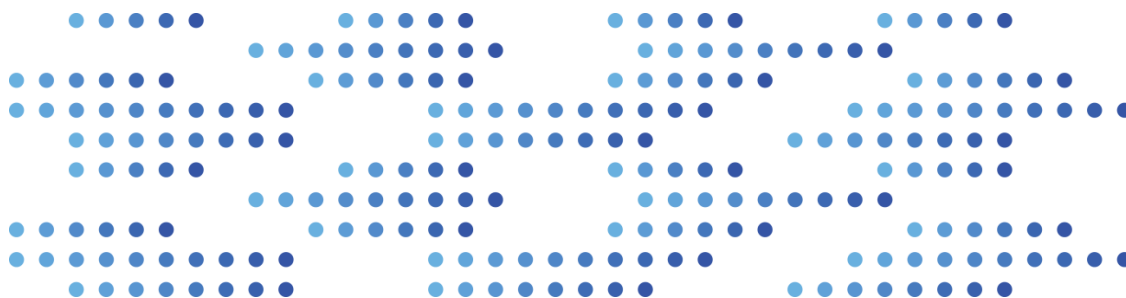




SUNDHEDSSTYRELSEN

PULJE TIL FAMILIEORI- ENTERET ALKOHOLBE- HANDLING EVALUERINGSRAPPORT



2017

Pulje til familieorienteret alkoholbehandling - Evalueringsrapport

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Emneord: familieorienteret, alkoholbehandling, kommuner, offentlig, evaluering

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: (15.12.2017)

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
(december 2017).

Udarbejdet af Rambøll Management Consulting

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-933-6

INDHOLD

1.	RESUMÉ	3
1.1	Kompetenceudvikling i alkoholbehandlingen	3
1.2	Tidlig opsporing	3
1.3	Organisatorisk omstilling til familieorienteret alkoholbehandling	4
1.4	Perspektiver på implementering	4
2.	INDLEDNING	5
2.1	Baggrund og formål med puljen	5
2.2	Evalueringsfokus	8
2.3	Datagrundlag	9
2.4	Læsevejledning	10
3.	KOMPETENCEUDVIKLING I ALKOHOLBEHANDLINGEN	11
3.1	Resultater fra projektføreløbet	12
3.2	Forudsætninger for en vellykket kompetenceudvikling	15
3.3	Forankring af kompetenceudviklingen	17
4.	TIDLIG OPSPORING I ALKOHOLBEHANDLINGEN	19
4.1	Resultater fra projektføreløbet	20
4.2	Forudsætninger for at lykkes med implementering af tidlig opsporing	23
4.3	Forankring af tidlig opsporing	25
5.	ORGANISATORISK OMSTILLING TIL FAMILIEORIENTERET ALKOHOLBEHANDLING	27
5.1	Resultater fra projektføreløbet	28
5.2	Forudsætninger for at lykkes med omstillingen til familieorienteret alkoholbehandling	36
5.3	Forankring af familieorienteret alkoholbehandling fremadrettet	39
6.	KONKLUSION OG LÆRINGS-PUNKTER	42
6.1	Kompetenceudvikling kræver, at ny viden omsættes og forankres i alkoholbehandlingen	42
6.2	Behov for tydelig forventningsafstemning om kursernes indhold og målgruppe	42
6.3	Tidlig opsporing kræver viden og handleanvisninger til at bryde tabuet	42
6.4	Samarbejde mellem alkohol- og familiebehandling understøtter omstilling til familieorienteret alkoholbehandling	43
6.5	Forankring kræver politisk og ledelsesmæssig opbakning	44
6.6	Perspektiver på implementering og organisatorisk omstilling	44

BILAG

Bilag 1 - Datagrundlag og metode

1. RESUMÉ

Med det sundhedspolitiske udspil "Mere borger, mindre patient – Et stærkt fælles sundhedsvæsen"¹ er der afsat 56 mio. kr. i perioden 2014-2016 til at styrke kommunernes indsats på alkoholområdet gennem systematisk tidlig opsporing og kvalificeret alkoholbehandling med særligt fokus på den familieorienterede alkoholbehandling. Med Puljen til familieorienteret alkoholbehandling har Sundhedsstyrelsen støttet kommunerne med midler til en eller flere af følgende tiltag:

- Udvikling af alkoholbehandlerens kompetencer til at arbejde familieorienteret
- Udvikling af frontpersonalets kompetencer til tidlig opsporing af familier med alkoholmisbrug
- En koordinator, konsulent eller lignende, som kan understøtte den organisatoriske omstilling til familieorienteret alkoholbehandling.

Der indgår 59 kommuner i puljen, hvoraf flere er gået sammen, så der i alt er 31 projekter i puljen. Rambøll Management Consulting har gennemført evalueringen af puljen for Sundhedsstyrelsen. Formålet med evalueringen er at samle den tværgående læring fra kommunernes implementering og pege på de gode erfaringer og læringspunkter, som andre kommuner og alkoholbehandlingssenheder vil kunne lade sig inspirere af i en fremtidig udvikling af tidlig opsporing og omstilling til familieorienteret alkoholbehandling.

1.1 Kompetenceudvikling i alkoholbehandlingen

Der er gennemført kompetenceudvikling for alkoholbehandlerstaben og 243 alkoholbehandlere er samlet set blevet kompetenceudviklet. Kompetenceudviklingen har især bestået af kurser med fokus på en familieorienteret tilgang til alkoholbehandlingen, hvilket har været med til at styrke alkoholbehandlerne i at inddrage familien i alkoholbehandlingen. Evalueringen viste, at alkoholbehandlerne samlet set har opnået nye kompetencer i den familieorienterede tilgang, men at det kræver vedholdende fokus og understøttelse af, at kompetencerne omsættes i praksis, hvis der skal ske et skifte fra et individorienteret til et familieorienteret fokus i alkoholbehandlingen. For at sikre implementering og forankring af de nye kompetencer, er det vigtigt, at medarbejderne hurtigst muligt tager den nye viden i brug i praksis. Desuden kræver forankring og spredning af viden i organisationen at der sker en vidensdeling gennem teammøder, sparring, sidemandsoplæring og supervision. Evalueringen viser, at når alkohol- og familiebehandlere deltager på samme kursus, er det med til at give dem et fælles sprog, som styrker indsatsen over for familierne. Kommunerne har oplevet administrative barrierer i forhold til opkvalificeringsforløbene. Et læringspunkt fremadrettet er således at tilrettelægge kursusforløbene, så de fungerer som sammenhængende forløb for de enkelte alkoholbehandlingssenheder og at målgruppen for kurserne er ekspliciteret, så kurserne matcher behandlerens faglige niveau og udvikling af de kompetencer, som ledelsen af alkoholbehandlingen oplever, der er behov for.

1.2 Tidlig opsporing

I alt har kommunerne opkvalificeret 8.407 frontpersonaler i tidlig opsporing. Kommunerne har primært gennemført opkvalificeringen blandt frontpersonale, som har kontakt til børn og familier konkret på skoler, i daginstitutioner og på jobcentre. I flere af kommunerne oplever man, at opkvalificeringen i tidlig opsporing har medført en øget bevidsthed om problematikken ved at vokse op i en familie med alkoholproblemer og at alkoholbehandlerne i højere grad bliver inddraget af frontpersonalet ved bekymring og til sparring. Evalueringen viser, at frontmedarbejderne kan opleve det som en barriere at skulle tale med familier om alkoholproblematikker, selvom de har den fornødne viden. Det er derfor centralt, at frontpersonalerne får støtte til at bryde tabuet over for familier med alkoholproblematikker, hvilket kan gøres via konkrete spørgeguides og opkvalificering i samtaleteknikker.

¹ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013, Mere borger, mindre patient - Et stærkt fælles sundhedsvæsen.

1.3 Organisatorisk omstilling til familieorienteret alkoholbehandling

Evalueringen viser, at projekterne samlet set er lykkedes med at udvikle eller styrke den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen. Her er det en særlig drivkraft, hvis der i alkoholbehandlerstaben er medarbejdere, som har stærke børne- og familiefaglige kompetencer og som dermed kan understøtte det relationelle og familieorienterede fokus i alkoholbehandlingen. Endvidere viser evalueringen, at samarbejde mellem alkoholbehandlere og familiebehandlere styrker den direkte inddragelse af familien i behandlingen og giver en øget og flerfacetteret faglighed i behandlingen. Der kan dog være lovgivningsmæssige forskelle og kulturelle og organisatoriske barrierer mellem disse to områder. Det er centralt at afdække og håndtere disse, så eventuelle barrierer minimeres, når der oprettes familieorienterede alkoholbehandlingstilbud i et samarbejde mellem alkoholbehandling og familiebehandling.

1.4 Perspektiver på implementering

For at imødekomme den store interesse fra kommunerne og sikre den størst mulige udbredelse af en familieorienteret tilgang til alkoholbehandling har Sundhedsstyrelsen valgt at tildele alle ansøgere til puljen midler. Erfaringerne fra puljen til familieorienteret alkoholbehandling viser, at kommunerne overordnet har været tilfredse med muligheden for at gennemføre en kompetenceudvikling i alkoholbehandlerstaben, men at den brede tilgang til udmøntningen af puljen har betydet, at flere af projekterne har nedskaleret forventningerne og ambitionerne i forhold til det omstillings- og implementeringsprojekt, som de havde ansøgt om. I det fremadrettede arbejde med at implementere en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen kan der med fordel lægges vægt på, hvordan Sundhedsstyrelsen kan understøtte den organisatoriske understøttelse af implementeringen, som er central for at lykkes med at forankre og sprede nye kompetencer.

2. INDLEDNING

Sundhedsstyrelsen estimerer, at cirka 585.000 danskere har et skadeligt alkoholforbrug, mens cirka 140.000 danskere er afhængige af alkohol². Alkoholrelaterede problemer rammer langt fra kun den enkelte borger, de pårørende rammes også hårdt. Et højt alkoholforbrug øger risikoen for vold og ulykker i hjemmet³, og nyeste dansk forskning viser, at børn, der vokser op i familier med alkoholproblemer, har markant forhøjet risiko for mistrivsel, selvskade og selvmordsforsøg⁴. Det vurderes, at der i Danmark er ca. 120.000 børn, der vokser op i familier med alkoholproblemer⁵.

På trods af det store antal borgere med et skadeligt alkoholforbrug, og de store konsekvenser det medfører, var der i 2013 kun ca. 15.000 borgere, som var i offentligt betalt alkoholbehandling, og 20.500, der modtog medicinsk behandling for deres alkoholforbrug⁶. Der er således en markant underbehandling af borgere med et skadeligt alkoholforbrug. Denne underbehandling har som konsekvens, at mange familier lider og tager skade som følge af ubehandlede alkoholproblemer i familien, hvor det er svært at give den rette hjælp i tide. Det skyldes blandt andet, at alkoholproblemer i familien ofte defineres af "den, der drikker"; at indsatser til familien med alkoholproblemer ofte er afhængig af erkendelse og behov hos "den, der drikker", og at behandlingen af hhv. alkoholproblemet og familiens behov er adskilt sektorielt i kommunerne. En måde at imødekomme dette problem er ved at inddrage familien og de pårørende i alkoholbehandlingen uafhængigt af den drikkende, således at også familien og de pårørende kan iværksætte forandring og behandling i forhold til alkoholproblemerne i familien.

2.1 Baggrund og formål med puljen

Med det sundhedspolitiske udspil "Mere borger, mindre patient – Et stærkt fælles sundhedsvæsen"⁷ er der afsat 56 mio. kr. i perioden 2014-2016 til at styrke kommunernes indsats på alkoholområdet gennem systematisk tidlig opsporing og kvalificeret alkoholbehandling med særligt fokus på den familieorienterede alkoholbehandling. Ifølge Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for alkoholbehandling bør personer i alkoholbehandling, som har familie, tilbydes familieorienteret alkoholbehandling⁸. I den kliniske retningslinje fremgår det, at familieorienteret alkoholbehandling bygger på en forståelse, hvor hele familien tænkes at være berørt af alkoholproblemet og involveret i alkoholproblemet og at familien derfor også skal indgå i de forandringer og løsninger, der skal til for at lykkes med behandlingen af alkoholproblemet.

² Sundhedsstyrelsens seneste skøn er fra 2008, Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, Alkoholstatistik 2015 – Nationale Data.

³ Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, Alkoholstatistik 2015 – Nationale Data.

⁴ Pisinger, Hawton og Tholstrup (2017) "Self-injury and suicide behavior among young people with perceived parental alcohol problems in Denmark: a school-based survey", in *Eur Child Adolesc Psychiatry*.

⁵ <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/alkohol/boernefamilier>

⁶ Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, Alkoholstatistik 2015 – Nationale Data.

⁷ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013, Mere borger, mindre patient - Et stærkt fælles sundhedsvæsen.

⁸ *National klinisk retningslinje for behandling af alkoholfafhængighed*, 2015, Sundhedsstyrelsen.

Definition af familieorienteret alkoholbehandling i evalueringen

I evalueringen er der brugt en bred definition af familieorienteret alkoholbehandling, hvor familien forstås som de familiære relationer, der kan være berørt af alkoholproblemet. Familieorienteret alkoholbehandling er indsats, der retter sig mod den samlede familie, herunder den drikkende, ægtefælle/partner, børn og andre relevante familiemedlemmer. Familieorienteret alkoholbehandling kan rettes mod den samlede familie og/eller mod kombinationer af udvalgte medlemmer af familien. Familieorienteret alkoholbehandling kan også gennemføres med flere familier samlet.

Alkoholbehandlingen er familieorienteret, når hensigten er at støtte familien med at bearbejde de rusmiddelrelaterede problemer og med at opbygge nye konstruktive samværsmønstre. I evalueringen kan familieorienteret alkoholbehandling således både være individuel behandling af den drikkende, hvor familierelationer, dynamikker og mønstre behandles, og tilbud til pårørende om at bearbejde følgerne af alkoholproblemer, selvom den drikkende ikke er i alkoholbehandling. På den måde kan familien både inddrages direkte og indirekte i et familieorienteret alkoholbehandlingsforløb.

Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden i den nationale kliniske retningslinje for alkoholbehandling, at pårørende til alkoholafhængige tilbydes rådgivning og vejledning. Dels fordi der er evidens for, at rådgivning af den pårørende øger sandsynligheden for, at den drikkende starter i behandling, og fordi det kan øge de pårørendes trivsel at få vejledning til at håndtere alkoholproblematikken i familien.

Hensigten med puljen til familieorienteret alkoholbehandling er, på baggrund af den evidensbaserede viden i den kliniske retningslinje og udviklingsarbejdet i tidligere satspuljer, at understøtte kompetenceudvikling i den kommunale alkoholbehandling. Dermed gives kommunerne mulighed for at implementere den familieorienterede behandling og systematisk fokus på kvalitetsudvikling. Der er således ikke tale om et udviklingsprojekt, der afsluttes efter endt projektførelse, men i stedet om støtte til at sikre implementeringen af et samtidigt fokus på tidlig opsporing og kvalitetsudvikling i alkoholbehandlingen, herunder et skifte fra en individuel tilgang til en familieorienteret tilgang til alkoholbehandling. Sundhedsstyrelsen har støttet kommunerne med midler til en eller flere af følgende tiltag:

- Udvikling af alkoholbehandlernes kompetencer til at arbejde familieorienteret
- Udvikling af frontpersonalets kompetencer til tidlig opsporing af familier med alkoholmisbrug
- En koordinator, konsulent eller lignende, som kan understøtte den organisatoriske omstilling til familieorienteret alkoholbehandling.

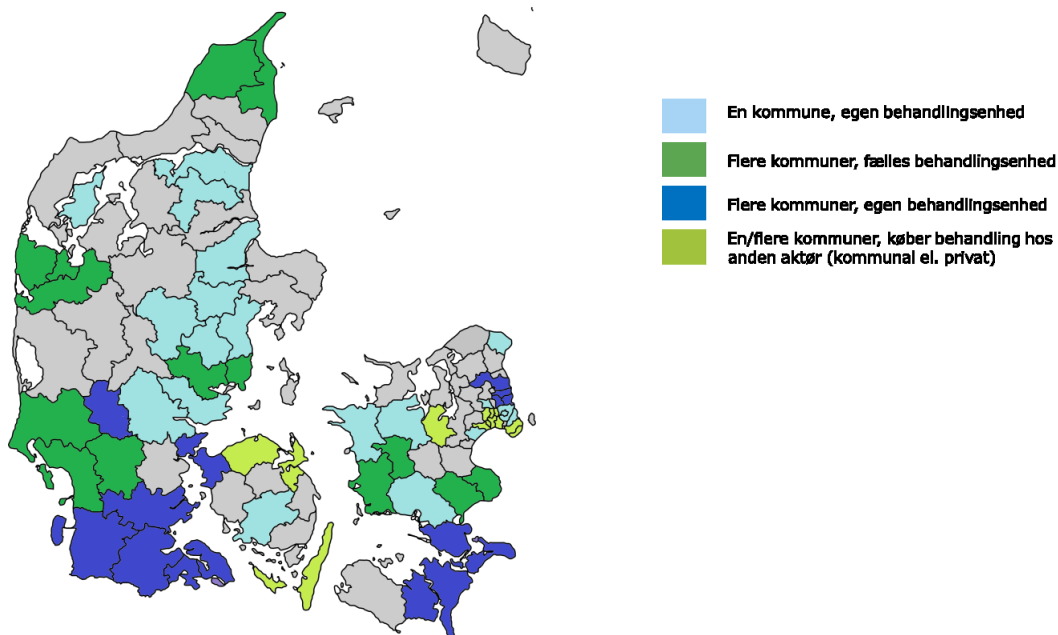
Konkret har Sundhedsstyrelsen udbudt en række kursuspladser til de deltagende kommuner for at styrke tidlig opsporing, alkoholbehandlernes kompetencer og omstillingen til en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen⁹. Det er Center for Offentlig kompetenceudvikling (COK), der har varetaget kurserne.

For at imødekomme den store interesse fra kommunerne og sikre den størst mulige udbredelse af en familieorienteret tilgang til alkoholbehandling har Sundhedsstyrelsen valgt at tildele alle ansøgere midler. Der er således 59 kommuner, som indgår i puljen. Det har været en del af formålet, at kommunerne kunne søge midler sammen til at styrke alkoholbehandlingsindsatsen på tværs af kommunerne med henblik på at øge kapaciteten i alkoholbehandlingen. Der indgår i alt 38 alkoholbehandlingsenheder i puljen, hvor nogle er gået sammen om projektet, og der er derfor i alt 31 projekter i puljen.

⁹Se COK's kursuskatalog i forbindelse med puljen her: <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2014/~//media/CE8137394A99414D95B43CFCF578A8F7.ashx>

Figuren nedenfor viser en oversigt over de 59 kommuner, der har indgået i puljen. Nogle af kommunerne i puljen er fælles om et projekt, enten fordi de i forvejen har en fælles alkoholbehandlingsenhed eller fordi de med hver deres kommunale behandlingsenhed har ønsket at indgå i et samarbejde om en fælles kvalitetsudvikling i alkoholbehandlingen. Enkelte kommuner i puljen køber alkoholbehandling hos en anden (kommunal eller privat) aktør. Figuren viser derfor, hvilke kommuner der indgår i puljen og hvordan projektkommunernes alkoholbehandlingsenheder har indgået i projektet.

Figur 2-1: Oversigt over kommuner og alkoholbehandlingsenheder i projekterne



2.2 Evalueringens fokus

Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) har gennemført evalueringen af puljen for Sundhedsstyrelsen. Formålet med evalueringen er at samle den tværgående læring fra kommunernes implementering og pege på de gode erfaringer og læringspunkter, som andre kommuner og alkoholbehandlingsenheder vil kunne lade sig inspirere af i en fremtidig udvikling af tidlig opsporing og omstilling til familieorienteret alkoholbehandling. Evalueringen er derfor tilrettelagt som en implementerings- og procesevaluering, som undersøger, hvilke drivkræfter og barrierer der har været ved implementeringen, hvilke resultater der er kommet ud af implementeringen og hvilke virkninger denne implementering har haft for organisationen og i sidste ende borgerne. Evalueringen har ikke fulgt de direkte, borgerrettede resultater i alkoholbehandlingen.

Formålet med puljen har været bredt set at implementere nye kompetencer og en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen. Implementeringsvidenskaben viser, at selvom aktuelt bedste viden inden for et område er defineret og velbeskrevet, fx den positive betydning af en familieorienteret tilgang i alkoholbehandling, kræver det stadig en særskilt indsats at omsætte denne viden til praksis. For at skabe forandringer i praksis er det oftest ikke nok at sprede information eller viden, hvad der i implementeringsteorien ville blive betegnet som en tilgang med meget få implementeringsunderstøttende aktiviteter, en såkaldt *letting it happen*-tilgang, jf. figuren nedenfor. Der er også behov for, at praktikerne støttes i at fortolke denne viden (*helping it happen*) og understøttes i at omsætte denne viden til nye rutiner og arbejdsgange (*making it happen*). I evalueringen bruger vi denne forståelsesramme, når vi beskriver og vurderer, hvorvidt og hvordan implementeringen er lykkedes efter intentionen med puljen.

Figur 2-2: Implementeringstilgange



Kilde: Rambøll Management Consulting, 2017, *Nye tilgange til implementering af policy*

2.3 Datagrundlag

Tabellen nedenfor viser evalueringens datakilder. Evalueringens datagrundlag og metode er beskrevet mere uddybet i bilag 1.

Datakilde	Uddybning	Tidspunkt
Survey blandt projektkoordinatorer ¹⁰ (n=31)	Projektkoordinatorerne har besvaret et spørgeskema om udviklingen af alkoholbehandlingen i projektet.	<ul style="list-style-type: none">• Ved projektets opstart (juli 2015)• Midtvejs (juni 2016)• Afslutningsvist (januar 2017).
Selvevalueringer blandt projektkoordinatorer	Projektkoordinatorerne har udarbejdet en selvevaluering, hvor projektkoordinatoren beskriver projektets status og fremdrift på baggrund af en række spørgsmål fra Rambøll. Hver selvevaluering er blevet fulgt op af et uddybende telefoninterview.	<ul style="list-style-type: none">• Midtvejs (juni 2016)• Afslutningsvist (april-maj 2017).
Casebesøg (seks projekter)	Der er gennemført casebesøg i seks udvalgte projekter, hvor der er foretaget kvalitative interviews med: <ul style="list-style-type: none">✓ Ledelse i alkoholbehandlingen✓ Ledelse i øvrige familiebehandlingstilbud og samarbejdspartnere✓ Alkoholbehandlere og evt. nøglepersoner✓ Udvalgte frontpersonale, som er blevet opkvalificeret i tidlig opsporing.	<ul style="list-style-type: none">• Afslutningsvist (april-maj 2017).
Interviews med familier	Rambøll har samarbejdet med Cand.psyk. og Ph.d. Helle Lindgaard, som har gennemført interviews med familier, der har indgået i familieorienteret alkoholbehandling i nogle af de udvalgte casekommuner.	<ul style="list-style-type: none">• Afslutningsvist (april-maj 2017).

¹⁰ Det er ikke alle projekter, der har fået midler til en koordinator, konsulent eller lignende, som kan understøtte den organisatoriske omstilling til familieorienteret alkoholbehandling. Alle projekter har dog udpeget en *projektkoordinator*, som har fungeret som kontaktperson i forhold til evalueringen. I nogle projekter er dette således lederen i fx alkoholbehandlingen, hvor det i andre projekter er en projektleder på projektet.

2.4 Læsevejledning

Udover resumé og indledning består rapporten af følgende kapitler:

Kapitel 3 beskriver erfaringerne med kompetenceudviklingen i alkoholbehandlingen. Første afsnit handler om de projektspecifikke resultater. Andet afsnit handler om de centrale forudsætninger for at lykkes med kompetenceudviklingen, som andre kommuner kan lade sig inspirere af. Tredje afsnit handler om perspektiverne for den fremadrettede forankring af kompetencerne i alkoholbehandlingen.

Kapitel 4 beskriver erfaringerne med at opkvalificere frontpersonale til at varetage tidlig opsporing af familier med alkoholproblemer. Første afsnit handler om de projektspecifikke resultater. Andet afsnit handler om de centrale forudsætninger for at lykkes med tidlig opsporing, som andre kommuner kan lade sig inspirere af. Tredje afsnit handler om perspektiverne for den fremadrettede forankring af tidlig opsporing.

Kapitel 5 beskriver erfaringerne med omstillingen til en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen. Første afsnit handler om de projektspecifikke resultater. Andet afsnit handler om de centrale forudsætninger for at lykkes med denne omstilling, som andre kommuner kan lade sig inspirere af. Tredje afsnit handler om perspektiverne for den fremadrettede forankring af familieorienteret alkoholbehandling.

Kapitel 6 er konklusionen på baggrund af rapportens hovedresultater og de fremadrettede læringspunkter, som kan fremdrages på baggrund af evalueringen.

3. KOMPETENCEUDVIKLING I ALKOHOLBEHANDLINGEN

I dette kapitel beskriver vi, hvordan kommunerne har arbejdet med at kompetenceudvikle medarbejderne i alkoholbehandlingen. Et af formålene med puljen er netop at styrke kapaciteten i alkoholbehandlingen med et højere og mere ensartet kvalitetsniveau. Sigtet er konkret at øge kompetencerne blandt alkoholbehandlerne, så de i tilstrækkelig grad i behandlingen kan håndtere de forskellige sociale, psykiske og fysiske problematikker, der følger med et skadeligt forbrug af alkohol.

Vi ser først på, hvilke resultater projektføløbet har medført i projektkommunerne i henhold til kompetenceudviklingen, og dernæst beskriver vi erfaringerne med implementeringen og forankringen af kompetencerne i alkoholbehandlingen og forudsætningerne for at lykkes med dette.

Boks 3-1: De centrale konklusioner i kapitlet

- Projekterne har gennemført kompetenceudvikling for alkoholbehandlerstaben og 243 alkoholbehandlere er blevet kompetenceudviklet.
- Kompetenceudviklingen har især været kurser med fokus på en familieorienteret tilgang til alkoholbehandlingen.
- Projektkoordinatorerne og alkoholbehandlerne oplever, at der er kommet et styrket familiefokus via opkvalificeringen.
- Når alkohol- og familiebehandlere deltager på samme kursus, er det med til at give dem et fælles sprog, som styrker indsatsen over for familierne.
- Kompetenceudviklingen har været med til at nedbryde forestillinger og bekymringer om det at bringe familierne og børnene ind i behandlingen.
- For at sikre implementering og forankring af de nye kompetencer, er det vigtigt, at medarbejderne hurtigst muligt tager dem i brug i praksis.
- Forankring og spredning af viden i organisationen kræver vidensdeling gennem teammøder, sparring, sidemandsoplæring og supervision.
- Fremtidige projektføløb med fokus på kompetenceudvikling kan med fordel fokusere på at skabe en tydelighed om målgruppen for kompetenceudviklingen, hvilke forudsætninger kurserne kræver, samt formålet med og niveauet på kurserne.

3.1 Resultater fra projektføreløbet

I dette afsnit går vi i dybden med resultaterne fra projektføreløbet. Dette baserer sig primært på projektkoordinatorernes selvevalueringer og dokumentation fra de gennemførte spørgeskemaundersøgelser, mens erfaringer fra casebesøg også inddrages supplerende. Kompetenceudviklingen af alkoholbehandlere er sket ud fra det kursusudbud, som fremgår af boksen nedenfor.

Figur 3-1: Kursusudbud i puljen

Tidlig opsporing af alkoholproblemer – hvorfor? Formålet med kurset er, at deltagerne kan formidle indsigt og kompetencer til frontpersonale i kommunernes sociale, pædagogiske og sundhedsfaglige sektor og derigennem sikre, at frontpersonale tilegner sig et øget fokus på alkoholproblematikker og kan iværksætte en tidlig indsats, når alkoholproblemer hæmmer voksne og børns trivsel. Målgruppen for kurset er alkoholbehandlere og andre relevante faggrupper, der skal undervise kommunernes frontpersonale i tidlig opsporing.

Grunduddannelse for alkoholbehandlere i offentlig ambulant alkoholbehandling. Formålet med kurset er at give nye alkoholbehandlere grundlæggende faglig viden om alkoholområdet, herunder kendskab til de nationale kliniske retningslinjer samt indsigt og træning i evidensbaserede behandlingsmetoder.

Kort grunduddannelse for erfarne alkoholbehandlere. Formålet med kurset er at give erfarne alkoholbehandlere grundlæggende indsigt i den nyeste viden på alkoholområdet, herunder kendskab til de nationale kliniske retningslinjer samt træning i *motivational interviewing*. Det forudsættes, at man på forhånd har basalt kendskab til alkoholbehandling.

Metoder i familieorienteret alkoholbehandling. Formålet er at styrke alkoholbehandlernes kompetencer til at forstå og metodisk tilnærme sig et rusmiddelproblem i et familie- og børneperspektiv. Gennem forskellige faser i behandlingsforløbet vil der blive arbejdet med forskellige metodiske tilgange, så barnets situation i familien bliver afdækket og vurderet i forhold til støtte og hjælpetiltag. Forældrene får hjælp til at styrke deres forældrekompetencer og behandlere får kompetencer til at gennemføre aflastende samtaler med børn og forældre om de rusrelaterede samspilsmønstre. Målgruppen for kurset er alkohol- og familiebehandlere.

Kursus i familieorienteret alkoholbehandling. Formålet er, at behandlere opnår kompetencer til at kunne tilbyde behandling uanset, hvilket familiemedlem der søger behandling. Samlet har kurset til formål, at behandlere opnår viden om de relevante teorier og veldokumenterede metoder, så de kan arbejde videns- og praksisbaseret med par og familier med alkoholproblemer.

Kursusforløb i kognitiv adfærdsterapi ved alkoholproblemer. Formålet med kurset er at give deltagerne et solidt kendskab til og gode færdigheder i behandling af mennesker med alkoholproblemer ud fra en kognitiv referenceramme inddragende et familieorienteret perspektiv. Der lægges vægt på, at deltagerne har kendskab til den rækkefølge i og vægtning mellem de behandlingselementer, der videnskabeligt er belæg for giver resultater i praksis. Målgruppen for kurset er alkoholbehandlere, som har gennemført grunduddannelse for alkoholbehandlere eller kort grunduddannelse for erfarne alkoholbehandlere.

Kursus i dobbeltfokuseret alkoholbehandling. Formålet med kurset er at give deltagerne færdigheder i konkret at identificere kliniske markører i interfererende psykisk co-morbiditet hos det gængse klientel i det kommunale alkoholambulatorium. Deltagerne forventes efter kurset at være rustet til at identificere og screene for dobbeltbelastning, forstå dynamik mellem rus og personlighed, følge manualanvisninger og anvende et intersubjektivt valideringsprincip. Målgruppen er alkoholbehandlere, som ønsker at arbejde med behandling af personer og familier med alkoholproblemer, der ved siden af afhængigheden har en psykisk sideproblematik. Deltagerne skal have minimum tre års praktisk alkoholbehandlingserfaring og have aktuel klientkontakt.

Kilde: COK's kursuskatalog

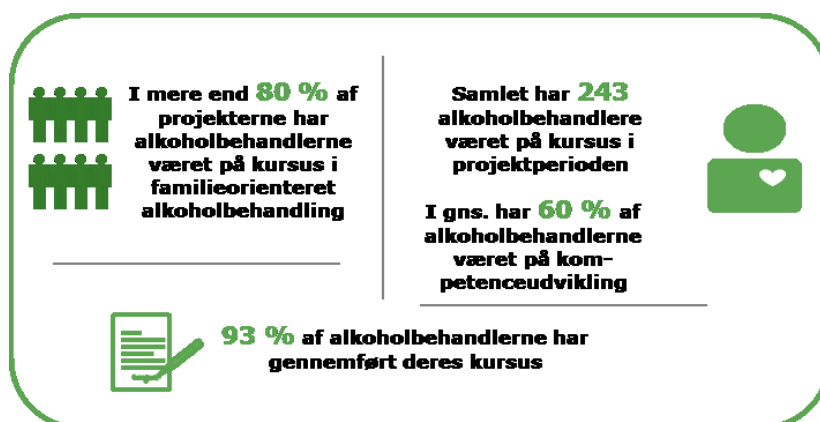
<https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2014/~media/CE8137394A99414D95B43CFCF578A8F7.ashx>

Projektkoordinatorerne har angivet, hvor mange alkoholbehandlere (unikke individer), der har været på kursus i hele projektperioden. Spørgeskemaundersøgelsen viser således, at 243 alkoholbehandlere undervejs i projektet har været på et kursus som et led i kompetenceudvikling af behandlerstaben. I ca. halvdelen af projekterne er det 70-100 pct. af alkoholbehandlerstaben, der

har deltaget på kurser. På tværs af projekterne er det i gennemsnit 60 pct. af alkoholbehandlere i de involverede alkoholbehandlingsenheder, der har deltaget i kompetenceudvikling.

Det er særligt kurserne *kursus i familieorienteret alkoholbehandling* og *metoder i familieorienteret alkoholbehandling*, som kompetenceudviklingen er sket indenfor, idet hovedparten (80 pct.) af projekterne har haft alkoholbehandlere med på disse kurser.

Der har grundlæggende været en stor vedholdenhed i kursusdeltagelsen, idet 93 pct. af behandlere har gennemført de kurser, de har deltaget i.



Hvordan er kompetenceudviklingen forløbet?

Når vi ser nærmere på kompetenceudviklingen, viser undersøgelsen, at de fleste projektkommuner har kompetenceudviklet deres medarbejdere¹¹. I selvevalueringerne fortæller hovedparten af projektkoordinatorerne, at de har haft positive oplevelser med medarbejdernes kursusdeltagelse.

Tabellen herunder viser fordelingen af projektkoordinatorer, der angiver at have haft alkoholbehandlere på de forskellige kurser. Som nævnt ovenfor, er det særligt kurser i familieorienteret alkoholbehandling, behandlere har deltaget i.

Tablet 3-1: Oversigt over kurser, som kommunernes alkoholbehandlere har været på, på tværs af projektkommuner (andel i pct.)

		Start		Afslutning	
Kursus i familieorienteret alkoholbehandling	20	65 pct.	26	83 pct.	
Metoder i familieorienteret alkoholbehandling	15	48 pct.	25	81 pct.	
Tidlig opsporing af alkoholproblemer – hvorfor?	15	48 pct.	19	61 pct.	
Grunduddannelse for alkoholbehandlere i offentlig ambulant alkoholbehandling	16	52 pct.	19	61 pct.	
Kursus i dobbeltfokuseret alkoholbehandling	14	45 pct.	17	55 pct.	
Kursusforløb i kognitiv adfærdsterapi ved alkoholproblemer	7	23 pct.	17	55 pct.	
Kort grunduddannelse for erfarne alkoholbehandlere	9	29 pct.	16	51 pct.	
Ingen alkoholbehandlere har været på kursus	4	13 pct.	3	10 pct.	

Anm: N=31.

Kilde: Survey til projektkoordinatorer.

Grundlæggende viser resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, at kommunerne har tilmeldt deres alkoholbehandlere flere forskellige kurser som led i kompetenceudviklingen. Tabellen ovenfor viser, at 20 ud af 31 projektkoordinatorer (65 pct.) angiver, at de har haft alkoholbehandlere på *Kursus i familieorienteret alkoholbehandling* i starten af projektperioden (første spørgeskema er besvaret juni 2015, hvor projekterne har fået midler fra januar 2015) og at 26 ud af 31 (dvs. 83 pct.) af projektkoordinatorerne angiver, at de har haft alkoholbehandlere på dette kursus ved projektets afslutning (dvs. januar 2017).

¹¹ Tre af projekterne har ikke haft alkoholbehandlere på kursus. Det skyldes typisk, at projektet har haft fokus på tidlig opsporing og fx ikke har egen alkoholbehandlingsenhed i kommunen.

Foruden de 243 alkoholbehandlere, som i projektforsløbet har været på minimum et af de ovennævnte kurser, viser spørgeskemaundersøgelsen også, at 116 familiebehandlere har været på et eller flere af de samme kurser¹². I de gennemførte selvevalueringer, der giver en mere dybdegående forståelse bag tallene, beskriver projektkoordinatorerne, at kursisterne i de fleste tilfælde har været tilfredse med kursernes indhold og kvaliteten af de forskellige kurser. På de gennemførte casebesøg beskriver alkoholbehandlere og familiebehandlere kurserne som spændende, inspirerende og relevante for praksis.

På tværs af selvevalueringer og casestudiet fremhæver ledere og projektkoordinatorer i kommunerne, at de har oplevet vanskeligheder ift. kursustilmeldingen, der har været præget af manglende gennemsigthed i tilmeldingsproceduren, herunder i forhold til forudsætninger for deltagelse (dette beskrives yderligere under forudsætninger for en vellykket kompetenceudvikling).

Borgernes oplevelse af kompetencerne i alkoholbehandlingen

Ved de gennemførte familieinterviews kan undersøgelsen yderligere vise, hvordan borgerne oplever alkoholbehandlingen, efter behandlere har været igennem en kompetenceudvikling. Som uddybet i boksen herunder, er det vigtigt at have in mente, at de udvalgte familier ikke forventes at afspejle oplevelserne for alle familier, der har været i behandling undervejs i projektforsløbet. Dertil skal det pointeres, at de fremhævede oplevelser ikke nødvendigvis er et direkte resultat af kompetenceudviklingen, da familierne med stor sandsynlighed ikke har mulighed for at sammenligne med, hvordan behandlingen var før opkvalificeringen. Familiernes oplevelser er således blot et perspektiv på deres oplevelse af alkoholbehandlernes kompetencer i det forløb, de har indgået i.

Boks 3-2: Forbehold ved udvælgelse af familier

Analysen af borgernes oplevelser med alkoholbehandlingen baserer sig på de enkelte dybdegående interviews, der er gennemført med familier. Familierne er ikke udvalgt tilfældigt eller med et sigte på at skabe den mest repræsentative sammensætning af familier. Da alkoholbehandlingen er et sårbart emne for familierne, har udvælgelsen været pragmatisk ud fra, hvilke familier der ønskede at deltage. Selve udvælgelsen har de enkelte projektkommuner forestået, og de udvalgte familier kan derfor dels være præget af et lavere alkoholforbrug, og dels være positivt stemt overfor behandlingen. Derfor skal vurderinger baseret på familieinterviews ikke ses som et generelt billede for alle familier.

Der tegner sig et billede af, at familierne fra de gennemførte familieinterviews har haft en positiv oplevelse af behandlernes kompetencer. En del af borgene fortæller, at de oplever, at behandlere er i stand til at skabe de trygge rammer, som er nødvendige for, at familierne tør åbne sig. I den sammenhæng beskriver et fraskilt par, som har deltaget i behandling sammen, at de trygge rammer gør det muligt for deltagerne at fortælle om deres erfaringer og dele deres tanker om alkoholforbruget og samspillet i familien. En anden borger fortæller tilsvarende: *”Vi taler om både tanker og følelser, det gør hun [behandleren] altså rigtig godt. Jeg er 10 kg lettere, og jeg har nye idéer med hjem hver gang”*.

Hovedparten af de interviewede familier, herunder både den drikkende og den pårørende, fortæller, at de oplever behandlere fremstår engagerede og fagligt kompetente til at varetage behandlingen. På tværs af projekterne har projektkoordinatorerne fremhævet, at kompetenceudvik-

”Det er menneskeligt, i øjenhøjde og ligeværdigt. Det er ikke klinisk, men meget professionelt. Autentisk, hjerteligt. Fagligt kompetent.”

- Pårørende

¹² Familiebehandling er en foranstaltning, som kan gives efter servicelovens § 52 og som har til formål at afhjælpe problemer i en familie. Familiebehandlere har således typisk kompetencerne til at arbejde med familiens dynamik og samspil for at afhjælpe problemerne i en familie. Det har derfor været et formål for nogle af projekterne i puljen til familieorienteret alkoholbehandling at styrke samarbejdet mellem alkoholbehandlingen og familiebehandlingen i kommunen.

lingen er central for at klæde alkoholbehandlerne på til at inddrage det familieorienterede perspektiv i alkoholbehandlingen. Det bliver samtidig fremhævet, at opkvalificeringen virker stærkest, når den hurtigt omsættes i praksis, så alkoholbehandlerne løbende bliver mere trygge i at bringe emnet omkring familieinddragelse på banen.

I kapitel 4 sætter vi yderligere fokus på, hvordan familierne har oplevet nogle af de elementer i behandlingen, som er centrale i en familieorienteret tilgang, fx at barnets situation bliver afdækket og vurderet, at forældrene får hjælp til deres forældrekompetencer og at børnene bliver aflastet enten via direkte aflastende samtaler eller indirekte via samtalerne med forældrene om alkoholens indvirkning på familiedynamikken.

Det organisatoriske udbytte af kompetenceudviklingen

Medarbejderne på de gennemførte casebesøg oplever, at den fælles opkvalificering både styrker samarbejdet internt i alkoholbehandlingen og samarbejdet med familiebehandlingen. Det samme fortæller en stor del af projektkoordinatorerne i selvevalueringerne, og nogle koordinatorene omtaler et styrket samarbejdsforum, der skaber plads til videndeling. Det styrkede samarbejde har samtidig medført et fælles fagligt fundament, der er med til at sikre en mere ensartet og målrettet behandling af familier.

Foruden det forbedrede samarbejde har kompetenceudviklingen betydet et nyt eller styrket familieperspektiv i behandlingen. De projektkommuner, som havde sparsom erfaring med at arbejde familieorienteret, peger på, at kompetenceudviklingen har betydet, at perspektivet er blevet implementeret i alkoholbehandlingen. For de kommuner, der i forvejen arbejdede familieorienteret, har kompetenceudviklingen været med til at styrke perspektivet i alkoholbehandlingen yderligere. Generelt oplever hovedparten af projektkoordinatorerne, at kommunerne på tværs har fået et styrket fokus på familieorienteret behandling. Det betyder for mange projektkommuner, at alle behandlere nu har et familiefokus. Dette gælder også behandlere, som ikke til dagligt arbejder i familieteamet, der nu har fået nogle metoder til at inddrage familieperspektivet i de individuelle samtaler. Projektkoordinatorerne fremhæver blandt andet, at kompetenceudviklingen har været med til at afmystificere det at bringe familierne og børnene ind i behandlingen. I kapitel 4 uddybes den organisatoriske omstilling til familieorienteret alkoholbehandling nærmere.

3.2 Forudsætninger for en vellykket kompetenceudvikling

Herunder gennemgår vi de drivkræfter og barrierer, som projektkommunerne har oplevet i kompetenceudviklingen, for dermed at kunne opridse en række vigtige læringspunkter, der kan støtte andre kommuner i at implementere den tidlige opsporing i deres praksis.

Kurser med fokus på praksis løfter kompetencer

En del projektkoordinatorerne fortæller, at de afholdte kurser har været til at udvikle behandlerne. Koordinatorer fremhæver blandt andet, at kurserne i familieorienteret alkoholbehandling og kognitiv behandling har givet et generelt kompetenceløft i behandlerstaben. På de gennemførte casebesøg giver flere medarbejdere ligeledes udtryk for, at de har lært nye og brugbare metoder, og dertil har kurserne givet et bud på, hvordan temaerne kan implementeres rent organisatorisk i kommunerne.

Generelt er oplevelsen blandt flere projektkoordinatorer, at når kurserne kobler sig tæt til praksis, giver de et vigtigt udbytte til medarbejdernes behandlerkompetencer. Et vigtigt læringspunkt er her, at overførbare til praksis, i følge medarbejderne, kan styrkes gennem konkrete praksiseksempler, øvelser med rollespil, oplæg og gruppearbejde. Dette understreger, at kursusforløbene med fordel kan tilrettelægges ud fra en *Helping it happen*-tilgang til implementering, hvor praktikerne understøttes i at fortolke og omsætte den nye viden til deres egen kontekst. Yderligere nævner nogle, at kurserne har givet mulighed for netværksdannelse og sparring på tværs af studiegrupper.

I kontrast til de positive oplevelser har nogle projektkommuner i lavere grad været tilfredse med kursernes tilrettelæggelse. Nogle projektkoordinatorer fremhæver, at der ikke har været nok fokus på, hvordan den nye viden kunne anvendes af frontpersonalet. Eksempelvis efterspørger nogle koordinatore mere opmærksomhed på konkrete teknikker, der kan hjælpe frontpersonalet i deres dialog med borgeren i den tidlige opsporing.

På tværs af selvevalueringer og casebesøg fremhæver behandlere og projektkoordinatorer dog, at kurset i tidlig opsporing i mindre grad klædte nøglepersonerne på til at undervise andre, som deltagere ellers havde forventet. Flere nøglepersoner fortæller i casestudiet, at de har savnet kompetencer til at undervise frontpersonalet efterfølgende, fordi temaer omkring formidling og strukturering af undervisningsforløb ikke var et kursuslement. Nøglepersonerne peger på, at de efterfølgende har brugt mange ressourcer på at udarbejde oplæg, som de ikke følte sig tilstrækkelig rustet til. Samlet peger erfaringerne mod, at det kan være en barriere for kompetenceudviklingen, hvis kurserne ikke er tilstrækkeligt praksisrettede.

Manglende rettidighed og gennemskuelighed af kurser

Flere projektkommunerne har oplevet en større administrativ barriere ved deres medarbejders kursusdeltagelse. En del af projektkoordinatorerne fortæller, at planlægningen og udbuddet af kurser har virket uigennemskueligt og forvirrende. Dette kom blandt andet til udtryk i projektføreløbet ved mangel på kursuspladser og sene kursusstarter, som betød, at medarbejderne ikke blev opkvalificeret i tilstrækkelig tid. Yderligere har projektkoordinatorerne oplevet, at nogle af kurserne lå oven i hinanden, så medarbejderne måtte vælge mellem to ønskede kurser. Selvom ledere og medarbejdere fremhæver fordelene i at kunne gennemføre en massiv kompetenceudvikling, bliver det også fremhævet på tværs af kommuner, at kursernes konkrete forløb har presset den daglige drift i alkoholbehandlingen. En alkoholbehandler fortæller: *“Der har været så mange kurser på samme tid, så driften i rusmiddelbehandlingen har været presset. Så det har været stressende.”* Et fremtidigt læringspunkt er derfor, at kurserne skal planlægges som et sammenhængende forløb for kommunerne med udgangspunkt i de kompetencemæssige behov, der er i alkoholbehandlingen.

Foruden de ovennævnte problematikker i tilmeldingsprocessen, har nogle projektkommuner yderligere oplevet en manglende klarhed om, hvilket fagligt niveau og erfaring det pågældende kursus krævede af behandlerne. Hvor nogle projektkommuner har savnet et højere niveau, da de før projektet havde deltaget i kompetenceudvikling, har andre oplevet, at der var forventninger til erfaringer, som de ikke kunne honorere. En behandler fortæller: *“For os var formålet med puljen, at vi skulle etablere familieorienteret alkoholbehandling. Det lå implicit i mange af kurserne, at vi allerede arbejdede familieorienteret, men det gjorde vi ikke. Da vi startede på at tage familieuddannelse, skulle vi komme med cases ud fra vores arbejde. Så vi har virkelig skullet bygge skibet, mens vi sejlede. Der er ikke taget forbehold for, at vi ikke havde erfaring. Det har været frustrerende.”* I den sammenhæng foreslår nogle kommuner en større niveauinddeling på kurserne. Samtidig har den manglende klarhed om forventninger til niveau også betydet, at nogle familiebehandlere er blevet afvist i deres kursustilmelding, fordi de ikke har haft de fornødne kvalifikationer. Dette har sat begrænsninger for den fælles kompetenceudvikling på tværs af familiebehandling og alkoholbehandling, som ellers skulle understøtte dette samarbejde.

Læring fra kurser skal sættes i spil i praksis

For at opnå positive gevinster af kursusdeltagelsen er det ifølge flere projektkoordinatorer vigtigt, at medarbejderne sætter deres nye viden i spil i praksis. Flere koordinatore peger på, at det er vigtigt, at behandlerne hurtigst muligt kaster sig ud i at varetage det nye familieperspektiv i behandlingen, da de på måde hurtigt for opbygget nogle erfaringer og succeser, der giver dem blod på tanden til at fortsætte.

Implementeringsforskning viser, at undervisningsdage i sig selv ikke er nok til at ændre fagpersoners praksis, særligt hvis det er nye metoder eller arbejdsgange, der skal implementeres¹³. I implementeringslitteraturen bliver det fremhævet, at undervisningsdage skal suppleres af træning i praksis, feedback og supervision, dvs. en *Making it happen*-tilgang til implementering. Det er således også erfaringen fra kommunerne, at der er behov for, at ledelsen understøtter, at alkoholbehandlerne hurtigt i forlængelse af kurset tager de nye kompetencer i brug, da det kan være en stor ændring at skulle inddrage familien i alkoholbehandlingen. Projektkoordinatorerne peger på, at inddragelsen af familien øger kompleksiteten i behandlingen, og at nogle behandlere derfor kan være usikre ift. at foretage familieorienteret alkoholbehandling. Dette kan skabe en barriere for kompetenceudviklingen, der ses ved, at behandlerne bliver ved med at 'varme op' og lader mere erfarne behandlere varetage den direkte inddragelse af familien.

For at omsætte viden til praksis har projektkommunerne efter endt kursusforløb arbejdet med forskellige greb, der kan hjælpe til at implementere medarbejdernes nye kvalifikationer i det daglige behandlingsarbejde. En vigtig faktor for at overkomme barrieren ved at tale om og inddrage familien i alkoholbehandlingen er, at alkoholbehandlerne prøver det af i praksis efter opkvalificeringen og oplever, at det lykkes. En alkoholbehandler fortæller, at en succesoplevelse forstærker selvtilliden og giver motivation for at fortsætte med at prøve kræfter med den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen: *"Men når man ser, at familierne begynder at rykke, så tør man godt gøre det igen. Når man får nogle succesoplevelser med det, så bliver man ved."*

Nogle kommuner har foretaget sidemandsoplæring, mens andre har haft 'familiefokus' som fast punkt på behandlermøder. Generelt fremhæver flere projektcoordinatorer, at forankringen af det familieorienterede perspektiv er en drivkraft, når der sker en løbende sparring mellem behandlerne, som tilfældet er ved sidemandsoplæring og behandlermøder med familiefokus. Dette hjælper til implementeringen af de nye kompetencer i organisationen, da mere erfarne behandlere kan bidrage med deres viden til de mindre erfarne behandlere. Et projekt har yderligere gode erfaringer med, at en erfaren 'tovholder' står til rådighed ved ønske om sparring og vejledning og tager samtalerne med familien, hvis ikke alkoholbehandleren føler sig parat. I lighed hermed har andre projekter etableret supervision for de opkvalificerede behandlere. En problematik ved dette kan dog være, hvis supervisionen kun er forbeholdt de, som havde været på kursus, da en projektkommune har oplevet, at dette har mindsket videndelingen på tværs. Det er derfor vigtigt, at supervisionen og den faglige sparring foregår på tværs af behandlerstaben, hvis kompetenceudviklingen skal sprede sig i organisationen.

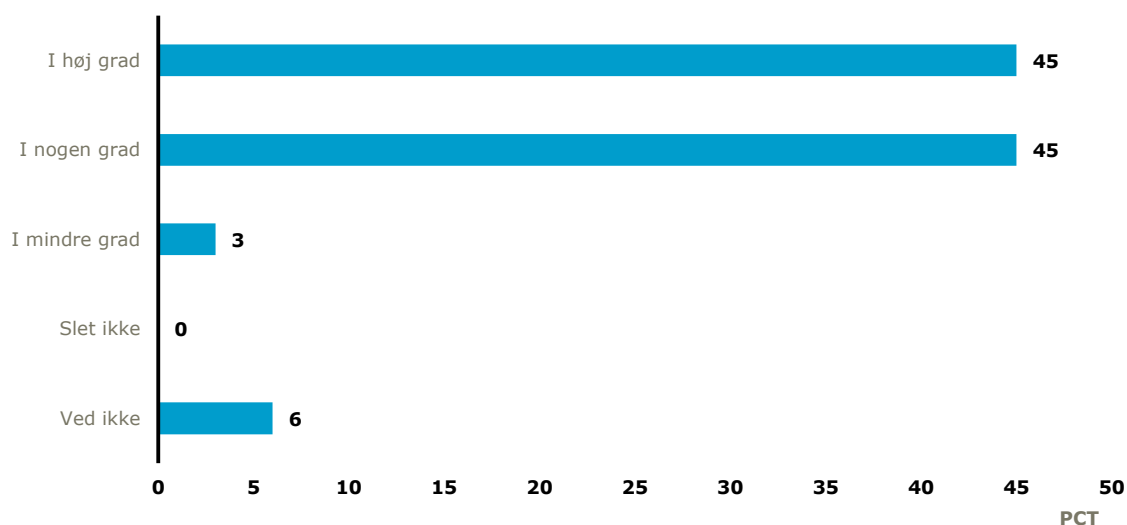
3.3 Forankring af kompetenceudviklingen

Når vi vender blikket mod den fremadrettede forankring af kompetenceudviklingen, mener hovedparten af projektcoordinatorerne, at behandlerne er blevet yderligere kvalificeret i deres arbejde. Projektkommunerne har dog også et potentiale for at udvikle sig yderligere fremadrettet. Således mener de fleste af koordinatorerne i høj grad eller nogen grad, at puljen har understøttet et fremadrettet fokus på at udvikle kvaliteten i alkoholbehandlingen, jævnfør figuren herunder.

I selvevalueringerne og de gennemførte casebesøg nævner projektkommunerne flere fokusområder for den fremadrettede udvikling. Først og fremmest vil flere kommuner fortsat have fokus på at få implementeret nogle af fokusområderne fra projektperioden, deriblandt yderligere kompetenceudvikling, og at få koordineret den systemiske tankegang med den kognitive behandling.

¹³ Fixen, D. et. Al. (2015), *Implementation Research: A Synthesis of the Implementation Literature*, University of Southern California.

Figur 3-2: Projektkoordinatorernes vurdering af, i hvilken grad puljen har understøttet et fremadrettet fokus på kvalitetsudvikling i alkoholbehandlingen



Yderligere fremhæver flere projektkommuner, at de fremadrettet vil 'øve' alkoholbehandlerne i det nye perspektiv gennem sidemandsoplæring og løbende erfaringsudveksling for at vedligeholde kompetencerne i alkoholbehandlingen. En kommune har specifikt fokus på at få alkoholbehandlerne til at tage skridtet videre og inddrage familierne direkte i behandlingen. Dertil vil flere kommuner som fokuspunkt for den fremadrettede udvikling af alkoholbehandlingen skabe mere synlighed omkring deres rusmiddelcenter. Blandt andet ønsker et projekt at afprøve at have en fremskudt medarbejder fra alkoholbehandlingen i kommunens sundhedscenter, der kan varetage rådgivningsamtaler med borgere såvel som frontpersonaler.

Enkelte projektkommuner tænker også ad andre veje i forhold til den fortsatte kompetenceudvikling. En kommune vil fremadrettet arbejde for at udvikle kvaliteten i alkoholbehandlingen gennem dobbeltfokuseret alkoholbehandling, mens en anden kommune er begyndt at arbejde med effektmålinger i alkoholbehandlingen, hvor borgeren måles på 10 udvalgte paramenter.

4. TIDLIG OPSPORING I ALKOHOLBEHANDLINGEN

I dette kapitel beskriver vi projektkommunernes arbejde med at implementere tidlig opsporing i alkoholbehandlingen. Vi beskriver dels, hvilke resultater projektførløbene har medført, dels hvilke forudsætninger kommunerne oplever som centrale for at lykkes med implementering af den tidlige opsporing.

Konkret har et formål med puljen været at opkvalificere frontpersonalet til at foretage tidlig opsporing. Med tidlig opsporing menes at gøre frontpersonalet i stand til at identificere familier med problematisk alkoholforbrug og i stand til at guide eller henvise familierne til det rette tilbud fx i form af familieorienteret alkoholbehandling. Ved frontpersonalet forstås de professioner, der er i direkte kontakt med borgerne, og som derfor spiller en central rolle i at føre den tidlige opsporing ud i livet, fx i daginstitutioner, på skoler eller på jobcentre. I den sammenhæng har et andet formål været at opkvalificere alkoholbehandlere og andre nøglepersoner i den tidlige opsporing, således at de kan varetage opkvalificeringen af frontpersonalet. På denne måde har opkvalificeringen i tidlig opsporing haft to ben.

Det har været op til det enkelte projekt at definere, hvor og hvordan de ville arbejde med tidlig opsporing, men overordnet set indebærer tidlig opsporing, at familier med alkoholproblemer identificeres og hjælpes tidligere end før. De fleste af projekterne har haft opkvalificeringen af frontpersonale og nøglepersoner som mål, ligesom flere af projekterne har haft som mål at udvikle vejledninger og guides, der kan understøtte den tidlige opsporing.

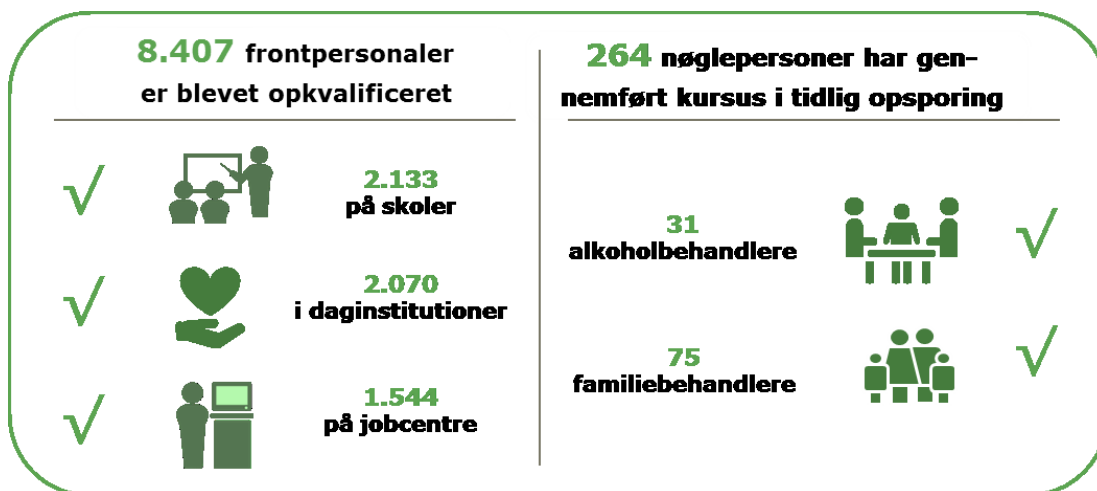
Boks 4-1: De centrale konklusioner i kapitlet

- Projektkoordinatorerne vurderer på tværs, at kommunerne i høj grad har opnået at opkvalificere frontpersonaler i tidlig opsporing, mens de i nogen grad har opnået at opkvalificere af nøglepersoner.
- Opkvalificeringen i tidlig opsporing er primært fokuseret mod frontpersonale, der har kontakt til børn og familier, konkret på skoler, i daginstitutioner og på jobcentre.
- Projektkoordinatorerne oplever, at opkvalificeringen i tidlig opsporing har medført, at alkoholbehandlere i højere grad bliver inddraget af frontpersonalet ved bekymring og til sparring.
- Projektkoordinatorerne vurderer, at den tidlige opsporingsindsats har givet en øget opmærksomhed på risikofaktorerne ved at vokse op i en familie med alkoholproblemer.
- I nogle enkelte alkoholbehandlingsenheder oplever man, at flere borgere starter i alkoholbehandlingen før, alkoholforbruget er eskaleret.
- Implementering af den tidlige opsporing kræver en vedholdende ledelsesmæssig opbakning i frontpersonalets afdelinger og institutioner, herunder at den tidlige opsporing bliver prioriteret som en opgave, og ledelsen understøtter dette med tid og ressourcer.
- Uddannelse og opkvalificering understøtter den tidlige opsporing ved at give frontmedarbejderne viden om, hvilke risikofaktorer de skal være opmærksomme på i deres arbejde.
- Udviklingen af konkrete spørgeguides og samtaleteknikker hjælper frontpersonalet til at tage samtalen med familier med alkoholproblemer – en samtale, der ellers opleves tabuiseret og grænseoverskridende.

4.1 Resultater fra projektførløbet

I det følgende beskriver vi de resultater, som kommunerne har opnået undervejs i projektførløbet i relation til opkvalificering af frontpersonale og nøglepersoner i tidlig opsporing. De fremhævede resultater baserer sig først og fremmest på spørgeskemaundersøgelser og selvevalueringer med projektkoordinatorerne, men de trækker derudover på de mere dybdegående erfaringer fra de gennemførte casebesøg.

Spørgeskemaundersøgelsen tegner overordnet et billede af, at en stor andel frontpersonale er blevet opkvalificeret i den tidlige opsporing. Nærmere bestemt har 8.407 frontpersonaler modtaget opkvalificering undervejs i projektførløbet. Når vi ser på opkvalificeringen af nøglepersoner, viser spørgeskemaundersøgelsen også, at 264 nøglepersoner har gennemført COK's kursus i tidlig opsporing for nøglepersoner. Dette tæller dels alkohol- og familiebehandlere, men også andre ansatte, som varetager nøglepersonrollen.



Opkvalificeringen er i nogen grad udbredt blandt nøglepersonerne

I de gennemførte selvevalueringer fremhæver projektkoordinatorerne, at de i nogen grad har formået at opkvalificere nøglepersoner gennem COK's kursus i tidlig opsporing. Dette er i overensstemmelse med tallene fra spørgeskemaundersøgelsen, der, som nævnt ovenfor, viser, at 264 nøglepersoner på tværs af projektkommunerne har modtaget kompetenceudvikling. Som det ses, er der blandt nøglepersonerne, som har modtaget opkvalificering i den tidlige opsporing, 31 alkoholbehandlere og 75 familiebehandlere. Det betyder også, at et større antal af de uddannede nøglepersoner hverken er familie- eller alkoholbehandlere, men i stedet hører til kategorien af 'andre' ansatte, som primært dækker over sundhedsplejersker, men også pædagoger, lærere, og jobcenterkonsulenter.

I den sammenhæng er et opmærksomhedspunkt, at når projekterne vurderer deres målopfyldelse i forhold til at opkvalificere nøglepersoner i tidlig opsporing, er der på tværs af projekterne forskellige forståelser af nøglepersonsbegrebet. I de fleste projekter er nøglepersoner karakteriseret ved at være alkohol- eller familiebehandlere, som har deltaget i COK's kursus i tidlig opsporing, og som derefter varetager undervisning af frontpersonalet. I nogle af projekterne er nøglepersoner udvalgte frontpersonaler, der har deltaget i kurset om tidlig opsporing, og som derefter underviser andre frontpersonaler. Som beskrevet ovenfor, udgør denne gruppe en relativt stor del af de personer, som samlet set har været på COK's kursu i tidlig opsporing. Yderligere kan nøglepersoner også være en eller flere frontpersonaler, som er udpeget til at varetage en koordinator- eller resourcepersons funktion i de lokale enheder. Nøglepersonerne har her enten alene eller sammen med kolleger modtaget intern undervisning i tidlig opsporing fx fra kommunens alkoholbehandlere.

Fokus på frontpersonaler med kontakt til børn og familier

I selvevalueringerne pointerer projektkoordinatorerne med få undtagelser, at der i høj grad har været en opkvalificering af frontpersonaler i tidlig opsporing. Dette afspejler spørgeskemaundersøgelsen også. Fra første måling i starten af projektforsøget til sidste måling i slutningen af forløbet har projektkommunerne tilsammen bevæget sig fra at have opkvalificeret 1.226 frontpersonaler til 8.407 frontpersonaler. Ved et nærmere blik på tabellen herunder fremgår det, at opkvalificeringen særligt er rettet mod de frontpersonaler, som har kontakt med børn og familier. Mere specifikt er halvdelen af de opkvalificerede frontpersonaler fra skoler og daginstitutioner. Opkvalificeringen har yderligere rettet sig mod sundhedsplejersker og medarbejdere i den kommunale børne- og familieafdeling, der ligeledes har daglig kontakt med børn og familier.

I selvevalueringerne fortæller projektkoordinatorerne, at det store fokus på frontpersonaler med kontakt til børn og familier er en følge af, at kommunerne selv har haft mulighed for at vurdere og prioritere, hvordan de har ønsket at foretage opkvalificeringen. Hovedparten af projekterne har i den sammenhæng prioriteret at opkvalificere frontpersonale på børneområdet, fx i skole- og dagtilbudsregi. Omkring halvdelen af projekterne har dog også valgt at opkvalificere frontpersonale på voksenområdet, hvilket særligt ses på jobcentre.

Tabel 4-1: Samlet antal frontpersonaler inden for hver ansættelsesinstitution, som har modtaget opkvalificering i tidlig opsporing af alkoholproblemer på tværs af projektkommuner

	Start	Afslutning
Daginstitutioner	151	2.070
Skoler	339	2.133
Jobcentre	75	1.544
Hjemmepleje	55	627
Sagsbehandlere i socialforvaltningen	29	947
Andre	577	1.086
Total	1.226	8.407

Anm: N=31.

Kilde: Survey til projektkoordinatorer.

Selvom spørgeskemaundersøgelsen og selvevalueringerne peger mod en bred opkvalificering af frontpersonaler, oplever en lille del af projekterne, at de ikke har nået ud til frontpersonalerne i tilstrækkelig grad. Eksempelvis er et projekt kun lykkedes med at uddanne to faggrupper. Det samme gør sig gældende i uddannelsen af nøglepersoner, hvor en projektkommune har uddannet flere nøglepersoner end tiltænkt, men disse nøglepersoner er til gengæld uddannet i mindre grad og har et langt mindre forpligtende netværk end tiltænkt.

Hvordan er opkvalificeringen af frontpersonaler forløbet?

Selve karakteren af opkvalificering er varierende på tværs af projektkommunerne. Det er særligt forskelligt, hvordan frontpersonalet er blevet opkvalificeret i den tidlige opsporing. Flere af projektkommunerne har afholdt større temadage og læringskonferencer for et stort antal medarbejdere. Dertil har nogle valgt en mere lokal tilgang med oplæg for færre personer på relevante enheder og institutioner. En mindre del af projektkoordinatorerne fortæller i deres selvevaluering, at de har gjort begge dele.

I hovedparten af projekterne er opkvalificeringen af frontpersonalet blevet varetaget af medarbejdere med behandlerbaggrund, fx alkohol- eller familiebehandlere. I den sammenhæng har de fleste projekter først haft udvalgte nøglepersoner på kurset *tidlig opsporing af alkoholproblemer – hvorfor?* og dernæst har disse undervist frontpersonalet. I undervisningen er frontpersonalet blevet undervist i forskellige tematikker inden for tidlig opsporing, herunder generel viden om alkohol og rusmidler, handle- og henvisningsmuligheder, signaler på mistrivsel samt samtaleteknikker i dialogen med barn og forældre, blandt andet til den opsporende samtale og den 'nødvendige' samtale.

Sammen med undervisningen af frontpersonalet har flere projekter også forsøgt at understøtte opkvalificeringen i den tidlige opsporing med handleanvisende materialer. Konkret har flere projekter udformet trinvisse guides og vejledninger, som blandt andet giver anvisninger til, hvordan frontpersonalet kan tage den 'nødvendige' samtale om alkohol. Der er også projekter, som har lavet informationsmateriale om tegn og signaler på misbrugsproblemer, samt oversigter over kommunale tilbud, der kan præsenteres i den tidlige opsporing.

Borgernes respons på den tidlige opsporing

Med udgangspunkt i frontpersonalernes opkvalificering i tidlig opsporing kan Rambølls undersøgelse også tegne et billede af, hvordan borgerne har reageret på denne tidlige opsporingsindsats. Når vi beskriver virkninger på borgerniveau, er det indledningsvist vigtigt at notere sig de nævnte forbehold i boksen herunder, der understreger, at pointer og konklusioner er baseret på enkelte borgerinterviews og projektkoordinatorernes bedste skøn.

Boks 4-2: Forbehold ved vurdering af virkning på borgerniveau

Pointer relateret til virkningen for borgere baserer sig på de enkelte dybdegående interviews, der er gennemført med familier og herudover på projektkoordinatorernes vurdering af virkningen for borgerne i selvevalueringen. En stor del af projektkoordinatorerne fortæller i selvevalueringerne, at det på nuværende tidspunkt er svært at måle, hvad virkningen af den tidlige opsporingsindsats er. Derfor skal udtalelser og pointer fra projektkoordinatorer ikke ses som faktisk viden, men derimod som indikationer og formodninger baseret på koordinatorernes bedste skøn.

En virkning, som flere medarbejdere fra projektkommunerne fremhæver på de afholdte casebesøg, er, at opkvalificeringen af frontpersonalet har ført til flere henvendelser hos enten alkoholbehandlingen, familiebehandlingen og/eller rådgivningstelefonen (i de kommuner, der har en rådgivningstelefon). Det er både borgerne selv og frontpersonalet, som retter henvendelse, og i nogle tilfælde har henvendelserne ført til, at borgeren og/eller familien er kommet i behandling. I casestudiet er der også enkelte ledere og medarbejdere, som påpeger, at de oplever et øget antal henvendelser til alkoholbehandlingen, når der har været konkrete aktiviteter i form af fx foredrag eller temadage om tidlig opsporing.

I sammenhæng med, at der blandt projektmedarbejderne opleves flere henvendelser, pointerer en lille del af projektkoordinatorerne også, at deres kommune får flere henvendelser fra helt nye borgergrupper. De nye grupper er blandt andet borgere med et lavere alkoholforbrug, der tidligere i forløbet kommer i kontakt med alkoholbehandlingen. Ligeledes er der både flere ældre og yngre borgere samt pårørende, som henvender sig.

Når det kommer til borgernes reaktion på den tidligere opsporingsindsats, udtrykker frontpersonalet i de gennemførte casebesøg blandede oplevelser. På den ene side tager nogle borgere godt imod forespørgsler om deres alkoholforbrug, og de bliver yderligere motiveret til at gå i behandling. På den anden side oplever frontpersonalet også borgere, som tager mindre godt imod spørgsmål til deres forbrug. En frontmedarbejder fra skoleregi, som er blevet opkvalificeret i tidlig opsporing, fortæller om sine erfaringer med forældrenes reaktioner på at blive spurgt til deres alkoholvaner og deres reaktion på den tidlige opsporingsindsats: *"Forældrene reagerer ikke altid positivt, men de har aldrig reageret negativt nok til, at de flytter deres børn [fra skolen]. Mange af dem handler måske også på det selv, uden at vi behøver at gøre ret meget andet ved det. Det er nok at være blevet konfronteret. Forældrene kan være bekymrede, fordi de tænker, at 'nu fjerner de mit barn, hvis vi snakker om det her' og der skal vi sende et signal om, at 'nej, vi er her for at hjælpe dig og hjælpe dit barn'".* Frontpersonalet fremhæver, at tilgangen til forældrene derfor skal være, at de tager snakken med barnet i fokus og har pligt til at handle, hvis et barn ikke trives,



men at det kan være svært og at der er nogle forældre, som trækker sig fra samarbejdet, hvor frontpersonalet må forsøge at fastholde dialogen med dem.

Mere samarbejde og en større opmærksomhed på alkoholproblematikken

På et organisatorisk niveau tegner selvevalueringer og casebesøg et billede af, at opkvalificeringen i tidlig opsporing styrker samarbejdet og sparring på tværs af kommunale enheder og med eksterne samarbejdspartnere. Flere projektkommuner fortæller, at deres samarbejdspartnere i markant højere grad henvender sig i forhold til sparring omkring borgere. Dertil har flere kommuner også styrket samarbejdet mellem forvaltningerne, fx ved at udforme konkrete samarbejdsaftaler mellem alkoholbehandling og jobcentre, sundhedspleje eller skoler.

Foruden det styrkede samarbejde fremhæver alle de besøgte casekommuner, at opkvalificeringen af frontpersonalet i tidlig opsporing har medført en skærpet opmærksomhed på problematikken blandt kommunens fagprofessionelle, ligesom det har betydet et øget kendskab til kommunens tilbud til alkoholbehandling. En alkoholbehandler fortæller: *”Dem, som er ude og har kontakten med børnene, er blevet bedre til at se dem. De er blevet bedre til at turde stole på deres egne observationer og bedre rustet til at koble tingene sammen. De skoler, som efterhånden har ringet nogle gange, bliver mere og mere skarpe og dygtigere til det. Det synes jeg godt, at jeg kan mærke”*. I nogle projekter strækker opmærksomheden sig også videre til et politisk niveau, da den tidlige opsporingsindsats har øget den kommunalpolitiske bevågenhed på temaerne alkoholvaner og -forbrug.

Den større opmærksomhed på alkoholproblematikken er også fremtrædende ved, at enkelte projektkoordinatorer oplever nye tiltag i de kommunale enheder og institutioner. Blandt andet fremhæver koordinatorerne, at sundhedsplejen i særlig grad har skabt systematik omkring den tidlige opsporingsindsats, da det flere steder er besluttet, at sundhedsplejen spørger ind til alkoholforbrug i forbindelse med hjemmebesøg. Flere enheder og institutioner er begyndt systematisk at oplyse borgere om, at 'her taler vi om alkoholvaner' i løbet af den første kontakt. Andre steder er der ikke en systematik i opsporingen, men ved bekymring foretager frontpersonalet en screening af borgernes rusmiddelbrug.

4.2 Forudsætninger for at lykkes med implementering af tidlig opsporing

Foruden de ovennævnte resultater af projektføløbet kan undersøgelsen også give indikationer af, hvad der skal til for at lykkes med implementeringen af den tidlige opsporing. Med andre ord har selvevalueringer og casebesøg været med til at belyse de drivkræfter og barrierer, som projektkommunerne har oplevet i arbejdet med tidlig opsporing. I det følgende beskriver vi, med udgangspunkt i kommunernes erfaringer, forudsætningerne for at lykkes med at implementere en tidlig opsporingsindsats.

Ledelsen skal bakke op om den tidlige opsporing

Flere af projektkoordinatorerne fremhæver ledelsesmæssig opbakning som en central forudsætning for at lykkes med den tidlige opsporing. Dette gør sig gældende fra flere perspektiver. Først forklarer flere, at det er en drivkraft, hvis frontpersonalets ledelse gør det til en tydelig prioritet at sende medarbejderne afsted på kurser, der kan styrke den tidlige opsporing. Dette er særligt gældende for opkvalificeringen af frontpersonalet i de kommunale enheder og institutioner, men det bliver også pointeret, at det er en nødvendighed, at ledelsen bakker op om nøglepersonernes engagement, når disse nøglepersoner er frontmedarbejdere med andre opgaver i den daglige drift fx på jobcentre eller skoler.

Implementeringen af en tidlig opsporingsindsats sker i en kontekst, hvor frontmedarbejderne har en række andre opgaver i den daglige drift. Det er derfor nødvendigt, at ledelsen afsætter tid og ressourcer til opkvalificering, samt til at sikre en forankring af det lærte i hverdagen, for at medarbejderne har de nødvendige forudsætninger for at arbejde med den tidlige opsporing. Forankringen af

den nye læring kan ledelsen ligeledes understøtte ved at udtrykke en kontinuerlig opbakning omkring den tidlige opsporingsindsats i hverdagen. På de gennemførte casebesøg fortæller frontmedarbejderne, at de i større grad igangsætter den tidlige opsporing, hvis ledelsen sætter en retning for arbejdet og gør det klart, at den tidlige opsporing er en del af frontmedarbejdernes opgave i den daglige drift. Det virker særligt godt, hvis ledelsen ude på den lokale enhed eller institution tydeliggør visioner, værdier og arbejds gange omkring temaet alkohol.

I det modsatte tilfælde beretter projektkoordinatorerne om, at det er en betydelig barriere for implementeringen af den tidlige opsporing, hvis der ikke er den fornødne lokale ledelsesmæssige opbakning til frontpersonalets tidlige opsporingsindsats. En fjerdedel af projektkoordinatorerne fortæller i selvevalueringerne, at de har oplevet udfordringer med at opnå lokal ledelsesmæssig støtte og opbakning, hvilket for enkelte projektkommuner har betydet, at der ikke er blevet etableret et formaliseret og systematisk samarbejde med eksempelvis sundhedspleje eller daginstitutioner. Projektkoordinatorerne ser blandt andet den manglende ledelsesmæssige opbakning som et spørgsmål om manglende ressourcer, men også som en modstand mod at spørge ind til borgerens alkoholvaner.

Netop manglende ressourcer fremhæves af hovedparten af projektkoordinatorerne som en central barriere for opkvalificeringen i den tidlige opsporing. Tids- og ressourcemæssige begrænsninger betyder, at nogle enheder og institutioner har takket nej til tilbuddet om undervisning i tidlig opsporing, mens andre har fået et komprimeret undervisningsforløb. Projektkommunerne oplever ligeledes manglende ressourcer som en udfordring blandt nøglepersonerne, som i nogle tilfælde er blevet taget ud af det pågældende projekt af ledelsen som følge af ressourcehensyn.

Selvom det er en central drivkraft for implementeringen af tidlig opsporing, at ledelsen finder ressourcer og bakker op om den tidlige opsporing, pointerer projektkommunerne også, at de sjældent oplever en manglende vilje fra lokale institutioner og enheder. I stedet medfører en presset hverdag en barriere for implementeringen af den tidlige opsporing, hvilket særligt har været tilfældet for de involverede skoler, som har svært ved at afsætte tid og ressourcer til projektet. Omvendt oplever projektlejere og alkoholbehandlere i de projekter, hvor der aktivt er taget en ledelsesmæssig beslutning om at understøtte frontpersonalets tidlige opsporing, fx i sundhedsplejen eller på skolerne, oplevet, at man når langt med samarbejdet om familierne.

Undervisning og anvisninger styrker implementeringen af tidlig opsporing

For en stor del af projektkommunerne har undervisning i tidlig opsporing for frontpersonale været en væsentlig drivkraft. Undervisningen har klædt frontpersonalet bedre på i forhold til at tage de svære samtaler med den drikkende eller dennes partner. I den sammenhæng oplever flere projekter også, at frontmedarbejderne er blevet styrket i deres viden om, hvilke risikofaktorer de skal være opmærksomme på hos børnene. I selve undervisningen har en casekommune yderligere tilpasset undervisningen til institutionernes faggrupper og behov, hvilket fungerede som en positiv drivkraft for implementeringen, da det styrkede undervisningens relevans.

Som beskrevet i kapitel 2, er ny viden dog ikke nok til at ændre fagpersoners adfærd. Det kræver også støtte i at omsætte den nye viden til praksis. Erfaringerne fra kommunerne viser således også, at en drivkraft i den tidlige opsporing, som kan afhjælpe frontpersonalets vanskeligheder ved emnet, er undervisning i konkrete samtaleteknikker. En frontmedarbejder fortæller om opkvalificeringen i tidlig opsporing: *"Der er nogle ting, som man skal holde øje med, og der fik vi rigtig gode redskaber. Vi manglede dog lidt samtaleteknikker, altså noget omkring, hvordan man så spørger ind til det, hvis man opdager noget. Det er stadig svært lige at skulle spørge; 'hvordan er det lige med alkohol i jeres familie?'"* Erfaringen på tværs af projekterne er således også, at frontpersonalerne føler sig bedre klædt på til at handle på en bekymring, når de er blevet opkvalificeret i konkrete samtaleteknikker og spørgeguides, som de kan støtte sig til i samtalen med en familie. Yderligere peger en større del af projektkoordinatorerne på, at undervisningen i den tidlige opsporing nemmere overføres til praksis, hvis det bliver understøttet af konkrete og overskuelige hand-

leanvisninger. Det er en drivkraft for implementeringen af den tidlige opsporing, når frontpersonalet kan trække på handleanvisende guides, som beskriver, hvordan de kan indlede den samtalen med en borger om vedkommendes drikkevaner. Jo mere konkrete anvisningerne er, jo mere sikre føler frontpersonalerne sig i samtalen med borgeren. I den sammenhæng oplever frontpersonalet også, at det virker positivt at have indarbejdet en konkret og respektfuld måde at spørge ind til alkoholvaner på. Et eksempel er her spørgsmålet: "Hvordan bruger I alkohol i jeres familie?"

Frontpersonalet skal støttes i at bryde tabuet

Hovedparten af projektkommunerne oplever, at alkoholforbrug og -misbrug er emner behæftet med tabu og berøringsangst, hvilket udgør en barriere for implementeringen af den tidlige opsporing. Selvom frontpersonalet har opnået viden om følgevirkningerne og risikofaktorerne for børn, der vokser op i familier med alkoholproblemer, finder frontpersonalet det generelt grænseoverskridende at spørge borgere ind til alkoholvaner. Det er særligt vanskeligt for frontpersonalet, hvis borgeren ikke viser tydelige tegn på et skadeligt alkoholforbrug. Denne barriere bliver yderligere større af, at det er meget udbredt at bruge alkohol i Danmark, og det kan derfor være svært at opspore familier, der på overfladen ser ud til at være velfungerende. En frontmedarbejder fortæller i forhold til den tidlige opsporingsindsats: *"Vi er forudindtaget i vores relation til forældrene. Vi kigger anderledes på ham, der snøvler, end ham, der ligner en, som har styr på det. Men vi er blevet bedre til at blive mere klarsynet på, at alkoholproblemer er noget, som florerer alle vegne, uanset om man er rig eller fattig".*

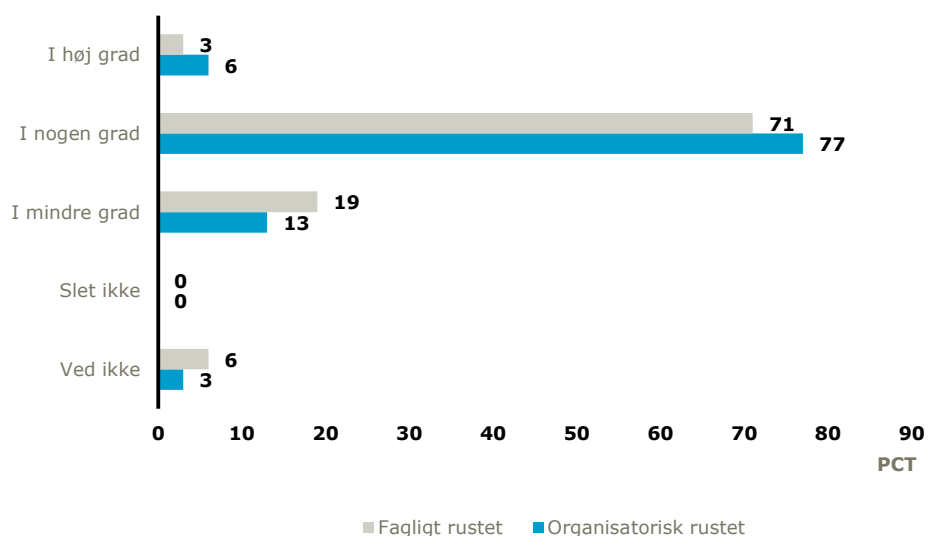
Yderligere har nogle enheder gode erfaringer med at skabe systematik omkring den tidlige opsporingsindsats. Ved at gøre alkohol til et fast emne, som man altid taler om, får borgeren indtryk af, at alkohol ikke er et tabu, og vedkommende føler sig ikke særligt udpeget. Nogle af projekterne har dog oplevet uenigheder blandt fagområderne omkring graden af systematik i opsporingsindsatsen. Særligt i jobcenterregi har der været modstand mod at spørge systematisk ind til borgernes alkoholvaner, mens det særlig i sundhedsplejen er blevet taget godt imod, hvor flere har vedtaget en systematisk tilgang til alkoholforbrug som emne i samtaler.

4.3 Forankring af tidlig opsporing

Evalueringen kan yderligere tegne et billede af, hvordan det fremadrettede perspektiv for den tidlige opsporing ser ud i projektkommunerne. I dette afsnit ser vi dels på, hvordan og i hvilken grad projektkommunerne er rustet til at fortsætte den tidlige opsporingsindsats, dels på hvilke forankrings- og udviklingstiltag som kommunerne planlægger at gennemføre fremadrettet.

I spørgeskemaundersøgelsen er projektkoordinatorerne blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad frontpersonalet i kommunen er fagligt og organisatorisk rustet til fortsat at arbejde med tidlig opsporing. Som figuren herunder viser, ser projektkoordinatorerne i nogen grad, at frontpersonalet har kapaciteten til at fortsætte den tidlige opsporing efter projektførløbet fagligt såvel organisatorisk.

Figur 4-1: Projektkoordinatorenes vurdering af, i hvilken grad kommunens frontpersonale er fagligt og organisatorisk rustet til fremadrettet at arbejde med tidlig opsporing til alkoholbehandlingen



På de gennemførte casebesøg fortæller medarbejderne fra projektkommunerne supplerende til dette, at hovedparten af frontmedarbejderne ikke har deltaget i opfølgende aktiviteter siden opkvalificeringen, hvorfor den faglige udvikling i tidlig opsporing er et stykke tilbage i tid. Den manglende opfølgning på opkvalificering kan være en forklaring på, hvorfor kun en lille del af projektkoordinatorene i høj grad anser frontpersonalerne for at være fagligt rustede til den fortsatte tidlige opsporing. På tværs af selvevalueringerne og casestudiet fremgår det desuden, at der er behov for løbende fokus, hvis den tidlige opsporingsindsats skal fortsætte. Projektkoordinatorene fremhæver, at behandlingstilbuddet løbende skal gøre sig synligt og frontpersonaler skal løbende opkvalificeres. En frontmedarbejder i casestudiet fremhæver: *"Efter første oplæg er vi blevet klædt lidt bedre på til at bryde tabuet, men vi er der ikke endnu. Vi skal hele tiden holde gryden i kog, for ellers bliver det glemt. Vi har et kæmpe ansvar for at holde det i kog."*

På tværs af selvevalueringerne angiver flere projektledere, at det er et fokuspunkt for den fremadrettede udvikling at etablere og fastholde dialogen med frontpersonale på skoler, daginstitutioner og jobcentre. Et af de konkrete greb til at understøtte dette er at skabe synlighed om alkoholbehandlingstilbuddet. Fx er planen i en af kommunerne at udgive kvartalsvise nyhedsbreve med gode historier fra den tidlige opsporingsindsats, for på den måde at fastholde fokus på problematikken, dele erfaringer i kommunen og skabe synlighed om muligheden for tidligere start i behandlingen. En anden kommune har planer om at have en fremskudt alkoholbehandler i kommunens sundhedscenter for at understøtte synligheden af alkoholbehandlingen. I selvevalueringen beskriver enkelte af projektkoordinatorene, at der fremadrettet vil blive udarbejdet en beskrivelse af det familieorienterede alkoholbehandlingstilbud, så det bliver tydeligt for borgeren, hvad tilbuddene konkret indeholder, og hvad de takker ja til, da det er erfaringen, at rammen og indholdet for tilbuddet skal være tydeligt for borgeren.

Dertil fortæller flere projektkommuner, at de vil forsætte opkvalificeringen af frontpersonalet efter endt projektperiode. Nogle kommuner har etableret en struktur for den fremtidige opkvalificering, fx et fast antal udbudte kurser årligt. I disse kommuner vil nøglepersonerne løbende holde oplæg og facilitere diverse lokale mødefora efter behov. Andre projekter vil opkvalificere mere flydende, når de modtager henvendelser fra institutioner, som ønsker et lokalt oplæg. Blandt frontmedarbejderne anses den videre uddannelse af frontmedarbejdere netop at være en relevant drivkraft for den fremtidige forankring. Størstedelen har, som nævnt ovenfor, ikke haft opfølgende opkvalificering efter de indledende kurser, og derfor vil en genopfriskning kunne understøtte den fortsatte tidlige opsporing.

5. ORGANISATORISK OMSTILLING TIL FAMILIEORIENTE-RET ALKOHOLBEHANDLING


I dette kapitel beskriver vi kommunernes omstilling til familieorienteret alkoholbehandling, herunder hvilke resultater der er kommet af projektførelserne og de forudsætninger, som kommunerne peger på er centrale for at lykkes med at implementere en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen.

Det er et af formålene med puljen at understøtte kommunernes omstilling eller styrkelse af den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen. Det er ikke alle projekter i puljen, der har haft dette formål, og kapitlet her baserer sig primært på resultaterne og erfaringerne fra de 22 ud af 31 projekter, som havde omstilling til en familieorienteret tilgang som formål.

Der er forskel på kommunernes faglige og kapacitetsmæssige udgangspunkt for at gennemføre en omstilling til en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen. I nogle kommuner har den kommunale alkoholbehandling allerede et familieorienteret alkoholbehandlingstilbud og har gennem tidligere udviklingsprocesser uddannet personalet til at gennemføre familieorienterede forløb i alkoholbehandlingen. I andre kommuner har der primært været fokus på den drikkende i behandling. I disse kommuner skal der gennemføres en omstilling af tilgangen og kulturen i alkoholbehandlingen, så behandlere i højere grad har kompetencerne til at inddrage og involvere familien i alkoholbehandlingen.

I dette kapitel samler vi erfaringerne på tværs af kommunerne og beskriver forudsætningerne for at gennemføre en omstilling til den familieorienterede tilgang i behandlingen.

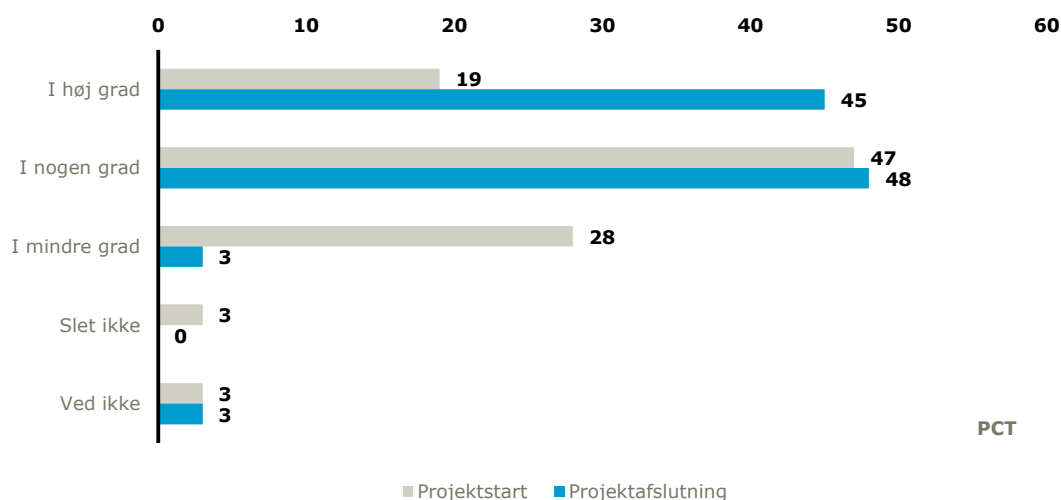
Boks 5-1: De centrale konklusioner i kapitlet

- 
- Alle projektkoordinatorer angiver, at der er et tilbud om familieorienteret alkoholbehandling ved projektets afslutning.
 - Den familieorienterede alkoholbehandling indebærer primært, at familieperspektivet og den relationelle tilgang inddrages i de individuelle samtaler med den drikkende.
 - Der er på tværs af projekterne i mindre grad direkte inddragelse af familien i alkoholbehandlingen, selvom det sker i nogle af alkoholbehandlingssenhederne.
 - Den direkte inddragelse af familien i alkoholbehandlingen foregår typisk ved parsamtaler med den drikkende og partner eller ved pårørendetilbud.
 - Alkoholbehandlere oplever, at det kan være vanskeligt at inddrage familiemedlemmerne, særligt børn, direkte i behandlingen.
 - Det kræver opkvalificering, løbende sparring og supervision for, at alkoholbehandlere er rustede til at arbejde med det relationelle perspektiv i behandlingen.
 - Det understøtter den relationelle og familieorienterede tilgang, hvis der er tydelig ledelsesopbakning og tydelig kommunikation om, at denne tilgang er grundlæggende i behandlingen og ikke noget, der vælges til eller fra af behandleren eller den drikkende.
 - Et tæt samarbejde mellem alkoholbehandlere og familiebehandlere er en drivkraft for at lykkes med at inddrage familien direkte i alkoholbehandlingen. Dette forudsætter dog, at organisatoriske barrierer og kulturforskelle mellem alkohol- og familiebehandling adresseres.

5.1 Resultater fra projektføreløbet

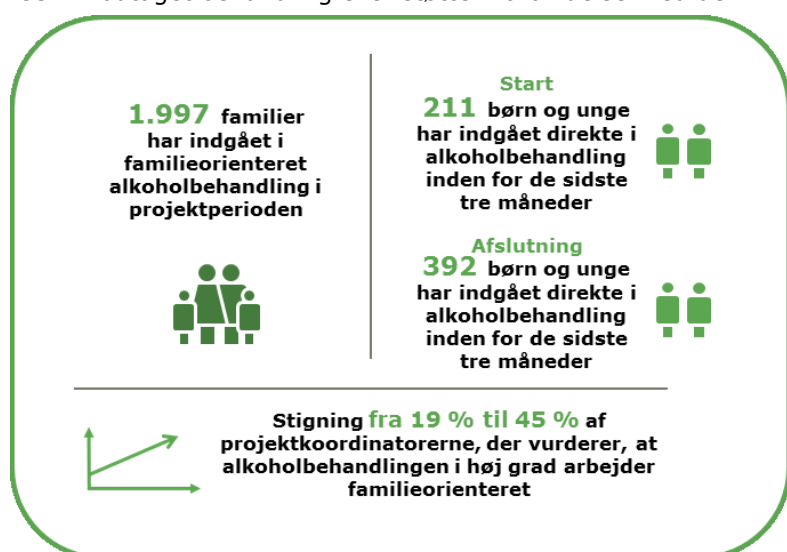
Ved projektets afslutning angiver alle projektkoordinatorer, at der er et tilbud om familieorienteret alkoholbehandling i projektkommunerne. Når vi ser nærmere ind i, hvad dette indebærer, kan vi se på spørgeskemaundersøgelsen, hvor projektkoordinatorerne ved starten af projektet og ved afslutningen har angivet i hvilken grad, de vurderer, at alkoholbehandlingen arbejder familieorienteret. Figuren nedenfor viser, at der er sket en stigning fra 19 pct. til 45 pct. ift. projektkoordinatorer, som vurderer, alkoholbehandlingen i høj grad arbejder familieorienteret. Den øvrige halvdel af projektkoordinatorerne vurderer ved projektets afslutning, at alkoholbehandlingen i nogen grad arbejder familieorienteret. Samtidig er der sket et stort fald i andelen af projektkoordinatorer, som vurderer, at alkoholbehandlingen kun i mindre grad arbejder familieorienteret. Samlet set indikerer dette, at der bredt set på tværs af kommunerne i puljen er blevet implementeret en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen.

Figur 5-1: Projektkoordinatorernes vurdering af, i hvilken grad alkoholbehandlingen arbejder familieorienteret ved hhv. start og afslutning af projektperioden



Samtidig viser spørgeskemaundersøgelsen, at der på tværs af projekterne er sket en stigning i antallet af børn og unge, som har indgået i alkoholbehandlingen. Dette gælder både for børn og unge, som har indgået *direkte* (dvs. selv modtaget behandling eller støtte i forbindelse med den familieorienterede alkoholbehandling), og børn og unge, som har indgået *indirekte* (dvs. hvor børnene ikke har været fysisk til stede i behandlingen, men en eller flere forældre er blevet støttet i deres forældrekompetence).

Projektkoordinatorerne har ved start og afslutning af projektet angivet, hvor mange børn og unge der har indgået hhv. direkte og indirekte i alkoholbehandlingen i løbet af de seneste tre måneder. Her er antallet steget fra 211 børn og unge, som har indgået direkte i alkoholbehandlingen ved projektets start, til 392, som har indgået direkte ved projektets afslutning. På samme måde er tallet steget fra 593 børn og unge, som har indgået indirekte i behandlingen ved projektets start, til 745, som har indgået indirekte i alkoholbehandlingen ved projektets afslutning.



Samlet set estimerer projektkoordinatorerne, at 1.997 familier har indgået i familieorienteret alkoholbehandling i løbet af projektperioden.

Hvad kendetegner den familieorienterede behandling?

Projektkoordinatorerne har ved starten og ved afslutningen af projektet angivet, hvilke typer af indsatser der indgår i den familieorienterede alkoholbehandling i kommunerne. Af tabellen nedenfor fremgår det, at der er sket en lille stigning i antallet af projekter, hvor der tilbydes parsamtaler med fokus på konflikter og samspil mellem parterne. Den største stigning er sket for antallet af projekter, hvor der tilbydes parsamtaler med fokus på forælderrollen og aflastning af børnene. Der er også sket en lille stigning i antallet af projekter, hvor børnene er inddraget direkte og en lille stigning i antallet af projekter, hvor der er tilbud til unge eller voksne børn af personer med alkoholproblemer, selvom den drikkende ikke er i behandling. Der er et projekt mindre ved afslutning end ved start, som angiver, at der findes tilbud til partneren, selvom den drikkende ikke er i behandling¹⁴, det er dog stadig hovedparten af projekterne (27 ud af 31), som angiver at have sådan et tilbud ved afslutning af projektet.

Tabel 5-1: Anvendte indsatser i den familieorienterede alkoholbehandling i projektkommunerne

	Start		Afslutning	
	Antal besvarelser	Procent	Antal besvarelser	Procent
Parsamtaler, med fokus på fx konflikter og samspil mellem parterne	27	87 pct.	29	94 pct.
Parsamtaler, med fokus på forælderrollen og aflastning af børnene	24	77 pct.	29	94 pct.
Tilbud til partner, selvom den drikkende ikke er i behandling	28	90 pct.	27	87 pct.
Familiesamtaler, hvor børnene er inddraget	24	77 pct.	26	84 pct.
Tilbud til unge/voksne børn, selvom den drikkende ikke er i behandling	21	68 pct.	24	77 pct.
Har ikke et tilbud om familieorienteret alkoholbehandling	2	6 pct.	0	0 pct.

Note: N=31.

Kilde: Survey til projektkoordinatorer.

Af de 22 projekter, som havde til formål at udvikle den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen, var der i 14 af projekterne i forvejen erfaring med familieorienteret alkoholbehandling og otte af projekterne, som ikke i forvejen havde erfaring med familieorienteret alkoholbehandling og derfor skulle etablere dette tilbud mere fra bunden.

På tværs af projekterne, både i alkoholbehandlingsenheder, som havde erfaring med den familieorienterede tilgang, og alkoholbehandlingsenheder, som startede det familieorienteret tilbud i forbindelse med puljen, fremhæver projektkoordinatorerne i selvevalueringen, at den familieorienterede indsats er blevet understøttet og styrket i projektperioden. I selvevalueringerne på tværs af projekterne kommer dette til udtryk dels ved, at der i behandlerstaben i højere grad spørges til den drikendes familie og børn og det dermed er blevet mere naturligt at inddrage familien indirekte i den drikendes individuelle forløb. Samtidig er der i hovedparten af projekterne etableret mere eller mindre formaliserede samarbejdsaftaler mellem alkoholbehandlere og familiebehandlere. I nogle af de 14 projekter, hvor der i forvejen var en familieorienteret tilgang, er der endvidere etableret nye pårørendetilbud.

Styrket familiefokus i alkoholbehandlerstaben

I de udvalgte projektkommuner, som Rambøll har gennemført casestudiet i, peger alkoholbehandlere bredt set på, at der er sket en udvikling mod en mere familieorienteret tilgang i alkoholbe-

¹⁴ Årsagen til dette findes ikke i data.

handlingen. Dette kommer til udtryk ved, at alkoholbehandlerne i højere grad føler sig i stand til at tale med den drikkende om vedkommendes familie og børn og på den måde inddrage familien indirekte i alkoholbehandlingen.

Projektledere og alkoholbehandlere i casekommunerne fremhæver, at kvaliteten i alkoholbehandlingen bliver styrket, når alkoholbehandlerne ikke længere er usikre på at tage samtalen med den drikkende om vedkommendes familie, samt hvilken betydning alkoholforbruget kan have for dem.

På tværs af casekommunerne kommer det styrkede familiefokus til udtryk ved, at borgerne, der indskrives i behandling, bliver præsenteret for den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen allerede ved første kontakt. Der kan dog være forskel på, hvordan borgerne præsenteres for den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen. I nogle af alkoholbehandlingsenhederne præsenterer man muligheden for at inddrage familien som et tilbud og gør borgeren opmærksom på, at borgers pårørende kan blive inddraget i behandlingsforløbet, hvis borgeren ønsker dette. I nogle af alkoholbehandlingsenhederne har man valgt at italesætte familieperspektivet som den grundlæggende tilgang i behandlingen og hermed signalere en selvfølghed omkring, at man har fokus på familien i alkoholbehandlingen.

"Vi har fået implementeret vores tilgang og vi præsenterer vores borgere for, at vi inddrager familie og netværk, fordi det giver rigtig godt mening. Det er en fast procedure, at vi siger det. Det er så ikke alle, der har familie, men så trækker vi på netværket bredere set."

– Leder alkoholbehandling

Casestudiet viser, at det primært er lykkedes at implementere den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen via en indirekte inddragelse af familieperspektivet i den drikkes behandlingsforløb, og at den direkte inddragelse af familien typisk foregår via parsamtaler, hvorimod alkoholbehandlerne oplever, at det kan være vanskeligt at inddrage børnene direkte i behandlingsforløbet.

Alkoholbehandlerne fortæller, at det kan være vanskeligt at tale med den drikkende om vedkommendes familie, hvis man har været vant til at arbejde mere individorienteret med fokus på den, der drikker, og ikke før har haft den drikkes familierelationer som et tema i behandlingen. Erfaringen på tværs af projekterne er, at jo tryggere alkoholbehandlerne bliver ved at bringe emnet på banen, desto flere borgere reagerer positivt på muligheden for at inddrage og tale om deres familie i alkoholbehandlingsforløbet. En alkoholbehandler fortæller, at de fleste borgere, han har haft i behandling, har reageret positivt, når de skal til at inddrage familien, hvilket ifølge ham skyldes, at borgeren allerede ved indskrivning bliver præsenteret for tilgangen og derfor er forberedt på, at det er en naturlig del af behandlingen: *"Jeg har lige talt med en kvinde, og til sidst i timen sagde jeg; jeg håber virkelig, at du tager din mand og børn med næste gang. Det var aldrig sket for to år siden. Hun reagerede positivt, fordi jeg siger det som en naturlig del af behandlingen. Og så er hun er forberedt på, at det vil ske, fordi hun allerede under visitationen bliver præsenteret for, at det er sådan vi arbejder"*.

På tværs af casekommunerne er det familieorienterede tilbud netop et tilbud, og forløbene kan således se meget forskellige ud afhængigt af den enkelte families relationer, situation og behov. Den familieorienterede alkoholbehandling kan således fx bestå af individuelle samtaler med familieperspektiv, parsamtaler og samtaler med den drikkes samlever med børnene, uden at den drikkende er til stede. De fleste alkoholbehandlere arbejder derfor også med at inddrage familien direkte i alkoholbehandlingsforløbet. Det er som oftest den drikkes partner, der inddrages i behandlingsforløbet og i få tilfælde også børnene. På tværs af casekommunerne peger både ledere og alkoholbehandlere dog på, at det kan være udfordrende for alkoholbehandlerne at skulle inddrage børnene direkte i behandlingsforløbene. Der er således en række af alkoholbehandlingstilbuddene, hvor der primært har været tale om indirekte inddragelse af børnene via samtaler med

forældrene, hvor der tales om alkoholproblematikken i relation til familiedynamikken og børnene. En alkoholbehandler fortæller, at hun havde forestillet sig, at børnene ville blive inddraget mere direkte i den familieorienterede alkoholbehandling, men at dette er sket i mindre grad, end hun forventede: *"Jeg tænkte dengang, at hvis man kiggede tre år frem, ville mange komme med børn. Men sådan er det ikke blevet. Men vi har en systematik i at fastholde et familieperspektiv. Alle forældre kommer til at tale om deres børn under hver samtale"*.

Den indirekte inddragelse af børnene i alkoholbehandlingsforløbet kan have en positiv virkning for børnene, idet der bliver sat fokus på forældrerollen og hvordan børnene påvirkes af alkoholforbruget i familien. En alkoholbehandler uddyber: *"Det kunne fx være at snakke med parret som forældre, og ikke som par, med fokus på børn og forældrerolle. Det er også en måde at få hjulpet børnene på"*. Tidligere undersøgelser viser, at den familieorienterede alkoholbehandling, hvor indsatsen er rettet imod forældrene, netop kan have en positiv virkning på børnenes trivsel, når der fx arbejdes med forældrenes problemløsningsstrategier, kommunikation og daglige rutiner, som har en betydning for hele familien¹⁵. Det er således ikke et mål i sig selv, at inddrage børnene direkte i den familieorienterede alkoholbehandling, men derimod at et mål at arbejde med familiedynamikken.

I det følgende beskriver vi nærmere, hvordan familien kan inddrages direkte via pårørendetilbud og via samarbejde med familiebehandlere.

Pårørendetilbud understøtter inddragelsen af familien og rekruttering til behandling

Nogle af projektkoordinatorerne fremhæver i selvevalueringerne, at det har en positiv betydning for tilgangen til alkoholbehandlingen, at der er blevet oprettet et tilbud til de pårørende (fx tilbud til unge eller voksne børn), selvom den drikkende ikke er i behandling. Dette betyder dels, at familier med alkoholproblemer kan hjælpes, selvom den drikkende ikke nødvendigvis er klar til at starte i behandling, og det kan betyde, at flere drikkende kommer i behandling, fordi familien er startet i et pårørendetilbud. Det kan derfor være en fordel at etablere tilbud til de pårørende, selvom den drikkende ikke er startet i alkoholbehandling.

I casestudiet fortæller en familiebehandler, som indgår i et fælles behandlingstilbud til familier med alkoholproblemer, at hun oplever, at det virker godt, når pårørendetilbuddet foregår som et gruppetilbud: *"Sidste gang vi havde gruppe, havde vi et tema ompe omkring, hvordan passer jeg bedst på mig selv som pårørende. Der fortalte de, at det var fedt at få hinandens inputs. Den der bevidning, som de laver til hinanden, det er de glade for"*. Det er således centralt, at pårørendetilbud blandt andet tilbyder deltagerne nogle at spejle sig i, og tidligere undersøgelser viser på linje med dette, at det er vigtigt, at gruppetilbud for pårørende gerne skal have en homogen gruppe af pårørende, så fx voksne børn kan gå i et gruppetilbud målrettet dem og partnere til drikkende kan gå i et andet gruppetilbud¹⁶.

En alkoholbehandler fortæller på samme vis, at det er en fordel at have et pårørendetilbud, når den familieorienterede tilgang implementeres i alkoholbehandlingen. I og med alkoholbehandlerne begynder at tale om familien i den drikendes behandlingsforløb, kan der være flere pårørende, som ønsker at indgå i behandlingsforløbet og ønsker at modtage hjælp til at håndtere alkoholproblematikken i familien.

"Når vi inddrager familien i den drikendes forløb er effekten, at der kommer flere pårørende i vores pårørendetilbud. De er ikke til at holde væk".

– Alkoholbehandler

¹⁵ Lindgaard, H., 2012, Familier med alkoholproblemer – et litteraturstudium af familieorienteret alkoholbehandling. Kbh., Sundhedsstyrelsen.

¹⁶ Lindgaard, H. 2012, Familier med alkoholproblemer - Familieorienteret alkoholbehandling med et særligt fokus på børnene. Kbh., Sundhedsstyrelsen.

Lindgaard, H., 2009, *Afhængighed og relationer – behandlingsperspektiver*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

I en af casekommunerne har man forsøgt at etablere flerfamiliebehandling, dvs. et gruppetilbud, hvor flere familier med både den drikkende, partner og børn indgår i et forløb sammen. Det har dog vist sig vanskeligt i praksis at rekruttere nok familier til tilbuddet og gennemføre flerfamiliebehandlingen som tilbud.

I forhold til rekrutteringen var det vanskeligt, fordi nogle af familierne ikke ønskede at indgå i et forløb med andre familier og derfor i stedet startede i deres eget forløb. For andre familier gjaldt det, at den drikkende ikke var klar til at blive inddraget i et familieforløb og familien derfor i stedet indgik i et parallelt forløb samtidig med den drikkes individuelle forløb. En alkoholbehandler fortæller, at flerfamilieforløbet derfor i højere grad er blevet et gruppeforløb for pårørende: *"Målgruppen er en anden, end vi tænkte. Det er blevet mere et pårørendetilbud, fx for mødre med børn til en eksmand, der drikker"*.

Ud over rekrutteringen til tilbuddet har det også vist sig vanskeligt at gennemføre flerfamiliegrupperne i praksis, fordi dynamikken familierne imellem ikke altid er velfungerende. En alkoholbehandler fortæller: *"Dels starter man lidt forfra hele tiden, og hvis familierne har været med tre gange og der så kommer en fjerde familie, så er det svært"*. En familiebehandler, som også indgår i flerfamiliebehandlingen, fortæller, at de som behandlere oplevede, at der kan være en svær dynamik mellem familierne, hvor to familier fx har svært ved at håndtere den tredje families problematikker.

Erfaringen er således, at flerfamiliebehandlingstilbud er krævende at rekruttere til og dermed også kan være vanskeligt at gennemføre i praksis, hvis der ikke er nok familier. For at gennemføre en vellykket flerfamiliebehandling kan der være behov for at matche familierne eller at en familie kan skifte gruppe, hvilket ikke kan lade sig gøre, hvis der ikke er nok familier. På den måde hænger rekrutteringsproblematikken og den praktiske gennemførelse af flerfamiliebehandling tæt sammen.

Samarbejdet med familiebehandling styrker arbejdet med hele familien

De fleste projekter, som har arbejdet med omstillingen til familieorienteret alkoholbehandling, har haft til formål at etablere eller styrke samarbejdet mellem alkoholbehandlingen og den kommunale familiebehandling og evt. myndighedsområdet. Projektkoordinatorerne har angivet, hvor godt de vurderer samarbejdet mellem alkoholbehandlingen og familiebehandlingen på en skala fra 0 (dårligt) til 10 (godt) ved start og afslutning af projektet. Gennemsnittet for projektkoordinatorernes vurdering på skalaen fra 0 til 10 er steget fra 5,6 til 7,2 i løbet af projektperioden.

Ved afslutningen af projektet angiver 68 pct. af projektkoordinatorerne, at der findes et familieorienteret alkoholbehandlingstilbud i samarbejde med familieafdelingen. Nogle projekter samarbejder systematisk, fx via tværfaglige behandlerkonferencer, mens andre samarbejde mere ad hoc, fx ved at kontakte hinanden for råd og vejledning. En stor del af projekterne har udviklet konkrete samarbejdsmodeller og forløbsplaner, som systematiserer samarbejdet mellem parterne. Dette samarbejde betyder, at alkoholbehandlere kan trække på og sparre med familiebehandlerne og omvendt og på den måde bruge hinandens viden og kompetencer i den familieorienterede alkoholbehandling.

68 % af projekterne har familieorienteret alkoholbehandling i samarbejde med familieafdelingen



Stigning fra 5,6 til 7,2 (vurdering af samarbejdet mellem alkoholbehandling og familiebehandling på skala fra 0-10)

I casestudiet fortæller ledere og medarbejdere på tværs af kommuner, som har etableret eller styrket samarbejdet mellem familiebehandling og alkoholbehandling, at dette samarbejde har øget kvaliteten i alkoholbehandlingen, fordi behandlere kan trække på hinandens fagligheder. En leder i alkoholbehandlingen fortæller, at samarbejdet har understøttet en modning af kulturen, hvor

alkoholbehandlere indtænker familien og familiebehandlere indtænker alkoholproblematikker i deres arbejde. Lederen af alkoholbehandlingen fortæller: *"Tidligere havde vi tendens til at løse det hele selv i alkoholbehandlingen, hvor noget blev lavet halvt, fordi vi ikke havde de rette kompetencer."* Når familiebehandlerne og alkoholbehandlerne kender hinandens fagligheder og kan trække på disse, øger det kvaliteten i behandlingen til gavn for familierne.

Der er forskel på, i hvilken grad familie- og alkoholbehandlerne samarbejde er etableret, og hvordan dette samarbejde er organiseret. I nogle af casekommunerne er der lavet en formaliseret samarbejdsaftale, hvor familiebehandlingen kan henvende sig til alkoholbehandlingen, når de oplever alkoholproblemer i en familie, og alkoholbehandlingen tager kontakt til familiebehandlingen, hvis de får borgere i alkoholbehandling, som har børn og familie. En leder af familiebehandlingen fremhæver, at det har virket godt at få etableret denne samarbejdsaftale mellem alkoholbehandlingen og familiebehandlingen. Aftalen har betydet, at parterne har fået klarhed omkring, hvor de skal henvende sig, og hvad de skal gøre, når de oplever noget, som de andres faglighed kan bidrage til. I en anden casekommune har man styrket samarbejdet ved at indføre månedlige behandlingskonferencer på tværs af familiebehandlingen og alkoholbehandlingen, hvor behandlerne kan drøfte sager på tværs af fagligheder, hvilket har understøttet en mere helhedsorienteret tilgang til familierne. Lederen af familiebehandlingen fortæller: *"Behandlingskonferencer er virkelig noget, som er med til at nedbryde siloerne. Der er her, vi virkelig får anvendt det helhedsorienterede perspektiv. Hvis vi bliver opmærksomme på noget, som vi ikke havde set, så kan vi ændre retning"*. På tværs af selvevalueringerne angiver flere projektkoordinatorer således også, at implementeringen af den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen har medført en mere koordineret indsats, og enkelte projektkoordinatorer fremhæver, at borgerne oplever en mere sammenhængende indsats, hvor de ikke behøver fortælle de samme ting flere gange. Den familieorienterede tilgang og systematiske samarbejde mellem familiebehandling og alkoholbehandling kan derfor understøtte en mere koordineret og helhedsorienteret indsats for familierne.

I andre af casekommunerne er der etableret en familieorienteret alkoholbehandlingsindsats i et samarbejde mellem familiebehandlere og alkoholbehandlere. Her fortæller behandlerne, som har erfaring med at arbejde på tværs af fagligheder i familiernes behandlingsforløb, at samarbejdet styrker fagligheden og at det virker godt at varetage behandlingen i fællesskab. Behandlerne beskriver det som berigende og at de lærer noget om hinandens faglighed og derved i højere grad dækker flere facetter i behandlingsforløbet. Selvom der er stor forskel på alkoholbehandlingens tilgang og familiebehandlerens tilgang, oplever behandlerne, at begge dele kan bidrage i samtalen med familierne, og erfaringerne har vist, at familierne godt kan navigere i behandlernes forskellige fagligheder. En alkoholbehandler fortæller: *"Det, jeg kan se, når [familiebehandleren] og jeg sidder sammen, er, at jeg hele tiden har fokus på afhængighed, medafhængighed osv., mens [familiebehandleren] sidder med fokus på samspil og familie, hvordan er det at være barn, osv. De to ting sat sammen fungerer godt i denne her sammenhæng. Man kan nemt komme til at overse noget, når man har sit eget fokus"*. Et samarbejde om indsatsen mellem alkoholbehandlere og familiebehandlere kan således give en øget og flerfacetteret faglighed i behandlingen og understøtte inddragelsen af hele familien i behandlingen af alkoholproblematikken i familien.

Familieorienteret tilgang giver kvalitetsløft i alkoholbehandlingen til gavn for borgerne

Projektkoordinatorerne peger bredt set i selvevalueringerne på, at både drikke og pårørende har gavn af den familieorienterede tilgang i behandlingen. I selvevalueringerne nævner enkelte projektkoordinatorer, at de oplever, at alkoholbehandlerne kan tage fat om andre problemer end tidligere, når hele familien er samlet, og at de samtidigt får et bredere og mere nuanceret syn på den drikke gennem familiebehandlingen.



Boks 5-2: Forbehold vedr. resultaterne for borgerne

Denne evaluering belyser ikke de direkte borgerrettede resultater af familieorienteret alkoholbehandling. Analysen i dette afsnit baserer sig på projektkoordinatorernes vurdering i selvevalueringerne og på ledere, projektkoordinatorer og alkoholbehandleres vurdering i casestudiet. Samtidig er der gennemført enkelte interviews med familier, som har indgået i familieorienteret alkoholbehandling i nogle af casekommunerne, som illustrerer borgernes eget perspektiv på den familieorienterede alkoholbehandling. Interviewene med familierne er ikke nødvendigvis repræsentative for alle familier i familieorienteret alkoholbehandling, men repræsenterer disse familiers oplevelser og perspektiver på at indgå i et familieorienteret alkoholbehandlingsforløb.

I casekommunerne fremhæver alkoholbehandlerne, at de oplever, at den familieorienterede tilgang har løftet kvaliteten i alkoholbehandlingen. Det er en styrke i alkoholbehandlingen, når fokus ikke kun er på alkoholen, men også, hvad alkoholen gør ved familien, og denne ændring er til gavn for familien. En leder i alkoholbehandlingen fortæller om, hvordan kvalitetsløftet i alkoholbehandlingen kommer til udtryk i boksen til højre.

Der kan være blandede reaktioner fra borgere i alkoholbehandlingen, når de præsenteres for muligheden for at inddrage familien i behandlingen.

"En medarbejder har fortalt mig, at det er noget af det vigtigste, der er sket i hendes karriere. Hun fortalte, at hun havde det helt skidt over, hvordan vi behandlede tidligere. Det kan ikke siges tydeligere. Det giver så meget mening at arbejde med hele familien, særligt når der er børn. At arbejde med hele familien, hele dynamikken, hele kontakten – det giver så meget mening."

– Leder alkoholbehandling

Oplevelsen i casekommunerne er, at borgerne i højere grad er villige til at inddrage deres partner i behandlingsforløbet og er mere tilbageholdende i forhold til at inddrage deres børn. Når det lykkes at inddrage familien, er det ifølge alkoholbehandlerne en meget meningsfuld og virkningsfuld behandling, men erfaringen er, at det kræver et stort og vedvarende motivationsarbejde, hvis familien skal inddrages direkte i behandlingsforløbet. En alkoholbehandler beskriver, hvad barrieren for den drikkende kan være: "Den drikkende sidder ofte med en forestilling om, at børnene ikke er klar over, at de drikker. Eller en fortælling om, at børnene tænker, at det er stress eller andet. Der er også nogle, som tænker, at deres partner kompenserer for problemet, eller at det er noget, de selv skal finde ud af at løse sammen". Samtidig kan barrieren også ligge hos de pårørende, som ikke ønsker at blive inddraget i alkoholbehandlingsforløbet. En alkoholbehandler fortæller: "Der er også tilfælde, hvor den drikkende ønsker at inddrage familien men partneren ikke ønsker det. Så de pårørende kan også have modstand mod det. Eller teenagebørn, som ikke ønsker det. De søger måske hjælp senere i livet".

"Jeg nyder, at jeg hver anden uge kan trække vejret i 1½ time, hvor en anden voksen tager over."

– Pårørende

Blandt de interviewede familier, som har indgået i familieorienteret alkoholbehandling, er der generelt stor tilfredshed med det behandlingsforløb, de har været igennem. Nogle af forældrene, som har indgået i gruppeforløb, fortæller, at det er meget centralt for et vel fungerende forløb, at der er deltagere nok på holdet. Dette er vigtigt, fordi man som deltager har brug for nogle at spejle sig i og sparre med, og et større hold øger sandsynligheden for, at man oplever, man sidder med nogle, som er ligesindede. På samme måde er et større hold af deltagere mindre sårbart over for afbud.

Hovedparten af de interviewede fortæller, at børneperspektivet i behandlingsforløbet har været en meget central motivationsfaktor for at indgå i familiebehandlingsforløbet, og et af de interviewede

par nævner, at det netop var, *fordi* der var et børneperspektiv, at parret valgte at indgå i familiebehandling.

Forældrene fortæller, at det gør en forskel at høre og se børnenes reaktioner på alkoholproblemerne og det har afgørende betydning for forandrende adfærd for begge forældre. Det har dog særligt betydning for den drikkende forælders erkendelse af alkoholmisbrug og motivation til at stoppe med at drikke. En far i behandling for sit alkoholforbrug fortæller: *"Det at høre og se børnene, det har givet hele motivationen. Det har fået mig til at beslutte, at nu er det helt slut med alkohol"*. En anden far i alkoholbehandling fortæller, at han før behandlingen godt vidste, at han havde et problem med alkohol, men det var først, da han hørte, hvor bekymret og ked af det, hans datter var, at han besluttede at stoppe, fordi hun: *"Jo er det vigtigste i mit liv"*.

Hovedparten af de interviewede forældre fortæller, at også deres børn har vist tegn på forandring, og at de er mere glade, trygge og lettede, efter de er startet i behandlingen. Forældrene mener, at forandringen skyldes, at børnene i behandlingen har fået mulighed for at udtrykke og bearbejde følelser og tanker, dels med andre voksne end deres forældre, og dels med forældrene under trygge rammer. Børnene lærer, at det er okay at tale om alkohol. En kvinde, som har indgået i behandlingsforløbet på grund af sin eksmands alkoholmisbrug, fortæller: *"Børnene har fået så meget ud af det. De er helt vildt trygge. De glæder sig til næste gang hver gang"*. En anden kvinde oplever, at børnene tager det, de lærer i behandlingen, med hjem. Hun fortæller: *"Der kunne flere dage efter kurset komme reaktioner eller kommentarer på noget, de havde haft om på kurset"*. Faderen fortæller, at han også oplevede at blive tættere knyttet til børnene, når de kørte sammen hjem fra behandlingen.

"Hun [datter] har fået ro. Hun kan slappe af. Hun ved, at der er flere voksne, der ved, at far drikker. Det er ikke hendes ansvar ... hun er mere fri".

- Pårørende

Nogle enkelte af forældrene fortæller, at børnene desuden er begyndt at åbne sig mere om den drikkende forælders misbrug og i højere grad kan sige fra. En kvinde fortæller: *"De [behandlerne] lærer børnene, at det er ok at snakke om det [misbruget]. Det er ikke tabu. Man må gerne gå ind til naboen eller ringe til mor. Man må også gerne sige fra over for far"*. En mand i alkoholbehandling fortæller, at det før var utænkeligt, at hans søn sagde fra over for andre. Derudover oplever en mor, at hendes datter taler mere åbent om farens alkoholmisbrug i sin børnehave, hvor hun fortæller personalet: *"Det er fordi, min far har drukket for meget øl, derfor skal jeg ud til [behandlingstilbud]"*. Forældrene oplever således, at misbruget i mindre grad er et tabu for deres børn, efter de er startet i behandling.

To forældre fortæller, at den familieorienterede alkoholbehandling skaber rammerne for, at familien (begge forældre og børn) under trygge forhold kan give udtryk for følelser og tanker relateret til alkoholproblemerne, som de ellers ikke ville turde. Den ene forælder, en far i behandling for sit alkoholmisbrug, fortæller, at det har haft afgørende betydning at møde ligesindede og ikke føle sig forkert, da det har skubbet skyld- og skamfølelsen væk. Han fortæller, at han i behandlingen har indset, at alkoholproblemer kan ramme alle.

"At møde nogle, der ikke dømmer dig for det, du siger. Man behøver ikke feje noget under gulvtæppet."

- Pårørende

En forælder, som indgår i et pårørendeforløb på grund af sin eksmands alkoholproblemer, fortæller, at hun i pårørendegruppen har fundet en nær ven, der støtter hende fremadrettet, og som hun kan dele sine bekymringer med. For hende har det haft afgørende betydning, at hun bliver mødt med forståelse, og at hun kan sige tingene, som de er. Hun fortæller, at hun gennem pårørendetilbuddet har forstået, at det ikke er hende, der er forkert, og hun kan dele sine tanker med en ligesindet.

5.2 Forudsætninger for at lykkes med omstillingen til familieorienteret alkoholbehandling

Samlet set har puljen til familieorienteret alkoholbehandling bidraget til at etablere eller styrke det familieorienterede perspektiv i alkoholbehandlingen. Alkoholbehandlingsenhederne har haft forskellige forudsætninger og udgangspunkter, hvor nogle har lang erfaring med det familieorienterede perspektiv og andre kun lige har påbegyndt implementeringen af dette perspektiv. I det følgende beskriver vi de drivkræfter og barrierer, som påvirker implementeringen af en familieorienteret tilgang på tværs af organisationerne.

Alkoholbehandlerne har behov for løbende opkvalificering, sparring og supervision

I de alkoholbehandlingsenheder, hvor familieperspektivet er nyt, bliver det fremhævet, at det kan være vanskeligt for alkoholbehandlere, som er vant til individuel alkoholbehandling, at omstille sig til et mere familieorienteret og relationelt perspektiv. Som beskrevet tidligere, kan det være en udfordring for nogle af alkoholbehandlerne at begynde at inddrage den drikkes familie og børn i samtalerne om alkoholproblematikken. På samme måde som alkohol kan være vanskeligt at tale om for frontpersonaler, som arbejder med familierne og ikke er vant til at tale om alkohol, kan familien og børnene være vanskeligt at tale om for alkoholbehandlere, som har været vant til at fokusere på den drikkes og alkoholen alene.

Erfaringen fra selvevalueringerne såvel som casestudiet er således, at det kræver en solid opkvalificering for, at alkoholbehandlerne føler sig klædt på til at arbejde med det relationelle perspektiv i alkoholbehandlingen. En alkoholbehandler i en af casekommunerne forklarer, hvordan hun oplever en udfordring i, at alkoholbehandlerne stadig er usikre på, hvordan de håndterer forløbene og fortsat mangler erfaring: *"Mine kolleger vil rigtig gerne, og de kan måske godt klare første og anden samtale, men hvad så derfra?"*. Den grundlæggende udfordring for alkoholbehandlerne i omstillingen til et familieorienteret fokus er, at inddragelsen af familien øger kompleksiteten i behandlingen. Fra at have fokus på ét individ skal behandlerne til at vænne sig til at have fokus på flere individer. En alkoholbehandler forklarer: *"Vi har i mange år haft fokus på individet, som bærer problemet. Jeg er trænet i at kigge på én borgere og finde frem til problemet og løse det – nu skal jeg så pludselig til at forholde mig til fem eller syv individer. Det er en kompleks opgave og lige som med alle andre forandringer, så tager det tid. Alle forandringer tager tid."*

På tværs af casekommunerne bliver det således også fremhævet, at opkvalificeringsforløbet i sig selv ikke er nok til at implementere den familieorienterede tilgang, hvis behandlerne ikke har erfaring med dette i forvejen. Oplevelsen er, at der ligger et stort arbejde i at skubbe tingene i gang, så den enkelte alkoholbehandler kan få erfaring og bruge de nye kompetencer i praksis. Som beskrevet i kapitel 2 viser implementeringsforskningen såvel som erfaringerne fra projektet, at det kræver løbende fokus, sparring og supervision at omsætte og forankre kompetencerne fra opkvalificeringsforløbet til praksis. Et af de konkrete greb, som har været virksomme i en af casekommunerne, er at have "børnefokus" på som et fast punkt på alkoholbehandlingens behandlingsmøder. Dette understøtter, at alkoholbehandlerne kan hjælpe hinanden med at holde fokus på hele familien og på børnene og dermed styrke familieperspektivet i hele alkoholbehandlingsstaben.

Samtidig er det en central drivkraft, hvis der er en eller to i behandlerstaben, som har stærke børne- og familiefaglige kompetencer i alkoholbehandlingen, der kan understøtte de øvrige alkoholbehandlere og sørge for at fastholde det familieorienterede fokus i alkoholbehandlingstilbuddet. I en af casekommunerne har en børne- og familiesagkyndig alkoholbehandler mange af familiesamtalerne og kan tage samtalerne med de børn, som kommer med i alkoholbehandlingsforløbene. Samtidig har hun en rådgivende og sparrende rolle over for de alkoholbehandlere, som oplever, at det er vanskeligt at skulle inddrage familien. Det kan således være en drivkraft, når der er stærke børne- og familiekompetencer i alkoholbehandlingstilbuddet, som kan understøtte alkoholbehandlernes løbende fokus på det familieorienterede perspektiv. Dette gør sig også gældende, når alko-

holbehandlere, der skal til at opbygge erfaring med det familieorienterede perspektiv, oplever, at de kan få råd og sparring hos nogle med børne- og familiefaglige kompetencer.

Tydlig ledelsesopbakning og kommunikation om den familieorienterede tilgang

På tværs af selvevalueringerne og i casestudiet påpeger projektkoordinatorer og alkoholbehandlere, at det understøtter alkoholbehandlingens omstilling, hvis den familieorienterede tilgang er en tydelig prioritering hos alkoholbehandlingens ledelse. Alkoholbehandlerne fortæller, at det bliver lettere at sætte den drikkes familie og børn på dagsordenen i behandlingen, når man kan læne sig op ad, at dette er den generelle tilgang i alkoholbehandling. Samtidig understøtter det den familieorienterede tilgang i selve behandlingsforløbet, hvis borgerne allerede i det første møde med alkoholbehandlingens rådgivnings- eller visitationsmedarbejdere bliver præsenteret for, at inddragelsen af familien er en central del af behandlingstilbuddet.

Det behøver ikke at betyde, at familien skal inddrages fra start, da der kan være borgere, som har modstand mod dette eller oplever, det er grænseoverskridende at skulle involvere deres partner eller børn. Men i selvevalueringen fremhæver projektkoordinatorerne vigtigheden af at introducere den familieorienterede tilgang til alkoholbehandling allerede fra starten af behandlingsforløbet, så der er tid til, at borgeren kan vænne sig til konceptet, ligesom det er noget, man kan vende tilbage til undervejs i behandlingsforløbet. Dette kræver således en ledelsesmæssig opbakning til, at tilgangen implementeres bredt i alle dele af alkoholbehandlingstilbuddet.

Nogle af projektkoordinatorerne påpeger i selvevalueringen, at alkoholbehandling med fordel kan bruge de nationale kliniske retningslinjer for alkoholbehandling til fagligt at underbygge, at behandlingen baserer sig på en familieorienteret tilgang¹⁷. De nationale kliniske retningslinjer for alkoholbehandling kan give alkoholbehandlerne noget "støtte i ryggen", når de præsenterer tilgangen for den drikkes, fordi det giver en forklaring på, hvorfor det er en god idé at inddrage partneren i løbet af behandlingsforløbet. Dette betyder ikke, at alle borgere, som bliver indskrevet i behandling, skal præsenteres for det forskningsmæssige belæg og for de kliniske retningslinjer, men det kan være en viden, som understøtter behandlerne, når de præsenterer den familieorienterede tilgang for borgerne. Alkoholbehandlerne understøttes yderligere i dette, når der ledelsesmæssigt er besluttet og bakes op om den familieorienterede tilgang. På den måde er en ledelsesmæssig beslutning om at implementere anbefalingerne fra de nationale kliniske retningslinjer i alkoholbehandling central for at gå fra en *Letting it happen*-tilgang til implementeringen af anbefalingerne til en *Making it happen*-tilgang. Det er således en central drivkraft i omstillingen til en familieorienteret alkoholbehandling, at denne tilgang ikke vælges til eller fra af den enkelte behandler eller den drikkes, men derimod er en tilgang, som der ledelsesmæssigt er besluttet og er opbakning til i alkoholbehandlingssenheden.

Håndtering af kulturelle forskelle mellem familie- og alkoholbehandling

Som beskrevet tidligere er et tæt samarbejde mellem alkoholbehandlere og familiebehandlere en stærk drivkraft for at lykkes med at inddrage familien direkte i alkoholbehandling. Erfaringen fra projekterne er dog, at der kan være en række kulturforskelle og organisatoriske barrierer mellem alkohol- og familiebehandling, som skal håndteres.

I de kommuner, der har arbejdet med at etablere eller styrke samarbejdet mellem alkoholbehandlere og familiebehandlere, har nogle af projektkoordinatorerne påpeget, at det kan være en udfordring at få de forskellige fagligheder i alkoholbehandling og familiebehandling til at spille sammen. Nogle projektkoordinatorer fremhæver i selvevalueringerne, at familiebehandlere kan være bekymrede for, at fokus på alkoholforbrug og -problemer kan påvirke deres relationsarbejde med familierne negativt. Nogle af projektkoordinatorerne vurderer ligeledes, at det også kan være vanskeligt for familiebehandlere at "bryde tabuet" og tale om alkoholforbrug og -problemer i fami-

¹⁷ De nationale kliniske retningslinjer viser, at der er evidens for at inddrage partneren i behandling, men der er ikke evidens for, at børn inddrages direkte i behandlingen.

lierne på samme måde, som det kan være for de frontmedarbejdere, der står for den tidlige opsporing. Det er erfaringen på tværs af projekterne, at denne barriere kan overkommes med fælles opkvalificering. I de projekter, hvor alkoholbehandlere og familiebehandlere har været afsted på samme kurser i familieorienteret alkoholbehandling, bliver det fremhævet som en stor drivkraft for samarbejdet. En fælles opkvalificering giver en fælles faglig platform for samarbejdet, og det giver et bedre fundament og fælles ståsted for, hvornår alkohol er et problem for familien, og hvordan børnene skal inddrages og støttes. Samarbejdet mellem alkoholbehandlere og familiebehandlere kan derfor styrkes via fælles opkvalificering, hvilket understøtter inddragelsen af familien i en familieorienteret alkoholbehandlingsindsats.

Håndtering af lovgivningsmæssige og organisatoriske forskelle mellem familie- og alkoholbehandling

Samtidig peger nogle af de projekter, som har etableret en indsats i fællesskab mellem alkoholbehandling og familiebehandling på, at der kan være lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer for samarbejdet. I casestudiet fremhæver nogle af projektkoordinatorerne og behandlerne, at de oplever et dilemma i forhold til underretninger, fordi borgerne har mulighed for anonymitet i alkoholbehandlingen. I en af casekommunerne har man oplevet dette dilemma ved, at det familieorienterede alkoholbehandlingstilbud blev præsenteret som et anonymt tilbud. De udgående alkoholbehandlere, som mødte familier, der kunne være i målgruppen for familieorienteret alkoholbehandling, var således i tvivl om, hvorvidt de skulle kontakte familiemyndighedsafdelingen, når nu borgerne var blevet fortalt, at tilbuddet var anonymt. På samme måde undrede familiemyndighedsafdelingen sig over, at der var familier i det familieorienterede alkoholbehandlingstilbud, som de ikke kendte til. Lederen af familieafdelingen forklarer, hvordan dette dilemma har været en udfordring i omstillingen til familieorienteret alkoholbehandling: *"Vi har haft et dilemma med underretningspligt og anonymitet. I alkoholbehandlingen er det med at være anonym et vigtigt forhold, mens det for os i familiebehandlingen er meget mere naturligt, at man ikke er det"*. I en anden casekommune fremhæver alkoholbehandlerne samme dilemma omkring underretninger og fremhæver, at de oplever, at tabuet omkring alkohol bliver fastholdt, når man kan indgå anonymt i alkoholbehandling. De har konkret håndteret dette dilemma ved at beslutte, at den familieorienterede alkoholbehandling ikke er anonym, og påpeger, at dette er vigtigt for at kunne håndtere dilemmaet omkring underretning.

En anden organisatorisk forskel mellem alkoholbehandling og familiebehandling, som i casestudiet fremhæves som en barriere, der kan vanskeliggøre arbejdsgangene og samarbejdet, er, at der i familiebehandlingen ofte er ventetid på at starte et behandlingsforløb, hvor der i alkoholbehandlingen er en lovfastsat behandlingsgaranti på 14 dage. Dette fremhæver nogle af casekommunerne som en barriere for at etablere den familieorienterede alkoholbehandlingsindsats på tværs af familiebehandling og alkoholbehandling. En leder af familieafdelingen fortæller: *I rusmiddelcenteret er der 14 dages behandlingsgaranti. I familiecenteret er der venteliste. Man går i princippet kun uden om ventelisten, hvis der er tale om babyer eller akutanbringelser. I familiecenteret har vi måttet bryde lidt med vores principper, da vi har besluttet at tage to sager ind uden om ventelisten. Det er et greb, som har virket"*. De casekommuner, som har oplevet denne barriere, har løst det ved at lave undtagelser for enkelte familier, der kan komme uden om ventelisten, hvis forældrene er i familieorienteret alkoholbehandling i rusmiddelcenteret.

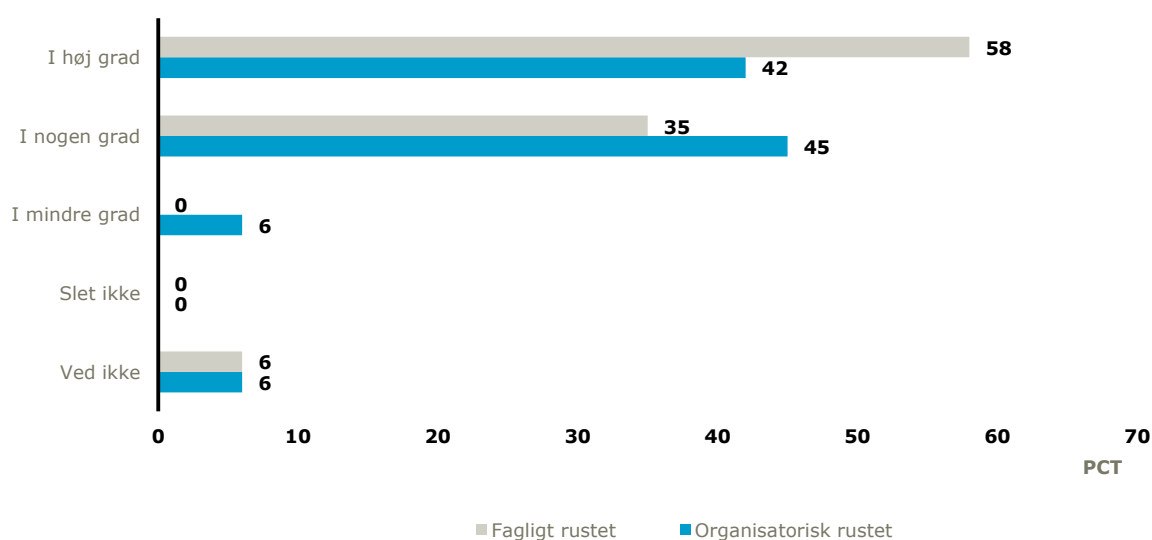
De lovgivningsmæssige forskelle og eventuelle organisatoriske barrierer er derfor centrale at adressere og håndtere, når der oprettes familieorienterede alkoholbehandlingstilbud i et samarbejde mellem alkoholbehandling og familiebehandling. Det kan derfor være relevant at udarbejde konkrete samarbejdsmodeller mellem alkoholbehandling og familiebehandling for at afklare arbejdsgangene. Flere projektkoordinatorer beskriver i selvevalueringerne, at udviklingen af samarbejdsmodeller har betydet bedre arbejdsgange og sparringsmuligheder mellem alkoholbehandling og familiebehandling og givet større kendskab til hinanden på tværs af faggrupper. Her er det særligt virkningsfuldt, hvis ledelse og medarbejderrepræsentanter på tværs af de relevante afdelinger

udvikler samarbejdsmodellen i fællesskab, og denne godkendes på ledelsesniveau, så alle involverede er enige om arbejdsgangen.

5.3 Forankring af familieorienteret alkoholbehandling fremadrettet

I det følgende beskriver vi kommunernes planer for og tiltag til at sikre den fremadrettede forankring af den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen. Projektkoordinatorerne har i spørgeskemaundersøgelsen vurderet, i hvilken grad de mener, at alkoholbehandlingen er fagligt rustet og organisatorisk rustet til at arbejde familieorienteret fremadrettet. Figuren nedenfor viser, at hovedparten af projektkoordinatorerne vurderer, at alkoholbehandlingen i høj grad er fagligt rustet til at arbejde familieorienteret fremadrettet. Samtidig vurderer hovedparten, at alkoholbehandlingen i nogen grad er organisatorisk rustet til at arbejde familieorienteret fremadrettet.

Figur 5-2: Projektkoordinatorernes vurdering af, i hvilken grad alkoholbehandlingen er fagligt og organisatorisk rustet til at arbejde familieorienteret fremadrettet



På baggrund af projektkoordinatorernes vurdering tyder det således på, at puljen har understøttet alkoholbehandlingens faglighed til at arbejde familieorienteret fremadrettet, men at der kan være et opmærksomhedspunkt i, at alkoholbehandlingen også organisatorisk understøtter denne tilgang fremadrettet.

Projektkoordinatorerne har ligeledes angivet, hvilke typer af familieorienteret alkoholbehandling som planlægges at fortsætte efter projektperiodens ophør. Figuren nedenfor viser, at hovedparten af projektkoordinatorerne angiver, at der fortsat vil være familiesamtaler, hvor børnene er inddraget, parsamtaler med fokus på samspil mellem parrene og parsamtaler med fokus på forældrerollen samt tilbud til partneren, selvom den drikkende ikke er i behandling.

Tabel 4-2: Indsatstyper i den familieorienterede alkoholbehandling, som planlægges at fortsætte efter projektets ophør. Angivet i samlet antal på tværs af projekter og pct. af besvarelserne

	Afslutning	
Tilbud til partner, selvom den drikkende ikke er i behandling	27	90 pct.
Tilbud til børn/unge/voksne børn, selvom den drikkende ikke er i behandling	25	83 pct.
Parsamtaler med fokus på fx konflikter og samspil mellem parterne	28	93 pct.
Parsamtaler med fokus på forælderrollen og aflastning af børnene	27	90 pct.
Familiesamtaler, hvor børnene er inddraget	29	97 pct.
Særskilt tilbud til partnere, hvor den drikkende er i behandling	21	70 pct.
Særskilt tilbud til børn/unge, hvor den drikkende er i behandling	20	67 pct.
Tilbud til andre pårørende (end partner/børn)	22	73 pct.
Tilbud til den drikkende med fokus på familiemønstre	24	80 pct.
Andre	8	26 pct.

Note: N=30 (et projekt angiver, at spørgsmålet ikke er relevant, da de ikke har tilbud om familieorienteret alkoholbehandling)

Kilde: Survey til projektkoordinatorer.

Ud over ovenstående indsatstyper beskriver en stor del af projektkoordinatorerne i selvevalueringen, at alkoholbehandlingen vil fortsætte med de samarbejdsmodeller og samarbejdsaftaler, som er udviklet i projektperioden, og fortsætte med at afholde temadage og samarbejds møder med aktører, som er relevante at samarbejde med i forhold til familier med alkoholproblemer.

Ledelsesmæssig opbakning til at forankre den familieorienterede alkoholbehandling

Som beskrevet tidligere er den ledelsesmæssige opbakning til den familieorienterede alkoholbehandling helt central for at implementere denne tilgang i alkoholbehandlingen. Ved afslutningen af projektet har 24 ud af de 31 projektkoordinatorer, svarende til 77 pct., svaret, at ledelsen har besluttet, at den familieorienterede tilgang skal være et grundlæggende koncept for alkoholbehandlingen fremadrettet, hvilket fremgår af figuren nedenfor.

Tabel 4-3: Ledelsesmæssig beslutning om den familieorienterede alkoholbehandling som et grundlæggende koncept for alkoholbehandlingen i fremtiden. Angivet i pct. af besvarelserne

	Start		Afslutning	
Ledelsen har besluttet, at den familieorienterede alkoholbehandling skal være et grundlæggende koncept for alkoholbehandlingen i fremtiden	21	68 pct.	24	77 pct.
Ved ikke/ikke besluttet	10	32 pct.	7	23 pct.

Note: N=31

Kilde: Survey til projektkoordinatorer.

I casestudiet eksemplificerer ledelse og medarbejdere i kommunerne, hvilke konkrete tiltag der er gjort for at forankre den familieorienterede alkoholbehandling fremadrettet. I en af kommunerne er det ledelsesmæssigt besluttet, at der skal være en fast børne- og familiefaglig stilling i alkoholbehandlingen, så tilgangen og perspektivet er forankret fremadrettet. I en anden af casekommunerne er det ledelsesmæssigt besluttet at forankre den koordinatorfunktion, som har været igennem projektperioden for at sikre det fremadrettede samarbejde mellem familiebehandling og alkoholbehandling samt snitflader til andre relevante aktører i forhold til familier med alkoholproblemer. I en tredje casekommune har man ledelsesmæssigt besluttet at forankre den etablerede sparringsmodel, hvor familiebehandlerne systematisk inviteres med på behandlingsmøder i alkoholbehandlingen, og dermed sikres og understøttes alkoholbehandlerens fortsatte fokus på den relationelle og familieorienterede tilgang.

Politisk fokus og opbakning er en central drivkraft for forankringen fremadrettet

Ligesom ledelsesmæssig opbakning er central, er den politiske opbakning i kommunen en vigtig kontekstfaktor og drivkraft for ledelsens mulighed for at implementere og fremadrettet forankre en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen. De kommuner, som oplever, at der mangler kommunalpolitisk fokus på alkoholproblematikker eller mangler politisk opbakning til en familieorienteret

ret tilgang til alkoholproblematikker, oplever, at det er vanskeligt at implementere en familieorienteret alkoholbehandling. I en af casekommunerne forklarer alkoholbehandlerne, at de har oplevet det som en udfordring for implementeringen af tilbuddet, at der mangler kommunalpolitisk fokus og prioritering af alkoholproblemer, hvilket ifølge behandlerne hænger sammen med, at alkoholproblemer er en gråzone, fordi alkohol er lovligt og noget, de fleste mennesker bruger.

Projektkoordinatorerne fremhæver i selvevalueringerne, at der kan være en politisk indstilling om, at det er folks egen private sag, hvor meget og hvordan man bruger alkohol i den enkelte familie, og det ikke er noget, som kommunale medarbejdere systematisk skal spørge ind til. Omvendt oplever ledere og medarbejdere i de kommuner, hvor der er vedtaget en fælles alkoholpolitik på tværs af forvaltninger og hvor der er politisk opbakning, at alkoholforbrug og -overforbrug er noget, som kommunens medarbejdere har et ansvar for at adressere og håndtere, og at dette er en stor drivkraft for at implementere og fremadrettet forankre den familieorienterede alkoholbehandling.

For at understøtte en politisk opbakning og derigennem ledelsesmæssig opbakning til både familieorienteret alkoholbehandling og tidlig opsporing, er det centralt at sprede viden om følgevirkningerne af at vokse op i en familie med alkoholproblemer. I nogle af kommunerne har man haft gode erfaringer med at sætte problematikken på dagsordenen ved at afholde temadage for frontpersonaler og evt. lokalpolitikere. På temadagene har der fx været foredrag og skuespil, der viser, hvad det vil sige at vokse op i en familie med alkoholproblemer, samt hvilke alvorlige konsekvenser det kan have for børn og unge på både kort og længere sigt. I en af kommunerne fortæller lederen af alkoholbehandlingen, at den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen er blevet politisk vedtaget, hvilket sikrer forankringen fremadrettet.

6. KONKLUSION OG LÆRINGS-PUNKTER

I det følgende er en sammenfatning af evalueringens hovedkonklusioner og på baggrund heraf de læringspunkter, som kan være relevante for den fremadrettede udvikling af tidlig opsporing af familier med alkoholproblemer og en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen.

6.1 **Kompetenceudvikling kræver, at ny viden omsættes og forankres i alkoholbehandlingen**

Via puljen til familieorienteret alkoholbehandling er 243 alkoholbehandlere blevet kompetenceudviklet. Hovedparten af kommunerne har haft alkoholbehandlerne på kurser, der fokuserer på at inddrage og tage højde for familien i alkoholbehandlingen og hermed understøtte en relationel og familieorienteret tilgang.

Evalueringen viste, at alkoholbehandlerne samlet set har opnået nye kompetencer i den familieorienterede tilgang, men at det kræver vedholdende fokus og understøttelse af, at kompetencerne omsættes i praksis, hvis der skal ske et skifte fra et individorienteret til et familieorienteret fokus i alkoholbehandlingen. Erfaringerne i projektet er således på linje med implementeringsforskningen og viser, at undervisning ikke kan stå alene, når der skal udvikles nye kompetencer og fagpersoner skal ændre adfærd i deres faglige arbejde. Det kræver understøttelse at omsætte ny viden til praksis, og der er gode erfaringer med at implementere og forankre alkoholbehandlerne nye kompetencer i de kommuner, hvor kursusdeltagelsen er fulgt op af en organisatorisk understøttelse af det familieorienterede perspektiv i form af fx supervision, mulighed for faglig sparring og særligt fokus på fx personalemøder. Her er det en særlig drivkraft, hvis der i behandlerstaben er medarbejdere, som har stærke børne- og familiefaglige kompetencer i alkoholbehandlingen. Det er endvidere vigtigt, hvis kompetenceudviklingen skal forankres i organisationen, at de behandlere, som ikke har deltaget i kurser, også indgår i fx supervision og faglig sparring.

6.2 **Behov for tydelig forventningsafstemning om kursernes indhold og målgruppe**

Evalueringen viste, at der har været vanskeligheder forbundet med kompetenceudviklingsforløbene, hvor der har været uklarhed om tilmeldingsprocedurer, målgruppen og det faglige niveau. Således har nogle deltagere oplevet, at det faglige niveau blandt deltagerne på nogle af kurserne var for forskelligt, og deltagerne derfor ikke fik så stort et fagligt udbytte af kurset, som de havde håbet. Samtidig har ledere og projektkoordinatorer oplevet, at der var relevante medarbejdere, som ikke kunne deltage på kurser, fordi de ikke havde den korrekte faglige baggrund. Desuden har flere kommuner oplevet, at kompetenceudviklingsforløbene lå tidsmæssigt sent i projektperioden eller at forskelle kurser, som var relevante for behandlerne, lå placeret på samme tidspunkt. Et læringspunkt fremadrettet er således at tilrettelægge kursusforløbene, så de fungerer som sammenhængende forløb for de enkelte alkoholbehandlingsenheder og at målgruppen for kurserne er ekspliciteret, så kurserne matcher behandlerne faglige niveau og udvikling af de kompetencer, som ledelsen af alkoholbehandlingen oplever, der er behov for.

6.3 **Tidlig opsporing kræver viden og handleanvisninger til at bryde tabuet**

Evalueringen viste, at kommunerne er lykkedes med at gennemføre opkvalificering for frontpersonalerne i tidlig opsporing og i nogen grad har opkvalificeret nøglepersoner for den tidlige opsporing. Det er primært frontpersonale, der har kontakt til børn og familier, konkret på skoler, daginstitutioner og på jobcentre, som er blevet opkvalificeret i tidlig opsporing. Evalueringen kan ikke påvise en sammenhæng mellem opkvalificeringen i tidlig opsporing og tilgangen til alkoholbehandlingen, men enkelte projektkoordinatorer har en oplevelse af, at den tidlige opsporingsindsats i kommunen har virket, fordi de ser, at der kommer nye typer af borgere i alkoholbehandlingen, hvor alkoholforbruget ikke har nået det omfang, som de plejer at se, når borgere starter alkoholbehandling.

Evalueringen viser, at frontpersonalet kan opleve en barriere i forhold til at spørge til alkoholforbrug og -problemer i familierne, fordi dette kan virke grænseoverskridende for familien såvel som

medarbejderen. Det er derfor centralt, at frontmedarbejderne bliver opkvalificeret til at identificere familier med alkoholproblemer og er bevidste om, hvilke følgevirkninger og risikofaktorer der kan være for børn, der vokser op i familier med alkoholproblemer. Det er dog ikke nok, hvis en tidlig opsporingsindsats skal implementeres, at frontpersonalerne opnår viden om familier med alkoholproblemer. Frontpersonalerne har også behov for støtte til at omsætte denne viden i praksis, når de står over for familierne. Konkret viste evalueringen, at frontmedarbejderne kan opleve det som en barriere at skulle tale med familier om alkoholproblematikker, selvom de har den fornødne viden. Det er derfor centralt, at frontpersonalerne får støtte til at bryde tabuet over for familier med alkoholproblematikker, hvilket kan gøres via konkrete spørgeguides og opkvalificering i samtaleteknikker. Erfaringen er, at disse spørgeguides bedst understøtter frontmedarbejderne, hvis de er målrettet medarbejdernes faglighed og den relation, de har til familierne, da der er forskel på, hvordan fx en klasselærer kan spørge ind til en forælder og hvordan en jobcentermedarbejder kan spørge ind til en borger. Et læringspunkt fremadrettet er, at udviklingen af konkrete guides til tidlig opsporing med fordel kan foregå i dialog mellem alkoholbehandlingen og repræsentanter for de fagpersoner, som skal forestå den tidlige opsporing, så disse guides bliver konkrete, handleansvarende og dermed relevante for frontpersonalerne.

6.4 Samarbejde mellem alkohol- og familiebehandling understøtter omstilling til familieorienteret alkoholbehandling

Evalueringen viser, at projekterne samlet set er lykkedes med at udvikle eller styrke den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen. Omstillingen til en familieorienteret tilgang indebærer primært, at familien inddrages indirekte i de individuelle samtaler med den drikkende. Evalueringen viser, at alkoholbehandlerne kan opleve, at det er vanskeligt at inddrage familiemedlemmerne, og særligt børn, direkte i behandlingen, når de er vant til at arbejde med den drikkende alene i behandlingen. Kompetenceudviklingen af alkoholbehandlerne til en familieorienteret tilgang har øget behandlerens bevidst om vigtigheden i og meningen med at anlægge et familieorienteret og relationelt perspektiv på alkoholbehandlingen, og den direkte inddragelse af familien foregår typisk ved parsamtaler med den drikkende og dennes partner og ved tilbud direkte til de pårørende.

Evalueringen viser, at et tæt samarbejde mellem alkoholbehandlere og familiebehandlere er en drivkraft for at lykkes med at inddrage familien direkte i alkoholbehandlingen. I løbet af projektperioden er samarbejdet mellem alkoholbehandlere og familiebehandlere styrket i flere af kommunerne. De alkoholbehandlere og familiebehandlere, som gennemfører indsatser i fællesskab, oplever, at deres fagligheder supplerer hinanden godt og er til gavn for familien. Et læringspunkt fremadrettet er således, at det styrker implementeringen af en familieorienteret alkoholbehandlingsindsats, når alkoholbehandlere og familiebehandlere har været på fælles kompetenceudvikling, som kan bygge bro mellem faglighederne og understøtte det fælles sprog i arbejdet med familierne. Et læringspunkt fremadrettet kan derfor være at udbyde kurser i familieorienteret alkoholbehandling med specifikt fokus på at sikre en fælles opkvalificering af familiebehandlere og alkoholbehandlere fra samme kommune.

Der kan dog være nogle kulturelle, lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer mellem alkoholbehandling og familiebehandling, som er nødvendige at adressere og håndtere, når der etableres en fælles indsats mellem alkoholbehandling og familiebehandling. Der kan fx opstå et dilemma omkring anonymitet, som er en mulighed i alkoholbehandlingen i forhold til underretninger til myndighedsområdet. Samtidig kan der være organisatoriske og lovgivningsmæssige forskelle, hvor der fx kan være ventetid i familiebehandlingen, er der en 14 dages behandlingsgaranti i alkoholbehandlingen. Et læringspunkt for en fremadrettet udvikling af familieorienteret alkoholbehandling i samarbejde mellem alkohol- og familiebehandlere er således at afdække de organisatoriske og kontekstuelle forskelle og håndtere disse, så eventuelle barrierer minimeres.

6.5 Forankring kræver politisk og ledelsesmæssig opbakning

Evalueringen viser, at ledelsesmæssig opbakning er en central drivkraft for at lykkes med at implementere en tidlig opsporingsindsats ved frontpersonale og en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen. Frontmedarbejdere i fx skoler, daginstitutioner og på jobcentre, som kan møde familier med alkoholproblemer og derfor er centrale i den tidlige opsporingsindsats, har mange andre opgaver i den daglige drift. Manglende ressourcer og ledelsesmæssig prioritering har derfor været en af de væsentligste barrierer i forhold til at opkvalificere frontpersonaler til en tidlig opsporingsindsats. Omvendt har det været en stor drivkraft for opkvalificeringen af frontmedarbejderne og implementeringen af en tidlig opsporingsindsats, når der er ledelsesmæssig opbakning til denne, fx i daginstitutioner eller sundhedsplejen. Et læringspunkt fremadrettet er således, at den enkelte kommune starter opkvalificeringen af frontpersonalerne i de institutioner og afdelinger, hvor der er ledelsesmæssig opbakning til at prioritere denne indsats som en del af driften og frontpersonalets øvrige opgaver. I nogle af projektkommunerne er der udviklet en alkoholpolitik på tværs af forvaltninger, og ledere og projektkoordinatorer i disse kommuner fremhæver, at dette kan være en central drivkraft, der understøtter ledelsesopbakning til den tidlige opsporing på tværs af områder, som er i kontakt med familierne og kan opspore familier med alkoholproblemer. En politisk og ledelsesmæssig opbakning, som fx kan manifesteres i en klar alkoholpolitik, understøtter, at alkoholforbrug er noget, der tales om og spørges ind til. Dette er en vigtig forudsætning, som frontpersonalerne kan læne sig op ad, når de skal tage samtalerne med familier om deres alkoholforbrug og eventuelle problematikker.

På samme måde viser evalueringen, at ledelsesmæssig opbakning er en vigtig drivkraft for implementeringen af den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen. I de alkoholbehandlingsenheder, hvor den familieorienterede tilgang er valgt til af ledelsen som den gennemsyrende tilgang i organisationen, oplever alkoholbehandlerne, at dette understøtter omstillingen væk fra en individorienteret behandling. Alkoholbehandlerne oplever, at det er lettere at begynde at tale om familien og inddrage familien i behandlingen, når de ved, at borgerne er blevet mødt af denne tilgang allerede ved første møde med behandlingsenheden, fx ved rådgivning eller visitationssamtaler. På samme måde understøtter det ledelsen i omstillingen mod en familieorienteret tilgang, hvis der er politisk opbakning til, at alkoholbehandling vedrører og inddrager hele familien og ikke kun den drikkende. I en af kommunerne har man arbejdet direkte på at få den familieorienterede tilgang i alkoholbehandlingen vedtaget politisk for at sikre forankringen af dette arbejde fremadrettet.

6.6 Perspektiver på implementering og organisatorisk omstilling

Som beskrevet indledningsvist, har Sundhedsstyrelsen prioriteret, at alle kommuner, der viste interesse for at indgå i puljen, skulle tildeles midler, så puljen kunne komme flest muligt kommuner til gode. Det betyder, at et stort antal kommuner har haft mulighed for at kompetenceudvikle deres alkoholbehandlere via kursusudbuddet, som primært har haft til formål at implementere en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen. En omfattende kompetenceudviklingsindsats af landets alkoholbehandlere kan således være et første skridt til at igangsætte et *mind shift* i alkoholbehandlingen fra en individorienteret behandlingstilgang til en mere relationel og familieorienteret tilgang. Evalueringens resultater indikerer, at dette er tilfældet. Samtidig viser implementeringsvidenskaben, at ændringer i procedurer og praksis både kræver en opbygning af de individuelle kapaciteter (fx gennem kompetenceudvikling) og de organisatoriske kapaciteter, som skal understøtte de nye rutiner og arbejds gange i praksis¹⁸.

Erfaringerne fra puljen til familieorienteret alkoholbehandling viser således også, at kommunerne overordnet har været tilfredse med muligheden for at gennemføre en kompetenceudvikling i alkoholbehandlerstaben, men at den brede tilgang til udmøntningen af puljen har betydet, at flere af

¹⁸ Rambøll, 2017: *Nye tilgange til implementering af policy – Hvordan offentlige ledere adresserer kompleksiteten i policy implementering og hvad der kan gøres for at øge effektivitet og bæredygtighed.*

http://www.consulting.ramboll.com/acton/media/18558/nye-tilgange-til-implementering-af-policy?_ga=2.258437448.355662274.1508246842-1672465969.1447000233

projekterne har nedskaleret forventningerne og ambitionerne i forhold til det omstillings- og implementeringsprojekt, som de havde ansøgt om. Erfaringerne viser, at det har været en stor drivkraft i omstillings- og implementeringsprocessen for de kommuner, som har fået midler til en projektkoordinator, der kunne understøtte den organisatoriske omstilling og herunder sikre løbende dialog med relevante aktører i forhold til tidlig opsporing og sikre en god samarbejdsflade mellem alkoholbehandling og familiebehandling.

Hvor den familieorienterede tilgang til alkoholbehandling tidligere har været implementeret med en *Letting it happen*-tilgang via de nationale kliniske retningslinjer for alkoholbehandlingen, har puljen her understøttet en *Helping it happen*-tilgang via kompetenceudvikling til alkoholbehandlernes. I det fremadrettede arbejde med at implementere en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen kan der med fordel lægges vægt på, hvordan Sundhedsstyrelsen kan understøtte en *making it happen*-tilgang til implementeringen, fx ved at tydeliggøre, hvilken forberedelse man anbefaler, at kommunerne gør sig, inden alkoholbehandlerne kommer på kursus, og hvilken opfølgning man anbefaler, at kommunerne sørger for i forlængelse af kursusudbuddet. Et andet greb kan være at sikre sig, at kursusudbuddet baserer sig på aktionslæring, som kan bidrage til, at viden omsættes og forankres i alkoholbehandlingen i praksis¹⁹. I aktionslæring foregår kompetenceudviklingen i en vekselvirkning, hvor den nye viden omsættes til praksis (aktioner) i form af handling og gøren - og samtidig bringes erfaringerne med at bruge den nye viden i praksis tilbage i læringsrummet og understøtter en reflekteret læring, som igen omsætter sig til udvikling og afprøvning af den nye viden i praksis.

¹⁹ Madsen, B., 2013, *Aktionslæringens landskab – med fokus på de senere års mange danske AL-miljøer*, Center for Ledelse og Organisationsudvikling, VIA University College.

BILAG 1 - DATAGRUNDLAG OG METODE

Evalueringen baserer sig på følgende datakilder, som vi beskriver nærmere i det følgende:

1. Spørgeskemaundersøgelse blandt alle projektkoordinatorer
2. Selvevaluering og opfølgende telefoninterviews med alle projektkoordinatorer
3. Casestudie i seks udvalgte projekter

Det er ikke alle projekter, der har haft en projektleder til at drive projektet, men alle projekter har udpeget en projektkoordinator, som har fungeret som kontaktperson i forhold til evalueringen. I nogle projekter er dette således lederen i fx alkoholbehandlingen, hvor det i andre projekter er en projektleder på projektet.

1.1 Spørgeskemaundersøgelse

Spørgeskemaundersøgelsen har haft til formål at afdække projekternes målopfyldelse i forhold til tidlig opsporing, kompetenceudvikling og omstilling til en familieorienteret tilgang i alkoholbehandlingen. Spørgeskemaundersøgelsen belyser således nogle nøgletal på udvalgte områder på tværs af projekterne, for at kunne give et samlet billede af opfyldelsen af målene for puljen.

I evalueringen er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse med projektkoordinatorerne i alle projektkommuner tre gange i løbet af projektperioden:

- 1) Ved opstart (juni 2015) med henblik på at etablere en baseline
- 2) Halvvejs i projektet (juni 2016) med henblik på at give en midtvejsstatus
- 3) Ved afslutning (januar 2017) for at give en slutstatus

Evalueringsrapporten baserer sig primært på slutmålingen og beskriver i nogle tilfælde udviklingen fra startmålingen til slutmålingen. Der er 31 besvarelser ved startmålingen og 31 besvarelser ved slutmålingen svarende til en svarprocent på 100 pct. Ved midtvejsmålingen mangler svar fra et projekt.

1.2 Selvevaluering og opfølgende interview med projektkoordinatorer

Som supplement til spørgeskemaundersøgelsen er der gennemført en selvevaluering i alle projekterne to gange i løbet af projektperioden. Formålet med selvevalueringerne er, at få viden om projekternes status og erfaringer med implementeringen ud fra de enkelte projektkommuners forudsætninger og egne målsætninger for projektet. Der er gennemført selvevalueringer to gange i projektperioden:

- 1) Midtvejs i projektet (juni 2016)
- 2) Ved afslutning (april-maj 2017)

Selvevalueringen er gennemført i to trin. Først har projektlederne, på baggrund af en række refleksionsspørgsmål fra Rambøll (jf. tabellen nedenfor), beskrevet projektets status og fremdrift. Rambøll har efterfølgende gennemført et uddybende telefoninterview med projektkoordinatorerne med det formål at få uddybet og udfoldet besvarelserne i selvevalueringen.

Table: Temaer og fokus i selvevalueringen

Temaer	Fokus
Status for projektet	<ul style="list-style-type: none"> • Status på målopfyldelse • Resultater som kan fremhæves og forklaring på manglende målopfyldelse
Kvalitetsudvikling	<ul style="list-style-type: none"> • Arbejde med at etablere tidlig opsporing • Udvikling og styrkelse af familieorienteret alkoholbehandling • Puljens bidrag til udvikling
Kompetencer	<ul style="list-style-type: none"> • Oplevelser med kompetenceudvikling • Overførbare kompetenceudvikling til organisation • Fremadrettet arbejde med kompetenceudvikling
Borgernes oplevelse	<ul style="list-style-type: none"> • Resultater for borgerne af den familieorienterede alkoholbehandling • Nye målgrupper og målgrupper, som er svære at nå • Reaktion på familieorienteret tilgang og tidlig opsporing
Organisering, ledelse og samarbejde på tværs	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatoriske ændringer som følge af det øgede familiefokus • Samarbejdsrelationen mellem alkoholbehandling og andre aktører • Ledelsesopbakning på tværs af fagområder og sektorer
Kontekst, politisk fokus og forankring	<ul style="list-style-type: none"> • Sammenhæng mellem udviklingsarbejde i alkoholbehandlingen og de politiske mål og værdier i kommunen • Forankring af tidlig opsporing, kompetenceudvikling og familieorienteret alkoholbehandling forankret efter projektets ophør • Fokuspunkter i fremtidig udvikling
Samarbejde på tværs af kommuner (for projekter med flere kommuner involveret)	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejde omkring udvikling af kvalitet i alkoholbehandling • Fordele og ulemper ved samarbejde

1.3 Casestudie i seks udvalgte projekter

I forbindelse med slutevalueringen har Rambøll gennemført casestudier i seks udvalgte projekter, for at opnå mere dybdegående viden om de organisatoriske processer, drivkræfter og barrierer, som hhv. ledelse, medarbejdere og frontpersonale har oplevet i forbindelse med implementeringen.

Der er på casebesøgene gennemført kvalitative, semistrukturerede interviews med følgende aktører:

- Ledelse i alkoholbehandlingen, 8 interviews med i alt 12 ledere.
- Projektkoordinator/projektleder, 5 interviews med i alt 7 projektkoordinatorer
- Ledelse i øvrige familiebehandlingstilbud og samarbejdspartnere, 8 interviews med i alt 10 ledere
- Alkoholbehandlere, familiebehandlere og nøglepersoner, 7 interviews med i alt 24 behandlere og nøglepersoner
- Udvalgte frontpersonale, som er blevet opkvalificeret i tidlig opsporing, 6 interviews med i alt 19 frontpersonaler

Interviewene er gennemført i grupper eller som enkeltinterviews ud fra en semistruktureret interviewguide, som Rambøll har udarbejdet. Interviewguiden indeholder de overordnede temaer og hjælpespørgsmål, som er relevante for evalueringen, men hvor der samtidig er plads til, at interviewpersonerne kan fortælle om de forhold og erfaringer med projektet, som de finder vigtige.

Interviews med familier

Rambøll samarbejder med cand.psyk og Ph.d. Helle Lindgaard, som har bistået til evalueringen med at gennemføre interviews med familier, som har indgået i den familieorienterede alkoholbehandling i nogle af de udvalgte casekommuner. Helle Lindgaard har forestået rekrutteringen til interviews og gennemført interviews med familier i de udvalgte casekommuner. Formålet med disse interviews er at få familiernes fortælling af deres oplevelse med indsatsen, herunder hvordan de har oplevet selve behandlingsforløbet, hvad de selv vurderer at have fået ud af det og hvad der eventuelt kunne have været anderledes eller bedre for at hjælpe familien bedst muligt. Der er foretaget 7 interviews, med i alt 9 deltagere, der tilsammen repræsenterer 6 eller 8 familier (afhængig af definition på familie; "at man har børn sammen" eller "at man bor sammen"). Fire interviews er gennemført som ansigt-til-ansigt interviews og tre er gennemført som telefoninterviews. Som beskrevet i evalueringsrapporten kan familierne ikke siges at være repræsentative, men deres perspektiv kan bidrage med viden om disse familiers oplevelser af at indgå i den familieorienterede alkoholbehandling.