagt ifra om problemet sitt.

En annen behandler forteller at hen hadde en pasient som måtte innfinne seg på sjefens kontor og ta antabus foran sjefen. Det ble opplevd som nokså krenkende;

Da har vi måttet gå inn og si at den (Akan-avtalen) må vi gå igjennom på nytt! Det er ting som ikke skal skje, ikke sant. Det var én gang. Og det var jo helt hårreisende.

10. Akan kompetansesenter opplyser at spørsmål om totalavhold som tiltak i en Akan-avtale må vurderes som del av behandling og i samråd med behandler.

Den samme behandleren legger til at de fleste individuelle Akan-avtalene er fine og ofte til hjelp for pasienten. Det gjelder også når de innebærer rusmiddeltesting som en forutsetning for å beholde jobben¹¹. Selv om testene kan føles som et inngrep i folks liv, er de ofte nødvendige:

For noen så er det nødvendig for å klare å holde seg. Den kan det være en viktig start. Så veldig ofte så har vi noen pasienter som sier at jeg vil bare be om å forlenge den kontrakten. Eller altså fortsette med tester fordi de ønsker det selv. Mens andre syns jo det er veldig vanskelig. Det er veldig ulikt hvordan de reagerer på det, ikke sant. For noen er sånn; jeg har bare fått MASSE hjelp. Mens andre er mer sånn; men de snakker til meg som om jeg skulle vært lite verdt, ikke sant. Og jeg tenker at det har veldig mye å si.

Andre behandlere uttrykker omtrent det samme. En vektlegger at en individuell Akan-avtale bør betraktes som et uttrykk for at arbeidsplassen ønsker at det skal gå bra for pasienten. Det ligger en ivaretagelse i det:

Jeg har jo hatt flere pasienter som er komfortable med Akan-avtale, og så er det noen som ikke er komfortable med avtalen. Og det positive fokuset jeg prøver å gi pasienten, er at dette er også nyttig, og et slags vern for deg som arbeidstaker. Når det foreligger en avtale og du følger den, så kan ikke arbeidsgiver bare bryte den avtalen med tanke på å gi deg sparken. Sånn uventet da. Så mye av jobben vår er jo motiverende samtaler, og hjelpe pasienten til å se fra andre vinkler. Med håp og ønske om en positiv utvikling for pasienten da. (...)

Jeg tenker at det er ganske typisk, det at når man får noe nytt som potensielt kan oppleves som kontroll fra arbeidsgiver, så reagerer man med forsvarsmekanismer. Det at man benekter et problem i forhold til alkohol i starten, det er helt naturlig.

Bedriftshelsetjenesten er ofte involvert der de individuelle Akan-avtalene innebærer testing. Da kan blodprøver tas der, og det kan etableres et fast opplegg. Flere behandlere mener at det stort sett går bra med de pasientene som kommer inn i faste kontrollrutiner på denne måten. Kanskje er det inngripende, men fordelene er så tydelige. Som en behandler sier: *«Diabetikere tar jo også blodprøver regelmessig. Det blir naturlig og noe man venner seg til.»*

Det er en naturlig del fordi det har vært en hendelse i forkant. Og for å forebygge hendelser, altså risiko i fremtiden. Så jeg tenker, det er ikke hva det ER, men hvordan man forholder seg til det. Så pasienter som kommer til oss gjennom bedriftshelsetjenesten, og som innordner seg den type oppfølging, kjempefint! De klager ikke. Etter hvert får de forståelse for hvorfor det gjøres. Og etter hvert som da tiden går og det er bedring, så vil intervallet for prøvetaking bli lengre. Med mulighet for stikkprøver som gjør at oppfølgingen likevel er veldig god selv om intervallet er lengre. PEth har jo relativ lang halveringstid, som gjør at man må ikke ta så hyppige prøver.

Samtidig vektlegger denne behandleren behovet for å gjøre individuelle vurderinger. For noen kan kontrolltiltakene virke mot sin hensikt. For noen få kan det nesten trigge at de drikker mer. Behandleren forteller om pasienter som sier at de må ha en frihet til å velge det selv. Presset kan frata dem eierskap til problemet.

Også for mannen vi presenterte i kapittel 4 som en illustrasjon på pasientmangfoldet, var det en individuell Akan-avtale inne i bildet. Det var mye testing, og pasienten opplevde avtalen som veldig streng. Det fikk han i og for seg støtte på fra sin behandler. Samtidig mente behandleren at siden mannen hadde en jobb som innebar ansvar for barn, var det viktig for arbeidsgiver med dokumentasjon på at han var rusfri. Flere behandlere mente at problematiske Akan-avtaler ofte skyldes at arbeidsgiverne hadde for lite kunnskap om det å være i behandling. Ikke minst dreide det seg om at behandling svært ofte handler om å håndtere tilbakefall og å åpne for at ting tar tid.

¹¹ Akan kompetansesenter vektlegger at når rusmiddeltesting inngår i en Akan-avtale, skal dette være tester som kun er i behandlingssytemed, ikke kontrolltester. Rusmiddeltest i en Akan-avtale skal ikke kunne gi sanksjoner som oppsigelse ved positivt prøvesvar. Kontrolltester er lovregulert i Arbeidsmiljøloven kap. 9, og kan bare omhandle en stilling der det innebærer risiko forbundet med konkret fare for noens liv eller helse dersom vedkommende er ruspåvirket. Faren skal være her og nå, og ikke bare av generell karakter. Kilde: <https://akan.no/rusmiddeltesting/>

Uten at jeg kjenner til alle Akan-kontrakter, så tenker jeg at det ofte har vært veldig strengt. Og det er kanskje litt uheldig, tenker jeg. Du skal ikke komme rusa på jobb, men det går an å kanskje få en sykemelding, og være i behandling. Vi må være åpne for at kanskje trenger de mer enn poliklinikk en periode, også kan du komme tilbake. Den forståelsen av rus og at det tar tid er viktig da. Endring tar tid.

I noen intervjuer fikk vi inntrykk av at individuelle Akan-avtaler, eller Akan som begrep, først og fremst ble forbundet med de avtalene som både behandler og pasient opplever som lite konstruktive. Som nevnt kan slike avtaler også være en hindring for samarbeid. I de aller fleste tilfellene er avtalene blitt til før behandler kommer inn i bildet. Særlig gjelder dette pasienter som kommer fra større arbeidsplasser, har vi fått høre. Som en behandler sier: *«De er kanskje litt mer profesjonelle i håndteringen av det.»*

De individuelle Akan-avtalene representerer et strukturelt tiltak som kan være viktig både for pasienten, arbeidsplassen og behandleren. En annen strukturell endring av ganske ny dato, er innføringen av pakkeforløp for rusbehandling. Det tar vi opp i neste kapittel.



12. Pakkeforløp: Ingen hindring

I intervjuene spurte vi også om hvilke erfaringer behandlerne hadde med kravet om at behandlingen skulle legges opp som et pakkeforløp. Dette er et nokså nytt tiltak, i det pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) trådte i kraft 1.januar 2019. Hensikten var å gi pasienter et helhetlig og forutsigbart behandlingsforløp. Bruk av pakkeforløp skal også forhindre unødvendig ventetid. Pasienten skal få mer innflytelse i behandlingen, og den skal evalueres systematisk underveis (Helsedirektoratet, 2020). Pakkeforløpets krav om at man skal stoppe opp og evaluere underveis, ble nevnt som noe positivt av flere av de vi snakket med. En behandler understreker at i pakkeforløpet skal behandler gi tilbakemelding til relevante instanser, som fastlegen eller bedriftshelsetjenesten, hvis det er de som henviser. De vi snakket med har litt ulike oppfatninger av hva dette innebærer. Noen mener at det passer best for somatiske sykdommer, og er irrelevant for avhengighetslidelser. Noen mener at dette er egentlig bare en systematisering av det de alltid har gjort. Et ganske typisk svar på vårt spørsmål om pakkeforløp, er dette:

Alle ruspasientene inngår i et pakkeforløp. Det ble vel innført for et par år siden av Bent Høyre. Det er tatt etter en modell fra kreftbehandling. Mitt inntrykk er at det har fungert bra i somatikken. Så skal det overføres til psykisk helse og rus. Det ser nok veldig fint ut når politikerne snakker og de innførte det her. Og så er det sånn at vi holder på med prosedyrekoder og noen sånne maler, og at det skal bli mer lik behandling. Vi gjør jo i veldig stor grad nokså det samme som vi gjorde før. Jeg tror ikke det har kjempestor betydning for pasienten.

Det mest konstruktive som har kommet ut av det, er at vi har tverrfaglige møter hver onsdag der alle nye pasienter skal diskuteres, men det kunne vi kanskje hatt uten pakkeforløpet. Så det er egentlig noe som ser fint ut, men egentlig ikke har kjempemye funksjon, ut ifra mitt perspektiv. Det vi visste før det ble innført, og som også er erfaringa, det er at å sammenligne somatisk behandling med psykoterapi er veldig rart. Det er to forskjellige verdener. En person som har kreft vil jo strekke seg veldig langt for å ta medisin og oppfølging, og møte i timer og gjøre det som skal gjøres. Og man flytter jo på avtaler, fordi at man da skal behandle kreften. Det kan godt hende man gjør det hvis man har en psykisk lidelse, men når det kommer til rus er det annerledes. Veldig mange av de som begynner i behandling preges av at de strekker seg veldig langt for å kunne fortsette drikkinga. Det er avlysning av timer, og det er utsettelse av timer. Og det er mye motivasjonsjobbing da. Så det betyr jo at de tidsfristene i pakkeforløpa, de tror jeg er veldig få som egentlig forholder seg til.

Det er også et spørsmål om arbeid i basiskartlegginga. Men jeg tror ofte det står bare sånn: arbeid. Jeg tror veldig mange skriver at personen er i 100% arbeid. Det er ikke noe direkte spørsmål: hva er relasjonen til din nærmeste leder? Som for så vidt kunne vært et fint kartleggings-spørsmål, det og.

Vi var spesielt ute etter å få vite om pakkeforløpet kunne være en hindring for eventuelt samarbeid med pasientens arbeidsgiver. Ingen av dem vi snakket med, hadde erfaringer med at det kunne hemme samarbeidet. Men det er mange andre faktorer som kan virke hemmende. Det tar vi opp i neste kapittel.

13. Hva hemmer, og hva fremmer samarbeid med arbeidsplassen?

De faktorene som hemmer eller fremmer samarbeid kan sorteres ut fra hvilke av de tre aktørene de er knyttet til, pasientene, arbeidsgiver/leder eller behandler. Samtidig blir dette skillett litt for enkelt, i det forutsetningene for samarbeid ofte ligger i samspillet mellom aktørene. Vi kan likevel begynne med pasientene. Pasientene må ønske et samarbeid, de må ikke være så tynget ned av skam og frykt for å miste jobben at dørene låser seg. Hvis pasienten absolutt ikke vil, har vi vært inne på at behandlerne ikke presser på, eller i det minste bruker lang tid på å bygge tillit før de tar opp temaet.

Foran har vi også sett at individuelle Akan-avtaler noen ganger kan hindre samarbeid. Avtalen kan være inngått på et tidspunkt der det ikke ble tatt høyde for at pasienten skulle i behandling og den kan begrense informasjonsflyten. I slike tilfeller kan den også bidra til at pasienten klarer å opprettholde et vannrett skille mellom behandlingen og jobben. «Pasienten kan argumentere for at dette er to forskjellige livsoppråder», som en behandler beskrev det.

Som vi har vært inne på tidligere, er det også et spørsmål om arbeidsgivers kunnskap, både om avhengighetslidelser og om behandling. Det dreier seg også om å forstå at behandlingen veldig ofte ikke er en rettlinjet vei fram til å bli frisk. Det må tas høyde for tilbakefall, og for at det tar tid. Som det heter i en svensk studie av veien ut av alkoholavhengighet, tar det like lang tid å gå ut av skogen som det tok å gå inn i den (Rauschning, 2019).

Vi fikk også eksempler på at selve arbeidsmiljøet kan ha betydning for om pasienten ønsker å involvere arbeidsplassen. Blant annet fikk vi høre om en pasient som kom fra en jobb der det var mange konflikter og et uregilt arbeidsmiljø. Behandleren kommenterte situasjonen slik:

— Det er klart at når det er konflikter på jobben, så er det jo de siste man har lyst til å dra inn i et sånt samarbeid, hvis man ikke har noe tillit eller føler noe fortrolighet.

Arbeidsplasser har dessuten svært forskjellige forutsetninger når det gjelder å tilrettelegge jobben for den som trenger det i en periode. Enkelte behandlere mente at iblant kan det oppleves som nødvendig å realitetsorientere arbeidsgiver. Det finnes ikke noen «kvikk-fix» i behandlingen av personer med problematisk alkoholbruk.

— Det er klart det er viktig å få folk tilbake i jobb. Og det er viktig at det skjer på en ordna måte. Siden vi holder på med ganske intensiv terapi, så er det sjelden at vi anbefaler å hoppe rett inn i 100% jobb, rett etter behandling, men at det heller blir en glidende overgang, det vil si økning av tilstedeværelse på jobb. Og det kan jo være krevende for arbeidsgivere å få timet og tilrettelagt det.

Når det gjelder den tredje aktøren, behandlerne, kan vi skille mellom de forutsetningene som er knyttet til behandlere som person, og de som er knyttet til behandlingsinstitusjonen. For behandleren som person kan deres faglige bakgrunn og tilnærming til problemet ha betydning for hvordan de vektlegger samarbeid med pasientens arbeidsplass. Vi vet at avhengighet og avhengighetsutvikling har blitt forstått og forklart på ulike måter. Vår forståelse av avhengighet som fenomen vil kunne få betydning for hvordan vi møter og følger opp personer som har utviklet et rusmiddelproblem (jf. Hvithammar 2021, side 17). For alle de tre aktørene kan både holdninger og handlinger knyttes til hvordan de oppfatter avhengighet. Siden det er behandlerne vi har snakket med, er det klart at deres oppfatninger blir særlig viktige. Vi kan skille mellom tre ulike perspektiver her. Samtidig er det viktig å understreke at de fleste behandlerne vi snakket med, nok nærmet seg sine pasienter med alle disse tre perspektivene samtidig - selv om vektleggingen nok kunne variere noe.

Nesvåg (2016, side 71) skiller mellom tre ulike perspektiv på rusavhengighet. Et medisinsk perspektiv vil se på det som en sykdom. Alkoholen skaper en nevrobiologisk forstyrrelse i hjernen. Et psykologisk perspektiv vil mer se på avhengighet som en belønningssøkende adferd. Atferden og de valgene personen gjør, påvirkes av motivasjon, kort- og langsiktig belønningsforventning, trigger og opplevelse av og

tro på egen mestring. Et sosialt perspektiv vil rette søkelyset på hvordan avhengighet påvirker de ulike delene av en persons liv. Det handler om relasjoner, jobb og økonomi, men også om hvordan rusmiddelbruken påvirker menneskers mulighet til å leve det liv de ønsker.

Av disse tre ulike tilnærmingene vil altså det sosiale perspektivet være det som legger størst vekt på pasientens forhold til jobb og arbeidsliv, mens det medisinske sykdomsperspektivet trolig vil være minst opptatt av pasientens jobb. Vi hadde ingen spørsmål om tilnærming eller perspektiv i våre intervjuer med behandlerne, men i varierende grad skinner deres oppfatning og fortolkning av rusavhengighet gjennom i samtale. Som nevnt foran var mange av de behandlerne vi snakket med psykologspesialister, noen hadde en medisinsk utdanning, og flere var sosionomer med ulike former for tilleggsutdanning. Et stykke på vei kan vi nok se at perspektivet preges av behandlerens utdanningsbakgrunn. Men behandlingsinstitusjonene er tverrfaglige, og for mange behandlere vil nok tverrfagligheten påvirke deres oppfatning av rusavhengighet. For som Bramness (2018B) legger vekt på i et intervju i Rus og samfunn, representerer de ulike perspektivene på rusavhengighet forklaringer som utfyller hverandre heller enn å utelukke hverandre. Og som han sier: *«Fagfolk i rusfeltet må søke kunnskap fra andre profesjoner enn sin egen. Tverrfaglighet er ikke et honnørord, det er tvert imot helt nødvendig».*

Noen rammebetingelser kan også knyttes til selve behandlingsinstitusjonen. Vårt inntrykk fra intervjuene er at de aller fleste behandlerne er opptatt av pasientens jobb og arbeidsplass - for de pasientene som er i jobb. Siden våre informanter i hovedsak ble rekruttert fra institusjoner som Akan kompetansesenter allerede hadde noe kontakt med, kan det også hende at ulikhetene er større enn det som har kommet fram i vårt datamateriale.

Forskjellene kan dreie seg om ideologi og tilnærming, og praktisk tilrettelegging. Vi har hørt om møter der behandler drar ut til arbeidsgiver, og om møter som holdes på behandlingsinstitusjonen. Vi har også hørt om behandlere som sier at de har liten tid til slike møter. Vi har sett at det varierer mye i hvilken grad institusjonene gir rom for å bruke tid på den måten. Den behandleren som har all arbeidstid belagt med gruppebehandling eller poliklinisk virksomhet, har ikke tid igjen til å bruke på møter med arbeidsgivere.

Men samarbeid dreier seg ikke bare om møter. Noen behandlingsinstitusjoner og behandlere ser ut til å strekke seg langt, enten det dreier seg om å få pasienten tilbake i jobb, eller å bidra til at han eller hun kan beholde jobben.

Hvis pasienten er i jobb og har vært her lenge, så gjør jo vi ganske mye i forhold til tilbakeføring til jobb, og vi strekker oss ganske langt. Det kan du bringe tilbake (ler) til Akan. Hvis vi for eksempel har hatt pasienter her som gruer seg for å gå tilbake til jobb, og synes det er vanskelig, så kan vi tilby en periode på to eller fire uker hvor de kan gå her to ganger i uka for eksempel. Sånn halv plass. For eksempel mandag og fredag. Da er de på jobb på tirsdag og onsdag for eksempel i en periode. Og så sakte, men sikkert, tilbakeføring til jobb, for å få en mild overgang. Så jeg tenker jo at er det jobb der, og er det muligheter til å tilrettelegge, så gjør vi jo det. Vi har det jo veldig oppe. Da kan vi bruke de dagene de er her til å snakke om; hvordan går nå dette her egentlig.

Vi hadde jo en pasient for ikke så lenge siden nå, som egentlig aldri har hatt bra forhold til jobben sin, og synes ikke det har vært noe ålreit. Og har drukket masse på jobb og utenom jobb og. Han grua seg veldig. Da fikk han mulighet til å gå her noen dager og så se hvordan det gikk. Han gikk ganske lenge sånn. Vi hadde plass og han hadde det veldig vanskelig. Så fikk han noen innspill her på; hvordan kunne han møte sjefene sine? Hva kunne han spørre om? For han var ikke interessert i at vi skulle inn. Vi fikk jo litt tips fra gruppa og sånn, og støtte på hva han kunne gjøre, og hvordan han kunne si hva han trengte. For du forandrer deg jo veldig i behandling. Så kanskje du plutselig tør å si litt om hva du trenger, istedenfor å bare si ja til alt som du blir pålagt. Så han fikk en ganske mer ålreit jobbsituasjon. Men vi tar selvfølgelig kontakt med jobben hvis pasienten ønsker det.

Vi kan oppsummere med en tabell som viser noen av de viktigste faktorene knyttet til de tre aktørene.

	Pasientene	Arbeidsgivere/ledere	Behandlerne
Fremmer samarbeid	Kunnskap og trygghet som grunnlag for åpenhet	Kunnskap om rusavhengighet og behandling. Rom for tilrettelegging	Institusjonens vektlegging, fleksibilitet, rom for møter som kan ta tid
Hemmer samarbeid	Skam (som må forstås ut fra holdninger i samfunnet og ikke bare knyttes til enkeltpersoner)	Fordommer, manglende alkoholpolicy	En vektlegging av medisinske og i en viss grad psykologiske aspekter, mer enn de sosiale

Våre intervjuer gir et klart inntrykk av at det trengs mer kunnskap hos ledere og arbeidsgivere, om ruslidelser, om betydningen av å komme tidlig inn, og om behandling. De må få vite at det finnes ingen kvikk-fix løsninger, at ting tar tid, og at det er normalt med tilbakefall. På samfunnsnivå trengs det mindre skam og mindre skyldfølelse. Det har å gjøre med normer og med alkoholkulturen vår. Som behandlere har pekt på i intervjuene forventes det at drikkesituasjoner er noe du skal takle. Men alle gjør ikke det.

I tillegg til forutsetningene som kan kobles til de tre aktørene, kan det også være strukturelle rammebetingelser som hemmer samarbeidet mellom behandler og arbeidsgiver. En av informantene våre som hadde lite samarbeid med pasientenes jobb, fortalte om hvordan fastlegen ble et slags mellomledd eller en portvakt som hindret eller bremset kontakt:

Jeg opplever ikke så ofte fastlegen ber meg om opplysninger angående pasienten. Nå dokumenterer jeg mye og sender ut evalueringer, fordi det er fastlegen som koordinerer. Så kanskje er det ikke behov, men.. Og noen ganger kommer også pasienten og sier: «*Kan du skrive en bekreftelse, at jeg er aktivt i behandling, eller liknende.*» Men den går jo ikke til arbeidsgiver. Den går også til fastlegen, eller nav. Så der er det nok et ubrukt potensial. Hva vet fastlegen? Men fastlegen er jo den som koordinerer alle helsetjenestene pasienten skal få. Da er det kanskje også naturlig at arbeidsgiveren har kontakt med fastlegen som sykemelder. Vi sykemelder jo ikke. Da er det de som har det dialogmøtet, og vi faller litt ut.

Denne informanten var en av flere som avsluttet med å si at samtalen med oss hadde gjort hen mer oppmerksom på de mulighetene som kan ligge i et samarbeid med pasientens arbeidsgiver: «*Jeg tror nok at etter det intervjuet her, at jeg skal ha mer fokus på det altså.*»

14. Oppsummering og konklusjon

Denne studien bygger på en antakelse om at temaet arbeid behandles ulikt i tverrfaglig spesialisert behandling, og at ulike faktorer hemmer og fremmer samarbeid og samhandling mellom pasient og arbeidsplass. Spørsmålene i vår intervjuguide var, i hvert fall et stykke på vei, rettet inn på å fange opp hvorfor behandlerne ikke var opptatt av pasientenes arbeidssituasjon, og hva som skulle til for at de skulle rette mer av sin oppmerksomhet den veien. Vi opplevde at i flertallet av våre intervjuer var dette en tilnærming som ikke passet med informantenes fortellinger om sine pasienter.

Et underliggende premiss for vår problemstilling var at det å inkludere arbeidsplassen i pasientens behandlingsprosess var noe som kunne lette behandlingen, føre til tilrettelagt arbeid og mindre frafall i arbeidslivet. Enkelte av våre informanter bidro med fortellinger som gir grunn til å nyansere det perspektivet. En av dem argumenterte for at Akan kompetansesenter og andre burde rette oppmerksomheten mot arbeidslivet heller enn mot behandlingsinstitusjonene.

— For vi som er behandlere, vi er ganske godt innforstått med hva det innebærer av belastninger og utfordringer, det å stå i en endringsprosess med så sterke krefter som alkohol. Det er ikke så mange her som bare sier: «*Ta deg sammen! Og kom på jobb på mandag!*» Men det kan de møte på arbeidsplassen. Min erfaring er at jeg har vel ikke vært på noen sånne Akan-møter hvor jeg ikke har opplevd enten at pasienten har blitt stigmatisert eller mistenkeliggjort, eller at det har vært manglende endringsoptimisme eller tro på at endring er mulig. Jeg har hørt folk i bedriftshelsetjenesten si: «*Jeg har aldri sett noen greie det.*» Ikke sant. Så du har mye å hente der. Men det er jo et ganske langt lerret å bleke. Det er på en måte mer avgrensa å begynne å snakke om behandlerne på behandlingsinstitusjonene. For arbeidslivet er stort. Og mange steder har jo en kultur for fredagspils. Mye av det sosiale, ikke sant, det handler om alkohol.

Som nevnt foran, har arbeidslivet vært Akan kompetansesenter sitt hovedfokus siden oppstarten i 1963. Likevel kan selvfølgelig informanten ha rett i at det fremdeles er viktig både å øke kunnskapen og endre holdningene i deler av arbeidslivet. Den samme behandleren forteller for øvrig også om tilfeller der hen mener at individuell Akan-avtale og annen kontakt med arbeidsplassen har vært en tilleggsbelastning heller enn å være en støtte. En av hens pasienter som jobbet på en skole opplevde å bli innkalt til et møte på jobben. På den ene siden av bordet satt rektor, en fra utdanningsetaten og en fra bedriftshelsetjenesten. På den andre siden satt pasienten, alene. Da behandleren fikk høre om dette, insisterte hen på å være med neste gang det skulle være møte. Vurderingen var at pasienten trengte en hun visste var på hennes side.

Med ett eller kanskje to unntak, var alle vi snakket med opptatt av jobben og arbeidssituasjonen til de pasientene som var i arbeid. De fortalte hvordan pasientene deres hele tiden minnet dem på hvor viktig jobben var i livet:

— Og jobb er jo viktig for veldig mange. Det er det de holder fast på, det er det som gir motivasjon. Det er jo en forankring og et uttrykk for at livet er på stell på en måte, med inntekt og hele pakka. Det er identiteten. Det er to ting de nevner. Det er førerkort og jobb.

Mange behandlere strakk seg langt for å få til et samarbeid med arbeidsplassen, selv om de også mente at det var pasienten selv som måtte ha siste ord om hvem som skulle involveres i behandlingsprosessen. De mente også at noen ganger kunne det være riktig av pasienten å holde det skjult overfor jobben at hen gikk i rusbehandling. Åpenhet er viktig, men pasientens ønske om henholdsvis hemmelighet eller åpenhet er ikke noe som blir til i et vakuum. Som en av behandlerne vi snakket med la vekt på, vil mulighetene for åpenhet et stykke på vei henge sammen med arbeidsplassens alkoholkultur. Hvis arbeidsplassen har en bevisst og tydelig alkoholicy, er det lettere å være åpen.

Nå har vi jo hatt pasienter som selv har tatt initiativ og sagt fra. De har reist seg på lunsjen eller i en annen sammenheng, og sagt at jeg skal på X (behandlingssenter), eller jeg har et rusproblem. Slik har de på en måte tatt nuven av det der selv. Det er jo veldig tøft gjort, syns jeg, å snakke både til ledelse og kollegaer på den måten. Sånn som han ene sa: «Da vet jo alle det. Jeg har totalavhold som målsetting. Og at jeg ikke skal drikke på lønningspils.» Og da blir det også et spørsmål om hvilket ansvar har arbeidsgiver for sånne sosiale happeninger og alkohol? Det er jo noe annet. Det har jeg noen meninger om. Der tenker jeg det er mange som kunne ha tenkt seg litt om. For det er ganske mye drikking rundt omkring, der ledelsen også er ganske dritings. Det var jo fra mitt private liv da, men når rektor på skolen er sørpe dritings, da er ikke det kjempelurt, og ikke bra heller.

Jeg tenker på det med arbeidsgivers holdning til alkohol. En ting er holdning. En annen ting er hva du faktisk gjør i praksis. Og hva utsetter du dine medarbeidere for når du har julebord eller lønningspils, eller alle de der happeningene der. Der det er ufattelig mye alkohol. Våre pasienter blir jo utestengt på et vis. For at de kan ikke gå dit, for de er for sårbare til det. Noen er jo livredde for å ikke være der, så jeg tenker at de og har et ansvar da i det her. Og at du vet aldri hvem det er i din stab som har et alkoholproblem. Eller som kan få det.

Som informanten peker på, kan det å stå fram med alkoholproblemer virke ekskluderende. Alkohol er ofte en viktig del av det kollegiale fellesskapet (jf. Buvik 2020).

Flere behandlere understreket også de store individuelle forskjellene, både mellom pasientene, mellom arbeidsplasser, og de ulike relasjonene som arbeidsplassene innebar. På den ene siden er det viktig å ta vare på folk og forebygge frafall i arbeidslivet, men noen ganger kan det være riktig at folk må gå fra jobben.

Avhengighet ikke er så enkelt som vi tror. Det er så sammensatt. Man kan ha lik avhengighetsdiagnose, men det levde liv til den enkelte som har den avhengigheten, er så forskjellig, og så sammensatt. Det er så mange faktorer som spiller inn i et menneskes liv. Og så er det sånn at dette er komplekst. Man må på en måte ta høyde for kompleksiteten, og få til avtaler som pasientene kan leve med. I noen tilfeller så er det jo sånn at pasientene har en jobb som gjør at arbeidsgiver må være streng. Og da må de bare si: «*Vet du hva, akkurat nå så kan du ikke jobbe her. Men hvis du blir frisk, så...*».

Behandlerne er også opptatt av tidlighetsprinsippet. Ofte har problemet fått utvikle seg for langt før pasienten kommer i behandling. Dette inntrykket samsvarer med forskning som viser at frykt for negative reaksjoner og hensynet til den som har en problematisk alkoholbruk, kan gjøre at det tar år før problemet blir tatt tak i (Buvik, Moan & Halkjelsvik 2018). At det tar for lang tid bekreftes også i WIRUS-studien¹². Som Sjøgren (2022) peker på, blir bedriftshelsetjenesten oftest ikke koblet inn før en arbeidstaker har utviklet et alkoholproblem som trenger omfattende tiltak. Ikke bare kommer de tiltakene som da settes inn for sent, ofte er de også utilstrekkelige.

Det ser altså ut til å være en tendens til å vente til smertetrykket har blitt for høyt, både for den som ruser seg og som er nær. Ikke minst gjelder det når det er arbeidsplassen som tar et initiativ og bidrar til at den som har problemer med alkoholbruken kommer til behandling. Det er flere trappetrinn fra det som kan begynne med en leders uklare mistanke og bekymring, til en avtale som kanskje oppfordrer arbeidstakeren til å gå i behandling. Trinnene krever både kunnskap og mot hos leder og eventuell Akan-kontakt. Ikke minst gjelder det når han som kanskje kommer beruset på jobb, nekter å innse at han har et problem. En slik situasjon er også krevende for behandleren. Samtidig har vi fått flere fortellinger om endringsprosesser der pasienter både har fått innsikt til å erkjenne problemet, og at de ikke minst har sett at tiltak de først så på som kontroll og uttrykk for mistenksomhet, som regel dreier seg om omsorg og hjelp.

12. WIRUS (Workplace-based Interventions preventing Risky alcohol Use and Sick leave) <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=515383>

Helt til slutt kan det være på sin plass å minne om at denne studien i hovedsak handler om de heldige - de som kommer i behandling, og som har en jobb. De aller fleste som sliter med alkoholproblemer, kommer ikke i behandling. Og av de som får hjelp, har svært mange allerede falt ut av arbeidslivet. Samtidig viser vår studie at det er mulig å øke denne andelen «heldige». Gjennom å bryte ned skammen og gi arbeidslivet kunnskap og redskaper for å ta tak i problemene tidlig, kan flere få støtte og riktig hjelp. Og gjennom å styrke behandlernes handlingsrom og redskaper for å få til et godt samarbeid med pasientens jobb og ledere, kan vi forebygge frafall i arbeidslivet.

Litteratur

Bramness, J. (2018). *Hva er avhengighet?* Oslo: Universitetsforlaget.

Bramness, J. (2018B). Forstå avhengighet for å kunne behandle. *Rus og samfunn*.

<https://www.rus.no/aktuelt/forsta-avhengighet-for-a-kunne-behandle>

Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative research in psychology*, 18(3), 328-352.

Buvik, K. (2020). It's time for a drink! Alcohol as an investment in the work environment. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27(1), 86-91.

Buvik, K., Moan, I. S., & Halkjelsvik, T. (2018). Alcohol-related absence and presenteeism: Beyond productivity loss. *International Journal of Drug Policy*, 58, 71-77.

Christiansen, S. G., & Moan, I. S. (2022). Employment trajectories among those treated for alcohol use disorder: A register-based cohort study. *Addiction*, 117(4), 913-924.

Eggebo, H. (2021). Tematisk analyse: En guide. *Sosiologen*.

<https://helgaegebo.no/tematisk-analyse-metodeartikkelen-som-loyser-alt/>

Espedal, G. (2022). Research Interviews to Investigate and Co-create Values. Espedal, G., Løvaas, B.J., Sirris, S. & Wæraas, A. (eds.). *Researching Values* (pp. 117-132). Palgrave Macmillan, Cham.

Helsedirektoratet (2010). *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. [IS-1742 low.pdf](https://www.helse.no/tema/1742-low.pdf) (korusoslo.no)

Helsedirektoratet (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*.

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/>

Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2020). Interviewing as a form of narrative practice. I Silverman, D. (ed.) *Qualitative research*, Sage. Pp. 69-85.

Hvithammer, L. N. (2021). *Endringserfaringer hos mennesker med alkoholavhengighet i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Masteroppgave, Høgskolen i Innlandet.

<https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/2891433/Hvithammer%2c%20Linda%20Neske-vern.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

Lyngstad, M. B. (2021). «Fuck stigma»—En narrativ undersøkelse av mennesker med rusavhengighet og pårørendes forståelse av, og erfaring med, fordommer. I *Hvordan forstå fordommer? Om kontekstens betydning—i barnehage, skole og samfunn* (pp. 105-130). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinez, M. W., Berglund, K., Hensing, G., & Sundqvist, K. (2022). Swedish Managers' and HR-Officers' Experiences and Perceptions of Participating in Alcohol Prevention Skills Training: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychology*, 13.

- Nesvåg, S. (2016). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I Biong, S. & Ytrehus, S. (red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s.55-76). Oslo: Cappelen Damm.
- Nesvåg, S., Backer-Grøndahl, A., Duckert, F., Enger, Huseby, G. & Kraft, P. (2007): *Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering*. Rapport IRIS – 2007/021.
- Nielsen, M. B., Gjerstad, J., & Frone, M. R. (2018). Alcohol use and psychosocial stressors in the Norwegian workforce. *Substance use & misuse*, 53(4), 574-584.
- Nordaunet, O. M., & Sælør, K. T. (2018). How meaningful activities influence the recovery process. *Advances in Dual Diagnosis*. 11(3), 114-125.
- Oslo Economics (2022). *Samfunnskostnader ved alkoholbruk*. Oslo: Oslo Economics. [220112-Rapport-Samfunnskostnader-ved-alkoholbruk-OE.pdf](https://www.osloeconomics.no/rapporter/202112-Rapport-Samfunnskostnader-ved-alkoholbruk-OE.pdf) ([avogtil.no](https://www.osloeconomics.no))
- Rauschnig, M. (2019). "Det tar lika lång tid att gå ut ur skogen som att gå in i den": Att ta sig ur ett alkoholberoende. Umeå Universitet Institutionen för socialt arbete.
- Samfunnsøkonomisk analyse(2018). *Kostnader ved rusrelatert fravær og ineffektivitet*. <https://static1.squarespace.com/static/576280dd6b8f5b9b197512ef/t/5b6aa4ad70a6ad2f21ce1bc1/1533715631380/R9-2018+Kostnader+ved+rusrelatert+frav%C3%A6r+og+ineffektivitet.pdf>
- Shaygani, S. (2016): Alle kan bli rusavhengige. Kronikk i *Dagens Medisin* 17/2016. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/10/28/alle-kan-bli-rusavhengige/>
- Sjøgren, Å. I. (2022). Viktig med tydelig ruspolicy på arbeidsplassen! Kronikk på [forebygging.no](https://www.forebygging.no) <https://www.forebygging.no/Kronikker/2022/viktig-med-tydelig-ruspolicy-pa-arbeidsplassen/>
- Skilbrei, M. (2021). *Kvalitative metoder: Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (2. utgave.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torvik, F. A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenström, T. H., Bramness, J. G., Gillespie, N., ... & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 54-64.
- Veseth, M., Svendsen, T. S., Nesvaag, S., Moltu, C., Davidson, L., & Bjornestad, J. (2022). "And then the rest happened"—A qualitative exploration of the role that meaningful activities play in recovery processes for people with a diagnosis of substance use disorder. *Substance Abuse*, 43(1), 260-266.
- Øiern, T. (2002). Når sjefen ruser seg. *Rus & avhengighet*, 5(3).

Ta kontakt med oss:

Veiledningstelefon: 22 40 28 00

Nettsider: www.akan.no

E-post: akan@akan.no

Du kan også chatte med oss på våre nettsider

Husk å følge oss på:



www.facebook.com/akankompetansesenter



www.linkedin.com/company/akan-kompetansesenter



[@akankompetansesenter](https://www.instagram.com/akankompetansesenter)

akan
KOMPETANSESENTER