

Projektbeskrivelse vedrørende tidlig opsporing af- og støtte ved skadeligt forbrug af alkohol

Baggrund

Det er velkendt, at danskerne har et forholdsvis stort forbrug af alkohol. Ifølge Sundhedsstyrelsens undersøgelser drikker 860.000 danskere mere end den anbefalede genstandsgrænse, ca. 500.000 har et decideret sundhedsskadeligt forbrug og ca. 160.000 er afhængige af alkohol. Et stort alkohol forbrug går ikke kun ud over den enkelte storforbruger, det har også konsekvenser for de nærmeste omgivelser, ikke mindst børnene. Undersøgelser har vist at 122.000 børn lever i familier med misbrugsproblemer, og undersøgelser i enkelt kommuner tyder endda på, at antallet er endnu højere. Kun ca. 15-20.000 danskere er i behandling for afhængighed. Heri er dog ikke indregnet borgere, der evt. er i behandling hos praktiserende læger, jævnfør nedenfor.

Alkoholmisbrug er ofte et symptom på andre sociale eller psykiske problemer. Især hos socialt udsatte og hjemløse ved man, at misbrug ofte korrelerer med psykisk sygdom, personlighedsforstyrrelser eller andre sociale og sundhedsmæssige problemer. Og det kan nok med forsigtighed antages, at selv om man ikke er blandt dem, man normalt betragter som socialt udsatte, følges alkoholproblemer ofte af anden form for mistrivsel.

Storforbrug af alkohol er stadig et meget tabubelagt emne, af flere grunde: Et stort forbrug af alkohol har ofte udviklet sig over tid og mange mennesker vil nødtigt erkende, at de har et problematisk forbrug. Det betyder, at de fleste af de ca. 160.000 afhængige er "ukendte" i behandlingssystemet, endnu mere er de 500.000 med et sundhedsskadeligt forbrug. Det betyder ikke, at systemet ikke nødvendigvis er i kontakt med dem. Undersøgelser har vist, at omkring 94.000 af alle indlæggelser på sygehus har en relation til alkohol. En stor del af de danskere, der har et overforbrug må altså antages at være i kontakt med sundhedsvæsenet, men med en primær henvendelses- eller henvisningsårsag, der ikke handler om alkohol.

Spørgsmålet er derfor, om det er muligt via sundhedsvæsenet, at komme i kontakt med disse mennesker på et tidligere tidspunkt, at identificere deres alkoholproblem og sætte ind med én eller anden form for hjælp både til dem selv og måske deres familier, med henblik på at forebygge yderligere skader både hos den enkelte og hos familien. Dette projekt er afgrænset til primær sektor.(evt. begrundelse herfor)

I forhold til de praktiserende læger er projektet reelt en opfølgning på det fokus på alkoholproblemer, som Dansk Selskab for Almen Medicin og Sundhedsstyrelsen har indledt i 2010 med den kliniske vejledning for almen praksis: Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer, 2010. Lægeforeningen har i den sammenhæng udbudt kurser for de praktiserende læger om emnet.

I den kliniske vejledning peges der på situationer, hvor det er særligt relevant for lægen at spørge ind til alkoholvaner, herunder ved:

Samarbejdsprojekt misbrug

- Symptomer eller sygdom, hvor alkohol kan være medvirkende årsag eller kan forværre tilstanden
- Formodning om alkoholproblem
- Tegn på alkoholskade
- Ved uforklarede psykosomatiske symptomer hos børn og pårørende spørges til alkoholforbruget i familien.

Disse situationer er i overensstemmelse med formålet med dette projekt.

I situationer hvor lægen vurderer, at patienten har et alkoholforbrug der indikerer behov for hjælp, har lægen ifølge den kliniske vejledning følgende behandlingsmuligheder: Information, kort intervention i form af et begrænset antal samtaler, kognitiv terapi eller medicinsk behandling. Behandlingen kan foregå i praksis eller ved henvisning til et egentligt behandlingssted for misbrug.

Disse muligheder vurderes imidlertid at være meget snævre. Både fokuserer de ensidigt på alkoholmisbruget, og lægen har kun i begrænset omfang mulighed for at "tage patienten i hånden" når det gælder bredere hjælp og støtte til nuanceret hjælp og fastholdelse.

I sundhedsprofilen for Region Midtjylland, "Hvordan har du det" 2010 er følgende spørgsmål stillet: "Har egen læge rådet dit til at nedsætte dit alkoholforbrug inden for de seneste 12 mdr?. 97% svarer nej. Splittes svaret op på hvorvidt borgeren har et højrisikoforbrug, moderat eller lavrisikoforbrug, er der blandt dem med et højrisikoforbrug 14%, der har modtaget råd fra lægen om nedsættelse af alkoholforbruget. Det vil sige, at blandt storforbrugerne er der 76%, der ikke har talt med lægen herom.

31% af borgere med et storforbrug af alkohol ønsker at nedsætte deres forbrug.

Formål

Formålet med projektet er, at udvikle og teste et design for, hvordan praktiserende læger kan blive bedre klædt på til at screene borgere, der har et for stort alkoholforbrug og samtidig kunne stå til rådighed med et mere nuanceret tilbud om hjælp, end de får nu. Lægerne skal kunne trække på et frivilligt korps af sociale mentorer, som kan støtte borgeren.

Målet er:

- at flere borgere, der ikke er i behandling for deres storforbrug eller afhængighed af alkohol, får talt om deres alkoholforbrug med deres praktiserende læger og via lægen får hjælp til at reducere forbruget og fastholde reduktionen
- at afdække hvad et undervisningstilbud til lægerne og mentorerne skal indeholde
- at afklare om et frivilligt korps af sociale mentorer uddannet af Blå Kors opleves som en brugbar løsning af de praktiserende læger og patienterne

Samarbejdsprojekt misbrug

Målgruppe

Der inddrages både borgere, der er alkoholafhængige og borgere med stort forbrug af alkohol, som er potentielt skadeligt for eget helbred og familiens trivsel. Storforbrug af alkohol er defineret som et indtag på mere end 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd, hvilket vil sige højrisikogruppen.

Målgruppen for pilotprojektet afgrænses til, at være borgere i målgruppen i alderen 25- 45 år med børn i familien. Det vil typisk være mindre børn, der er tale om.

GRAF IND

Projektdesign

Der er 3 faser i projektet:

Fase 1 handler om at afdække de praktiserende lægers indsats i forhold til stort alkoholforbrug i dag:

- I hvor høj grad mener lægerne, at de spørger patienter til deres alkoholforbrug?
- I hvor høj grad er den kliniske vejledning implementeret i almen praksis?
- Hvad er lægernes egen vurdering af behov og kompetencer blandt lægerne?
- Oplever lægerne tilstrækkelige handlemuligheder, og kan de se værdien af at kunne henvise til frivillige sociale mentorer, der kan følge op på lægernes samtaler med patienterne?

Ovenstående afdækkes via et spørgeskema som de praktiserende lægerne besvarer på dels stormøderne i regionen i foråret 2012 (En del af projektet Kronikerkompasset) og dels pr. mail.

Derudover skal det afklares, hvad de sociale mentorer rent faktisk kan tilbyde, herunder hvilke aktører de kan inddrage eller henvise til i relation til forskellige problemstillinger.

Fase 2 handler om etablering af et forsøgsprojekt. Denne fase indebærer blandt andet:

- udvikling af en organisationsmodel for indsatsen
- udvikling af et uddannelses tilbud til henholdsvis læger/lægepraksis og frivillige mentorer
- rekruttering af mentorer
- beskrivelse af konceptet, herunder det konkrete samspil mellem læger og mentorer, og mellem mentorer og andre aktører, samt af mentorernes faktiske ydelser

Det foreslås at forsøgsprojektet indeholder samarbejde med 3-5 lægepraksis, gerne i Aarhus-området, da det antages, at der er nemmere at rekruttere frivillige i en stor by. Der kan være visse fordele i forhold til sparring internt ved at vælge flere læger fra samme praksis.

Mentorerne rekrutteres efter forudbestemte kriterier, som fastsættes i forbindelse med udvikling af virkningsteorien (se senere).

Samarbejdsprojekt misbrug

Det er relevant at være opmærksom på, hvilke udfordringer, der kan være i forhold til begrundelserne for, hvorfor lægerne ikke i særlig høj grad taler med patienterne om alkoholvaner. Er det fordi, de ikke har indblik i patienternes adfærd? Er det fordi de ikke spørger til det? Er det fordi, de ikke oplever det som passende, at spørge til det? Er det fordi de savner viden om, hvordan de kan gøre det/følge op herpå på en god måde? Er det fordi, de oplever, at patienterne ikke ønsker, at de gør det? Osv.

Selve indsatsen forventes indtil videre at bestå af følgende elementer:

Uddannelse og træning af praktiserende læger

Uddannelse og træning af praktiserende læger i, hvordan man identificerer et stort forbrug af alkohol hos patienter, samt hvordan lægen samtaler med patienterne mhp at skabe erkendelse og accept af behov for hjælp, både til sig selv og eventuelt til familien.

Endvidere informeres de praktiserende læger om mulighederne for at inddrage frivillige sociale mentorer, ligesom anvendelse og samspil med mentorerne indgår i uddannelsen.

Frivillige sociale mentorer

Etablering af et korps af frivillige sociale mentorer, som de praktiserende læger kan henvise til, som kan hjælpe de pågældende borgere til at få den rette hjælp, og som kan yde støtte til at fastholde motivationen for at nedbringe alkoholforbrug og søge den nødvendige hjælp. Hjælpen kan bestå i at formidle kontakt til forskellige aktører, der kan hjælpe borgeren, eksempelvis ambulans alkoholbehandling, sundhedsplejerske, psykolog, familieafdeling, rygeafvænning, netværks- og selvhjælpsgrupper, motionstilbud og så videre. Derudover kan hjælpen bestå i jævnlige samtaler for at fastholde motivationen for at ændre adfærd, ligesom mentor kan gå med ind i familien og afdække supplerende problemstillinger og behov, og formidle kontakt til relevante aktører.

Det kan overvejes, om mentorerne alene skal inddrages ved stort forbrug af alkohol, eller om det er hensigtsmæssigt at have en bredere indgang a la "ondt i livet".

Fase 3 handler om evaluering af indsatsen

Der evalueres i forhold til flere indsatser og på flere tidspunkter. Da ideen bag projektet er, at uddanne læger og et korps af frivillige vil det være relevant at tænke evaluering af processen omkring oplæring ind i designet. Evalueringsdesignet tilrettelægges som en *virkningsevaluering*, der skal kunne dokumentere og vurdere såvel indsats som virkningen på udvalgte indsatsområder. Dette kræver, at der udarbejdes en virkningsteori. En virkningsteori er en beskrivelse af sammenhænge mellem en organisations eller et projekts aktiviteter og den virkning, som er målet på kortere eller længere sigt. Evalueringen skal kunne være en del af den løbende erfaringsopsamling og vil således understøtte den metodeudvikling, praksislæring og dokumentation af egen praksis/selvevaluering, der finder sted inden for projektets rammer. Evalueringen skal kunne producere anbefalinger til fremtidig praksis i forhold til de udvalgte indsatsområder.

Samarbejdsprojekt misbrug

Til en virkningsteori kan der præciseres en række komponenter, som udgør en selvstændig indsats. Hver indsats rummer en række konkrete aktiviteter, som er målrettet bestemte brugere. Fx uddannelsesforløb. For hver aktivitet kan der opstilles proces- og resultatmål og tilhørende succeskriterier. Til måling af proces- og resultatmålene kan der anvendes en række varierede metoder til dataindsamling. En virkningsevaluering er på mange måder en meget struktureret tilgang til evaluering. I designet er indlagt en midtvejs samt slutevalueringen, hvor der udarbejdes en rapport til styregruppen. Udarbejdelsen af en virkningsteori vil foregå i et samarbejde mellem projektgruppen og CFK. Slutevalueringen har til formål, at vurdere hvorvidt proces- og resultatmålene er nået samt succeskriterierne. Nogle emner, som kunne indgå er:

- at afklare om et frivilligt korps af sociale mentorer uddannet af Blå Kors opleves som en brugbar løsning af de praktiserende læger, patienterne og mentorerne
- at afklare hvorvidt uddannelses tilbuddet til læger og mentorer lever op til behovet
- at flere borgere, der ikke er i behandling for deres storforbrug eller afhængighed af alkohol, får talt om deres alkoholforbrug med deres praktiserende læger og via lægen får hjælp til at reducere forbruget og fastholde reduktionen

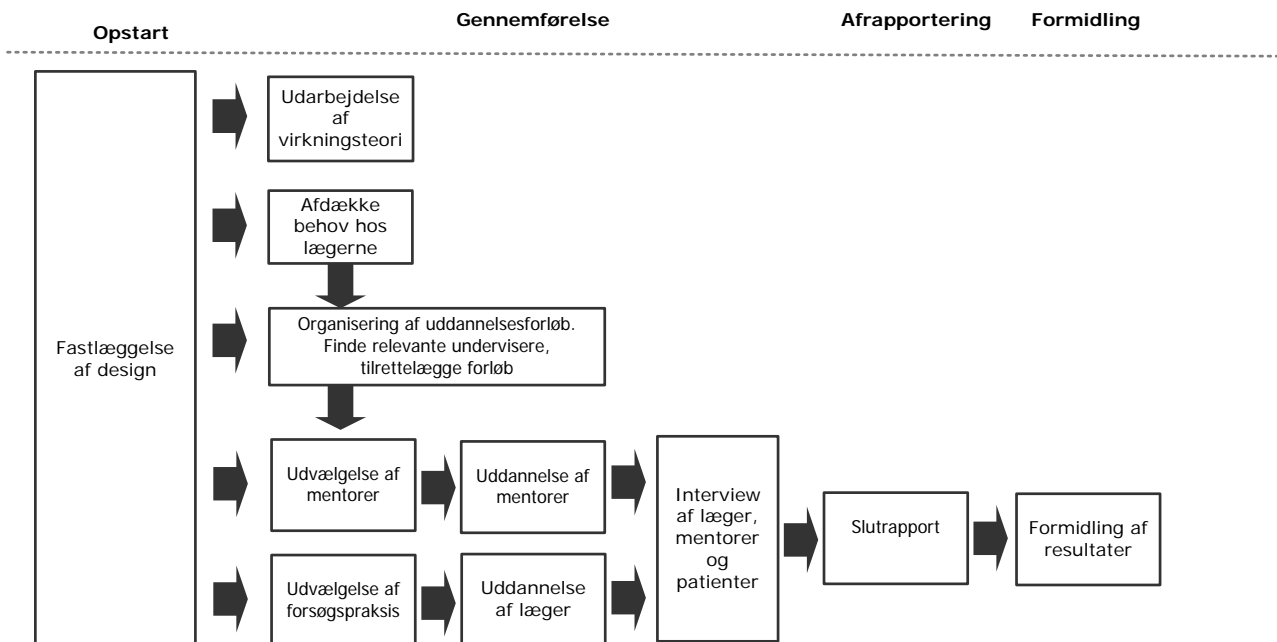
Projektorganisering

I første omgang etableres en mindre styregruppe bestående af nøglerepræsentanter for Region Midtjylland, herunder Nære Sundhedstilbud og Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK), Blå Kors Danmark og PLO/Lægeforeningen i Aarhus, der skal varetage overordnede spørgsmål om organisering, finansiering og forankring.

Endvidere etableres en projektgruppe, der foretager afklaring af spørgsmålene nævnt under fase 1, og som efterfølgende udarbejder en mere detaljeret beskrivelse af indsatsen. Projektgruppen består af repræsentanter Næresundhedstilbud og CFK fra Region Midtjylland, Blå Kors Danmark, praktiserende læger i Aarhus samt eventuelle andre aktører, der viser sig relevante.

Deltagerne i styregruppe og projektgruppe kan være overlappende.

Samarbejdsprojekt misbrug

Tidsplan (tidspunkter fastlægges)**Overordnede faser i projektet**

Midtvejsevalueringen er ikke vist i figuren, da den afhænger af designet for virkningsevalueringen.

Tidsplan

CFK, Nære Sundhedstilbud og Blå Kors opstartsmøde forår 2012.

Oplæg Sundhedsekspressen september 2012.

Opstartsmøde praktiserende læge oktober 2012

Uddannelsesaktiviteter januar- februar 2013

Implementering februar – maj 2013

Slutevaluering maj/juni 2013

Formidling juni 2013

Endelig tidsplan følger.