

Spor 1 – Familie & Alkohol

Projektbeskrivelse

2018

Tidlig opsporing af og hjælp til familier,
hvor en eller flere voksne har et forbrug af alkohol,
der påvirker familiens trivsel og udvikling negativt.

”Det er ikke sjovt at være barn i en knust familie,
det er ikke sjovt at ha’ et medlem i familien som drikker,
for det ødelægger alt!

... og til sidst orker man ikke at kæmpe for, at ens hverdag skal hænge sammen på en god måde
... for du har intet håb tilbage...”

(Dreng, 11 år)

Citat: Helle Lindgaard, cand.psych

1. Problemstilling

Projektets baggrund

Dette projekt er en del af Broen til Bedre Sundheds og dets overordnede program om at skabe større lighed i sundhed i Guldborgsund og Lolland Kommuner. Alkohol er en del af næsten alle danskeres liv. Ifølge den 'Nationale Alkoholstatistik 2015' er det kun 12 % af den danske befolkning, som ikke drikker alkohol jævnligt. I den anden ende af skalaen viser estimerer, at:

- Ca. 860.000¹ danskere (18%) har et storforbrug af alkohol (over højrisikogrænsen 14/21).
- Ca. 585.000 danskere (12%) har et skadeligt forbrug (fysisk eller psykisk skade).
- Ca. 140.000 danskere (3 %) har udviklet alkoholafhængighed² (Sundhedsstyrelsen, 2012).

Ligeledes estimeres der, at

- Ca. 122.000 (10 %) børn på landsplan mellem 0-18 år vokser op i en familie med alkoholproblemer.
- Ca. hver tredje dansker har et menneske med et alkoholproblem i familien – enten i kernefamilien eller blandt de andre familiemedlemmer.

Omregnet til befolkningen i Guldborgsund og Lolland Kommuner³ svarer det til følgende estimerer:

	Guldborgsund	Lolland	Total
Antal storforbrugere	9.300	6.500	15.800
Antal med skadeligt forbrug	6.200	4.300	10.500
Antal alkoholafhængige	1.600	1.100	2.700
Antal børn, der vokser op i hjem med alkoholproblemer	1150 børn	750 børn	1900 børn

For yderligere at belyse alkoholstatistikken i Guldborgsund og Lolland Kommuner, er det relevant også at se på den 'Kommunale Alkoholstatistik 2015', hvor der tegner sig et billede af en ulighed ift. landsgennemsnittet både ift. alkoholforbrug og behandling.

	Guldborgsund	Lolland	Hele landet
Antal personer med alkoholrelaterede sygehuskontakter/1000 indbyggere på 15 år og derover	8,7	9,3	5,9
Antal børn under 18 år, der bor med en forælder med alkoholrelateret kontakt til sygehus/1000 indbyggere under 18 år	2,9	3,4	1,9
Antal personer i offentligt finansieret alkoholbehandling/1000 indbyggere på 15 år og derover	1,9	1,7	3,3

Kilde: Alle tal er baseret på data fra 2013, registreret i Statens Serum Instituts sundhedsregistre (Alkoholstatistik 2015)

¹ Estimeret ud fra oplysninger om Alkoholforbrug i Danmark, 2008 målt på borgere 16 år og derover. Omregning i pct. er ift. befolkningstal (16 år og +) fra Danmarks Statistik 2017 (ca. 4.750.000).

² Alkoholafhængighed defineres ved, at 3 eller flere af følgende kriterier samtidigt er til stede inden for 3 måneder eller gentagne gange inden for et år: 1: Trang til alkohol, 2: Svækket evne til at styre indtagelsen, 3: Abstinenssymptomer, 4: Toleranceudvikling, 5: Alkohol har en dominerende rolle mht. prioritering og tidsforbrug, 6: Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning (WHO's diagnoseklassifikationssystem ICD-10)).

³ Beregningerne er foretaget ud fra følgende tal: (Borgere i GBS, 16 år og + (51.868) og LL (36.093). Børn 0-18 år i GBS (11.473) og LL (7.407)) Danmarks Statistik, 2017.

Hvornår er et alkoholforbrug et problem - og hvem er det et problem for?

Et alkoholproblem er et mangesidet fænomen, men sikkert er, at det kan have alvorlige omkostninger for den enkelte, de nærmeste pårørende og for samfundet.

Set fra et **sundhedsperspektiv** er intet alkoholforbrug ifølge Sundhedsstyrelsen risikofrit for helbredet og her er det graden af alkoholindtag, der definerer, hvorvidt der er tale om et alkoholproblem. Fx indebærer indtagelse af alkohol risiko for en lang række sygdomme (skrumpelever, kræft mave-tarm sygdomme, blodprop, alkoholafhængighed, alkoholpsykose og forskellige skader, alkoholforgiftning og trafik- og voldsskader). Selv små mængder alkohol indebærer en øget risiko for nogle former for kræft og skrumpelever. Allerede ved en lavrisikogrænse på 7 genstande per uge for kvinder er der ca. 10 % forhøjet risiko for brystkræft. Ved højrisikogrænsen på 14 genstande for kvinder og 21 for mænd per uge er dødeligheden samlet set forhøjet for både kvinder og mænd. Desuden er alkohol en vigtig risikofaktor for depression (Sundhedsstyrelsen, 2010).

Ser vi det fra et **trivselsperspektiv**, er alkoholforbruget et problem, når det påvirker nærtstående familiemedlemmer negativt. Ifølge psykolog Frid A Hansen er der tale om et alkoholproblem når:

- *Brugen af alkohol virker forstyrrende på de opgaver og funktioner, som varetages i familien.*
- *De følelsesmæssige bånd mellem mennesker belastes og forstyrres af en andens brug af alkohol (Lindgaard, 2008).*

Her defineres problemet ikke vha. af antallet af genstande, men ud fra, hvordan alkoholen påvirker relationer og funktioner i familien. Kendte effekter for børn, der vokser op i en familie med et alkoholproblem, er ofte centrering om alkohol, uforudsigelighed i dagligdagen, forstyrret familiestruktur, svingende/fraværende voksenansvar, forhøjet stress- og konfliktniveau samt isolation. For partneren vil effekterne ofte være øget prævalens af depression, koncentrations- og hukommelsesbesvær, kontrol-tab og vredesudbrud, lavere selvværd, og for visse også øget eget misbrug. Familier med alkoholproblemer er ofte kendetegnet ved manglende sammenhængskraft og der er forhøjet risiko for, at familien går i opløsning.

Alt i alt må alkoholproblemer i familien siges at medføre en række af belastende opvækstvilkår for børn, med øget risiko for emotionelle, kognitive og/eller sociale følgevirkninger. Derudover ved vi, at den negative påvirkning ofte følger børnene ind i ungdoms- og voksenlivet. Studier har vist, at voksne børn af alkoholfamilier (kaldet VBA) har en øget risiko for en lang række psykiske, sociale, kognitive og/eller fysiske vanskeligheder. Endelig er der en risiko for udvikling af egne misbrugsproblemer (Lindgaard, 2008). Fx viser tal fra TUBA, at næsten hver fjerde af dem, der henvender sig til TUBA, selv har eller måske har haft et problematisk forbrug af alkohol (TUBA, 2015).

Vi ved også, at børn der vokser op i et hjem, hvor enten far eller mor drikker, har en forhøjet risiko for at have oplevet fx vold i hjemmet, indlæggelse efter børnemishandling og omsorgssvigt, teenagemoderskab, selv begå voldskriminalitet, langtidsarbejdsløshed og lav eller ingen uddannelse.

Set fra et **samfundsøkonomisk perspektiv** har et problematisk alkoholforbrug også store økonomiske konsekvenser for såvel kommune som region, fordelt på bl.a. sygehuskontakter, offentligt finansieret alkoholbehandling, overførselsindkomster, genoptræning og hjælpeforanstaltninger til børn og unge. Senest i januar 2017 udgav KORA (nu VIVE) en analyse af de kommunale meromkostninger, som følger af borgeres overforbrug af alkohol. Den viser, at en kommune med 50.000 indbyggere i gennemsnit har meromkostninger for 31 mio. kr. om året til borgere med et højt alkoholforbrug. Godt 20 af dem går til overførselsindkomster. Resten bliver

brugt til den kommunale medfinansiering af sundhedsydelse, anbringelser og andre foranstaltninger til børn og unge samt personlig og praktisk hjælp til borgeren.

Set på kommuneniveau ser tallene således ud:

Kommunale årlige meromkostninger forbundet med alkoholoverforbrugere (alkoholrelateret sygehuskontakt og borgere i alkoholbehandling) (Baseret på 2014 data)	Guldborgsund	Lolland
Kommunal medfinansiering af sundhedsomkostninger	6.608.576 kr.	5.472.305 kr.
Kommunale overførsler og ydelser	35.051.736 kr.	22.734.665 kr.
Anbringelser og hjælpeforanstaltninger	8.261.342 kr.	4.161.291 kr.
Personlig og praktisk hjælp	3.794.131 kr.	3.079.909 kr.
Kommunale meromkostninger i alt	53.715.784 kr.	35.448.170 kr.

Kilde: Kommunerapport, Omkostninger til alkoholoverforbrug, nr. 3, Sundhedsstyrelsen og KORA, 2016

Relateret til kommunernes indbyggertal ligger omkostningerne på et højere niveau end gennemsnittet og der bør være et betydeligt besparelsespotentiale ved at hjælpe familierne inden de bliver forbrugere af ovennævnte ydelser. Sammenholder man den samlede kommunale meromkostning med kommunernes udgifter til alkoholbehandling, blev der i 2014 i alt brugt 346,7 mio. kr., dvs. i gennemsnit 3,5 mio. kr. pr kommune.

Samlet set er denne lange liste af negative følger af et problematisk alkoholforbrug i familier baggrunden for, at vi med dette projekt ønsker at udvikle et koncept, hvor vi opsporer og hjælper familier med alkoholproblemer så tidligt som muligt og tidligere, end tilfældet er i dag. Der er altså tale om en tidlig forebyggende indsats for familier, med den hensigt både at nå at gribe ind tidligt i barnets liv og tidligt i forhold til familiens problemudvikling.

Opsamlende ønsker vi med dette projekt at løse følgende udfordringer:

- **At udøve en tidligere og mere systematisk opsporende indsats over for familier med et forbrug af alkohol, der påvirker dem negativt**
Vi ved, at netop alkohol er svært at tale om og at tegnene på alkoholproblemer kan være svære at spotte hos børnene (SFI, 2015 m.fl.). Vi ved også, at det at nå familierne tidligt ift. problemudviklingen er svært, idet de ofte ikke selv har erkendt, at der er et problem. Ifølge forskningen har et alkoholoverforbrug gennemsnitligt stået på i 10-12 år inden første behandling i offentligt finansieret alkoholbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2015).
- **At tilbyde et familieorienteret alkoholbehandlingsforløb**, så Guldborgsund og Lolland Kommune i højere grad end i dag kan tilbyde mere differentierede alkoholbehandlingstilbud – her med særligt fokus på at tilbyde hjælp til hele familien på et tidligt stadie. Begrundelserne for at arbejde med hele familien frem for kun den drikkende er mange. Fx forsvinder problemer hos børnene ikke nødvendigvis ved at, at den drikkende i familien stopper eller nedsætter sit alkoholforbrug, men kan kræve en direkte indsats over for børnene (Lindgaard, 2008). Samtidig har erfaringer med familieorienteret alkoholbehandling vist, at alene samtaler med inddragelse af samlivspartneren, hvor der arbejdes med forælderrollen som sådan, i nogle tilfælde kan være nok til også at hjælpe barnet (Sundhedsstyrelsen, 2009).

- **At opnå et bedre samarbejde på tværs af sektorer, kommuner og forvaltninger** - både i forhold til en tidlig opsporing af familierne og den hjælp de tilbydes - herunder en samlet økonomisk tilgang.

2. Formål

Det primære formål med projektet er som følge af problembaggrunden:

- ***at opspore og hjælpe familier med børn i alderen 0-18 år, hvor en eller flere voksne har et forbrug af alkohol, der påvirker relationer og funktioner i familien negativt.***

Familier i denne sammenhæng defineres som voksne (forældre, stedforældre, samlevende, plejeforældre, bedsteforældre, onkel/tante, ældre søskende) med nær relation til børn 0-18 år.

Det er ambitionen at udvikle en tidlig familieorienteret indsats på tværs af forvaltninger (social, arbejdsmarked, sundhed, dagtilbud og skole samt børn og unge/familie) samt sundhedssektoren. Formålet er at nå familierne inden, de udvikler massive problemer og fx inden, de bliver ”en sag” i Børn og Unge/Familie-afdelingen. Fokus vil være på tidlig opsporing af familier som stadig er funktionelle, og hvor en tidlig indsats vil sigte efter at skabe bedre trivsel hos både børnene og de voksne, nedsat forbrug af alkohol og/eller et mere fornuftigt drikkemønster og evt. en bedre tilknytning til jobmarkedet. De mere langsigtede gevinster er en reduktion af de helbredsmæssige og samfundsøkonomiske konsekvenser.

3. Relaterede projekter og indsats

Guldborgsund og Lolland Kommuner arbejder allerede på forskellig vis med at opspore børn og voksne på en række af områder, herunder også alkohol, ligesom der er relaterede projekter på regionalt og nationalt niveau. Derudover har dette projekt fælles snitflade med spor 2 under Broen til Bedre Sundhed: Børn og Familie-spor.

Nærværende projekt skal til dels komplementere de eksisterende indsats men også udvide det eksisterende, så vi når en gruppe af borgere, vi ikke normalt har fat på. Her fremhæves de relaterede indsats med særlig relevans for projektet:

- ***Børn og Familie-projekt:*** Som en del af programmet Broen til Bedre Sundhed er der sideløbende med dette projekt et ’Børn og Familie-spor’, der sigter efter en tidlig opsporing af børn (0-10 år), som udviser tegn på mistrivsel. Indsatsen handler om at understøtte tidlig dialog og indsats mellem frontpersonale og forældre, når et barn begynder at udvise tegn på mistrivsel fysisk, psykisk eller socialt eller når der er forhold, som kan føre til mistrivsel. Projektet er fokuseret omkring praksisnær kompetenceudvikling af frontpersonale i sundhedsplejen, dagplejen, dagtilbud og skole, så de bliver rustet til at tage dialogen med forældrene, herunder dialogen om eventuelle alkoholproblematikker og henvisning til, hvor de kan få hjælp. Begge kommuner arbejder ud fra en løsningsfokuseret tilgang (LØFT) og begge med en samarbejds- og dialogplatform (GUSA /Familiedialog), der bl.a. er et fagligt redskab til at vurdere barnets trivsel og udvikling på en skala fra 1-10. 1 er et truet barn symboliseret ved farven rød og 10 er et barn i trivsel symboliseret med farven grøn. Redskabet er centralt ift.

tidlig opsporing af tidlige risici og tegn på begyndende mistrivsel hos børn, og er dermed en central del af den tidlige opsporing i såvel Børn og Familie-sporet som Alkohol-sporet. Selve kompetenceløftet af frontmedarbejdere skal derfor også foregå i et koordineret samarbejde mellem de to projekter.

- **Helbredsprofilen** ved Region Sjælland, en informationskampagne målrettet dem, der drikker hver dag og måske for meget. Helbredsprofilen.dk indeholder mange videoer, der viser konkrete eksempler på, hvad alkoholbehandling er og hvordan andre har lagt alkohol bag sig. Man møder både professionelle og borgere. Ønsket er at skabe en refleksion hos borgeren med håb om, at vedkommende når et skridt videre en ændret adfærd – fx at søge hjælp.
- **Alkohol & Samfund, fx projekt HOPE**, som indeholder gode råd, brevkasse, film og en digital alkoholtest samt **RESPEKT-kampagnen**. Både HOPE og RESPEKT er støttet af TrykFonden og nogle af elementerne vil med fordel kunne inddrages i dette projekt. Respekt-kampagnen kører på sit fjerde år i perioden 11. januar - 1. marts 2018, med mål om at få flere borgere med alkoholproblemer i behandling. Kampagnens pressefokus i 2018 er: Børn og unge i familier med alkoholproblemer og der medfølger bl.a. en eventpakke til de kommunale alkoholbehandlinger med inspiration til at afholde faglige events for kommunens frontpersonale på skoler. Respektkampagnens hovedsigte er at nedbryde barrierer, der afholder borgere fra at søge hjælp, at øge kendskabet til alkoholbehandlingsgarantien og at brande den professionelle kommunale alkoholbehandling for i sidste ende at få flere borgere med alkoholproblemer i behandling. Målgruppen er mænd 40+ samt deres pårørende. Evalueringen fra kampagnen i 2017 viser, at:
 - Ca. 19.000 borgere har taget Alkoholtesten i kampagneperioden (AUDIT) – heraf 65 % mænd. Deres score var fordelt således: Ca. 37 % havde ingen grund til bekymring, 35 % havde et storforbrug, 11 % et skadeligt forbrug og 17 % havde stærke tegn på alkoholfafhængighed.
 - Antal besøg på hope.dk er gået fra 10.000 (normal antal besøg pr. måned) til gennemsnitligt ca. 50.000 besøg pr. måned i kampagneperioden
 - En voldsom stigning i henvendelser til Alkolinjen (telefonisk hotline med anonym rådgivning)
 - 24 ud af 55 adspurgte kommuner svarer i effektundersøgelse: Flere eller mange flere henvendelser i kampagneperioden
- **Projekt CTU – Center for Trivsel og Udvikling**: Et tilbud for børn og unge fra familier med alkohol- eller stofproblemer i Guldborgsund og Lolland Kommune. Formålet er at støtte børn og unge (10-25 år) til at kunne håndtere at være barn af forælder/forældre med misbrug. Fokus er at støtte barnet/den unge og der arbejdes fx med barnets/den unges identitet og personlige styrker. Projektet adskiller sig fra nærværende projekt ved at have fokus rettet mod barnet/den unge, hvor projektet har fokus på hele familien. Alkoholprojektet kan med fordel henvise børn og unge til CTU, i de tilfælde, hvor familieforløbet afsluttes og hvor det vurderes at børnene kan have gavn af yderligere støtte.

4. Mål for projektet

Det overordnede mål for projektet er at udvikle modeller/arbejdsgange, der skal sikre tidlig opsporing samt udvikle et familieorienteret alkoholbehandlingstilbud i Guldborgsund og Lolland Kommune.

Deltagermål

Det forventes, at i alt 265 familier (ca. 750 personer) bliver opsporet og accepterer deltagelse i projektet.

Rekrutteringsmål

- 5 familier i 2. halvår 2017
- +20 familier i 1. halvår 2018
- +40 familier i 2. halvår 2018
- + 100 familier i 2019
- + 100 familier i 2020

Målet ift. rekrutteringskanaler er følgende:

- a. At 40 % af familierne henvender sig til Familie og Alkohol, fordi en fagperson har opfordret dem til at søge hjælp
- b. At 40 % af familierne henvender sig til Familie og Alkohol på eget initiativ på baggrund af at have hørt/læst om tilbuddet via lokale medier, foldere, plakater, hjemmeside mv.
- c. At 15 % af familierne henvises til Familie og Alkohol via centrenes alkoholbehandlere

Triple Aim

I forhold til mål for de deltagende familier arbejder Broen til bedre Sundhed ud fra Triple Aim, bygget op om tre måleparametre:

1. Fremme sundhed og trivsel
2. Bedre kvalitet for den enkelte
3. Effektiv anvendelse af midler

Fordelt på de tre parametre er målene for de deltagende familier:

1. Fremme sundhed og trivsel

- a. At 90 % af alle voksne, der deltager i familieorienteret alkoholbehandling, ligger i kategorien "ingen umiddelbar risiko for depression eller langvarig stressbelastning" (>50 point i WHO-5) efter effektiv intervention på ca. 4 måneder og ved opfølgningssamtale 6 mdr. senere.
- b. At de voksnes trivsel forbedres med min. 10 point (WHO-5) fra dårligste score til opfølgningssamtale 6 mdr. efter afsluttet forløb og inden for rammerne af effektiv interventionsforløb.
- c. At alle voksne deltagere gennemsnitligt vurderer deres helbred som godt eller derover efter effektivt interventionsforløb og ved opfølgningssamtale 6 mdr. senere.
- d. At 90 % af voksne med et alkoholoverforbrug, der deltager i familieorienteret alkoholbehandling, har et forbrug under lavrisikogrænsen (7/14 genstande om

ugen) og aldrig drikker over 4 genstande ved samme lejlighed efter effektiv interventionsforløb og ved opfølgningssamtale 6 mdr. senere.

- e. At 90 % af alle børn (0-17 år) ligger i kategorien ”Almindelig” i alle fem delscore i SDQ senest, når interventionen har varet i 4 mdr. og ved opfølgningssamtalen efter 6 mdr.:
- Sociale styrker
 - Følelsesmæssige symptomer
 - Adfærdsmæssige symptomer
 - Hyperaktivitet og opmærksomhedsvanskeligheder
 - Vanskeligheder ift. jævnaldrende
- f. At den voksne med et problematisk alkoholforbrug, der deltager i familieorienteret alkoholbehandling, har en kortere periode med alkoholforbrug bag sig end landsgennemsnittet på 11 år:
- Afledte effektmål:*
- g. At voksne alene via den opsporende aktivitet nedsætter alkoholforbruget og/eller ændrer drikkemønster
- h. At andelen af voksne uden børn, der søger alkoholbehandling i Center for Afhængighed eller Rusmiddelcenter Lolland er stigende

Punkt a - f måles via patientrapporterede outcome-data (PRO-data) ved hjælp af et spørgeskema i SurveyXact udformet på baggrund af validerede spørgeskemaer, bl.a. Sundhedsprofilen, WHO-5, The Alcohol Use Disorder Test (AUDIT) og SDQ⁴. Fordelen ved SDQ er, at spørgsmålene er designet til at spørge forældrene til 2-17 årige samt børnene selv fra 11 år og opefter. Det betyder vi kan følge effekten på børnene, selv om de ikke er fysisk til stede til samtalerne.

Punkt g er ikke målbar, mens punkt f følges via overvågning af antallet af indskrevne voksne (m. børn over 18 år, m. børn 0-18 år og uden børn) i individuel behandling i henholdsvis Center for Afhængighed og Rusmiddelcenter Lolland.

2. Bedre kvalitet for den enkelte

- a. At 100 % af alle voksne deltagere vurderer deres overordnede oplevelse af forløbet på højere end 5 og 90 % på min. 8 (skala 1-10, hvor 1 er rigtig dårlig og 10 rigtig god).
- b. At alle voksne deltagere vurderer, at alkohol fylder min. 3 point mindre i familien fra højeste belastningsniveau til afsluttet forløb og igen ved opfølgningssamtale 6 mdr. senere (Skala 1-10, hvor 1 er fylder meget lidt og 10 fylder rigtig meget).

⁴ SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) er et kort standardiseret og velvalideret spørgeskema, der giver mulighed for systematisk at vurdere børns og unges psykiske trivsel og funktion og er ofte anvendt som evalueringsredskab af bl.a. behandlingstiltag. Kilde: www.sdq-dawba.dk. SDQ belyser fem områder af barnets trivsel og funktion: Følelsesmæssige symptomer, Adfærdsmæssige symptomer, Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder, Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende og Sociale styrkesider.

Punkt a –b måles via PRO-data ved hjælp af SurveyXact.

3. Effektiv anvendelse af midler

- a. At den gennemsnitlige behandlingstid i Familie og Alkohol er 4 mdr. og/eller indeholder 20 behandlinger pr. familie.
- b. At de deltagende voksne med alkoholoverforbrug har haft et overforbrug i mindre end de gennemsnitlige 11 år, inden der søges behandling.

Langsigtede effekter:

- c. At andelen af børn under 18 år, der bor med en forældre med alkoholrelateret kontakt til sygehus er faldet
- d. At andelen af kommunale meromkostninger forbundet med overforbrug af alkohol er faldet ift.:
 - Medfinansiering af sundhedsomkostninger
 - Overførsler og ydelser
 - Anbringelser og hjælpeforanstaltninger
 - Personlig og praktisk hjælp

Det vurderes at være meget svært at dokumentere en konkret økonomisk gevinst på kun 3 år (punkt c og d), ikke mindst fordi vi ønsker at nå familierne inden, de er forbrugere af ovenstående parametre. Derfor kan vi højst forvente at kunne spore en omkostningsmæssig effekt på den lange bane (2030). Omvendt bliver det centralt at overvåge karakteristika for de inkluderede familier i projektet. Afhængig af dem, kan det blive muligt at identificere proxy for en økonomisk gevinst.

Systemmål

Da en del af projektet er at udvikle og implementere arbejds gange/modeller for systematisk tidlig opsporing af familier med alkoholproblemer samt at integrere den familieorienterede alkoholbehandling i de eksisterende misbrugscentre, er der nedsat følgende systemmål, her forstået som mål for arbejdet med forskellige frontpersonalegrupper (sekundær målgruppe i projektet) samt mål for implementeringen:

- At frontpersonale med kontakt til børn og/eller voksne, der har modtaget et informations- og/eller kompetenceløft, har viden og støtte til at italesætte alkoholproblemer og har kendskab til kommunernes familieorienterede alkoholbehandling
- At der er udviklet en klar arbejds gang for et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde ift. tidlig opsporing og familieorienteret alkoholbehandling
- At der er udviklet en klar aftale for tidlig opsporing og familieorienteret alkoholbehandling som en integreret del af arbejdet i Center for Afhængighed og Rusmiddelcenter Lolland
- At der er udviklet et understøttende datasystem, der sikrer en valid monitorering af den familieorienterede alkoholbehandling

Se endvidere forandringsteori, hvor overordnede procesmål, mellemlange effektmål og forventede langtidseffekter er samlet (Bilag 1).

Derudover vil der for hver fase i projektet blive formuleret yderligere procesmål.

6. Målgruppebeskrivelse

Primær målgruppe

Indsatsen er primært rettet mod familier med børn i alderen 0-18 år, hvor en eller flere voksne har et forbrug af alkohol, der påvirker familien negativt – herunder børnenes trivsel og udvikling. Det kan være på overfladen velfungerende familier, men indadtil kan alkoholen være forstyrrende for opgaver og funktioner i familien samt belaste både børn og partner følelsesmæssigt (Jf. Frid Hansen). Som udgangspunkt arbejder vi med følgende kriterier for at være en del af projektet:

Inklusionskriterier:

- At blot én i familien oplever alkoholforbruget hos den voksne som et problem. Det kan være mor/far/papmor/papfar/barn/bedsteforældre/moster/faster/onkel mv.
- At familien har lyst til at indgå i et familieorienteret alkoholbehandlingstilbud – med mulighed for gradvis inddragelse af den drikkende/pårørende/børn

Eksklusionskriterier:

- At der opspores en voksen med et problematisk alkoholproblem uden børn eller med børn over 18 år). Da henvisning til de eksisterende behandlingstilbud hos CFA, Rusmiddelcenter Lolland og evt. CTU
- At det vurderes, at familien har for massive problemer (psykisk, socialt). Da henvisning til en koordineret indsats.

Det er med andre ord ikke selve alkoholforbruget, der afgør, om familien kan inkluderes eller må ekskluderes af projektet. Dette stiller i nogle tilfælde krav til en koordineret indsats ift. den ordinære alkoholbehandling, hvor den drikkende fx går til samtaler med en alkoholbehandler og evt. modtager medicinsk behandling sideløbende med et forløb for familien.

Sekundær målgruppe

For at nå den primære målgruppe arbejder vi med frontpersonale som en sekundær målgruppe i projektet. Frontpersonalet er dem, der i forvejen har direkte kontakt med familierne, enten de voksne, børnene eller hele familien og er centrale ift. at opspore familierne.

Listen af frontpersonale er lang og alt efter læringer undervejs vil typer af frontpersonale blive defineret klarere, prioriteret samt evt. nye blive identificeret. Foreløbig ser listen således ud grupperet i tre:

<i>Gruppe 1:</i> Medarbejdere og ledelse i <ul style="list-style-type: none">- Sundhedsplejen- Dagplejen- Dagtilbud- Skole
<i>Gruppe 2:</i> Medarbejdere og ledelse i/på <ul style="list-style-type: none">- Jobcentre- Almen praksis- Børneafdelingen på Nykøbing F. Sygehus- Jordemoder(-klinik)- (VUC)
<i>Gruppe 3:</i> Andre <ul style="list-style-type: none">- Sagsbehandlere og social faglige vejledere i Børn- og Unge/Familie-afdelingerne- SSP-konsulenter- PPR- Misbrugskonsulent (Lolland Kommune)- Alkoholbehandlere i kommunernes misbrugscentre- Medarbejdere i frivilligcentre

- Præster
- CTU-projektet
- Andre

Frontpersonalet i gruppe 1 og 2 skal alle have en form for kompetenceløft og/eller informationsløft, altid tilpasset den enkelte frontpersonalegruppens behov og forudsætninger. At de er adskilte, skyldes at frontpersonalet i gruppe 1 er fælles med Børn og Familie-sporet, hvorfor interventionen målrettet dem skal planlægges og gennemføres i tæt samarbejde med tovholdere og projektmedarbejdere i B&F-projektet.

Medarbejdere og evt. frivillige i gruppe 3 er mere at betragte som samarbejdspartnere i projektet, der med den nødvendige viden, vil kunne henvise familier til at deltage i projektet. Her handler interventionen ikke om et egentligt kompetenceløft, men mere om at sikre, at de har et kendskab til projektet og kender henvisningsproceduren.

Om frontmedarbejdere med direkte kontakt til børn

Statens Nationale forskningscenter for Velfærd (SFI) har i 2015 undersøgt barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i alkoholfamilier⁵. De typiske barrierer hos frontmedarbejdere, der har direkte kontakt med børn, er:

- At der ikke er specifikke grænser for, hvornår de skal gribe ind. De står alene med at skulle lave et skøn, og det opleves som svært
- Berøringsangst overfor at tale om alkohol, da det opleves som hørende til privatlivets fred. Alkohol er tabubelagt
- Angst for at ødelægge det gode forældresamarbejde
- Føler sig ikke fagligt rustet til at spotte tegnene på alkoholproblemer
- Føler sig ikke rustet til at konfrontere forældrene med deres bekymring – især ikke hvis det er ressourcestærke forældre, hvor alt på overfladen ser pænt ud

De fundne barrierer hos frontmedarbejdere kan defineres inden for 5 områder med hver deres barrierer og perspektiver for indsatser, der kan afhjælpe dem:

Område	Barrierer	Perspektiver og anbefalinger
Holdninger	At den faglige vurdering af forældrenes alkoholforbrug er baseret på et skøn og den enkeltes personlige holdning til, hvornår et alkoholforbrug er problematisk At alkohol er tabubelagt	Sæt forældrenes alkoholforbrug og hvordan det påvirker børnene på dagsorden for at nedbryde tabuer Sæt forældrenes alkoholvaner på dagsorden 1 gang årligt, evt. ved en temadag i undervisningen, et forældremøde etc.
Kompetencer	Mangel på kompetencer til at spotte alkoholproblemer, at tage den svære samtale og til at handle på alkoholproblemer	Lav kompetenceudvikling i form af målrettede kurser for frontpersonalet om tegn på alkoholproblemer i hjemmet, hvordan børn påvirkes af forældre, der

⁵ Rapporten er iværksat af Københavns Kommune ud fra ønsket om at analysere barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i alkoholfamilier samt finde forslag til, hvordan den tidlige opsporing i kommunen kan styrkes. Rapporten bygger på 31 interviews, fordelt på 35 informanter fordelt på frontmedarbejdere i vuggestuer, børnehaver, fritidshjem og skoler, ledere fra daginstitutioner og skoler, sundhedsplejersker, ressourcesteam, ansatte i ungerådgivningen, jordemoder og læge.

		drikker og hvordan man tager samtalen med forældrene. Udvid frontpersonalets kendskab til hvor, de kan få sparring
Internt samarbejde	Manglende procedurer for håndtering af alkoholproblemer	At lave en fælles alkoholpolitik med overordnede rammer for, hvordan frontpersonalet arbejder med tidlig opsporing af alkoholproblemer i familier
Eksternt samarbejde	At ressource teamet kan være svært at få fat på	Bevar de nuværende ordninger med tilknyttede socialrådgivere Lad sundhedsplejersken udføre en systematisk screening forældrenes alkoholforbrug i forbindelse med hjemmebesøg og i forbindelse med indskolingssamtalen. Tilbyd sparring til frontpersonalet
Præmisser for opsporing af alkoholproblemer	Begrænset kontakt til forældre Børnenes loyalitet Manglende fokus, der er så mange andre ting i fokus	Ingen forslag

Mange af disse anbefalinger gør sig også gældende i en midtvejsevaluering af familierettede og forebyggende indsatser i "Tidlig indsats – Livslang Effekt" (KORA, 2016). Et projekt målrettet børn og unge 0-18 år i en udsat position, dog med særligt fokus på børn i alderen 0-6 år som skal styrke den tidlige målrettede indsats over for børn og unge, der vokser op i udsatte familier. En del af indsatsen i dette projekt er at lade frontmedarbejdere arbejde med en opsporingsmodel, der på mange måder minder om elementerne i GUSA og Familiedialog-værktøjerne (Trivselsvurdering, Sparring fra en ekstern ressourceperson, Model til forberedelse af møder om børn). Midtvejsevalueringen viser, at frontmedarbejderne har gavn af at arbejde med en systematik og en klar og håndfast manual. I indeværende projekt vil systematikken skulle inkluderes i den samlede tidlige forebyggelsesindsats på børneområdet i de to kommuner (herunder brug af GUSA og Familiedialog). Jo mere struktureret, jo nemmere at implementere.

Samme evaluering peger også på en række centrale implementeringsfaktorer ift. implementering af en opsporingsmodel fordelt på tre overordnede parametre - alle vigtige at have for øje i ift. tilrettelæggelse af interventionen over for frontmedarbejdere:

1. Ledelse (motivation, opbakning og støtte)
2. Medarbejdere (medarbejderforudsætninger, kompetencer og motivation)
3. Organisation (struktur, antal deltagende medarbejdere, kommunikation, koordinering, rammesætning, struktur og øvrige igangværende indsatser)

Om frontmedarbejdere med kontakt til voksne

Sundhedsstyrelsen og COWI har i 2017 lavet en evaluering af en 'styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper', hvor de har indsamlet erfaringer fra tidlig opsporing og indsats i jobcentre - bl.a. med fokus på at opspore alkoholproblemer blandt alle ny-ledige eller revisiterede borgere over 30 år i grupperne "aktivitetsparate og uddannelsesparate" og "aktivitetsparate". Interventionen bestod bl.a. i en alkoholscreening (AUDIT) samt henvisning til en intervention bestående af 5 korte samtaler om alkohol, organiseret på forskellig vis.

Evalueringen peger på følgende centrale læringer i forbindelse med indsatsen i jobcentre:

- AUDIT har været en god hjælp ift. at turde at spørge ind til alkoholvaner hos borgerne
- God nytte af at have fysisk materiale om kommunens alkoholfokus, der beskriver hvorfor kommunen spørger ind til alkohol (roll-ups, foldere, gocards mv.)
- Svært at få borgerne til at deltage i en hjælpende indsats
- Vigtigt at sagsbehandlerne har kompetencer i at tage dialogen om alkohol og at motivere borgeren til at reducere forbruget (Motiverende Samtale)
- Vigtigt at den hjælpende indsats over for borgeren er fleksibel
- Vigtigt at misbrugscentrene har et relevant tilbud og meget gerne har en person siddende i jobcenteret jævnligt, som sagsbehandlerne kan bruge til sparring og/eller henvise borgere til

Det er på baggrund af de her listede erfaringer samt den aktuelle lokale kontekst, at projektgruppen – delvist i samarbejde med projektgruppen i Børn og Familie - sporet udvikler og gennemfører opsporende aktiviteter hos frontmedarbejderne.

7. Aktiviteter

De opstillede mål for projektet skal realiseres gennem følgende aktiviteter:

A: Tidlig opsporing vha. frontpersonale

En central del af indsatsen er at sikre, at frontmedarbejdere med kontakt til både børn og voksne (gruppe 1 og 2) har mod, viden, redskaber og rammer til at udføre den tidlige opsporing af familier, der viser tegn på mistriksel – herunder tegn på alkoholproblematikker. GUSA og Familiedialog er centrale værktøjer til det opsporende arbejde og derfor også centrale i projektets opsporende aktiviteter.

Jf. de tidligere listede barrierer og anbefalinger er det vigtigt, at frontmedarbejdere med kontakt til børn ved:

- Hvad de skal kigge efter hos børnene
- Hvordan børn bliver påvirket af en forælder, der drikker
- Hvordan de tager den indledende samtale/bekymringssamtale med forældrene
- Hvilke handlemuligheder de har for at hjælpe familien
- Hvor de selv kan få sparring

Og ift. frontmedarbejdere med kontakt til voksne er det vigtigt, at de ved:

- Hvordan de systematisk kan spørge til trivsel, herunder alkoholforbrug
- Hvordan de kan motivere voksne til at modtage hjælp
- Hvilke handlemuligheder de har for at hjælpe
- Hvor de selv kan hente sparring

Opsporing via frontpersonale skal realiseres gennem praksisnære kompetenceudviklingsforløb samt en løbende og praksisnær understøttelse af frontpersonalet, fx løbende tilstedeværelse, deltage i personalemøder eller forældresamtale, hvis det giver mening. Ligeledes skal der integreres 'råd og vejledning' omkring alkohol og misbrug i øvrigt i henholdsvis GUSA og Den Åbne Platform (GBS) og Familiedialog og E-handleguiden (LL), som er de platforme, hvor frontmedarbejdere i dag søger viden og støtte.

Jf. Erfaringer fra 'Tidlig indsats – Livslang Effekt' (KORA 2106) er det vigtigt, at der i indsatsen over for frontpersonale både arbejdes med opsporing på det individuelle niveau (hos

frontmedarbejderen) og på det kollektive niveau. Her forstået som at gennemføre tiltag, der udvikler et fagligt fællesskab og et fælles kodeks i institutionen/på arbejdspladsen omkring tidlig opsporing samt tiltag, der sikrer vidensspredning og ledelsesmæssig opbakning.

Denne aktivitet skal som tidligere nævnt udvikles og gennemføres i tæt samarbejde med Børn- og Ungesporet i forhold til de fælles personalegrupper.

I nogle tilfælde vil alene frontpersonalets opsporende indsats påbegynde en refleksion og måske starte en adfærdsændring hos familien. Der findes evidens for, at en "kort rådgivende samtale", der defineres helt ned til 1 samtale af 5 minutters varighed, kan nedsætte alkoholforbruget hos borgere med et stort forbrug (Sundhedsstyrelsen 2012). Dette er dog svært målbart i dette projekt, og er derfor anført som forventet afledt effekt af det opsporende arbejde.

Ift. gruppen af andre typer af frontpersoner, fx frivillige, præster, centrale samarbejdspartnere mm. (gruppe 3) består indsatsen primært af at sikre, at de kender til tilbuddet om familieorienteret alkoholbehandling, kender til henvisningsproceduren og motiveres til at hjælpe familier tilbage på sporet. Indsatsen her handler mest om kommunikation, både i form af skriftlige og visuelt orienterende materialer og kortere indslag, fx på fyraftensmøder og andre mødefora, hvor personalegrupper i forvejen er samlet.

B: Opsporing vha. kampagneaktiviteter

Projektet ønsker også at udøve tidlig opsporing af familier via en mere bred kommunikation med fokus på at oplyse og motivere familier med et problematisk alkoholforbrug til at ændre adfærd og evt. søge hjælp. Kommunikationen skal være målrettet voksne i familier med børn 0-18 år, i særlig grad de pårørende, idet praksiserfaringen er, at de er nøglen til den drikkende. De har typisk erkendt, at der er et problem med alkoholen længe før, den drikkende har.

Kampagnen skal fortrinsvis oplyse, at selv et 'mindre' alkoholforbrug kan påvirke børnene i familien negativt, motivere familier til at søge hjælp samt være handlingsanvisende i forhold til, hvor de kan få hjælp. Sekundært kan kampagneaktiviteterne også være fremmede for frontpersonalets systematiske opsporing, idet kampagnen sætter spot på 'alkohol i familier' og dermed forhåbentlig kan være med til at nedbryde tabu i befolkningen. Erfaringen er, at der kan være barrierer for, at borgere med alkoholproblemer tager imod rådgivning- og behandlingstilbud, hvorfor det er vigtigt, at kampagnen er med til at minimere barriererne, fx ved at synliggøre tilbuddet, lade information og adgang være let tilgængelig mm. Derfor kan der ud over kommunikationsindsatsen være brug for at afprøve andre adfærdsændrende tiltag, der kan lette rekrutteringen af familier.

Nøgleaktiviteterne i kommunikationsindsatsen er:

- Produktion af informationsmateriale (foldere, go-cards mm.)
- Udvikling af hjemmeside, evt. som subsite til CFA's hjemmeside og Rusmiddelcenter Lolland
- Annoncering i lokalaviser
- Sociale medier
- Presseomtale

Alle aktiviteter skal tilrettelægges, så vi udnytter eksisterende kanaler og platforme, hvor vi kan møde familier. Ligeledes skal indsatsen koordineres, så den gør brug af Alkohol & Samfunds kampagneelementer samt evt. andre allerede udviklede elementer, fx film fra Helbredsprofilen.

Kampagneaktiviteterne skal betragtes som en del af projektets samlede kommunikationsplan og tilrettelægges og udføres i samarbejde med kommunikationskonsulenter fra begge kommuner samt fra Broen til Bedre Sundhed.

Der er afsat begrænsede midler til denne aktivitet (50.000,- årligt), hvilket er en begrænsning ift. hvor meget tryk, der vil være på denne del.

C: Familieorienteret alkoholbehandling

Det centrale i familieorienteret alkoholbehandling er, at der arbejdes med familien som helhed og at alkoholproblemet betragtes som et familieproblem og ikke et individuelt problem. Forløbet er opbygget af følgende elementer:

- Familiesamtaler, hvilket også omfatter samtaler med enkeltpersoner i familien eller parsamtaler
- Undervisning/psykoeducation
- Gruppesamtaler/Flerfamiliesamtaler
- Evt. aktiviteter

Selve interventionen vil forløbe sig på forskellig vis afhængig af familien, hvor lang tid, de deltager mm. Men et forløb vil typisk foregå således:

1. Rådgivende samtale (1 samtale)
Indledende samtale og information om mulighederne i projektet.
Registrering af familiens stamdata, henvendelsesdata og alkoholdata.
Det vurderes om den drikkende skal tilbydes individuel alkoholbehandling, herunder evt. medicinsk behandling parallelt med det familieorienterede forløb. Det vurderes ligeledes om familien har så massive problemer (børn og/eller voksne), at der må henvises til øvrige tilbud.
Det kan både være den drikkende eller den pårørende, der tager den første kontakt.
2. Opstartssamtale (1 samtale)
Kortlægning af familiens situation, problemområder og symptomer i familien. Familiens ressourcer.
Kortlægning af børnenes problemer og ressourcer.
Der lægges en forløbsplan i samarbejde med familien.
3. Samtaler/aktiviteter (6-14 uger)
Samtalerne kan forløbe som individuelle samtaler, parallelle individuelle samtaler, parsamtaler, familiesamtaler, flerfamiliesamtaler og gruppesamtaler (voksne/børn/unge). Typisk vil forløbet være, at der er samtaler med forældre over flere gange, så de er klar til at inddrage børnene i samtalerne (fælles vurdering mellem behandler og forældre) og de deltager i planlægningen af samtalen med børnene. Herefter inddrages børnene i samtalen. Efter dette forløb, er der opfølgende samtaler med forældre.
4. Afslutning (1 samtale)
Afslutningssamtale, når det vurderes at familien har opnået nye mestringsstrategier og når alkoholforbruget er nedsat eller ændret og inden for rammen på 4 mdr. og/eller 20 behandlingssamtaler pr. familie.
5. Opfølgning
Ca. 2 opfølgningssamtaler – fysisk, telefon og video som mulighed

Interventionen vil blive gennemført 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).

Den samlede tidsramme for en intervention er som udgangspunkt 1-4 mdr.

Som en del af projektet vil der blive udarbejdet konkrete handleguides på 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 planlægges min. 1 hjemmebesøg i familien ligesom der efterstræbes en høj grad af tilgængelighed for familierne, fx 1 dag ugentligt med udvidet åbningstid samt enkelte aftenarrangementer.

Som en del af den løbende monitorering af indsatsen over for familierne, planlægges der en kort evaluering i afslutningen af hver samtale, hvor der spørges ind til oplevet udbytte ift. alkoholforbrug, trivsel samt tilfredshed med samtalen. Dette er også gældende for gruppeforløb.

8. Forandringsteori

Målgrupper, aktiviteter og mål for projektet er samlet i en forandringsteori - se bilag 1.

9. Dataunderstøttelse, monitorering og evaluering

Broen til Bedre Sundhed har eget data-sekretariat, der understøtter projektets dataindsamling, ligesom relevante nationale registre vil blive brugt, hvor relevant – f.eks. det nationale alkoholbehandlingsregister (NAB), Skolesundhed.dk og National Trivselsmåling. Ligeledes vil Sundhedsprofilen (2017 og 2021), Alkoholstatistik, Kommunale og regionale data (2015 og hvert 2. år fremadrettet) samt Sundhedsstyrelsen og KORA's rapport over kommunale omkostninger til alkoholoverforbrug (2016 og 2020) kunne anvendes til at følge populationens udvikling.

I projektet vil forbedringsmetoden PDSA (Plan, Do, Study & Act) blive brugt. Forbedringsmetoden er bredt anvendt inden for kvalitetsforbedring og innovation, og er det metodegrundlag som Broen til Bedre Sundhed arbejder ud fra. Det betyder, at projektets intervention vil blive planlagt (Plan) på baggrund af den bedst mulige tilgængelige evidens og med øje for den organisatoriske kontekst. Herefter bliver den planlagte handling/intervention udført (Do). Erfaringer bliver løbende indsamlet og studeret (Study), og der bliver på baggrund heraf ageret (Act) over for borgeren og tilpasset i interventionsarbejdet. De løbende erfaringer fungerer sammen med ny evidens og viden som grundlag for den næste forbedringscirkel. Evidens og erfaring bliver dermed koblet til den organisatoriske kontekst i de løbende forbedringer af interventioner og dataunderstøtning.

En af de metoder, som ofte bliver benyttet som en del af forbedringsmetoden er tidstro og hyppige målinger. Som eksempel kan vi følge antallet af spottede og inkluderede borgere, og dermed følge udviklingen tæt. Registreringen af inkluderede deltagere i projektet udføres løbende af projektets medarbejdere.

For at følge effekten af indsatsen over for frontpersonalet samt implementeringen af projektet vil der blive indsamlet kvalitative data.

Se evalueringsplan (bilag 2), der giver et overblik over, hvilke data vi indsamler og hvornår.

Indsamling og opbevaring af deltager-data

Data vil blive behandlet som foreskrevet af persondataloven/Databeskyttelsesforordningen. Data vil blive opbevaret under hele forsøgsperioden frem til 31. december 2020 hvorefter data slettes (eller overføres til kommunale datasystemer såfremt godkendelser i forbindelse med overgang til

drift er på plads). Der oprettes to særskilte teamsites i SharePoint til personfølsomme oplysninger i projektet.

- 1) Teamsite indeholdende referater fra interviews med projektdeltagere og disses logbøger. Teamsitet indeholder endvidere baggrundsoplysninger om projektdeltagere. Løsningen kræver personligt login og kan benyttes af medlemmer af projektteamet (projektleder Gitte Aagaard samt øvrige projektmedarbejdere beskrevet som 'Projektteam' under Projektorganisation) samt af Ditte Jørnsgård Rasmussen (analysekonsulent fra Broen til Bedre Sundhed, Region Sjælland) og Helle Kirstine Mørup Bergholdt (analysekonsulent fra Broen til Bedre Sundhed, Region Sjælland).
- 2) Teamsite til opbevaring af krypteringsnøgle: Krypteringsnøglen til at gøre de pseudonymiserede data personhenførbare (cpr nummer koblet til familienummer samt deltagerid), opbevares adskilt fra studieregistret og i et særskilt teamsite i SharePoint. Kan tilgås af medlemmer af projektteamet (projektleder Gitte Aagaard samt øvrige projektmedarbejdere beskrevet som 'Projektteam' under Projektorganisation) samt af Ditte Jørnsgård Rasmussen (analysekonsulent fra Broen til Bedre Sundhed, Region Sjælland) og Helle Kirstine Mørup Bergholdt (analysekonsulent fra Broen til Bedre Sundhed, Region Sjælland).

Der indsamles spørgeskemaoplysninger (baseline og løbende opfølgninger) via SurveyXact (oplysningerne registreres med familienummer og deltagerid; ikke med cpr).

Alle oplysninger mellem projektteamets medarbejdere og deltagere i projektet registreres i ovennævnte teamsites. Oplysninger i SurveyXact kræver personligt login. Al data vil blive opbevaret forskriftsmæssigt, og ved offentliggørelse vil data udelukkende blive præsenteret i anonymiseret form. Der indhentes informeret samtykke fra alle deltagere i projektet. Deltagerne vil blive oplyst om, at de til enhver tid kan trække sig fra interventionsstudiet, uden at det får nogen betydning for deres videre kontakt med social- og sundhedsvæsenet. Deltagelse i interventionsstudiet honoreres ikke.

10. Risikovurdering

På nuværende tidspunkt er der identificeret nogle risici for projektet. Projektteamet vurderer løbende risici og Projektstyregruppen orienteres ved nye risici og hvis der sker en væsentlig niveauændring i de identificerede risici. Se risiko-log i bilag 3.

11. Projektorganisation

Interventionsstyregruppen (alle spor)

Projektet er en del af Broen til Bedre Sundhed og refererer til en Styregruppe for Samarbejdet med TrygFonden sammensat af medlemmer fra de to kommuner, Broen til Bedre Sundhed og TrygFonden:

- Trine Heidemann (TF)
- Jette Jul Bruun (TF)
- Preben Cramon (Formand) (Region Sjælland)
- Lis Hamburger (Centerchef for Familie & Forebyggelse) (GBS)
- Anne Dorte Greve Madsen (Sektorchef, Ældre og Sundhed) (Lolland)
- Annette Palle, Programchef BTBS (Region Sjælland)

- Peter Iversen, Chefkonsulent (Region Sjælland)

Rolle og ansvar:

Projektejer. Ansvarlig for projektet.

Projektstyregruppe (Alkohol + Børn og Familie)

For at sikre sammenhæng, synergi og omkostningseffektivitet i spor 1 (Alkohol) og spor 2 (Børn og Familie) er der nedsat en fælles projektstyregruppe. Projektstyregruppen er bredt sammensat af ledelsesrepræsentanter fra Socialområdet, Familie, Børn og Unge, Skole og dagtilbud og Arbejdsmarked. Dette for at sikre et ledelsesmæssig fokus på indsatserne – særligt i forhold til ressourceallokering, implementering og fremtidig forankring af indsatsen.

Deltagerne er:

- Allan Ruders (Formand) Sektorchef, Social og arbejdsmarked, Lolland
- Lis Hamburger (Næstformand), Børn og Ungechef, GBS
- Michael Vinther Hansen, Souschef Børn og Unge, Lolland
- Anika Quist, Teamleder Rusmiddelcenter Lolland
- Henrik Andreasen, Distriktschef Skole, Lolland
- Lone Gøttler, Leder af Socialpsykiatrien og Center for afhængighed, GBS
- xx, Vicecenterchef Børn og Læring - Skole og dagtilbud, GBS (pt. ubesat)
- Lars Stryhn-Petersen, Gruppeleder, Center for Afhængighed, GBS
- Annette Palle Andersen, Programchef BTBS, Region Sjælland
- Gitte Aagaard, Projektleder Alkohol-spor (sekretær)
- Tine Kleist Pedersen, Tovholder Børn og Familie-spor, Lolland
- Morten Døring, Tovholder Børn og Familie-spor, GBS

Rolle og ansvar:

Projektstyregruppen har overordnet ansvaret for de to projekters fremdrift og udvikling og den løbende koordinering med øvrige indsatser i kommunerne.

Konkret forventes det, at Projektstyregruppen:

- Spredt information om projektet i deres respektive områder – både på forvaltningsniveau og til relevante institutioner på området
- Støtter etablering af tidlig opsporing gennem frontpersonale, idet de spiller en vital rolle i begge projekter
- Støtter etablering af familieorienteret alkoholbehandling – herunder den rent fysiske placering samt det tværfaglige samarbejde
- Informerer projektleder og tovholdere (Børn og Unge) om projekter med snitflader til nærværende projekter
- Godkender forandringsteori – herunder mål for projekterne
- Godkender faseplaner (forbedringscirkler) – herunder procesmål for indsatserne
- Godkender budget (februar og august) og regnskab (februar)
- Godkender evalueringsplan
- Godkender kommunikationsplan
- Arbejder for at sikre en forankring af projekterne efter projektperiodens udløb

Møder

Projektstyregruppen mødes to-fire gange årligt, som udgangspunkt som optakt til møderne i Interventionsstyregruppen og evt. i Programbestyrelsen.

Projektstyregruppen betjenes af projektleder for Alkohol-sporet. Projektledelsesteamet koordinerer og sørger for at levere emner og materiale til Projektstyregruppen.

Dagsorden og materialer sendes senest 5 hverdage inden mødet.

Referatet sendes til godkendelse inden for 5 hverdage, derefter betragtes det som godkendt.

I tilfælde af afbud træffes der beslutninger på baggrund af det tilstedeværende flertal.

Formandskab (Alkohol + Børn og Unge)

- Allan Ruders
- Lis Hamburger

Rolle og ansvar:

Har prokura til at træffe hurtige beslutninger, som har betydning for projekternes fremdrift. Samles i tilfælde, hvor det ikke er muligt at nå at samle hele styregruppen.

Projektleder (Alkohol)

Gitte Aagaard, ansat i Center for Afhængighed, GBS

Rolle og ansvar:

- Fremdrift og ledelse af projektet
- Ansvar for at udforme projektbeskrivelse, forandringsteori, faseplaner, kommunikationsplan, evalueringsplan og tidsplan
- Ansvar for regnskab og budget i projektet
- Sekretariatsbetjening af Projektstyregruppen
- Løbende information til Projektstyregruppen
- Ansvar for beslutningslog, hvor ændringer samles og dokumenteres
- Ansvar for daglig ledelse af projektteam, herunder sikre at opgaven løses inden for rammerne
- Godkender interventioner som er udviklet i teamet eller i arbejdsgrupper og indstiller til styregruppen
- Ansvar for inddragelse af referencegrupper
- Ansvar for nedsættelse og facilitering af arbejdsgrupper
- Databehandler
- Udarbejder delrapporter og slutrapport
- Afrapporterer til og bistår i at udbrede viden og læring i Partnerskabet
- Informerer om projektet i Partnerskabet

Projektledelsesteam (Alkohol + Børn og Familie)

For at sikre løbende koordinering mellem Alkohol- og Børn & Familie-sporet er der nedsat et projektledelsesteam bestående af projektleder for Alkohol og tovholdere for Børn & Familie-sporet:

- Tine Kleist Pedersen, Tovholder for Børn- og Familiespor + økonomi, Lolland
- Morten Døring, Tovholder for Børn- og Familiespor, GBS
- Gitte Aagaard, Projektleder Alkohol-spor

Rolle og ansvar:

Koordinering og fremdrift i forhold til tidlig opsporing via frontpersonale i sundhedsplejen, daginstitutioner, dagpleje og skole.

Ansvar for inddragelse af referencegruppe – tidlig opsporing

Ansvar for nedsættelse af arbejdsgruppe – tidlig opsporing

Projektteam:

Heidi Struck, Rusmiddelcenter Lolland, Social og Arbejdsmarked, Lolland Kommune
Maja Herrmann, Rusmiddelcenter Lolland, Social og Arbejdsmarked, Lolland Kommune
Camilla Sommer Hansen, Center for Afhængighed, Center for Socialområdet, Guldborgsund Kommune

Sabrina Pansa, Center for Afhængighed, Center for Socialområdet, Guldborgsund Kommune
Mathilde Mille Gerlach Madsen, Center for Afhængighed, Center for Socialområdet,
Guldborgsund Kommune
Gitte Aagaard, Projektleder, Center for Afhængighed, Center for Socialområdet, Guldborgsund
Kommune

Rolle og ansvar:

Projektteamet er sammensat af projektleder og to lokale projektteams fordelt med to i hver kommune, ansat i henholdsvis Center for Afhængighed og Rusmiddelcenter Lolland. Derudover er der ansat en tværgående medarbejder, der har fokus på det opsporende arbejde. Teamet er sammensat med kompetencer inden for familiebehandling, alkoholbehandling og pædagogisk arbejde og skal i fællesskab dække opgaver inden for det opsøgende arbejde og ift. behandling af familierne.

I forhold til det opsøgende arbejde skal temaet:

- Opspore familier med alkoholproblemer i samarbejde med de lokale jobcentre, almen praksis, sygehus mm. – fx gennem et kompetenceløft af frontpersonale, informationsmøder, udøvende understøttelse - fx i form af støtte i svære samtaler mv.
- Opspore familier med alkoholproblemer i samarbejde med projektmedarbejdere i Børn og Familie-sporet
- Udforme kampagnemateriale og aktiviteter til fremme af opsporing af familierne
- Deltage i diverse møder, events mm, hvor der er mulighed for at opspore familier med alkoholproblemer

I forhold til familiebehandlingen skal teamet:

- Føre indledende samtaler med familier, der kan inkluderes i projektet – herunder motiverende samtaler
- Afklare problemets omfang og tilrettelægge et forløb – evt. i samarbejde med alkoholbehandlere
- Udvikle og koordinere indsatser for familierne
- Udføre samtaler med familierne
- Sikre opfølgning af familierne
- Hvis nødvendigt henvise til anden hjælp til familien og sikre koordinering
- Sikre at der indsamles data på inkluderede familier

Referencegruppe – Tidlig opsporing (Alkohol + Børn og Familie)

For at sikre bedst mulig tværfaglig og tværsektoriel forankring samt kvalitetssikring af projektet nedsættes der en referencegruppe omhandlende tidlig opsporing. Brugen af referencegrupperne tænkes dynamisk afhængig af aktiviteter ift. udvikling og implementering.

Forslag til deltagere:

- Gitte Thorsen, Ledende sundhedsplejerske, Lolland
- Anita Kofoed, Ledende sundhedsplejerske, GBS
- Søren Støvelbæk, Konsulent Skole, Lolland
- Pernille Tuxen, Konsulent Skole og dagtilbud, GBS
- Evt. Leder Dagtilbud, Lolland
- Evt. Leder Dagtilbud, GBS
- Evt. Leder Skole, Lolland
- Evt. Leder Skole, GBS
- Evt. Leder af Dagplejen, GBS (Lolland?)
- Andre
- Tovholdere Børn og Familie-sporet
- Projektleder Alkohol-sporet

<p>Samarbejdspartnere i Programkontoret, Broen til Bedre Sundhed</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helle Kirstine Mørup Bergholdt & Ditte Jørnsgård Rasmussen, Analysekonsulenter <p>Rolle: Identificering af relevante datatræk, ansvarlig i udvikling af database samt sparring ift. dataindsamling i projektet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suzanne Lucienne Nymand Wittrock, Kommunikationskonsulent <p>Rolle: Sparring og udøvende ift. kommunikationsopgaver i projektet</p>
<p>Arbejdsgrupper</p> <p>Nedsættes ad hoc</p>

12. Kommunikation

Kommunikationen i projektet skal tilrettelægges i et samarbejde med Broen til Bedre Sundhed, Kommunerne og TrygFonden.

TrygFonden vil blive tydeligt eksponeret i forbindelse med:

- Det daglige samarbejde mellem Broen til Bedre Sundhed og de enkelte organisationer
- En markant og aktiv pressestrategi
- I informationskanaler under både Broen til Bedre Sundhed og i det samlede partnerskab. Eksempelvis via kommunernes hjemmesider, nyhedsbreve, avisannoncer og facebookgrupper
- Ved information på diverse relevante hjemmesider, i grafiske publikationer og på de sociale medier i det lokale miljø
- Ved information i diverse grafiske publikationer og andet informationsmateriale. Ved events, netværksaktiviteter, workshops, seminarer og konferencer. Eksempelvis når projektets resultater skal præsenteres.

Broen til Bedre Sundhed arbejder med en aktiv pressestrategi i (blandt andet) to spor: (1) Mindre og løbende nyheder på ad hoc basis i den lokale dagspresse (blandt andet via pressemeddelelser), og (2) større indlæg i relevante fagmedier og/eller landsdækkende dagspresse (f.eks. i form af en kronik eller artikel).

Broen til Bedre Sundhed formidler desuden både nyheder og resultater via de to kommuner, partnerskabets øvrige organisationer, netværk og Advisory Board. Det kan f.eks. være i nyhedsbreve, på hjemmeside, intranet, ved større møder eller på de sociale medier.

En konkret kommunikationsplan for kommunikation til borgere, samarbejdspartnere, politikere samt interessenter i regionen og evt. nationalt vil blive udformet.

13. Tidsplan

Projektet er inddelt i faser tilpasset de forskellige forbedringscirkler. I overgangen mellem hver fase, vil der for hver fase blive udført en mere detaljeret handleplan. Der er udarbejdet en overordnet monitoreringsplan for projektet, se bilag 4.

Fase 1 – Opstart og Analyse (august-december 2017)

- Ansættelse af projektmedarbejdere

- Projektbeskrivelse udformes, herunder mål for projektet, forandringsteori, monitoreringsplan, evalueringsplan, kommunikationsplan, risikolog, budget og projektorganisation
- Vidensafdækning ift. tidlig opsporing og familieorienteret alkoholbehandling
- Inddragelse af forskere til kvalitetssikring af forandringsteori og mulige målepunkter
- Erfaringsindsamling fra lignende projekter
- Indledende samarbejde med Alkohol & Samfund samt Trygfonden ift. kampagneaktiviteter
- Uddannelse af projektteam i LØFT samt GUSA og Familiedialog

Fase 2 – Konceptudvikling og 1. forbedringscirkel (oktober-marts 2018)

- Første forbedringscirkel med 5 familier i familieorienteret alkoholbehandling
- Udvikling og test af koncept for familieorienteret alkoholbehandling (v.1.0)
- Udvikling og test af datasystem til dataunderstøttelse af projektet
- Udvikling og gennemførelse af kampagneaktiviteter til fremme af opsporing – herunder brug af Respektkampagnen fra Alkohol & Samfund
- Opstart af uddannelse af projektleder og projektteam i forbedringsmetoden

Fase 3 – Anden forbedringscirkel med opsporing og behandling (april-juli 2018)

- Udvikling og test af opsporingsaktiviteter hos frontpersonale i sundhedspleje (v. 1.0)
- Udvikling og test af opsporingsaktiviteter til frontpersonale på børneafdeling (v 1.0)
- Udvikling og gennemførelse af egen kampagne og kommunikationsmaterialer til fremme af opsporing (maj)
- Opskalere til 20 familier i behandling
- Justere koncept for familieorienteret alkoholbehandling (v. 2.0)

Fase 4 – Tredje forbedringscirkel med opsporing og behandling (august-december 2018)

- Gennemføre opsporingsaktiviteter hos frontpersonale i almen praksis og børneafdeling samt jordemødre
- Udvikle og gennemføre opsporingsaktiviteter i sundhedspleje (*i samarbejde med Børn- og Familiesporet*)
- Udvikle og gennemføre opsporingsaktiviteter hos frontpersonale i dagtilbud (0-6 år) (*i samarbejde med Børn- og Familiesporet*)
- Udvikle og gennemføre opsporingsaktiviteter hos frontpersonale i skole (*i samarbejde med Børn- og Familiesporet*)
- Øvrig opsporende arbejde – herunder kampagneaktiviteter/kommunikation
- Opskalere til 40 familier i behandling
- Opskalere antallet af ansatte i projektet

Fase 5 – Fjerde forbedringscirkel med opsporing og behandling (2019)

- Udvikling, test og gennemførelse af opsporingsaktiviteter i jobcentre
- Gennemføre opsporingsaktiviteter i sundhedspleje, dagtilbud (0-6 år) og skole (*i samarbejde med Børn- og Familiesporet*)
- Gennemføre opsporingsaktiviteter hos frontpersonale i almen praksis og børneafdeling samt jordemødre
- Øvrig opsporende arbejde – herunder kampagneaktiviteter/kommunikation
- Opskalere til forventet 100 familier i behandling

- Opstart af midtvejsevaluering (Q4) som skal danne grundlag for beslutninger ift. implementering og sikring af fremtidig drift af opsporende aktiviteter samt familieorienteret alkoholbehandling

Fase 6 - Implementering og evaluering (2020+Q1 2021)

- Deltagerantal på niveau med 2019 (100 familier)
- Midtvejsevaluering-rapport forelægges januar 2020
- Implementeringsplan udformes og besluttet (endeligt i okt. 2020)
- Løbende overgang til fuld drift - projektet fuldt indfaset Q1 2021, overgår til drift senest pr. 31/3- 2021.
- Udfasning af økonomisk støtte til projektet
- Slutevaluering (læringer) udformes okt-november 2020, fremlægges december 2020.
- Afrapportering til TrygFonden
- Nedlukke projektstyregruppe

Hertil kommer et forskningsspør knyttet til projektet. Er endnu ikke defineret.

14. Budget

Budgetposter(kr)	2017		2018		2019		2020		Total	
	Ansøgt beløb	Egenfinansiering B	Ansøgt beløb	Egenfinansiering B	Ansøgt beløb	Egenfinansiering B	Ansøgt beløb	Egenfinansiering B	Ansøgt beløb	Egenfinansiering B
LØN										
Projektleder)	250.000	0	300.000	0	300.000	0	300.000	0	1.150.000	0
Opsøgende team	400.000	0	400.000	200.000	600.000	200.000	400.000	400.000	1.800.000	800.000
Interventionsteam	400.000	200.000	1.000.000	400.000	1.600.000	400.000	1.200.000	800.000	4.200.000	1.800.000
Sygehus (almen praksis)	100.000	0	250.000	0	250.000	0	125.000	125.000	725.000	125.000
Supervision	50.000	0	75.000	25.000	75.000	25.000	75.000	25.000	275.000	75.000
Sekretariat / dataunderstøtning	150.000	25.000	150.000	25.000	150.000	25.000	150.000	25.000	600.000	100.000
TJENESTEYDELSER										
Konferencer	50.000	0	50.000	0	50.000	0	50.000	0	200.000	0
Sekretariatsdrift	25.000	25.000	50.000	25.000	50.000	25.000	50.000	25.000	175.000	100.000
Uddannelse / kurser	50.000	0	150.000	0	50.000	0	0	0	250.000	0
Kommunikation (materialer etc.)	50.000	0	50.000	0	50.000	0	50.000	0	200.000	0
Forskning (medfinansiering)	0	0	200.000	0	200.000	0	100.000	0	500.000	0
Revision	0	0	0	0	0	0	40.000	0	40.000	0
IT-Udstyr										
	50.000	0	50.000	0	50.000	0	0	0	150.000	0
Rejseaktiviteter										
Befordringsgodtgørelse	50.000	0	100.000	0	100.000	0	100.000	0	350.000	0
Rejseaktivitet ifm konferencer	0	0	25.000	0	50.000	0	50.000	0	125.000	0
Overhead										
Overhead	33.000	0	34.000	0	34.000	0	34.000	0	135.000	0
Samlede udgifter	1.658.000	250.000	2.884.000	675.000	3.609.000	675.000	2.724.000	1.400.000	10.875.000	3.000.000

Det samlede budget over fire år er på: Kr. 13.875.000
Tilskud søgt: Kr. 10.875.000
Egenfinansiering (personale, data, sekretariat etc.): Kr. 3.000.000

Ovenstående budget er ekskl. en betragtelig egenfinansiering i forhold til frontpersonalets tidsforbrug forbundet med undervisning og supervision. Dette er estimeret til en værdi af godt 0,881 mio.kr. i forbindelse med praksislæring og anden kompetenceudvikling af frontpersonale og ledere. Denne egenfinansiering deles mellem spor 1 og spor 2.

Der er i samarbejdsaftalen mellem Region Sjælland og Trygfonden aftalt, at der skal være fokus på den fremtidige forankring af indsatserne, så virksomme aktiviteter og resultater kan fastholdes efter 2020.

Aktiviteter og økonomi i projektet er derfor struktureret således, at de største udgifter ligger frem til 2019, hvorefter der skal ske en udfasning af den eksterne finansiering og en stigning af den kommunale medfinansiering. Dette for at sikre, at aktiviteterne vil være indlejret i de regionen samt de to kommuners drift med udgangen af 2020.

Budgetansvaret er delegeret fra Region Sjælland til Guldborgsund Kommune, som igen har indgået en aftale med Lolland Kommune ift. håndtering af økonomien mellem kommunerne.

15. Referencer

- Becker, Ulrik & Tolstrup, Janne S. (2016): *Alkohol brug, konsekvenser og behandling*, Munksgaard
- Center for Rusmiddelforskning, *Rusmidler i Danmark, Forbrug, holdninger og livsstil*, 2013
- Lindgaard, Helle, *Familier med alkoholproblemer og deres børn – en sammenfatning*, 2008
- Mandag Morgen, *Fremtidens forebyggelse ifølge danskere*, 2008
- SFI, *Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier*, 2015
- SFI, *Tegn på alkoholproblemer i børnefamilier*, København 2016
- Statens Institut for Folkesundhed, *Alkoholforbrug i Danmark*, 2008
- Socialstyrelsen og KORA, *Midtvejsevaluering af familierettede og forebyggende indsatser i "Tidlig Indsats – Livslang Effekt"*, 2016
- Sundhedsstyrelsen, *Alkohol og Helbred*, 2010
- Sundhedsstyrelsen, *Børn i familier med alkoholproblemer – gode eksempler på kommunal praksis*, 2011
- Sundhedsstyrelsen, *Forebyggelsespakke Alkohol*, 2012
- Sundhedsstyrelsen, *Den nødvendige samtale, når samtalen handler om alkohol og barnets trivsel*, 2009
- Sundhedsstyrelsen, *Guide til implementering*, 2013
- Sundhedsstyrelsen, *Inspirationshæfte, Alkoholforebyggelse i Kommunen*, 2012
- Sundhedsstyrelsen, *Metoder i familieorienteret alkoholbehandling – om at inddrage partner og børn*, 2009
- Sundhedsstyrelsen og COWI, *Afsluttende evaluering af "Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper"*, 2017
- Sundhedsstyrelsen og KORA, *Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol, nr. 3*, 2016
- Sundhedsstyrelsen og KORA, *Kommunerapport, Omkostninger til alkoholoverforbrug, nr. 3*, 2016
- Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, *Alkoholstatistik 2015, Nationale data*
- Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, *Alkoholstatistik 2015, Kommunale og regionale data*
- Sundhedsprofilen, *Den nationale sundhedsprofil*, 2013
- *Sundhedsprofilen*, Region Sjælland, 2013
- TUBA, *Hvad er TUBA's unge belastede af?* 2015

16. Anneks – Broen til Bedre Sundheds Advisory Board

- Finn Diderichsen, Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet (formand)
- Bjarne Bruun Jensen, professor, chef for Health Promotion Research, Steno Diabetes Center A/S
- Elsa Bach, forskningschef, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
- Jes Søgaard, professor, afdelingschef, Kræftens Bekæmpelse
- Jørgen Søndergaard, forskningsleder, SFI
- Niels Sandø, chefkonsulent, Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud, Sundhedsstyrelsen
- Preben Brandt, dr. med, formand Projekt Udenfor
- Siri Tellier, ekstern lektor, Skolen for Global Sundhed, Københavns Universitet
- Preben Cramon, sundhedsfaglig chef, KU-kvalitet, Region Sjælland

17. Anneks - Advisory Board til Alkohol-sporet

- Anette Søgaard Nielsen, Lektor, projektdirektør, Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Syddansk Universitet
- Ulrik Becker, professor, overlæge, dr.med., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

18. Bilagsliste

Bilag 1: Forandringsteori

Bilag 2: Evalueringsplan

Bilag 3: Risiko-log

Bilag 4: Monitoreringsplan (tidsplan)

Bilag 5: Beslutningslog

Bilag 6: Samtykkeerklæring, voksne

Bilag 7: Samtykkeerklæring, børn og unge