

Alkoholproblemer på arbeidsplassen – en arena for tidlig intervensjon via nye medier

Fanny Duckert , Filip Drozd og Pål Kraft

Alkoholproblemer på arbeidsplassen – en arena for tidlig intervensjon via nye medier

Norsk arbeidsliv taper hvert år store summer på grunn av alkoholrelaterte problemer på arbeidsplassen. Tidlig intervensjon vil kunne forebygge vanskene og øke muligheten for endring av risikofylte drikkemønstre.

ILLUSTRASJON: HELGE STILAND



Alkoholrelaterte problemer er en av de store utfordringene for samfunnet, ikke bare på grunn av problemets omfang, men også på grunn av manglende kunnskaper og ambivalente holdninger i befolkningen.

Økningen av tidlig problemdrikkere og rusproblemer hos sosialt velfungerende personer vil gi behov for intervensjonstilbud av en annen art enn det tradisjonelle behandlingsapparatet har representert

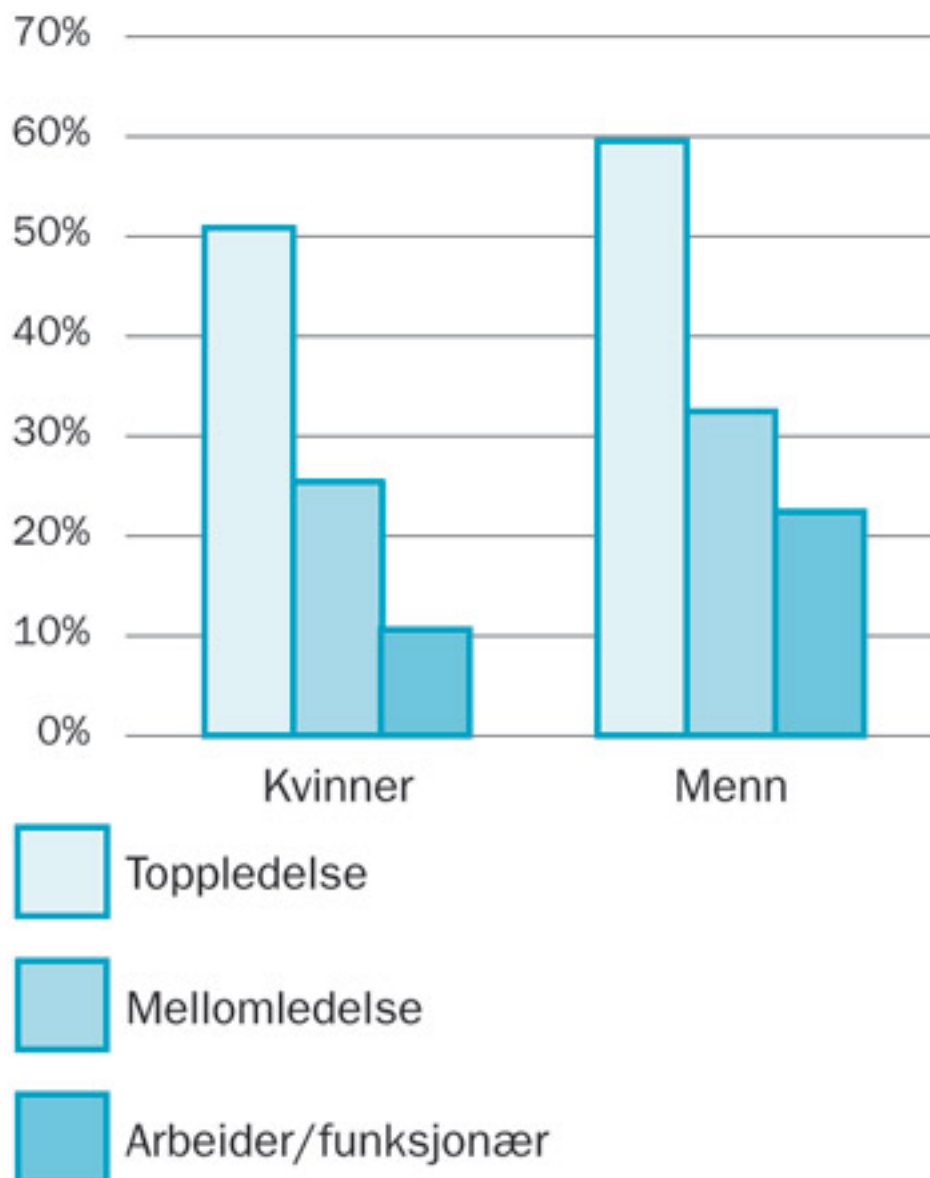
Alt dette har medført at alkoholforbruket i den norske befolkningen er på vei oppover. I 1980 ble det omsatt i underkant av 6 liter ren alkohol per innbygger over 15 år. I 2008 var dette steget til i underkant av 7 liter (Edland-Gryt, 2009). Menn og kvinner med høyest inntekt drikker mest, og det høyeste forebruket forekommer i Oslo og Akershus. Det er særlig forbruket av vin som har øket i Norge (SIRUS, 2009).

Den økende liberaliseringen av alkoholbruk i Norge og at stadig flere drikker, vil endre det kliniske landskapet. Vi regner med at det er særlig økningen av tidlige problemdrikkere og rusproblemer hos sosialt velfungerende personer som vil gi et økende press på helsevesenet og mobilisere behov for intervensjonstilbud av en annen type enn det tradisjonelle behandlingsapparatet har representert (Granfield, 2004; Skutle, Bruvik & Iversen, 2009; Stenius, 2008). Ikke minst vil det økende alkoholforbruket blant kvinner forventes å føre til økning i alkoholrelaterte problemer (Ravndal, 2008).

Alkoholbruk i arbeidslivet

I norsk arbeidsliv har vi strenge regler for alkoholbruk, og det drikkes lite i den organiserte arbeidstiden. Samtidig har vi en rekke gråsoner hvor det i økende grad brukes alkohol, for eksempel ved representasjon, seminarer, teambyggingsarrangementer, sesongavslutninger og jubileer. I det moderne arbeidsliv er det mange som har lett tilgang til alkohol. Det er representasjon, reiser og selskapelighet, ofte i alkoholliberale miljøer. Aktiviteter med alkoholserving er ofte viktige virkemidler i kundebehandling og teamutvikling. Ledere deltar i langt flere jobbrelaterte situasjoner der alkohol inngår, enn øvrige ansatte (Skutle, Bruvik & Iversen, 2009).

Figur 1 Alkoholbruk i jobbrelaterte situasjoner månedlig, ukentlig eller flere ganger i året



Lie og Nesvågs (2001) undersøkelse av rusmiddelbruk blant norske ansatte i det private næringsliv viste at 62 % av de ansatte hadde drukket alkohol i løpet av en toukers periode. Av dem som hadde drukket i denne perioden, rapporterte 30 % at de hadde drukket i arbeidsrelaterte situasjoner. For denne gruppen utgjorde det arbeidsrelaterte forbruket nesten to tredjedeler av deres totalforbruk. Alkoholforbruket i tilknytning til arbeidslivet ser ut til å være mest påvirket av uregelmessige arbeidstidsordninger, mye reising og en rusmiddelkultur med liberale normer og høye forventninger, og i mindre grad av dårlig arbeidsmiljø (Nesvåg, 2005)

Vi regner med at økningen av tidlige problemdrikkere og rusproblemer hos sosialt velfungerende personer vil gi et økende press på helsevesenet

Lie og Nesvåg (2001) fant i sin spørreundersøkelse at 53 % av de ansatte opplevde at alkoholbruk i jobbmessige sammenhenger hadde ført til en styrking av sosiale relasjoner. 60 % svarte at alkoholbruk hadde fått dem til å slappe av etter en anstrengende arbeidsdag. Imidlertid hadde 29 % også opplevd at alkoholbruken hadde ført til svekkelse av deres egen arbeidskapasitet. Alkoholbruk kan altså føre til både positive og negative konsekvenser for arbeidsplassen.

Alkoholrelaterte omkostninger i samfunnet

Vi har relativt lite faktakunnskap om omfanget av alkoholrelaterte omkostninger for det norske samfunnet. Imidlertid har Gjelsvik (2004) gjort beregninger for å prøve å anslå de samlede kostnadene av alkoholforbruk i Norge. Ifølge hans tall ligger kostnadene for arbeidslivet mellom 11,5 og 12,5 mrd. kroner årlig. I dette inngår: alkoholrelatert sykefravær (1,5–1,7 mrd.), alkoholrelatert arbeidsledighet (0,9 mrd.), alkoholrelatert for tidlig død (0,3–1,1 mrd.) og alkoholrelatert reduksjon av kvalitet på arbeidsutførelse (8,7 mrd.).

For arbeidslivet er det imidlertid ikke ansatte med et definert rusmiddelproblem som utgjør hovedutfordringen i et forebyggingsperspektiv. Forebyggingsparadokset innebærer at selv om den individuelle skaderisikoen er langt høyere for dem som har et definert alkoholmisbruk, er den samlede skaderisikoen for bedriftene i langt større grad knyttet til alkoholforbruket hos de «moderate» arbeidstakerne. Det er fordi de er langt flere (Mangione et al., 1996). Dette paradokset indikerer at hvis vi ønsker å redusere de alkoholrelaterte kostnadene i samfunnet, kan vi ikke bare fokusere på de definerte misbrukerne, men må i mye større grad fokusere på risikoelementer ved alkoholvanene til «normalbrukerne» (Skutle, Buvik & Iversen, 2009).

Tidlige signaler om alkoholproblemer blant ansatte

De tidlige signalene om et mulig overforbruk av alkohol er ofte diffuse og tvetydige (Duckert, 2003). For eksempel:

- *Mye småfravær, særlig i forbindelse med helger og ferier.* Dette tyder på dårlig styring av privatlivet og kan være en indikasjon på at drikking skjer på tidspunkter og i en utstrekning som er problemfylt.

- *Upresishet/forsentkomning om morgenen.* Dette kan indikere drikking utover natten og/eller at vedkommende har drukket store mengder alkohol ved leggetid slik at vedkommende sliter med bakrusplager om morgenen.
- *Kommer på jobb i bakrus/luktende av alkohol.* Personen har da drukket mye kvelden i forveien eller fortsatt å drikke utover natten. Dette kan forekomme som enkeltstående episoder hos mange arbeidstakere, men hvis det gjentar seg med en viss regelmessighet, tyder det på et mulig alkoholproblem.
- *Ofte borte fra arbeidsplassen i løpet av arbeidstiden uten at dette har direkte tilknytning til arbeidsoppgavene.* Særlig hvis dette er knyttet til lukt eller beruset utseende (rødskutte øyne, ustø gange, uklar tale osv.). Det kan indikere smugdrikking på jobben.
- *Reduksjon i jobbkvalitet og flere feil eller mer unøyaktighet, særlig hvis dette også er knyttet til skiftende humør og samarbeidsevne.* Dette kan tyde på at et høyt alkoholforbruk har begynt å føre til intellektuell reduksjon. Det vil særlig være evnen til kompleks problemløsning, hukommelsesproblemer og manglende simultankapasitet som er konsekvensene.
- *Sterk drikking under arbeidsrelaterte fester eller tilstelninger.* Det anses gjerne som en del av den norske kulturen å drikke voldsomt når alkoholen er gratis eller det er spesielle anledninger som for eksempel julebord. Utagerende festing er derfor ikke i seg selv alltid et tegn på at det foreligger et rusproblem. Imidlertid kan vi ofte se et mønster der den samme kollegaen er den som blir mest beruset, utagerer, sovner eller må bæres hjem. Dette kan tyde på at denne personen har et kontrollproblem, og at den utagerende drikkingen ikke bare er noe som foregår på jobbfester.
- En annen indikasjon på et mulig problem er også at noen kan klare å *helle innpå store mengder alkohol tilsynelatende uten å bli særlig påvirket.* Dette kan tyde på at vedkommende generelt har et jevnt høyt alkoholforbruk og har bygget opp en betydelig alkoholtoleranse.
- Enda en indikasjon kan være *kollegaen som ikke drikker i det hele tatt, men som virker anspent og urolig – og hvor det tidligere har vært enkeltepisoder med sterk drikking.* Dette kan være en problemdrikker som selv vet at han eller hun har dårlig kontroll og som derfor ikke tør å drikke sammen med kolleger av frykt for å dumme seg ut.

Problemene med alle disse indikatorene er at de kan skyldes andre ting enn høyt alkoholforbud, for eksempel depresjon eller samlivsproblemer. De fleste opplever det som vanskelig

å skulle konfrontere noen med et mulig rusproblem. Det kan lett kjennes som å invadere en annen persons intime privatliv. Det mest lettvinne blir ofte å ikke gjøre noe, men heller trekke seg unna. Resultatet blir lett at problemene vokser seg store og uhåndterlige, uten at vedkommende selv er klar over hvor synlige de faktisk er.

Ved rusproblemer på arbeidsplassen er et gjennomgående problem at det går for lang tid og problemene ofte er blitt tunge og kroniske før de blir grepet fatt i (Nytrø, 2009). I vår kultur er dessuten det å ha alkoholproblemer fortsatt skam- og skyldbelagt og noe man kvier seg for å bringe opp som tema. Hvis man mistenker noen, går man ofte som katten rundt grøten. Det snakkes kanskje om vedkommende bak hans eller hennes rygg, og andre trekker seg heller unna i stedet for å snakke med vedkommende direkte. Problemet blir derfor at vedkommende selv ikke får adekvate tilbakemeldinger og derfor lenge kan sveve i den villfarelsen at det ikke er noe problem, eller at andre ikke har oppdaget at noe er galt – inntil det plutselig skjer en akutt krise eller det oppstår ytterligere en episode, som bryter de siste barrierene og setter i gang et skred av drastiske tiltak. Både av hensyn til arbeidsmiljøet generelt og til problemdrikeren selv er det viktig at problemene identifiseres og håndteres så tidlig som mulig, før situasjonen blir fastlåst (Duckert, 2003).

Vi vet at toleransen overfor mennesker med rusproblemer fortsatt er lav i befolkningen generelt. Dessverre gjenspeiler dette seg også i mange helsearbeideres holdning til mennesker med rusproblemer

Det tar tid å bygge opp et alkoholproblem. Det tar også tid å nå en erkjennelse som fører til endringstiltak. Tilbakemeldinger om at problemene er synlige for andre, er et viktig ledd i denne erkjennelsesprosessen. Det er imidlertid viktig at disse tilbakemeldingene er i en form og har et innhold som det er mulig å ta imot for den det gjelder.

Det er store individuelle variasjoner i drikkemønster og type, varighet og alvorlighetsgrad av alkoholproblemer. En viktig forutsetning blir derfor et kartleggingsarbeid som fanger opp denne variasjonsbredden. Disse forskjellene må også danne grunnlag for utarbeidingen av målsettinger, og for hvilke endringer som må satses på i den enkeltes drikkemønster (Nilsen et al., 2008).

Tabell 1. Endring i tilgjengelighet av alkohol i Norge i løpet av 10 år

| | | |
|----------------------|-------|----------------------------------|
| Antall vinmonopol | 120 | 239 |
| Antall skjenkesteder | 6.061 | 7.230 |
| Prisindeks | 100 | Øl: 69,3. Vin: 74,1. Sprit: 61,7 |

Tabell 1. Endring i tilgjengelighet av alkohol i Norge i løpet av 10 år

Kilde: SIRUS (2009)

Noen grunnleggende premisser for intervensjon

Vi vet at toleransen overfor mennesker med rusproblemer fortsatt er lav i befolkningen generelt (Falkum, 1992). Dessverre gjenspeiler dette seg også i mange helsearbeideres holdning til mennesker med rusproblemer (Duckert, 2003), noe som for eksempel nedfeller seg i at selvforskyldthet, uansvarlighet og manglende vilje til endring kommer i fokus i større grad ved rusmisbruk enn ved andre helseproblemer. Moralsk indignasjon og straffetiltak, kamuflert som terapeutiske virkemidler for klientenes beste, er fortsatt utbredt.

Til tross for at «alkoholisme» og «alkoholiker»-betegnelser ikke lenger er del av anerkjente diagnosesystemer, lever dessverre disse forestillingene fortsatt blant mange, også profesjonelle fagfolk. Særlig når det gjelder tidlig intervensjon, vil slike tradisjonelle forestillinger være en viktig barriere mot kontakt og tillit (Duckert, 2003; Nilsen et al., 2008). For vanlige mennesker som er bekymret for om de drikker for mye, vil det være vanskelig å kjenne seg igjen i alkoholikerrollen. Samtidig vil mange selv være bekymret for situasjonen og ha en følelse av at noe er galt. Selv om de ikke uten videre er villige til åpent å innrømme at de drikker for mye, vil de ofte være på leting etter informasjon og eventuelle råd om endringsmuligheter. Det er viktig å alliere seg med denne bekymringen (Diclemente, 2003).

Norske helsemyndigheter har i opptrappingsplanen for rusfeltet (Helsedirektoratet, 2009) slått fast at kvaliteten og tilgjengeligheten av behandlingstilbudene skal bedres, med særlig fokus på unge og tidlige rusproblemer. Det er også understreket at brukerne selv i større grad skal høres og ha innflytelse og medvirkning i sine egne behandlingsopplegg.

Vi må ta utgangspunkt i at vi møter potensielle klientgrupper som ofte er intelligente, velutdannede og vant til å kunne stole på egne vurderinger og valg. En intervensjon må kunne møte disse personene på det nivået der de selv befinner seg. De vil ofte være velinformerte og kritiske til udokumenterte påstander, forsøk på overkjørsler eller trusler mot deres personlige integritet.

Intervensjonstilbud må være lett tilgjengelige og ikke innebære stigmatisering eller krav om at vedkommende må gå på akkord med sin selvrespekt og gi avkall på sin egen integritet. Det er

nødvendig med generell kunnskap om livsstilsproblemer og endring av disse, og disponering av enkle verktøy for en rådgivningsprosess (Blomqvist, 2004).

I mange tilfeller vil det være bedriftslegen eller en allmennpraktiserende lege som lettest vil kunne sette fingeren på et eventuelt alkoholproblem. Særlig personer i ledende og selvstendige posisjoner har i mange tilfeller kunnet utvikle et overforbruk av alkohol uten at det blir så synlig på arbeidet. Dette kan ha foregått over lang tid og ha medført helsemessige konsekvenser som vedkommende konsulterer lege for. De fysiske skadevirkningene av et høyt og langvarig alkoholforbruk er mange, f.eks. høyt blodtrykk, redusert immunforsvar, magekatarr, søvnforstyrrelser, depresjon osv. I mange tilfeller er plagene som pasienten presenterer, diffuse og generelle. I noen tilfeller vil de fysiske endringene gi utslag på blodprøver, i andre ikke. Leger bør derfor i langt større utstrekning enn det som hittil har vært vanlig, foreta enkle alkoholanamneser hos alle voksne pasienter (Aasland et al., 2008).

Tidlig intervensjon ved alkoholproblemer

I senere år har synet på alkoholproblemer og behandling forandret seg drastisk. I dag ansees alkoholbruk å representere et kontinuum som omfatter en mye større del av befolkningen enn tidligere. Det er anerkjent at hovedparten av alkoholrelaterte skader og problemer er knyttet til risikodrikkere i befolkningen, mer enn til enkeltindivider som har utviklet tunge og kroniske alkoholproblem. Vi vet fortsatt at det er utbredelsen av alkoholforbruk i befolkningen generelt som fører til de viktigste skadevirkningene, og at et høyt alkoholforbruk øker risikoen for en rekke direkte og indirekte alkoholrelaterte problemer (Helsedirektoratet, 2009). Vi vet også mye om alkohols betydning for en rekke sykdommer og skader som har helt andre hoveddiagnoser, og at et høyt alkoholforbruk påvirker effekten av en rekke medisiner. Vi vet også at et høyt alkoholforbruk forut for kirurgiske inngrep øker risikoen for komplikasjoner og forsinker tilfriskningsprosessen (Tønnesen, 2003).

Sekundærprevensjon rettet mot individer i risikozonen for alkoholrelaterte skader er i stadig større grad blitt ansett som viktig (Babor & Higgins-Biddle, 2000). Det er utviklet flere varianter av tidlige/korttids-intervensjoner som har mange felles elementer. De fleste innebærer en form for kartlegging av drikkevaner med konkret tilbakemelding, forhandling om og etablering av målsetting, atferdsendrende teknikker, selvhjelpsmanualer og oppfølging og evaluering av opplegget (Nilsen

et al., 2008). En litt annen vinkling er «*FRAMES*» (Flemming & Graham, 2001): *Feedback on Risk* (tilbakemelding om risikoforbruk), *Advice* (konkrete råd om reduksjon/ending i forbruk), *Menu* (informasjon om aktuelle endringsstrategier), *Empathy* (varm, innlevende og reflekterende tilnærming) og *Self-efficacy* (oppmuntring av optimisme og endrings-selvtillit).

Det er godt dokumentert at kortvarige intervensjonstiltak har god effekt. Imidlertid har det også vist seg at det har vært svært vanskelig å få disse implementert i praksis (Nilsen et al., 2008). Det kan være mange grunner til dette, for eksempel mangel på tid, manglende mandat i relasjonen klient/terapeut, usikkerhet og manglende kunnskaper hos helsepersonell. Dette gjelder ikke minst når alkoholproblemer skal behandles i arbeidslivet.

Alkoholintervensjoner i arbeidslivet

I Norge har mange bedrifter forsøkt å lage organiserte tilbud for å fange opp alkoholproblemer i egen regi. Det er bygget opp ulike modeller som ofte har vært basert på en AKAN-modell. AKAN står for «Arbeidslivets Kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk» og ble opprinnelig etablert i 1963 som et samarbeidsprosjekt mellom NHO og LO. Ideen bak AKAN var å anvende arbeidsplassens egne ressurser til å håndtere bedriftens rusproblemer. I stedet for oppsigelse ble det utviklet et system med en kombinasjon av advarsler, tilbud om hjelp og ulike varianter av kontrolltiltak. AKAN har vært en viktig og nyttig modell for mange bedrifter når det gjelder håndtering av rusproblemer, og har bidratt til en mer human tilnærming til rusproblemer i arbeidslivet. Imidlertid ble selve AKAN-modellen etablert i en tid da arbeidslivet så ganske annerledes ut, og kunnskapene og holdningene overfor alkoholproblemer var annerledes enn i dag.

En evaluering (Frøyland et al., 2005) har påvist en rekke problemer med den tradisjonelle AKAN-modellen. Selv om den var en standardisert grunnmodell, har det vist seg at den i praksis har vært innpasset i organisasjonene på ulike måter. I mange bedrifter har dette arbeidet vært organisert i en egen gruppe eller seksjon, i tillegg til eller utenfor den ordinære helse/personalvirksomheten. De personene som har vært aktivt involvert i dette arbeidet, har ofte befunnet seg på mellomnivå i organisasjonen, med liten forankring hos ledelsen. AKAN-arbeidet har derfor ofte blitt en «særromsorg» i bedriften

Et annet problem har vært knyttet til at rekruttering som regel var gjennom rapportering til AKAN-utvalget og konfrontasjon fra problemdrikerens sjef. Et viktig premiss for modellen har vært

en kombinasjon av hjelp og «ris bak speilet». Samtidig som man fikk tilbud om hjelp, fikk man en advarsel. I tillegg ble det oppnevnt en kontaktperson som hadde funksjon både som støtteperson og kontrollør. Dette opplegget var bygget på premisset om at problemdrikkeren var i en underordnet posisjon og hadde en oversiktlig arbeidssituasjon.

Denne typen intervensjonsmodell har i økende grad vist seg å ha begrensninger i forhold til dagens arbeidsliv. Mange moderne bedrifter er organisert på måter (prosjektteam, hjemmekontor, grupper av ansatte langt vekk fra hovedkontoret, osv.), som gjør det vanskelig å holde oversikt over de ansatte. De tradisjonelle metodene for identifisering og rapportering er dessuten lite funksjonelle for personer i frie og/eller overordnede stillinger. Det er ofte vanskelig å holde øye med sjefen og identifisere de mer subtile forandringene i fungering som et overforbruk av alkohol fører til. Det er også vanskeligere å kontrollere de frie konsulentenes aktiviteter og utvikling når det gjelder rusbruk. Det blir lett kompliserte ansvarsforhold og uklare kanaler for rapportering og sanksjoner. Resultatet har vært at det bare har vært de tyngste og mest synlige alkoholproblemene som har blitt oppdaget og håndtert, mens tidlige og moderate problemer har blitt oversett (Frøyland et al., 2005).

AKAN selv har tatt konsekvensene av de grunnleggende premissene for tidlig intervensjon når de nå tilbyr et nytt og moderne lavterskeltilbud: *Balance*. Balance innebærer en utvidelse av AKAN-modellen og er et supplement til deres eksisterende utvalg av verktøy. Balance har blitt utviklet av en tverrfaglig arbeidsgruppe med deltakere fra AKAN, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, og teknologibedriften Changetech. Prosjektet har vært finansiert av Helsedirektoratet og Norges forskningsråd.

Tidlig intervensjon via internett (Balance)

Den viktigste målgruppen for tidlig intervensjon er personer med tidlige og/eller moderate alkoholproblemer. I de senere årene er det dokumentert gode effekter av internettbaserte intervensjoner overfor denne gruppen, innenfor en rekke områder av helse- og livsstilsproblemer (Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Cuijpers, van Straten & Andersson, 2007; Portnoy, Lori, Sheldon, Johnson & Carey, 2008; Webb, Joseph, Yardley & Michie, 2010), deriblant alkohol (se for eksempel Kypri, Saunders, Williams, McGee, Langley, Cashell-Smith & Gallagher, 2004; Matano, Futa, Wanat, Mussman & Leung, 2000; Riper, Kramer, Smit, Conijn, Schippers & Cuijpers, 2007).

Balance åpner en ny kanal for å nå flere og nye problemdrikkere. Intervensjonen er rettet mot en sosial gruppe som er intelligent og velinformert, men som også kan oppleve det som ubehagelig og vanskelig når alkohol som tema blir tatt opp. Tonen er derfor både seriøs og vennlig. Det er lagt vekt på at innholdet i Balance bygger på dokumentert, forskningsbasert kunnskap. Brukerne er anonyme og behandles konfidensielt i programmet. Formålet er å redusere opplevelsen av trusler mot egen personlige integritet. Slik unngår man også den vanskelige dobbeltrollen i AKAN-systemet hvor kontaktpersonen ofte er både hjelper og kontrollør.

Programmets struktur

Balance går daglig over 8 uker og med inntil 10 måneders oppfølging. Intervensjonen formidles via daglige websider og er inndelt i fem hoveddeler som skal hjelpe brukere til å:

- Identifisere og øke motivasjon for endring
- Selvregulere eget drikkemønster
- Regulere egne følelser
- Forebygge tilbakefall
- Lære mer om seg selv som person og alkoholforbruker.

Programmet har en direkte, uhøytidelig form og skifter mellom tekst og bilder. Innholdet blir formidlet gjennom bilder av levende mennesker som synes å kommunisere direkte med brukerne. Basert på de løpende egenrapportene som brukerne skriver inn, får de umiddelbare tilbakemeldinger, individuelt tilpasset.

Innledende kartlegging og tilbakemelding

Innledningsvis gjennomgår brukerne en kartlegging basert på Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). De får en umiddelbar tilbakemelding på testresultatet, men også på hvordan alkoholforbruket er i forhold til spesifikke kriterier, som hvor ofte og hvor mye de drikker, sammenlignet med Verdens Helseorganisasjons anbefalte grenseverdier (Fauske, 1993). Dette konkretiseres gjennom at et trafikklys kommer opp på

skjermen, og lyser henholdsvis grønt (uproblematisk alkoholforbruk), gult (risikofylt alkoholforbruk) eller rødt (skadelig alkoholforbruk).

Motivasjonsmobilisering

Når personer som kan ha nytte av å redusere alkoholforbruket sitt, er identifisert, gjennomgår de en del som fokuserer på avklaring og øking av motivasjon for endring. Dette gjøres ved hjelp av teknikker og prinsipper hentet fra motivasjonsintervjuing (Miller & Rollnick, 2002) og er felles med flere andre internettbaserte alkoholintervensjoner som er dokumentert effektive (se f.eks. Cunningham, Humphreys, Kypri & Mierlo, 2006). Motivasjonsintervjuing legger vekt på at brukeren selv må være den som har kontroll og bestemmer. Det er også viktig at brukerne selv setter sine egne mål.

Gjennomføring av endringsprogrammet

Når beslutningen om å gjøre et forsøk på å endre sitt alkoholforbruk er tatt, gjennomgår brukerne hoveddelen av programmet, som strekker seg over 8 uker. Brukerne jobber hele tiden opp mot sine individuelle og personlige mål som de setter fra uke til uke, og som kan justeres hver uke. Det er særlig denne delen av programmet som er nytt og unikt, hvor deltakerne både følges opp i forhold til en pågående endringsprosess, og individuelt i forhold til sin egen personlige utvikling og variasjon.

Hjelp til selvregulering står sentralt i hoveddelen, på bakgrunn av studier som blant annet har vist hvordan daglige anstrengelser og mange krav til selvreguleringsevne kan gjøre det vanskeligere å overholde personlige drikkemål (Muraven et al., 2005). Derfor får brukerne hjelp til for eksempel å forberede seg på fristende situasjoner gjennom å lage implementeringsintensjoner (Gollwitzer, 1999). Dette hører til en del som alle følger. Men det er også en individualisert del som går under selvregulering. Denne er basert på Marlatts taksonomi og tar for seg utløsende faktorer til at mange drikker alkohol (Marlatt & Gordon, 1985). Her vil for eksempel noen lære å håndtere negative emosjoner uten alkohol (se f. eks. Hayes, 2004), mens andre lærer å håndtere konflikter (Rosenberg, 2003).

Tilbakefallsforebygging

I tilknytning til målsettingene er det innebygget et tilbakefallsregime for å forebygge at en glipp eller to utvikler seg til en fullstendig sprekk. Balance forsøker hele tiden å avdekke årsaken til en glipp som for eksempel at brukeren mistet motivasjonen, fikk redusert mestringsfølelse eller følte seg «sliten» (dvs. opplevd belastning på selvreguleringskapasitet), og ut fra dette gi egnet hjelp som for eksempel å re-attribuere en glipp til flyktige og eksterne årsaker («*Jeg var trøtt og sliten da jeg ble spandert på en halvliter i går, men situasjonen er over nå*»).

Emosjonsregulering

Det er også lagt vekt på å lære brukere å regulere sine egne følelser. En av de vanligste grunnene til at personer mislykkes med endringer, er nettopp opplevelsen av negative følelser. Denne delen av Balance er basert på forskning på intervensjoner innenfor positiv psykologi og forsøker å bygge resiliens og øke positive emosjoner (se f.eks. Lyubomirsky, 2007). Også denne delen inneholder individualisert innhold, denne gang basert på brukerens egne preferanser for oppgaver og øvelser.

Gjennom alle delene i Balance er det lagt vekt på at brukeren i stor grad skal involvere seg i sin egen endringsprosess, og dermed ikke bare øke sin kunnskap om alkohol, men også om seg selv som person (f.eks. hvordan alkohol virker på kroppen, og hvilke situasjoner som utløser drikking hos brukere).

Hva er unikt med Balance?

Balance er et unikt tidlig intervensjonsprogram som har potensial til å nå andre segmenter av befolkningen som vi har hatt vanskelig for å nå fram til gjennom tradisjonelle kanaler. Opp mot 90 % av alle husholdninger er online og det antas at enda flere har tilgang via landets arbeidsplasser (Statistisk sentralbyrå, 2010). Balance er et ikke-moraliserende og positivt formulert program som både er lærerikt, praktisk nyttig og formidler mulighet til endring. Programmet innebærer å møte problemdrikkere på deres egne premisser og møte dem der mange befinner seg – online.

Programmet tilbys anonymt og administreres på samme måte som en nettbank. Brukerne velger selv om de vil gjennomføre det på sin jobb- eller hjemme-pc. Arbeidsplassen har ikke adgang til dataene om den enkelte bruker.

Programmet har vært kostbart å utvikle på grunn av sin avanserte datateknologi, men vil være svært billig i bruk, på grunn av den automatiske administreringen.

Balance er fleksibelt og individuelt tilpasset. Gjennom sin interaktivitet, bruk av bilder og personlige tilbakemeldinger inneholder det mange av de samme elementene som i en ansikt-til-ansikt-terapi.

Vi anser at internettbaserte intervensjoner i økende grad vil bli et supplement til eksisterende verktøy for hjelp og behandling. Det viktigste er å være villig til å samarbeide og jobbe med problemdrakkere uavhengig av hva slags målsettinger de har for behandlingen. Hvis ikke vil vi fortsette å ekskludere mange individer med behov for hjelp og behandling, og med et potensial for positiv endring.

Status og fremdrift for Balance

Balance er nå ferdig utviklet og under forskningsmessig evaluering i regi av SERAF (Senter for rus- og avhengighetsforskning), UiO. I 2010 har det vært foretatt pilotstudier av programmets brukervennlighet og grad av brukeraksept, blant annet blant studenter og sykehuspasienter. I 2011 vil det bli foretatt en større, randomisert studie av selve programmet på en rekke arbeidsplasser rundt i landet.

Lenke for demonstrasjon av Balance: <http://www.akan.no/publisher/publisher.asp?id=88&tekstid=554>

Konklusjon

Risikofylt alkoholbruk er et stort – og ofte uidentifisert – problem på norske arbeidsplasser. Det er behov for tiltak som kan fange opp slike problemer tidligere og mer effektivt enn tradisjonelle tiltak. Et nytt internettbasert endringsprogram for risikofylt alkoholforbruk er nå utviklet og under utprøving i norske bedrifter. Når det er ferdig utprøvd, vil Balance kunne bli et nyttig og relevant verktøy for tidlig intervensjon ved alkoholproblemer.

Referanser

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care* (2. utg.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109–160.
- Cuijpers, P., van Straten, A. & Andersson, G. (2007). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. *Journal of Behavioural Medicine*, 31(2), 169–177.
- Cunningham, J. A., Humphreys, K., Kypri, K. & van Mierlo, T. (2006). Formative evaluation and three-month follow-up of an online personalized assessment feedback intervention for problem drinkers. *Journal of Medical Internet Research*, 8: e5.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.
- Duckert, F. (2003). *Alkohol og livsstil. Strategier for moderasjon*. Oslo: Seriti Forlag.
- Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. & Sandvik B. (2008). *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, P. (2001). The use of brief intervention adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725–1742.
- Edland-Gryt, M. (red.) (2009). *Rusmidler i Norge 2009*. Oslo: SIRUS.
- Falkum, E. (1992). Holdninger til psykiatriske pasienter. Hvordan ser folk på alkoholikere, stoffavhengige og psykiatriske pasienter? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 112, 3326–3328.
- Fauske, S. (1993). *Guidelines for the design, implementation and management of: Model programmes of drug and alcohol abuse prevention among workers and their families*. ILO/WHO.
- Fleming, M.F. & Graham, A. W. (2001). Screening and Brief Interventions for Alcohol Use Disorders in Managed Care Settings. I: Recent Developments in Alcoholism, Vol. 15. *Service Research in the Era of Managed Care*, edited by Galanter, s. 393–416. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Frøyland, K., Grimsmo, A. & Sørensen, B. Å. (2005). *Evaluering av AKAN. Rusmiddelforebygging i norsk arbeidsliv*. Rapport 5/2005. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Granfield, R. (2004). Addiction and modernity: A comment on a global theory of addiction. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 44, 29–34.
- Gjelsvik, R. (2004). *Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol*. Notatserie i helseøkonomi. Nr. 07/04. Bergen: Rokkansenteret.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493–503.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behaviour therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Helsedirektoratet (2009). *Opptappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport 2008*. IS-1660.
- Kypri, K., Saunders, J. B., Williams, S. M., McGee, R. O., Langley, J. D., Cashell-Smith, M. L. & Gallagher, S. J. (2004). Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: A double-blind randomized controlled trial. *Addiction*, 99, 1410–1417.
- Lie, T. & Nesvaag, S. (2001). *Rusmiddelbruk blant ansatte*. Stavanger: Rogalandforskning.
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness. A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.
- Mangione, T., Howland, J., Amick, B., Cote, J., Lee, M., Bell, N. & Levine, S. (1999). Employee drinking practices and work performances. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 261–270
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford Press.
- Matano, R. A., Futa, K. T., Wanat, S. F., Mussman, L. M. & Leung, C. W. (2000). The employee stress and alcohol project: The development of a computer-based alcohol abuse prevention program for employees. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27, 152–165.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Muraven, M., Collins, R. L., Shiffman, S. & Paty, J. A. (2005). Daily fluctuations in self-control demands and alcohol intake. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 140–147.
- Nesvåg, S. (2005). *Alkohol kulturer i norsk arbeidsliv*. Doktorgradsavhandling, Samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Oslo.

- Nilsen, P., Kaner, E. & Babor, T. F. (2008). Brief intervention, three decades on. An overview of research findings and strategies for more widespread implementation. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 25, 453–467.
- Nytrø, K. (2009). Rus- og alkoholmisbruk på arbeidsplassen. Kjennetegn og tiltak. I Saksvik, P.Ø. & Nytrø, K. (red.), *Klinisk organisasjonspsykologi*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag. 340–341.
- Portnoy, D. B., Scott-Sheldon, L. A. J., Johnson, B. T. & Carey, M. P. (2008). Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: A meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988–2007. *Preventive Medicine*, 47, 3–16.
- Ravndal, E. (2008). Kvinner og alkohol. I F. Duckert, K. Lossius, E. Ravndal & E. Sandvik, (red), *Kvinner og Alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget. 37–63.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., et al. (2008). Web-based self-help for problem drinkers: A pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103, 218–227.
- Rosenberg, M. (2003). *Nonviolent communication: A language of life* (2. utg.). Encinitas, CA: PuddleDancer Press.
- SIRUS (2009). *Rusmidler i Norge 2009*. Oslo: Statens Institutt for rusmiddelforskning.
- Skutle, A., Buvik, K. & Iversen, E. (2009). «Et glass vin etter jobben?». *Rusmiddelyvaner i det kvinne-dominerte arbeidsliv*. Stiftelsen Bergensklinikkene/AKAN.
- Statistisk sentralbyrå (2010). Informasjonssamfunnet. Lest den 21.01.2010 på <http://www.ssb.no/ikt/>.
- Stenius, K (2008). Brief intervention: a multifaced milestone in public health. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25, 451–452.
- Tønnessen, H. (2003). *Alcohol abuse and postmorbidity*. København: Lægeforeningens Forlag.
- Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L. & Michie, S. (2010). Using the Internet to promote health behaviour change: A meta-analytic review of the impact of theoretical basis, use of behaviour change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1), e4.
- Aasland, O. G., Nygaard, P. & Nilsen, P. (2008). The long and winding road to widespread implementation of screening and brief intervention for alcohol problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25, 469–476.