

# FAMILIE OG ALKOHOL

Tidlig familieorienteret alkoholrådgivning,  
når alkohol fylder

Juni 2021

# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse .....	2
1 Resumé .....	3
1.1  Kompetenceudvikling af og samarbejde med frontpersoner .....	4
1.2  Borgerrettet oplysnings- og kommunikationsindsats .....	4
1.3  Henvisningskanaler og tilgang.....	4
1.4  Bedre sundhed og trivsel.....	4
1.5  Bedre kvalitet for den enkelte.....	5
1.6  Økonomi; effektiv anvendelse af ressourcer.....	5
Indledning.....	6
1.7  Problembaggrund.....	6
1.8  Rapportens formål.....	6
1.9  Projektets mål og delmål.....	7
2 Metode .....	9
2.1  Kompetenceudvikling af og samarbejde med frontpersoner .....	9
2.2  Borgerrettet oplysnings- og kommunikationsindsats .....	11
2.3  Tilgængeligt og attraktivt rådgivningstilbud.....	12
2.4  Dataindsamling i projektperioden.....	15
3 Resultater .....	19
3.1  Kompetenceudvikling af og samarbejde med frontpersoner .....	19
3.2  Borgerrettet oplysning og kommunikationsindsats .....	25
3.3  Henvisningskanaler og tilgang.....	26
3.4  Karakteristik af familierne .....	29
3.5  Frafaldsanalyse.....	34
3.6  Sundhed og trivsel.....	35
3.7  Kvalitet.....	48
3.8  Økonomi; effektiv anvendelse af ressourcer.....	51
3.9  Erfaringsopsamling.....	57
5 Konklusion .....	60
6 Referencer.....	61

# 1 Resumé

I Familie og Alkohol er det målet at opnå tidlig kontakt (dvs. før problemerne vokser sig for store og/eller har stået på for længe) til børnefamilier, hvor alkohol fylder for meget. Vi hjælper familier fra Lolland og Guldborgsund Kommuner til bedre sundhed og trivsel gennem familieorienteret alkoholrådgivning; et forløb, som bliver tilpasset til den enkelte families behov.

Vi ønsker at levere et rådgivningstilbud af høj kvalitet, hvor familierne oplever høj grad af tilfredshed, og på et felt, hvor de økonomiske og menneskelige konsekvenser kan være store, hvis der ikke tidligt ydes hjælp.

Familie og Alkohol har i perioden oktober 2017–2020 haft tilknyttet 109 familier i et rådgivningsforløb; i alt 217 voksne (heraf 164, der har taget aktivt del i forløbet (fremmødte) og 53 familiemedlemmer, som ikke har deltaget i forløbet (ikke fremmødte)) og 191 børn i alderen 0–18 år. Familierne er inkluderet løbende over hele projektperioden; oktober 2017–april 2018 var pilotperiode med begrænset dataindsamling. Der er indsamlet spørgeskemaoplysninger fra 158 voksne og 111 børn i løbet af deres rådgivningsforløb, men det er dog ikke alle personer, der har besvarelser for alle nedslagspunkter.

Der er 121 voksne, der har besvaret spørgeskemaet ved opstart. Ifølge opstartsdata er der flere kvinder (60 pct.) end mænd (40 pct.), lige mange voksne med alkoholproblemer som uden alkoholproblemer (voksne pårørende) og familierne er næsten ligeligt fordelt mellem Guldborgsund (51 pct.) og Lolland Kommune (49 pct.). 64 pct. af de voksne er gift eller samlevende og hele 69 pct. er i arbejde.

Rådgivningsforløbets resultater vurderes ud fra Triple Aim måleparametre: Sundhed, Kvalitet og Økonomi. Nedenfor beskrives hovedresultaterne kort – for uddybende resultater henvises til resultatafsnit samt solstrålehistorier fra rådgivningen og fortællinger fra fagprofessionelle.

Nedenfor skitseres hovedresultaterne fra arbejdet med at opnå tidlig kontakt til og dialog med familierne gennem:

- Kompetenceløft af og samarbejde med frontpersoner,
- Borgerrettet oplysnings- og kommunikationsindsats.

Dernæst følger hovedresultaterne opnået gennem familieorienterede rådgivningsforløb:

- Henvisningskanaler og løbende tilgang af familier
- Hjælp/rådgivning på et tidligt stadie,
- Bedre sundhed og trivsel,
- Høj brugeroplevet kvalitet,
- Effektiv anvendelse af ressourcer.

Resultaterne fra rådgivningsforløbene, som er opsummeret nedenfor, indeholder oplysninger fra voksne som har afsluttet deres rådgivningsforløb, fra voksne som stadig er i gang med et forløb samt fra voksne, som har afbrudt deres forløb før de var færdigbehandlet – i subgruppeanalyser begrænset til voksne, som har oplysninger fra både opstart og afslutning af deres forløb opnår vi lignende resultater.

## 1.1 Kompetenceudvikling af og samarbejde med frontpersoner

Vi har opnået:

- ✓ 2.041 frontpersoner i kommune (sundhedspleje, dagtilbud, skole, jobcenter, børn og unge), region (B&U-afdeling) privat (frivillige, arbejdspladser) og stat (uddannelsesinstitutioner) har deltaget i kompetenceforløb om tidlig kontakt til, dialog med og henvisning af familier, hvor alkohol fylder.

## 1.2 Borgerrettet oplysnings- og kommunikationsindsats

Vi har opnået:

- ✓ Digital tilstedeværelse på hjemmesider, infotavler, pyloner, biografer og Facebook. Kommunikationskampagnen på Facebook har haft 9,2 mio. visninger blandt voksne i Guldborgsund og Lolland (62.000 personer)
- ✓ Fysisk tilstedeværelse med materialer hos almen praksis, biblioteker, borgerservice, haller, på flaskecontainere, annoncering i lokale medier og ved deltagelse i enkelte borgerarrangementer/forældrearrangementer.

## 1.3 Henvisningskanaler og tilgang

Vi har opnået:

- ✓ 59 pct. af deltagerne angiver, at de har hørt om Familie og Alkohol hos en frontperson.
- ✓ 31 pct. af deltagerne har hørt om Familie og Alkohol hos en børnesagsbehandler eller familierådgiver.
- ✓ 48 pct. af deltagerne angiver, at de har hørt eller set om Familie og Alkohol i deres private netværk eller på digitale medier.
- ✓ Familie og Alkohol har i perioden oktober 2017–2020 haft tilknyttet 109 familier i et rådgivningsforløb.

## 1.4 Bedre sundhed og trivsel

Vi har opnået:

- ✓ 59 pct. af de voksne deltagere oplyser, at problemerne med alkohol har stået på i 8 år eller derunder, 45 pct. oplyser en alkoholhistorik på 4 år eller derunder.
- ✓ Andelen af voksne med et ikke-bekymrende alkoholforbrug (AuditC <4) er større ved hhv. afslutning (62%) og opfølgning (78% ved 1 mdr. opfølgning) sammenlignet med opstart (12%).
- ✓ Andelen med godt selv vurderet helbred (godt/vældig godt/fremragende) er hhv. 79% ved opstart, 87% ved afslutning og 92% ved 1 mdr. opfølgning.
- ✓ Andelen af voksne uden umiddelbar risiko for depression eller stressbelastning (WHO5 >50) er større ved hhv. afslutning (88%) og opfølgning (92% ved 1 mdr. opfølgning) sammenlignet med opstart (59%). Størstedelen (78%) har forbedret deres WHO-5-score med 10 point eller mere ved afslutning af forløb.
- ✓ Andelen af børn i 'almindelig trivsel' er større ved hhv. afslutning (76%) og 1 mdr. opfølgning (85%) sammenlignet med opstart (57%).

## 1.5 Bedre kvalitet for den enkelte

Vi har opnået:

- ✓ 92 pct. af de voksne angiver, at alkohol fylder min. 3 point mindre i familien ved afslutning end ved opstart på en skala 1-10.
- ✓ 95 pct. af de voksne har vurderet deres tilfredshed med forløbet til 8 eller højere på en skala 1-10.

## 1.6 Økonomi; effektiv anvendelse af ressourcer

Vi har opnået:

- ✓ Et forløb hos Familie & Alkohol er tilpasset den enkelte families behov, derfor varierer forløbenes længde. Medianen for forløbenes varighed er på ca. 6 måneder (27,3 uger) per familie. Størstedelen af familierne (80%) har dog korte forløb (indskrevet i mindre end et år). Sammenligner vi med den traditionelle offentlige alkoholbehandling i Danmark<sup>1</sup> er det kun 32%, som er indskrevet i mindre end 1 år.
- ✓ Det er ikke muligt at dokumentere besparelser ved at tilbyde tidligt familieorienteret rådgivningsforløb, men vi kan sandsynliggøre en besparelse, idet familierne ofte stadig er intakte og de voksne ofte er i job, når de starter et forløb hos Familie & Alkohol. De mere vidtrækkende konsekvenser af alkoholproblemer måske kan undgås, når et rådgivningsforløb startes tidligt (fx undgår de voksne måske at miste jobbet, skilsmisse, og/eller underretninger på børnene osv.). Vi har opnået positiv respons fra sagsbehandlere fra Børn og Unge samt Jobcenter, der oplever tilbuddet som en gevinst i deres sager.

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling, 2019

# Indledning

## 1.7 Problembaggrund

***Baggrunden for Familie og Alkohol er et ønske om at tilbyde børnefamilier, hvor alkohol fylder for meget, hjælp tidligst muligt gennem familieorienteret rådgivning.***

Ifølge seneste Sundhedsprofil (2017) udviser knap hver femte borger i Lolland - og Guldborgsund Kommune en problematisk alkoholadfærd (18 pct.); defineret ved, at de har tegn på alkoholafhængighed, rusdrikker ugentligt og/eller har et ugentligt forbrug over højrisikogrænsen. Samtidig estimerer Sundhedsstyrelsen, at i alt 1.900 børn (10 pct. af børn 0-18 år) vokser op i hjem med alkoholproblemer i de to kommuner.

Et problematisk alkoholforbrug har konsekvenser for både individ, familie og samfund. Pårørende, det vil sige nuværende eller tidligere partner, voksne og børn kan være lige så belastede af et alkoholproblem, som den overforbrugende, og alle kan opleve både fysiske, psykiske og sociale konsekvenser. Ser vi på børnene, har de i større grad fysiske og psykiske mistrivselssymptomer samt en væsentlig ringere social og faglig trivsel i skolen sammenlignet med andre børn. Børn fra hjem med alkoholproblemer har langt større risiko for at opleve familieopløsning, vold i hjemmet og for at blive anbragt uden for hjemmet end andre børn, og ca. en tredjedel udvikler selv et alkohol- eller stofproblem. Samtidig ved vi, at både den overforbrugende part samt pårørende har en højere brugsrate af sundhedssystemet end almenbefolkningen, og at begge parter også i højere grad oplever problemer i forhold til deres tilknytning til arbejdsmarkedet, blandt andet i form af sygefravær og arbejdsløshed. (Alkoholstatistik 2015, Børns Vilkår, 2019 og Helle Lindgaard, 2008).

Ønsket har derfor været at tilrettelægge et tilbud, hvor vi ud fra en systemisk forståelsesramme arbejder med hele familien, og hvor både voksne og børn forventes at opnå en bedre trivsel i løbet af rådgivningsforløbet, og hvor den overforbrugende ændrer alkoholrelateret adfærd.

Projektets afsæt har samtidig været, at familierne ikke søger hjælpen af sig selv – og slet ikke på det tidligere stadie, som vi ønsker. Vi ved, at der er en række barrierer forbundet med at søge hjælp til et alkoholproblem (Alkohol og Samfund). Ligesom vi ved, at frontpersonale har en række barrierer i forhold til at spørge til borgeres alkoholforbrug (SFI, 2015). Derfor har en central del af projektet handlet om at finde nye og virkningsfulde kanaler, der både kan henvise deltagere til rådgivning i projektet samt genere læring, der kan anvendes til forbedret tidlig kontakt og henvisning fremadrettet indenfor alkoholområdet.

## 1.8 Rapportens formål

Familie og Alkohol er tidlig kontakt til og rådgivning af familier i Lolland og Guldborgsund Kommuner, hvor alkohol fylder for meget.

Projektet startede i efteråret 2017 i Lolland og Guldborgsund Kommuner; de første 7 måneder som pilotperiode. Indsatsen fortsatte frem til 31. marts 2021. Allerede i efteråret 2020 besluttede Lolland og Guldborgsund Kommuner, at familieorienteret alkoholrådgivning skal etableres som et fast tilbud i de to kommuner, samt at der fortsat skal investeres i indsatser rettet mod at opnå tidlig kontakt til og dialog med familierne.

---

*“Tidlig kontakt indebærer en skærpet opmærksomhed på bekymrende adfærd eller bekymrende forhold omkring et barn, voksen og/eller familie. Det kan fx være at klæde fagprofessionelle bedre på til at reagere på situationer/adfærd, der indikerer, at de kan have behov for hjælp i relation til alkoholadfærd.”*

---

Denne rapport evaluerer indsatsen i hele projektperioden og skal give viden og inspiration til andre kommuner, der overvejer at etablere lignende indsatser. Rapporten belyser indsatserne målrettet tidlig kontakt til og dialog med familierne samt analyser af deltagernes sundhed og trivsel, vurdering af kvaliteten af rådgivningstilbuddet og til slut betragtninger på besparelspotentialet ved at tilbyde tidlig familieorienteret alkoholrådgivning. Anbefalinger til, hvordan familieorienteret alkoholrådgivning kan implementeres i andre kommuner, behandles ikke i dette dokument. Vi henviser i stedet til separate læringskataloger, som belyser implementeringsideer – de kan findes på hjemmesiden for Broen til Bedre Sundhed.

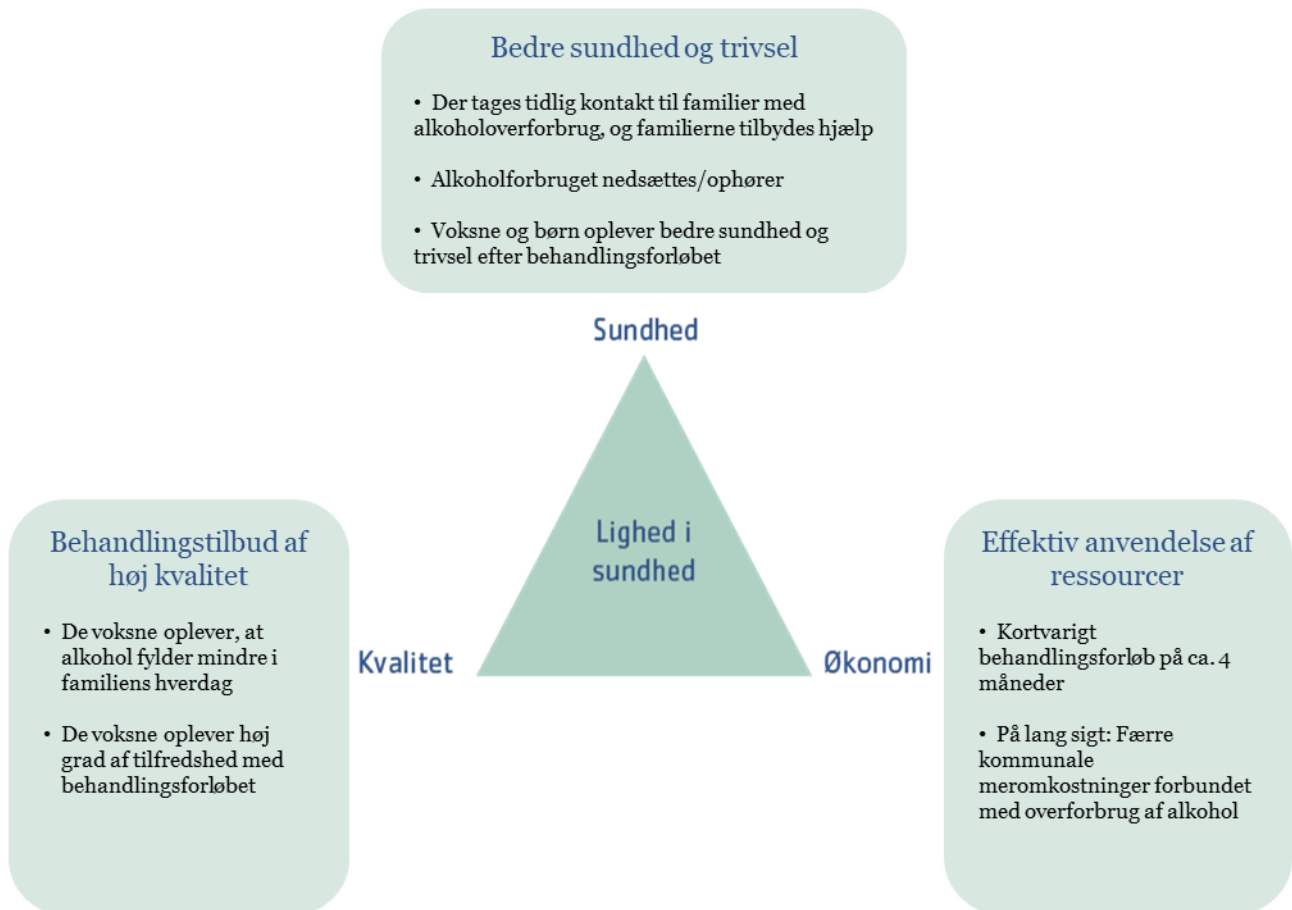
## 1.9 Projektets mål og delmål

***De overordnede mål for projektet er at udvikle og etablere nye metoder og arbejdsgange, der sikrer tidlig kontakt til børnefamilier med problematisk alkoholadfærd og at udvikle og etablere familieorienteret alkoholrådgivning som supplement til kommunernes øvrige alkoholbehandlingstilbud.***

Målgruppen for Familie og Alkohol er familier med børn 0-18 år i Guldborgsund og Lolland Kommuner, hvor en eller flere forældre har et forbrug af alkohol, der forstyrrer og belaster funktioner og relationer i familien (Frid A. Hansen, SST, 2009). Ambitionen er at tilbyde familierne rådgivning på et tidligt tidspunkt i perioden hvor alkohol fylder for meget, ud fra forventningen om at jo tidligere vi sætter ind med hjælp, jo større udbytte og jo mindre behov for yderligere (og ressourcetrævede) indgriben vil der være.

Fra den etablerede alkoholbehandling ved vi, at personer med et alkoholproblem venter i gennemsnit 11 år med at søge hjælp (Alkoholstatistik, 2015). Vores håb er derfor at få familierne i gang med et rådgivningsforløb på et tidspunkt, hvor alkohol har været et problem i mindre end 8 år.

Projektet har en tredelt, ligestillet målsætning defineret ved følgende delmål (figur 1):



**Figur 1: Triple Aim for tidlig familieorienteret alkoholrådgivning. Inspireret af Institute for Healthcare Improvement.**



## 2 Metode

Arbejdet med at opnå tidlig kontakt til, dialog med og rådgivning af familierne er en bredt favnende indsats. Vi har ønsket at opnå mest mulig læring om, hvad der virker; samtidig har vi taget udgangspunkt i en hypotese om, at jo flere steder familierne påvirkes fra, jo større er sandsynligheden for, at familien bevæger sig imod en øget opmærksomhed og flere overvejelser i forhold til at ændre adfærd, for til sidst at handle ved at opsøge hjælp og ændre vaner.

Tidlig kontakt til familierne og henvisning til hjælp centrerer sig om følgende 3 indsatser, som er beskrevet i separate afsnit nedenfor:

- Kompetenceudvikling af og samarbejde med frontpersoner,
- Borgerrettet oplysnings- og kommunikationsindsats,
- At gøre rådgivningstilbuddet tilgængeligt og attraktivt (henvisningskanaler og indhold i tilbuddet).

Dernæst følger et afsnit, der beskriver den indsamling af data i projektet, der har understøttet både familiens rådgivningsforløb og evalueringen af projektet.

### 2.1 Kompetenceudvikling af og samarbejde med frontpersoner

For at nå den primære målgruppe (familier, hvor alkohol fylder for meget) er der arbejdet med frontpersoner som en sekundær målgruppe i projektet. Frontpersonerne er dem, der i forvejen har direkte kontakt med de voksne, børnene og/eller hele familien og er centrale ift. at tage kontakt til familierne og bistå dem i at opsøge hjælp.

Der har været arbejdet med at få prioriteret indsatsen i ledelsesorganisationerne i de to kommuner. Efterfølgende er der tilbudt kompetenceudviklingsforløb til et bredt udsnit af frontpersoner med kontakt til voksne og/eller børn. Kompetenceudviklingen indbefatter viden og redskaber, som kan støtte frontpersoner i at tage tidlig kontakt til familier, hvor alkohol fylder for meget, og i at gennemføre samtaler med familier om alkoholforbrug og trivsel med henblik på at hjælpe dem videre til relevante rådgivnings- og/eller behandlingstilbud.

Som forberedelse til kompetenceudviklingen har frontpersonalet besvaret spørgeskema, som har sikret en praksisnær og lærende tilgang til kompetenceudviklingskonceptet.

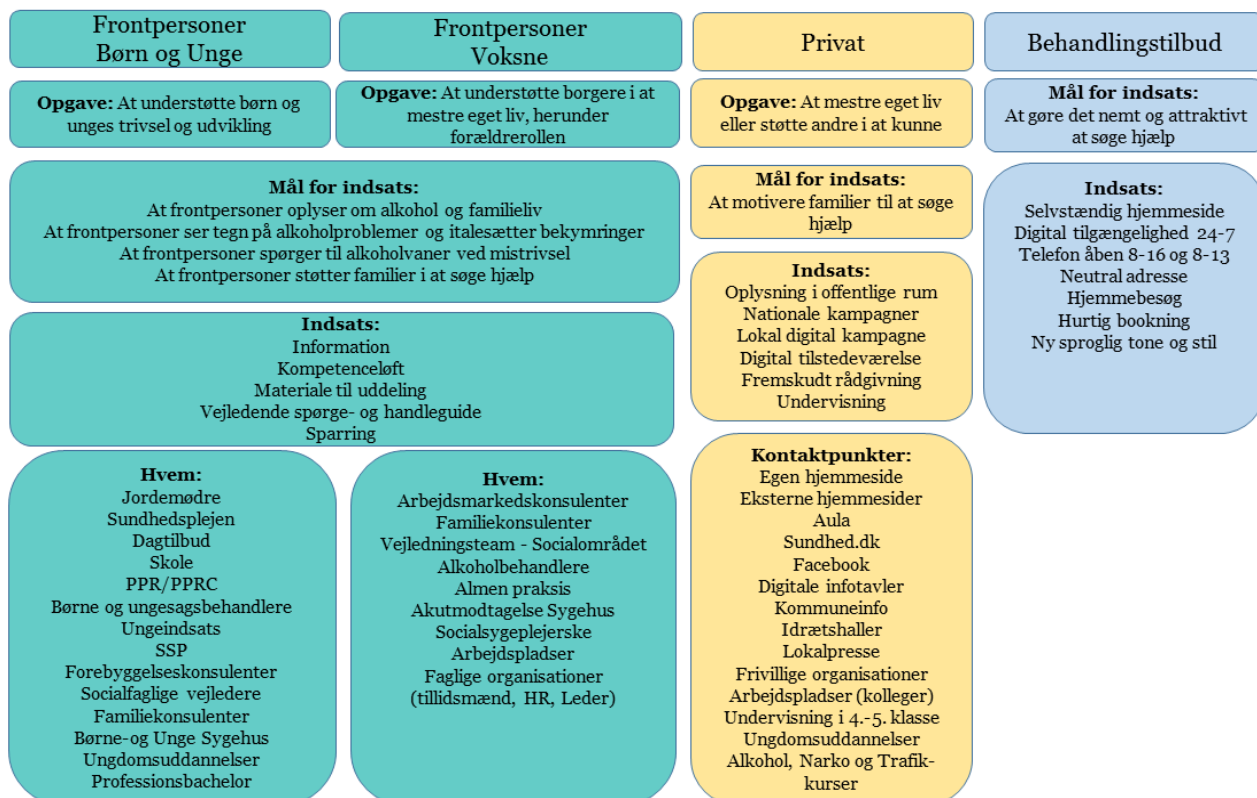
Som led i samarbejdet med frontpersoner er der i gennem hele projektperioden ført kontakt- og aktivitetslog over hvilke frontpersoner familierne oplyser at have været i kontakt med, inden de henvender sig i Familie og Alkohol. Kontakt- og aktivitetsloggen indeholder også oplysninger om, hvordan kontakten er taget og hvilke aktiviteter, der har været afledt af kontakterne f.eks. om familien er startet i et rådgivningsforløb i Familie og Alkohol.

#### 2.1.1 Tidlig kontakt til og dialog med familierne

Da etableringen af kontakt til familier, hvor alkohol fylder for meget, og den efterfølgende dialog og henvisning til rådgivning / behandling oplevedes som en udfordring, indgik vi i maj 2019 et samarbejde med Det Sektorfrie Forebyggelseslaboratorium. Deres rolle var, i samarbejde med projektteamet, at

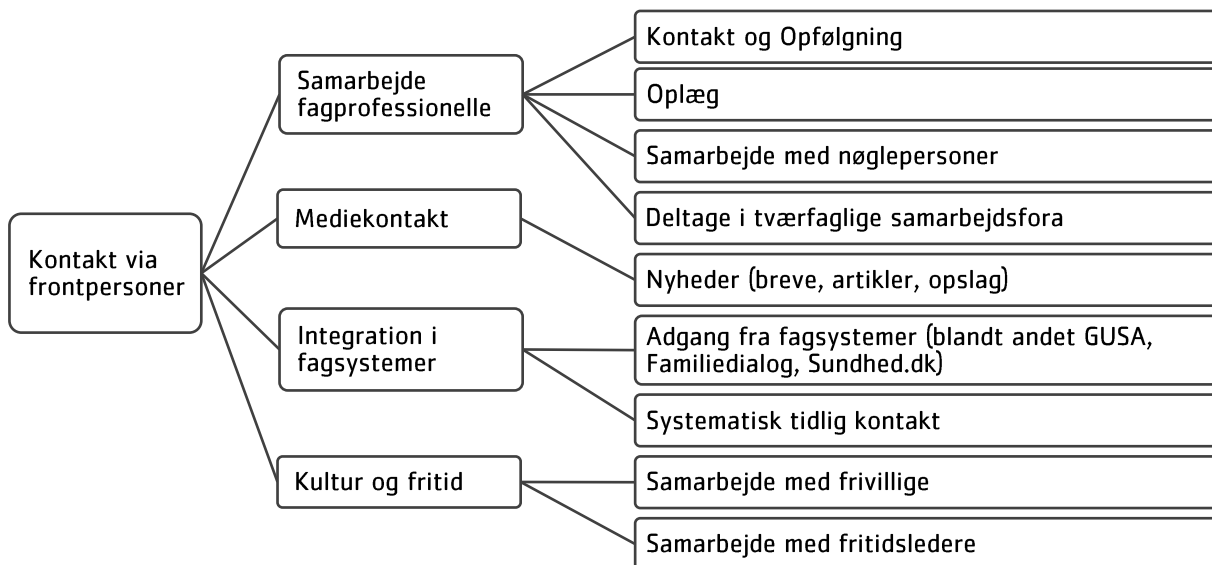
undersøge forudsætninger, motivationsfaktorer og barrierer blandt både borgere og aktører i forbindelse med kontakt til familier med alkoholproblemer og i forbindelse med henvisning til familieorienteret alkoholrådgivning – herunder at få belyst, hvilke kanaler og metoder, der kan anbefales fremadrettet.

Resultater fra samarbejdet med Det Sektorfrie Forebyggelseslaboratorium er præsenteret i særskilt rapport, men enkelte anbefalinger derfra blev allerede medtænkt i projektets handleplan for 2020. De indgår i nedenstående oversigt over indsatser og involverede områder (figur 2).



**Figur 2: Involverede områder og indsatser i tidlig kontakt til alkoholproblemer i familier med børn.**

Kontakt via frontpersoner er foldet ud i 4 kanaler, hvori der i alt er 9 indsatsområder (figur 3). Målet for alle indsatser er at klæde frontpersonale med kontaktflader til voksne og børn på til at tage den svære snak om alkohol med en familie samt optimere arbejdsgange, der kan øge tidlig kontakt til og henvisning af familierne til rådgivning hos Familie og Alkohol.



**Figur 3: Indsatser målrettet frontpersoner. Nøglepersoner er personer med en ressourcefunktion i sin enhed/arbejdsplads, en som fungerer som ansvarlig tovholder for et givet område.**

Interviews med fagprofessionelle samarbejdspartnere er anvendt til at understøtte evalueringen af indsatsen "Tidlig kontakt" med fortællinger. Opdraget her er neutralt, og formålet er at afsøge, hvordan de oplever samarbejdet med Familie og Alkohol fra første kontaktpunkt til konkret samarbejde om kontakt til - og hjælp til familierne. Anonymiserede fortællinger herfra er samlet i et selvstændigt dokument: 'Fortællinger fra fagprofessionelle - Familie og Alkohol' og enkelte uddrag derfra er medtaget i rapporten.

## 2.2 Borgerrettet oplysnings- og kommunikationsindsats

Vi har deltaget i to nationale kampagner: Alkoholkampagne fra Alkohol og Samfund og Hvid Januar fra Sundhedsstyrelsen, for ved hjælp af deres kampagneelementer at motivere flere familier til at tage kontakt til Familie og Alkohol.

Det var af høj prioritet at udvikle kommunikations- og kampagneaktiviteter til projektets særlige målgruppe (børnefamilier, hvor alkohol fylder for meget), som måske ikke kan spejle sig i de nationale kampagner om alkohol. Hvis en kampagne skal give resultater i forhold til henvisning af projektets målgruppe, er der brug for at finde budskaber og en tone/stil, der kan motivere familier tidligt i deres alkoholoverforbrug til at søge hjælp. Derudover har vi en hypotese om, at det har en betydning, at kampagnen er lokalt forankret og evt. lokalt tilpasset.

Det er baggrunden for, at der i projektets sene fase blev kørt en intensiv lokal kampagneindsats. Kampagnen brugte digital og fysiske materialer og bestod blandt andet af annoncering på Facebook, brug af influencers, materialekit til samarbejdspartnere, og ny hjemmeside med nye kontaktmuligheder.

Kampagnen kørte i perioden februar 2020 til og med oktober 2020<sup>2</sup>. Kampagnen har bestået af løbende evalueringer for at kunne justere kampagnens indhold.

Som led i at udvikle kommunikation og kampagneaktiviteter målrettet tidlig alkoholindsats har vi udviklet en række informationsmaterialer, på forskellig vis været synlige på kommunernes og regionens digitale kanaler (hjemmeside, infotavler, pyloner, Facebook) målrettet borgere samt haft opslag i lokalaviser (annoncer, omtale, pressemeddelelse, kommunenyt).

## 2.3 Tilgængeligt og attraktivt rådgivningstilbud

At gøre rådgivningen let tilgængelig og attraktiv, særligt for en målgruppe med alkoholudfordringer på et tidligt stadie.

Udgangspunktet i Guldborgsund og Lolland kommuner ved projektstart var en alkoholrådgivning med en tilgang til at støtte den enkelte person i processen med at løse et alkoholproblem. I Familie og Alkohol var den første udviklingsopgave at udvide målsætningen og udvikle et tilbud og metoder, som gjorde det muligt at inddrage hele familien i det behandlingsmæssige rum. Det skete med afsæt i viden om 'god praksis i forhold til familieorienteret alkoholbehandling' – bl.a. med inspiration fra 'Børn i familier med alkoholproblemer – gode eksempler på kommunal praksis' (Sundhedsstyrelsen 2011) samt anbefalede metoder af bl.a. Frid A. Hansen (Metoder i familieorienteret alkoholbehandling, Sundhedsstyrelsen 2009).

I praksis blev der udarbejdet konkrete handleguides for de forskellige typer af tilbud til familierne, bl.a. for at fremme ensartede interventioner i projektet, dog altid tilpasset den enkelte families situation og behov:

- Der blev planlagt min. 1 hjemmebesøg i familien.
- Høj grad af tilgængelighed blev imødekommet ved at familierne, fx 1 dag ugentligt kunne benytte udvidet åbningstid samt enkelte aftenarrangementer
- Som en del af den løbende monitorering af indsatsen over for familierne er der systematisk indført en kort evaluering i afslutningen af hver samtale, hvor der spørges ind til oplevet udbytte ift. hvor meget alkohol fylder i familien, trivsel samt tilfredshed med samtalen. Dette er også gældende for gruppeforløb.
- Familie og Alkohol er placeret i lokaler, som sikre diskretion og modvirker eventuel oplevelse af stigmatisering.

### 2.3.1 Indholdet i Familieorienteret alkoholrådgivning

Tilbuddet om tidlig familieorienteret alkoholrådgivning er rettet mod familier med et eller flere børn under 18 år. Alle medlemmer i familien får tilbudt samtaler med en familiebehandler. Der er intet loft over antallet af samtaler eller længden på et rådgivningsforløb – det planlægges af behandleren ud fra familiens behov og ønsker. Samtalerne kan foregå individuelt, som par-/forældresamtaler, børnesamtaler, familiesamtaler, hvor både forældre og børn deltager samt som gruppeforløb.

---

<sup>2</sup> Erfaringerne fra kampagnen er samlet i rapporten "Læring fra Familie & Alkohols kampagne, 2020"

## Projektdesign, familier i målgruppen

Hver familie består af minimum 1 voksen og minimum 1 barn under 18 år.

En familie kan bestå af voksne i rollen forældre, stedforældre, samlevende, plejeforældre, bedsteforældre, ældre søskende og venner i nær relation samt børn 0-18 år.

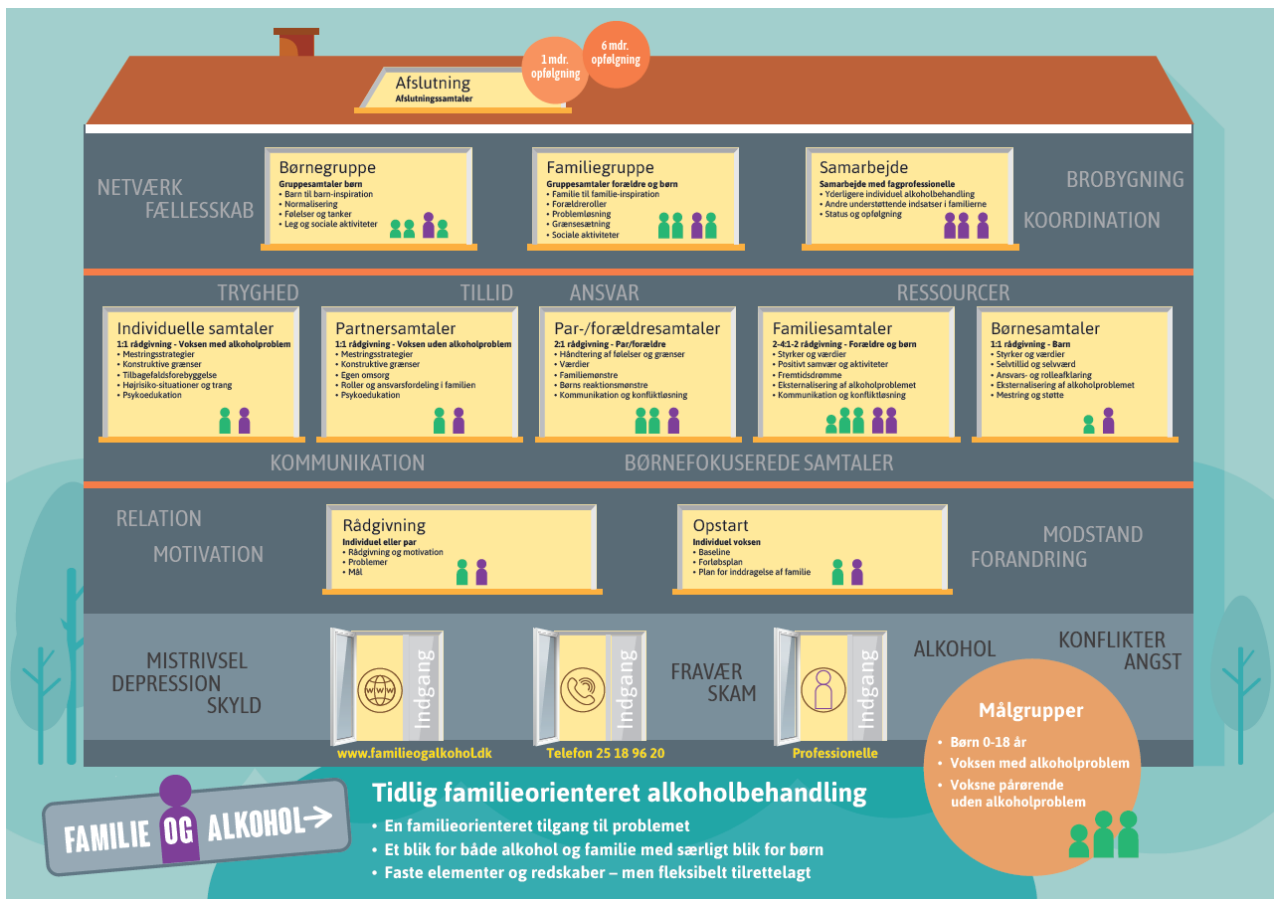
De(n) voksne i hver familie kan selv have alkoholproblemer eller være pårørende til én i familien, der har alkoholproblemer.

De voksne i familien kan begynde et rådgivningsforløb hos Familie & Alkohol samtidigt eller forskudt af hinanden.

Det samlede tilbud tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om familieorienteret alkoholrådgivning. Der arbejdes ud fra en kobling af systemisk, narrativ og kognitiv teori, samt med brug af teknikker fra motiverende samtale (SST, 2009).

- **Systemisk:** At forstå systemet, mønstre og sammenhængene i, hvordan familien indbyrdes agerer/relaterer til hinanden over tid og i forskellige kontekster.
- **Narrativt:** At klarlægge oplevelser af alkoholens betydning i familien. Vi folder fortællinger ud og lægger vægt på, at kun problemet er problemet. Vi arbejder med identiteten gennem positive livshistorier og handlemuligheder. Vi arbejder med styrker og værdier både på individuelt og på familie-plan.
- **Kognitivt:** Vi arbejder med at forstå sammenhængen mellem egne følelser, tanker og handlinger og erstatte uhensigtsmæssig adfærd med mere hensigtsmæssige strategier og handlemønstre. Har fokus på nutiden og tager udgangspunkt i konkrete situationer fra hverdagen.

Varigheden af et forløb afhænger af den enkelte familie og af sværhedsgraden af dens problemer, men som udgangspunkt forventer vi, at et forløb strækker sig over 4 måneder. Samtalerne foregår i familievenlige lokaler, fysisk adskilt for kommunernes øvrige rusmiddelbehandling og er i hver kommune varetaget af to familiebehandlere. Se endvidere forløbsoversigt i figur 4.



Figur 4: Oversigt over et forløb hos Familie og Alkohol.

## 2.4 Dataindsamling i projektperioden

Familie og Alkohol er et kvalitetsudviklingsprojekt funderet i Forbedringsmodellen (*Model for Improvement* fra *Institute for Healthcare Improvement*). Projektet er dermed kendetegnet ved implementering af eksisterende viden i lokal kontekst. Det opnås gennem mange afprøvninger og tilpasninger fulgt via løbende målinger for at kunne observere, om/hvornår, vi opnår den ønskede forbedring.

I rådgivningsforløbet følger vi familiernes udvikling løbende via selvrapporterede oplysninger indsamlet fra elektroniske spørgeskemaer i SurveyXact. Spørgeskemadata indhentes ved opstart af, løbende under og ved afslutning af rådgivningsforløbet, samt opfølgende efter 1 og 6 mdr.

Vi har samlet en oversigt over, hvad vi spørger om, hvornår i bilaget "Model for dataunderstøttelse" – spørgsmålene omfatter både baggrundskarakteristika og gentagne rapporteringer af sundhed, trivsel og oplevet kvalitet. Erfaringer med spørgeskemaerne i projektperioden har medført løbende justeringer.

### Indsamling af deltagerrapporterede oplevelser

Der er ikke tilgængelige data på alle deltagere til alle indsamlingspunkter:

- I pilotperioden var der ikke digital dataindsamling i ca. 7 måneder. Derfor mangler opstartsdata fra de første familier.
- Flere familier er stadig aktive i forløb, hvorfor vi har flere opstartsdata end afslutningsdata.
- Corona-nedlukninger i 2020 har påvirket rådgivningsforløb og udfordret dataindsamlingen.
- Nogle individer/familier falder fra undervejs (lost-to-followup) og kan derfor mangle afslutningsdata.

I resultatafsnittene er der indsat bokse med supplerende metodeinformation om de enkelte evalueringsparametre.

Evalueringen har cut-off dato d. 31-12-2020 for de deltagere, som er startet i et rådgivningsforløb, men som endnu ikke er afsluttet ved årsskiftet. Disse deltagere fortsætter naturligvis deres forløb, men oplysninger indsamlet efter 31-12-2020 indgår ikke i denne evaluering.

### 2.4.1 Henvisningskanaler

Ved familiens opstart indsamles oplysninger om, hvorfra de har hørt om tilbuddet Familie & Alkohol. Deltagerne kan markere ved én eller flere af de følgende kanaler:

- Sygehus
- Praktiserende læge
- Center for Afhængighed Guldborgsund / Alkoholbehandler
- Rusmiddelcenter Lolland / Alkoholbehandler
- Sundhedsplejerske
- Dagtilbud (dagpleje, vuggestue, anden pasning)
- Skole/SFO
- Familierådgiver (sagsbehandler, social faglig vejleder, familiekonsulenter, osv.)
- Arbejdsplads
- Jobcenter
- GUSA / FamilieDialog
- CTU
- Uddannelsesinstitutioner
- Netværk (familie, venner, bekendte)
- Kommunal eller regional hjemmeside for Familie & Alkohol
- Information i offentligt rum (infotavle, avis, blade, plakat osv.)
- Facebook
- Øvrige sociale medier (LinkedIn, Instagram, Twitter, Snapchat osv.)
- Andet

### 2.4.2 Karakteristika

Ved familiens opstart indsamles en række baggrundsinformationer, der anvendes til at tegne et billede af, hvem som gør brug af Familie og Alkohol.

### 2.4.3 Frafald

Vi har sammenlignet baggrunds-karakteristika blandt voksne, der gennemfører forløbet med baggrunds-karakteristika blandt de voksne, der er faldet fra undervejs. Vi har desuden foretaget subgruppeanalyser af sundhed-, trivsel- og kvalitetsmål begrænset til voksne, der har oplysninger fra både deres opstart og deres afslutning af rådgivningsforløbet, for at reducere risikoen for at vores resultater og konklusioner påvirkes af bias pga. frafald.

### 2.4.4 Sundhed og trivsel

**Tidlig kontakt:** Ved familiens opstart spørger vi de voksne, hvor længe de har oplevet, at alkohol fylder for meget.

**Alkoholforbrug:** De voksne med (erkendt) problematiske alkoholvaner spørges, hvordan de vurderer egne alkoholvaner. For deltagere med erkendt alkoholoverforbrug er forbruget fulgt ved AUDIT-C, der er et kort screeningsværktøj til vurdering af alkoholforbrug. AUDIT-C består af tre spørgsmål, der



omhandler alkohol-mængde og -hyppighed og hvor man kan score mellem 0-12 point. Cut-off scoren er 4 point; scorer man under fire point, er der ikke umiddelbart tegn på alkoholstorforbrug. AUDIT-C vurderes ved opstart, afslutning samt ved opfølgningssamtaler. Undervejs i projektet blev AUDIT-C spørgsmålene tilføjet til spørgerammen for behandlingssamtale 4, 8 og 12 i rådgivningsforløbet for på sigt at kunne belyse, hvor hurtigt efter opstart vi kan se en ændring i alkoholvaner.

**Helbred:** De voksne i familierne bliver bedt om at svare på spørgsmål om deres sundhed (selvvurderet helbred) efter hver samtale med behandleren. Spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" anvendes til at vurdere deltagernes generelle selvvurderede helbred. Spørgsmålet stammer fra SF-36 (Short Form Health Survey, developed at RAND as part of the Medical Outcomes Study). Vi anvender de 5 svarkategorier (Fremragende, Vældig Godt, Godt, Mindre godt, Dårligt) til at vurdere, hvor stor en andel af vores deltagere, der vurderer deres helbred som godt (omfatter svarkategorierne Fremragende, Vældig Godt og Godt).

**Voksnes trivsel:** De voksne i familierne bliver bedt om at svare på spørgsmål om deres trivsel (WHO-5). WHO-5 kan anvendes som et mål for personers generelle trivsel eller velbefindende. Det består af fem spørgsmål om, hvordan testpersonen har følt sig tilpas i de seneste to uger. WHO-5-scoren vil ligge mellem 0 og 100. Jo flere points, jo højere grad af trivsel.

**Børns trivsel:** Børnenes trivsel er fulgt via spørgeskemaet Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), som kan anvendes til børn i alder 2-17 år. SDQ kan besvares af både forældre og børn (børnene kan svare selv, hvis de er fyldt 11 år). Vi tilstræbte at indsamle SDQ med 30 dages interval. Samme barn kan have mere end én måling under samme tidsinterval, hvis ikke tidsplanen for indsamling af SDQ er blevet overholdt eller hvis både barn (11 år eller ældre) og forældre har besvaret. I graferne i denne evaluering er sådanne dobbelt-målinger sorteret fra ud fra følgende principper:

- Hvis to målinger falder inden for samme tidsinterval, tager vi kun en måling (førstkommende).
- Barnets egen besvarelse bliver valgt frem for forældre-besvarelsen.

Grænserne for hvornår et barns score indikerer almindelig trivsel eller er udtryk for udfordringer (3 sværhedsgrader) er sat ud fra de danske normtal fra 2019 (Arnfred et al 2019\_Danish norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire). De afhænger af barnets køn og alder, samt hvem der har besvaret spørgsmålene (barnet selv eller af en forælder). Skemaer mv. kan hentes her: <http://sdq.dk/>.

## 2.4.5 Kvalitet

For at følge deltagernes oplevelse af udbyttet af alkoholrådgivningen bliver de voksne til hver samtale bedt om at angive, hvor meget alkohol fylder i familien på en skala fra 1-10. Antallet af samtaler i et alkoholrådgivningsforløb hos Familie & Alkohol tilpasses til den enkelte familie, og tidsrummet mellem samtalerne kan variere.

Deltagerne svarer også på, hvor tilfredse de alt i alt har været med forløbet (skala 1-10). Alle voksne bliver spurgt til deres oplevelse af forløbet ved afslutningssamtalen.

## 2.4.6 Økonomi; effektiv anvendelse af ressourcer

Med udgangspunkt i, at rådgivningstilbuddet hos Familie & Alkohol er særligt rettet mod familier med alkoholproblemer på et tidligt stadie, har vi et mål om at rådgivningsforløbet for familierne vil vare ca.

4 måneder (4,33 uger \* 4=17,32 uger). Forløbsvarigheden måles i uger fra fremmøde af den første voksne deltager i familien til afslutning af forløbet for den sidst voksne deltager i familien; afslutningen af en voksens forløb indgår i beregningen selvom den voksne ikke nødvendigvis har besvaret spørgeskemaet ved afslutningssamtalen. Voksne i familien, som er overdraget til anden behandling undervejs eller er lost-to-followup før deres rådgivningsforløb er afsluttet, indgår ikke i beregningen af familiens forløbs-varighed. Hvis der er en voksen i familien, der stadig er i gang med et forløb per 31.12.2020, regnes familiens forløb ikke som afsluttet og deres forløbsvarighed beregnes ikke.

Vi har fulgt den månedlige udgift (total for projektet) fordelt på antallet af forløbsaktive familier per måned. Ud fra vores projektdesign er ikke muligt at dokumentere en direkte besparelse på omkostninger til alkoholoverforbrugere ved at tilbyde familieorienteret alkoholrådgivning. Vi forsøger i stedet at sandsynliggøre en besparelse, hvis vi lykkes med at få familierne i gang med et rådgivningsforløb på et tidligt stadium; f.eks. når alkohol har været et problem i mindre end 8 år, mens familierne stadig er intakte og mens de voksne stadig er i job. De mere vidtrækkende konsekvenser af alkoholproblemer måske kan undgås, når kontakt til familien og rådgivning/behandling startes tidligt (fx undgår de voksne måske arbejdsløshed, skilsmisse, og/eller anbringelser af børnene).

Vi sammenholder udgifterne, der er forbundet med at drive Familie & Alkohol med den estimerede udgift for en kommune i forbindelse med en børnefamilie, hvor alkoholoverforbrug medfører behov for hjælpeforanstaltninger i form af anbringelser og forebyggende hjælpeforanstaltninger (tal fra VIVE 2016).

### 2.4.7 Erfaringsopsamling

Som supplement til de kvantitative data har vi indsamlet erfaringer fra familiebehandlere hos Familie og Alkohol (seks semistrukturerede telefoninterviews) samt samarbejdspartnere, fordelt mellem Skole & dagtilbud, Sundhedspleje, Børn & Unge, Jobcenter og misbrugscenter (otte semistrukturerede telefoninterviews).

Kvalitative interviews med familiebehandlere understøtter den kvantitative evaluering af rådgivningsforløbet hos Familie & Alkohol ved at bidrage med gode fortællinger fra dagligdagen i behandlerteamet og fra vores tilknyttede familier. Fortællingerne er blevet omskrevet og anonymiseret for at gøre dem generelle og ikke-personhenførbare. Fortællingerne er samlet i et selvstændigt dokument: 'Solstrålehistorier – Familie og Alkohol'. Enkelte af dem er gengivet i denne rapport.

Interviews med fagprofessionelle samarbejdspartnere er på samme måde anvendt til at understøtte evalueringen af indsatsen "Tidlig kontakt" med fortællinger. Opdraget her er mere neutralt, og formålet er at afsøge, hvordan de oplever samarbejdet med Familie og Alkohol fra første kontaktpunkt til konkret samarbejde om kontakt til - og hjælp til familierne. Anonymiserede fortællinger herfra er ligeledes samlet i et selvstændigt dokument: 'Fortællinger fra fagprofessionelle - Familie og Alkohol' og enkelte uddrag derfra er medtaget i rapporten.

## 3 Resultater

### 3.1 Kompetenceudvikling af og samarbejde med frontpersoner

*Adskillige frontpersoner er engageret, nye samarbejder er skabt og samlet set er vi lykkedes med at få afprøvet og igangsat nye arbejdsgange og nye materialer, der skal forbedre en tidlig kontakt til familier med alkoholproblemer.*

Vi har i vores kontaktlog p.t. ca. 400 kontaktindgange – alle frontpersoner, ledere og nøglepersoner, som er relevante i forhold til tidlig kontakt til børnefamilier med alkoholproblematikker. Samlet set har vi gennemført kompetenceforløb for 2.041 fagpersoner i kommune og region – alt sammen for at støtte dem til at tage tidlig kontakt til familierne og henvise dem til hjælp hos Familie & Alkohol.

Af skemaet (figur 5) fremgår, hvilke typer af indsatser og typer af samarbejde vi har gennemført på de forskellige interessentområder. I forbindelse med informations- og kompetenceudvikling er der i alt afholdt 40 udviklingsmøder og 66 oplæg fordelt på: 20 informationsoplæg à 15-30 min, 46 undervisningsoplæg à 50-90 min og 10 workshop à 90-180 min. Til oplæggene er der udviklet forskellige materialer målrettet de enkelte fagpersoner og borgergrupper, hvorfor vi har udarbejdet flere udgaver af:

- Præsentationer (Power Point-materiale)
- Vejledning i 'Den professionelle samtale' – samt tegn på at alkohol fylder for meget
- Kort guide i at spørge til alkohol
- Case beskrivelser og quiz om alkohol.

Ud over præsentationer, vejledning og guides har vi i samarbejde med sundhedsplejen lavet et hæfte om alkohol i småbørnsfamilier, lavet postkort til jobcenteret som en nudge-løsning til at huske at spørge til alkohol, og udviklet undervisningsmateriale om alkohol i familier til mellemtrins-elever i grundskolen, samt implementeret i børnelinealen i GUSA og Familiedialog.

**Figur 5. Oversigt over indsatser og samarbejde på de forskellige interessentområder.**

Område	Kontaktform	Samarbejde	Total
<b>Almen lægepraksis</b> (35 registrerede læger)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Besøg og infomail (KLU)</li><li>• Foldere og plakater delt ud i praksisser (25 læger tog imod materiale)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sparring (1 gang)</li></ul> Ellers intet samarbejde	<ul style="list-style-type: none"><li>• 25/35 almen lægepraksis har modtaget informationsmateriale</li></ul>
<b>Sundhedsplejen</b> (2 afd.)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Spor 2<sup>3</sup> (ledelse &amp; 4 sundpleje)</li><li>• Besøg (hele sundhedsplejen i begge afdelinger)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oplæg &amp; materialer (5 på 2 afd.)</li><li>• Udviklingsmøder (ledelse &amp; 4 sundpleje)</li><li>• Udvikling af borgerrettet materiale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2/2 afdelinger for sundhedspleje har modtaget informationsmaterialer, kompetenceudvikling og handleguides</li></ul>

<sup>3</sup> I perioden september 2018 –maj 2019 foregik noget af kontakten til frontpersoner via samarbejdet med LØFT-deltagerne i Projekt Børn og Familie (Spor 2 i partnerskabet Broen til Bedre Sundhed).

**Figur 5. Oversigt over indsatser og samarbejde på de forskellige interessentområder.**

Område	Kontaktform	Samarbejde	Total
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Systematisk kontakt til nybagte forældre (alle)</li> <li>Sparring (2 gange)</li> </ul>	
<b>Dagtilbud 0-6 år</b> (40 institutioner + 11 dagpleje)  (Ledelse, pædagoger, dagplejere, dagplejepæd., tilsynspædagoger)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infovisit (24 inst.)</li> <li>Infomail og foldere (alle)</li> <li>Opfølgning på tavshed (34 inst.)</li> <li>Besøg (9 inst. + 11 dagpleje)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplæg &amp; materialer (9 inst + 11 dagpleje)</li> <li>Udviklingsmøder (dagpleje)</li> <li>Forældremøde (1 inst + 1 dagpl.)</li> <li>Sparring (10 inst. + 1 dagpleje)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>11/11 dagplejegrupper har modtaget informationsmateriale og kompetenceudvikling</li> <li>40/40 institutioner har modtaget informationsmateriale</li> <li>9/40 institutioner har modtaget kompetenceudvikling</li> </ul>
<b>Skole 6-15 år</b> (28 skoler offentlig & privat & SFO)  (Ledelse, lærere, pædagoger, LKT/AKT, Trivselskonsulenter, Sorggruppeledere, SSP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infovisit (10)</li> <li>Infomail og foldere (alle)</li> <li>Oplæg for nøglepersoner (alle skoler)</li> <li>Besøg (18 på 15 skoler/SFO)</li> <li>Virtuelt møde (2 skoler/ 1 SFO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplæg &amp; materialer (13 skole, 11 SFO)</li> <li>Elevundervisning (2 skoler)</li> <li>Udviklingsmøder (4 skoler)</li> <li>Sparring (12 gange)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>28/28 skoler og SFO har modtaget informationsmateriale</li> <li>13/28 skoler (og SFO) har modtaget kompetenceudvikling</li> <li>11/28 SFO har modtaget kompetenceudvikling</li> </ul>
<b>Nyk. F. Sygehus</b> (3 afd. m. 11 kontakter)  (Akutmodtagelsen, B&U afd. Pædagog, Socialrådgiver, Socialsygeplejerske, Sammenhængende patientforløb (spor 3) og Det tværsektorielle samarbejde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infomail og foldere (alle)</li> <li>Besøg (11 kontakter)</li> <li>Virtuelt møde (1 kontakt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplæg &amp; materialer (3 på 2 afd.)</li> <li>Udviklingsmøder (10 kontakter, 3 afd.)</li> <li>Sparring (4 gange)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akutmodtagelse har modtaget informationsmateriale</li> <li>B&amp;U afd. Har modtaget informationsmateriale og kompetenceudvikling</li> </ul>
<b>Jobcenter (9 afd.)</b>  (Sygedagpenge og flex, Træningscenter Krogsbølle, Kontant og Uddannelseshjælp, Job- og Formidling, Unge og udd. Job og virksomhedsservice, Sygedagpenge og ressourceforløb)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infomail og foldere (alle)</li> <li>Besøg (6 afd.)</li> <li>Virtuelt møde (2 afd.)</li> <li>Opfølgning (2 afd.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplæg &amp; materialer (7 på 5 afd.)</li> <li>Udviklingsmøder (8 på 6 afd.)</li> <li>Systematisk tidlig kontakt (1 afd.)</li> <li>Borgerrettet oplæg (1 afd.)</li> <li>Sparring (6 gange)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5/9 afdelinger har modtaget informationsmateriale, kompetenceudvikling og handleguides</li> </ul>
<b>Børn og Unge (17 afd.)</b>  (Børne-sagsbehandlere, Familiesupplering, Misbrugskonsulent, Social faglige vejledere PPRC/PPC, SSP, CTU, PFI, Ungeindsatsen, Psykolog, Børns Sundhed & Trivsel, HOS, CFF, Spor2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infomail og foldere (alle)</li> <li>Besøg (13 afd.)</li> <li>Opfølgning på tavshed (4 afd.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplæg &amp; materialer (10 afd.)</li> <li>Udviklingsmøder (6 på 5 afd.)</li> <li>Faste samarbejds-møder (2 afd.)</li> <li>Fremskudt arbejdsplads (4 på 1 afd.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>17/17 afdelinger har modtaget informationsmateriale</li> <li>10/17 afdelinger har modtaget kompetenceudvikling</li> </ul>

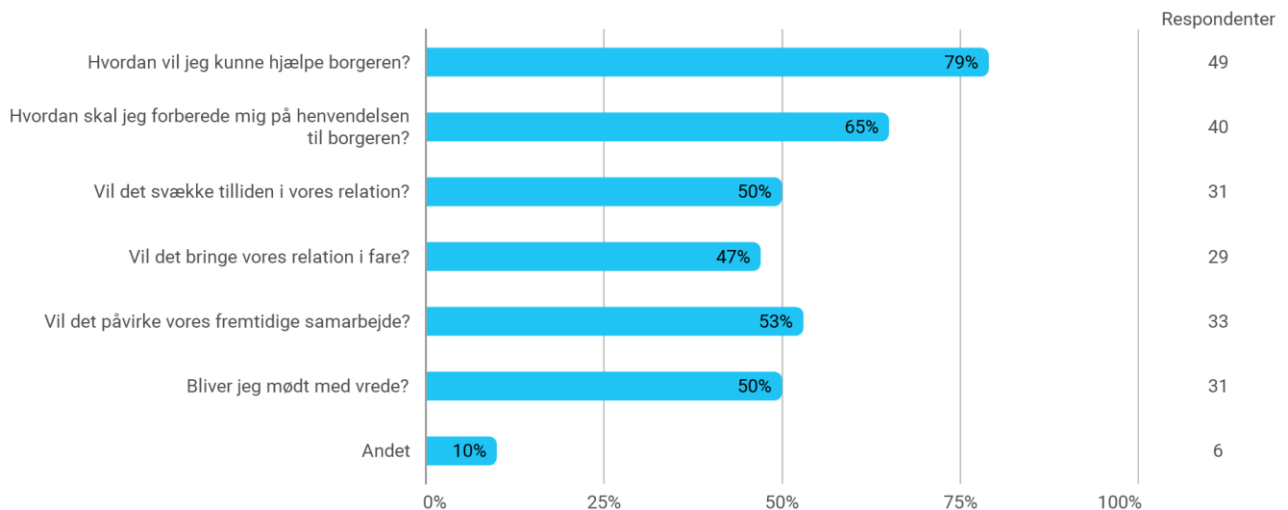
**Figur 5. Oversigt over indsatser og samarbejde på de forskellige interessentområder.**

Område	Kontaktform	Samarbejde	Total
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Sparring (32 gange)</li> </ul>	
<b>Arbejdspladser</b> (15 arb.pl.)  (Park og Vej, Kvickly, Vestas, Lalandia, Mill Foods, Nordic Sugar A/S, REFA, Scandlines, Contech Automatic, Hardi, Grundtvig A/S Packaging og Logistics, JB Industri, Troels Jørgensen A/S, Metitek A/S Hartvig, ISH SPIRITS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infomail og foldere (alle)</li> <li>Besøg (2 arb.pl.)</li> <li>Virtuelt møde (6 arb.pl.)</li> <li>Opfølgning på tavshed (11 arb.pl.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplæg &amp; materialer (2 arb.pl.)</li> <li>Udviklingsmøder (6 arb.pl.)</li> <li>Sparring (2 arb.pl.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2/15 arbejdspladser har modtaget informationsmateriale og oplæg</li> </ul>
<b>Arbejdspladser med bred kontaktflade</b> (13 arb.pl.)  (5 Præster, Politi, Oceaim, Provi, Quick Care, 3F Lolland, 3F Guldborgsund, LEV-VEL, FALCK)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infomail og foldere (alle)</li> <li>Besøg (7 arb.pl.)</li> <li>Virtuelt møde (5 arb.pl.)</li> <li>Opfølgning på tavshed (3 arb.pl.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplæg &amp; materialer (3 på 2 arb.pl.)</li> <li>Udviklingsmøder (7 arb.pl.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2/13 arbejdspladser har modtaget informationsmateriale og oplæg</li> </ul>
<b>Fritid og Frivillige</b> (39 afd.)  (Stadion, Haller, Biblioteker, DGI, DBU, Kultur og Fritidsforvaltning, Frivilligcenter, FamilieRingen, Kirkens korshær, Blå kors, mm)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infovisit (19 afd.)</li> <li>Infomail og foldere (12 afd.)</li> <li>Besøg (3 afd.)</li> <li>Virtuelt møde (4 afd.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plakat og folder (24 afd.)</li> <li>Oplæg &amp; materialer (2 på 1 afd.)</li> <li>Udviklingsmøder (3 afd.)</li> <li>Nyhedsbrev (1 afd.)</li> <li>Sparring (9 gange)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>24/39 afdelinger har modtaget informationsmateriale</li> <li>1/39 afdelinger har modtaget kompetenceudvikling</li> </ul>
<b>Uddannelsesinstitutioner</b> (19 afd.)  (STX, CELF - EUD/EUX/HHX/HTX, FGU, SOS, Absalon - Pæd./Lærer/Socialråd/Sygepl. Udd., VUC - HF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infovisit (10 udd. inst.)</li> <li>Infomail og foldere (14 udd. inst.)</li> <li>Besøg (5 udd. inst.)</li> <li>Virtuelt møde (3 udd. inst.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplæg &amp; materialer (2 på SOSU og 1 på Absalon for 3 studieretninger. Derudover elevundervisning på CELF (1))</li> <li>Udviklingsmøder (5)</li> <li>Sparring (1 gang)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>14/19 udd. institutioner har modtaget informationsmateriale</li> <li>4/19 udd. institutioner har modtaget kompetenceudvikling</li> </ul>
<b>Alkoholambassadører</b> (55 pers.)  (Repræsentanter fra sundhedsplejen, dagtilbud, skole/SFO, Jobcenter, Børn og Unge, B&U Nyk.F. Sygehus, CELF, SOSU, FGU)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temadage (2 stk.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplæg &amp; materialer (2 gange)</li> <li>Praksistræning (1 gang)</li> <li>Nyhedsbrev (2 gange)</li> <li>Sparring (4 gange)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>55/55 ambassadører har modtaget informationsmateriale og kompetenceudvikling</li> <li>55/55 ambassadører har modtaget kampagnepakke (materialekit i form af mulepose, postkort og tygggummi)</li> </ul>
<b>Kampagnepakke</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fysisk pakke med materialekit til</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fysisk forsendelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>61 pakker afsendt til almen lægepraksis,</li> </ul>

Figur 5. Oversigt over indsatser og samarbejde på de forskellige interessentområder.			
Område	Kontaktform	Samarbejde	Total
	frontpersoner samt borgere		kultur og fritidsliv, biblioteker, frivillige, sygehus og skoler

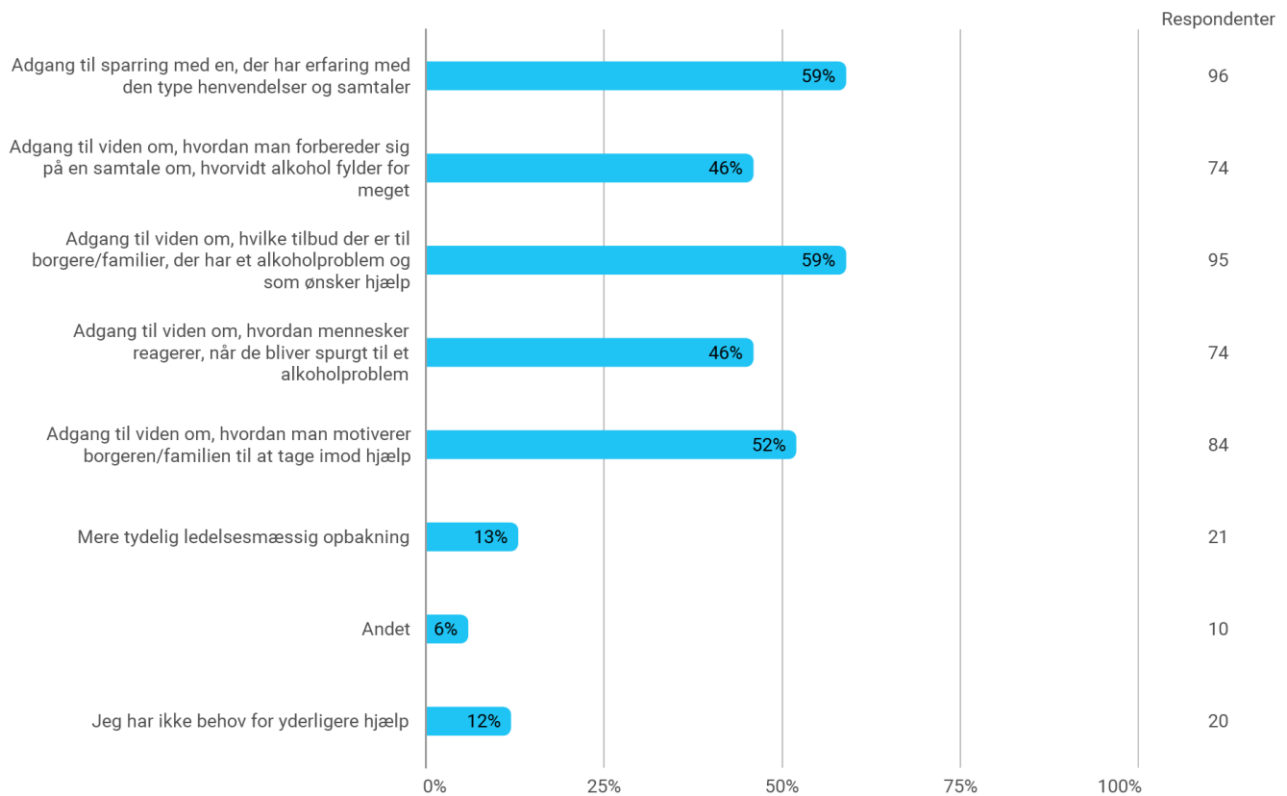
I forbindelse med forberedelserne til 7 af besøgene, har vi som tillæg afviklet et survey med deltagerne, inden vi kom. 162 respondenter (fordelt på skoler, jobcenter og sundhedspleje) gennemførte fuldt og 85 gennemførte delvist dette survey. 64 af respondenterne (36 pct.) har i løbet af deres karriere prøvet at henvende sig til en borger/familie, fordi de havde en fornemmelse af, at en i familien havde et alkoholproblem. 15 oplevede at der blev takket ja til hjælpen (25 pct.), 18 takkede nej (30 pct.) og 27 ville overveje det (45 pct.). Ud af de 112 respondenter (64 pct.) der ikke har prøvet at henvende sig til en borger/familie om alkoholproblemer, angiver 72 af respondenterne (68 pct.), at de aldrig har observeret en borger/familie med et alkohol problem.

Respondenterne, der havde prøvet at henvende sig, havde gjort sig følgende overvejelser inden (figur 6):



**Figur 6: Frontpersoners overvejelser inden de skulle henvende sig til en borger/familie, som de havde en fornemmelse af, havde et alkoholproblem (n=64).**

I arbejdet med at opnå tidlig kontakt til borgere og med at henvise borgere til alkoholrådgivning/behandling, peger respondenterne på at de, for at henvende sig eller for at få en bedre dialog en anden gang, har brug for (figur 7):



**Figur 7: Frontpersoners forslag til, hvad der kunne hjælpe dem til i forhold til at henvende sig og tale med en borger/familie om et alkoholproblem. (n=162)**

Ovenstående besvarelser understøtter vores oplevelse af, at frontpersoners generelt gerne vil bistå med at tage tidlig kontakt til familier/individer med alkoholproblemer og henvise dem til hjælp hos Familie & Alkohol, men at frontpersonerne har brug for viden og støtte, så de kan føle sig klædt på til at tage dialogen om alkohol. Netop derfor oplever vi det som centralt, at der kan afsættes tid til kompetenceudvikling hos den enkelte medarbejdergruppe og at de har adgang til løbende sparring. I flere faggrupper/på afdelinger har vi været på besøg i flere omgange og er fx i forlængelse af et kort informationsoplæg kommet igen for at facilitere en workshop med medarbejderne. For andre har det været sværere at afsætte tid til dette fokus.

De tre frontpersonshistorier repræsenterer tre forskellige niveauer for samarbejde: informationsoplæg, undervisningsoplæg og workshop. Derudover vidner de om, at henvisninger af familier til rådgivning hos Familie & Alkohol via frontpersoner forudsætter en vedholdende kontakt og opfølgning, og at det er en proces, der gerne kræver ledelsesmæssig prioritering samt en vis modningstid.

#### Mød FRONTPERSONER 1 Informationsoplæg

En medarbejder ringer til Familie og Alkohols hovedtelefon. Medarbejderen har brug for nogle råd i forhold til, hvordan man snakker med en forælder/borger om, at der er en oplevelse af at dennes brug af alkohol påvirker barnets/familiens trivsel negativt. Medarbejderen får vejledning via telefonen, og bliver også forelagt Familie og Alkohols tilbud om undervisning på arbejdspladsen. Medarbejderen er meget interesseret i undervisningstilbuddet, men er nødsaget til at vende det med sin leder. Lederen finder tilbuddet interessant, men vurderer at arbejdspladsen har for travlt til at afsætte 60 minutter til et besøg af Familie og Alkohol. I stedet bliver Familie og Alkohol inviteret til at komme på et P-møde og fortælle kort om tilbuddet og om alkoholproblematikker i 30 minutter. Under besøget er medarbejderne nysgerrige på Familie og Alkohol, og for de flestes vedkomne er omfanget af alkoholproblematikker i familier ny viden. Efter oplægget hører Familie og Alkohol ikke mere fra medarbejderen, lederen eller arbejdspladsen, og det vides ikke, om der er snakket med forælderen/borgeren eller om denne er startet op i forløb hos Familie og Alkohol.

#### Mød FRONTPERSONER 2 Undervisningsoplæg

Familie og Alkohol sender informationsmails rundt til alle dagtilbud, skoler og uddannelsesinstitutioner samt adskillige arbejdspladser, fritids- og frivilligorganisationer. I mailen oplyses om familie og alkohol-rådgivningen og tilbuddet om at komme ud og vejlede og fortælle mere om alkohol-problematikker i familier. En leder vender tilbage på mailen. Lederen fortæller at folderen om Familie og Alkohol har hængt på opslagstavlen, lige siden Familie & Alkohol var på infovisit for 8 måneder siden og første gang fortalte om tilbuddet. Lederen har netop fået en henvendelse fra en medarbejder omkring nogle alkoholrelaterede udfordringer i en familie, derfor ser lederen stor relevans i, at Familie og Alkohol kommer ud og holder 1 times undervisningsoplæg på næstkommende personalemøde. I den oplægget sender Familie og Alkohol et spørgeskema ud til alle medarbejdere og tilrettelægger oplægget ud fra de indkomne svar. Under selve oplægget bliver de fleste medarbejdere overrasket over, at der statistisk set er så mange familier, hvor alkohol fylder for meget. Medarbejderne er meget nysgerrige på, hvordan man spørger til alkohol, men er samtidig i tvivl om, hvorvidt det er en privat sag, og om de har lyst til at blande sig i andres brug af alkohol. Familie og Alkohol fortæller, at vi altid står klar med råd og vejledning og at medarbejderne altid kan ringe til os. Vi uddeler som altid vores foldere og plakater samt vores private visitkort, og får at vide af medarbejderne, at det er rart for dem, at de har mødt os og helt konkret ved, hvem de kan ringe til. Desuden udleverer vi en længere vejledning i 'Den professionelle samtale om alkohol', samt en helt kort guide i forhold til at spørge ind til alkohol. Endelig eftersender vi al materiale og dagens PowerPoint-oplæg digitalt til arbejdspladsen. Efter oplægget bliver vi kontaktet af en medarbejder, der har brug for sparring i en konkret sag. Det ender ud i, at familien tager kontakt til Familie og Alkohol. Der er nu gået omkring 1 år, siden vi sendte den første informationsmail rundt, og over 1 år og 8 måneder siden vi var på vores første infovisit.



### Mød FRONTPERSONER 3 Workshop

En nøgledarbejder/leder har fået kendskab til Familie og Alkohol gennem blandt andet en kommunal temadag. Nøgledarbejderen/lederen ringer til Familie og Alkohol og booker 1 times oplæg til et P-møde. Nøgledarbejder/leder er meget opsat på, at deres arbejdsplads skal blive bedre til at tage kontakt til børn/voksne/familier, der lever med alkoholrelaterede problemer, og henvise dem til den nødvendige hjælp. Denne dagsorden er derfor tydelig kridtet op i forbindelse med besøget, der ellers forløber som beskrevet i FRONTPERSONER 2. Efter oplægget henvender en medarbejder sig for at få sparring, men det er overvejende en nøgledarbejder/leder, der benytter sig af at sparre med Familie og Alkohol.

Efter 4 måneder ringer Familie og Alkohol for at følge op på, hvordan det går med at tage tidlig kontakt og henvise? Nøgledarbejderen/lederen er frustreret over, at der ikke rigtig er sket noget siden vores besøg, og inviterer os til et udviklingsmøde for at snakke om, hvad man ellers kan gøre. Til mødet planlægges en 3 timers workshop med fokus på "den professionelle samtale" og "en systematisering af kontakten til familier med alkoholproblemer". Familie og Alkohol udvikler efterfølgende materiale målrettet arbejdspladsen og medarbejdergruppen. I den forbindelse afvikles et par samtaler med nogle medarbejdere for at sikre det rette fokus og indhold, samt at kontakt-indsatsen bliver realistisk at integrere i deres vante arbejdsprocedurer.

På workshoppen er der god energi og medarbejderne er gode til at inspirere hinanden og dele deres erfaringer. Alkohol opleves fortsat som et ømtåleligt emne, men medarbejderne får sammen fundet en vej til, hvordan de kan snakke om det. Nøgledarbejderen/lederen er med i processen og bakker op om det fremtidige arbejde. Det aftales, hvordan der fremadrettet skal arbejdes med at tage tidlig kontakt til familier, der lever med alkoholrelaterede problemer. Efterfølgende er Familie og Alkohol løbende i kontakt med nøgledarbejderen/lederen og følger arbejdet. På 6 mdr. bliver der henvist et par familier direkte til os, og vi er kaldt ind til et samarbejds-møde om endnu en familie.

Siden den kommunale temadag er der gået ca. 1½ år.

## 3.2 Borgerrettet oplysning og kommunikationsindsats

*Der er gennemført digitale og analoge informationsindsatser i kommune og region. Digital tilstedeværelse på hjemmesider, infotavler, pyloner, biografer og Facebook.*

*Kommunikationskampagnen på Facebook har haft 9,2 mio. visninger blandt voksne i Guldborgsund og Lolland (62.000 personer). Fysisk tilstedeværelse med materialer hos almen praksis, biblioteker, borgerservice, haller, på flaskecontainere, annoncering i lokale medier og ved deltagelse i enkelte borgerarrangementer/forældrearrangementer.*

Vi har ikke kunnet registrere nogen effekt (direkte eller afledt) på børnefamiliernes tilgang til Familie og Alkohol ved at deltage i de nationale kampagner. I stedet fik vi en stigning i henvendelser fra personer uden børn, det vil sige personer vi ikke kunne inkludere i forløbet hos Familie & Alkohol. Disse personer blev henvist til individuel alkoholbehandling.

Vi har afprøvet fremskudt rådgivning på bibliotek og i lokalt kulturhus, begge gange uden besøgende, men arrangementerne gav anledning til omtale af tilbuddet i lokalaviserne.

I perioden februar 2020 til og med oktober 2020 kørt vi en intensiv lokal kampagneindsats. Erfaringerne fra kampagnen er samlet i rapporten "Læring fra Familie & Alkohols kampagne, 2020" og

rummer 12 anbefalinger til at udvikle og afvikle lokale kampagner rettet mod børnefamilier, hvor alkohol flyder for meget.

### 3.3 Henvisningskanaler og tilgang

**59 pct. af de voksne, der er/har været i et rådgivningsforløb og har besvaret rådgivningsspørgeskemaet (N=140) angiver, at de har set eller hørt om Familie og Alkohol hos en frontperson, 48 pct. angiver, at de har set eller hørt om det i deres private netværk, på infotavler, sociale medier og/eller på en hjemmeside, og 31 pct. af deltagerne har hørt om Familie og Alkohol hos en børnesagsbehandler/familierådgiver.**

I figur 8 fremgår, hvilke kanaler familierne oftest har hørt om Familie & Alkohol fra; bemærk, at deltagerne kan markere ved flere kanaler. Der er 192 afkrydsninger fra 140 personer.

Blandt de 140 personer er der 59 pct. der oplyser, at de har set eller hørt om Familie og Alkohol hos en frontperson<sup>4</sup>. Der er 48 pct. som angiver, at de har set eller hørt om Familie & Alkohol i deres private netværk, på infotavler, sociale medier og/eller på en hjemmeside.

Omtrent en tredjedel af familierne (31 pct.) oplyser, at de har hørt om Familie og Alkohol hos en familierådgiver, hvilket i de fleste tilfælde er en børn- og ungesagsbehandler, der har henvist og/eller bygget bro mellem familien og tilbuddet Familie og Alkohol. En børnesagsbehandler sætter ord på, hvorfor hun gør brug af Familie og Alkohol:

*“Samarbejdet med Familie og Alkohol giver mening i forhold til min profession. Ofte har vores indsatser i familien mange ben, og jeg kan og skal ikke løfte alle opgaver på en gang. Så det letter mit arbejde rigtig meget, at jeg kan trække Familie og Alkohol ind i en given sag...”. (Sagsbehandler, Børn og Unge)*

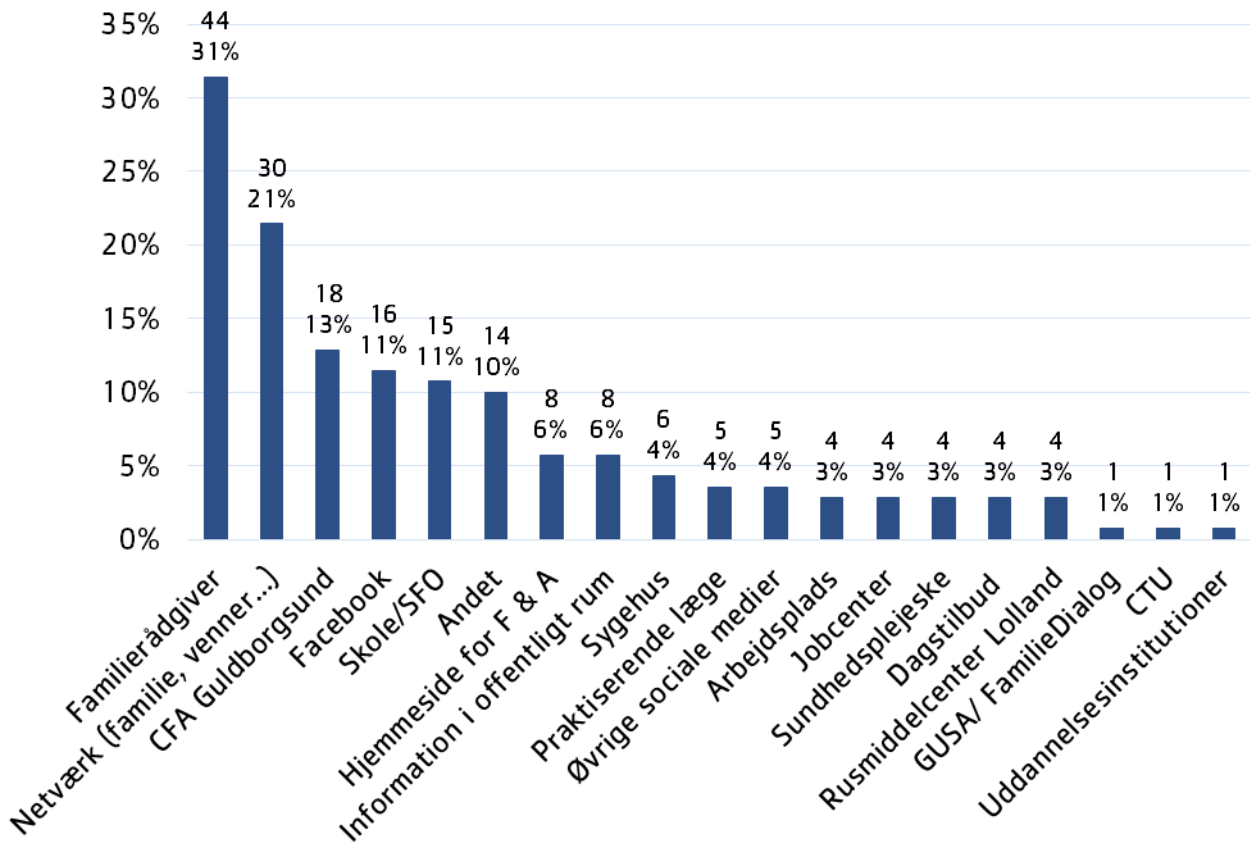
Omkring 1 ud af 5 (21 pct.) oplyser, at de har hørt om Familie & Alkohol i deres private netværk, hvilket kan være udtryk for, at kendskabet til Familie og Alkohol er stigende. Siden kampagnestart i marts 2020 har Facebook oplevet fremgang som henvisningskanal; den ligger på en 4. plads. Også skole/SFO træder frem som en af de 5 hyppigste henvisningskanaler. En skoleleder fortæller i den sammenhæng om betydningen af, at Familie og Alkohol arbejder med hele familien:

*“Den systemiske tilgang spiller sammen med, at vi som skole reagerer på en reaktion, der sker hos barnet på baggrund af en tilstand i familien. Det er generelt en god tilgang, at det er en helhedsorienteret indsats, hvor barnet også bliver involveret. (Leder, Skole)*

---

<sup>4</sup> Frontpersonale omfatter: Praktiserende læge, sygehus, dagtilbud, skole/SFO, GUSA/Familiedialog, Jobcenter, sundhedsplejerske, Familierådgiver.

## Henvisningskanaler; besvarelse fra 140 individer (flere afkrydsninger er mulige, derfor er der 192 svar)

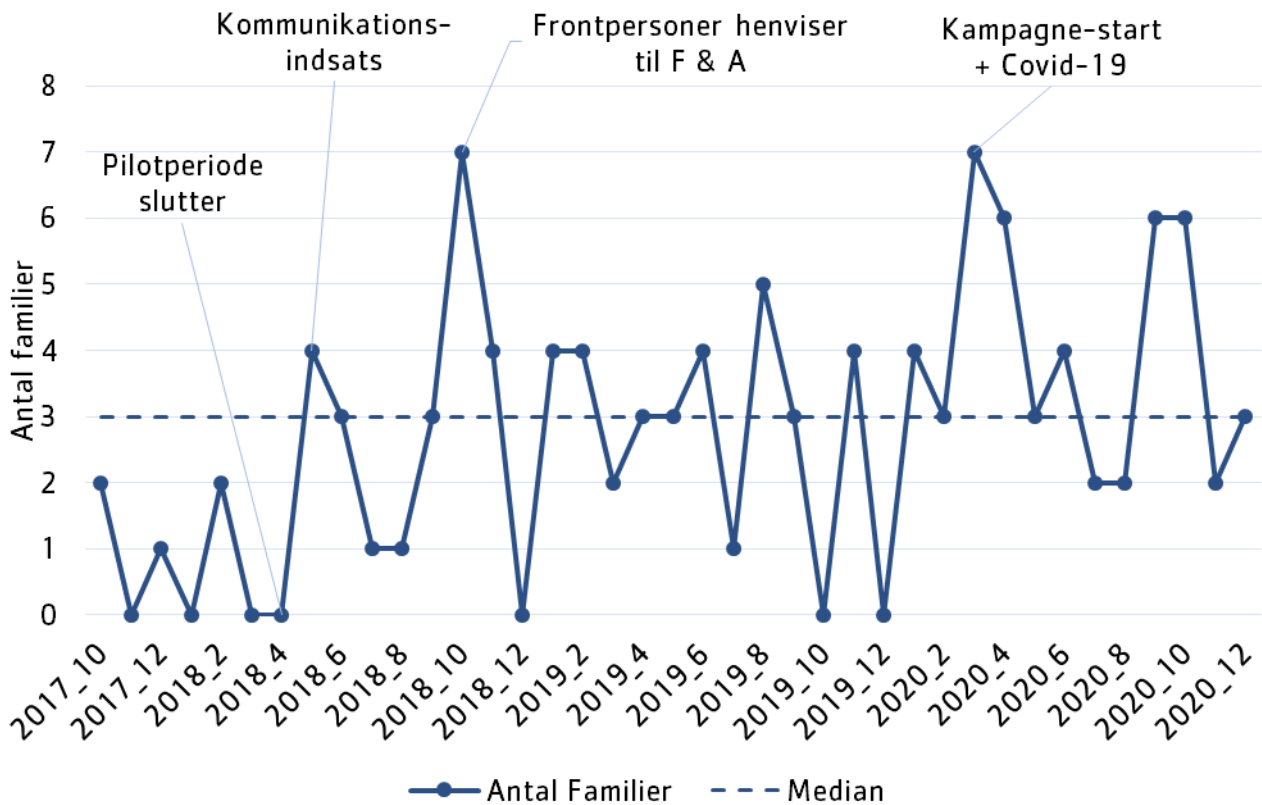


**Figur 8: Henvisningskanaler.** Oversigt over hvor, de voksne deltagere ved deres første samtale angiver, at de har hørt om/set Familie og Alkohol.

Ser vi på de endelige henvisningstal, det vil sige hvor mange familier der starter et forløb hos Familie og Alkohol, er der startet ca. 3 nye familier per måned set over hele projektperioden. Tilgangen af nye familier opgøres per måned og udviklingen kan ses af grafen i figur 9. Generelt kan vi se, at omkring sommerferie og jul er der få nye familier, der starter i et rådgivningsforløb hos Familie & Alkohol. En del af tilgangen kan tilskrives den borgerrettede kommunikations kampagne fra februar 2020 til august 2020. Hvorvidt Covid-19-pandemien har påvirket tilgangen er uvis; i Lolland har man afholdt samtalerne med fysiske fremmøde for familierne under Corona-nedlukningen i efteråret 2020/vinter 2021 mens man i Guldborgsund Kommune i perioder har sat samtaler med fysiske fremmøde på pause.

I alt har Familie & Alkohol per 31 dec. 2020 haft 109 familier i et forløb samt henvist 40 borgere til individuel behandling (opgjort 30. nov. 2020). De 40, der er henvist til individuel behandling er primært personer, som ikke har børn under 18 år. Målet for tilgangen af familier per måned til Familie & Alkohol har fra start været sat meget højt. Forventningen var en tilgang på ca. 6 nye familier pr. måned samt henvisning af i gennemsnit to voksne og/eller familier til individuel alkoholbehandling i Rusmiddelcenter Lolland eller Center for Afhængighed.

## Antal familier, der starter i forløb per måned



Figur 9: Månedlig tilgang af nye familier til Familie og Alkohol.

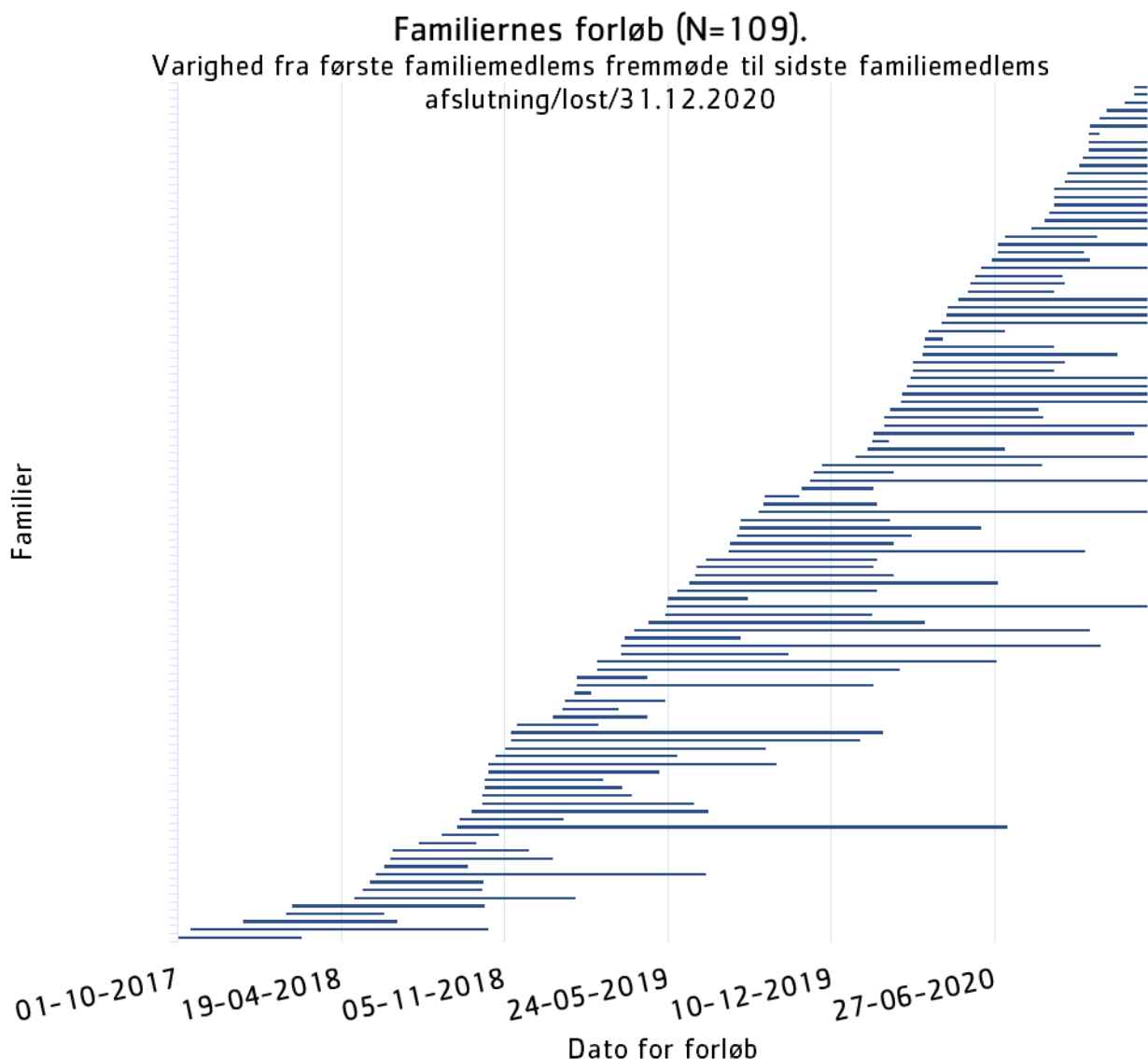
Samarbejdspartnere fortæller, at den neutrale adresse, hjemmebesøg, at hjælpen er til alle og skræddersys familien samt en smidig opstartsproces gør det nemmere at motivere familier til at begynder i et alkohol-rådgivningsforløb.

### 3.4 Karakteristik af familierne

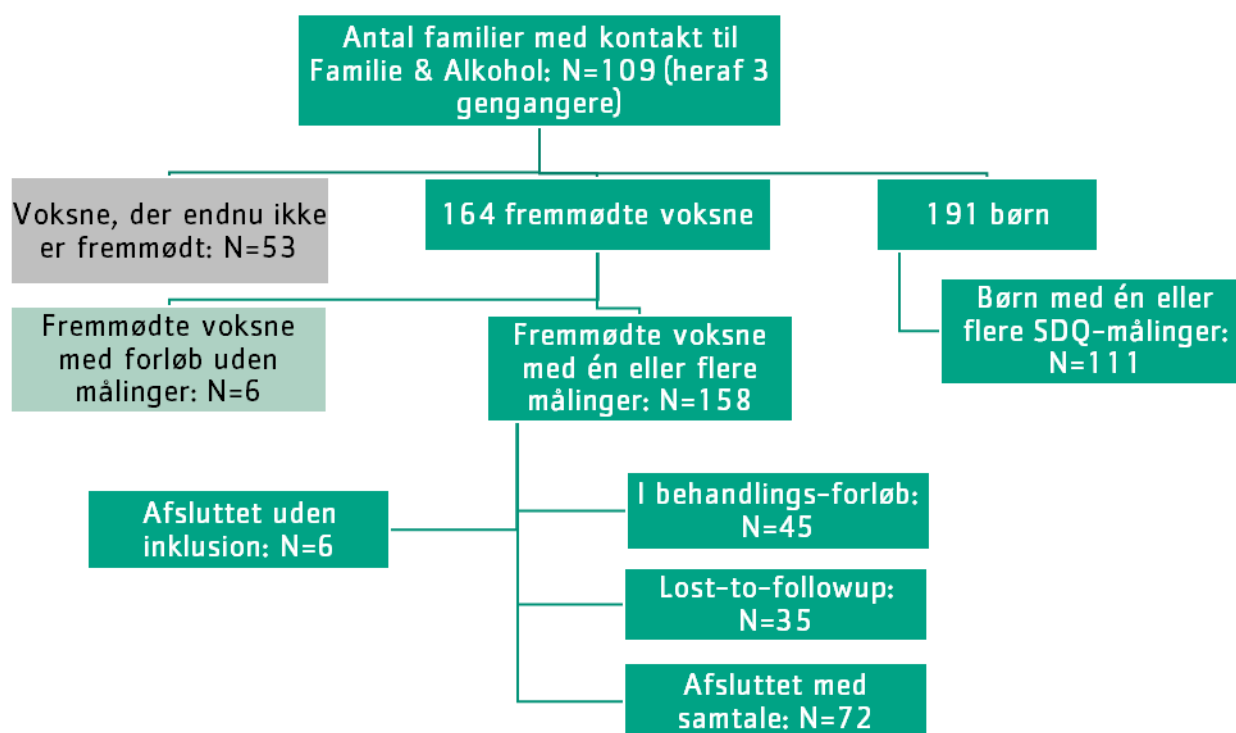
*De voksne i familierne er i gennemsnittet 41 år, 64 pct. af dem er gift eller samlevende og hovedparten (69 pct.) er i arbejde.*

Familie og Alkohol har i perioden okt. 2017–2020 inkluderet 109 familier, der i alt tæller 217 voksne og 191 børn i alderen 0–18 år. Tre af familierne er gengangere (har påbegyndt forløb nummer to).

Familierne har løbende henvendt sig til Familie & Alkohol og starter deres rådgivningsforløb på forskelligt tidspunkt; ligeledes er forløbets varighed er meget forskelligt fra familie til familie (Figur 10), da det er individuelt tilpasset. Der er nogle familier, der afslutter forløbet som planlagt, mens andre falder fra undervejs (lost), og ved cut-off datoen d. 31.12.2020 er der familier, der stadig er i gang med et forløb (de fortsætter deres rådgivningsforløb, men oplysninger indsamlet efter 31.12.2020 indgår ikke i denne evaluering).



Figur 10. Familiernes forløb hos Familie & Alkohol. Hver vandret linje repræsenterer en families forløb fra start (dato for første familiemedlems fremmøde) til slut (sidste familiemedlems afslutning, dato for frafald (lost) eller evalueringsperiodens cut-off (31.12.2020)).

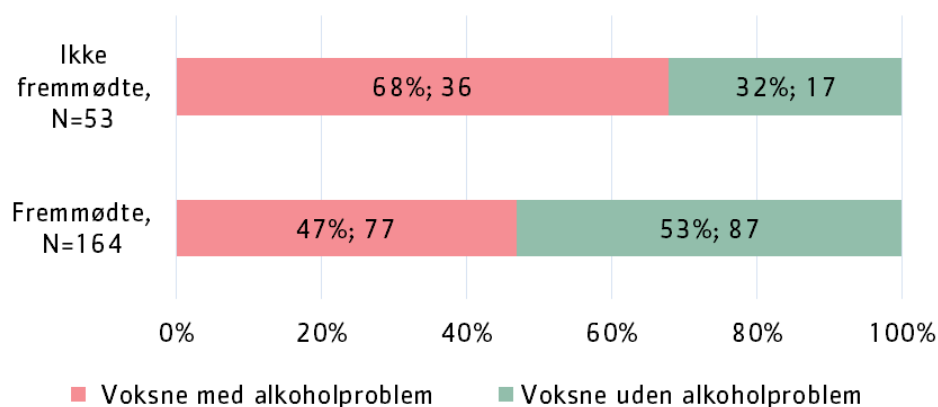


**Figur 11: Flow-chart. Oversigt over deltagernes status. Der er i alt 109 familier med kontakt til Familie og Alkohol i perioden 2017-2020. Der er målinger (spørgeskemaoplysninger) fra 158 voksne og 111 børn.**

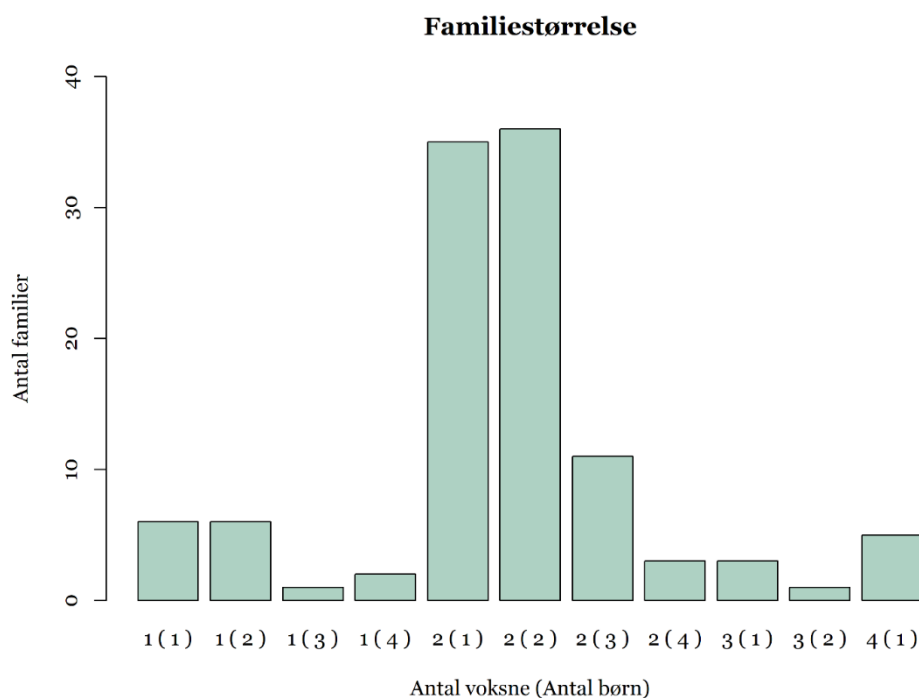
I figur 11 er en oversigt over, hvor mange familier, der har kontaktet Familie og Alkohol og hvoraf mindst ét medlem i familien er mødt op til en samtale. Blandt de 109 familier er 217 voksne; 164 har været fremmødt minimum 1 gang, mens 53 voksne ikke har været fremmødt (endnu) ved skæringsdatoen 31-12-2020. I de 109 familier er der kendskab til 191 børn; 111 af dem har én eller flere trivselsmålinger (spørgeskemaoplysninger) fra SDQ. Blandt de 164 fremmødte voksne har 158 gennemført én eller flere spørgeskemaabesvarelser i forbindelse med samtale. Der er 6 personer, der har været fremmødt til en rådgivningssamtale, men som ikke ønskede at starte i et forløb (Afsluttet uden inklusion). Der er 35, der er faldet fra undervejs i forløbet (Lost-to-followup), 45 der stadig er i gang med et forløb, og endelig 72, som har afsluttet deres forløb med en afslutningsamtale med tilhørende spørgeskema.

Ikke alle de voksne i familierne er fremmødt (53 voksne blandt 49 familier). Der er en større andel med alkoholproblem blandt voksne, der ikke er fremmødt, sammenlignet med voksne, der er fremmødt (Figur 12).

### Fremmødestatus og alkoholproblem (Chi<sup>2</sup>, P=0,008)



**Figur 12. Sammenhæng mellem fremmødestatus og alkoholproblem. Alkohol-status er selvrapporteret. Blandt personer, der ikke er fremmødt, er alkohol-status baseret på vurderingen fra de fremmødte familiemedlemmer.**



**Figur 13: Familiestørrelser blandt de 109 familier; kombination af voksne og børn i familierne. Familier med to voksne er de mest udbredte familiekonstellationer.**

Blandt de fremmødte er det ikke alle, der har besvaret spørgeskemaer ved alle nedslagspunkter – derfor varierer antallet i analyserne (se figur 14). Særligt ved de opfølgende nedslagspunkter ved 1 og 6 måneder er datagrundlaget spinkelt. Opfølgning ved 1 og 6 måneder kendes også fra den almindelige misbrugsbehandling i kommunerne, hvor der er lignende udfordringer med at indhente deltager-rapporterede oplysninger, når først forløbet er afsluttet.

### Deltagere og dataindsamling

Vores data omfatter 109 familier med 191 børn og 164 fremmødte voksne. Der er målinger (spørgeskemaoplysninger) på 158 voksne & 111 børn. Det er ikke alle, der har målinger til alle indsamlingstidspunkter.

Der er registreret 53 voksne, som (endnu) ikke har deltaget aktivt i behandlingen, men hvor én eller flere i deres nærmeste familie deltager/har deltaget.

Målinger på voksne:	Antal
Besvaret rådgivningssamtale	140
Besvaret opstartssamtale	121
Besvaret behandlingssamtale (antal tilpasses familiens behov) *	825 samtaler blandt 117 voksne
Overdraget til anden behandling	3 (heraf 1 stadig i forløb og 2 efterfølgende lost)
Lost-to-followup før afslutning	35
Besvaret afslutningssamtale **	72
Besvaret opfølgning 1 mdr	37
Besvaret opfølgning 6 mdr	20

\* Der er 31 familier der er i gang med et behandlingsforløb; heriblandt 45 voksne, der endnu ikke har afsluttet deres forløb per 31-12-2020.

\*\* Blandt de 72 voksne deltagere, der har besvaret afslutningsskemaet er der 60, der også har besvaret opstartsskemaet. De resterende 12 mangler målinger fra deres opstart (pilotdeltagere eller pga. manglende registrering)

Målinger på børn	Antal
Besvaret behandlingssamtale, individuel barn/unge samtale (antal tilpasses familiens behov)	231
Besvaret behandlingssamtale, barn/unge gruppesamtale (antal tilpasses familiens behov)	14
Børn med én eller flere SDQ-målinger. (planlagt besvarelse med 30-dages interval,) ***	111
Besvaret SDQ ved familiens opstart (tid 0)	82 besvarelser tilhørende 77 børn
Besvaret SDQ t1 (~30 dage)	30 besvarelser tilhørende 27 børn
Besvaret SDQ t2 (~60 dage)	62 besvarelser tilhørende 51 børn
Besvaret SDQ t3 (~90 dage)	47 besvarelser tilhørende 42 børn
Besvaret SDQ t4 (~120 dage)	30 besvarelser tilhørende 26 børn
Besvaret SDQ t5 (~150 dage)	29 besvarelser tilhørende 27 børn
Afslutning	26 besvarelser tilhørende 25 børn
Opfølgning 1 mdr.	14 besvarelser tilhørende 13 børn
Opfølgning 6 mdr.	11 besvarelser tilhørende 7 børn

SDQ-indsamling fortsætter udover t5 for familier med længere behandlingsforløb, hvor børnene/familien fortsat har brug for hjælp. Disse målinger indgår ikke i denne evaluering, men er tilgængelig for behandlerne.

\*\*\* Børn under 2 år får ikke lavet SDQ-måling. Der er desuden tilfælde, hvor der mangler SDQ-målinger fra børn. Derfor er der kun målinger på 111 børn, selvom der er registreret 191 børn blandt familierne. Nogle børn har flere besvarelser til samme nedslagspunkt, hvis der er lavet en forældrebesvarelse og barnet også selv har lavet en besvarelse.

**Figur 14: Antal målinger på voksne og børn, som er grundlag for evalueringen.**

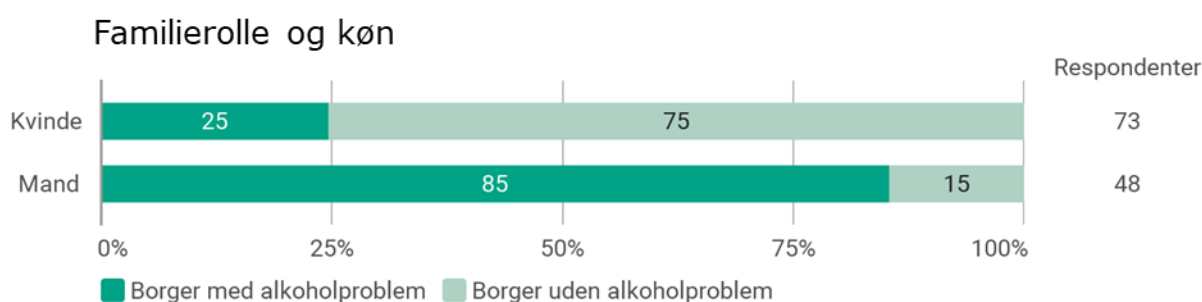
I figur 15 ses karakteristika for de voksne deltagere indsamlet ved deres opstart i Familie og Alkohol.



	level	Overall
Antal besvarelser		121
Behandlingskommune (%)	Guldborgsund	62 (51.2)
	Lolland	59 (48.8)
Køn	Kvinde	73 (60.3)
	Mand	48 (39.7)
Alder (gennemsnit (SD))		40.60 (9.52)
Familirolle (%)	Voksen med alkoholproblem	59 (48.8)
	Voksen uden alkoholproblem	62 (51.2)
Civilstand (%)	Andet	3 (2.5)
	Enke/Enkemand	2 (1.7)
	Enlig	22 (18.2)
	Fraskilt	17 (14.0)
	Gift	46 (38.0)
	Samlevende	31 (25.6)
I arbejde (%)	Ja	83 (68.6)
	Nej	38 (31.4)
Fuldført uddannelse udover skole eller ungdomsuddannelse (%)	Lang videregående uddannelse, mere end 4 år	8 (6.6)
	Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år	25 (20.7)
	Kort videregående uddannelse, 2-3 år	12 (9.9)
	Erhvervsfaglig uddannelse/faglært	45 (37.2)
	Kurser	12 (9.9)
	Anden uddannelse	1 (0.8)
	Nej	18 (14.9)
Er studerende	Ja	10 (8.3)
	Nej	111 (91.7)
Belastet af arbejdssituation (seneste 12 mdr)	Ja, meget	16 (13.2)
	Ja, en del	16 (13.2)
	Ja, lidt	27 (22.3)
	Nej	62 (51.2)
Belastet af boligsituation (seneste 12 mdr)	Ja, meget	13 (10.7)
	Ja, en del	10 (8.3)
	Ja, lidt	20 (16.5)
	Nej	78 (64.5)
Belastet af økonomi (seneste 12 mdr)	Ja, meget	24 (19.8)
	Ja, en del	29 (24.0)
	Ja, lidt	30 (24.8)
	Nej	38 (31.4)
Belastet af forhold til familie og venner (seneste 12 mdr)	Ja, meget	19 (15.7)
	Ja, en del	20 (16.5)
	Ja, lidt	29 (24.0)
	Nej	53 (43.8)
Belastet af sygdom hos partner, familie eller nære venner (seneste 12 mdr)	Ja, meget	20 (16.5)
	Ja, en del	28 (23.1)
	Ja, lidt	18 (14.9)
	Nej	55 (45.5)
Belastet af dødsfald blandt nærmeste (seneste 12 mdr)	Ja, meget	21 (17.4)
	Ja, en del	4 (3.3)
	Ja, lidt	8 (6.6)
	Nej	88 (72.7)
Andre belastninger (seneste 12 mdr)	Ja, meget	23 (19.0)
	Ja, en del	16 (13.2)
	Ja, lidt	15 (12.4)
	Nej	67 (55.4)
Har nogen i familien, en ven, en læge eller andre været bekymret over dine alkoholvaner eller foreslået dig at sætte	Nej	6 (10.2)
	Ja, men ikke indenfor det seneste år	1 (1.7)
	Ja, inden for det seneste år	52 (88.1)
Er du i sideløbende alkoholbehandling?	Ja, hos center for afhængighed/rusmiddel	6 (10.2)
	Ja, hos egen læge	10 (16.9)
	Nej	43 (72.9)

**Figur 15: Karakteristika for voksne deltagere indsamlet ved deres opstart i Familie & Alkohol. Der er 121 voksne, der har besvaret vores opstarts-spørgeskema. Spørgsmål om alkoholindtag og -vaner og -behandling er kun besvaret af personer med kendt alkoholproblem. Ved stratificering efter familierolle er der ingen forskel på karakteristika med undtagelse af køn.**

Der er 121 voksne, der har besvaret spørgeskemaet ved opstart. Ifølge opstartsdata er der flere kvinder (60 pct.) end mænd (40 pct.), lige mange voksne med alkoholproblemer som uden alkoholproblemer (voksne pårørende) og familierne er næsten ligeligt fordelt mellem Guldborgsund (51 pct.) og Lolland Kommune (49 pct.). 64 pct. af de voksne er gift eller samlevende og hele 69 pct. er i arbejde.



**Figur 16. Familierolle og køn. Andelen af voksne med et alkoholproblem er større blandt mænd sammenlignet med kvinder ( $P < 0.001$ ).**

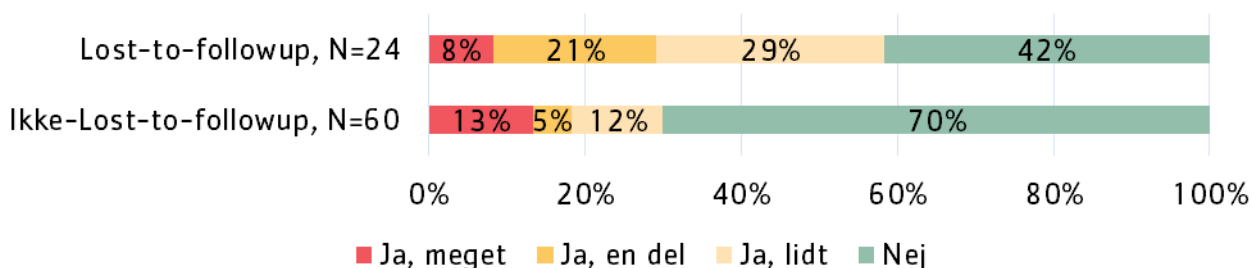
### 3.5 Frafaldsanalyse

Der er desværre personer, der falder fra, før de har gennemført hele forløbet. Vi kender ikke baggrunden for frafald, men formoder, at nogle alligevel ikke er klar til at modtage hjælp, eller at der er andre ting, der på det givne tidspunkt opleves som mere vigtigt. Karakteristika blandt voksne, som er faldet fra under forløbet ( $N=24$ ), sammenlignet med voksne, der har gennemført forløbet ( $N=60$ ), viser, at der kun forskel på to karakteristika mellem de to grupper ved opstart: Belastning af boligsituation og udbredelsen af sideløbende alkoholbehandling.

#### *Belastning af boligsituation.*

Blandt personer, som er faldet fra undervejs i forløbet, oplevede 58% at være belastet af deres boligsituation (figur 17). Det samme var kun tilfældet for 30% blandt dem, som gennemførte forløbet.

### Belastet af boligsituationen (seneste 12 mdr) (Chi<sup>2</sup>, P=0.02)

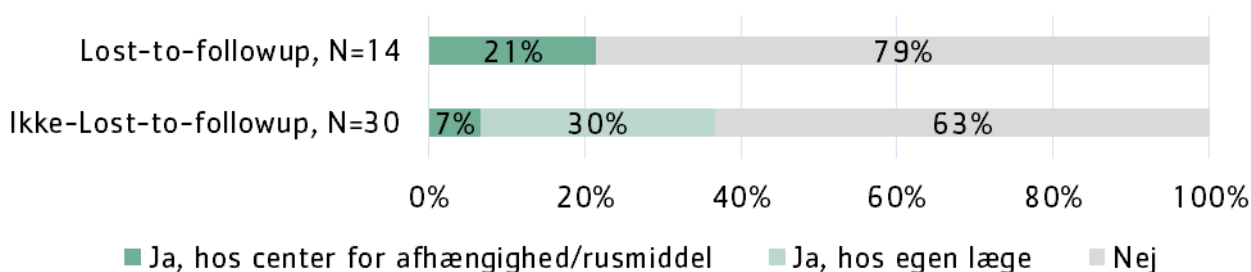


Figur 17. Belastning af boligsituationen blandt voksne, som er faldet fra (har gennemført en opstarts-samtale men efterfølgende er Lost-to-followup, N=24) og voksne, der ikke er faldet fra (har gennemført en opstarts-samtale og efterfølgende en afslutnings-samtale, N=60).

#### Voksne med alkoholproblem i sideløbende alkoholbehandling.

Blandt personer, som er faldet fra undervejs i forløbet hos Familie & Alkohol, angav 21%, at de sideløbende var i alkoholbehandling hos center for afhængighed/rusmiddel (Figur 18). Det samme var kun tilfældet for 7% blandt dem, som gennemførte forløbet. Samtidig angav 30%, at de sideløbende var i behandling hos egen læge.

### Voksne med alkoholproblem, i sideløbende alkoholbehandling (Chi<sup>2</sup>, P=0.04)



Figur 18. Sideløbende alkoholbehandling blandt voksne med alkoholproblem, som er faldet fra (har gennemført en opstarts-samtale men efterfølgende er Lost-to-followup, N=14) og voksne med alkoholproblem, der ikke er faldet fra (har gennemført en opstarts-samtale og efterfølgende en afslutnings-samtale, N=30).

## 3.6 Sundhed og trivsel

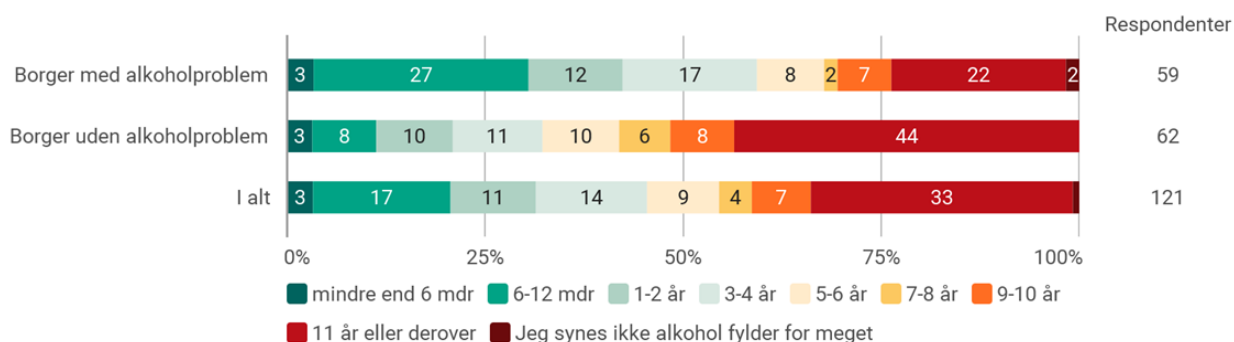
Projektets mål er, at:

- Familier starter et forløb hos Familie & Alkohol på et tidspunkt hvor den forudgående periode, hvor alkohol har fyldt for meget, er kortere end de gennemsnitlige 11 år.
- Nedsætte alkoholforbruget hos den drikkende eller opnå ophør af alkoholindtag.
- Opnå bedre sundhed og trivsel hos voksne og børn.

### 3.6.1 Tidlig kontakt – Familierne søger hjælp tidligere

Ser vi på, hvor længe alkoholproblemet har stået på, inden familien har søgt hjælp hos Familie og Alkohol, oplyser 59 pct. af deltagerne, at det har stået på i 8 år eller mindre og hele 45 pct. af deltagerne oplyser at problemet har stået på i 4 år eller mindre. Samtidig viser figur 19, at 33 pct. af deltagerne har gået med problemet i 11 år eller derover, det vil sige lig den tid, der i gennemsnit går for en borger med et alkoholproblem, inden der søges behandling. Omtrent 40% af vores familier, der er startet i et forløb hos Familie & Alkohol, er mere belastede af alkoholadfærden og behøver formodentligt mere omfattende hjælp sammenlignet med familier fra den forventede målgruppe (hvor alkohol har fyldt i mindre end 8 år).

Hvor længe har du haft oplevelsen af, at alkohol har fyldt for meget?



Figur 19: De voksnes vurdering af hvor længe, alkohol har fyldt for meget i familien, inden der søges hjælp hos Familie & Alkohol.

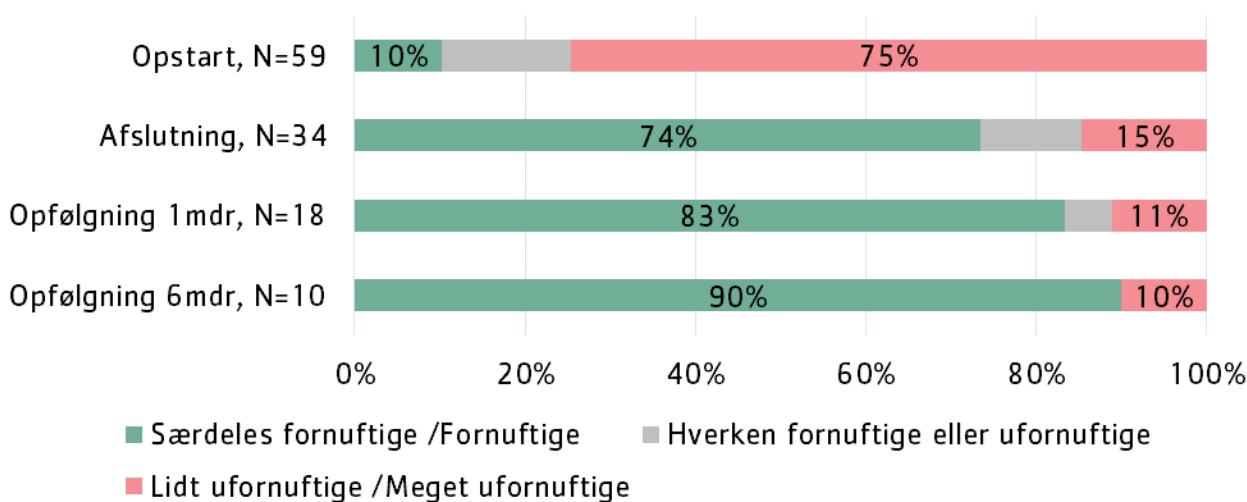
### 3.6.2 Alkoholforbrug

*Der er positive resultater på alkoholvaner og alkoholforbruget i familierne.*

Figur 20 og 21 viser udviklingen i selvvaluerede alkoholvaner og deltageres alkoholforbrug over tid.

Kun 10% af de voksne med erkendt alkoholproblem vurderer deres alkoholvaner som fornuftige ved opstart. Ved afslutning vurderer 74% deres alkoholvaner som fornuftige (figur 20). Ved subgruppeanalyse, hvor kun voksne med besvarelse ved både opstart og afslutning indgår (N=29), ses lignende udvikling; andelen, der vurderer deres vaner som fornuftige, er 7% ved opstart og 79% ved afslutning.

## Hvordan vurderer du selv dine alkoholvaner?



Figur 20: Deltagere med erkendt overforbrugs vurdering af egne alkoholvaner.

### AUDIT C

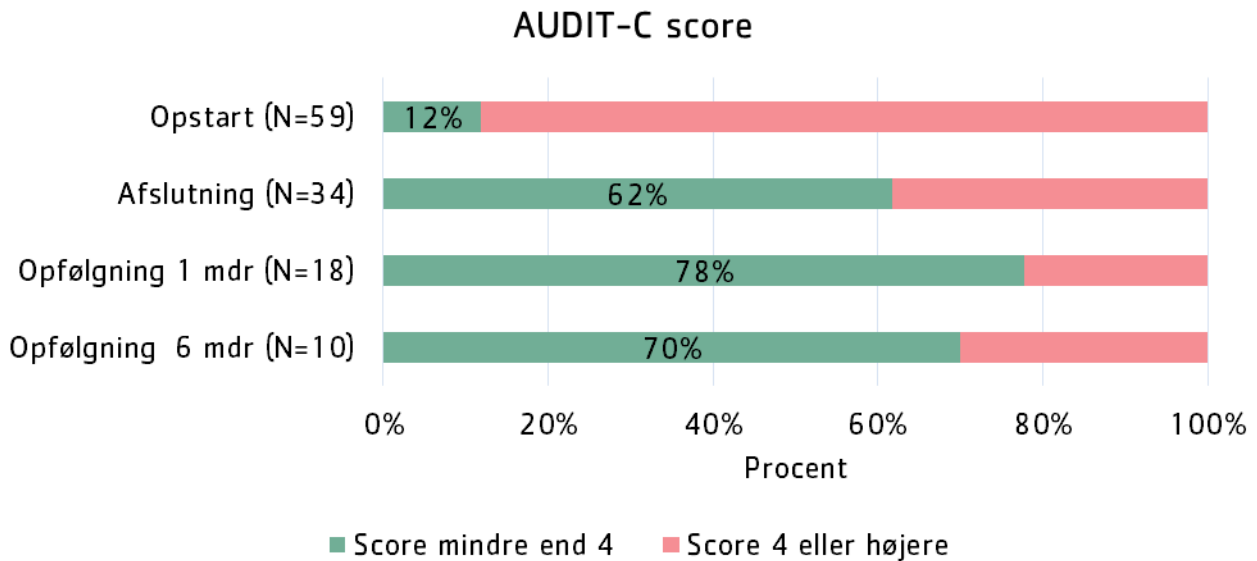
AUDIT-C spørgsmål er et kort screeningsværktøj til screening for alkoholforbrug. I AUDIT- C indgår de tre første spørgsmål i AUDIT testen om alkoholindtag (den fulde AUDIT består af 10 spørgsmål).

- Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol? (5 svar-kategorier -> point 0-4)
- Hvor mange genstande drikker du almindeligvis, når du drikker noget? (5 svar-kategorier -> point 0-4)
- Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed? (5 svar-kategorier -> point 0-4)

Den maksimale score i AUDIT-C testen er på 12 point, hvor cut-off scoren er fire point. Scorer deltageren under fire point, er der ikke mistanke om et alkoholstorforbrug. Testen er god til at identificere personer med et højt alkoholforbrug. Dog er AUDIT-C ikke lige så valid som den fulde AUDIT til at screene for alkoholafhængighed.

<https://alkohologsamfund.dk/alkopedia/audit-c-et-kort-og-godt-screeningsvaerktøj>

Ved opstart af forløbet har kun 12 pct. af de voksne med erkendt alkoholoverforbrug en AUDIT-C score på mindre end 4. Ved afslutning er denne andel på 62 pct., og denne positive udvikling ser ud til at kunne fastholdes op til 6 måneder efter forløbet afsluttes (figur 21). Datagrundlaget ved opfølgning (efter hhv. 1 måned og 6 måneder) er spinkelt, så resultaterne skal tolkes med forsigtighed. Ved subgruppeanalyse af data fra de voksne med alkoholproblem, der har besvarelse ved både opstart og afslutning (n=29) ses lignende udvikling; andel med AUDIT-C score mindre end 4 er 13% ved opstart og 69 % ved afslutning.



**Figur 21: AUDIT-C risiko-kategori blandt deltagere med erkendt alkohol-overforbrug ved opstart, afslutning og opfølgning.**

Målet er, at 90 % af deltagerne med overforbrug skal have en AUDIT-C score på <4 efter afsluttet forløb samt ved opfølgningssamtaler.

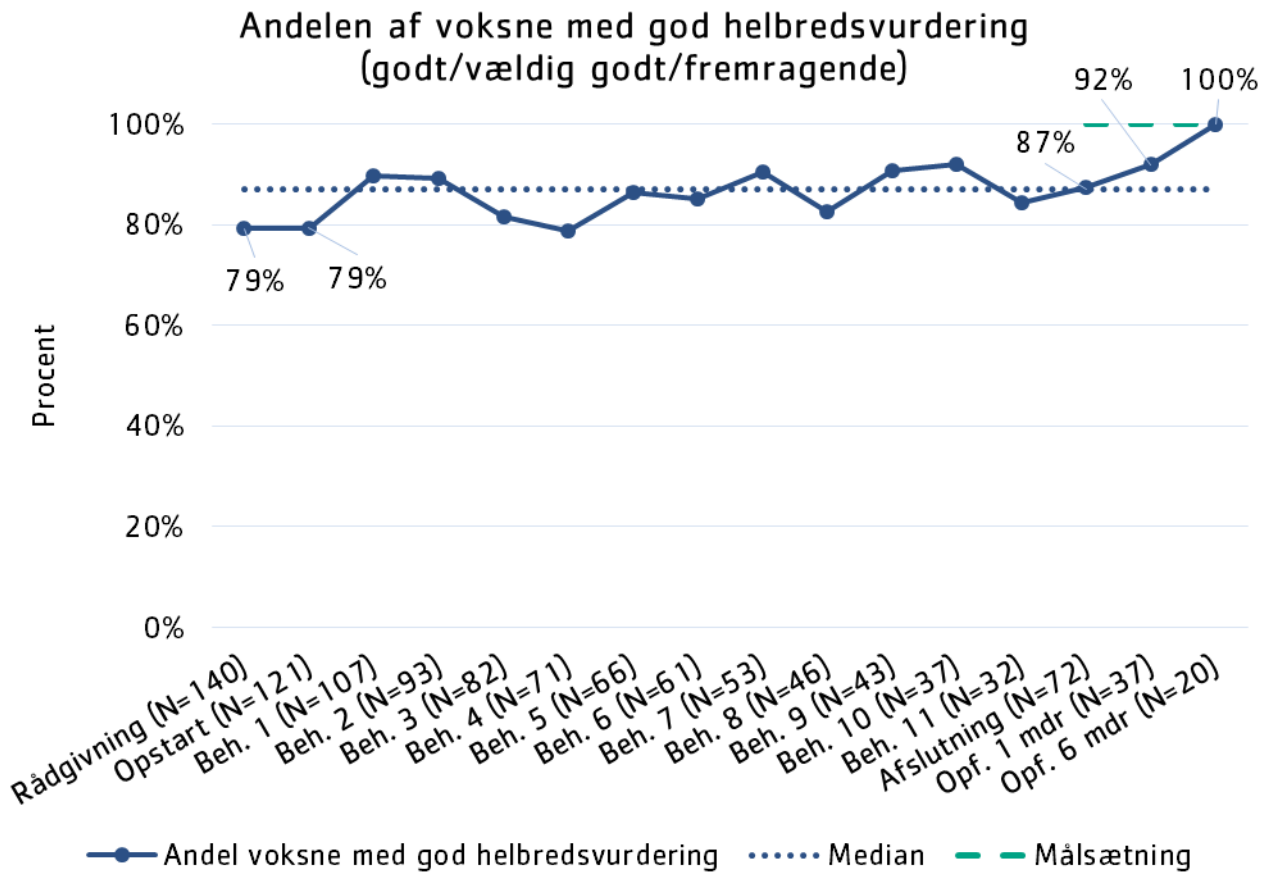
### 3.6.3 Voksnes helbred

*De voksne deltagere har et godt selv vurderet helbred.*

Selv vurderet helbred er central prædikator for sygelighed og dødelighed. Fra Sundhedsprofilen 2017 ved vi, at andelen af borgere med et godt selv vurderet helbred er 76 pct. i Lolland Kommune og 80 pct. i Guldborgsund Kommune (Sundhedsprofilen, 2017).

Figur 22 viser andelen af voksne med et godt selv vurderet helbred. Tidsrummet mellem behandlingssamtalerne i rådgivningsforløbet hos Familie & Alkohol kan variere og ikke alle deltagere har 11 behandlingssamtaler inden afslutning af deres forløb. Andelen af deltagere med godt selv vurderet helbred er generelt høj i hele forløbet (laveste andel med godt selv vurderet helbred er 79%), hvilket kan antyde, at deltagerne generelt har en fin sundhedsprofil; dette kan måske tilskrives en lavere gennemsnitsalder blandt de voksne i Familie & Alkohol. Det kan også afspejle, at flere af familierne er startet i et forløb hos Familie & Alkohol på et tidligt tidspunkt, før deres daglige trivsel og helbred for alvor påvirkes af alkoholproblemerne i familien.

Datagrundlaget ved opfølgning (hhv. 1 måned og 6 måneder) er spinkelt, så resultaterne skal tolkes med forsigtighed. Ved subgruppeanalyse af data fra de voksne med besvarelse ved både opstart og afslutning (n=60) ses lignende udvikling; andel med god helbreds vurdering er 82% ved opstart og 85 % ved afslutning.



**Figur 22:** Andelen af voksne der vurderer deres helbred som godt, vældig godt eller fremragende.

Målet er, at alle deltagere vurderer deres helbred som godt eller derover ved afsluttet forløb og ved opfølgningssamtaler.

### 3.6.4 Voksnes trivsel

*Andelen af deltagende voksne i god trivsel stiger i løbet af forløbet hos Familie og Alkohol.*

#### WHO-5

- Pointtal 0-35: Der kan være stor risiko for depression eller stressbelastning.
- Pointtal 36-50: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning.
- Pointtal over 50: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning.

Et pointtal på 50 eller derover kan derfor anvendes som et mål deltagerne gerne skal tilnærme sig - fx med hjælp fra behandlerne i Familie & Alkohol. I forbindelse med kliniske indsatser regnes en forøgelse (eller forringelse) på 10 pointtal for en klinisk signifikant forskel, det vil sige en forskel i trivsel der er så stor, at den kan tilskrives indsatsen.

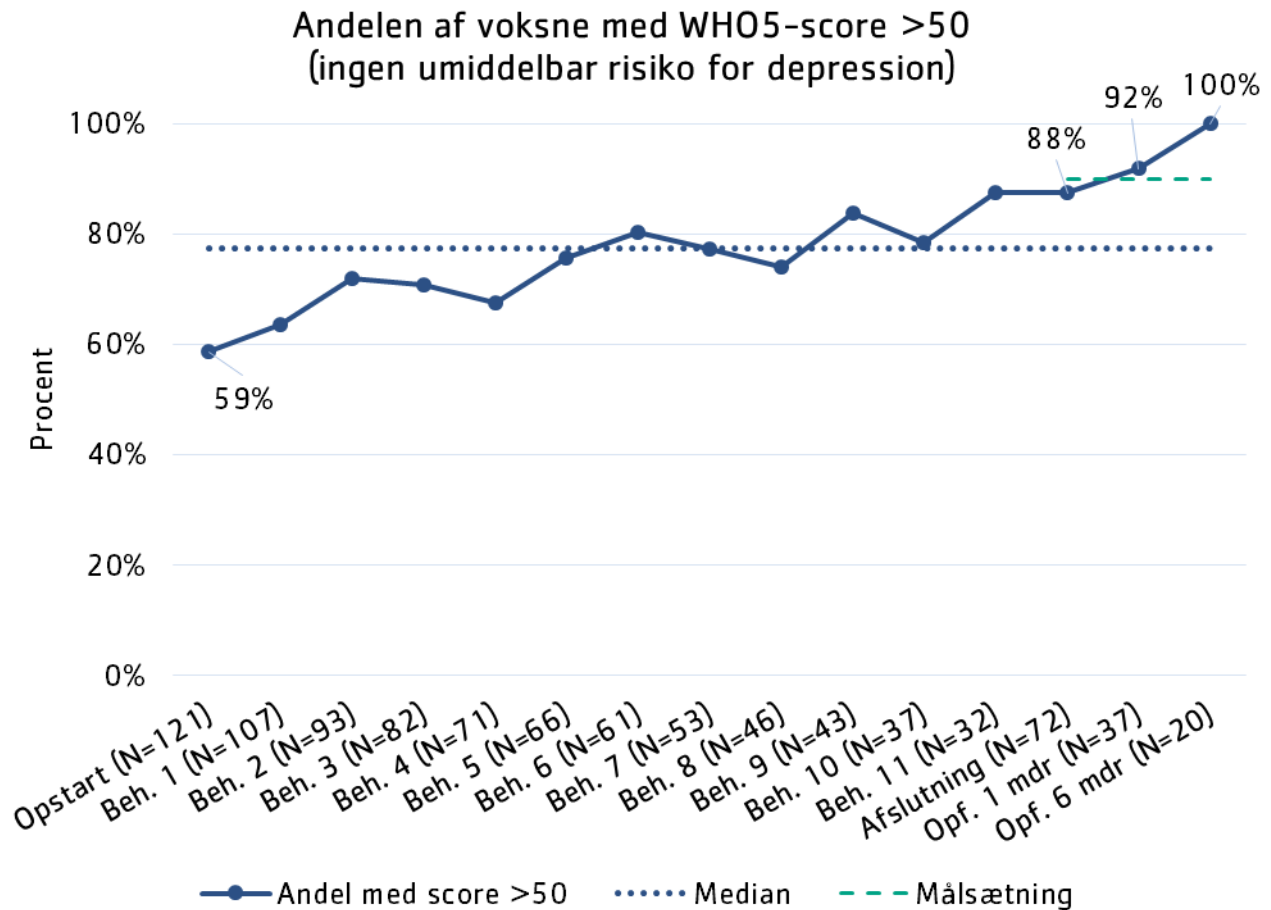
WHO-5 er ikke et diagnoseværktøj, men kan betragtes som et termometer for trivsel. Hvis en person scorer lavt, kan det være tegn på, at han eller hun har brug for støtte eller behandling. Men det vil i givet fald være en lægelig opgave evt. at udrede dette nærmere. Derfor opfordrer vi vores deltagere til at tale med egen læge, hvis de scorer meget lavt (mindre end 35 point).

Skemaet kan hentes her: <https://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed/Materialer/PublishingImages/WHO5%20skema.pdf>

Voksnes trivsel er fulgt ved løbende WHO-5-målinger, som er et generisk mål for generel trivsel og velbefindende. Skalaen går fra 0-100 point og gennemsnittet for befolkningen som helhed er 68 point. Cut-off scoren er 50 point, hvilket betyder, at personer, der scorer over 50 point, anses for at trives godt. Andelen af voksne med en WHO-5-score over 50 er 88 pct. ved afslutning mod kun 59 pct. ved opstart (Figur 23). Tidsrummet mellem behandlingssamtalerne i rådgivningsforløbet hos Familie & Alkohol kan variere og det er ikke alle deltagere, der har 11 behandlingssamtaler inden afslutning af deres forløb (nogle har færre, andre har flere). Datagrundlaget ved opfølgning (ved hhv. 1 måned og 6 måneder) er spinkelt, så resultaterne skal tolkes med forsigtighed.

Ved subgruppeanalyse af data fra de voksne med besvarelse ved både opstart og afslutning (n=60) ses lignende udvikling; andel med score >50 er 67% ved opstart og 87 % ved afslutning. Subgruppeanalysen indikerer, at personerne, der falder fra undervejs, trives dårligere ved opstart, sammenlignet med personer, der gennemfører forløbet hos Familie & Alkohol.





**Figur 23:** Andelen af deltagende voksne med WHO-5 score på over 50 point.

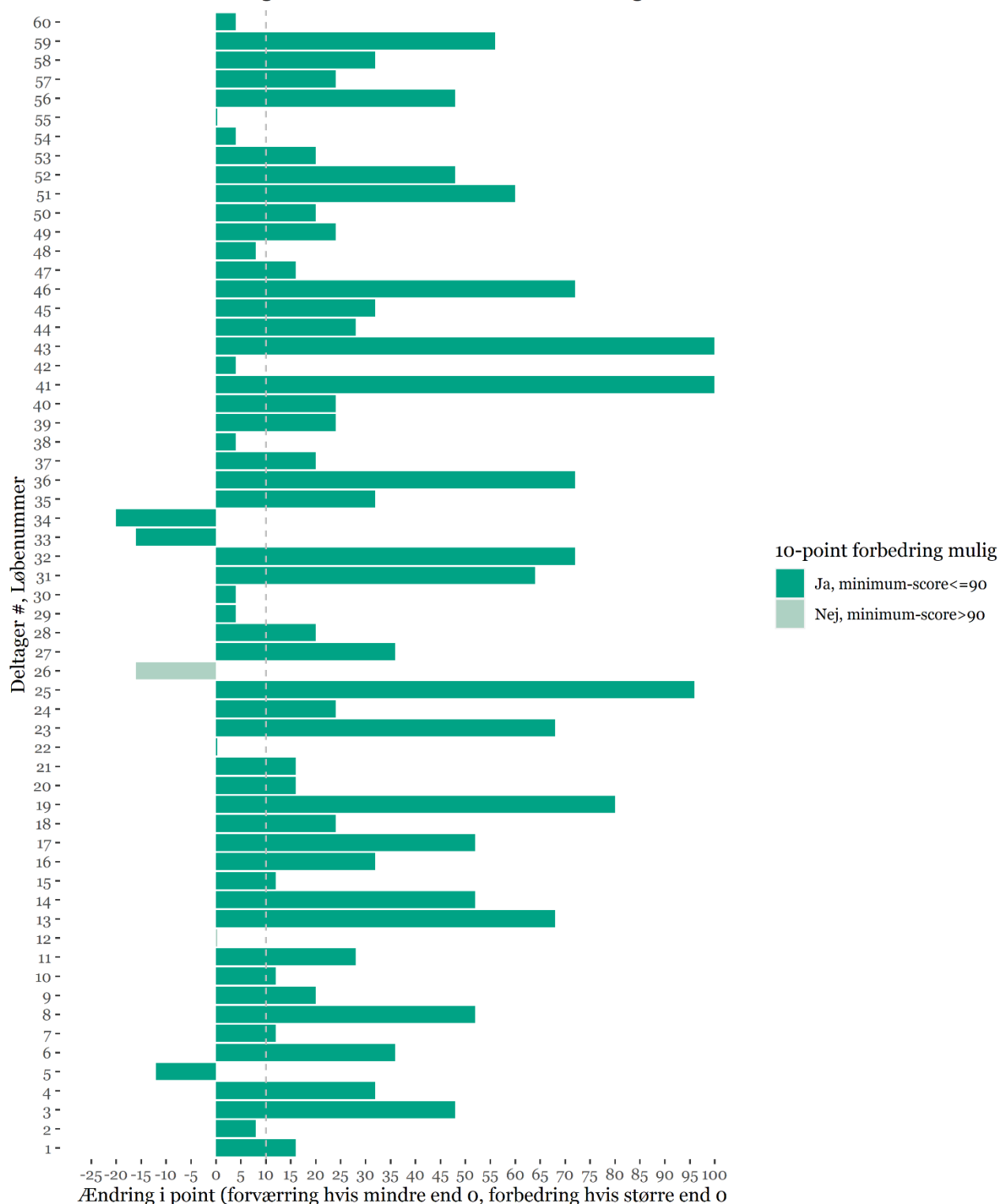
Målet er, at 90 % af alle voksne deltagere scorer over 50 point ved afsluttet forløb samt ved opfølgningssamtaler.

I figur 24 ses, hvor mange point hver af deltagerne har rykket sig fra deres laveste WHO-5-score under forløbet til deres score ved afslutning. Hvis ændringen ligger over 0 er der tale om en forbedring, er ændringen under 0 er der tale om en forværring.

Ser vi på individniveau blandt de 60 voksne med besvarelse ved både opstart og afslutning, oplever 53 ud af 60 (88 pct.) at deres trivsel er forbedret (pointændring >0) efter et gennemført forløb hos Familie & Alkohol; for 3 voksne er situationen uændret, og 4 voksne oplever en forværring.

Blandt de 60 er der 58, der har mulighed for at opnå minimum en 10-point forbedring i deres score; 45 ud af 58 (78%) har forbedret deres WHO-5-score med 10 point eller mere ved afslutning af forløb. Denne forbedring er ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning for WHO-5 så stor, at den kan tilskrives indsatsen.

WHO5-score pointændring  
(score ved afslutning - minimum-score under behandling)



Figur 24: Figuren viser den pointændring i WHO-5-score, som hver deltager har opnået fra laveste score under forløbet til deres score ved afslutning (n= 60 voksne med besvarelse både ved opstart og ved afslutning).

Mørk grøn markerer data fra de deltagere (n=58), som havde mulighed for at opnå en 10-point forbedring (det vil sige dem, som havde et udgangspunkt på mindre end eller lig med 90 point som minimums-score). Lys grøn markerer data fra de deltagere, som ikke havde mulighed for at opnå en 10-

**points forbedring (n=2), fordi de allerede scorede højt på trivsel under forløbet (minimums-score højere end 90).**

Ligesom hos børnene oplever vi blandt nogle voksne et dyk i trivslen undervejs i rådgivningsforløbet: Deltageren med overforbruget reagerer ofte med lettelse og øget energi i starten og mærker hurtigt en bedring. Partneren oplever ikke altid bedringen lige så hurtigt; tværtimod kan der opstå konflikter undervejs parterne imellem og det kan tage noget tid for partneren at genvinde tillid og tro på forbedringerne.

En familiebehandler fortæller:

*“Vi oplever tit, at der i løbet af behandlingen kan opstå nye konflikter imellem de voksne. Men fordi vi arbejder meget med værdier og personlige grænser i blandt andet parsamtalerne og fordi vi arbejder meget med kommunikation og giver parrene nye redskaber, så ender vi næsten altid et godt sted. Det gør en afgørende forskel, at begge parter er med på banen hele vejen” (Familiebehandler, Familie og Alkohol).*

### 3.6.5 Børns trivsel

**Andelen af børn i kategorien ‘almindelig trivsel’ stiger i løbet af forløbet hos Familie og Alkohol.** Børns trivsel er fulgt ved hjælp af løbende SDQ-målinger, som giver et billede af det enkelte barns udvikling af den psykosociale trivsel og funktion i samspil med omgivelserne.

#### Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Vi anvendte spørgeskemaet Strengths and Difficulties Questionnaire til at vurdere trivsel blandt børnene (alder 2-17 år). SDQ er et spørgeskema på 25 spørgsmål, der fokuserer på fem områder:

- Følelsesmæssige vanskeligheder
- Adfærdsproblemer
- Hyperaktivitet / opmærksomhedsproblemer
- Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende
- Sociale styrkesider

Hertil kommer 1-7 spørgsmål om, hvordan barnet/den unge trives og fungerer i dagligdagen og som samlet set giver en overordnet trivsels og funktionsscore. Det er denne score, vi tager udgangspunkt i, når vi i Familie og Alkohol måler børns trivsel. Scores for de 5 fokusområder anvendes af behandleren i samtalerne med forældre og børn.

For mere information se:

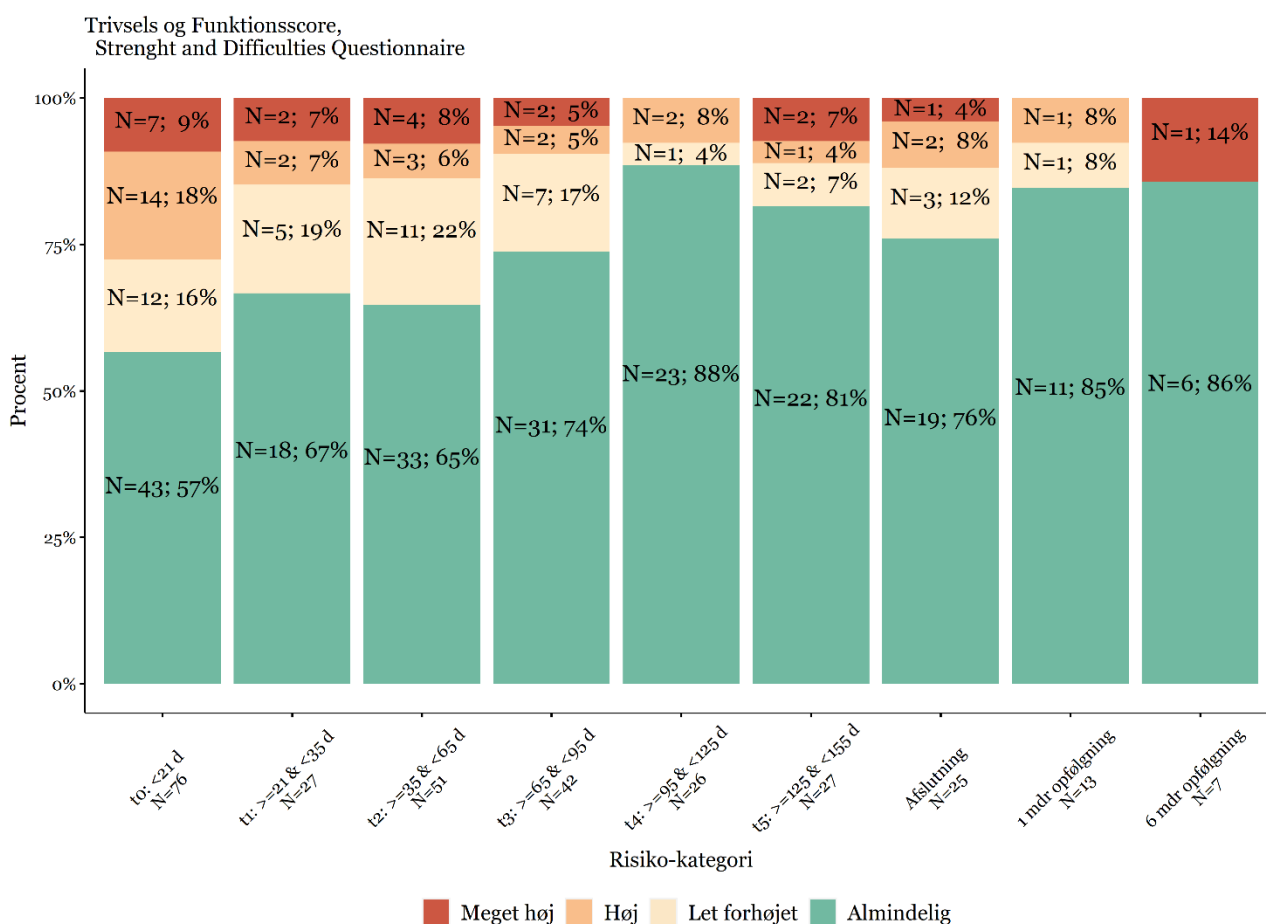
Det danske SDQ/DAWBA-sekretariat. [www.sdq.dk](http://www.sdq.dk)

J. Arnfred et al. DMJ 2019, Danish norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire.

Center for Sundhedssamarbejde ved Aarhus Universitet, Måling af mental sundhed med spørgeskemaet SDQ, 2016.

I figur 25 viser vi andelen af børn, som scorer i kategorien 'almindelig trivsel' i den overordnede Trivsel og funktionsscore ved nedslagspunkter ved 30-dages intervaller under familiernes rådgivningsforløb. Trivsel og funktionsscore kaldes også påvirkningsscoren, idet den er et udtryk for, hvor meget eventuelle vanskeligheder påvirker barnets eller den unges liv.

Børn kan score i risikokategorierne almindelig, let forhøjet, høj til meget høj. Andelen af børn der er i 'almindelig trivsel' efter ca. 120 dage (t4), som er den forventede varighed for et rådgivningsforløb hos Familie & Alkohol, er 88 pct. mod 57 pct. ved opstart. Da alle familier får et individuelt tilpasset forløb, er der nogle familier, der afslutter forløbet før 120 dage, og nogle, der har behov for længere forløb. Andelen af børn i almindelig trivsel ved afslutningstidspunktet (uanset længden på familiens forudgående forløb) er 76 pct. Antallet af SDQ-måling ved opfølgning er lavt, så resultaterne ved disse nedslagspunkter skal tolkes med forsigtighed, men andelen i almindelig trivsel er fortsat høj (hhv. 85% og 86%).



**Figur 25: Andelen af deltagende børn, der ligger i kategorien 'Almindelig' for SDQ Trivsel og funktionsscore. Datagrundlaget ved opfølgning er spinkelt, så resultaterne skal tolkes med forsigtighed. Trivsels & Funktionsscore er missing for 1 barn til tid 0; der er derfor 76 besvarelser i stedet for de forventede 77.**

Målet er, at 90 % af alle deltagende børn ligger i kategorien almindelig trivsel ved afsluttet forløb samt ved opfølgningssamtaler.

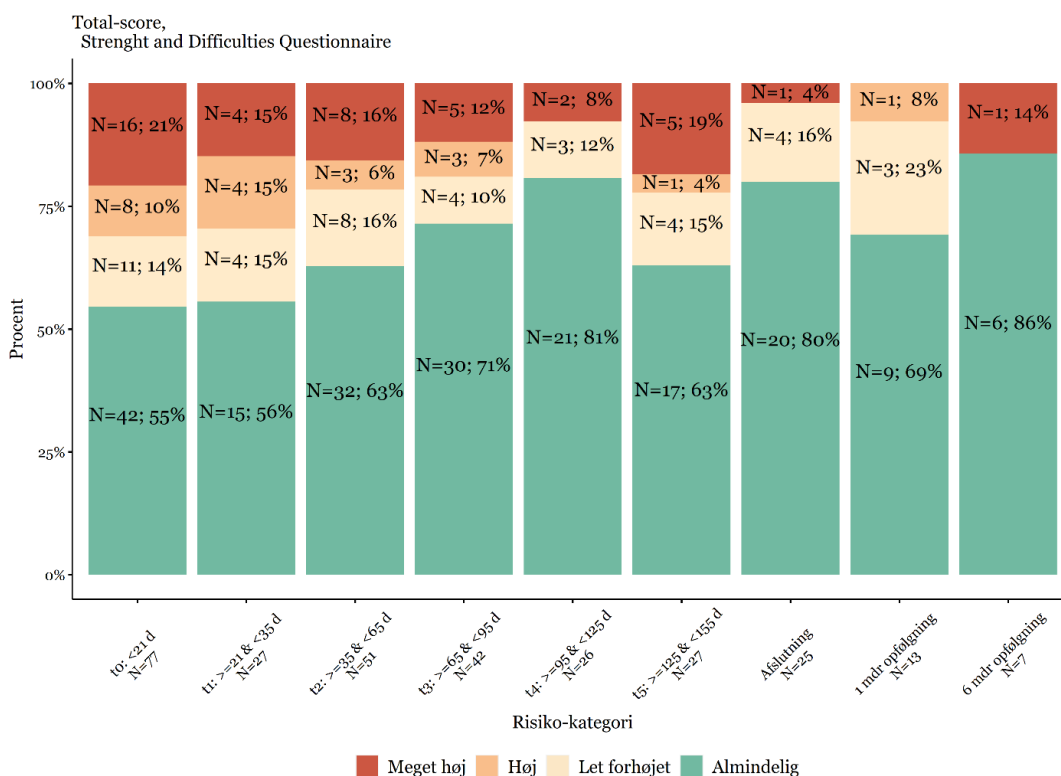
I flere familier oplever vi, at børns trivsel først forbedres efter noget tid og hos nogle dykker den

endda undervejs. Dykket skyldes ofte, at børnene oplever at få mere plads til egne følelser og behov, efterhånden som forældrene begynder at ændre adfærd i en positiv retning og der kommer bedre styr på alkoholforbruget. Det kan give dem rum for at mærke noget, der tidligere ikke har været plads til. I takt med at forløbet skrider frem, meddeler mange børn, at de ikke længere er så bekymrede for deres mor og far. Alene at vide at mor og far får hjælp er en hjælp for barnet.

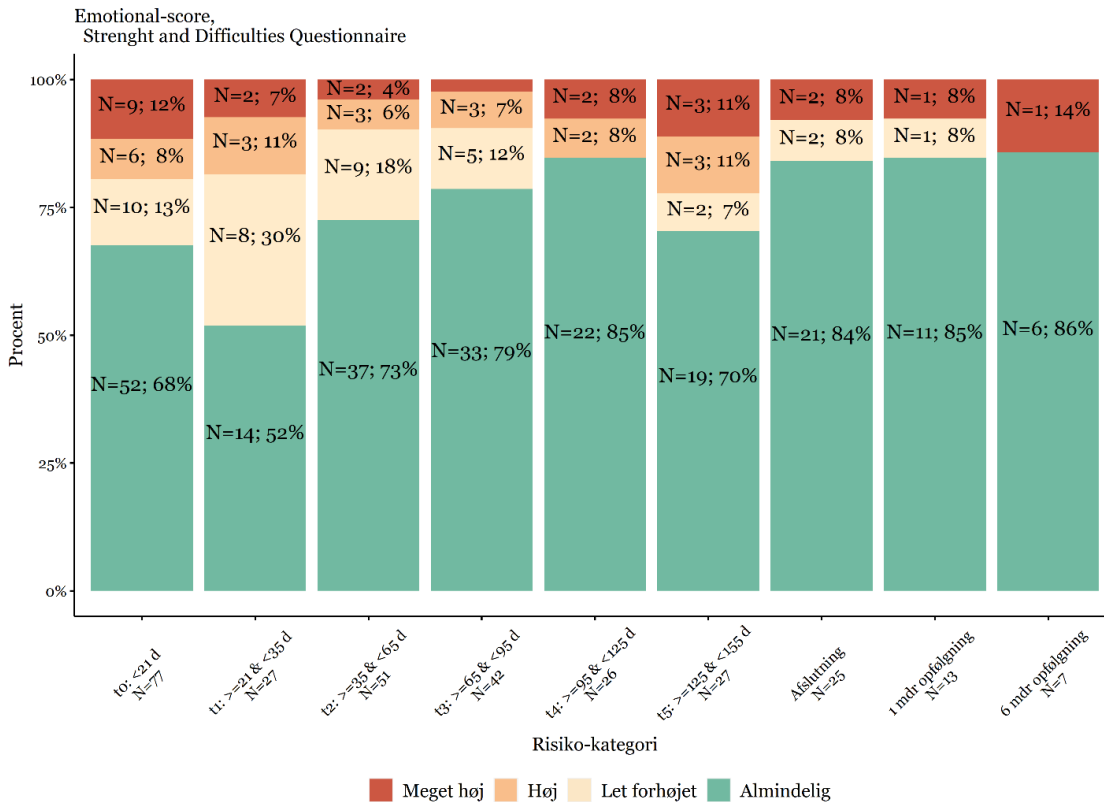
En familiebehandler beskriver:

*“Mange børn fortæller efter noget tid, at de ikke længere føler, at det er deres skyld, at mor/far drikker for meget. Børnene tror tit, at de er problemet, men i løbet af samtalerne, finder de ud af, at det er de ikke. Det er alkohol, der er problemet. Og den rolleombytning der typisk finder sted i familier med for meget alkohol, den hjælper vi familierne med at lave om på, så børn i højere grad kan være børn og forældrene de voksne”  
(Familiebehandler, Familie og Alkohol).*

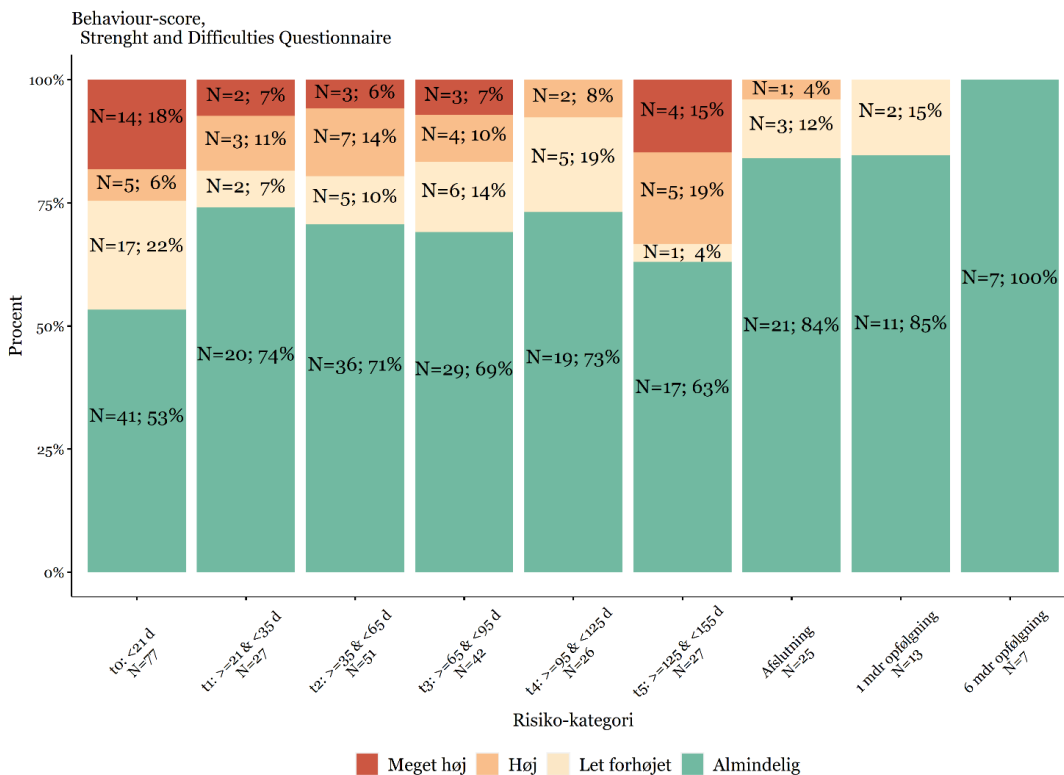
Resultater fra den overordnede Total-score samt SDQ-delscore fremgår af figur 26-31.



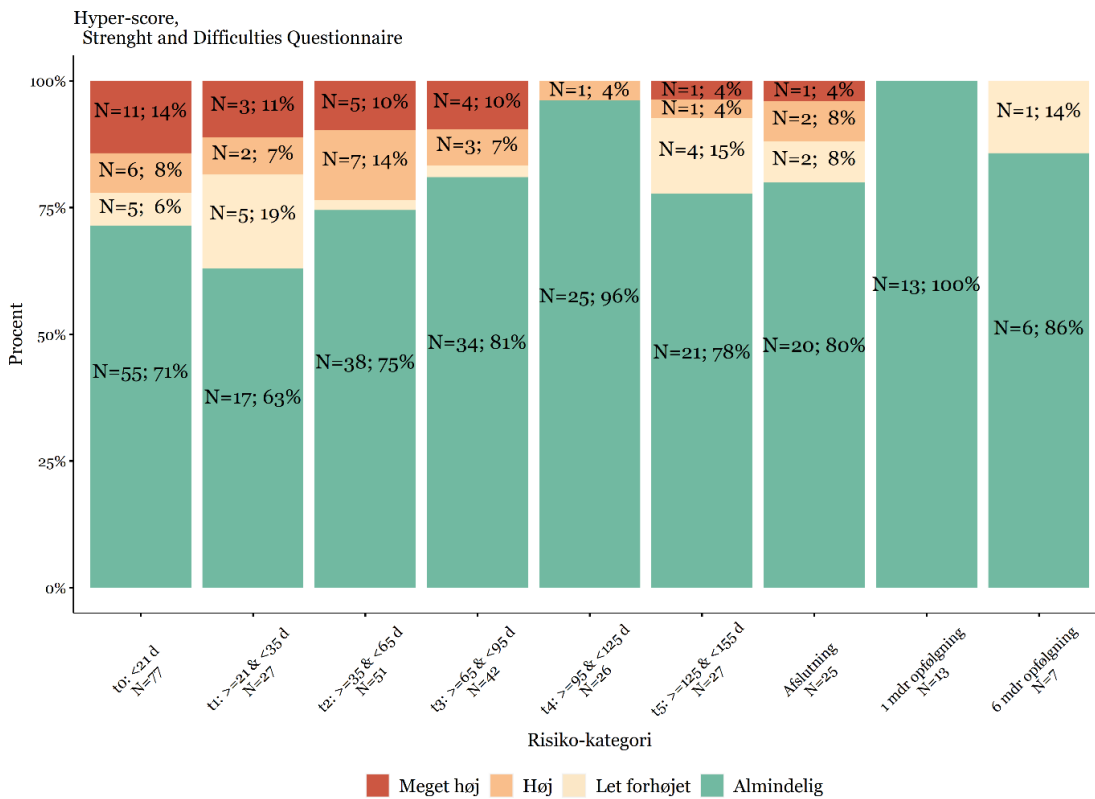
**Figur 26. Fordelingen af børn i risiko-kategorier for SDQ-total-score i løbet af familiens rådgivningsforløb.**



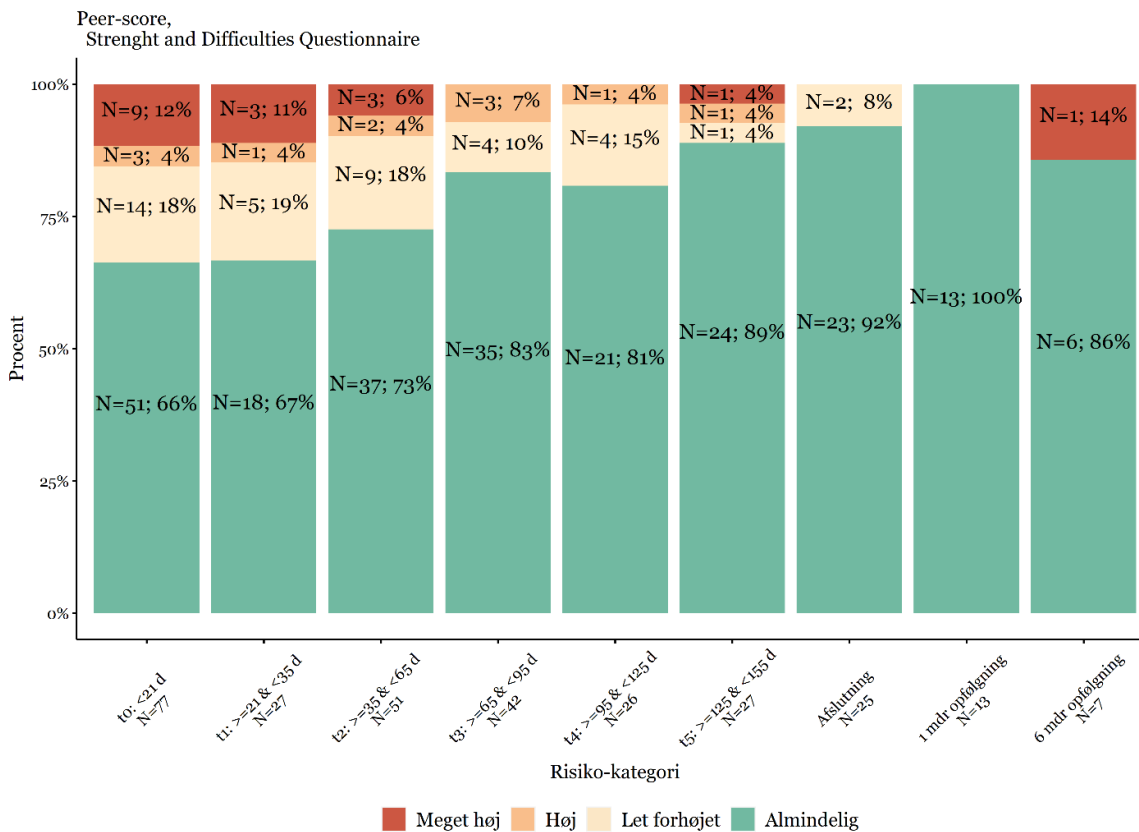
Figur 27. Fordelingen af børn i risiko-kategorier for følelsesmæssige vanskeligheder målt ved SDQ i løbet af familiens rådgivningsforløb.



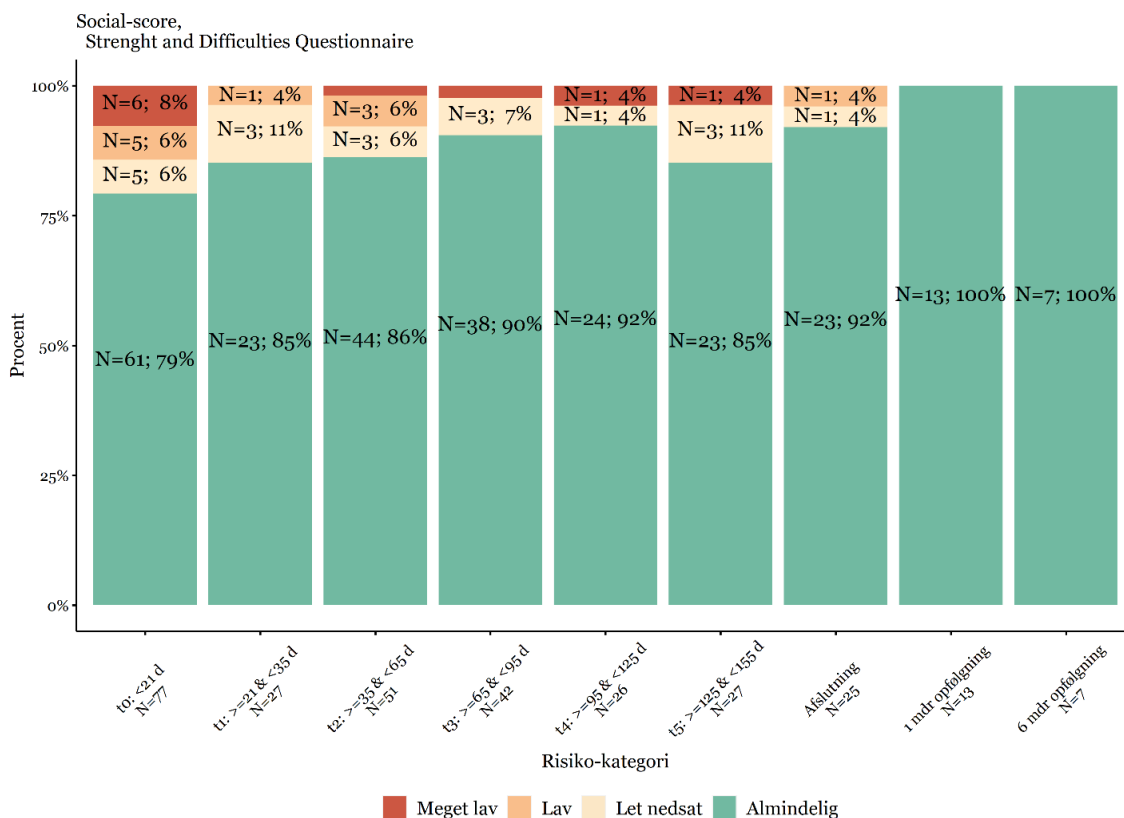
Figur 28. Fordelingen af børn i risiko-kategorier for adfærdsproblemer målt ved SDQ i løbet af familiens rådgivningsforløb.



**Figur 29. Fordelingen af børn i risiko-kategorier for Hyperaktivitet / opmærksomhedsproblemer målt ved SDQ i løbet af familiens rådgivningsforløb.**



**Figur 30. Fordelingen af børn i risiko-kategorier for vanskeligheder i forhold til jævnaldrende målt ved SDQ i løbet af familiens rådgivningsforløb.**



**Figur 31. Fordelingen af børn i risiko-kategorier for vanskeligheder i forhold til sociale styrkesider målt ved SDQ i løbet af familiens rådgivningsforløb.**

### 3.7 Kvalitet

Projektets mål er, at:

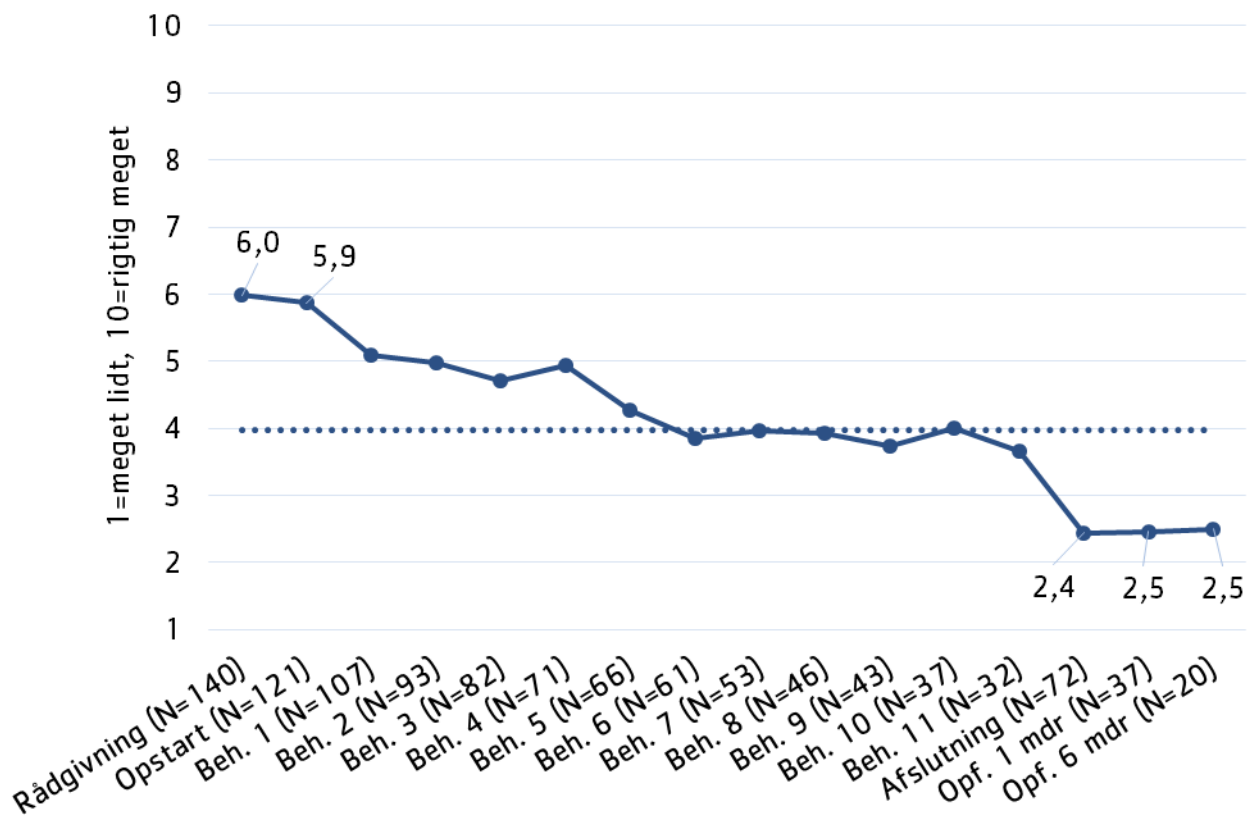
- Deltagerne oplever, at alkohol fylder mindre i deres familie efter rådgivningsforløbet
- Deltagerne har en høj tilfredshed med rådgivningen

***Deltagerne oplever, at alkohol fylder mindre i deres familie efter afsluttet forløb og der er en høj tilfredshed hos deltagerne.***

Der er betydelig forskel på, hvor meget alkohol fylder, når deltagerne starter og ved afslutning. I figur 32 ses, at gennemsnitscoren for, hvor meget alkohol fylder i familien, falder fra 5,9 ved opstart til 2,4 ved afslutning, altså en reduktion på 3,4 point. Datagrundlaget ved opfølgning (efter hhv. 1 måned og 6 måneder) er spinkelt, så resultaterne skal tolkes med forsigtighed. Ved subgruppeanalyse af data fra de voksne med besvarelse ved både opstart og afslutning (n=60) ses lignende udvikling; i gennemsnit fylder alkohol 5,4 ved opstart og 2,3 ved afslutning.



## Hvor meget fylder alkohol i familien på en skala fra 1-10 Gennemsnit over tid

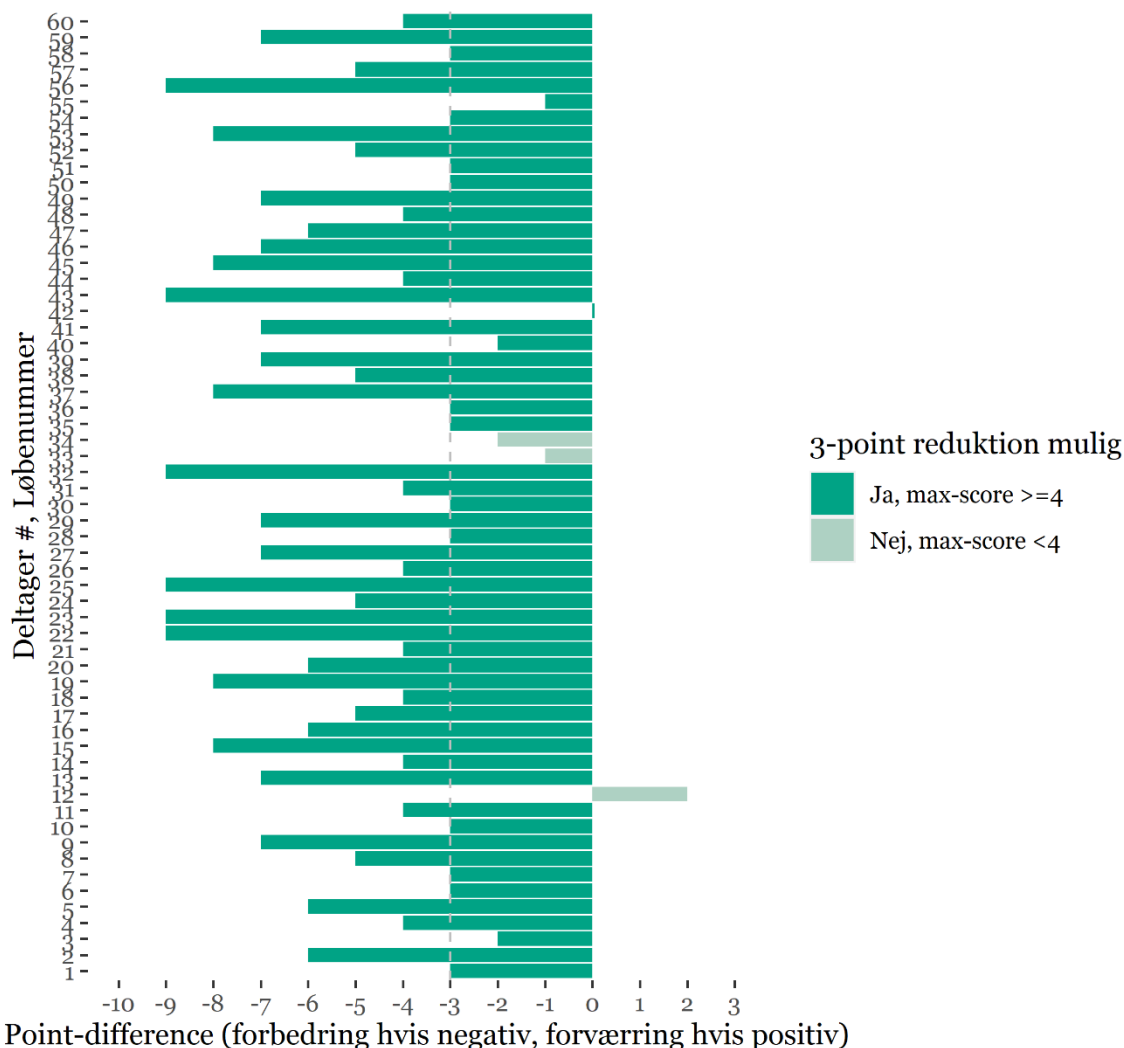


Figur 32: Den gennemsnitlige angivelse af, hvor meget alkohol fylder i familien på en skala fra 1-10, hvor 1 er meget lidt og 10 rigtig meget.

Målet er at alle voksne deltagere vurderer, at alkohol fylder min. 3 point mindre i familien fra højeste belastningsniveau til afslutning af forløb og ved opfølgningssamtaler.

Ser vi på individniveau blandt de 60 voksne med besvarelse ved både opstart og afslutning (figur 33), oplever 58 ud af 60, at fylder alkohol mindre efter et gennemført rådgivningsforløb; for 1 er situationen uændret, og 1 oplever forværring på 2 point. Ændringen blandt de 60 voksne er på median=-5 (IQR: -7,-3). Blandt de 60 er der 57, der har mulighed for at opnå minimum en 3-point forbedring i deres score. Blandt de 57 har 92 pct. opnået, at alkohol (efter egen vurdering) fylder min. 3 point mindre i familien ved afslutning af forløb.

Hvor meget fylder alkohol i familien? Reduktion i score  
(score ved afslutning - maximum-score under behandling)



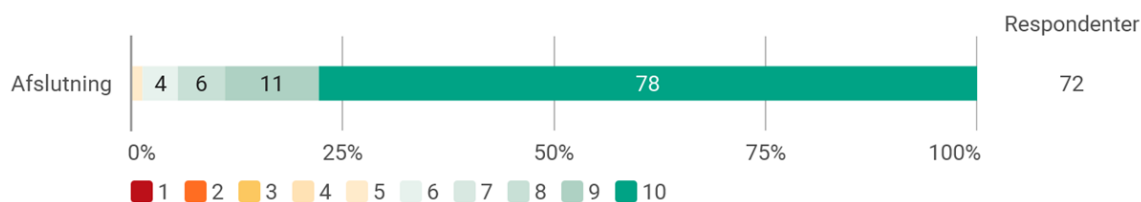
**Figur 33:** Figuren viser ændringen af, hvor meget hver deltager angiver, at alkohol fylder i familien (skala 1-10). Ændringen er målt fra deltagerens højeste score under forløbet hos Familie & Alkohol til deres score ved afslutning (n=60 voksne med besvarelse ved både opstart og ved afslutning).

Mørk grøn markerer data fra de deltagere (57), som havde en maximum-score på 4 eller højere under forløbet, og dermed havde mulighed for at opnå en forbedring på 3 point ved afslutning. Lys grøn markerer data fra de deltagere, som ikke havde mulighed for en reduktion på 3 point (n=3), fordi de allerede havde en max-score  $< 4$  under forløbet.

Deltagerne svarer også på, hvor tilfredse de alt i alt har været med forløbet (skala 1-10). 100 pct. af de voksne deltagere har ved afslutning af deres forløb hos Familie & Alkohol vurderet deres tilfredshed til 5 eller højere; 95 pct. har vurderet deres tilfredshed til 8 eller højere (Figur 34).

På en skala fra 1 til 10, hvordan føler du dig alt i alt hjulpet i dette behandlingsforløb?

1 = Rigtig dårligt 10 = Rigtig godt



**Figur 34: Deltagernes vurdering af, hvordan de alt i alt har følt sig hjulpet i forløbet hos Familie & Alkohol på en skal fra 1-10, hvor 1 er rigtig dårlig og 10 rigtig god.**

Målet er, at alle voksne vurderer deres overordnede oplevelse af forløbet på højere end 5 og at 90 procent af deltagerne vurderer forløbet med en score på minimum 8.

### 3.8 Økonomi; effektiv anvendelse af ressourcer

Projektets mål er:

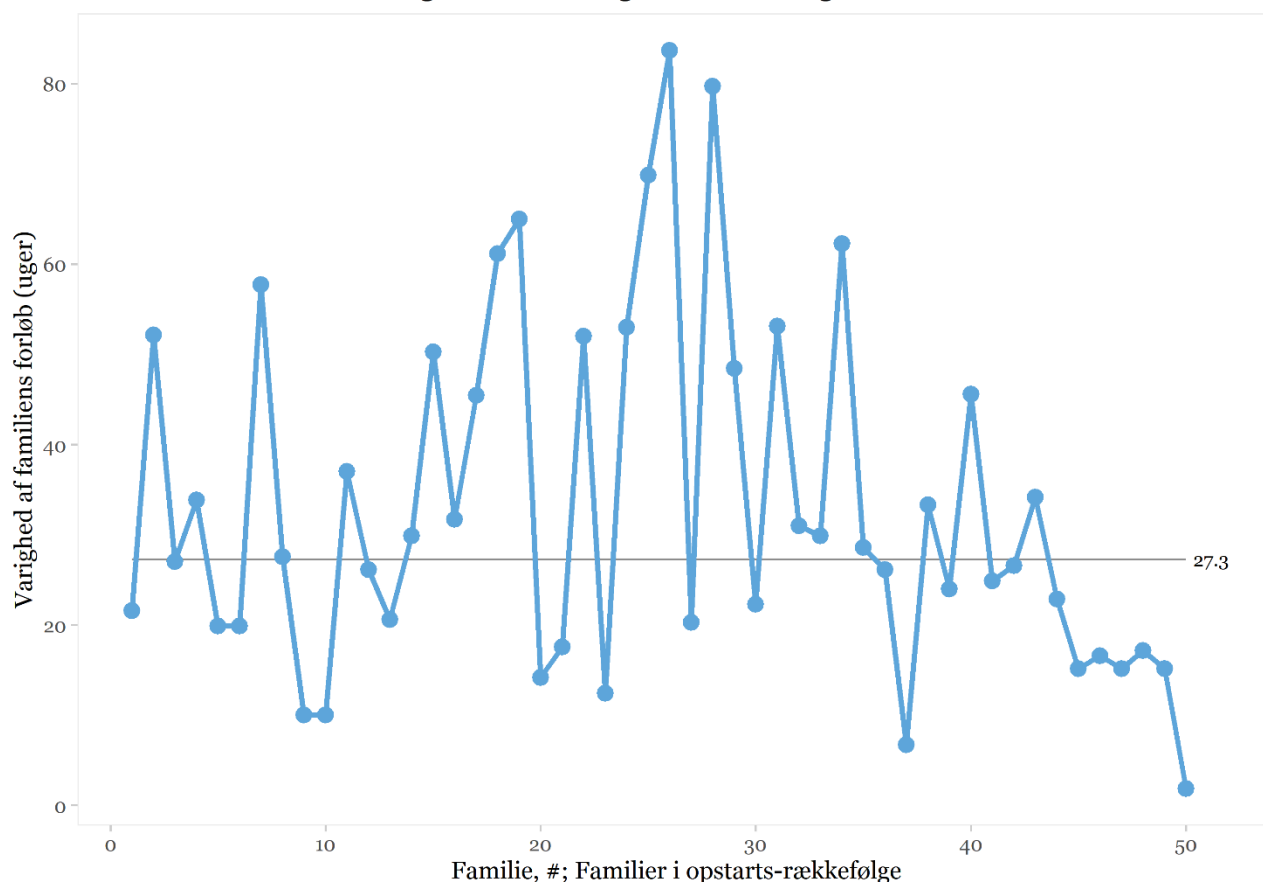
- Forløbsvarighed på ca. 4 mdr. pr. familie (svarende til 17,32 uger).
- På lang sigt: færre kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol pga. tidligere kontakt til og hjælp til familierne via familieorienteret rådgivningsforløb.

*Et forløb hos Familie & Alkohol er tilpasset den enkelte families behov, derfor varierer forløbenes længde. Medianen for forløbenes varighed er på ca. 6 måneder (27,3 uger) per familie. Størstedelen af familierne (80%) har dog korte forløb (indskrevet i mindre end et år).*

Per 31 december 2020 har 50 familier gennemført et rådgivningsforløb hos Familie & Alkohol. Forløbsvarigheden for en familie er ca. 27 uger (Figur 35). Blandt de 50 familier, der har gennemført et rådgivningsforløb hos Familie & Alkohol har 80% været indskrevet i mindre end 1 år. Sammenligner vi med den traditionelle offentlige alkoholbehandling i Danmark<sup>5</sup> er det kun 32% (5.680 ud af 17.583 personer), som er indskrevet i mindre end 1 år.

<sup>5</sup> Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling, 2019

### Forløbsvarighed blandt familier, som har afsluttet forløbet (fremmøde for første deltager til afslutning af sidste deltager)



Figur 35. Forløbsvarighed (uger) blandt 50 familier, der har afsluttet et forløb hos Familie & Alkohol. Linien markerer median-varigheden.

Behandlingstiden for et forløb i Familie & Alkohol er beregnet som tid fra første fremmøde i familien og til dato for afslutning af sidste medlem af familien. Behandlingsforløbene er ofte tilrettelagt med hyppige samtaler i begyndelsen af forløbet, men hver familie får et forløb, der er individuelt tilrettelagt efter familiens situation, ønsker og behov. Da familiemedlemmerne i en del tilfælde begynder deres rådgivningsforløb hos Familie & Alkohol forskudt af hinanden har vi erfaret, at det i nogle familier kan være svært at nå at færdiggøre familiens forløb inden for de estimerede 4 måneder, det vil sige ca. 18 uger. Ligeledes har nogle familier behov for hjælp i en længere periode og andre har brug for små ophold i forløbet, hvorfor vi nogle gange vælger at nedsætte frekvensen af samtaler og i stedet strække forløbet over længere tid. Derfor ser vi også en stor variation i forløbenes varighed. Efter ca. 4 måneder tager behandlingsteamet aktivt stilling til, om forløbet kan afsluttes eller om familierne skal fortsætte.

## Omkostning forbundet med alkoholoverforbrug

Et barn i en familie med alkoholproblemer koster en kommune 30-50.000 kr. mere årligt end et barn fra en familie uden alkoholproblem, blandt andet på grund af hjælpeforanstaltninger i form af anbringelser og forebyggende hjælpeforanstaltninger (VIVE, 2016).

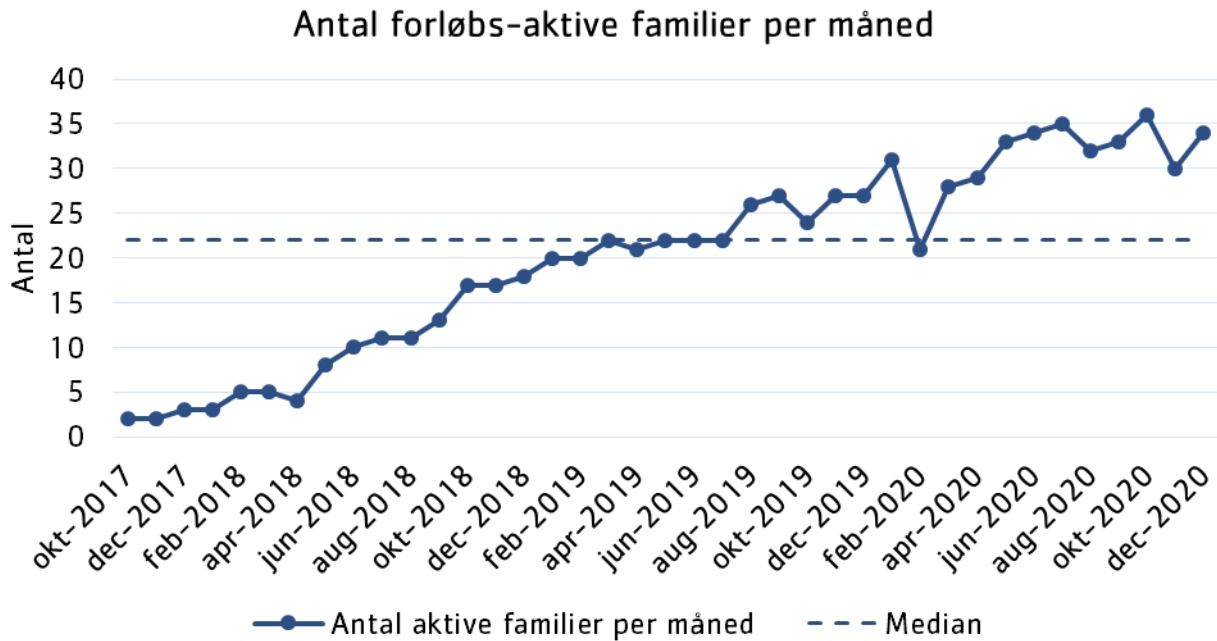
I 2016 havde Guldborgsund og Lolland kommune meromkostninger forbundet med alkoholoverforbrugere på henholdsvis ca. 54 mio. kr. og ca. 35 mio. kr. Det er meromkostninger fordelt mellem overførselsindkomster, kommunal medfinansiering af sundhedsydelse, hjælpeforanstaltninger for børn og unge og personlig og praktisk hjælp.

Det har fra projektets begyndelse været en kendt præmis, at det ikke i projektets korte levetid er muligt at dokumentere besparelser ved tidlig familieorienteret alkoholrådgivning, men vi kan sandsynliggøre en besparelse, idet familierne ofte stadig er intakte og de voksne ofte stadig er i job, når de starter i et rådgivningsforløb hos Familie & Alkohol. De mere vidtrækkende (og ofte omkostningstunge) konsekvenser af alkoholproblemer kan måske undgås, når kontakt og rådgivning startes tidligt (fx undgår de voksne måske at miste jobbet, skilsmisse, og/eller underretninger på børnene osv.). Desuden vil børnene i familierne have færre barndomsår præget af familiens alkoholproblemer, jo tidligere vi kan skabe kontakt og tilbyde hjælp. Vi kan se på forløbsresultaterne fra Familie & Alkohol, at både voksne og børn får en bedre trivsel og at alkohol fylder mindre i familierne. Derudover kan vi vise, at vi er lykkedes med, at få et flertal af familier i gang med et rådgivningsforløb på et tidligere tidspunkt sammenlignet med de 11 år, der gennemsnitligt går, inden der søges hjælp.

Udtalelse fra en af vores samarbejdspartnere peger også på, at de oplever en gevinst ved vores arbejde med familierne:

*“For mig har det været godt at få nogen ud, der har en bredere viden omkring de problematikker, end jeg selv har. Det gør også mig klogere, og jeg er af den opfattelse, at man skal spille hinanden stærkere. På den måde giver det mening, og det har givet en positiv udvikling i nogle sager, der nok ellers havde taget længere tid, end hvis der var sat noget andet i gang, hvor der ikke var den ekspertise omkring alkohol” (Sagsbehandler, Børn og Unge).*

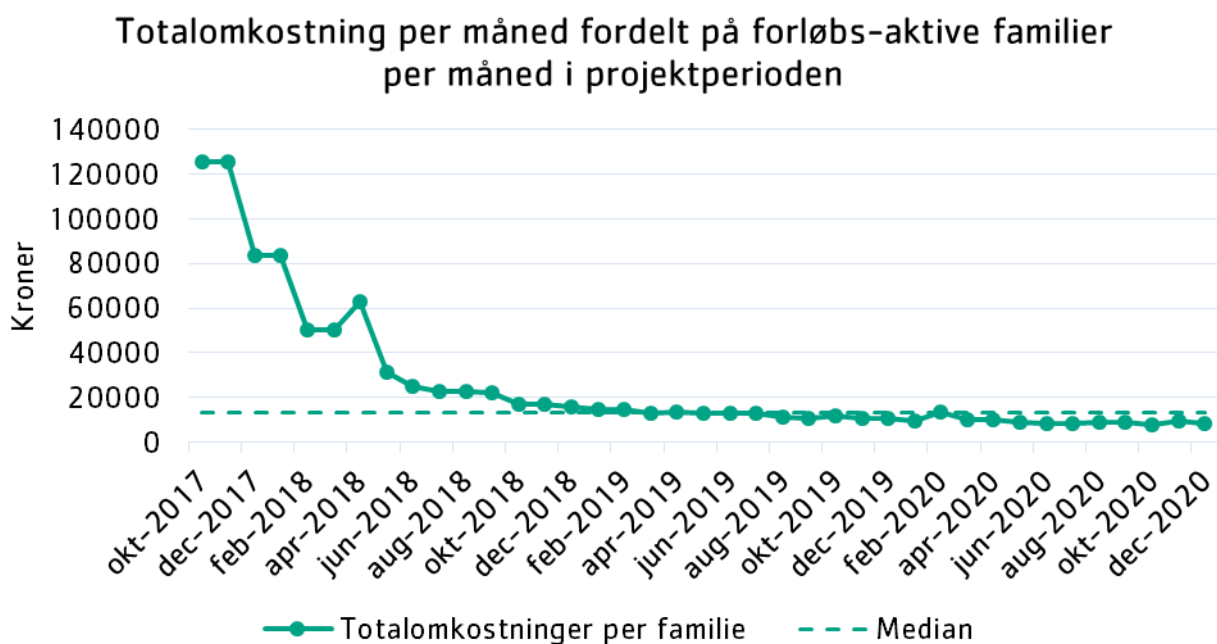
Fortsættes dette arbejde, må det på den længere bane forventes at have en effekt på de årlige meromkostninger, som både kommune og region har forbundet med borgernes alkoholoverforbrug.



**Figur 36. Antal forløbs-aktive familier per måned.** Grafen viser det antal familier, der er i gang med et rådgivningsforløb hos Familie & Alkohol i de pågældende måneder.

I projektets opstartsfasen (frem til maj 2018) var antallet af familier i rådgivningsforløb hos Familie & Alkohol per måned forventeligt lavt (Figur 36), men antallet steg støt i løbet af de følgende 18 måneder i takt med at tilbuddet blev kendt i kommunerne og frontpersonalet blev klædt yderligere på i forhold til at tage kontakt (se afsnit om Resultater – Tidlig kontakt). Antallet af forløbs-aktive familier ligger med en median på 22 familier per måned i projektperioden okt. 2017-2020; 8 i 2017-2018 og 27 familier per måned i 2019-2020.

Vi har i figur 37 sammenholdt totalomkostningerne forbundet med Familie & Alkohol med antal forløbs-aktive familier i projektperioden.

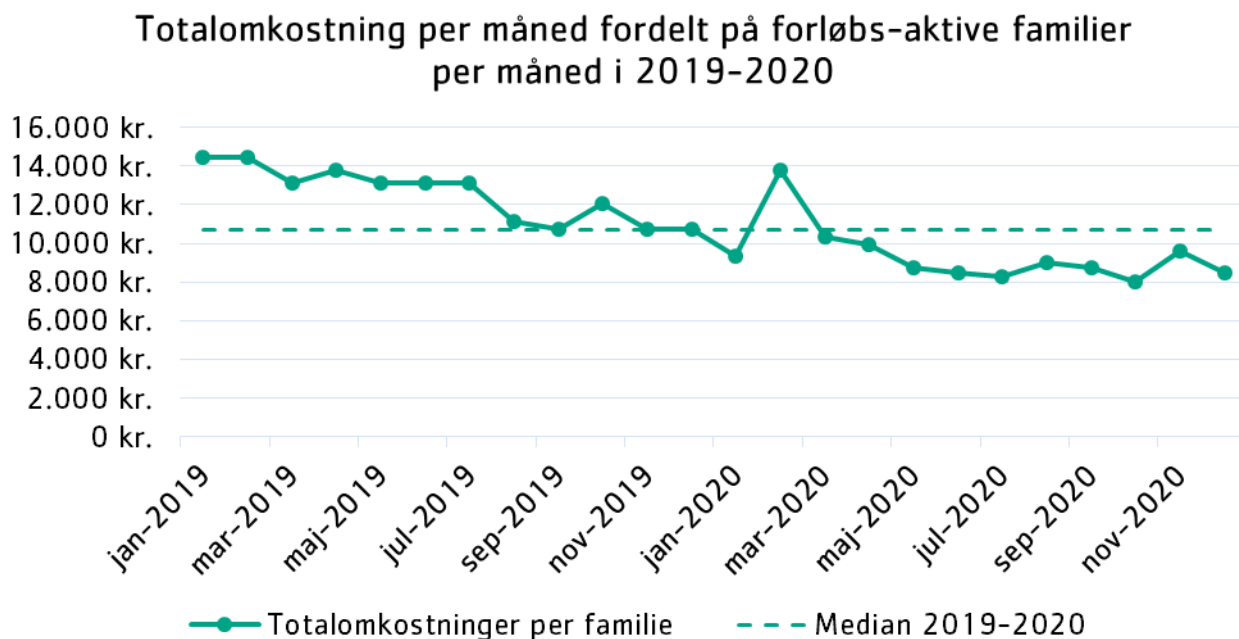


**Figur 37. Totalomkostninger forbundet med Familie & Alkohol per måned fordelt på forløbs-aktive familier per måned i projektperioden. Median på 13.142 kr.**

Særligt i begyndelsen er totalomkostningerne forbundet med Familie & Alkohol høj når den fordeles ud på antal aktive familier per måned, da henvisningen til et nyoprettet tilbud er langsom og hvor personalekapaciteten/normeringen er høj fra starten af projektperioden. Omkostningen per familie er dog lavere (og faldende) i de sidste to år af projektperioden i takt med en stigende tilgang af familier til rådgivningsforløb hos Familie & Alkohol.

Figur 38 viser totalomkostningerne per måned forbundet med Familie & Alkohol fordelt på aktive familier per måned i et udsnit af projektperioden (2019-2020), hvor antallet af aktive familier per måned ligger med en median på 27 per måned. I perioden 2019-2020 lå totalomkostningen per familie per måned med en median på 10.708 kr.

Deler man totalomkostningerne forbundet med Familie & Alkohol i projektperioden ud på alle 461 individer, der har været tilknyttet Familie & Alkohol (både fremmødt og ikke-fremmødte) svarer det til et beløb på 23.654 kr. per person. Dette er mellem 1.436 kr. og 26.436 kr. mindre end den årlige meromkostning på 30.000-50.000 kr. (tal fra Vive 2016; se infoboks "Omkostning forbundet med alkoholoverforbrug"), som en kommune har til ét barn i en familie med alkoholproblemer. Dertil kommer, at skønt enkelte familier kan have behov for mere end et behandlingsforløb (vi har haft 3 familier med to forløb), så er det for de fleste tilstrækkeligt med ét forløb. Udgiften til Familie & Alkohol er altså som oftest en engangsudgift for kommunen modsat de årlige og længerevarende udgifter til anbringelser, overførselsindkomster og medfinansiering af sundhedsydelse, som er konsekvenser af alkoholproblemer i familier, som opdages og afhjælpes for sent. Totalomkostningerne i projektperioden dækker over nogle poster (se figur 39) som måske skal værdi-sættes anderledes i drift (eller helt udgå); f.eks. udgift til projektledelse og forskning.



**Figur 38. Totalomkostninger forbundet med Familie & Alkohol fordelt på forløbs-aktive familier per måned i et udsnit af projektperioden (2019-2020).**

Udgifter i projekperioden (okt. 2017-2020)	
Total antal familier	109
Total antal individer i de 109 familier	461
Totalomkostninger*	10.863.214 kr.
Totalomkostning per familie	99.663 kr.
Totalomkostning per individ	23.564 kr.
Omkostning til behandlingspersonale i projektperioden (3 årsværk i 3,25 år)	4.387.500 kr.
Omkostning til personale til opsøgende arbejde**	2.512.500 kr.
*Totalomkostningerne inkluderer: Løn til behandlere (3 årsværk), Projektledelse (1 årsværk), Opsøgende team (2 årsværk fra september 2018, indtil da 1 årsværk), Sekretariatsdrift (herunder dataunderstøttelse), Uddannelse og supervision, Kommunikation, Forskning, Drift og befordringsgodtgørelse.	
** Opsøgende team, der bl.a. stod for kompetanceløft af frontpersonale.	

**Figur 39. Totalomkostninger og personaleomkostninger i projektperioden; summeret samt fordelt på hhv. 109 familier og 461 individer.**



### 3.9 Erfaringsopsamling

Vi har indsamlet gode fortællinger fra dagligdagen i behandlerteamet og fra vores tilknyttede familier; de er samlet i et selvstændigt dokument: 'Solstrålehistorier – Familie og Alkohol'. Enkelte af dem er gengivet nedenfor.

#### Mød Solstråle A

Gennembruddet sker, når hele familien deltager i rådgivningsforløbet hos Familie & Alkohol.

En familie bliver af deres sagsbehandler opfordret til at kontakte Familie og Alkohol, da kommunen har modtaget en bekymringshenvendelse fra børnenes skole om muligt overforbrug af alkohol i familien.

Familien består af stedmor, far og to skolebørn. Familien dukker op hos Familie og Alkohol, da de tror de 'skal' komme på grund af bekymringen, men familien har stor modstand på at deltage, og særligt ønsker forældrene ikke, at børnene deltager, da de skal beskyttes mod problemerne. Faren beskriver selv, at han drikker en øl efter arbejde, men kan sagtens styre sit alkoholindtag. Familien er præget af et højt niveau af konflikter mellem stedmor og far, konflikterne er ved at eskalere, hvilket er begyndt at påvirke begge forældre psykisk. Stedmor har svært ved at deltage i sociale sammenhænge og ønsker af den grund ikke at deltage i forløbet. Faren starter derfor alene hos Familie & Alkohol og der sker en lille udvikling. Han begynder at anerkende at have et problem med alkohol, men han 'falder ofte i'.

Behandlingen af faren kan ikke stå alene og behandlerne ønsker at få hele familien med i forløbet. Sammen med faren tager de kontakt til hustruen endnu en gang (inddragelse af børnene er stadigvæk udelukket).

Hun indvilger i at deltage, under forudsætning af at samtalerne kan finde sted i deres eget hjem og på mandens arbejde (efter arbejdstid på mandens kontor). Da konen og manden sidder over for hinanden sker der et gennembrud, det bliver tydeligt for dem, at de begge har et problem med alkohol. Sammen får de redskaber til at tackle konflikter og der bliver skabt et trygt rum i familien.

Mor og far er glade for at deltage i forløbet og mærker roen, som opstår, når alkohol ikke fylder i familien, men mener stadig ikke, at børnene er påvirket af forløbet. Efter et par parsamtaler indvilger de alligevel i, at børnene kan deltage i familiesamtaler.

I familiesamtaler bliver det tydeligt for forældrene, at begge børn er meget påvirkede og trives dårligt i skolen, da de tænker meget på 'det der hjemme'. For at give børnene ro på, begynder både mor og far at supplere behandlingen med medicin hos egen læge, hvilket giver børnene en ro til at bearbejde egne oplevelser sammen med familien.

Efter næsten 7 måneder med mange samtaler (individuelle-, par-, familie- og børne-samtaler) mødes familien med deres behandler fra Familie og Alkohol og med børn- og unge-sagsbehandleren. I fællesskab bliver de enige om at afslutte forløbet hos Familie og Alkohol, da familien ikke længere har et alkoholproblem.

Stedmor og far er 'blevet kæresten igen' og føler sig sikre på, at hvis der kommer en ny konflikt i deres forhold, har de nu værktøjer til at håndtere den.

## Mød Solstråle B

Alle kan have brug for hjælp. Eksempel på, hvordan tidlig familieorienteret alkoholrådgivning gør en forskel.

Efter et oplæg for en samarbejdspartner, bliver Familie og Alkohol kontaktet af en kvinde, som deltog på mødet i regi af sit arbejde. Inden oplægget var hun af den opfattelse, at alkoholbehandling var for 'rigtige alkoholikere' og derfor ikke noget for hendes familie. Men efterfølgende bliver hun i tvivl. Derfor beskriver hun situationen for Familie og Alkohol, for at høre om tilbuddet er noget for dem.

Kvinden er mor til en teenagedatter og bor sammen med datterens far. Udadtil er de en lykkelig familie, som har styr på job, økonomi og barn. Begge forældre har gode jobs og der er mors opfattelse, at pigen klarer sig godt i skolen.

Mor fortæller, at hun ofte, når hun tager hjem fra arbejde, oplever voldsom hjertebanken og nogle gange vejrtrækningsproblemer af frygt for, hvad hun kommer hjem til. Hendes mand drikker i perioder men ikke hver dag. Når han drikker er det ret voldsomt. Mor fortæller, at deres datter ser alt. I de perioder, hvor faren ikke drikker, har de et dejligt familieliv, men hun ved aldrig, om det er en "drikke-dag" eller en "ikke-drikke-dag", når hun er på vej hjem i toget.

I løbet af samtalen forsikrer behandleren moren, at familien kan være anonym og at de gerne vil hjælpe familien. Moren har allerede en brochure om Familie og Alkohol i tasken, hvilken de aftaler, hun skal give til sin mand samme aften. Faren indvilger med det samme i, at de skal starte et rådgivningsforløb hos Familie & Alkohol sammen. Han er meget besluttet på, at hele familien skal med, da "I har lige så meget brug for hjælp, som mig".

Far kommer hurtigt i gang med et forløb. Datteren deltager i forløbet både ved enkelte børnesamtaler og som en del af familiesamtalerne og det er tydeligt, at hun har behov for at fortælle forældrene om sine oplevelser. Pigens trivselsmålinger viser, at hun ikke trives, og trivslen forbedres ikke efter, at hendes far er stoppet med at drikke.

Datteren skriver sine oplevelser ned og læser dem i en behandlingssamtale op for faren. Det er svære ting hun fortæller, og det bliver tydeligt for far i hvor høj grad barnet er påvirket af alkoholforbruget.

Efterfølgende får pigens oplevelser af forløbet lov til at fylde i behandlingssamtalerne, hun får igen lov til at være teenager og hendes trivsel forbedres.

Forløbet hos familie og alkohol tog godt fire måneder, fra morens første kontakt til familien er tilbage i trivsel og forløbet bliver afsluttet.

## Mød Solstråle C

### Børns trivsel i familier, som får hjælp

Far og mor bliver opfordret til at kontakte Familie og Alkohol. De beskriver en situation, som de føler er håbløs og de ser ingen løsning. Morens alkoholforbrug er ved at eskalere og forældrene kan ikke kommunikere hensigtsmæssigt med hinanden. De har en skolesøgende datter, der fortæller, at hun har det 'fint', hvilket begge forældre bakker op omkring. Hvilket også bakkes op af de løbende målinger af datterens trivsel.

Familien starter i et intenst forløb med både individuelle-, par- og familie-samtaler og opnår herigennem redskaber til at tage den svære dialog i familien og tage hånd om de bagvedliggende problematikker og alkoholforbruget.

De opnår gode resultater og de før håbløse problemer bliver mere overskuelige via værktøjerne i det familieorienterede rådgivningsforløb. Forældrene er fortrøstningsfulde og ser en vej ud af den håbløse situation.

Nu sker der imidlertid en ændring hos datteren. Hendes trivsel dykker voldsomt, hendes trivselsmålinger styrtdykker, hun får et meget højt fravær i skolen og får problemer med at sove om natten. Datteren har hele tiden deltaget i familiesamtalerne, men de suppleres nu med egne børnesamtaler med behandleren.

I tæt dialog finder familien og behandlerne ud af, at datterens strategi har været ren overlevelse, og nu hvor der er kommet styr på morens alkoholforbrug, har hendes følelsesliv fået mulighed for at fylde og den voldsomme efterreaktion kan få plads til at folde sig ud. Familie og Alkohol tager med familien hånd om datteren og sammen får de vendt skuden. Datteren har i dag et stabilt fremmøde i skolen, passer sine fritidsaktiviteter på linje med resten af hendes kammerater og er i normal god trivsel.

## 5 Konklusion

**Tidlig kontakt til, dialog med og henvisning af familier forudsætter, at der er et tilbud tilpasset til målgruppen.** Både familier og samarbejdspartnere fremhæver betydningen af, at Familie og Alkohol er præsenteret som et mere forebyggende tilbud. Ligesådan fremhæver de den smidige opstartsproces, hvor familiemedlemmerne kan inkluderes løbende, muligheden for samtaler i hjemmet og at forløbene tilpasses familiens behov som centrale faktorer for succes. To samarbejdspartnere har udtrykt det således:

*"... Det betyder meget for familierne, at de ikke skal gå ind ad en dør, hvor der står Misbrugscenter på. Det er det, der har fået dem til at tage kontakt til Familie og Alkohol. (Vejleder, Skole)*

*"Det gør en kæmpe forskel, at Familie og Alkohol kan tage hjem til familierne. Det fungerer rigtig godt, at der ikke er en stram struktur i forhold til, hvordan I kan se familien, at forløbene tilrettelægges efter familiens behov og at I også vil snakke med børnene" (Sundhedsplejerske, Sundhedsplejen).*

**Tidlig hjælp til familier hvor alkohol fylder for meget kræver et vedholdende professionelt fokus.** Vi er blevet bekræftet i, at tidlig hjælp til børnefamilier, hvor alkohol fylder, kræver et vedholdende fokus. Samtlige frontpersoner beretter om en travl hverdag med mange fokusområder og en vifte af tilbud. Derfor er det essentielt med en proaktiv og vedvarende kontakt til og samarbejde med frontpersonerne, som derved holdes opdaterede og fastholdes i nye arbejdsgange samt løbende kan få sparring omkring tilgangen til familier med et alkoholproblem. Samtidig er det vigtigt fortsat at holde sig synlige, attraktive og let tilgængelige for familierne. Det kan både gøre det nemmere for den enkelte familie selv at tage kontakt og det kan understøtte frontpersoner i arbejdet med kontakt og henvisning, fordi familien (måske) i forvejen har hørt om Familie og Alkohol og fordi familien (måske) i forvejen er i gang med at overveje en ændring.

**Vi får kontakt til børnefamilier og igangsat rådgivningsforløb på et tidligere stadie sammenlignet med 'almindelig' alkoholbehandling.** Det er muligt og produktivt at få kontakt til familier, hvor alkohol fylder for meget på et tidligere tidspunkt, end de normalt 11 år der går, inden der søges behandling. Samtidig har vi kontakt til familier, hvor hovedparten af de voksne stadig er i arbejde og stadig er gift eller samlevende. Sammenligner vi med de personer, der traditionelt er indskrevet i offentlig finansieret alkoholbehandling ser billedet anderledes ud. Her har kun en tredjedel af borgerne en lønindtægt som hovedindtægtskilde (mod 69 pct.) og kun en tredjedel er gift eller samlevende (mod 64 pct.). Ligeledes er det i sig selv en succes, at vi får fat i familier med børn; i 'almindelig' alkoholbehandling er der kun 15 pct., der oplyser de har hjemmeboende børn under 18 år (Alkoholbehandlingen Danmark, 2016).

**Familieorienteret alkoholorådgivning hjælper alle parter i familien.** Vi er blevet bekræftet i, at inddragelse af hele familien i et rådgivningsforløb skaber forbedringer hos alle parter i familien, jf. anbefalingerne i de nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed (SST, 2018). I nogle familier er motivationen for, at børnene inddrages og får hjælp stor og nærmest en motivation i sig selv for at kontakte Familie og Alkohol. Hos andre skal der først arbejdes med en modstand på, at børn skal inddrages. Men i alle forløb har det netop stor betydning, at børn inddrages. Når et barns stemme bliver inddraget, sker der ofte vigtige gennembrud hos forældrene. At hele familien hjælpes samlet frembringer nye perspektiver og både den overforbrugende, partneren og børn får en ny indsigt i, hvordan de hver især oplever situationen og finder løsninger i fællesskab. "Det er som om, at familierne lærer hinanden at kende på ny" (Familiebehandler, Familie og Alkohol).

## 6 Referencer

Børns Vilkår, Viden fra børn – Børn i hjem med alkoholproblemer, 2019.

Lindgaard, Helle, Familier med alkoholproblemer og deres børn – en sammenfatning, 2008.

Region Sjælland, Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner, 2017.

SFI, Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier, 2015.

Sundhedsdatastyrelsen, Alkoholbehandlingen Danmark, 2016.

Sundhedsstyrelsen, Behandling af alkoholafhængighed, National klinisk retningslinje, 2018.

Sundhedsstyrelsen, Metoder i familieorienteret alkoholbehandling – om at inddrage partner og børn, 2009.

Sundhedsstyrelsen, Børn i familier med alkoholproblemer – gode eksempler på kommunal praksis, 2011.

Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, Alkoholstatistik 2015. Nationale data, 2015.

VIVE, Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3, 2016.

Det Sektorfrie Forebyggelseslaboratorium, Rekrutteringsudfordringer i projektet "Bedre trivsel via tidlig indsats og familieorienteret alkoholbehandling", april 2020.

[https://www.regionh.dk/forebyggelseslaboratoriet/nyheder/Documents/samlet%20rap\\_Guldborgsund\\_fi nal.pdf](https://www.regionh.dk/forebyggelseslaboratoriet/nyheder/Documents/samlet%20rap_Guldborgsund_fi nal.pdf)

Sundhedsstyrelsens Servicetjek af offentligt finansieret alkoholbehandling, 2019

Sundhedsstyrelsen, Dialog om alkohol – rådgivnings- og implementeringsmateriale, 2021.

Det danske SDQ/DAWBA-sekretariat. [www.sdq.dk](http://www.sdq.dk)

J. Arnfred et al. DMJ 2019, Danish norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire.

Center for Sundhedssamarbejde ved Aarhus Universitet, Måling af mental sundhed med spørgeskemaet SDQ, 2016.

Sundhedsstyrelsen, Guide til trivselsindekset: WHO-5.

<https://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed/Materialer/PublishingImages/WHO5%20skema.pdf>

Broen til Bedre Sundhed, Solstrålehistorier – Familie og Alkohol.

Broen til Bedre Sundhed, Fortællinger fra fagprofessionelle – Familie og Alkohol.

Broen til Bedre Sundhed, Læring fra Familie & Alkohols kampagne, 2020

**Bilag: Model for dataunderstøttelse.**

*Hvad spørger vi om, hvornår? Spørgsmål til voksne deltagere.*

Emne	Hvornår (Samtalekategori)								
	Rådgivnings-samtale	Afslutning uden inklusion	Opstarts-samtale	Behandlings-samtaler	Afslutnings-samtale	1-månedes opfølgings-samtale	6-måneders opfølgings-samtale	Lost-to-followup	Overdraget til anden behandling
Behandler	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Samtalekategori	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Borgertype (borger med alkoholproblem, nærmeste familie, øvrig pårørende, andet)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Samtaletype (individuel, par, familie, gruppe, barn/unge samtale**, barn/ung gruppe-samtale**)	x	x-	x	x	x	x	x		
Behandlings-kommune	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Borgers bopælskommune	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Køn	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Alder	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Familieid	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Deltagerid	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Dato	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Families forløbsnummer (hvis familien er en genganger)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hvilket nummer behandlings-samtale er dette				x					
Årsag til henvendelse (fritekst)	x								
Selvvurderet helbred (5-svarkategorier)	x		x	x	x	x	x		
Selvvurderet; hvor meget fylder alkohol i familien (skala 1-10)	x		x	x	x	x	x		
Antal børn med bopæl i husstanden	x-								
Køn og alder på børnene	x-								
Hvor har du hørt om Familie & Alkohol (20 svarkategorier; flere afkrydsninger mulige)	x								
Årsag til afslutning? (Færdigbehandlet, Afsluttet efter eget ønske, Udeblevet, Henvist til anden hjælp, Andet)		x			x+			x+	x+
Selvvurderet, hvor længe har alkohol fyldt for meget (9 svarkategorier)			x						
Civilstand			x						
Højeste gennemførte uddannelse			x						
Under uddannelse			x						

**Bilag: Model for dataunderstøttelse.**

*Hvad spørger vi om, hvornår? Spørgsmål til voksne deltagere.*

Emne	Hvornår (Samtalekategori)								
	Rådgivnings- samtale	Afslutning uden inklusion	Opstarts- samtale	Behandlings- samtaler	Afslutnings- samtale	1-måned opfølgings- samtale	6-måneders opfølgings- samtale	Lost-to- followup	Overdraget til anden behandling
I arbejde			x						
Selvvurderet, forhold til nære relationer			x						
Selvvurderet, social trivsel			x						
Belastninger de seneste 12 mdr (7 underspørgsmål)			x						
Sideløbende alkoholbehandling*			x						
Hvis ja til sideløbende alkoholbehandling; Type af sideløbende alkoholbehandling*			x						
Alkohol indtag, hyppighed*			x	x***	x	x	x		
Alkohol indtag, genstande*			x	x***	x	x	x		
Alkohol indtag, binge*			x	x***	x	x	x		
Alkohol indtag, selv fortrudt*			x						
Alkohol vaner, andres bekymring*			x						
Alkohol vaner, selvvurderet*			x		x	x	x		
Alkohol indtag, ønske om at reducere*			x						
Har haft alkohol problem tidligere*			x						
Hvis ja til tidligere alkoholproblem; Har du tidligere søgt hjælp*			x						
Hvis ja til tidligere at have søgt hjælp; Har du tidligere fået hjælp*			x						
Selvvurderet trivsel (who5)			x	x	x	x	x		
Følt dig hørt, forstået og respekteret i dagens samtale med behandleren?	x		x	x	x	x	x		
Vurdering af dagens samtale med behandleren?	x		x	x	x	x	x		
Hvordan føler du dig alt i alt hjulpet i dette behandlingsforløb?					x				

\* spørgsmål stilles kun til voksen med erkendt alkoholproblem (se borgertype)

\*\* ved samtaler med børn/unge registreres kun basis-emne informationer

\*\*\*Vi spørger ved behandlingssamtale nr 4, 8, 12 og 16. Tilføjet til spørgsrammen for projektet d. 5/2-2020.

**Basis-emne informationer**

x-: udgår ved overgang til drift.

x+: tilføjes ved overgang til drift.