



# Erfaringer med kort alkoholintervention i kommunale sundhedscentre



# Erfaringer med kort alkoholintervention i kommunale sundhedscentre

Af Camilla Gohr og Anne Sofie Bæk-Sørensen

Copyright © TrygFondens Forebyggelsescenter, Statens Institut for Folkesundhed,  
Syddansk Universitet. København, juni 2011.

Centret er etableret på grundlag af en bevilling fra TrygFonden.

Gengivelse af uddrag er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Elektronisk ISBN: 87-7899-188-9

Forside: Danielle Brandt Design, modelfoto: Colourbox

Lay-out: Fredrik Berggeen

Rapporten kan downloades på [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk) og [www.forebyggelsescenter.dk](http://www.forebyggelsescenter.dk)

## Hvorfor alkoholindsatser?

I Danmark er antallet af alkoholstorforbrugere omkring 860.000 [1]. Det vil sige, at ca. 20 % af den danske befolkning over 16 år har et alkoholforbrug, som ligger over Sundhedsstyrelsens anbefalede højrisiko genstandsgrenser på henholdsvis 14 for kvinder og 21 for mænd. Ser man på de sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser, landets kommuner arbejder med, har der været en tendens til, at alkohol ikke er prioriteret i samme grad som fx kost, rygning og motion [2]. Aktiviteter, der har til formål at forebygge alkoholstorforbrug, er således betydeligt færre end aktiviteter med fokus på de øvrige KRAM-faktorer.

## Forskningsprojektet og dets formål

Dette forskningsprojekt havde til formål at undersøge muligheder og barrierer for at implementere en forebyggende indsats over for alkoholstorforbrug i kommunale sundhedscentre, hvor man arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i bred forstand og ikke er specialiseret i alkoholforebyggelse. Medarbejdere fra en håndfuld af landets kommunale sundhedscentre arbejdede således over en periode i 2009-2010 med at få forebyggelse af alkoholstorforbrug ind i sundhedssamtaler, sundhedstjek og andre allerede eksisterende borgerrettede og patientrettede forebyggelsesaktiviteter.

Med denne rapport ønsker TrygFondens Forebyggelsescenter at stille forskningsprojektets erfaringer til rådighed for kommuner og andre interessenter, der overvejer eller allerede står over for at skulle igangsætte forebyggende alkoholindsatser. Rapporten er tænkt som inspiration til at komme i gang og forinden at blive bevidst om de muligheder og barrierer, der kan være forbundet med at tage fat på forebyggelse af alkoholstorforbrug.

## Forskningsprojektets forløb i fem kommuner

I udgangspunktet deltog fem kommunale sundhedscentre i forskningsprojektet (Aalborg, Ringkøbing-Skjern, Varde, Odense og Roskilde). Det at være med i projektet betød, at man som sundhedscenter sagde ja til at afsætte tid og medarbejderressourcer til at deltage i kursusaktiviteter og til at sætte fokus på alkoholforebyggelse i det daglige arbejde. I alt 27 sundhedskonsulenter og forebyggende medarbejdere med forskellig faglig baggrund (fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, diætister, socialrådgivere og kandidater i bl.a. folkesundhedsvidenskab) fra de fem sundhedscentre tog aktiv del i dette arbejde. Alle havde det til fælles, at de arbejdede bredt med sundhedsfremme og forebyggelse i mødet med borgeren, dvs. at de varetog sundhedstjek, sundhedssamtaler, stod for rygestopkurser, fysiske aktiviteter og undervisning for borgere med KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og kræft. Der var således ikke nogen af medarbejderne, der forud havde specialviden om alkohol eller særlige kompetencer i forhold til at arbejde med alkoholforebyggelse.

Første skridt i selve indsatsen var, at medarbejderne deltog i et to-dages-kursus, hvor de fik:

- Viden om alkohol og dets skadelige virkninger
- Introduktion til en række screeningsværktøjer
- Praktisk øvelse i motiverende samtale-teknikker [3]

Indholdet og mængden af viden og træning på kurset tog højde for de kompetencer, som medarbejderne havde inden for disse temaer. Kurset blev tilrettelagt og afholdt af Anette Søgaard Nielsen, leder af alkoholbehandlingen i Odense kommune og ekspert i den motiverende samtale, samt Ulrik Becker, overlæge og adjungeret professor i alkoholrelaterede konsekvenser og intervention ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Efter at medarbejderne havde været på kursus, var det op til medarbejderne i det enkelte sundhedscenter at formulere og sammensætte en model for, hvordan de ønskede at implementere arbejdet med at forebygge alkoholstorforbrug i mødet med borgerne i form af en kort intervention. Med involvering af sundhedscenterlederen udarbejdede man i alle centre en model, som indeholdt:

1. Screeningsværktøj (AUDIT, CACE-C eller et åbent spørgsmål om alkoholindtag)
2. Screeningskriterier (Hvilke borgere skal screenes? Alle borgere, der kommer på sundhedscentret, eller en selekteret målgruppe fx begrænset af alder, årsag til at være på sundhedscentret osv.)
3. Procedure for når en borger har et alkoholforbrug over genstandsgrænserne: Medarbejderen foretager fx en MI-inspireret samtale og/eller udleverer informationsmateriale om de anbefalede genstandsgrænser og/eller information om lokale aktiviteter/tilbud med fokus på alkoholproblemer
4. Valgfri opfølgning såsom et telefonopkald til borgeren eller en opfordring til at henvende sig igen, hvis der er behov for det
5. Valgfri registrering af foretagne alkoholscreeninger og samtaler om alkohol

Som en del af kurset fik medarbejderne på sundhedscentrene en halv dags opfølgning og feedback ved de to undervisere efter fire måneder. På opfølgningsdagen var der fokus på de udfordringer, medarbejderne stod over for i forhold til at gennemføre screening og samtale om alkohol i praksis.

## Resultater

I forskningsprojektet blev implementeringen af modellen fulgt i otte måneder. Undersøgelsen viste, at det at tilegne sig ny viden om alkohol, få redskaber til at kunne tale om og motivere til at ændre alkoholvaner samt være en del af en implementeringsproces påvirkede medarbejdernes holdninger og adfærd i forhold til at arbejde med forebyggelse af alkoholstorforbrug i de respektive sundhedscentre. Det lod til at sætte gang i nye procedurer, nye strukturer for samtaler og nyetablerede samarbejdsfora i den daglige praksis med fokus på at få alkohol som sundhedsrelateret tema på banen. I denne udvikling viste der sig en række muligheder og barrierer for implementeringen, som er værd at udfolde.

### De væsentligste resultater:

#### Oplagt setting og parathed

Hovedparten af medarbejderne syntes, at det gav god mening, at de fra den ene dag til den anden skulle til at screene og samtale om alkohol og få det passet ind i forhold til de øvrige samtaleemner med borgeren, som foregår i forskellige sammenhænge. De fleste argumenterede for deres nye, aktive rolle i forhold til alkoholforebyggelse med, at de jo arbejdede med KRAM-faktorerne i forvejen, og det derfor også nu var helt på sin plads 'at tage fat i A'et'. Derudover blev sundhedscentrets overordnede sundhedsfremmende og forebyggende formål beskrevet af både centerledere og medarbejdere som den oplagte ramme for at forebygge alkoholstorforbrug på lige fod med fx rygning.

Dette skal også ses i sammenhæng med, at der inden projektperiodens start var en parathed at spore i sundhedscentrene for at ville arbejde med alkoholforebyggelse. Både ledere og medarbejdere udtalte, at det manglede på deres 'palette' at kunne tale med borgerne om alkohol. Flere mente, at det manglende fokus på alkohol stred imod den overskrift, der er på meget af det arbejde, der udføres i kommunale sundhedscentre: KRAM-faktorerne. Der var således allerede medvind ved projektets opstart i de fem sundhedscentre, der stod over for at skulle tale med borgerne om alkoholvaner.

## Behov for kursus med opfølgning

Medarbejderne havde svært ved at forestille sig at implementere noget nyt uden forudgående kompetenceudvikling. De beskrev, at kurset rustede dem til fagligt at håndtere emnet alkohol og satte gang i refleksioner omkring egne barrierer og berøringsangst. Desuden markerede kurset begyndelsen på noget nyt. Det, at der blev afsat tid og ressourcer til at gøre noget uden for den normale arbejdsdags rutinemæssige og skemalagte opgaver, skabte gejst og engagement i forhold til indsatsen, ligesom det viste medarbejderne, at det er et område, der blev prioriteret fra ledelsens side. Deltagelse i kurset var således ifølge medarbejderne altafgørende for deres engagement i arbejdet med alkoholstorforbrug. Kurset havde samtidig skabt et fællesskab blandt de medarbejdere, der havde været af sted, som dels var med til at fastholde, at fokus på forebyggelse af alkoholstorforbrug er vigtigt, dels var afgørende for, at projektet kunne udvikle sig, og at der kunne skabes en ensartet og professionel tilgang til alkoholforebyggelsen. Dog var det efter kurset ifølge flere medarbejdere en udfordring at få overført den opbyggede gejst for alkoholindsatsen til praksis, som det vil fremgå senere i dette afsnit.

Det opfølgende kursus gav medarbejderne en formaliseret mulighed for at stille spørgsmål til eksperter og vidende med kollegaer omkring udfordringer i arbejdet med alkohol. Det primære udbytte for medarbejderne var at blive mindet om alkoholforebyggelse og at få frisket deres viden op – noget flere nævnte som meget betydningsfuldt i forbindelse med implementering af noget nyt. Flere reflekterede over, at hvis der blot afholdes et kursus, og der ikke er nogen form for opfølgning, er der mindre sandsynlighed for succesfuld implementering. Flere havde erfaringer fra tidligere kurser uden opfølgning (også på alkoholområdet), hvor gejsten for det nye hurtigt blev erstattet af gamle rutiner. I forlængelse af dette skal det nævnes, at vi som forskere fik en central rolle for implementeringen under vores besøg på centrene. Vores tilstedeværelse og interviews satte, ifølge både ledere og medarbejdere, gang i refleksioner og til dels praksisændringer, hvilket peger på, at det er afgørende med en facilitator, der sætter fokus på emnet, hvis gryden skal holdes i kog i implementeringsprocessen.

## Model for indsats

Alle fem sundhedscentre igangsatte en implementeringsproces ved at formulere en model for, hvordan de ønskede at inkorporere den nye praksis med at screene og tale om alkoholvaner i de daglige arbejdsrutiner. Ingen af centrene lavede imidlertid præcise formuleringer af, hvordan implementeringen skulle foregå. Fire af centrenes modeller bestod af generiske formuleringer og at få tydelige valg af screeningsværktøj og -kriterier. Både medarbejdere og ledere havde en forventning om, at åbne screeningsspørgsmål ville fungere som et fornuftigt redskab til at få gang i snakken om alkohol med borgeren. Den valgfri del om opfølgning blev diskuteret på alle centrene, men der blev kun besluttet og nedfældet noget i én af modellerne. I ét af sundhedscentrene tilføjede man nogle alkoholspørgsmål i et elektronisk system, der fungerede som spørgeguide for medarbejderne i mødet med alle borgere, der deltog i et sundhedstjek.

Meget få medarbejdere kunne senere i forløbet konkret beskrive indholdet i den model, som medarbejdere og leder i fællesskab havde udviklet. Dette tyder på, at modellen i sig selv ikke fungerede som et praksisværktøj. Flere medarbejdere udtrykte dog samtidig, at indholdet i modellen, fx spørgeguides, kunne være en hjælp. Nogle beskrev, at det gav en tryghed at have et papir foran sig med faste spørgsmål. På den måde kunne borgerne se, at de spurgte som rutine. Således legaliserede de nedskrevne spørgsmål, at de spurgte ind til borgernes alkoholvaner. Nogle medarbejdere pointerede samtidig, at modellen hjalp dem til at huske på indsatsen. Medarbejderne havde således et behov for at have noget at støtte sig op ad i opstartsfasen.

## Sparring og fællesskab

Selvom sundhedscentrene udarbejdede en fælles plan for implementering, var det den enkelte medarbejder, der skulle føre indsatsen ud i praksis i mødet med borgerne. Det var primært i én-til-én-samtalerne, at screeningen foregik. Der blev registreret få organiserede mødeaktiviteter, hvor medarbejdernes arbejde med alkohol blev diskuteret. En del af medarbejderne meldte, at de af og til sparrede med en kollega, når de fx passede hinanden på gangen eller på anden måde spontant fik lejlighed til at udveksle erfaringer. Et flertal af medarbejderne mente dog, at organiserede møder, om hvordan det går, og hvad status er, ville have været nyttige i forhold til egen kompetenceudvikling- og vedligehold, kvalitetssikring, motivation og ikke mindst i forhold til kapacitetsopbygning af alkoholforebyggelse i organisationen som helhed. Tid blev ofte nævnt som en væsentlig barriere for ikke at holde møder og afsætte tid til at sparre med hinanden.

## Medarbejdernes egne barrierer

Selvom medarbejderne syntes, at det var op lagt og meningsfyldt med en indsats over for alkoholstorforbrug i deres respektive sundhedscentre, var det en udfordring for mange, når det kom til den helt konkrete udførelse af screening og samtaler. Her mødte de egne barrierer over for at tale om alkoholvaner og -mængder, og alkohol blev omtalt som et tabubelagt emne, som medarbejderne ikke kunne sige sig fri for i varierende grad at lade sig påvirke af. Ifølge flere medarbejdere er alkohol anderledes at tale om end fx rygning, fordi et stort forbrug af alkohol giver associationer til misbrug, dårlig trivsel og dybereliggende problematikker, som kalder på andre behov end fx en sundhedssamtale. Enkelte havde det decideret svært med at italesætte emnet alkohol og syntes, at de blandede sig i noget, som de ikke umiddelbart mente kom dem ved, og de var bange for at støde folk, at 'gå for tæt på'. Samtidig havde dette mindre antal medarbejdere svært ved at sætte ord på, hvorfor de ikke skulle tale med borgeren om alkohol, når de fx ubesværet behandler emner som usunde kostvaner, overvægt og rygning med borgeren med henblik på at øge sundheden. Der blev dog af og til også refereret til danskernes generelle alkoholvaner som barriere; medarbejderne er selv en del af den liberale danske alkoholkultur, som de mente var en udfordring i sig selv at være oppe imod.

Ingen medarbejdere havde erfaret, at borgerne reagerede negativt, når snakken faldt på deres alkoholforbrug; de ville gerne tale om egne alkoholvaner. De barrierer, der kunne spores, var således kun hos medarbejderen selv. At medarbejderne ikke fik de (for nogles vedkommende) forventede negative reaktioner fra borgerne, skabte motivation for at fortsætte alkoholscreeningen og de motiverende samtaler, ligesom medarbejdernes refleksioner over succesoplevelser med at tale om alkohol motiverede dem til fortsat at arbejde med det og dermed ændre på det gængse indhold af samtaler samt egen adfærd i forhold til at tale om alkohol.

## Hvor er storforbrugerne henne?

En central barriere for at blive dygtigere og mere rutineret i arbejdet med alkoholforebyggelse er ifølge medarbejderne, at de ikke mødte så mange storforbrugere. Når de screenede, viste det sig, at langt størstedelen af de borgere, de var i kontakt med, angav et forbrug under de anbefalede genstandsgrænser. Det betød, at en del medarbejdere ikke oplevede at komme ret meget videre end til screeningen og derfor manglede træning i selve alkoholsamtalen. Konsekvensen ved ikke at anvende den viden og de redskaber, som de tilegnede sig på kurset, blev da, at de let glemte det og hurtigt faldt tilbage i gamle rutiner. Denne erfaring afledte både forskernes og medarbejdernes fokus på selve screeningen: Foregik den korrekt, og angav borgerne det korrekte antal genstande?

## Usikkerhed om rollen

I takt med at medarbejderne gjorde sig erfaringer med at tale om alkohol, dukkede der nye spørgsmål op hos den enkelte: 'Hvor langt kan/skal jeg gå?'. Dette gjaldt især for de medarbejdere, der havde haft samtaler med borgere, hvis alkoholforbrug var så stort, at screeningen gled over i en motiverende samtale. Disse medarbejdere havde behov for at få afklaret deres rolle i alkoholsamtalen, både i forhold til egne kompetencer og i forhold til at runde samtalen af – 'hvor giver det mening at stoppe (for nu) i henhold til den motiverende samtales funktion?'. Flere nævnte, at det er en balanceakt blot at stille spørgsmål til refleksion hos borgeren og ikke at skulle agere 'ekspert' på området. I alle sundhedscentre foranledigede dette en diskussion om et eventuelt behov for at kunne henvise en borger videre i systemet, hvis der viser sig at være brug for mere støtte til at nedsætte alkoholforbruget. I et par af sundhedscentrene talte nogle om med tiden at oprette et specifikt tilbud til storforbrugere – som en pendant til rygestopkurser.

## Konklusion

På baggrund af en relativ simpel indsats er det altså muligt at igangsætte en proces, hvor medarbejdere på sundhedscentre kommer i gang med at arbejde med forebyggelse af alkoholstorforbrug. Det kommunale sundhedscenter er som setting velegnet til at praktisere alkoholforebyggelse, og der er en parathed at spore både på organisatorisk niveau og medarbejderniveau. Det at tilegne sig viden om alkohols skadelige virkninger, screeningsværktøjer og motiverende samtale-inspirerede teknikker skaber foruden opkvalificering et engagement blandt medarbejderne, som bidrager til at kickstarte det konkrete arbejde med forebyggelse af alkoholstorforbrug.

Det er ikke en systematisk model der afgør, om alkoholscreening bliver implementeret, ligesom det heller ikke er altafgørende, at kollegial sparring og fællesskab omkring arbejdet med alkohol systematiseres, for at en proces kan igangsættes. Dog kan faste spørgsmål hjælpe medarbejderne til at huske indsatsen i en opstartsfasen. Og hvis udviklingen skal fortsætte, og kvaliteten i arbejdet skal sikres, giver det mening at tænke i en systematisk implementeringsmodel, som bidrager til fælles fodslag og til kapacitetsopbygning på området. Medarbejdernes refleksioner, over hvad der kunne bidrage til yderligere engagement og til påmindelse om alkoholforebyggelse, peger netop på, at sparring og fællesskab er nøgleord.

Medarbejderne på sundhedscentrene formår at omsætte viden til praksis, idet de ændrer holdninger og adfærd i forhold til alkoholforebyggelse og sætter det i spil i mødet med borgeren. Men det er ikke let; der er udfordringer, som hovedsageligt handler om egne barrierer for at ville tale med borgerne om alkohol, om en sejlvet alkoholkultur og i den forbindelse også om en misforstået hensyntagen til borgere, som tilsyneladende ikke har et problem med at tale om egne alkoholvaner. Derudover er der udfordringer i forhold til praksis, hvor storforbrugere ikke viser sig. Det betyder, at der er langt imellem deciderede motiverende samtaler, og uden øvelse er det som medarbejder let at ryge tilbage i gamle vaner. Det betyder også, at kompetenceudviklingen og rutinen med at foretage alkoholsamtaler bliver svær at opretholde, og arbejdet med at finde sin rolle som forebygger i forhold til alkoholstorforbrug bliver vanskeliggjort.

Afslutningsvist er det en væsentlig pointe, at disse resultater skal ses i lyset af, at implementeringsprocessen ikke stoppede, da forskningsprojektet blev afsluttet. Der er tale om en udviklingsproces, som rækker ud over projekterperioden; praksis på området er fortsat i bevægelse og udvikler sig. Flere af sundhedscentrene havde planer om forankring og systematisering af indsatsen, udpegning af alkohol-nøglepersoner, der fremover får ansvar for udvikling og opkvalificering på området og sidst, men ikke mindst planer om samarbejde om alkoholforebyggelse på tværs af forvaltninger.

### Litteratur

1. Hansen A, Becker A, Nielsen A, Grønæk M, Tolstrup J: The number of persons with alcohol problems in the Danish population. *Scandinavian Journal of Public Health*, in press.
2. Due TD, Waldorff SB, Aarestrup AK, Laursen B, Curtis T: Sundhedscentre i Danmark - organisering og samarbejdsrelationer. København; 2008.
3. Rollnick S, Miller WR, Butler CC: *Motivational Interviewing in Health Care - Helping patients Change Behaviour*. York: Guilford Press; 2008.