

# FAGLIG VEJLEDNING FOR SAMTALE OM ALKOHOL

ALLE BORGERE



## **Godkendelse, ikrafttrædelse og revidering:**

Den faglige vejledning er sidst blevet godkendt:

I Forum for Forebyggelsescentre den 19. November 2013

Af lokalområdechefer på Driftsmøde den 3. December 2013

Ifølge *Implementeringsplan for faglige vejledninger* træder vejledningen i kraft 1. Marts 2014.

Vejledningen vil blive revideret i sommeren 2014. Derefter vil der blive foretaget en grundig revision hvert andet år. Center for Sundhed er ansvarlig for revisionen i samarbejde med ressourcepersoner fra alle fem forebyggelsescentre.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

PROBLEMSTILLING	4
METODE	6
DEFINITION AF BEGREBER	7
EGENOMSORG	7
HANDLEKOMPETENCE	7
SUNDHEDSPÆDAGOGISK TILGANG	7
SELF-EFFICACY	8
EMPOWERMENT	8
DEN MOTIVERENDE SAMTALE	8
ANDRE BEGREBER	9
MÅLGRUPPE	10
FORMÅL	11
ANBEFALINGER	12
TILDELING AF SAMTALE OM ALKOHOL	12
SUNDHEDSPÆDAGOGISKE ANBEFALINGER	13
SUNDHEDSFAGLIGE ANBEFALINGER	15
PERSONALETS KOMPETENCER	16
REGISTRERING	17
KVALITETSMÅLING	18
ANDET AKTIVITET OM ALKOHOL	19
PÅRØRENDEGRUPPEN	19
TELEFONLINJEN	19
SUNDHED I NÆRMILJØET	19
BILAG I PERSONER INVOLVERET I UDARBEJDELSEN AF VEJLEDNINGEN	21

# PROBLEMSTILLING

Sundhedsprofilen for region og kommuner dokumenterer, at en tredjedel af københavnere har et risikabelt alkoholforbrug og at to ud af tre vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug<sup>1</sup>. Tillige har Mandag Morgen og Trygfonden i 2009 gennemført en undersøgelse af danskernes syn på en sundere livsstil. Her tilkendegiver hver femte ud af 236 Vesterbro-borgere, at de kunne skære lidt ned på deres alkoholforbrug.

Det er et faktum, at mange danskere ikke ved, at et for stort forbrug af alkohol er årsag til mange forskellige sygdomme, hvilket kan være medvirkende til, at mange ikke mener, de har et behov for at nedsætte deres alkoholforbrug (Fremtidens alkoholpolitik, 2009).

En nyere undersøgelse fra Center for Rusmiddelforskning viser, at pårørende til mennesker med alkoholproblemer er mindst lige så belastede som den, der har problemet (Lindgaard, H., 2010). Der peges på, at der både er menneskelige og samfundsmæssige gevinster at hente, ved at tilbyde de pårørende hjælp tidligt i forløbet.

Mange praktiserende læger og andre sundhedsprofessionelle er heller ikke tilstrækkelig opmærksomme på at kortlægge borgernes alkoholvaner og rådgive de, der drikker for meget. Dette beror bl.a. på manglende viden, træning og uddannelse i alkoholrelaterede spørgsmål, usikkerhed på egen evne til at tale om alkoholspørgsmål, tvivl om effekt af samtale om alkohol og manglende redskaber i form af screeningsinstrument og informationsmateriale om alkohol (Vårdpersonalets alkoholvaner og det hälsofrämjande arbetet, Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Alkohol er et giftigt stof, der er forbundet med mere end 60 forskellige sygdomme med både kort- og langsigtede konsekvenser (Alkohol og helbred, SST, 2008). Der er individuelle forskelle på, hvor langvarigt og stort et alkoholforbrug kan være, før der opstår skader på organsystemet. Samtidig er det individuelt hvilket organsystem, der bliver skadet først. Kvinder er mere følsomme end mænd overfor alkohols skadelige virkninger, når der er tale om et mindre forbrug af alkohol.

De første skadelige konsekvenser af et stort alkoholforbrug opstår, uden borgeren selv mærker dem eksempelvis et nedsat immunforsvar og forhøjede levertal. Senere opstår skader, der giver borgeren symptomer, det kan være mave-tarm sygdomme, hjertekarsygdomme og/eller kræftlidelser. Tillige medfører et stort forbrug af alkohol ofte psykiske problemstillinger i form af symptomer på angst eller depression. Endvidere har et stort alkoholforbrug en række sociale konsekvenser, der i sidste ende kan føre til skilsmisse, psykiske påvirkninger af børn og arbejdsløshed (Klinisk vejledning for almen praksis, 2010).

Der er evidens for, at de fleste organfunktioner forbedres af et væsentligt nedsat alkoholforbrug eller total afholdenhed. Selv kortvarig afholdenhed har gavnlig effekt på helbredet (Mundt, K., et al, Bispebjerg Hospital, 2003).

På kort sigt kan personer med selv et mindre forbrug af alkohol opleve manglende overskud og energi, dårlig søvn, irritabilitet, koncentrationsbesvær, forhøjet blodtryk, vægtøgning, ulykker og konflikter med omverdenen.

En stor del af københavnere vil således potentielt have gavn af en samtale om alkohol i et af kommunens fem forebyggelsescentre.

---

<sup>1</sup> Risikabelt alkoholforbrug: En borger har en risikabel alkoholadfærd, hvis han/hun har mindst én af disse tre former for alkoholadfærd – Storfbrug, rusdrikkeri og/eller tegn på alkoholafhængighed. Læs mere om risikabelt alkoholforbrug på side 10. Sundhedsprofil for region og kommuner, 2010.

De senere år er der fremkommet en del forskningslitteratur, der viser, at korte interventioner udført primært af praktiserende læger og andre sundhedsprofessionelle i primærsektor er effektive i forhold til at støtte ikke-afhængige borgere i at ændre alkoholvaner (Nielsen et al., 2008). Et nyligt systematisk review konkluderer, at screening og kort intervention er de forebyggende indsatser, der er mest omkostningseffektive, og samtidig har størst effekt på helbredet (Solbjerg LI et al., 2008).

Den danske KRAM-undersøgelse, der blev gennemført i 13 danske kommuner i 2007 og 2008 konkluderer, at det ikke er tabuiseret at tale med storforbrugere om deres alkoholforbrug. Undersøgelsen viste også, at en kort intervention af 10 minutters varighed har lige så stor forebyggende effekt som en længerevarende intervention, idet begge interventioner medførte et nedsat alkoholforbrug med ca. seks genstande pr. uge efter 12 måneder. Samme undersøgelse viste også en positiv effekt af en kort intervention via Internettet, hvor borgeren fik en vurdering af, om hans/hendes alkoholforbrug var risikofyldt i forhold til de nationale anbefalinger og forbruget blev sammenlignet med det gennemsnitlige alkoholforbrug i borgerens bopælskommune.

Københavns Kommunes forebyggelsescentre tilbyder en række forebyggelsesindsatser herunder Samtale om alkohol. Samtale om alkohol henvender sig dels til borgere der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, dels til pårørende der er tæt på en der i deres øjne drikker for meget. Formålet med indsatserne i forebyggelsescentrene generelt er at øge borgernes egenomsorg og helbredsrelaterede handlekompetence og derigennem deres sundhedstilstand.

Den faglige vejledning skal være med til at sikre, at forebyggelsescentrenes tilbud om samtale om alkohol er baseret på den nyeste evidens og følger best practice på området. Vejledningen skal desuden understøtte, at indsatsen kan tænkes sammen med andre af forebyggelsescentrenes tilbud – særligt tobaksforebyggelse, sygdomsspecifik undervisning og kostundervisning – samt at udslusning og fastholdelse af livsstilsændringer tænkes ind i hele forløbet.

Denne faglige vejledning er retningsgivende for indsatsen *Samtale om alkohol* i Københavns Kommunes forebyggelsescentre.

Vejledningen skal anvendes af ledere og medarbejdere i kommunens forebyggelsescentre, når der træffes beslutning om den rette fremgangsmåde for centrenes tilbud om alkohol.

## METODE

I det følgende beskrives i overordnede træk den fremgangsmåde, som er anvendt ved udarbejdelsen af denne vejledning.

*Faglig vejledning for Samtale om alkohol* er udarbejdet af Center for Sundhed i samarbejde med medarbejdere og lederne fra kommunens forebyggelsescentre (se bilag 1).

Anbefalingerne er udviklet på baggrund af medarbejdernes konkrete erfaringer med at gennemføre individuelle livsstils-/motivations samtaler med borgerne, og repræsenterer best practice fra hhv. borger- og patientrettede forløb.

Anbefalingerne tager endvidere udgangspunkt i det teoretiske og evidensmæssige grundlag, som de tilgange og metoder, der anvendes i samtalerne, bygger på (jf. afsnittet "Definition af begreber").

Opbygningen af vejledningen følger *Typologi for kvalitetsdokumenter i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen*, som er godkendt på Lokalområdechefforum d. 29. maj 2012.

Vejledningen vil løbende blive revideret ved behov. Derudover vil der blive foretaget en grundig revision hvert andet år. Center for sundhed er ansvarlige for revisionen i samarbejde med ressourcepersoner fra alle fem forebyggelsescentre. Næste grundige revision forekommer i efteråret 2014.

# DEFINITION AF BEGREBER

Forebyggelsescentrenes indsatser har til formål at styrke borgernes **egenomsorg** og helbredsrelaterede **handlekompetence** med henblik på at forbedre deres muligheder for at lave sundhedsfremmende livsstilsændringer. Dette søges opnået gennem brug af en **sundhedspædagogisk tilgang** med fokus på **self-efficacy**<sup>2</sup> og **empowerment**, hvor **Den Motiverende Samtale** udgør grundstenen.

De begreber, der er fremhævet ovenfor er kort beskrevet i det følgende. I et senere afsnit ("Sundhedspædagogiske anbefalinger") er det beskrevet, hvordan der i praksis arbejdes med begreberne.

## EGENOMSORG

Egenomsorg er sundhedsaktiviteter, som borgere udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed. Det er et bredt begreb, som kan dække over mange ting, fx fysisk aktivitet, rygestop, monitorering af tal og værdier, vedligeholdelse af sociale netværk, fritidsaktiviteter og compliance til den foreskrevne behandling (hvis man har en kronisk sygdom)<sup>3</sup>.

Egenomsorg kan styrkes gennem tre overordnede virkemidler<sup>4</sup>:

- Teoretisk viden: videnskabelig og teoretisk sundhedsfaglig viden
- Praksisviden: træning i konkrete færdigheder
- Erfaringsbaseret viden: situationsspecifik viden med udgangspunkt i kompetencer og erfaring, der gør en i stand til at træffe valg, der bidrager til et sundere liv.

## HANDLEKOMPETENCE

Udfoldelse af handlekompetence indebærer, at individet opstiller og realiserer personlige mål eller delmål i delvist uforudsigelige situationer.

Forudsætningerne for, at man kan udfolde handlekompetence, er:

- at man har de nødvendige færdigheder og kundskaber.
- at der er tilstrækkelige muligheder og ressourcer tilstede i omgivelserne (både de nære omgivelser og de bredere omgivelser).
- at man er motiveret.

Det er individuelt, hvad en person har behov for ift. at kunne udfolde handlekompetence.

## SUNDHEDSPÆDAGOGISK TILGANG

Sundhedspædagogik handler om forandring og om at give plads til, at borgeren får mulighed for at reflektere over egen situation og derved kan handle. Sundhedspædagogikken bygger på en demokratisk tilgang, hvor bl.a. deltagerinvolvering og viden er centrale elementer<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> Der findes endnu kun begrænset viden om, hvilke teoretiske grundlag og pædagogiske metoder, der giver den bedste effekt af patientuddannelsesprogrammer. Sundhedsstyrelsen udgav i 2009 en MTV-rapport om patientuddannelse, der konkluderede, at generelle patientuddannelser og uddannelser for type 2 diabetes har effekt, når de er baseret på self-efficacy (Sundhedsstyrelsen, (2009). Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering).

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen (2005). Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed.

Grøn, L & Hansen, J (2012). Sociale forandringsfællesskaber. En guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser. Region Syddanmark og Dansk Sundhedsinstitut.

<sup>4</sup> Grøn, L & Hansen, J (2012). Sociale forandringsfællesskaber. En guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser. Region Syddanmark og Dansk Sundhedsinstitut.

<sup>5</sup> Region Hovedstaden (2011). Patientuddannelse – teoretisk grundlag og pædagogisk praksis. Bjarne Bruun Jensen m. fl. Region Syddanmark, Syddansk Universitet Basisrapport "Sundhedspædagogik i patientuddannelsen" 2010.

## SELF-EFFICACY

Self-efficacy er en persons tiltro til egen evne til at handle på en given måde. Forventningen til hvilken effekt, den pågældende handling vil have, udgør motivationen for handlingen. Både self-efficacy og motivation er således afgørende for, om en person gennemfører en given adfærd eller handling.<sup>6</sup>

En persons self-efficacy kan styrkes på flere måder, men de forskellige kilder til self-efficacy er ikke lige virkningsfulde. Eksempelvis har egne erfaringer en stærk indvirkning på en persons self-efficacy, mens observerede erfaringer og sproglig overtalelse har en svagere indvirkning.

Egne erfaringer	Når en person oplever, at en opgave løses succesfuldt, vil det styrke oplevelsen af, at det kan lykkes igen.
Observerede erfaringer	Andre personer kan fungere som rollemodeller. Derfor er erfaringsudveksling mellem borgere i samme situation vigtig.
Sproglig overtalelse/overbevisning	Opmuntring, feedback og lignende kan anvendes til at motivere borgeren til at nå et mål.
Oplevede følelser	En persons self-efficacy påvirkes af, hvordan han/hun oplever sin egen reaktion under gennemførelse af en opgave.
Omgivelserne	Omgivelsernes forventninger har erfaringsmæssigt vist sig også at have en betydning for en persons self-efficacy.

Tabel 1. Kilder til self-efficacy.

## EMPOWERMENT

Empowerment betyder styrkelse, og tilgangen indbefatter, at tilbuddene til borgerne tager afsæt i borgernes potentiale frem for deres mangler og svagheder. Sigtet er at udvikle borgernes iboende kræfter og handlemuligheder gennem støttende og opmuntrende dialog<sup>7</sup>.

## DEN MOTIVERENDE SAMTALE

Den Motiverende Samtale defineres som en borgercentreret og styrende metode til at fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare ambivalens. Der er fokus på hvilke forandringer borgeren selv er motiveret til, og der tages udgangspunkt i borgerens håb og drømme med henblik på at finde de ressourcer og strategier, der kan bringe vedkommende i den ønskede retning.

Den Motiverende Samtale er en evidensbaseret metode<sup>8</sup>, der har til formål:

- at fremme livsstilsændringer ved at hjælpe borgeren til at analysere uoverensstemmelserne mellem faktisk livsstil og helbredsmæssige ønsker og mål
- at stimulere borgeren til at træffe en beslutning og gennemføre en forandring.

I Den Motiverende Samtale bruges en anerkendende tilgang, som understøtter, at det er borgeren, der er ekspert i sit eget liv, mens den sundhedsprofessionelles opgave er at hjælpe borgeren til at sætte ord på, hvad vedkommende gerne vil ændre. Den sundhedsprofessionelles opgave er at medvirke til at sikre, at der bygges bro mellem den sundhedsfaglige ekspertviden og borgerens unikke situation, ønsker og behov. Dette gøres ved at skabe en atmosfære af forståelse, accept, tolerance og bekræftelse, hvor den sundhedsprofessionelle lytter til borgeren og accepterer borgerens væremåde og opfattelse uden at bedømme borgeren.

<sup>6</sup> Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 1977; 84: 191-215.

<sup>7</sup> Kamper-Jørgensen og Almind (2001). *Forebyggende sundhedsarbejde*.

<sup>8</sup> Rosdahl, G (2009). *Effekten af Den Motiverende Samtale. Virker metoden? 25 års empiriske studier* [tilgængelig på [www.denmotiverendesamtale.dk](http://www.denmotiverendesamtale.dk)].



Ånden og principperne i den motiverende samtale forhindrer ikke, at den sundhedsprofessionelle kan bringe sin ekspertviden om forebyggelse og sundhedsfremme i spil i samtalen. Jf. afsnittet om handlekompetence, er det en forudsætning for udfoldelse af handlekompetence, at borgeren har de nødvendige kundskaber, og derfor er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle løbende vurderer, hvornår det er nødvendigt at byde ind med faktuel viden om fx livsstilens betydning for det fysiske helbred.

## **ANDRE BEGREBER**

Neden for er listet definitioner på alkoholforbrug.

### *Risikabelt alkoholforbrug*

En borger har en risikabel alkoholadfærd, hvis han/hun har mindst én af disse tre former for alkoholadfærd – Storforbrug, rusdrikkeri og/eller tegn på alkoholafhængighed.

### *Storforbrug af alkohol > 14/21 genstande*

Et storforbrug defineres som et forbrug over genstandsgrænserne på højst 14 og 21 ugentlige genstande for henholdsvis kvinder og mænd.

Sundhedsstyrelsen skelner mellem høj og lav risiko for sygdom:

- Intet alkoholforbrug er risikofrit for helbredet
- Lav risiko for at blive syg pga. alkohol ved forbrug på 7 og 14 genstande om ugen for hhv. kvinder og mænd.
- Høj risiko for at blive syg pga. alkohol ved forbrug over 14 og 21 genstande om ugen for hhv. kvinder og mænd

### *Rusdrikkeri*

Når personen drikker mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed mindst én gang om ugen.

### *Tegn på alkoholafhængighed*

Der er tale om afhængighed, når tre eller flere af følgende kriterier samtidigt har været til stede inden for 3 måneder eller gentagne gange inden for det sidste år:

- Trang til alkohol (craving)
- Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
- Abstinenssymptomer (eller indtagelse af alkohol for at ophæve eller undgå disse)
- Toleranceudvikling
- Alkohol har en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
- Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning

# MÅLGRUPPE

Samtale om alkohol henvender sig til borgere, der ønsker at ændre deres alkoholvaner samt pårørende, der er tæt på én, der drikker for meget, og som ønsker støtte og vejledning omkring egen situation.

Målgruppen for Samtalen om alkohol er borgere der af forskellige årsager ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Det kan være gravide og borgere der synes, at de drikker for meget rødvin i hverdagen, men det kan også være borgere med rusdrikkeri, storforbrug eller et skadeligt forbrug. Borgere med alkoholafhængighed søges motiveret til egentlig alkoholbehandling, da forebyggelsescentrene ikke har ressourcer eller kompetencer til at gennemføre behandling af alkoholafhængighed.

Antallet af borgere, der har et risikabelt alkoholforbrug, og som potentielt kan have glæde af en samtale om alkohol er:

13.800 borgere i Amager Vest (31 %) og 11.500 borgere i Amager Øst (28 %)  
21.300 borgere på Nørrebro (36 %) og 11.500 borgere på Bispebjerg (29 %)  
8.300 borgere i Vanløse (29 %) og 6.700 borgere i Brønshøj/Husum (24 %)  
14.300 borgere på Vesterbro/Kgs. Enghave (32 %) og 10.500 borgere i Valby (28 %)  
18.700 borgere på Østerbro (34 %) og 16.300 borgere i Indre by (42 %)  
(Kilde: Sundhedsprofil for region og kommuner, 2010)

Ifølge Regionens Sundhedsprofil tilkendegiver 27% af borgerne i Region Hovedstaden, der har et risikabelt alkoholforbrug, at de har lidt eller meget ufornuftige alkoholvaner. Derimod mener hver anden med et risikabelt alkoholforbrug, at deres alkoholvaner er fornuftige. Ca. 26% af borgerne i København, der har et risikabelt alkoholforbrug ønsker at nedsætte deres forbrug, og det svarer til 34.900 borgere. I København bor ca. 20 % af borgere med et risikabelt alkoholforbrug sammen med børn.

Endelig er der også borgere som af forskellige årsager ønsker og ville have glæde af at nedsætte deres alkoholforbrug, selvom det ikke er risikabelt.

Følgende inklusionskriterier skal alle opfyldes, for at en borger kan modtage en Samtale om alkohol:

- Borgeren skal være bosat i Københavns Kommune.
- Borgeren skal være fyldt 18 år.
- Borgeren skal møde til samtalen og være upåvirket af alkohol og rusmidler.

# FORMÅL

Formålet med en samtale om alkohol *med en borger* er, at støtte og rådgive borgeren i hvordan ændrede alkoholvaner opnås, herunder at inddrage og vejlede eventuelle pårørende. Er borgeren alkoholafhængig er formålet desuden at støtte vedkommende i at erkende behovet for mere intensiv hjælp i et alkoholbehandlingstilbud.

Formålet med Samtale om alkohol *med en pårørende* er at støtte den pårørende i at afklare egen situation, vejlede om medafhængighed og informere om muligheder for støtte til den med alkoholproblemer.

# ANBEFALINGER

I det følgende beskrives de anbefalinger som skal følges i forbindelse med tilrettelæggelse og gennemførelse af forebyggelsescentrenes Samtale om alkohol.

## TILDELING AF SAMTALE OM ALKOHOL

Borgerne har mulighed for at få en Samtale om alkohol i andre centre end det center, de er knyttet til bopælsmæssigt.

Såfremt borgeren opfylder inklusionskriterierne og i øvrigt virker motiveret for at arbejde med egne alkoholvaner, kan han/hun modtage en Samtale om Alkohol. Borgere, der ønsker at ændre alkoholvaner eller som ønsker at få mere viden om betydningen af alkohol kan henvises til en Samtale om Alkohol.

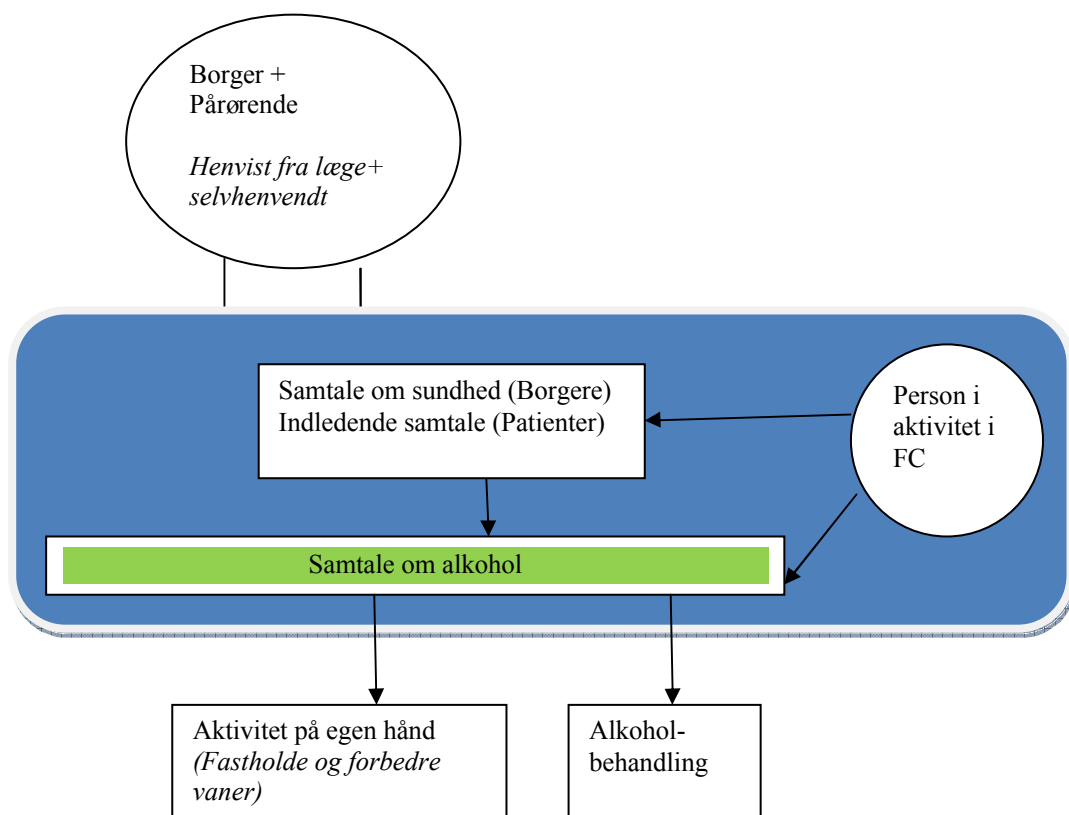
Hvis det i Samtalen om Alkohol viser sig, at borgeren er afhængig af alkohol forsøges borgeren motiveret til at henvende sig i alkoholbehandling (se figuren nedenfor).

Hvis en borger har været i behandling i en Alkoholenhed drøftes erfaringer med denne tilknytning. I samtalen motiveres borgeren til evt. at genoptage kontakten ligesom mulige barrierer søges belyst.

Hvis borgeren er i behandling med antabus eller anden form for medikamentel behandling fx Selincro eller Campral mod drikketrang, drøftes dette med borgeren. Det kan være: hvor længe borgeren har fået denne behandling? Virker den og hvem er ansvarlig for den? Såfremt borgeren selv administrerer antabus, opfordres borgeren til at få denne administreret enten hos egen læge eller i et behandlingstilbud.

Både borgere og pårørende til borgere med storforbrug af alkohol eller alkoholafhængighed kan komme til en Samtale om alkohol uden at skulle gennem en Samtale om sundhed (se figuren nedenfor).

Figur: Borgernes indgang til en Samtale om alkohol



## SUNDHEDSPÆDAGOGISKE ANBEFALINGER

### Teorier om ændringsprocesser

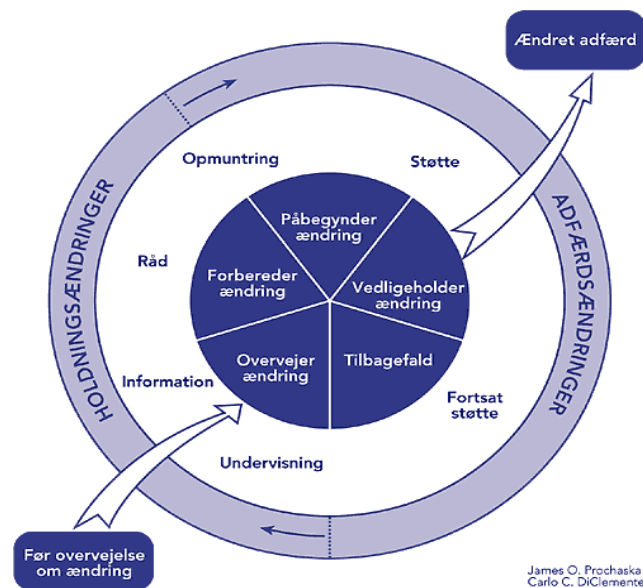
Den sundhedsfaglige indsats i Samtalen om alkoholvaner er baseret på teorier om ændringsprocesser og elementer i ændringsfokuseret rådgivning. På baggrund af teorier fra forskellige psykoterapeutiske modeller om ændring af personlig adfærd og studier af, hvordan mennesker ændrer adfærd, er der opstillet en model for ændringsprocesser.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Towards an Integrative Model of Change. *J consult clin psychol* 1983; 51(3):390-395

Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behaviour*. 2. edition ed. Guilford Press, 2002

Bart T, Børveit T, Prescott P. *Endringsfokuseret Rådgivning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2001

Mundt K, Fugleholm AM, Hedegaard AM, Jepsen JM. *Rygeophør på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger*. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse. Bispebjerg Hospital, 2001



Modellen indeholder de forskellige *stadier*, som mennesker gennemgår i en ændringsproces, og de *processer*, der får mennesker til at bevæge sig fra et stadie til det næste stadie.

Modellen er oprindelig udviklet bl.a. på baggrund af studier af rygere, hvor man fandt at rygere skulle processen igennem flere gange, før de holdt op med at ryge. Processen gælder også anden form for ændring af adfærd fx ændring af et alkoholforbrug.

I en sundhedsfaglig indsats kan modellen bruges til at identificere, hvor i ændringsprocessen den enkelte borger befinder sig i forhold til at ændre sin livsstil, og til at målrette interventionen med henblik på at fremme ændringsprocessen.

I forbindelse med selve interventionen findes der i dag en del forskningslitteratur inden for den ændringsfokuserede rådgivning, der beskriver hvilke strategier, der kan anvendes med henblik på at fremme klientens motivation i forhold til at ændre livsstil. Elementer i ændringsfokuseret rådgivning er:

- Tilbage melding om personlig risiko ved adfærden og fordele ved ændring
- Empati i form af forståelse for og anerkendelse af fx følelser
- Råd i form af en klar og direkte anbefaling om at ændre livsstil
- Ansvar for forandring er og skal forblive hos klienten
- Positive forventninger om at mestre ændringen skal styrkes
- Individuelt tilpassede fremgangsmåder, herunder mål og handlinger.

Elementerne har vist sig virkningsfulde, når de blev anvendt ved korte interventioner i sundhedsfagligt regi i forhold til mennesker med et for stort forbrug af alkohol.

### Egenomsorg

Egenomsorg er et bredt paraplybegreb, som forstås og konkretiseres meget forskelligt i forskellige sammenhænge. I det nedenstående konkretiseres begrebet egenomsorg, med synliggørelse af hvad den sundhedsprofessionelle, der afholder Samtaler om Alkohol, i samtalen har fokus på, med mål om at tilføje borgere evnen til at drage egenomsorg.<sup>10</sup>

I begrebet egenomsorg lægges det enkelte individs evne til at tage bedst muligt vare på sig selv. Samtalen danner rammen om en dialog, hvor borgeren medinddrages i at definere, hvad Samtale Om Alkohol skal tage udgangspunkt i. Samtalen skal tilføje borgeren handlingsorienteret viden,

<sup>10</sup> DSI rapport , maj 2012: Egenomsorg og patientuddannelse i grænsefladen mellem medicin og humaniora.

således at deltageren sætter ord på, hvordan han/hun kan arbejde med at ændre forbrug af alkohol. Samtalen skal ruste borgeren til at bevare ansvar for egen sundhed.

De virkemidler, der inkluderes i Samtalen Om Alkohol, for at styrke borgenes egenomsorg, er en kombination af følgende:

- Metodisk anvendelse af dialog.
- Inddragelse af teoretisk viden om sundhedsfremme og helbredsrisici ved forbrug af alkohol.
- Inddragelse af teoretisk og praksisbaseret viden om betydning af alkoholforbrug for borger samt dennes pårørende.
- Formidling af viden om behandlingstilbud, når Samtale Om Alkohol i Forebyggelsescenterregi ikke kan stå alene.
- Inddragelse af teoretisk og praktisk erfaringsbaseret viden om:
  - Hvilke konkrete begivenheder og situationer kan udløse øget trang til alkohol.
  - Hvordan eventuelle dilemmaer kan afdækkes og tackles.

### **Screeningsværktøjer**

Mht. screeningsværktøjer findes der flere anvendelige, som kan bruges i en Samtale om alkohol. WHO har udviklet AUDIT, der består af 10 spørgsmål mhp. tidlig identificering af et risikabelt forbrug inden for det seneste år, mens CAGE som screeningsværktøj snarere har fokus på at opdage, om der nogensinde har været tale om en egentlig afhængighed (Ewing JA, 1984). Tillige findes CAGE-C, som er udviklet af Alkoholhederne i København, og som både identificerer problemer inden for det sidste år og tegn på afhængighed (Zierau F. et al., 2005).

## **SUNDHEDSFAGLIGE ANBEFALINGER**

I det følgende beskrives rammer for samtalen for henholdsvis en borger og en pårørende, der er tæt på én, der drikker for meget, og der gives forslag til mulige elementer i samtalen.

Samtalerne foregår i Forebyggelsescentrene og gennemføres som individuelle samtaler. Pårørende kan dog deltage i samtalerne, hvis borgeren ønsker dette.

Samtalerne kan vare op til 1 time ekskl. registrering. Borgere, der ønsker at ændre alkoholvaner, kan få max fem samtaler, og pårørende kan få to samtaler.

Samtaler med tolk kan forlænges med 15 minutter.

### **Samtalen med en borger**

Kan indeholde følgende elementer, som søges tilpasset den enkelte borger og dennes situation:

- Borgerens *forventninger* til samtalen søges afdækket
- Borgeren fortæller om sit *syn på sine alkoholvaner*
- Der kan evt. laves en hel *AUDIT* test
- Borgerens og rådgiveren udforsker sammen, hvilken rolle alkohol har i borgerens liv.
- Borgerens alkoholvaners *indflydelse på omgivelserne* evt. ægtefælle, børn, venner og kolleger og arbejde afdækkes
- Rådgiveren søger at afdække borgerens evt. *motiver for at ændre vaner*, og der gives tilbagemelding om *personlig risiko* på baggrund af borgerens viden om alkohols fysiske, psykiske og sociale konsekvenser
- Borgerens erfaringer med at ændre alkoholvaner drøftes.
- Borgerens motivation til at ændre adfærd søges afdækket.
- Borgerens konkrete mål og handlinger for ændring af sine alkoholvaner nedskrives i en *handlingsplan*.
- Borgeren får evt. udleveret et *skema til selvregistrering af det daglige alkoholforbrug*.
- Borgeren og rådgiveren drøfter *behov for en opfølgende samtale*.

I samtalen afdækkes også evt. medicin- og stofforbrug.

Det tilstræbes, at den sidste samtale får karakter af en afsluttende samtale jfr. den afsluttende samtale om sundhed.

### **Samtalen med en pårørende**

Når en pårørende henvender sig, kan de have været opfyldt af frustrationer gennem længere tid. Deres primære behov er, at nogen lytter til dem og anerkender deres følelse, samt at de får normaliseret det, de oplever. Der skal i samtalen med en pårørende tages hensyn til, at disse oplevelser fylder og kan blokere for egentlige handlinger i forhold til egen situation.

Nedenstående skal derfor blot betragtes som muligt indhold i samtalen:

- Den pårørendes *forventninger* til samtalen søges afdækket
- Den pårørende beskriver den *problemstilling*, der ligger til grund for henvendelsen
- Den pårørende og sundhedsrådgiveren udforsker sammen, hvilken *indflydelse alkohol har på omgivelserne*, herunder på fx ægtefælle, børn, venner og kolleger
- Den pårørende *fortæller om omfanget af forbruget* hos fx ægtefælle, børn, familie og venner
- Den pårørende fortæller om *sine egne alkoholvaner*
- Der kan laves en *AUDIT test*, hvis forbruget er over genstandsgrænserne
- Sundhedsrådgiveren afdækker muligt behov for *information om medafhængighed*
- Sundhedsrådgiveren afdækker muligt behov for *information om fysiske, psykiske og sociale konsekvenser for børn*, der vokser op i en familie med alkoholproblemer
- Sundhedsrådgiveren afdækker den pårørendes *motiver for at forandre nuværende situation* evt. *skalaspørgsmål om vigtighed, parathed og tro på en mulig ændring* kan benyttes
- Den pårørendes *og/eller kendskab til andres evt. erfaringer med at handle* på den nuværende/en lignende situation
- Den pårørendes konkrete mål og handlinger for ændring af sin situation/problemstilling nedskrives i en *handlingsplan*, herunder søges mulige risikosituationer og mestringsstrategier afdækket
- Den pårørende får udleveret supplerende materiale i form af *SST-pjece og/eller andre pjecer samt oplysninger om hjemmesider m. internetadresser, etc.*, fx om Samtalen om alkoholvaner, tilbud om behandling af mennesker med afhængighed, samt hvor pårørende kan møde andre i samme situation
- Den pårørende kan tilbydes en opfølgende samtale, hvor fokus er på de evt. mål og handlinger, som den pårørende gerne vil arbejde med/har arbejdet med siden sidst.

Samtalens indhold tilpasses den enkelte pårørende. Der kan således være behov for at henvise den pårørende til forebyggelsescentrenes gruppe for pårørende eller til andre rådgivningstilbud eller selvhjælpsgrupper. Såfremt den pårørende kan motivere den, der har alkoholproblemet til en samtale om alkohol, så er den pårørende velkommen til efter aftale at deltage i disse samtaler. Har den pårørende selv et alkoholproblem afdækkes behovet for evt. henvisning til fx Alkoholhederne ved Center for Misbrugsbehandling.

### **Opfølgning**

Der er på nuværende tidspunkt ingen opfølgning på Samtalen om alkohol, ligesom der heller ikke monitoreres på fastholdelsen af de nye vaner efter indsatsen.

### **PERSONALETS KOMPETENCER**

Alle medarbejdere i forebyggelsescentrene bør have grundlæggende kompetencer, inden for den motiverende samtale og en anerkendende pædagogisk tilgang. Det er grundlaget for, at medarbejderne kan skabe et læringsmiljø, hvor borgeren er i centrum og hvor borgerens empowerment og self-efficacy styrkes.



Overordnet set er forebyggelsescentrenes kerneopgave livsstilsindsatser. Personalet i forebyggelsescentrene skal derfor have generel viden om sundhedsfremme og forebyggelse samt sundhedsfaglige og sundhedspædagogiske kompetencer.

**Specifik kompetencebeskrivelse for medarbejdere, der varetager alkoholindsatser:**

- Sundhedsfaglig baggrund.
- Viden om og vejledningskompetence inden for alkohols indvirkning på sundheden og alkohols samspil med de øvrige KRAM-faktorer.
- Kompetencer til at planlægge, afholde og evaluerer samtaler om alkohol med en borger eller pårørende og etablere en motiverende dialog samt acceptere borgerens ret til selv at vælge.

Det er centerchefen i det enkelte center, som har ansvaret for, at alle medarbejdere har de nødvendige kompetencer, og at alle opgaver kan løses på det rette kompetence- og kvalitetsniveau. Der bør derfor både sikres kompetenceudvikling af nye medarbejdere samt løbende kompetenceudvikling af alle medarbejdere med henblik på at sikre et højt og ensartet kompetenceniveau på tværs af medarbejdere og centre. Udvikling af medarbejdernes kompetencer (nye som erfarne) kan bl.a. sikres gennem systematisk intern oplæring i centrene (sidemandsoplæring). Samtidig kan der være behov for kompetenceudvikling af medarbejdere i forhold til viden på et specifikt fagområde fx alkohol, kronisk sygdomme (KOL, diabetes, hjerte), kost, rygning m.m.

Det er forebyggelsescenterchefens opgave at udpege en relevant sundhedsfaglig medarbejder, der er ressourceperson for indsatsområdet for den faglige vejledning og som kan indgå i udviklings- og kvalitetsarbejde og revurdering af indeværende retningslinje.

## **REGISTRERING**

Inden ibrugtagningen af KOS2, skal aktiviteten vedrørende Samtaler om alkohol registreres i HD Winlog.

# KVALITETSMÅLING

Målingen af kvalitet sker primært i form af ledelsesinformation udarbejdet på baggrund af data fra Sundhedsportalen og HD Winlog (fra oktober 2014: KOS2). Derudover vil data fra brugerundersøgelserne indgå og endelig kan det i nogle tilfælde være relevant at benytte journalaudits som redskab til kvalitetsmåling.

# ANDET AKTIVITET OM ALKOHOL

## PÅRØRENDEGRUPPEN

Pårørendegruppen er et pilotprojekt som afprøves på tværs af forebyggelsescentrene. I projektet gennemføres 2 gruppeforløb med 6-8 deltagere - et i efteråret 2013 og et i foråret 2014 på et centralt forebyggelsescenter(FCV).

Formålet med pårørendegruppen er, at tilbyde borgere med tætte relationer til mennesker med alkoholproblemer en viden og indsigt på området, og en støtte til at kunne tage vare på deres egen situation mhp. at skabe sundhedsfremmende forandringer i deres liv.

Et gruppeforløb vil give de pårørende mulighed for at være sammen med andre i en lignende situation. Gennem viden og udveksling af erfaringer vil borgerne få mulighed for at udvikle deres handlekompetence, så de bedre kan håndtere udfordringer i hverdagen og dermed tage vare på deres egne behov.

Målgruppen er borgere over 18 år, bosat i Københavns Kommune, og som er nærmeste pårørende til borgere, der har et stort forbrug af alkohol. Borgere, der vurderes til at have et behov for at kunne profitere af mere viden på området og udveksle erfaringer med andre borgere i en lignende situation, kan indgå i gruppen.

De sundhedspædagogiske metoder, der indgår i gruppeforløbet vil være en vekselvirkning mellem 1) *psykoedukation* med oplæg omkring forskellige emner og problemstillinger indenfor alkoholområdet og 2) *facilitering* med henblik på at deltagerne udveksler erfaringer med fokus på deres egen situation som pårørende. Forløbet tager også afsæt i den motiverende samtale som metode.

## TELEFONLINJEN

Forebyggelsescentrene har som forsøg frem til 1. januar 2014 etableret en fælles telefonvagt i samarbejde med Alkoholenheden og De Drikker Derhjemme.

På telefonnummer 70 210 220 kan borgeren i tidsrummet mandag – torsdag kl. 10.00 -16.00 og fredag kl. 10.00 – 12.00 få kontakt til en alkoholrådgiver.

Borgerens situation søges belyst, og denne henvises til et relevant offentligt eller privat tilbud eller andre indsatser/aktiviteter. Det gælder såvel børn og unge som borgere, der ønsker at ændre drikkevaner eller pårørende, der er tæt på én, der drikker for meget.

## SUNDHED I NÆRMILJØET

Under projektet Sundhed i nærmiljøet er der på forebyggelsescenter Amager er der udviklet en 'kort samtale om alkohol' hvor der, i en 5-15 minutters samtale, fokuseres på at afdække borgerens alkoholforbrug samt informere om mulighederne for at modtage behandlingstilbud. Samtalen er både et dialog- og screeningsværktøj, hvor de ansatte i og udenfor forebyggelsescentret vurderer borgerens forbrug og interesse i at modtage et behandlingstilbud. Samtalen benyttes i den opsøgende funktion uden for forebyggelsescentrene men kan også foregå i forebyggelsescentret, hvor den er blevet integreret i den sundhedssamtale som alle borgere, der kommer i centret tilbydes og telefonisk, hvis borgere henvender sig.

Den primære målgruppe for indsatsen er 'storforbrugere', dvs. borgere med et dagligt alkoholforbrug, der er risikabelt men som ikke er decideret afhængige og ikke har fysiske abstinenssymptomer. Der tages der godt imod projektet fra de lokale samarbejdspartnere. Partnere omfatter praktiserende læger, boligsociale projekter og konsulenter i andre kommunale indsatser. Der er enighed om, at det at arbejde opsøgende med alkoholforbrug er en pionerindsats, hvor der gøres væsentlige erfaringer der hvor samarbejdet udfoldes. De indledende erfaringer er, at alkohol som tema for en opsøgende funktion stadig er et tabubelagt emne, både hos borgerne som kan have svært ved at erkende problemet og hos de fagprofessionelle, der skal være med til at tackle problemstillingen og identificere løsninger sammen med borgerne. Det kan i en opsøgende kontekst være svært at få borgerne i tale om deres eget alkoholforbrug. En generel snak om sund livsstil (frem for et fokus på alkohol som værende et problem) kan være en god indgangsvinkel til at nærme sig emnet alkohol, og den rolle som det spiller i borgens liv.

Dette suppleres med udvikling af et koncept for samarbejde med lokale interessenter om etablering af nye normer med henblik på adfærdsændringer, der sigter mod ikke at servere/indtage alkohol i forbindelse med møder i foreninger, omkring legepladser o.l. arenaer i et udsat boligområde.

Der er tale om et udviklingsprojekt, som senere skal udrulles til andre boligområder i København

# BILAG I PERSONER INVOLVERET I UDARBEJDELSEN AF VEJLEDNINGEN

Følgende medarbejdere har været involveret i at udarbejdelsen af *Faglig vejledning for Samtale om alkohol*:

**Fra forebyggelsescentrene:**

Annette Kann (Sundhedskonsulent, Amager)  
Janne Jaque Carlsen (Sygeplejerske, Vanløse)  
Dorte Christensen (Sundhedsrådgiver, Vesterbro)  
Lisbeth Knold (Sundhedskonsulent, Nørrebro)  
Annette Grønkær (Sundhedskonsulent, Østerbro)

**Fra Centralforvaltningen:**

Luisse Frandsen (Sundhedskonsulent, Center for sundhed)  
Anne Kjærgaard Svendsen (Sundhedskonsulent, Center for sundhed)

