



Arbeidsnotat 1991

Thore K. Karlsen

**AKAN - MELLOM IDEALISME
OG ORGANISASJON**

FAFO

© Fagbevegelsens senter for forskning,
utredning og dokumentasjon

Mai 1991

ISSN: 0801-6135

Innhold

Forord	2
1 Innledning	3
2 Organisasjon, oppgaver og ressurser	7
3 AKANs virkemåte	11
4 AKANs resultater	16
5 Perspektiver	25
Litteratur	28

Forord

Denne rapporten er et supplement til og bygger på data fra ILO-rapporten "Control or Convince?". I tillegg til spørreskjemaene fra ILO, ble det for denne rapporten brukt et skjema for registrering av AKAN-utvalgenes resultater.

Mens ILO-undersøkelsen hadde til formål å gi en framstilling av AKANs oppbygning og virkemåte til bruk i en internasjonal sammenligning, er formålet med denne tilleggsrapporten å evaluere hvordan AKAN per dato fungerer i forhold til sin målsetning. Men samtidig er denne evalueringen begrenset av de foregitte spørsmål for ILO-undersøkelsen.

I denne rapporten er det derfor lagt mindre vekt på en formell beskrivelse av AKAN og mer vekt på å framstille og drøfte funnene fra ILO-undersøkelsen og tilleggsundersøkelsen. Lesere med interesse av mer detaljert kunnskap anbefales å lese ILO-rapporten som inneholder mer konsentrert og detaljert empirisk informasjon.

FAFO, Mai 1991

Thore K. Karlsen

1 Innledning

AKAN eller arbeidslivets komite mot alkoholmisbruk og narkomani ble stiftet i 1963 av representanter for LO og daværende N.A.F., i dag NHO. Initiativet kan spores til LO og Arbeiderpartiet. Motivet var to-delt: Å hjelpe folk med stoff- og alkoholproblemer, og å sørge for lik behandling av alminnelige arbeidere og funksjonærer ved iakttatt bruk av, eller med tydelige ettervirkninger etter alkohol- og stoffbruk. Inntil da hadde man observert en tydelig forskjellsbehandling mellom arbeidere og funksjonærer ved slike anledninger.

AKANS formål er i henhold til vedtektene å forebygge alkoholmisbruk og narkomani (primærprevensjon) og å hjelpe alkoholskadde og narkomane til et normalt liv (sekundær- og tertiærprevensjon). Dette skal oppnås gjennom opplysningsvirksomhet og utvikling av retningslinjer for samarbeid mellom bedriftsinterne instanser og mellom arbeidsplassen og behandlende institusjoner. Av vedtektene framgår det at AKAN betrakter seg som et supplement til andre organisasjoner og institusjoner som er aktive på området, men driver sitt eget arbeid på helt selvstendig grunnlag.

AKAN bygger på en avtale mellom LO og NHO, men er ingen del av Hovedavtalen. Kjernepunktet i denne avtalen er bestemmelsen om at ingen som har undertegnet en individuell AKAN-avtale og holder seg til den, kan bli oppsagt. AKAN gir altså ingen total beskyttelse mot oppsigelse og dette er også strategisk begrunnet: Det skal motivere den enkelte AKAN-klienten til å ta ansvaret for seg selv og egne handlinger så langt han/hun klarer det.

Allerede et år etter stiftelsen fikk AKAN den første overføringen over statsbudsjettet og i dag er staten ved Statens Edruskapsdirektorat representert i AKANs styre. Men på den enkelte arbeidsplassen drives AKAN av representanter for arbeidsgiver- og arbeidstakersiden.

Vanligvis ligger de følgende grunnprinsipper til grunn for driften av AKAN: Ikke-innblanding i klientenes privatliv, ikke-bruk av fysiske tester (blåsetest, urinprøve, blodprøve) og taushetsplikt i forhold til bedriftsledelsen og andre ansatte. I noen tilfeller blir det imidlertid gjort unntak fra disse prinsippene. Disse tilfellene skal vi komme nærmere inn på senere. Men nettopp unntakene viser til en viktig egenskap ved AKAN: AKAN er ingen fasttømret organisasjon, men et organisa-

torisk rammeverk som kan tilpasses fleksibelt etter varierende lokale forhold. Nettopp dette har vært en viktig bestanddel av AKANs spredningsstrategi: Man har satset på å tilpasse seg forskjellene i det lokale samarbeidet for å unngå motstand mot å bli akseptert.

Driftsprinsippene er selvsagt fastlagt ut fra bestemte hensikter. Ikke-innblanding i privatsfæren og beskyttelse av klienter gjennom taushetsplikt skal skape tillit til AKANs hovedkontakter, og ikke-bruken av fysiologiske tester skal signalisere fravær av tvang og virke til å gjøre mestring av alkohol- og stoffbruk til et personlig anliggende for klientene.

AKANS viktigste instrumenter er bruk av hovedkontakter, bruk av kollegaer som støttekontakter for folk med problemer, informasjonskampanjer, foredrag og møter og kurs for foresatte og hovedkontaktene.

I 1989, 26 år etter grunnleggelsen, hadde AKAN i følge innsendte årsrapporter spredt seg til ca. 540 bedrifter og andre organisasjoner med et personale som tilsvarer ca. 10,5% av alle lønnsinntakerne i landet.¹

AKAN er nå representert i de fleste sektorer (landbrukssektoren er et unntak) og i de fleste typer organisasjoner. Bankvesenet, sentraladministrasjonen, kommunalsektoren, flytransport, kollektiv skinne- og busstransport, sykehus, avisbransjen, varehandelen, offshoresektoren og hotellbransjen er noen eksempler på sektorer, bransjer og typer av organisasjoner hvor AKAN er representert med lokale AKAN-utvalg. Om et av utgangspunktene for opprettelsen av AKAN var å sørge for lik behandling av arbeidere og funksjonærer ved rusmiddelbruk på arbeidsplassen, framtrer dette problemet i dag som langt mer differensiert.

I noen av de organisasjoner AKAN i dag er representert, finnes det ikke en eneste arbeider. Mange er rene, men relativt homogene funksjonærorganisasjoner (banker, sentraladministrasjonen), andre er tjenesteproduserende organisasjoner med sterk profesjons- og statusinndeling (sykehus).

¹ Det må imidlertid understrekes at de lokale AKAN-utvalgene ikke er spesielt nøye med å sende inn årsmeldinger. Av de 11 utvalgene som deltok i denne undersøkelsen hadde for årene 1988-90 mellom 6 og 8 hvert år sendt inn årsmeldinger. Tallet på arbeidsplasser og arbeidstakere med AKAN-tilbud kan derfor anslås til å ligge ca. 30% høyere enn årsmeldingene for 1989 tilsier.

I varehandelen, flytransport og hotellsektoren har store andeler av personalet direkte og kontinuerlig publikumskontakt det meste av arbeidstiden. De ansattes rusmiddelbruk kan her virke direkte inn på omsetningen.

Innen de forskjellige deler av transportsektoren er den enkeltes ansvar for passasjerers og medtrafikanter liv og helse en kritisk faktor.

Både i sykehus og ved flytransport av personer ligger ansvaret for klienters/-kunders liv ofte hos den statusgruppen som best kan beskytte seg mot kontroll og inngrep fra f.eks. AKAN-utvalget. De utgjør selv de foresatte.

I offshore-sektoren er prøvetaking tillatt av hensyn til kollegaers sikkerhet. Men liknende sikkerhetsargumenter kan anføres for kranførere, truckførere, vedlikeholdsarbeidere og anleggsoperatører i vanlig landbasert industri hvor prøvetaking ikke er tillatt.

Siden AKAN ble opprettet har mønsteret for rusmiddelbruk i samfunnet også forandret seg. Mens det på 60- og langt inn på 70-tallet var alkoholmisbruk som alene stod i sentrum for AKAN-utvalgenes interesse og oppmerksomhet, har man, i hvert fall i storbyene, etter hvert blitt tvunget til å befatte seg med andre former for rusmiddelbruk. I følge statens institutt for alkohol-narkotikaforskning økte bruken av de fleste narkotiske stoffene i det norske samfunn fram til 1985, og f.eks. kokain og amfetamin er fremdeles på frammarsj. Dette gjelder også bruken av medikamenter (beroligende og stimulerende midler).

Det er derfor grunn til å spørre om AKAN-konseptet fremdeles er egnet til å oppfylle målet om et rusmiddelfritt arbeidsliv?

Dette spørsmålet kan igjen brytes ned i de følgende problemstillinger:

1. Er AKAN-utvalgenes organisasjon og arbeidsmåte av en slik art at det blir mulig å komme i inngrep med alle de arbeidstakergrupper som etter hvert har et AKAN-tilbud?
2. Er AKAN-utvalgenes organisasjon og arbeidsmåte av en slik art at hovedaktiviteten etter hvert kan forskyves fra behandling til forebygging? Dette vil også være av avgjørende betydning for å kunne bekjempe de typer rusmiddelbruk som er vanskeligere å oppdage enn alkoholmisbruk.

3. AKAN har vært aktiv i norsk arbeidsliv i 28 år og har vært igjennom en kontinuerlig, men langsom spredningsprosess. Organisatorisk fleksibilitet kan være en fordel i en spredningsfase, men kontinuerlig drift stiller krav til mer målrettede organisasjonsformer. Hvilke arbeidsmåter har vist seg å være så effektive at de bør tas opp i AKANs retningslinjer for fremtiden?

Denne undersøkelsen bygger delvis på omfattende intervjuer i 11 AKAN-utvalg i privat og offentlig sektor, delvis på skriftlige kilder og delvis på intervjuer med AKANs sentralledelse.

Undersøkelsen burde selvsagt ha kommet til et jubileum, men da ILO i forbindelse med en internasjonal sammenligning av organisasjonen av rusmiddelbekjempelse i arbeidslivet ønsket en beskrivelse av AKAN, bød det seg en gunstig anledning for en evaluering. Hoveddelen av denne evalueringen bygger derfor på de spørsmålene ILO har foregitt i sine spørreskjemaer. Som supplement ble det brukt et mindre spørreskjema for utvalgenes resultater og AKANs årsmeldinger.

Tabell 1. Oversikt over AKAN-utvalgene i undersøkelsen

Identifikasjonsnummer	Sektor	Organisasjonens hovedaktivitet	Antall ansatte	Sponsor
1	Privat	Flere	ca. 6000	130 små bedrifter ²
2	Privat	Forbruksvarer	ca. 1350	Bedriften
3.	Privat	Avisproduksjon	ca. 620	Bedriften
4.	Privat	Hotell	ca. 500	Bedriften
5.	Privat	Investeringsvarer	ca. 1030	Bedriften
6.	Privat	Lufttransport	ca. 5000	Bedriften
7.	Privat	Olje og gass produksjon	ca. 2500	Bedriften
8.	Privat	Bank	ca. 2800	Bedriften
9.	Offentlig	Sentral administrasjon	ca. 3400	Statsadministrasjonen ³
10.	Offentlig	Person transport	ca. 3150	Bedriften
11.	Offentlig	Sykehus	ca. 3250	Institusjonen selv

² 130 små bedrifter har sammen organisert og finansiert et senter for bedriftshelsetjeneste. Ved dette senteret ligger AKANs hovedkontakt.

³ Departementene har endel tjenester med egne budsjetter felles. Blant disse er bedriftshelsetjenesten der AKANs hovedkontakt finnes. (Utenriksdepartementet har egen AKAN-komite.)

2 Organisasjon, oppgaver og ressurser

AKANs styre er sammensatt av to representanter fra LO, to fra NHO og en fra Statens Edruskapsdirektorat. Styret godkjenner budsjettet og vedtar retningslinjene for driften av AKAN. Den sentrale administrasjonen fungerer hovedsaklig som en målbærer for AKANs driftsprinsipper og som et rådgivnings- og serviceorgan overfor de lokale utvalgene.

AKANs sentraladministrasjon består for tiden av 8 utdannede sosionomer/psykologer og en daglig leder. For 1990 hadde sentraladministrasjonen et budsjett på 5,1 mill. kroner. Hovedorganisasjonene bevilget kr. 600 000 hver og statlige instanser tilsammen 2,3 mill. Resten ble tjent inn på salg av kurs og informasjonsmateriale.

I sentraladministrasjonens oppgaver inngår de følgende aktiviteter:

1. Å overvåke utviklingen i bruk av stoff og alkohol og forskningen på dette området. Dette blir omsatt i skriftlig informasjon som fordeles til AKAN-utvalgene. Forskningen på dette området er i Norge liten av omfang, slik at det kan gå lange perioder mellom hver gang det oppdages noe nytt og relevant.
2. Å arrangere kurs, konferanser og forelesninger for AKAN-hovedkontakter, personer med ledelsesansvar og de ansatte i firmaer, bedrifter og offentlige institusjoner.
3. Å gi råd til AKAN-kontaktene i individuelle problemtilfeller og i mer generelle policy-spørsmål.
4. Å gi råd til og rettlede representanter for arbeidsplasser hvor man ønsker å etablere AKAN-utvalgene.

Lokalt er det Arbeidsmiljøutvalget som setter rammene omkring AKAN-utvalgets aktiviteter og som regel er AKAN-utvalget et underutvalg under det førstnevnte.

Et AKAN-utvalg skal ha representasjon fra arbeidsgiversiden (som regel fra personalavdelingen) og arbeidstakersiden. Sistnevnte består av hovedkontakten(e) som er oppnevnt av klubben/Arbeidsmiljøutvalget i samråd med ledelsen. Dessuten skal bedriftslegen og evt. sosialarbeidere og sikkerhetspersonell ha møterett i AKAN-utvalget, men ikke stemmerett. Likevel forutsettes det et nært samarbeide mellom bedriftshelsetjenesten og AKAN-utvalget. Hovedkontakten og bedriftshelsetjenesten skal sammen med støttekontaktene utgjøre de faste elementene i individuelle behandlingsopplegg. Hovedkontaktene på arbeidsplassene, dvs. de personer AKAN-tilfeller skal meldes til, er som regel de ansattes egne representanter. Støttekontaktene er arbeidskollegaer som klientene selv eller AKAN-utvalget overtaler til å danne sosialt nettverk for klienter på AKAN-kontrakt.

Det kunne i undersøkelsen konstateres en viss variasjon i utvalgenes organisatoriske tilknytning og arbeidsmåte. De fleste steder er AKAN-utvalget et underutvalg under Arbeidsmiljøutvalget og noen steder drives AKAN-utvalget i hel eller delvis personalunion med attføringsutvalget som igjen er et underutvalg under Arbeidsmiljøutvalget.

Hvor AKAN-kontakten er sosialtillitsmann eller medlem av attføringsutvalget, har man i noen tilfeller løst et problem ved å skaffe seg et annet. Man har løst problemet med at AKAN-kontakten må være en vel ansett kollega som er i stand til å gjøre noe for de ansatte. Men man har samtidig skaffet seg en AKAN-kontakt som lett kan bli overbelastet gjennom altfor mange gjøremål. I de to tilfellene hvor denne typen funksjonell overlapping forekom, lå hovedvekten av AKAN-utvalget aktiviteter entydig på sekundær prevensjon (behandling av rusmiddelbrukere).

I tre av de undersøkte utvalgene var hovedkontakten et medlem av bedriftshelsetjenesten, nemlig en utdannet sykepleier. Alt etter sammensetningen av de ansatte på arbeidsplassen kan dette virke positivt eller negativt. På den ene siden er det liten tvil om at profesjonelle i utgangspunktet tillegges kompetanse når det gjelder selve behandlingen av alkohol- og stoffbruk. Og i de tilfellene hvor den enkelte selv søker hjelp, virker det mindre stigmatiserende å gå til bedriftssykepleieren, som også har andre oppgaver, enn til AKAN-kontakten.

Men bare i et av de undersøkte utvalgene var det vanlig at klientene selv søkte hjelp. Og hvor AKAN-arbeidet bare er en oppgave blant flere, kan det bli lite ressurser til primærpreventive tiltak (forebyggende tiltak). Manglende vekt på

forebygging kan også være et resultat av de medisinske profesjoners måte å arbeide på: kurativt i stedet for preventivt.

Samarbeidet mellom bedriftshelsetjenesten og hovedkontaktene, som med de nevnte unntak var lekfolk på området, syntes i sterk grad å være avhengig av den personlige kontakten eller "kjemien" mellom helsepersonellet og AKAN-kontakten(e). Hvor denne kontakten ikke fungerte, ble det rapportert det om konflikter når det gjaldt ansvarsfordelingen mellom bedriftshelsetjenesten og AKAN-kontakten(e). Slik var situasjonen på en av arbeidsplassene som deltok i undersøkelsen. På en annen arbeidsplass var samarbeidsproblemet blitt løst ved å ansette fagutdannet helsepersonell i AKAN-utvalget

En liknende konflikt hadde man i ett tilfelle hatt med personalavdelingen som tidligere hadde hatt ansvaret for behandlingen av rusmiddelbrukere.

Hovedkontakten er i flere sammenhenger avhengig av tillit. Han trenger tillit fra de ansatte som selv tar kontakt for å få hjelp, og han trenger tillit fra foresatte og kollegaer som sier fra om andre som trenger støtte. Hvor det finnes flere grupper arbeidstakere på en arbeidsplass, viser erfaringen at hovedkontakten ofte har problemer med å få tillit fra andre arbeidstakergrupper enn den han selv tilhører. På det sykehuset som var med i undersøkelsen, hadde man tatt konsekvensen av dette og opprettet en hovedkontakt for hver av de største arbeidstakergruppene (leger, sykepleiere og andre arbeidstakere). Og dette hadde i følge intervjupartneren ført til økt tillit og gjennomslag i de gruppene som til da ikke hadde hatt egen AKAN-kontakt.

I et annet utvalg ble det også rapportert at man ikke hadde noen fra gruppene uten egen AKAN-kontakt på AKAN-kontrakt. AKANs sentralledelse anbefaler nå egne kontakter for hver arbeidstakergruppe på en arbeidsplass, men av de undersøkte utvalgene var det bare utvalget på sykehuset som hadde omsatt denne anbefalingen i praksis. Dette betyr imidlertid at AKAN per dato ikke har fått aksept blant betydelige grupper av arbeidstakere på arbeidsplasser med AKAN-utvalg.

Den enkelte AKAN-klienten kan etter eget valg eller med hjelp av AKAN-kontakten få stilt en kollega som støttekontakt. AKAN tar her følgerne av at ensomhet og mangel på sosialt nettverk er en av de viktigste årsakene til alkohol- og stoffproblemer. Samtidig er også det sosiale nettverket en av de viktigste forutsetningene for å få kontroll over alkohol- og stoffproblemer. I følge

intervjupartnerne fungerer ordningen med støttekontakter godt, men det kan oppstå problemer med å skjerme støttekontaktens eget privatliv mot klienten. Bruk av flere støttekontakter per klient ble bare rapportert i et av utvalgene.

Samtlige av de undersøkte AKAN-utvalgene rapporterer at de ikke har problemer med å få midler til AKAN-arbeidet over bedriftens budsjett. Dette gjelder imidlertid i overveiende grad ressurser til sekundær- og tertiærprevensjon (tiltak for reduksjon av misbruk og tiltak for behandling av oppståtte skader). Hovedkontaktene får som regel kontorplass og de får drive AKAN-arbeidet i den betalte arbeidstida. De får også anledning til å delta på AKAN-kurs for å dyktiggjøre seg i misbruksproblematikken og hjelp og veiledning til klienter og støttekontakter. På tre av arbeidsplassene var AKAN kontakten ansatt på heltid med utelukkende AKAN oppgaver.

Også støttekontaktene får drive støttearbeid i arbeidstida, dersom det viser seg å være nødvendig.

Budsjettmessig er AKAN-utvalget enten tillagt bedriftshelsetjenesten eller personalavdelingen. I de tilfellene hvor AKAN-arbeidet ikke blir utført av profesjonelt helsepersonell (i 8 av de 11 undersøkte komiteene), blir utgiftene til AKAN betalt over personalavdelingens budsjett.

For den delen av AKAN arbeidet som kan klassifiseres som primærprevensjon (kurs for personer med foresatte-funksjoner og andre typer informasjonstiltak), oppstår det ofte konkurranse om de årlige midlene med andre typer kurs og aktiviteter. Dette var tilfellet for fire av de intervjuede utvalgene. Disse utvalgene prøvde altså å komme sterkere over i primærprevensjon, men fikk problemer med å få tilvist midler.

3 AKANs virkemåte

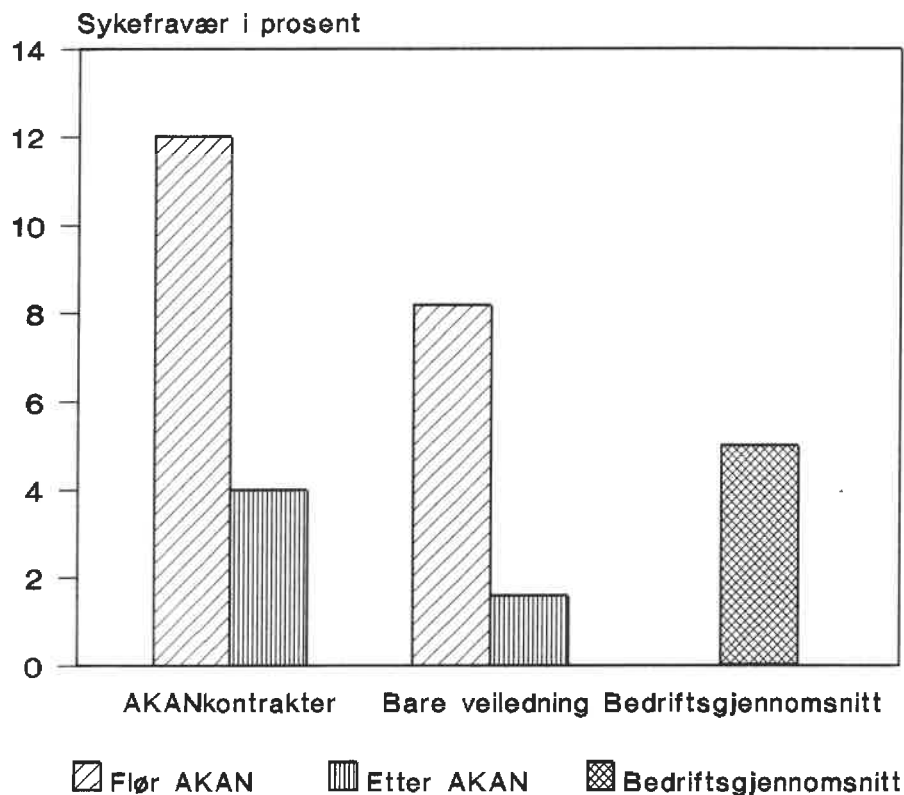
I AKANs driftsopplegg blir alle personer med foresatte-funksjoner tillagt en sentral rolle. Det er meningen disse skal bære hovedansvaret for å bringe personer med alkohol- og stoffproblemer inn i AKAN-behandlingen. Men av flere grunner vegrer mange seg mot denne oppgaven. For det første betyr det en tilleggsoppgave i forhold til de oppgavene de allerede har. Dette ble anført i en av de undersøkte bedriftene. Og for det andre har mange hemninger mot å gjøre noe de delvis oppfatter som å angi sine kollegaer. Den viktigste grunnen til dette synes imidlertid å være at mange føler seg inkompetente til å ta den første konfrontasjonen med de underordnede. Dette krever en personlig sikkerhet i slike spørsmål og en type kunnskap som må læres. AKANs sentraladministrasjon tilbyr kurs for dette formål, men da disse må betales av bedriftene, blir de hovedsaklig brukt av hovedkontaktene. I åtte av de undersøkte komiteene ble problemet med å få de foresatte til å ta ansvar oppgitt å være et av de største problemene med AKAN-arbeidet. Hvor dette fungerte (på to av de undersøkte arbeidsplassene), hadde det lyktes AKAN-utvalget å komme sterkere over på primærprevensjon enn i noen av de andre tilfellene. Men å få de foresatte til å ta på seg dette ansvaret hadde krevd en omfattende informasjons- og kursvirksomhet fra AKAN-utvalget.

En hver som ønsker å nyte godt av AKANs oppsigelsesvern, må underskrive en AKAN-kontrakt. I denne må man fraskrive seg retten til fravær med egenmelding. Ved brudd på kontrakten blir den klienten tildelt en muntlig og to skriftlige advarsler. Etter disse kan bedriften gå til oppsigelse. De to første advarslene blir gitt av klientens umiddelbare foresatte, mens den siste representerer et evalueringsstadium og blir behandlet av hele AKAN-utvalget. Dersom man anser klienten for å være seriøs i forsøket på å få kontroll med sitt alkohol- eller stoffproblem, holdes som regel den siste skriftlige advarselen tilbake. Etter to år uten rusmiddelbetinget fravær, blir klientene betraktet som rehabilitert og kontrakten samt alle henvisninger til AKAN-behandlingen slettet.

AKAN-utvalgene tolererer som oftest flere tilbakefall, dvs. flere misbrukbetingete fravær, enn det standardkontrakten foregir. I de utvalgene som var villige til å gi opplysninger på dette punktet (9av 11), hadde man hatt en viss andel av klientene på kontrakt i flere år. Og man tolererte mellom to og fire tilbakefall per år.

Bare utvalget i offshore-selskapet førte en sammenlignende fraværstatistikk, men denne viste at selv med et til to misbrukbetingete fravær per år, hadde gruppa på AKAN-kontrakt et lavere gjennomsnittsfravær enn for bedriften som helhet. Og klientene unngikk å miste jobben. Det synes altså å være gode grunner for å holde tilbake den siste skriftlige advarselen. Men gevinsten i form av redusert fravær bør synliggjøres på samme måten som i offshore-selskapet for å legitimere denne praksisen. Reduksjonen av fravær i offshore-selskapet er framstilt i den følgende figuren.

Figur 1. Reduksjon av fravær gjennom AKAN-kontrakt i et offshore-selskap



For personer på AKAN-kontrakt var det en reduksjon i fraværet på 8% og for personer under overvåking en reduksjon på 7,6%.⁴

⁴ I offshore-sektoren er prøvetaking av sikkerhetsgrunner tillatt og blir i det undersøkte selskapet også praktisert. Funn som ikke er entydige eller graverende gir her grunnlag for overvåking.

De innsparte utgiftene ble beregnet på følgende måte:

8% av gj.snittslønn	kr. 40 000
8 - 12 kontrakter per år	kr. 320 000 - 480 000
7,6% av gj.snittslønn	kr 38 000
12 kontrakter per år	kr. 450 000
Innsparinger per år	kr. 900 000

Det er ikke bare en bestemt praksis for bruk av AKAN-kontrakten som blir legitimert gjennom denne typen statistikker, men selve AKAN-arbeidet. For selv om AKAN-arbeidet hviler på en avtale mellom LO og NHO, så spesifiserer denne avtalen ikke bruken av ressurser til AKAN-arbeidet på den enkelte arbeidsplass. Kanalisering av flere ressurser til AKAN-arbeidet krever sannsynligvis at man på samme måten som ovenfor påviser at dette er en **god investering**.

Selv om 10 av de 11 intervjuede utvalgene betegnet profilen på sitt eget AKAN-arbeid som bl.a. primærpreventiv, så var det bare tre utvalg som i en eller annen form praktiserte primærprevensjon. Fire utvalg ønsket det, men mente de ikke fikk tilstrekkelig ressurser. Og tre utvalg hadde ikke utviklet presise forestillinger om hva primærprevensjon innebar og følgelig heller ingen målsetning i forhold til dette. I et utvalg regnet man primærprevensjon av forskjellige grunner som urealistisk eller bortimot umulig.

Da primærprevensjon krever kontinuerlig holdningsdannende arbeid i hele organisasjonen med bl. a. kursing av personal med foresatte- eller ledelsesfunksjoner og bedrifts- eller avdelingssamlinger, vil dette, i hvert fall i en overgangstid, føre til merkostnader man ikke umiddelbart kan registrere å få noe igjen for. Jo dårligere man har dokumentert de resultater man har oppnådd tidligere, kanskje ut fra en bestemt oppfatning av taushetsplikt, jo vanskeligere vil det være å få gjennomslag for økte midler til primærprevensjon på et senere tidspunkt. Av de undersøkte utvalgene var det bare to som førte systematiske og grundige statistikker. Det ene var utvalget i offshore, og det andre var utvalget i bank. I offshore lå vekten på å vise gevinsten ved redusert sykefravær, i bank viste statistikken utviklingen av tallet på klienter fra år til år med tilganger og avganger og antallet rehabiliterte per år.⁵

⁵ Rehabiliterer er de klientene som har vært på AKAN-kontrakt i to år uten rusmiddelbetinget fravær.

Når statistikken, slik den gjorde det i banken, kan vise til en rehabiliteringsprosent på mellom 25 og 33 per år, leverer den et sterkt argument for å opprettholde eller øke ressurstildelingen til AKAN-arbeidet. Men på den annen side krever statistikker også resultater å vise til, og det oppnås ikke ved å drive AKAN-arbeidet "med venstrehanden". Det er ingen tvil om at det krever et relativt sterkt personlig engasjement fra hovedkontakten(e)s side å dra i gang AKAN-arbeidet på en arbeidsplass. I banken var AKAN-arbeidet 1988 gått inn som en del av den interne lederopplæringen.

Et annet utvalg var i motsatt situasjon. Her forelå det forslag om å ta AKAN-arbeidet ut av den interne lederopplæringen. Man hadde her som vanlig startet opp AKAN-arbeidet med en viss porsjon idéalisme og behandlet de spektakulære tilfellene. Men man hadde ikke klart å bevege seg fra sekundær prevensjon til primærprevensjon mens man ennå hadde den legitimiteten et høyt antall "vanlige" eller et mindre antall spektakulære klienter gir.

Man hadde i dette utvalget heller ikke støtt på noen problemer, hverken ved starten eller i fortsettelsen av AKAN-arbeidet. Da dette var en industribedrift med en sterk klubb og en høy grad av organisering, har den sikkert fått innvilget sine ønsker i forbindelse med AKAN-arbeidet fra starten. Men den har ikke klart å bruke de midlene den fikk til rådighet til å forandre bedriftskulturen eller til å mobilisere de foresatte på en slik måte at AKAN-utvalget kunne bli effektivt. To andre AKAN-utvalg befant seg i en lignende situasjon: Nytilgangen på klienter stagnerte og de iøynefallende tilfellene var enten forsvunnet eller i ferd med å forsvinne. Men disse hadde i utgangspunktet hatt mindre gunstige betingelser enn AKAN-utvalget i den nevnte bedriften.

Intervjuene på sykehuset og i sentraladministrasjonen tyder på at AKAN kan ha problemer med å bli akseptert av høystatusgrupper. På sykehuset kan dette forklares ved statusforskjellen mellom AKAN-kontakten (rekruttert fra teknisk personal) og sykepleiere og leger. Rusmiddelproblemer kan være pinlige nok om man ikke også skal måtte la seg veilede av personer med langt lavere utdannelse og formell kompetanse enn en selv. Dette taler for egne AKAN-kontakter for de forskjellige yrkessgruppene på arbeidsplassen.

Men eksempelet fra sentraladministrasjonen tyder på at statuslike AKAN-kontakter bare er en nødvendig, men ingen tilstrekkelig betingelse for å bli akseptert. For her er sammensetningen av de ansatte mer homogen høystatus. Likevel rapporterer intervjupartneren her om strategisk atferd fra de ansattes side for å unngå AKAN-

kontrakter. Man går til bedriftslegen og binder ham gjennom taushetsplikten til å gjennomføre forskjellige typer ikke-offisielle opplegg. AKANs hovedkontakt er her sentralisert og er en del av bedriftshelsetjenesten. Det er også kontakter ute i departementene, men ledere og foresatte blir ikke kurset i AKAN-arbeid. Utvalget i sentraladministrasjonen har relativt sett det laveste antallet på AKAN-kontrakt av samtlige utvalg i undersøkelsen.

En forklaring kunne være at høystatusgruppene i departementene har flere ressurser til å mestre rusmiddelproblemer med. Dette er tvilsomt, da mange er innflyttere til Oslo og har store deler av sine sosiale nettverk andre steder i landet. Heller ikke utmerker denne gruppen seg ved lav skilsmisserate.

En annen forklaring kan være at arbeidsforholdene gjør det lettere å skjule problemene enn på andre arbeidsplasser. Man har fleksitid og ofte sterkere innslag av egenkontroll i arbeidet. Dette betyr sjelden kontakt med foresatte og god anledning til å skjule rusmiddelbetinget fravær gjennom avspasering. Avhengigheten av hverandres arbeidsresultater vil ofte, f.eks. mellom utredningspersonale og foresatte, være sterkere enn i andre arbeidssammenhenger. Muligvis fører dette til økt toleranse for hverandres "dagsform".

I hvert fall må man tiltro personal med høyere utdanning evnen til å planlegge og å skjule sitt rusmiddelbruk bedre enn andre grupper.

Og så lenge bare de aller hardeste "tilfellene" kommer i kontakt med AKAN, er naturligvis stigma-effekten sterk og statusfallet høyt.

Når det gjelder denne typen personal som også er ansatt i lignende organisasjoner: kommuner, fylkeskommuner, andre offentlige etater, står AKAN overfor store utfordringer. En gjennomgang av årsrapportene til AKAN fra slike organisasjoner, viste at situasjonen i sentraladministrasjonen ikke er enestående. Det var intet særsyn å finne etater med over 500 ansatte uten en eneste person på AKAN-kontrakt.

4 AKANs resultater

Etter 28 år i norsk arbeidsliv har AKAN oppnådd visse resultater. For det første finnes det ca. 540 bedrifter/offentlige institusjoner med AKAN-avtaler. Tallet må for det første bli noe unøyaktig fordi en arbeidsplass kan være problematisk å avgrense og fordi flere små arbeidsplasser i noen tilfeller har en felles AKAN-ordning.

For det andre er statistikkdisiplinen blant AKAN-utvalgene ikke særlig velutviklet. Av de 11 deltakerne i undersøkelsen hadde for årene 1988 - 90 mellom 6 og 8 sendt inn årsrapport til AKAN. Tallet her baserer seg på årsrapportene for 1989. For 1990 var det ennå ikke kommet inn årsmeldinger i et brukbart antall. Et forsiktig anslag over hvor mange arbeidsplasser AKAN virkelig er representert på, burde derfor ligge ca. 30% høyere enn det tallet som er nevnt ovenfor, altså ca. 700.

Av viktige sektorer er det per dato bare landbruket som står utenfor AKAN. En grovtelling gir en dekningsgrad på ca. 10,5% av alle lønnsinntakere.

I 1989 (det siste året med relativt fullstendig statistikk) befant 1273 arbeidstakere seg i AKAN-behandling, men på grunn av de ovenfor nevnte statistikkproblemer ligger trolig også tallet her noe høyere.

Legger man fraværsreduksjonen fra offshore-sektoren til grunn, og setter en reduksjon i det gjennomsnittlige fraværet med 8% av årlig arbeidstid med en gjennomsnittlig årslønn på kr. 180 000, blir innsparingen gjennom AKAN-arbeidet bare i fraværreduksjon per år kr. 17,28 millioner. Selvsagt må dette tallet tas med alle mulige forbehold, men det gir en viss forestilling om verdien av AKANs arbeid for arbeidslivet.

På grunn av den dårlige kvaliteten på mye innsendt statistikk: Et år sender man inn statistikk, et annet gjør man det ikke og bare i få komitéer blir det ført statistikk over tallet på rehabiliterte, er det umulig å si hvor mange AKAN har hjulpet til å kontrollere sine rusmiddelproblemer siden den ble grunnlagt. I 1989 og i 1990⁶ var det henholdsvis 1273 og 1141 personer på AKAN-kontrakt.

⁶ Statistikken for 1990 er per 1.5.1990 ennå svært ufullstendig.

Selvsagt blir i en rekke tilfeller også familiemedlemmers velferd positivt berørt av AKAN-arbeidet.

Hvor det har lyktes AKAN-kontaktene å vinne de ansattes tillit, skjer det dessuten stadig oftere at AKAN kontakten blir rådgiver for arbeidstakere på stadiet før de trenger en AKAN-kontrakt. Dette var tilfellet i tre av de undersøkte utvalgene.

At AKANs aktiviteter fører både til innsparinger på offentlige velferdsbudsjetter og i mange tilfeller til personlig velferdsgevinst, kan det således være liten tvil om.

Men AKANs viktigste bidrag til velferd og helse er utvilsomt av generalpreventiv karakter: Bruk av alkohol og narkotika og i noen tilfeller medikamenter, er riktignok uttrykkelig forbudt i de fleste arbeidsreglementer, men det er AKAN som stiller kontrollapparatet og fordeler den nødvendige informasjon og handlingskompetanse for å stoppe spredningen av disse fenomenene. Det får ikke danne seg noen aksepterende kultur for rusmiddelbruk på nye arbeidsplasser, og hvor den finnes når AKAN blir stiftet, blir den enten drevet tilbake eller stoppet i å spre seg videre.

I 5 av de undersøkte bedriftene/institusjonene rapporterer AKAN-utvalgene at problemet med rusmiddelbruk er blitt kvantitativt redusert mens AKAN har fungert. Og i 5 andre rapporterer man at man nå får lettere "tilfeller" enn i de første årene.

I internasjonal målestokk er norske arbeidsplasser fremdeles svært "rene" på tross av flere utviklingstrekk som kunne ført i motsatt retning. Vi har hatt en sterk velstandsvekst med mer enn fordoblet bruk av alkohol målt i liter ren alkohol per innbygger og år siden midt på femti-tallet. Kontinentale drikkevaner med hyppigere alkoholinntak er i ferd med å spre seg. Fra 1962 til 1979 økte drikkefrekvensen blant de som oppga å nyte alkohol fra gjennomsnittlig 62 til 88 ganger per år. Andelen av personer over 15 år som hadde drukket alkohol de siste 12 måneder økte fra 68% til 85% fra 1956 til 1979 (Arner o.a. 1985).

Videre har bruken av cannabis og andre illegale narkotiske stoffer økt kontinuerlig opp til 1985 (Hauge og Irgens-Jensen, 1989). Og bruken av sedativa og andre medikamenter med bevissthetsendrende virkninger har økt kraftig. Men arbeidslivet har stort sett holdt stand. Vi har stort sett unngått lunsjfylla, og det er ikke lenger så kjekt å komme i bakrus på jobb. Særlig når det gjelder holdningene til alkoholmisbruk og bakrus rapporterer alle AKAN-utvalgene om en holdnings-

endring i retning av lavere aksept de senere år. Samtidig er imidlertid usikkerheten blant de andre ansatte om hva som er riktig å gjøre, økt. Skal man dekke vedkommende eller skal man melde fra til AKAN?

Rasjonalisering og et hardere arbeidstempo synes i noen tilfeller å virke til fordel for AKAN: Man kan ikke lenger til stadighet av solidaritet dekke kollegaer ved å utføre deres jobb samtidig med ens egen. I to av de undersøkte utvalgene var rapportering fra likestilte kollegaer blitt vanligste rapporteringsform, og i tre andre var dette i ferd med å bli stadig vanligere.

AKAN er selvsagt et produkt av norsk alkohol- og arbeiderkultur. I andre land med forskjellig kultur er alkoholbruk - også i arbeidstiden - alminnelig akseptert. Men da dette er et spørsmål om normer og toleranse overfor normavvik, kunne man tro at det ikke ville føre til helse- eller rusmiddelproblemer.

Tyskland er et land hvor avholdsbevegelsen riktignok stod relativt sterkt omkring århundreskiftet, men som nå har en svært liberal holdning til alkoholbruk på arbeidsplassen. I det tidligere Vest-Tyskland økte det gjennomsnittlige alkoholforbruket per innbygger og år mellom 1950 og 1990 fra 3 til 12 liter ren alkohol. Andelen sterkt alkoholavhengige i arbeidslivet ble i 1986 funnet å ligge på ca. 5%. Videre ble 10% diagnostisert som i faresonen (BASiG 1986).

I Tyskland (og sannsynligvis også i Norge) er imidlertid bruken av beroligende, smertestillende, oppkvikkende og søvnfremkallende medikamenter det fenomen som er i raskest vekst. I 1987 oppgav 2% av de heltidsarbeidende i en undersøkelse at de daglig brukte beroligende og smertestillende midler. Og 2% av alle deltakerne i undersøkelsen kunne ikke forestille seg å leve videre uten beroligende og sovetabletter. Fra 1981 til 1988 steg de tyske sykekassenes andel av utgiftene til medikamenter med 78%, og kurven synes ikke å flate ut (IG Metall 1991).

Situasjonen på arbeidsplassene er nå så alvorlig at tysk Jern og Metall og tysk LO våren 1991 satte i gang en større kampanje for å bekjempe problemet. Men de mangler en organisasjon og de mangler et avtaleverk på linje med AKAN. Imidlertid åpner bedriftsforfatningsloven (tilsvarende hovedavtalen) for inngåelse av bedriftsavtaler som regulerer spesialområder. Og nettopp denne strategien anbefaler man klubbene eller bedriftsrådene i en nylig utgitt håndbok. Håndboken inneholder en mønsteravtale slik at de lokale tillitsmenn har noe og orientere seg etter. Intervjupartneren fra Jern og Metall anslo denne avtalen til allerede å være en realitet i mellom 40 og 50 bedrifter.

Mange av anbefalingene er identiske med AKANs prinsipper og regler: Avtalen bør ha gyldighet for alle, slik at ikke inntrykket kan oppstå at det bare er de underordnede som skal kontrolleres.

Målet med avtalen er å øke sikkerheten på arbeidsplassen, yte hjelp til de som trenger det og å avskaffe bruk av alkohol og andre rusmidler på arbeidsplassen.

Dersom en arbeidstaker er så påvirket av rusmidler at han kan bety en fare for kollegaene, skal han straks bortvises fra arbeidsplassen av sin umiddelbare foresatte. Den foresattes rolle i førstekonfrontasjonen med rusmiddelbrukeren minner her om de foresattes rolle i AKAN.

Men når det gjelder alkohol på arbeidsplassen, ligger det verdener mellom tysk og norsk kultur. Man går i den tyske mønsteravtalen ikke lenger enn å anbefale brennevinsforbud og salg av svakt øl og alkoholfrie drikkevarer til lavere pris enn vanlig øl (pils). Hvor arbeidet medfører tørst, anbefaler man gratis utdeling av alkoholfrie drikkevarer.

Videre anbefales det å trekke inn alle med foresatte- og tillitsmannsfunksjoner og medlemmene av bedriftshelsetjenesten i kurs - med spesialkurs for de som må ta førstesamtalene med rusmiddelbrukerne - i AKAN-sammenheng ville dette være personer med foresatte-funksjoner.

Når det gjelder bedriftens reaksjoner, anbefales tre muntlige og to skriftelige advarsler før oppsigelse. Advarslene tildeles i en stadig videre krets av representanter for de ansatte, for bedriften, for bedriftshelsetjenesten og for sikkerhetspersonalet. I den tredje muntlige advarselen blir rusmiddelbrukeren pålagt å søke hjelp i den (eksterne) offentlige helsetjenesten. Dette betyr for det første at behandlingen profesjonaliseres, og for det andre at rusmiddelbrukeren blir pålagt et ansvar han på det gitte stadiet av misbruk kanskje ikke er i stand til å påta seg.

Av de 11 undersøkte AKAN-utvalgene var det 5 som ikke brukte eksterne institusjoner i 1990. 5 andre oppgav å ha brukt innleggelse og 2 av disse hadde i tillegg også benyttet ekstern, ambulant behandling. For de som brukte eksterne institusjoner varierte prosentandelen mellom 100% og ca. 5%. Det var helt klare forskjeller i filosofi mellom utvalgene. Utvalgene som ikke eller bare i få tilfeller brukte eksterne institusjoner la vekt på å klare jobben selv. To av disse hadde

også klart å helbrede klienter som hadde blitt gitt opp av det offentlige helsevesenet.

De andre utvalgene la vekt på en rask, effektiv og profesjonell behandling. Blant disse blir kvaliteten på behandlingsinstitusjoner nevnt som et problem ved driften av AKAN. I flere utvalg hadde det vært en ikke ubetydelig prøving og feiling når det gjelder eksterne institusjoner og blandingsforholdet intern/ekstern behandling.

Det var ingen vesentlige forskjeller i oppsigelseskvoten mellom de utvalgene som hadde en utstrakt eller ingen/liten bruk av eksterne institusjoner.

I forhold til det tyske opplegget erstatter altså AKAN i betydelig grad det offentlige helsevesenet ved selve behandlingen av rusmiddelbrukere. Dette medfører en tilleggsinnsparing for de offentlige helsebudsjettene.

Ved den fjerde advarselen anbefaler tysk Jern og Metall å innkalle rusmiddelbrukerens familie. Dette anbefales ikke av AKANs sentraladministrasjon, men skjer likevel i regi av to AKAN-utvalg i undersøkelsen.

Hvorvidt støtte fra familien er nødvendig for å få til atferdsendringer hos personer med psykiske problemer, er gjenstand for faglig diskusjon.

Argumentet fra AKAN er at mange ikke ønsker å trekke inn familien, og hvis ryktet om dette sprer seg på arbeidsplassen, vil mange unnlate å melde fra til AKAN. Og det kan/kunne til og med bli/ha blitt vanskelig å oppnå den nødvendige tilslutning i klubben til å få opprettet et AKAN-utvalg på mange bedrifter, dersom man hadde gått ut med familieterapi.

På den annen side nevner 8 av 11 utvalg familiens innsats som en av de viktigste forutsetningene for at rehabilitering av en rusmiddelbruker skal lykkes. Så hvorfor ikke trekke med familiene mer systematisk, f. eks. når den andre skriftelige advarselen skal vurderes? Familiens rolle i behandlingsopplegget kan være en av de faktorene som bør endres i en ny konsolideringsstrategi for AKAN etter den spredningen som har funnet sted til nå. En arbeider anno 1991 er heller ikke så "tøff" som en arbeider anno 1963.

Følger oppsigelse, skal i følge det tyske avtaleutkastet bedriften ha plikt til å gjenansette vedkommende dersom han/hun klarer å få kontroll med problemet innen et år etter oppsigelsen.

AKANs retningslinjer inneholder ingen slike bestemmelser, man satser heller på å holde klienten i jobb så lenge som mulig.

Likevel kommer det også til oppsigelser av AKAN-klienter. Oppsigelsesraten ligger i de undersøkte utvalgene mellom 4% og 25% av klienter på kontrakt fra 1987 til og med 1990. For to av utvalgene lot den seg ikke beregne; i det ene tilfellet på grunn av fortolkningen av taushetsplikten, i det andre tilfellet fordi statistikkene ikke dekket de samme tidsrommene.

I den tyske mønsteravtalen anbefales også bruk av kollegaer som støttekontakter, slik man gjør i AKAN, men med to innskrenkninger: For det første må en støttekontakt ha tilbakelagt minst 100 timer på kurs, og for det andre skal støttekontakten bare være tilgjengelig i arbeidstiden.

Man forutsetter ingen hovedkontakter slik man har det i AKAN, men anbefaler ansettelsen av et profesjonelt helseombud. Dette skal for det første påse at bedriften følger avtalen, for det andre bidra med rådgivning og planlegging av behandlingsopplegg for klientene, for det tredje pleie kontakten med eksterne institusjoner, og, i samråd med tariffpartnerne, utvikle forslag til fjerning eller nedbygging av bedriftsinterne årsaker til rusmiddelbruk.

I dette forslaget blir altså rusmiddelbruk satt i direkte forbindelse med arbeidsforholdene og delvis betraktet som en følge av disse. Selv om AKAN-utvalget i halvparten av bedriftene/institusjonene i vår undersøkelse var et underutvalg under arbeidsmiljøutvalget, så ble det ikke i noe tilfelle nevnt forsøk på å koordinere AKAN-arbeidet med arbeidet for å forbedre arbeidsmiljøet.

I de skriftlige anbefalingene fra AKANs sentraladministrasjon finnes det heller ingen analyse av hvordan arbeidsforhold kan utløse rusmiddelmisbruk. Men det finnes analyser av hvordan arbeidsmiljøet kan virke til å forverre misbruk ved å dekke misbrukere eller ved å øke misbrukernes angst for å bli oppdaget (Rønning 1991).

Å betrakte arbeidsforholdene som kilde til stress og andre belastninger som igjen utløser bruk av alkohol og medikamenter, er ikke noe nytt i den norske arbeidsmiljødebatten. Det synes derfor å være fornuftig å koordinere arbeidet for å forbedre arbeidsmiljøet med arbeidet for å holde arbeidslivet rusmiddelfritt.

Vår undersøkelse ga intet svar på hvorfor dette i så liten grad gjøres i Norge, men enkelte antydninger kom fram. Noen AKAN-utvalg føler seg svært bundet av sin taushetsplikt. Dette kan føre til at de overfor bedriftsledelsen ikke tør lokalisere bestemte arbeidsmiljøproblemer av redsel for at det skal føre til identifikasjon av de berørte arbeidstakerne, eller at disse skal få et stigma i resten av bedriften.

En annen grunn kan være at hverken AKAN, bedriftshelsetjenesten eller Arbeidsmiljøutvalget er innrettet mot denne typen koordinering, slik at ansvaret for å korrigere arbeidsforhold som fremkaller bruk av rusmidler og medikamenter blir liggende mellom disse instansene.

Da lekmannsinnslaget i både AKAN og Arbeidsmiljøutvalget er sterkt og heller ikke bedriftsleger får systematisk utdanning i arbeidsmedisin, kan den manglende koordineringen også være et kunnskapsproblem.

Men mens man i Vest-Tyskland står overfor et problem av langt større omfang enn i Norge og bare så vidt har begynt arbeidet med å skape bevissthet om at dette er et helsemessig og sosialt problem, har altså AKAN i Norge allerede etablert et betydelig nettverk og kan dessuten vise til behandlingsresultater av et visst omfang.

Undersøkelsen viste imidlertid at ikke alle AKAN-utvalg fungerer like godt. Generelt kan man si at de utvalgene som har satset konsekvent - ikke på å hjelpe enkeltpersoner - men på tiltak som skal forhindre bakrus og rusmiddelbruk på arbeidsplassen, har de beste resultater å vise til. Felles for disse utvalgene er at de i 1990 hadde mellom 1 1/2 og 2% av de ansatte på AKAN-kontrakt. Og i intervjuene oppga de at flesteparten eller nesten alle aktivitetene deres bestod av opplæring og informasjon.

Disse utvalgene hadde lykket i å skape en fast organisasjon for AKAN-arbeidet, og de hadde gjort sine sanksjoner ved rusmiddelbruk synlige og påregnlige for de ansatte. Men ellers var arbeidsmåten deres svært forskjellig.

De tre mest effektive utvalgene var utvalget i bank, offshore og i avisbedriften.

I offshore sektoren er prøvetaking tillatt og her hadde man bygd opp et stort kontrollapparat. Før utreise til plattform må alle gjennom en pustetest. Blir det registrert en promille på over 0,5, blir man nektet utreise. Og med lavere promille

får man en advarsel og får på et senere tidspunkt en innkallelse til bedriftslegen for urin- og blodprøve.

Selvsagt har vissheten om at man alltid blir kontrollert før utreise en sterk preventiv virkning, men spørsmålet er om det ikke i mange tilfeller bare fører til forandringer i rytmene for rusmiddelbruk og kanskje til en omlegging i retning av medikamenter eller blandingsmisbruk. Arbeidstidsordningene i offshore, med lange friperioder på land, gjør i hvert fall denne typen tilpasninger mulig og til en viss grad sannsynlig. I denne modellen blir bruken av foresatte erstattet av bedriftshelsetjenestens prøver.

En indikasjon på at prøvene ved utreise til plattform i mange tilfeller bare fører til forandringer i rytmene for rusmiddelbruk, er at av 27 nyoppdagete rusmiddelbrukere i 1989, ble bare 5 oppdaget ved utreisekontrollen. 13 ble oppdaget av bedriftshelsetjenesten og bare 2 av foresatte.

Imidlertid er bare ca. 5% av rusmiddelbrukerne blitt sagt opp i dette firmaet siden 1982.

Den andre modellen som virker sterkt preventivt, er modellen i avisbedriften. Her har man den regelen at jobben til personer som har fravær uten legeattest, ikke blir utført. Avisa kommer altså ut uten vedkommendes bidrag uansett hvem dette er. Dette betyr en sterk synliggjøring av problemet. Oppsigelsesraten ligger her på 20% og man har sendt 40% til eksternt behandling. Det satses her også sterkt på informasjonskampanjer og opplæring av foresatte. Da dette AKAN-utvalget bare har eksistert siden 1987, er det sannsynligvis for tidlig å trekke noen entydige konklusjoner. Man har i en avisbedrift en unik mulighet til å synliggjøre rusmiddelbetinget fravær. Og man hadde på undersøkelsestidspunktet fått kanalisert de spektakulære tilfellene inn i AKAN-opplegg. Men intervjupartnerne medgav at det er et problem å få alle med foresattefunksjoner til å ta det ansvaret som er pålagt dem i AKAN-arbeidet.

I bankmodellen blir det hverken tatt prøver eller satset på prevensjon gjennom synliggjøring. Derimot er AKAN-arbeidet fra 1988 blitt en del av den bedriftsinterne lederopplæringen. De foresatte blir altså skolert i å ta tak i personer med rusmiddelproblemer og tilføre dem AKAN-kontakten. Dessuten har man en sykepleier som gir samtaleterapi/rådgivning 1 1/2 dag per uke. Man har her imponerende resultater. I 1989 var ca. 2% av de ansatte i kontakt med AKAN. Fra 1987 til 1989 lå rehabiliteringskvoten på mellom 25% og 33% av alle på

AKAN-kontrakt (rehabilitert er personer som har gått to år uten rusmiddelbetinget fravær), og oppsigelsesraten for disse årene lå på ca. 10%. I denne bedriften fungerer de foresatte slik man forutsetter eller håper i AKANs sentral-administrasjon.

AKAN-kontakten er her ansatt på heltid og har støtte fra en sykepleier som bidrar med individuell rådgivning 1 1/2 dag i uken. At informasjonskampanjer, de foresattes opptreden og AKAN-utvalgets praksis har ført til tillit blant de ansatte og en forandring av selve organisasjonskulturen med hensyn til rusmiddelbruk, kan ikke betviles. Man hadde ca. 2% av de ansatte i AKAN-systemet i 1988 og -89. Og hverken den sosiale bakgrunnen til bankansatte eller arbeidsforholdene i bank tilsier at denne bransjen skulle være mer utsatt for rusmiddelbruk enn andre.

Den høye gjennomstrømningen gjennom AKAN-utvalget målt i nytilganger og rehabiliterte personer (begge deler mellom 20% og 33%) i forhold til det totale antallet personer i AKAN-opplegg i et kalenderår, er en klar indikator på at man kommer i inngrep med stadig lettere tilfeller av rusmiddelbruk.

5 Perspektiver

Noen viktige forutsetninger må oppfylles dersom AKAN skal kunne fungere i dagens arbeidsliv.

Med den tiltakende profesjonaliseringen blir det stadig viktigere med hovedkontakter for alle arbeidstakergruppene på arbeidsplassen. Dette signaliserer at AKAN er en ordning for alle og at AKAN blir akseptert av alle. Dersom dette ikke blir konsekvent gjennomført, tyder resultatene i denne undersøkelsen på at det ikke vil lykkes AKAN å etablere tillit og kontakt innen store funksjonær- og profesjonsgrupper.

Bruk av foresatte som AKANs øyne og ører er utvilsomt langt mer effektivt enn prøvetaking og andre former for synliggjøring når det gjelder bekjempelse av rusmiddelbruk på arbeidsplassen. Dette viser eksemplet fra AKAN-utvalget i bankbransjen med all ønskelig tydelighet.

Prøvetaking og annen synliggjøring representerer i prinsippet en form for ytre tvang som det likeledes er mulig å foreta en utvendig tilpasning til. Problemstillingen for den enkelte rusmiddelbruker vil her ofte bli: Hvordan skal jeg hanskes med bedriftens kontrollrutiner? Tilpasningen kan da komme i form av konsentrasjon av rusmiddelbruk i friperiodene eller i form av en overgang til medikamentbruk.

En konfrontasjon med foresatte, som samtidig representerer et støtteapparat som AKAN, dvs. trussel om disiplinærtiltak og tilbud om hjelp samtidig, krever at den ansatte tar stilling til selve rusmiddelproblemet i stedet for kontrollapparatet. Dersom bedriftskulturen er blitt bearbeidet på den rette måten, vil det som oftest også bli opplevd som en lettelse å kunne snakke ut med noen om rusmiddelproblemet. Men det kreves mye av de foresatte både når det gjelder innsikt i selve problemet og sosial kompetanse. Derfor blir skoleringen av de foresatte til å ta nettopp førstekonfrontasjonen med rusmiddelbrukere svært viktig for AKANs fremtidige virke.

I 7 av de undersøkte utvalgene ble de foresattes manglende engasjement og/eller manglende skolering enten i startfasen eller per dato oppfattet som et stort problem. Å få tildelt ressurser fra arbeidsgiver til denne type tiltak hadde vært/er

et problem for disse 7 utvalgene. Det hadde ikke vært/er derimot ikke noe problem å få ressurser til behandlingsopplegg for rusmiddelbrukere, kontorplass for AKAN-kontakten, etc.

Kampen for ressurser til opplæring synes å kreve en god del idéalistisk energi, men også en målrettet bruk av statistikker som viser til behandlingsresultater og/eller innsparinger for arbeidsgiver gjennom redusert fravær.

I noen av utvalgene syntes idéalismen å være oppbrukt før det hadde lyktes å komme over på primærpreventive tiltak, dvs. å skolere de foresatte og trekke dem inn i et forpliktende samarbeid. Dette er en farlig situasjon, fordi de spektakulære tilfellene av rusmiddelbruk etter hvert blir behandlet eller oppsagt, og ikke lenger kan tjene som legitimasjon for tildeling av ressurser. På dette stadium er det for sent å ta i bruk statistikker for å få tildelt ressurser til skolering av foresatte, da statistikkene ville ha lite å vise til. AKAN-arbeidet stagnerer.

For de bedrifter hvor AKAN allerede er inne, synes det derfor i dag å være nødvendig med en konsolideringsstrategi, i motsetning til den fleksible, lavprofile spredningsstrategien man har ført til nå.

AKANs åpenhet for lokale tilpasninger har utvilsomt lettet spredningen av AKAN i arbeidslivet. Det har vært lite å ta anstøt av både for japper, kjekkaser med hyppig bakrus og tjenestemenn/funksjonærer med velutviklede strategier for å holde fasaden. Men dersom ikke AKAN-arbeidet skal sovne inn etter at de synligste rusmiddelbrukerne er blitt behandlet, har sluttet eller er blitt oppsagt, synes det tvingende nødvendig å bevege seg fra sporadisk tertiær-/sekundærprevensjon til velorganisert primærprevensjon før det er for sent.

Ansvar for strategiutvikling ligger hos AKANS sentraladministrasjon. Den spredningsstrategien man har benyttet til nå, er, da AKAN fortsatt bare dekker ca. 10% av landets ikke-selvstendige arbeidstakere, fortsatt nødvendig. I tillegg synes det imidlertid å være behov for en konsolideringsstrategi for de bedriftene hvor AKAN allerede er inne.

Denne må omfatte en målbevisst bruk av statistikker for innsparinger gjennom redusert fravær og behandlingsresultater til å få tildelt ressurser for opplæring av foresatte. AKANs sentraladministrasjon kunne tilby hovedkontaktene instruksjonshefter og kurs i disse formene for statistikkføring.

Selvsagt bør nystiftede lokale AKAN-utvalg få arbeide en tid på selvstendig basis. Men på et eller annet tidspunkt, f.eks. etter tre år, burde de på en annen måte bli kontaktet og evaluert av AKANs sentraladministrasjon. Noen utvalg vil sannsynligvis ha klart å få til en organisert opplæring av de foresatte av egen kraft, mens andre vil trenge rettleiding. Denne oppsøkende evalueringen og støtten til strategiskifte vil imidlertid også kreve at AKANs sentraladministrasjon fører statistikk over sine medlemsutvalg når det gjelder stiftelsestidspunkt, antall ansatte, kursdeltakelse, antallet AKAN-kontrakter, osv. En EDB-basert statistikk ville her kunne lette planleggingen av evalueringskontakter, reiseruter og personaldisponering vesentlig.

Forandringene i mønsteret for rusmiddelbruk i retning mer blandingsbruk og bruk av medikamenter gjør prøvetaking til en tvilsom strategi for bekjempelse av rusmiddelbruk på arbeidsplassen eller i forkant av det daglige arbeid. Og forandringene i de sosiale nettverkene i retning av stadig flere en-person husholdninger⁷, gjør arbeidsplassen til det viktigste sosiale nettverk for stadig flere arbeidstakere. Samtlige undersøkte AKAN-utvalg nevnte sosialt nettverk som den **utslagsgivende** faktor for hvorvidt personer med rusmiddelproblemer skulle klare å mestre dem. Følgelig vil stadig flere personer bli **avhengig** av nettopp arbeidsplassen som sosialt nettverk for å få kontroll over rusmiddelproblemer.

Det er således av største viktighet at et støtte-apparat som AKAN har en strategi og en fremgangsmåte i forhold til rusmiddelbrukere som ikke gir rom for kvasi-tilpasninger, slik prøvetaking gjør det, men nærmer seg problemet direkte. Kontroll kan føre til større angst og mer stress, mens vennlig tilsnakk fra overordnet med tilbud om hjelp kan lette presset på den enkelte rusmiddelbruker og motivere til egen innsats for å mestre det foreliggende problemet. Utvidet skolering og integrasjon av foresatte i AKAN-arbeidet synes derfor å være helt nødvendig for at AKAN-utvalgene skal kunne utvikle seg til noe mer enn brannsløkkingsinstitusjoner, enn si overleve i fremtidens arbeidsliv.

⁷ I følge Statistisk Sentralbyrå og den siste folketellingen økte tallet på en-person husholdninger blant personer i arbeidsfør alder (mellom 16 og 67 år) fra 1981 til slutten av 1990 fra 277 000 til 407 000 og utgjør nå ca. 23% av alle norske husholdninger.

Litteratur

Arner, O. o.a. (red.) 1985

Alkohol i Norge Oslo: Universitetsforlaget

Hauge, R. 1986

Alkoholpolitikken i Norge Oslo: Statens Edruskapsdirektorat

Hauge, R. og O. Irgens-Jensen 1989

Bruk av narkotika i Norge Oslo: National Institute for Alcohol and Drug Research

IG Metall 1991

Das Suchtbuch für die Arbeitswelt Frankfurt

Rønning, T. 1991

Veiledning i behandlingsmåter på arbeidsplassen Oslo: AKAN

Statistisk Sentralbyrå 1990

Foreløpige resultater fra folketellingen 1990 Statistics of Norway

AKAN - MELLOM IDEALISME OG ORGANISASJON

AKAN - arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani - er et hjelpetilbud og -apparat for arbeidstakere med rusmiddelproblemer. AKAN er i dag representert i ca. 550 bedrifter og offentlige etater.

Dette notatet presenterer resultatene av en undersøkelse av hvordan AKAN fungerer på forskjellige typer arbeidsplasser.

En hovedkonklusjonen er at AKANs resultater er sterkt avhengige av hvordan AKAN-arbeidet er organisert lokalt. Noen AKAN-utvalg har gode resultater - mange ansatte på kontrakt, en høy andel rehabiliteringer og få oppsigelse -, mens andre ikke har en eneste klient i behandling. Spesielt synes det problematisk for AKAN å komme i inngrep med store arbeidstakergrupper i offentlig forvaltning.

En annen hovedkonklusjon er at AKAN-arbeidet er sterkt avhengig av hovedkontaktens personlige engasjement. Dersom hovedkontakten er sterkt engasjert, kommer AKAN-arbeidet også i inngrep med arbeidstakergrupper det ellers er vanskelig å få aksept hos.

Etter at AKAN har vært aktiv i norsk arbeidsliv i 28 år, synes den nå å stå ved en skillevei. Den må etablere en fastere organisasjonsform. Denne rapporten inneholder anbefalinger til valg av organisasjon.

FAFO Arbeidsnotat 1991
ISSN: 0801-6135

Fagbevegelsens senter for forskning,
utredning og dokumentasjon
Fossveien 19, 0551 OSLO
Telefon: (02) 71 60 00