

# Projekt BRUS

## Behandlingstilbud til børn og unge fra familier med stof- eller alkoholproblemer

### 1 Generelle oplysninger

#### 1.1 Projektets/aktivitetens titel

*Skriv titel på projektet.*

Projekt BRUS – Børn og unge i familier med rusmiddelproblemer

#### 1.2 Kommune

*I hvilken kommune har projektet postadresse?*

Aarhus Kommune

#### 1.3 Navn og e-mail adresse på tilskudsansvarlig

*Skriv navn og e-mail adresse for den tilskudsansvarlige i projektet*

Navn: Niels Schwartz

Titel: Chef for Socialpsykiatri og Udsatte Voksne, Socialforvaltningen (Magistratsafdelingen Sociale forhold og Beskæftigelse)

E-mail: [nisc@aarhus.dk](mailto:nisc@aarhus.dk).

#### 1.4 Organisationens navn og CVR-nummer

*Her anføres den ansøgende organisations navn og CVR-nummer. (Findes evt. på [www.cvr.dk](http://www.cvr.dk)). Hvis I ikke har CVR-nummer anføres cpr-nummer på den tilskudsansvarlige.*

Aarhus Kommune

CVR: 55133018

P-nr: 1004909858

#### 1.5 Ansøger type

*Vælg fra listen*

Kommune – På vegne af kommunesamarbejde i Region Midtjylland.

## 1.6 Øvrige aktuelle tilskud til projektet

*Hvis der er søgt tilskud fra andre puljer eller tilskudsgivere til projektet, angives år, ansøgt og evt. opnået beløb samt tilskudsgiver her.*

Nej.

## 1.7 Støtte fra kommune i.h.t. §18 i lov om social service

*Angiv om organisationen, foreningen eller gruppen har modtaget støtte fra kommune i.h.t. § 18 i lov om social service? Hvis ja, angiv da årstal og beløb.*

Nej.

## 1.8 Driftsoverenskomst eller -aftale med kommune/region

*Angiv om der er indgået driftsoverenskomst eller -aftale med kommune eller region – eller anden form for støtte – f.eks. fri afbenyttelse af lokaler? Vælg ja/nej på listen.*

Ja.

Der vil være tale om kommunal medfinansiering til projektet, idet der vil kunne benyttes allerede eksisterende kommunale lokaler til behandlingstilbuddet og kommunalt kontorhold, og bidrag i form af kørsel af børn og unge, der ikke selv kan transportere sig til behandlingstilbuddet.

## 2 Projektoplysninger

Projektansøgningen er udformet af et partnerskab af 11 midtjyske kommuner, der til sammen dækker en stor del af Region Midtjylland, samt 63 pct. af befolkningsunderlaget i regionen.

De 11 kommuner er:

- Randers
- Herning
- Aarhus
- Skive
- Ikast-Brande
- Norddjurs
- Syddjurs
- Samsø
- Odder
- Skanderborg
- Hedensted

Skive Kommune har endvidere indgået aftale med Morsø Kommune, der er nabokommune beliggende i Region Nordjylland, om at Morsøs borgere gratis kan benytte ledige pladser på tilbuddene i Skive.

Projektet samarbejder med Center for Digital Pædagogik (CfDP), som har stor erfaring i at etablere digitalpædagogiske platforme for unge (se [www.cfdp.dk](http://www.cfdp.dk)). Herning, Randers og Aarhus Kommune har gode erfa-

ringer med samarbejdet med Center for Digital Pædagogik bl.a. gennem det prisvindende projekt "Virtuel Bostøtte"<sup>1</sup>. Projektet vil således have et gennemgående digitalt spor, som vil understøtte ansigt-til-ansigt-behandlingen af målgruppen.

Herudover samarbejder projektet med SIND Pårørenderådgivning, der har indgående erfaring med at tilbyde samtalegrupper til børn og unge med sindslidende forældre, samt med Alkohol og Samfund/HOPE, der især har indgående erfaring i forhold til rusmiddeloplysning samt i digital vejledning til målgruppen.

I de enkelte kommuner findes herudover forskellige lokale samarbejdsflader til frivillige foreninger, som fortsættes i projektet.

I bilag 1 findes partnerskabserklæringer fra kommunerne og projektets samarbejdspartnere.

## 2.1 Projektets formål

*Beskriv kort projektets formål. Hvilket problem skal projektet løse for målgruppen, og hvilken forandring skal det medføre for målgruppen. Se afsnit om projektets formål i vejledningen.*

Projektets overordnede formål er at oprette et nyt, vidensbaseret og gratis behandlingstilbud i kommunerne til børn og unge under 25 år, som vokser op i familier præget af stof- eller alkoholproblemer.

Vi ønsker at oprette behandlingstilbud inden for disse tre overordnede kategorier

- Samtalegrupper for børn og unge
- Individuelle samtaleforløb for børn og unge
- Familiesamtaler for den enkelte familie

Behandlingstilbuddene vil så vidt muligt blive etableret lokalt, hvor målgruppen befinder sig. Herudover ønsker vi at etablere et digitalpædagogisk spor<sup>2</sup>, som kan støtte op om ansigts-til-ansigt-behandlingen samt fungere som en oplysnings- og rekrutteringsindsats i forhold til målgruppen, samt i forhold til professionelle voksne, der er i kontakt med børnene/de unge eller familierne.

I de 11 kommuner, som står bag projekt BRUS, skønnes der på baggrund af tal fra Statens Institut for Folkesundhed<sup>3</sup> at være 27.526 børn og unge i projektets målgruppe. Der er således en stor gruppe af børn og unge, der vokser op under vanskelige betingelser, og som kan kategoriseres som sårbare unge, der potentielt kan have brug for støtte eller et behandlingstilbud.

Behandlingstilbuddet i projekt BRUS skal styrke børn og unges muligheder for at håndtere de udfordringer, som følger af en opvækst præget af stof- eller alkoholproblemer i familien, og dermed bidrage til, at de oplever en generel bedring i deres trivsel og udvikling, og på sigt kan opnå de samme muligheder for at udnytte deres potentiale, som børn der vokser op i familier uden rusmiddelproblemer.

Herudover har projektet et sekundært mål om at sikre, at flere familier får brudt de uheldsmæssige mønstre, og at flere forældre /primære omsorgspersoner motiveres til at komme ud af et overforbrug af

<sup>1</sup> [http://www.rm.dk/siteassets/om-os/aktuelt/nyheder/evaluering-af-projekt-virtuel-bostotte\\_feb-2015\\_rapport.pdf](http://www.rm.dk/siteassets/om-os/aktuelt/nyheder/evaluering-af-projekt-virtuel-bostotte_feb-2015_rapport.pdf)

<sup>2</sup> Se fx hjemmesiden [www.cyberhus.dk](http://www.cyberhus.dk)

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen 2012 - Forebyggelsespakke – Alkohol.

rusmidler. Gennem børnenes/de unges deltagelse i BRUS bliver der skabt en positiv kontakt mellem forældrene med et problematisk rusmiddelforbrug og rusmiddelcentret. Derved sænkes den tærskel, forældrene skal overtræde for selv at kunne tage imod behandling. Da indsatsen forankres i rusmiddelcentrene er tilbuddet om misbrugsbehandling umiddelbart tilgængeligt i det øjeblik, forældrene er motiverede for behandling, og kan umiddelbart igangsættes.

Herved understøtter projektet børn og unge i målgruppen ad to veje; dels ved at give et fokuseret behandlingstilbud til barnet/den unge, og dels ved at støtte op om, at der ændres på den grundlæggende årsag til familiens problem – et problematisk rusmiddelforbrug.

Det vil ikke være nogen betingelse for at optage barnet/den unge i BRUS, at forældrene er motiverede for at ændre på et problematisk forbrug af stoffer og alkohol, men vi har erfaring for, at der gennem en tillidsfuld relation og åben dialog om hjælp til barnet/den unge ofte kan skabes motivation hos forældrene til at ændre på uhensigtsmæssige mønstre.

Projektet forankres organisatorisk i de kommunale rusmiddelcentre. Herved skabes der gode rammer for at sikre en sådan helhedsorienteret indsats, og for at udnytte synergieffekten mellem både at kunne tilbyde målrettet behandling til børnene og rusmiddelbehandling til de voksne med motivation og behov for dette. Der skabes ligeledes gode muligheder for at opbygge et tæt fagligt netværk mellem de behandlere, der er involverede i behandlingstilbuddet til børn og unge, og deres øvrige kolleger i rusmiddelbehandlingen. Endvidere sikrer den kommunale forankring, at projektet kan profitere af allerede etablerede samarbejdsrelationer mellem rusmiddelbehandlingen og familiecentre, sundhedspleje, skole, dagsinstitutioner mv i den enkelte kommune. Der skabes dermed de bedste vilkår for, at den hjælp, der ydes gennem BRUS, kan koordineres med eventuel anden kommunal hjælp, der ydes til det enkelte barn/ ung eller den enkelte familie i en helhedsorienteret indsats.

Projektet vil blive understøttet af fælles kompetenceudvikling og tværgående seminarer, hvor formålet er at arbejde med det fælles faglige grundlag, erfaringsudveksling og læring på tværs af de deltagende kommuner (se afsnit 2.8 om aktiviteter og tidsplan). I samarbejdet mellem de 11 kommuner kan vi ligeledes sikre, at børn og unge i alle kommunerne kan få adgang til hele paletten af behandlingstilbud, som projektet etablerer. Dette sker ved, at kommunerne gennem gensidige aftaler sikrer, at borgere fra én kommune kan benytte tilbud i en af samarbejdskommunerne, hvis borgerens egen kommune ikke opretter det pågældende tilbud eller ikke pt har plads i det relevante tilbud. Alternativt ved, at en kommune driver et tilbud i en anden kommune, hvis dette vurderes at være den fagligt bedste løsning (se afsnit 2.10 om organisation og ledelse).

Projektet ønsker herudover at medvirke til at bryde tabu og stigmatisering i forbindelse med det at vokse op i familier med stof- og alkoholproblemer, da dette er en væsentlig faktor i relation til tidlig opsporing og behandling. Derfor vil der i relation til al projektets materiale og italesættelse af stof- og alkoholproblemer på alle niveauer blive lagt vægt på at anvende et afstigmatiserende og eksternaliserende sprog, hvor det problematiske rusmiddelforbrug omtales som noget, der ligger uden for personen, frem for at blive tilskrevet som et karaktertræk, som når man omtaler personer som fx misbrugere, narkomaner, alkoholikere etc.

## 2.2 Projektets målgruppe

*Beskriv kort og præcist den målgruppe, der er omfattet af projektet. Se afsnit om målgruppe i vejledningen.*

Med projekt BRUS ønsker vi at lave et dækkende behandlingstilbud til hele puljens målgruppe af børn og unge i alderen 0-25 år i de 11 kommuner. Kommunerne har i forvejen en tæt kontakt til børn og unge i målgruppen – særligt til børn og unge i førskole- og skolealderen, men også til de 18-25-årige igennem Ungdommens Uddannelsesvejledning og Jobcentre.

Det første kriterium for, om man tilhører projektets målgruppe, er således, om man kommer fra en familie, med et problematisk forbrug af stoffer eller alkohol. I vurderingen af om forbruget er problematisk, støtter projektet sig til den norske psykolog Frid Hansens<sup>4</sup> definition, som angiver, at der er tale om et problematisk alkoholforbrug, når:

- brugen af alkohol virker forstyrrende ind på de opgaver og funktioner, som skal varetages i familien
- de følelsesmæssige bånd mellem mennesker belastes og forstyrres.

Megen forskning vedrørende børn og unge i udsatte livssituationer peger på, at man ikke kan se på barnets adfærd, hvor belastet det er, samt på at belastningerne opleves meget forskelligt fra individ til individ<sup>5</sup> alt efter, hvor robust det enkelte barn er, og hvor mange kompenserende beskyttelsesfaktorer, der optræder i barnets liv.

Målgruppen identificeres derfor enten gennem kendskab til forældrenes problematiske rusmiddelforbrug (i rusmiddelcentre, socialpsykiatrien, jobcentre, i familieafdelingerne eller i skole/daginstitution) eller ved at børn og unge fra målgruppen eller deres forældre selv henvender sig og beder om hjælp. En anden rekrutteringskilde kan være de kommunale trivselsundersøgelser, som efter skolereformen gennemføres en gang om året i alle folkeskoler. For de kommuner, der benytter portalen [Skolesundhed.dk](https://skolesundhed.dk)<sup>6</sup>, vil der være en håndterbar mulighed for at identificere de børn, der ikke trives, og undersøge, om de befinder sig i projektets målgruppe.

Projektets digitale spor vil ligeledes blive brugt til dels at oplyse børn og unge, familierne og professionelle om projektets behandlingstilbud, og til at skabe en lettilgængelig adgang til dem.

### Inklusionskriterium

Vores målgruppekriterium for projektet er således:

- At barnet eller den unge er 24 år eller yngre og fra en familie præget af et problematisk forbrug af stoffer og/eller alkohol
- At barnet eller den unge – eller for mindre børn de primære voksne eller professionelle i barnets nærhed – oplever, at der er behov for et behandlingstilbud til barnet eller den unge

<sup>4</sup> Hansen, Frid A. (2012): Familieorienteret rusmiddelbehandling. Hvordan inkludere familien i behandlingen. Hvordan kartlegge og vurdere barnas situation og hjælpebehov. Borgestadklinikken, Blå Kors Forlag. Frid Hansen er fagchef på behandlings- og kompetencecentret, Borgestadklinikken i Skien.

<sup>5</sup> Kvello, Øyvind (2013): Børn i Risiko. Samfundslitteratur og Sundhedsstyrelsen 2009 s. 84)

<sup>6</sup> Pt benytter seks af de 11 kommuner portalen. Det gælder Randers, Aarhus, Skive, Norddjurs, Syddjurs og Hedensted. Det er de næste to år gratis for kommunerne at koble sig på portalen.

BRUS dækker hele puljens aldersspænd 0-25 år. Behandlingstilbuddene er differentierede og retter sig både mod børn/unge, hvor forældrene ikke ønsker eller ikke kan indgå i behandlingen, og mod de børn/unge, hvor en eller begge forældre deltager i behandlingen.

### **Eksklusionskriterium?**

Der vil være unge i målgruppen, som har så komplekse problemer, at de har behov for et mere omfattende behandlingstilbud (fx indenfor psykiatrien), og derfor vil være bedre hjulpet gennem andre behandlingstilbud. Herudover vil der være unge, som selv har udviklet et problematisk stof eller alkoholforbrug, og derfor har behov for egen rusmiddelbehandling evt. samtidig med, at de er i projektet.

Som udgangspunkt ønsker vi ikke at arbejde med skarpe eksklusionskriterier, men vil på baggrund af en individuel faglig vurdering med inddragelse af eventuelle relevante samarbejdspartnere omkring barnet/den unge afgøre, om en plads i BRUS vil gavne barnet/den unge og om han eller hun kan rummes inden for projektets rammer. En mulighed kan fx være at kombinere forskellige behandlingstilbud, så den unge modtager eksempelvis et psykiatrisk behandlingstilbud eller rusmiddelbehandling samtidig med, at han eller hun indgår i et samtaleforløb med en behandler fra BRUS

### **Målgruppens størrelse**

Som nedenstående oversigt i tabel 1 viser, peger tal fra Sundhedsstyrelsen på, at det i de 11 kommuner i alt vil være 27.526 børn og unge i 2016, der vokser op i familier med alkoholproblemer, og dermed potentielt falder inden for projektets målgruppe. Hertil kommer en mindre gruppe af børn og unge, der vokser op i familier med problemer med andre rusmidler<sup>7</sup>.

Ud af denne gruppe vil der være en andel af børn og unge, som klarer sig fint på trods af de risikofaktorer, de vokser op med – måske fordi de er heldige, at der er beskyttende faktorer i deres liv, som kan kompensere for virkningerne af det problematiske rusmiddelforbrug i familien. Denne gruppe vil formodentlig ikke have behov for et behandlingstilbud.

En anden gruppe vil være børn og unge, som har så alvorlige problemer, at de har behov for mere omfattende udrednings- og behandlingstilbud, end projekt BRUS kan tilbyde - eksempelvis børne- og ungdomspsykiatriske tilbud, intensiv adfærdsterapi mv. Denne gruppe forventer vi således heller ikke vil efterspørge tilbud fra BRUS, selvom det kan være relevant for enkelte børn og unge.

I den potentielle målgruppe, vil der ligeledes være familier, som til trods for, at der er et åbenlyst behandlingsbehov hos børnene og de unge, endnu ikke er parate til at tage imod et behandlingstilbud, fx fordi familien stadig søger at skjule problemerne for børnene og omverden. Denne gruppe vil formentlig være relativt stor. Et væsentligt element i projektet vil derfor være at søge at nå denne målgruppe gennem de beskrevne rekrutteringskilder, og invitere dem ind til støtte og behandling. Der forventes dog fortsat at være en del af den potentielle målgruppe, som vi ikke vil nå med projektets tilbud.

---

<sup>7</sup> I forhold til estimeringen af projektet målgruppe, børn og unge fra 0-17 og fra 18-25 år er der anvendt en beregningsmodel fra Statens Institut for Folkesundhed og Sundhedsstyrelsen, som anslår, at der i en kommune med 100.000 indbyggere forventes at være ca. 2400 børn, som lever med en forælder, hvis alkoholforbrug kan reducere omsorgsevnen (Forebyggelsespakke – alkohol, Sundhedsstyrelsen, 2012, s. 8). Der findes ikke på samme måde tal for denne del af målgruppen, så projektets beregninger på størrelsen af målgruppen stammer primært fra Sundhedsstyrelsens tal for børn og unge i familier med alkoholproblemer.

Endeligt er der i de 11 kommuner andre udbydere af støttende og behandlende tilbud til børn og unge i målgruppen, enten med samme specifikke målgruppe, eller med en overlappende målgruppe - eksempelvis SIND, der tilbyder børnegrupper til børn og unge, hvis forældre har en psykisk sygdom. En del af disse børn vokser også op i familier, hvor stoffer og alkohol spiller en negativ rolle. Det kan også være TUBA, der i nogle af kommunerne har et veletableret, men begrænset, behandlingstilbud til unge og yngre voksne i alderen 14-35 år. Vi forventer, at disse tilbud fortsat vil dække behandlingsbehovet for en del af projektets målgruppe, som dermed ikke vil efterspørge hjælp hos BRUS.

Alt i alt forventer vi på den baggrund at nå ca. 10 pct.<sup>8</sup> af den potentielle målgruppe, dvs. omkring 2.750 børn og unge i alderen 0-25 år. Da det erfaringsmæssigt tager lidt tid at få udbredt nye behandlingstilbud, forventer vi i 2016 at nå omkring 5 pct. af målgruppen, og i 2017 at nå 8 pct. af målgruppen, for så i 2018 at være oppe på det fulde mål om 10 pct. (Se tabel 1 nedenfor).

### Ventelisteproblematik

Der er pt kun i begrænset omfang børn og unge fra målgruppen, som i dag står på venteliste til behandlingstilbud i de 11 kommuner, idet projektets behandlingstilbud overvejende er nye i kommunalt regi. Vi ved dog, at der til TUBAs behandlingstilbud er børn og unge på venteliste. Disse vil kunne optages i projekt BRUS. Skulle der opstå venteliste til behandlingstilbuddene i en kommune, vil vi i partnerskabet som beskrevet hjælpe hinanden, så barnet/den unge kan tilbydes behandling i en anden kommune.

### Relevante undergrupper

Det er erfaringen, at især drenge – særligt i teenageårene – ikke benytter støttende og behandlende tilbud i samme omfang som piger. Vi vil derfor gøre en særlig indsats for at nå denne del af målgruppen ved at lave tilpasninger af behandlingstilbuddet, som kan imødekomme drengens præferencer og behov. Vi vil fx have øje for at oprette særlige **drengegrupper**, hvor det giver mening, og rette en del af oplysningen om behandlingstilbuddet specifikt til drenge.

Herudover kan det forudses, at der bliver behov for at kunne arbejde interkulturelt med **familier med anden etnisk baggrund**, hvor forståelsen af barnet eller den unges vilkår må forstås gennem familiens kultur, og hvor der eventuelt skal arbejdes med tolk, så familien kan anvende det sprog, de er mest fortrolige med.

Familiebehandlingen i Aarhus Kommune har mange års erfaring med at arbejde med familiebehandling i en interkulturel kontekst. Ekspertise fra disse tilbud vil kunne inddrages i projektet, når behovet viser sig.

## 2.3 Antal forskellige brugere

*Hvor mange brugere er omfattet af projektet? Hvilke forskellige brugere er omfattet af projektet? Antallet angives for hvert projektår og fordeles på køn. En "bruger" defineres her som en person, som projektet har til formål at hjælpe, og som deltager i projektet.*

Tabellen nedenfor angiver, hvor mange børn og unge (brugere), vi forventer, bliver omfattet af projektet. Vi har ikke grund til at antage, at der er flere drenge end piger, der vokser op i familier med et problematisk

<sup>8</sup> Chefkonsulent Kit Broholm fra Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er omkring 10 pct. af de alkoholafhængige, der er i Alkoholbehandling, og vi forventer at kunne nå minimum samme dækningsgrad i forhold til børn og unge i projektets målgruppe.

stof- eller alkoholforbrug, eller at drenge oftere end piger udvikler et behov for behandling som følge af opvækstvilkårene<sup>9</sup>. Vi har således en ambition om at nå en ligelig andel af drenge og piger i vores behandlingstilbud, og vil foretage de nødvendige tilpasninger for at imødekomme præferencer og behov hos de to køn. Vi har derfor ikke opdelt projektets brugere på køn.

**Tabel 1: Potentiel og forventet målgruppe af børn fra hjem med alkoholproblemer - opgjørt på kommuner**

		Potentielle børn og unge i målgruppen				Antal unge, vi forventer indgår i projektet			
		2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Randers	0-17 år	2.334	2.344	2.354	2.364	117	188	235	236
	18-25 år	961	965	969	973	48	77	96	97
Herning	0-17 år	2.093	2.100	2.106	2.112	105	168	210	211
	18-25 år	862	865	867	869	43	69	86	86
Aarhus	0-17 år	7.955	8.065	8.162	8.251	398	645	816	825
	18-25 år	3.275	3.320	3.360	3.397	164	266	336	339
Skive	0-17 år	1.112	1.106	1.101	1.096	56	88	110	109
	18-25 år	458	455	453	451	23	36	45	45
Ikast/Brande	0-17 år	974	974	975	976	49	78	97	97
	18-25 år	401	401	401	401	20	32	40	40
Norddjurs	0-17 år	908	907	906	906	45	73	90	90
	18-25 år	373	373	373	373	19	30	37	37
Syddjurs	0-17 år	997	996	995	995	50	80	99	99
	18-25 år	410	410	410	410	21	33	41	41
Samsø	0-17 år	88	87	87	86	4	7	8	8
	18-25 år	36	36	35	35	2	3	3	3
Odder	0-17 år	525	525	525	526	26	42	52	52
	18-25 år	216	216	216	216	11	17	21	21
Skanderborg	0-17 år	1.410	1.411	1.414	1.417	71	113	141	141
	18-25 år	580	581	582	583	29	46	58	58
Hedensted	0-17 år	1.104	1.104	1.104	1.105	55	88	110	110
	18-25 år	454	454	454	455	23	36	45	45
<b>I alt</b>	<b>0-17 år</b>	<b>19.500</b>	<b>19.619</b>	<b>19.729</b>	<b>19.834</b>	<b>975</b>	<b>1.570</b>	<b>1.968</b>	<b>1.978</b>
	<b>18-25 år</b>	<b>8.026</b>	<b>8.076</b>	<b>8.120</b>	<b>8.163</b>	<b>401</b>	<b>646</b>	<b>808</b>	<b>812</b>
	<b>0-25 år</b>	<b>27.526</b>	<b>27.695</b>	<b>27.849</b>	<b>27.997</b>	<b>1.376</b>	<b>2.216</b>	<b>2.776</b>	<b>2.790</b>

Kilde: Forebyggelsespakke - Alkohol (2012). Sundhedsstyrelsen

Tallene for de fire år er fremskrevet på baggrund af Danmarks Statistik. Der er således ikke tale om nye, unikke børn og unge, men om en fremskrivning af tallet for den potentielle og den forventede målgruppe, således, at vi i 2016 samlet forventer at have nået omkring 2.790 børn og unge i målgruppen af børn fra hjem med alkoholproblemer. Hertil kommer et mindre antal børn fra hjem med stofmisbrugsproblemer.

## 2.4 Hvordan opgøres antallet af brugere?

*Beskriv på hvilken måde antal brugere vil blive opgjørt. Beskriv systematikken i registrering af brugere.*

### Registreringer af ansigt-til-ansigt behandling

Indgangen til de behandlingstilbud der foregår ansigt-til-ansigt, er et forsamtalesforløb med enten familien og barnet eller med barnet/den unge alene (se afsnit 2.6.3).

<sup>9</sup> Bygholm Christensen, H & Bielenberg, N (2000): Behavioral and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers, European Child and Adolescent Psychiatry 9:219-236.



I forsamlingen registreres baggrundsplysninger om barnets alder, køn, forældreforhold, søskende, bolig-situation mv., samt oplysninger om det problemkompleks, der er på spil i familien herunder hvilke rusmidler anvendes problematisk, om der er psykisk eller somatisk sygdom hos forældrene, mv. Hvor barnet/den unge ønsker at indgå anonymt, vil der ikke blive registreret navn, adresse, cpr eller andre personhenførbare oplysninger, men alene baggrundsplysninger, der kan anvendes til statistisk at belyse, om projektet når sin målgruppe, og hvilke tilbud der benyttes.

Projektet ønsker at etablere et fælles registreringssystem, hvori der kan registreres grundoplysninger om alle de børn og unge, som modtager behandling gennem projekt BRUS. Herudover vil hver kommune naturligvis varetage journalføring i egne systemer. Hver kommune registrerer de børn og unge, som optages i projektet lokalt. Der vil således ske en registrering af alle brugere på individniveau, hvor man kan følge hvilke tilbud den enkelte benytter, og så den enkelte kommune kan følge, hvor mange og hvilke dele af målgruppen, man når lokalt.

Data fra alle de deltagende kommuner kan herefter aggregeres til projektniveau, så der løbende kan skabes overblik over hvor mange i målgruppen, projektet når, hvilke af behandlingstilbuddene, der benyttes, samt hvad udbyttet af behandlingen er. Hvor der ikke er tale om anonym behandling, vil CPR-nummer lokalt kunne anvendes som registreringskode. Hvert barn/ung vil blive tildelt et unikt projektnummer, som kan anvendes, når der skal trækkes data på projektniveau, så der ikke bliver tale om videregivelse af personfølsomme oplysninger fra en kommune til en anden.

I de dele af behandlingstilbuddet, hvor barnet/den unge eller familien indgår i et behandlingsforløb, vil vi arbejde med FIT – Feedback Informed Treatment<sup>10</sup>. Flere af kommunerne har gode erfaringer med at anvende denne feedbackform til at optimere behandlingen og til at involvere brugerne i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet<sup>11</sup>. Vi tænker ligeledes, at tilbagemeldingerne på de enkelte behandlingsforløb og dokumentationen for deres længde vil producere nyttig viden til den samlede evaluering af puljen.

### **Registrering i det digitalpædagogiske spor**

Registrering af aktiviteterne i det digitalpædagogiske spor vil ske ved at overvåge platformen gennem Google Analytics. Der vil blive udarbejdet halvårslige notater, der belyser trafikken på platformen og anvendelsen af chatfora, samt følger op på effekten af informationskampagner.

---

<sup>10</sup> <http://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-voksne-og-handicap/om/feedback-informed-treatment-fit> . FIT er en metode udviklet af Scott Miller og Barry Duncan, der anvende i et samarbejde mellem en borger/et barn/en familie og den fagprofessionelle til at vurdere den borgeroplevede effekt af den enkelte behandlingssession. Den feedback, som behandleren opnår gennem FIT kan dermed anvendes til at tilpasse behandlingen samt til at vurdere, hvornår det ikke længere er hensigtsmæssigt at fortsætte behandlingen.

<sup>11</sup> FIT anvendes bl.a. i Børnecentret, Ungdomscentret og Center for Misbrugsbehandling i Aarhus Kommune.

## 2.5 Mål på brugerniveau

*Konkretiser projektets formål og forventede resultater på brugerniveau. Se puljevejledning for yderligere information.*

Projektet har to overordnede mål for behandlingen:

- At hovedparten af de behandlede børn og unge opnår en bedring
  - psykisk
  - fagligt
  - socialt
  - familiemæssigt...umiddelbart efter afslutningen af behandlingen
- At hovedparten af forældrene til de behandlede børn og unge får styrket deres evner til at støtte børnenes/de unges sundhed og udvikling.

På lang sigt vurderer vi således at kunne være med til at sikre, at nedenstående langsigtede mål for målgruppen nås:

- At børn og unge i behandlingsforløb tager en ungdomsuddannelse på samme niveau som øvrige unge i kommunen
- At børn og unge i behandlingsforløb får en tilknytning til arbejdsmarkedet på samme niveau som øvrige unge i kommunen
- At børn og unge i behandlingsforløb ikke hyppigere udvikler sociale eller psykiske problemer end andre unge i kommunen
- At børn og unge i behandlingsforløb ikke hyppigere udvikler problemer med misbrug end andre unge i kommunen.

Projektet har nedenstående sekundære mål

- At forældre/primære voksne til børn og unge i behandlingstilbuddet, som har et problematisk rusmiddelforbrug, motiveres til at tage imod rusmiddelbehandling og dermed får styrket deres evner til at støtte børnenes/de unges sundhed og udvikling.

For en uddybning af målene se projektets forandringsteori, der er vedhæftet ansøgningen som bilag 2.

## 2.6 Projektets metode

*Redegør for hvordan de metoder, der forventes anvendt, er velegnede til målgruppen.*

BRUS bygger på fire grundprincipper:

1. Tidlig opsporing og tidlig indsats. Forskning i udsatte børn peger på, at en tidlig opsporing og en tidlig indsats er afgørende for at sikre barnet en god udvikling<sup>12</sup>. Derfor vil vi arbejde på at nå børn og unge i målgruppen så tidligt som muligt i barnets liv<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Kvello, Øyvind (2013): Børn i Risiko. Samfundslitteratur

<sup>13</sup> Tal fra Alkoholbehandlingen i Aarhus Kommune viser, at forældre i alkoholbehandling gennemsnitligt har haft et problematisk forbrug af alkohol i 12 år inden de søger behandling. Opgørelser på baggrund af grundregistreringer i Addiction Severity Index.

2. Inddragelse af familien og barnets/ den unges primære voksne (så vidt muligt), da forskning og vores egne erfaringer peger på, at det giver det bedste behandlingsresultat at arbejde med hele det system, som barnet eller den unge er en del af<sup>14</sup>
3. Motivering af den primære voksne i barnets eller den unges liv, der fortsat har et problematisk rusmiddelforbrug, til at tage imod behandling, så vi ikke alene arbejder med at styrke barnets mestringsevne i forhold til de vilkår, han eller hun vokser op i, men også arbejder med de grundlæggende udfordringer i familien<sup>15</sup>
4. Anskuelse af barnet/den unge som på én gang kompetent, reflekterende og robust aktør i eget og andres liv og *samtidig* som inkompetent, ubevidst og sårbar overfor andres handlinger, fortolkninger og beslutninger<sup>16</sup>. Denne forståelsesramme er i overensstemmelse med den nyere udviklingspsykologi<sup>17</sup> og danner grundlag for samtlige ydelser og aktiviteter i projektet.

Vi ønsker som beskrevet at tilbyde behandling til hele målgruppen, og tilbyder derfor en bred vifte af behandlingstilbud både ansigt-til-ansigt og web-baseret.

Behandlingstilbuddene kan inddeles i nedenstående tre typer, alt efter om de retter sig mod barnet/den unge alene eller sammen med familien/primære voksne, og om de foregår som gruppebehandling eller som individuelle forløb. De dækker således:

- Tilbud 1: Aldersopdelte samtalegrupper for børn og unge
- Tilbud 2: Individuelle samtaleforløb for børn eller unge
- Tilbud 3: Familiesamtaler med den enkelte familie

Herudover vil vi tilbyde psykoedukation og støttende aktiviteter for familier i grupper, hvor det er praktisk muligt at samle flere familier med behov for samme indsats.

---

<sup>14</sup> Sundhedsstyrelsen (2009): Metoder i familieorienteret alkoholbehandling s. 68-72, Karen Glistrup (2014): Hvad børn ikke ved, har de ondt af". Hans Reitzels forlag.

<sup>15</sup> Sundhedsstyrelsen (2015): National klinisk retningslinjer for behandling af alkoholproblemer og Sundhedsstyrelsen (2006): Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudie af familiebehandlings effekter

<sup>16</sup> Warming, Hanne 2011: Børneperspektiver - børn som ligeværdige medspillere i socialt og pædagogisk arbejde, 1. udgave, Akademisk Forlag

<sup>17</sup> Kvello, Øyvind (2013): Børn i Risiko. Samfundslitteratur

**Tabel 2: Oversigt over behandlingstilbud i projekt BRUS**

	<b>Gruppebehandling/støtte</b>	<b>Individuel behandling/enkelte familier</b>
<b>Børn og unge</b>	<p><b>Tilbud 1: Aldersopdelte samtalegrupper for børn og unge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig tilgang byggende på Mestringsfokuseret gruppeforløb samt Udviklingsstøttende samtale</li> <li>• Gruppechat i lukket forum på web med behandler</li> <li>• Oplysning og vidensformidling via web</li> </ul> <p><b>Aldersgrupper: 7-25 år</b></p> <p><b>Lokale variationsmuligheder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kønsopdelte grupper</li> <li>• Grupper for børn og unge med anden etnisk baggrund</li> <li>• Løbende optag vs. faste gruppeforløb</li> </ul>	<p><b>Tilbud 2: Individuelle samtaleforløb</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig tilgang byggende på Mestringsfokuseret gruppeforløb samt Udviklingsstøttende samtale. Ansigt til ansigt eller via videolink</li> <li>• Individuel chat med behandler</li> <li>• Oplysning og vidensformidling via web</li> </ul> <p><b>Aldersgrupper: Skolestart-25 år</b></p> <p><b>Variationsmuligheder lokalt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtaleforløb med fast antal gange vs. stillingtagen til afslutning ad hoc</li> </ul>
<b>Børn og unge sammen med familien /primære omsorgspersoner</b>	<p><b>Psykoedukation og støttende aktiviteter i familiegrupper</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere familier samles til fælles psykoedukation om rusmidlers virkning, drøftelser af andre relevante temaer samt sociale aktiviteter</li> </ul> <p><b>Aldersgrupper: 0-25 år</b></p>	<p><b>Tilbud 3: Familiesamtaler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig tilgang byggende på Mestringsfokuseret forløb og Udviklingsstøttende samtale. Ansigt til ansigt eller via videolink</li> <li>• Familieorienteret alkoholbehandling (som allerede praktiseres i rusmiddelcentrene)- Ansigt til ansigt eller via videolink</li> </ul> <p><b>Aldersgrupper: 0-25 år</b></p> <p><b>Variationsmuligheder lokalt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulighed for at arbejde med tolk/interkulturelt</li> <li>• Kan gennemføres i familiens hjem</li> </ul>

Børn og unge i målgruppen vil blive tilbudt en eller flere af disse behandlingstilbud. Det vil være muligt at benytte flere behandlingstilbud samtidigt, ligesom det vil være muligt for det enkelte barn/den enkelte unge at benytte behandlingsbuddene flere gange, hvis det er relevant.

I behandlingstilbuddene vil der blive arbejdet med egentlig behandling i forhold til det enkelte barn. En del af indsatsen vil dog have karakter af støtte til at hjælpe barnet i en positiv udvikling ved eksempelvis at tilbyde barnet viden om konsekvenser af rusmiddelbrug gennem psykoedukative aktiviteter fx i chatten på den digitale platform, og ved at møde barnet/den unge med empati og nærvær. Det er vores erfaring, at sådanne støttende tiltag i sig selv over tid også har en terapeutisk virkning<sup>18</sup>.

Inden for disse overordnede rammer vil der være mulighed for at afprøve forskellige varianter, som kan imødekomme lokale behov i forhold til målgruppen, samt forskellige samarbejdsflader og faglige traditioner. Herved udvides det samlede erfaringsgrundlag i projektet og der bidrages til puljens erfaringsbase.

### **Det faglige grundlag**

Det faglige grundlag for BRUS er primært inspireret af Ingelise Nordenhofs Mestringsfokuseret gruppeforløb for børn og unge og Karen Glistrups Udviklingsstøttende samtale (der introduceres kort til metoderne i de følgende afsnit).

Metoderne er i deres grundantagelser i overensstemmelse med projektets overordnede kognitive/systemiske og narrative tilgang, samt med anskuelsen af barnet/den unge som på én gang ressourcefuldt og skrøbeligt. Derudover har de tilfælles, at de fremhæver samtalen frem for en udspørgende facon, med barnet/den unge som afgørende for et effektivt udbytte, samt vigtigheden af så vidt muligt at inddrage barnets/den unges omsorgspersoner i barnets forløb. De har ligeledes det fællestræk, at behandlerens opgave opfattes som faciliterende frem for styrende, men de supplerer hinanden med deres forskellige fokusområder og nuancer.

Metoderne er udvalgt, fordi de spiller godt sammen med projektets setting i de kommunale rusmiddelcentre, hvor der er høj faglighed i forhold til evidensbaserede metoder i rusmiddelbehandling, herunder Familieorienteret rusmiddelbehandling, Motivational Interviewing (MI) og Kognitiv misbrugsbehandling<sup>19</sup>. Samspelet mellem børne/ungefagligheden og rusmiddelfagligheden sikrer en god sammenhæng i det tilbud, barnet/den unge og familierne vil møde, hvis de allerede er i rusmiddelbehandling eller senere tager imod et behandlingstilbud i et af rusmiddelcentrene. Herved skabes der bedst mulig synergi og kontinuitet i børnenes/ de unges forløb.

Metoderne vil i projektet blive anvendt integreret, fleksibelt og dynamisk med øje for det enkelte barns/unges alder og behov samt den konkrete samtalesetting.

### **Mestringsfokuseret gruppeforløb for børn og unge**

Metoden er i vidt omfang inspireret af Ingelise Nordenhof og Gunnar Eides refleksioner i bogen "Børne- og ungegrupper – veje til mestring i teori og praksis"<sup>20</sup> og har været anvendt i bl.a. Aarhus kommunes Familieorienteret alkoholbehandlings børnegrupper i over 10 år med gode erfaringer. Nordenhof og Eide er begge erfarne familierapeuter, gruppeledere, supervisorer og undervisere. Ingelise Nordenhof vil stå for kompetenceudvikling og supervision af behandlere i BRUS både i forhold til børnegrupper, individuelle samtaler og

<sup>18</sup> Center for socialfaglig udvikling (2007): Vi skal tale med børnene Evaluering af samarbejdsprojekt med de praktiserende læger og psykiatere i Århus Kommune omkring familiesamtaler, Kirkeby m.fl. (2011): At deltage i børnegrupper – Når far eller mor har en sindslidelse.

<sup>19</sup> Sundhedsstyrelsen (2006): Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering.

<sup>20</sup> Nordenhof, Ingelise og Gunnar Eide (2013) Børne- og ungegrupper – Veje til mestring i teori og praksis. Akademisk forlag

familiesamtalerne med udgangspunkt i en narrativ tilgang<sup>21</sup>, som kan integreres med bl.a. Haldor Øvreide's model for Udviklingsstøttende samtale, hvilket Nordenhof har bred erfaring med.

Formålene med at anvende Mestringsfokuseret gruppeforløb er både informationsgivende gennem psykoedukation, støttende gennem udvikling af mestringsstrategier og identitetsopbyggende gennem spejling og fællesskabet i gruppen. Metoden er baseret på en narrativ tilgang til gruppepraksis, hvor børn og unges fortællinger er udgangspunktet for spejling og læring indenfor temaer, der har relevans for børn af forældre med et problematisk rusmiddelforbrug.

De konkrete aktiviteter kan, så længe de er forenelige med den narrative ramme, være inspireret af Kognitiv adfærdsterapi, Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness m.m. alt efter deltagernes alder og behov.

I Mestringsfokuseret gruppeforløb skelnes ikke skarpt mellem terapi, samtaler og pædagogik; gruppelederne opfattes som professionelle samtalepartnere, der med gennemsigtighed og en medinddragende facon har til opgave at tilbyde indhold, rammer og struktur for, at børn og unge kan hjælpe hinanden til at få øje på nye håb og handlemuligheder i deres liv. Dette fx ved at fremhæve fællestrækkene i beretningerne, men også ved at påpege forskelligheder i fx tankemønstre og mestringsstrategier, som kan udfordre og inspirere børnene/de unges antagelser og samtaler.

Endvidere skal gruppelederne etablere et fælles mål for hver mødegang, som alle er enige om og har en fælles forståelse af, og som der arbejdes hen imod. Det kan være et mestringsredskab eller et egentligt produkt, som fx kan bruges til at formidle deltagernes visioner og ønsker til omsorgspersonerne i forhold til de udfordringer, gruppen samles om. Det er i denne forbindelse afgørende, at behandlerne formår at engagere børnene/de unge med fx kropslige udtryk, fantasi og indlevelse.

Yderligere fremhæves vigtigheden af, at gruppelederne etablerer et "fælles tredje", fx en film, en tegning, en historie, tavlearbejde m.m., som kan frisætte det enkelte barn/ung i forhold til at tale om temaet i en passende afstand til deres egen personlige situation.

Herudover er det gruppeledernes ansvar at sørge for, at alle børn/unge inddrages og imødekommes hvor de er og med hensyn til de behov, de hver især har, samt at støtte børnene/de unge i at sætte deres erfaringer ind i en hensigtsmæssig meningssammenhæng, der modvirker skyld og skam.

Deltagerne skal have et vist sprog og refleksionsniveau, hvorfor metoden vurderes mest velegnet fra syv år og opefter.

### **Udviklingsstøttende samtale**

Udviklingsstøttende samtale<sup>22</sup> er udviklet af bl.a. Karen Glistrup, dansk socialrådgiver og familie-, par- og psykoterapeut. Glistrup baserer sine refleksioner på egne omfattende praksiserfaringer samt på teoretiske input fra en række anerkendte fagpersoner, herunder Haldor Øvreide<sup>23</sup>, chefpsykolog i den norske børne-

<sup>21</sup> Nordenhof, Ingelise (2008): Narrative familiesamtaler: Med udsatte børn og deres familier, Akademisk Forlag

<sup>22</sup> Glistrup, Karen (2014): Hvad børn ikke ved...har de ondt af, 3. udgave, Hans Reitzels Forlag, København og Glistrup, Karen 2013: Snak om det...med alle børn, PsykINFO MIDT

<sup>23</sup> Øvreide, Haldor (2013): At tale med børn - metodiske samtaler med børn i svære livssituationer. 3. udgave. Hans Reitzel.

og ungdomspsykiatri. Metoden kan anvendes både til individuelle samtaler med barnet, børnegrupper og familiesamtaler. Dens forståelsesramme indeholder elementer fra Systemisk Familiebehandling og Narrativ terapi.

Udviklingsstøttende samtale anvendes med det formål at skabe kontakt mellem barnet/den unge og den professionelle og evt. mellem barn og forældre. Det udviklingsstøttende henviser til den professionelle rolle uanset om der tale om individuelle samtaler, børne/ungegrupper eller familiesamtaler: Frem for at styre og give anvisninger, skal den professionelle understøtte barnet/den unge og familiens egne ressourcer i forhold til at forstå familiens problemer og imødekomme barnets behov og udfordringer. I denne forbindelse inspireres projektet yderligere af Haldor Øvreides refleksioner om kommunikationsteknikker tilpasset forskellige alderstrin - herunder i forhold til de yngste børn på 1-4 år - men også generelt i forhold til konkrete anvisninger for hensigtsmæssige kommunikationsteknikker, samt begrundelse for deres betydning for et godt udbytte af barnets/ den unges forløb<sup>24</sup>.

Metoden bygger på grundantagelserne om, at 1) alle mennesker har behov for at føle sig set, forstået og anerkendt, 2) alle forældre ønsker det bedste for deres børn, og 3) alle børn er tæt forbundne med deres forældre. Hermed tillægges det relationelle aspekt stor betydning, både i forhold til den konkrete samtale-situation og i relation til barnets og familiens trivsel i det hele taget.

Herudover baseres Udviklingsstøttende samtale på de tre grundlæggende principper om nærvær, tydelighed og tillid, som både henviser til den professionelle egen adfærd og den atmosfære, der ønskes skabt i mødet med barnet/den unge og eventuelt familien.

Princippet om nærvær indebærer, at det er barnet/den unges behov, der bør være styrende i interaktionen, og den professionelle empatiske nærvær og evne til at spejle og italesætte barnets virkelighed med afsæt i den enkelte families situation, som afgør samtaleens indhold og kvalitet.

Tydelighed handler om, at den professionelle hjælper barnet/den unge med at skabe en hensigtsmæssig meningssammenhæng i fht det barnet/den unge oplever i familien, der frisætter det fra skyld, skam og ansvar i relation til familiesituationen. Dermed styrkes barnet/den unges trivsel og selvværd, og risikoen for, at barnet udvikler uhensigtsmæssige mestringsstrategier mindskes.

Tillid henviser til den professionelle opgave i at skabe et tillidsfuldt rum for både børn/unge og forældre, hvor alle føler sig anerkendt og hvor skam mindskes ved, at tabuiserede emner italesættes på en afslappet og fordomsfri måde.

### **2.6.1 Digitalpædagogisk spor**

For at understøtte tidlig opsporing, og som supplement til de fysiske behandlingssessioner, udvikler projektet et digitalpædagogisk spor. Formålet med det digitalpædagogisk spor er at sikre, at behandlingstilbuddet når ud til så mange potentielt behandlingskrævende børn og unge som muligt, samt at rådgivningsforløbene kan foregå så vidt muligt på de unges præmisser. Den digitale indsats falder i to hoveddele:

---

<sup>24</sup> Øvreide, Haldor (2013): At tale med børn - metodiske samtaler med børn i svære livssituationer. 3. udgave . Hans Reitzel.

1. En central digital indgang hos Center for Digital Pædagogiks veletablerede rådgivningsplatform, Cyberhus.dk
2. En decentral digital indsats ved de enkelte kommuner, som vil blive klædt på til at yde digital rådgivning/behandling til lokale børn og unge, som et supplement til deres ansigt-til-ansigt indsats.

Center for Digital Pædagogiks specialudviklede chatprogram kan implementeres decentralt på kommunernes egne hjemmesider og giver de enkelte kommuner en fleksibel mulighed for både digital gruppebehandling og individuelle samtaler. De lokale chats kan åbnes og bemandes efter behov af kommunernes egne medarbejdere. Denne lokalt baserede chat vil blive brugt primært til aftaler med børn og unge, der allerede er i behandling, dvs. som udgangspunkt ikke til rekruttering, men som en ekstra service til at føre digitale samtaler over geografisk afstand. Geografiske afstande kan allerede overkommes via telefon, men chatten er mere tryk for mange unge, fordi man ikke er "på" på samme intense måde i dette medie; kommunikationsformen foregår i højere grad på den unges præmisser, og en gruppechat tillader herudover et trygt fælles samtalerum uafhængigt af geografisk distance.

Enhver medarbejder kan fra gang til gang frit bestemme størrelsen på et chatrum, dvs. om chatten skal begrænses til individuelle samtaler eller en bestemt gruppestørrelse. Det digitale spor vil især kunne benyttes af de ældre børn og unge, som er fortrolige med skriftlig kommunikation.

I den centrale digitale indsats vil der blive oprettet en tilbagevendende åben gruppechat på Cyberhus.dk, som i sin åbningstid er konstant overvåget og faciliteret af en kommunal medarbejder, der kan gribe ind, hvis indholdet fjerner sig fra formålet, eller der er enkelte børn/unge, som skal opfordres til at tage kontakt til en voksen uden for nettet.

Decentralt vil man omvendt kunne tilbyde børnene/de unge at deltage i den centrale gruppechat, uden at de nødvendigvis behøver indgå i anden behandling, eller eventuelt som optakt til deres optagelse i et lokalt behandlingstilbud. Det vil være muligt at deltage i chatsamtaler både som anonym bruger og ved tilkendegivelse af sin identitet.

Kommer der i den anonyme chat oplysninger frem, som medarbejderen vurderer, kræver, at der foretages en underretning, vil medarbejderen opfordre den unge til at bryde anonymiteten og tage imod hjælp fra kommunen. Vi vil dog formentlig støde på børn/unge, som er så meget i klemme i en loyalitetskonflikt overfor forældrene, at de fortsat vælger at være anonyme og ikke ønsker at tage imod den hjælp, som en underretning kan åbne op for. I disse situationer vil det ikke være muligt at identificere de enkelte børn, og vi kan derfor blot vedholde den gode kontakt til barnet/den unge og herigennem søge at opbygge tilstrækkelig tillid til, at hjælpen vil kunne gives på en måde, der bedrer situationen for barnet/den unge.

Center for Digital pædagogik har gode erfaringer med at etablere lukkede og faciliterede chatrum på deres digitale platforme omkring den virtuelle ungdomsklub Cyberhus ([www.cyberhus.dk](http://www.cyberhus.dk)) samt på rusmiddelsitet Netstof ([www.netstof.dk](http://www.netstof.dk)). Erfaringerne er, at de unge oplever det som en tryk og naturlig måde at mødes på, og at den lidt mere anonyme form åbner op for nogle andre drøftelser end man vil opleve i et fysisk møde. Vi har en forestilling om, at denne mulighed for anonym digital kontakt især vil imødekomme drenge i målgruppen.



Det digitalpædagogiske spor vil blive tilrettelagt i tæt samspil med projektets digitale rekrutteringsstrategi, så den digitale rekruttering af børn og unge vil kunne benytte de digitalpædagogiske tilbud som mellemstation på de unges vej hen imod ansigt-til-ansigt behandling.

### Cyberhus.dk

- Den digitale ungerådgivning, Cyberhus.dk, har eksisteret siden 2004
- Cyberhus har ni forskellige brevkasser, tre chattetilbud og godt 80 frivillige socialfaglige rådgivere
- Cyberhus har årligt 1,2 mio. sidevisninger, fra mere end 400.000 danske unge
- Cirka 15.000 af disse unge har mindst én gang besøgt Cyberhus i mere end 10 minutter inden for det seneste år. Det betyder, at Cyberhus opsøges på eget initiativ af mere end 40 engagerede nye unge hver eneste dag
- I 2014 handlede cirka 40 pct. af de unges henvendelser om selvskade, selvmordstanker, seksuelle overgreb, vold, spiseforstyrrelser eller psykiske lidelser.
- Cirka 23 pct. af henvendelserne handler om emner som mobning, ensomhed, sorg og manglende selvværd.
- København Kommune har evalueret deres brug af Cyberhus, og det blev estimeret, at mellem 7.000 og 11.000 unge fra Københavns Kommune har besøgt én eller flere sider på [cyberhus.dk](http://cyberhus.dk), hvilket svarer til mellem 8 og 13 pct. af alle unge i alderen 9-23 år i kommunen
- Den primære aldersgruppe på Cyberhus.dk er i alderen fra 14 - 19 år.

En del af prototyping-fasen (se afsnit 2.8.1 om aktiviteter og tidsplan) vil bestå i at finde den bedste måde at integrere den digitale platform med ansigt-til-ansigt-behandlingen i den enkelte kommuner. Herunder at sikre, at kommunerne udnytter potentialet i de digitale rum fuldt ud, ved at kommunerne tilbydes rådgivning fra Center for Digital Pædagogik i, hvordan disse kommunikationsformer bedst udnyttes. Behandlerne i projektet vil blive tilbudt undervisning i digital kommunikation. Undervisningen vil foregå med praksisøvelser og indføring i de vigtigste digitale samtalemetodikker. Der vil være særligt fokus på personalets motivation og tryk i undervisningen.

### 2.6.2 Projektets forandringsteori

Projektets metoder er foldet ud i forandringsteorien (se bilag 2). Fælles for de tilbudte behandlingsmetoder er, at de virker ved:

- at barnet/den unge **trænes** i at tænke og agere på måder, der styrker barnets mestringsevner og handlekompetencer
- at barnet/den unge **styrkes i at se sig selv som kompetent**, robust og ligeværdigt individ med vigtige kompetencer, og som en person, der har krav på at blive behandlet med respekt og omsorg
- at barnet/den unge gennem psykoedukation **tilføres viden** om rusmidler og deres virkninger på den, der indtager dem, og på familiodynamikker, så barnet frigøres fra oplevelse af skyld og skam og af at have et medansvar for at stoppe den voksnes problematiske forbrug<sup>25</sup>

<sup>25</sup> Karen Glistrup (2014): Hvad børn ikke ved, har de ondt af". Hans Reitzels forlag. Sundhedsstyrelsen (2009): Metoder i familieorienteret alkoholbehandling, Karen Glistrup (2014): Hvad børn ikke ved, har de ondt af". Hans Reitzels forlag.

- at barnets /den unges familie så vidt muligt inddrages i dele af behandlingsforløbet og **trænes** i at skabe positive forandringer i barnets/den unges opvækstvilkår – både i forhold til at styrke forældre kompetence og forandring af rusmiddelproblematikken.
- at de primære voksne – helst den voksne, der har et problematisk rusmiddelforbrug – så vidt muligt – giver sin accept og billigelse til at barnet deltager i et behandlingstilbud, og dermed indgår en **psykologisk kontrakt** med barnet/den unge hvori det anerkendes, at 1) rusmiddelproblemet eksisterer, 2) rusmiddelproblemet påvirker barnet/den unge negativt, og 3) det er nødvendigt at ændre på forhold i barnets/den unges liv. I de situationer, hvor det ikke er muligt at inddrage primære omsorgspersoner i barnets/den unges behandling, arbejdes naturligvis med barnet/den unge ud fra disse præmisser. Det er dog vores erfaring, at effekten af støtten/behandlingen er væsentlig mere virksom, hvis den psykologiske kontrakt med den voksne kan indgås, så den unge ikke fanges i en loyalitetsklemme<sup>26</sup>.

### 2.6.3 Forsamtalen

Indgangen til behandlingstilbuddet er et rådgivende forsamtaleforløb på op til tre samtaler med enten barnet/den unge alene eller med familien. Forsamtalerne gennemføres af erfarne behandlere. I forsamtalen vil barnets/den unges baggrund blive afdækket, og man vil tale om, hvad der bedst hjælper den enkelte. Det vil således altid være op til en individuel faglig vurdering, hvad der er bedst for det enkelte barn/den enkelte unge.

I forsamtalen arbejdes på at skabe en tillidsfuld relation, hvor barnet/den unge får en oplevelse af, at det er trygt at tage imod et behandlingstilbud. Samtidig afdækkes barnets/den unges problemer og ressourcer, og der laves en plan for det videre forløb. Det tilstræbes, at forsamtalen tilbydes hurtigst muligt og senest 14 dage efter, at barnet/den unge/familien har henvendt sig, så barnet/den unge mødes mens han eller hun er motiveret for at tage fat på det, som er svært.

#### Samtykke

Hvis barnet/den unge ønsker optagelse i BRUS, vil det også være i forsamtaleforløbet, at der vil blive indhentet samtykke til, at barnet eller den unge indgår i forløbet. Hvis der er tale om rådgivning og støtte vil indsatsen umiddelbart kunne sættes i gang efter servicelovens § 11 – også uden forældresamtykke. Er der tale om et egentligt behandlingsforløb, som hører under servicelovens foranstaltningsparagraf (§ 52), skal der indhentes forældresamtykke. Herudover skal der inden igangsættelse udarbejdes en børnefaglig undersøgelse (servicelovens § 50), hvori en af forsamtalerne vil fungere som børnesamtale (servicelovens § 48). Hvis det er relevant, vil barnet/den unge rent praktisk kunne tilbydes rådgivning og støtte efter servicelovens § 11 umiddelbart efter forsamtalen, mens den børnefaglige undersøgelse gøres færdig.

Selv om vi ikke er forpligtede til at indhente forældresamtykke så længe, der er tale om støtte og rådgivning efter servicelovens § 11, har afgivelse af forældresamtykket i sig selv en terapeutisk funktion, idet den primære voksne med sit samtykke samtidig underskriver den psykologiske kontrakt med barnet/den unge. Vi vil derfor altid, i et samarbejde med barnet/den unge, søge at inddrage primære voksne – herunder den voksne med et problematisk rusmiddelforbrug, og at få dennes opbakning til forløbet – også for unge over 18 år, hvor forældresamtykke ikke er en juridisk forudsætning. Hvis barnet/den unge ikke ønsker, at primære

<sup>26</sup> Øvreide, Haldor (2013): At tale med børn - metodiske samtaler med børn i svære livssituationer. 3. udgave . Hans Reitzel.

re voksne inddrages i behandlingen, eller de primære voksne ikke kan/vil give sit samtykke, fortsætter forløbet blot med den unge alene, så længe hjælpen kan ydes efter servicelovens § 11.

Der kan også opstå den situation, at forældre til en ung synes, at det vil være godt for den unge at deltage i BRUS, uden at den unge selv ønsker det. I så fald skal unge i alderen 15-18 år selv afgive samtykke, hvis behandlingen falder ind under sundhedsloven, mens det ikke gælder for yngre børn og unge. Vi vil dog altid sikre os, at barnet/den unge selv aktivt ønsker at indgå i tilbuddet, idet vi ikke anser det for muligt at opnå formålet, hvis barnet/den unge tvinges ind i BRUS.

For unge voksne i alderen 18-25 år ydes tilbuddet under servicelovens § 10, så længe, der er tale om rådgivning og støtte. Denne del af målgruppen afgiver selv samtykke til at indgå i BRUS. Herudover søges der om dispensation ifølge servicelovens § 184 til at iværksætte et behandlingstilbud til de 18-15-årige.

### **Skærpet underretningspligt**

I forsamtalen vil familien/barnet under 18 år også blive orienteret om, at de medarbejdere, de møder i behandlingen, har skærpet underretningspligt, og således kan være forpligtede til at videregive viden fra behandlingen til familie- og børneafsnittende i kommunernes forvaltninger. Samt at det kan være nødvendigt at iværksætte en børnefaglig undersøgelse efter servicelovens § 50, hvis forløbet viser, at der er behov for mere intensiv hjælp fra forvaltningen, end hvad der kan rummes inden for forebyggelsesparagraffen i servicelovens § 11<sup>27</sup>. Hvis der i forløbet bliver behov for at foretage en underretning, vil dette altid ske i dialog med familien og den unge.

### **Evaluering**

I forsamtalen vil deltagerne ligeledes blive gjort opmærksom på, at der er knyttet en landsdækkende evaluering til behandlingstilbuddet, og at de derfor kan forvente at blive inviteret til at deltage i forskellige spørgeskemaundersøgelser.

## **2.6.4 Tilbuddene i BRUS**

### **Tilbud 1: Aldersopdelte samtalegrupper for børn og unge**

I BRUS etableres samtalegrupper for børn i målgruppen 7-25 år. Flere af kommunerne har i forvejen gode erfaringer med at arbejde med samtalegrupper for børn – det gælder både i forhold til børn i målgruppen, men også i forhold til børn fra familier med psykisk sygdom eller familier, hvor en af de primære voksne rammes af anden alvorlig sygdom.

Disse praktiske erfaringer og forskningen<sup>28</sup> peger på, at det har en terapeutisk virkning for børnene at dele deres erfaringer med andre i samme situation, og at få spejlet disse i andres oplevelser, følelser og tanker.

---

<sup>27</sup> Med Forebyggelsespakken Tidlig Indsats – Livslang Effekt har Folketinget 1. oktober 2014 vedtaget en lovændring af servicelovens § 11, der blandt andet giver udvidet mulighed for at tilbyde forebyggende indsatser i form af deltagelse i netværks- og samtalegrupper med jævnaldrende med lignende problemer.

<sup>28</sup> Nordenhof, Ingelise og Gunnar Eide (2013) Børne- og ungegrupper – Veje til mestring i teori og praksis s. 86-90. Akademisk forlag

### **Gruppernes sammensætning og struktur**

Børnegrupperne etableres med 4-10 børn, som mødes ugentligt eller hver 14. dag i 2-3 timer og har en fokuseret og tematiseret samtale om et emne. Hver børnegruppe ledes af to gruppeledere, så det er muligt at dele gruppen op, hvis det er hensigtsmæssigt, eller at tage sig af et enkelt barn/en ung, hvis behovet opstår.

Det er vigtigt, at grupperne ikke bliver for små, idet de så hurtigt bliver sårbare overfor afbud. Omvendt skal de heller ikke være større end, at alle børn kan nå at komme til orde og føle sig set og mødt i den enkelte samtale. Det er ligeledes vigtigt, at grupperne sammensættes af børn/unge, der matcher hinanden mod-  
enheds-mæssigt, så de emner, der tages op, er relevante for alle i gruppen og kan behandles på en vedkommende måde.

I forhold til samtalegrupperne arbejder vi med et eksklusionskriterium i forhold til unge, som selv har udviklet et problematisk rusmiddelforbrug: Unge med eget problematisk rusmiddelforbrug tilbydes kombineret rusmiddelbehandling, samt individuelle samtaleforløb og/eller familiesamtaler i BRUS.

### **Lokale variationer**

I projektet vil der blive arbejdet med at afprøve forskellige måder at strukturere samtalegrupperne på. Der vil blive arbejdet med faste gruppeforløb, hvor barnet/den unge tilbydes gruppeforløb på 8-12 gange, hvor der på forhånd er struktureret en samtalerække ud fra en række temaer. Der vil også blive etableret åbne grupper, hvor barnet/den unge står på en gruppe, der allerede er i gang.

Der er fordele og ulemper ved begge måder at strukturere grupperne på. I de lukkede forløb vil der ofte opstå ventelister for børnene, idet man først skal samle tilstrækkeligt med børn til, at der kan startes en ny gruppe. Til gengæld vil den lukkede gruppe give nogle børn/unge en mere tryk base end den åbne, der kræver, at man kontinuerligt tager imod og tilpasser sig nye deltagere i gruppen.

I de åbne grupper kan børnene optages i en gruppe umiddelbart efter, at de har været til forsamtale og behøver således ikke stå på venteliste, og barnet kan deltage i gruppen, så længe der er et behandlingsmæssigt sigte for det enkelte barn. Til gengæld vil nogle børn finde det utrygt at komme ind i en gruppe med børn/unge, der allerede kender hinanden, eller at skulle modtage nye børn i en gruppe de er i, ligesom det ikke er muligt helt at planlægge rækkefølgen af de temaer, det enkelte barn præsenteres for.

Mulighederne og behovet i relation til at etablere samtalegrupper for særlige målgrupper vil også blive afsøgt, fx i forhold til rene drengegrupper. Generelt vil det enkelte barns udbytte af gruppeforløbet løbende vurderes bl.a. på baggrund af tilbagemeldingerne gennem FIT<sup>29</sup>.

Det er erfaringen fra nogle af kommunerne, at det kan være en udfordring for børn og unge fra landområder at transportere sig til og fra samtalegruppen. I de kommuner, hvor det vil være relevant at tilbyde kørsel, vil vi afsøge forskellige lokale muligheder for at støtte barnet fx i form af at inddrage øvrige i barnets netværk, etablere samkørsel med andre børn, involvere frivillige mv.

---

<sup>29</sup> Feedback Informed Treatment.

## **Tilbud 2: Individuelle samtaleforløb for børn og unge**

Sideløbende med samtalegrupperne tilbyder BRUS individuelle samtaler til børn og unge i målgruppen. Vi vurderer, at børnene som hovedregel skal være i skolealderen eller ældre for at kunne deltage i en individuel samtale, men igen vil det være op til et fagligt skøn at vurdere, om barnet er modent nok til sådanne samtaler.

### **Samtaletilbuddets struktur**

Samtalerne kan enten tilbydes som planlagte samtaleforløb af en vis længde, eller de kan tilbydes som enkeltstående samtaler – fx parallelt med, at barnet deltager i en samtalegruppe. Den enkelte behandler vil vurdere, hvad der er mest hensigtsmæssigt for det enkelte barn bl.a. på baggrund af tilbagemeldingerne gennem FIT<sup>30</sup>.

De individuelle samtaler vil ligeledes kunne suppleres med chat med behandler en til en eller i en faciliteret gruppechat, hvor barnet/den unge har mulighed for at følge op på ting fra samtalerne eller temaer, der rører sig mellem de planlagte samtaler.

### **Lokale variationer**

Hvor det er relevant vil der kunne arbejdes interkulturelt og med tolk.

Der vil formentlig også være behov for at tilbyde enkelte børn kørsel til individuelle samtaler ud fra samme principper som beskrevet under samtalegrupperne.

## **Tilbud 3: Familiesamtaler**

Ud over at tilbyde behandling til børn og unge ønsker vi også at tilbyde familiesamtaler, hvor barnet /den unge indgår i behandling sammen med sin familie/primære voksne. I samtalerne deltager den ene eller alle primære voksne og et eller flere børn/unge (søskende).

Familiesamtaler kan være et relevant tilbud i forhold til børn og unge i hele målgruppen, idet indholdet tilpasses barnets/ den unges alder, og ofte vil være et relevant supplement til de to øvrige behandlingsformer. For den yngste målgruppe 0-6 år vil familiesamtalerne være den primære behandlingsindsats.

Ud over at familiesamtaler har en gunstig virkning for barnet/den unge, arbejdes der i familiesamtaler specifikt med at styrke familierelationerne, samt med at styrke forældrenes evne til at understøtte barnets/ den unges trivsel.

Familieterapeut Karen Glistrup og illustrator Pia Olsen har udarbejdet en samtalebog til de mindste børn i 0-3 års alderen og en samtalebog til de lidt større børn og forældre<sup>31</sup>, som evt. kan anvendes i familiesamtalerne.

I det omfang, at en eller flere af de voksne i familien har et aktivt problematisk forbrug af rusmidler, vil familiesamtalerne kunne suppleres af Familieorienteret rusmiddelbehandling, hvori metoderne MI og kog-

---

<sup>30</sup> Feedback Informed Treatment.

<sup>31</sup> Glistrup, Karen (2014): *Inden i mig og i de andre* og Glistrup, Karen (2013): *Snak om det - med alle børn - en bog om angst, depression, stress og traumer*.

nitiv misbrugsbehandling anvendes<sup>32</sup>. Familieorienteret alkoholbehandling er i flere af kommunerne en del af almindelig drift og vil således indgå som en positiv synergieffekt med BRUS indsatserne.

### **Familiesamtalernes struktur**

Samtalerne kan gennemføres i et planlagt forløb på et vist antal samtaler, eller behandler og familie kan fra gang til gang vurdere, om der er behov for at mødes igen.

Samtalerne kan gennemføres i rusmiddelbehandlingen, eller på et neutralt sted fx i kommunens familiehus, i børnenes daginstitutioner, klub eller skole. Det vigtigste er, at det sker i et lokale med god plads og et sted, hvor familien føler sig tryk, og hvor behandleren kan sætte rammen og tage værtskabet, så familien kan koncentrere sig fuldt og helt om samtalen.

For at børnene kan være aktive i samtalen, kræver det, at de har tilstrækkeligt stærke sproglige kompetencer – typisk fra 4-5-årsalderen<sup>33</sup>. Det er dog vores erfaring, at selv helt små børn har gavn af at være med til familiesamtalerne, også selv om de ikke kan deltage aktivt. De synes at profitere af den nærværende, anerkendende og omsorgsfulde atmosfære, der skabes med familiesamtalen<sup>34</sup>.

### **Lokale variationer**

I projektet ønsker vi også at afprøve mulighederne for at gennemføre familiesamtaler over videolink, hvor en eller flere af samtalerne mellem familien og terapeut gennemføres ved hjælp af en videoforbindelse. Dette kan være relevant fx i forhold til familier på Samsø.

I Skive Kommune gennemføres familiesamtalerne i familier med små børn (0-5 år) samarbejde mellem Rusmiddelcentret og Sundhedsplejen

Det vil ligeledes i nogle kommuner være relevant at arbejde interkulturelt undersøgende, og at anvende tolk i samtalerne.

## **2.7 Dokumentation for opnåelse af målene/resultaterne**

*Beskriv kort og præcist, hvordan projektet vil dokumentere, hvilke resultater I opnår.*

Dokumentationen af projektet resultater vil ske gennem projektets fælles registreringsplatform. Se punkt 2.4. Her vil det bl.a. løbende være muligt at følge:

- Hvilke børn og ungeprofiler (herunder køn og etnicitet) der har været inviteret til forsamtale, og hvad der var udfaldet af forsamtalen
- Hvilke børn og ungeprofiler der er eller har været indskrevet i hvilket behandlingstilbud i hvilken kommune
- Hvor længe barnet eller den unge har været indskrevet
- Hvilket udbytte barnet/den unge oplever af behandlingen målt ved FIT

<sup>32</sup> Kognitiv adfærdsterapeutisk familieorienteret alkoholbehandling nævnes som førstevalget i de nationale kliniske retningslinjer for alkoholbehandling til personer med alkoholafhængighed med en familie. Sundhedsstyrelsen (2015)

<sup>33</sup> Sundhedsstyrelsen (2009): Metoder i Familieorienteret alkoholbehandling – om at inddrage partner og børn, s. 93

<sup>34</sup> Glistrup, Karen (2014): Hvad børn ikke ved, har de ondt af – Bryd tavsheden. Hans Reitzels Forlag, s. 99-100.

- Udviklingen i barnets belastningssymptomer målt ved SDQ<sup>35</sup>
- Hvordan barnet oplevede sin livskvalitet/trivsel ved forsamlingen, og ved udskrivningen af behandlingen – Målt ved WHO 5-trivselsmåling eller Kidscreen.

Aktiviteterne på den digitale platform vil blive overvåget gennem Google Analytics og opgjort i halvårslige statusnotater.

Herudover forventer vi, at den eksterne evaluator vil introducere fælles måleredskaber, der kan følge de overordnede målsætninger for puljen.

## 2.8 Aktiviteter og tidsplan

*Beskriv centrale aktiviteter som gennemføres. Beskriv sammenhæng mellem aktiviteter og opnåelse af mål/resultater.*

Alle projektets aktiviteter er samlet i projektets tids- og aktivitetsplan, som er vedhæftet som bilag 3. Planen vil blive revideret og udbygget efterhånden som projektet tager form.

### 2.8.1 Arbejde med prototyping

Idet der for en stor del er tale om nye indsatser i de 11 kommuner, og vi tilsammen dækker en mængde forskellige organiseringer og geografiske vilkår, planlægger vi at arbejde ud fra en prototype-tilgang kendt fra designprocesser<sup>36</sup>, hvor det første år anvendes til at udvikle og afprøve de bedste måder at tilbyde projektets forskellige behandlingsformer på – herunder i det digitalpædagogiske spor.

Herefter vil vi udvælge de former, der synes at have de bedste resultater og bygge videre på dem i resten af projektperioden.

I arbejdet med prototyperne vil vi tilrettelægge en inddragende proces, hvor såvel familier i målgruppen, ungepanelet, referencegruppen og fagprofessionelle vil blive involveret gennem en række udviklingsseminarer.

Processen indledes med et kick-off-seminar, hvor der inviteres bredt og informeres om projektet om formiddagen, og hvor styregruppen, de involverede behandlere, tovholdere, referencegruppe og ungepanel (se afsnit 2.10 om organisering) om eftermiddagen arbejder mere ned i detaljen med projektets forandringssteori, organisering og de første udkast til implementeringsplan.

### Sikker implementering af FIT

Da det pt kun er omkring halvdelen af kommunerne, der anvender FIT i deres praksis, vil vi i løbet af det første halve år afholde en række implementeringsseminarer, hvor vi ved hjælp af interne certificerede instruktører gør alle fortrolige med at anvende værktøjet. Det vil herefter være projektleder, dokumentati-

<sup>35</sup> Strengths and Difficulties Questionnaire. Se Validerede instrumenter til evalueringer på det sociale område file:///C:/Users/Azsc04h/Downloads/ValideredeInstrumenterEvaluering.pdf

<sup>36</sup> Teknologisk institut [file:///C:/Users/Azsc04h/Downloads/Prototyping%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Azsc04h/Downloads/Prototyping%20(1).pdf), Dansk Designcenter <http://ddc.dk/publikationer/din-model/>

onsmedarbejderen og tovholderne, der i fællesskab skal sikre, at FIT anvendes i de enkelte kommuner på en ensartet måde.

### 2.8.2 Rekruttering af målgruppen

Rekruttering af børn og unge til behandlingstilbuddene vil primært være en lokal opgave for den enkelte kommune. Det kan dels ske gennem kommunens brede kontaktflade til andre professionelle i børnenes liv og gennem lokale trivselsundersøgelser på folkeskoleområdet – som fx gennem portalen Skolesundhed.dk, samt gennem mødet med forældrene i rusmiddelcentre, jobcentre, socialpsykiatrien mv. Centrale samarbejdspartnere vil desuden være:

- Sundhedsplejen
- Praktiserende læger
- PPR
- Daginstitutioner
- Skoler
- Klubber
- Ungdomsuddannelser
- UU
- Jobcentre

Herudover vil en væsentlig del af rekrutteringen af målgruppen ske gennem de digitale platforme og via sociale medier, hvor man når direkte ud til målgruppen, der hvor de i forvejen befinder sig og har deres daglige digitale gang. Den digitale rekrutteringsstrategi forventes at understøtte tidlig opsporing, da strategien knytter an til den anonyme digitale rådgivningstilbud, som typisk opleves mindre stigmatiserende at opsøge for de unge.

Den tværkommunale, brede formidlingsindsats knyttes op på en specialudviklet kampagneside på den digitale ungdomsplatform Cyberhus.dk, hvor der laves tydelige henvisninger ud til projektets lokale kommunale tilbud. Siden vil være tilgængelig gennem hele projektperioden, mens selve annonceringskampagnerne vil foregå ved halvårlige kampagnefremstød. Formidlingsindsatsen vil henvise til både de deltagende kommuners specifikke indsats, hvilket stiller krav til den enkelte kommunes egen formidlingsindsats, og til de tværkommunale kampagneaktiviteter samt den centrale gruppechat på Cyberhus.dk.

Styrken i den digitale rekruttering ligger i kampagnens mulighed for at nå direkte ud til børnene/de unge via kanaler, som de bruger til daglig. Center for Digital Pædagogik har erfaring med at benytte Facebooks annonceringsværktøjer til rådgivningskampagner, og her er mulighed for aldersmæssig- og geografisk segmentering, så kampagnen kan foregå lige dér, hvor de relevante tilbud eksisterer. Alt sammen styres fra centralt hold af Center for Digital Pædagogik, hvorved der ikke anvendes behandlertimer til denne opgave.

Følgende kampagneaktiviteter indtænkes i rekrutteringsstrategien:

- Facebook-annoncering. Geografisk og alderssegmenteret annoncering på facebook målrettet unge og forældre fra de deltagende kommuner. Denne kampagne knyttes til en kampagneside.
- Kampagneside på Cyberhus, som henviser til de specifikke kommuners indsats, samt formidler om øvrige digitale tilbud inden for alkoholbehandling, bl.a. Netstof, TUBA og Hope.



- Artikler og blogindlæg på Cyberhus.dk om stof- og alkoholrelaterede problematikker og betydningen af at vokse op i familier med et problematisk forbrug. Disse vil lede videre til projektets kampagneside.
- Gruppechats på Cyberhus i kampagneperioden med projektrelaterede temaer, superviseret af Center for Digital Pædagogiks pædagogiske personale med gæsterådgivning ved konsulenter fra projektets deltagende kommuner og samarbejdspartnere, f.eks. frivillige organisationer indenfor området.
- Ung-til-ung-debatter i kampagneperioden, som igangsættes og modereres af Center for Digital Pædagogiks pædagogiske personale.
- Formidling til fagpersoner om projektets tilbud via Center for Digital Pædagogiks blogs og nyhedsbreve. Kampagnens budskaber, artikler og øvrigt indhold vil blive produceret i samarbejde mellem Center for Digital Pædagogiks og konsulenter fra kommunerne involveret i projektet.

### 2.8.3 Supervision og kompetenceudvikling

Med henblik på at sikre en fælles tilgang til behandlingen og at opbygge et stærkt fagligt netværk af behandlere, vil der i projektets første halvår blive gennemført et fælles kompetenceudviklingsforløb for behandlerne i de 11 kommuner. Der planlægges gennemført fem hele kursusdage for gruppen af behandlere hos familierapeut Ingelise Nordenhof (<http://www.nordenhof.com/index.html>)

I de kommende år vil der ligeledes blive arrangeret netværks- og erfaringsudvekslingsseminarer for de involverede behandlere, ligesom det kan være nødvendigt at uddanne flere behandlere, hvis der sker udskiftning i behandlerkredsen. I budgettet er der derfor også lagt endnu et kompetenceudviklingsforløb ind i 2018.

Behandlerne i de 11 kommuner tilbydes herudover supervision en dag i kvartalet. Supervisionen tilbydes i grupper på tværs af de enkelte behandlingsformer i de kommuneklynger, som etableres. I supervisionen vil der også være plads til at indlægge kortere faglige oplæg, der opdaterer omkring de nyeste metoder og tilgange (Se afsnit 2.10 om organisering).

## 2.9 Dokumentation af aktiviteter

*Beskriv kort og præcist hvordan projektet vil dokumentere de gennemførte aktiviteter*

Der vil blive udarbejdet en samlet implementeringsplan for projektet i de første måneder. Herudover vil der blive arbejdet med lokale implementeringsplaner, som projektlederen vil følge op på i de løbende møder med arbejdsgruppen (Se afsnit 2.10 om organisering). I den løbende revision af planerne vil de planlagte aktiviteter blive afrapporteret, justeret og evalueret.

Det er vores erfaring, at det er hensigtsmæssigt at give implementeringen af nye tiltag særlig opmærksomhed for at opnå de resultater og langsigtede virkninger, vi ønsker for målgruppen. Vi vil derfor give særlig opmærksomhed til centrale implementeringsfaktorer, såsom at sikre ledelsesmæssig opbakning på alle niveauer, organisatorisk kapacitet, opbygning af relevante samarbejdsstrukturer, relevant træning, støtte og supervision af behandlere, tydelige beskrivelser af faglige modeller og funktionsbeskrivelser for den enkelte mv.

Med henblik på at sikre en hensigtsmæssig implementering vil vi derfor i projektet have stor fokus på opbygning af de involverede kommuners organisatoriske kapacitet, samt på ansættelse af kompetente behandlere.

Konkrete implementeringsunderstøttende aktiviteter kunne være:

- **Implementeringsanalyse.** Vi tager afsæt i 'Hexagon-modellen' udviklet af Karen Blase m.fl., 2013<sup>37</sup>, og er således opmærksomme på potentielt differentierede behov for implementeringsstøtte i de enkelte kommuner.
- **Udvikling af tjeklister over forhold, der skal tackles lokalt i implementeringsprocessen.** Denne kan enten udvikles lokalt i projektet, eller i samarbejde med Socialstyrelsen, så den også kommer udbydere af behandling i andre regioner til gavn
- Med afsæt i analysen udarbejdes en **implementeringsstrategi** med forventet fokus på følgende centrale drivkræfter<sup>38</sup>:
  - Ledelsesroller og – opgaver
  - Organisering og snitflader, herunder samarbejde med særligt familieafsnittene i socialforvaltningen samt øvrige kommunale samarbejdspartnere
  - Kompetencer, herunder kompetencer i forhold til både viden om rusmidler og deres virkninger og støttende og terapeutiske indsatser over for børn og unge i målgruppen.

## 2.10 Organisation og ledelse

*Beskriv kort projektets organisationsstruktur og opgavefordeling. F.eks. antal ansatte, overordnet lederansvar, evt. samarbejdspartnere og deres bidrag mv.*

Omkring projektet etableres en projektorganisering med en overordnet styregruppe, en daglig projektle- delse og lokale organiseringer omkring de enkelte behandlingstilbud i de involverede kommuner.

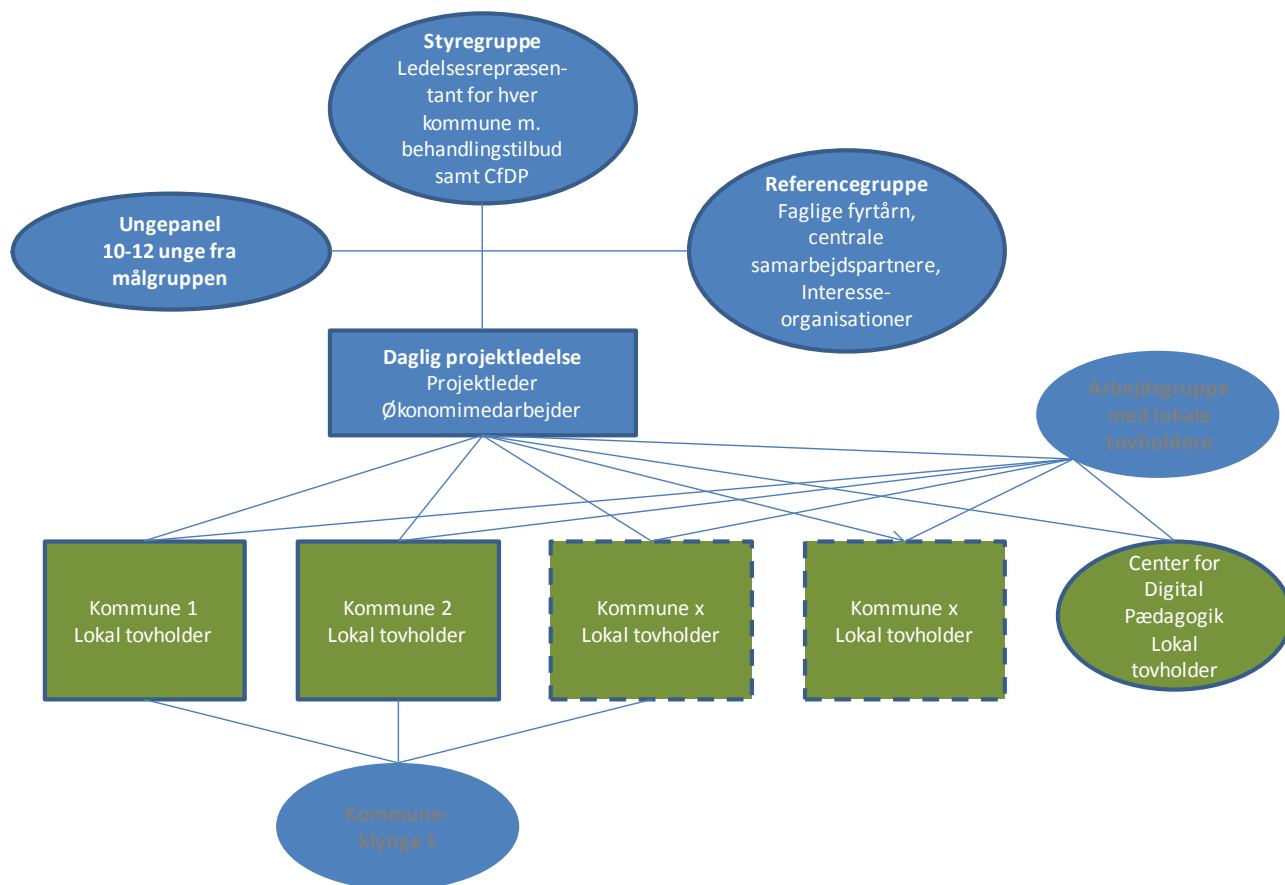
Herudover etableres en referencegruppe og et ungepanel, som skal yde faglig sparring og løbende inspira- tion til projektet.

Aarhus Kommune påtager sig projektledelelsen af det samlede projekt. Udviklingsafdelingen i Aarhus Kom- munes Socialforvaltning har erfaring med at drive tilsvarende tværkommunale projekter både puljefinan- sierede og finansierede gennem private fondsmidler. I udviklingsafdelingen er der således stor faglighed i forhold til projektledelelse, implementeringsunderstøttelse samt dokumentation og evaluering. Udviklingsaf- delingen har endvidere adgang til at trække på Socialforvaltningens kursusafdeling og formidlingsmedar- bejdere, som evt. kan inddrages i projektet, efterhånden som behovet viser sig.

På baggrund af disse erfaringer foreslås nedenstående projektorganisering.

<sup>37</sup> Karen Blase, Laurel Kiser and Melessi Van Dyke (2013). Implementation.fpg.unc.edu

<sup>38</sup> inspireret af Fixsen et al., 2008



### Rolle fordeling i projektorganiseringen:

- **Projektet styres af en styregruppe**, der består af ledelsesrepræsentanter for de kommuner, der selv driver behandlingstilbud til målgruppen samt af en repræsentant fra Center for Digital Pædagogik. Det er afgørende, at styregruppemedlemmerne har beslutningskompetence inden for de berørte områder.

Styregruppens opgave er at træffe væsentlige beslutninger om fremdrift og retning for projektet, samt sikre at behandlingstilbuddet etableres i de 11 kommuner. Styregruppen ledes af en formand, som styregruppen selv udpeger. Styregruppeformanden skal være bindeled mellem den daglige projektledelse og styregruppen og leder styregruppemøderne. Styregruppen fastlægger i samarbejde med den daglige projektledelse, hvornår der er behov for at mødes – dog mindst to gange om året. Den daglige projektleder deltager i styregruppemøderne og forbereder mødemateriale. I en opstartsfasen vil der være behov for relativt hyppige styregruppemøder, mens de senere i projektet kan afholdes mindre hyppigt.

- **Der etableres et Ungepanel** med 10-12 unge i alderen 12-25 fra målgruppen. Ungepanelet vil fungere som bruger-eksperter og vil blive inddraget i høringer forud for større beslutninger i projektet, og repræsentanter fra ungepanelet kan inviteres til at deltage i styregruppemøder. Formålet er at sikre, at de unge får en tydelig stemme ind i alle faser af projektet. Da der sker meget i et ungdomsliv, forventer vi, at der vil være stor udskiftning af personkredsen over projektperioden. Vi forventer

således at den enkelte unge i panelet kun deltager så længe det giver mening for ham eller hende og det praktisk kan lade sig gøre.

- **Der etableres en referencegruppe**, der har til opgave er at kunne inspirere og vejlede styregruppe og projektledelsen i forhold til etablering af behandlingstilbuddet, kompetenceudvikling inden for feltet, samt i forhold til formidling af behandlingstilbuddet og dets resultater. Referencegruppen sammensættes af faglige fyrtårn inden for området samt repræsentanter for berørte interesseorganisationer – herunder meget gerne repræsentanter for forældre, der selv har haft problemer med stoffer eller alkohol.

Gruppen mødes 1-2 gange om året alt efter behov. Enkeltpersoner vil ligeledes kunne blive inddraget i projektet på ad hoc-basis i fx tværgående seminarer og arbejdsgruppemøder.

- **Daglig projektledelse.** Der ansættes en projektleder på fuld tid til at varetage den daglige projektledelse. Projektledelsen har til opgave at lede projektet i det daglige og at sikre, at implementeringen af behandlingstilbuddet følger den vedtagne indholds- og tidsplan. Det er også projektleders opgave at sikre, at styregruppen inddrages, når der er behov for at træffe væsentlige beslutninger i projektet. Det er ligeledes den daglige projektleders opgave at være bindeled til tovholderne i de enkelte kommuner, samt at være bindeled mellem projektet og Socialstyrelsen samt evaluatør.

Projektlederen vil arbejde tæt sammen med projektets økonomistyringsmedarbejder om den daglige styring af projektets økonomi. Herudover vil projektet ad hoc kunne inddrage en kommunikationsmedarbejder til at formidle oplysninger om behandlingstilbuddet til relevante samarbejdspartnere og øvrige professionelle, der har kontakt til målgruppen samt til at understøtte den interne kommunikation i projektet.

- **Lokale tovholdere og en tværgående arbejdsgruppe.** Etablering af behandlingstilbud til målgruppen sker i de enkelte kommuner, samt i de tværgående digitale platforme. Hver kommune udpeger en lokal tovholder, som er ansvarlig for den lokale implementeringsproces og for at sikre, at behandlingstilbuddet får en god samarbejdsflade til den øvrige indsats overfor udsatte børn samt rusmiddelbehandling for voksne. Tovholderen kan enten være en af behandlerne i tilbuddet, eller en person, der alene har den opgave i projektet – eksempelvis en afdelingsleder. Hos Center for Digital Pædagogik udpeges ligeledes en lokal tovholder.

Disse lokale tovholdere vil fungere som bindeled til den daglige projektledelse og foreslås at indgå i en permanent arbejdsgruppe bestående af projektlederen og de lokale tovholdere. Arbejdsgruppen bliver et centralt forum for understøttelse af implementeringen af behandlingstilbuddet i de involverede kommuner, så det sker med en god balance mellem fokus på en fælles faglig model for behandlingstilbuddet og nødvendige lokale tilpasninger. Projektleder og arbejdsgruppen vil ligeledes være ansvarlige for dokumentationen af både implementeringen af behandlingstilbuddet og af de behandlingsmæssige resultater. Implementeringsplanerne, den overordnede og de lokale forandringssteorier vil således være centrale redskaber for projektleder og arbejdsgruppe i forhold til at følge projektet og at holde det på rette spor i hele projektperioden.

I opstartsperioden foreslås det, at arbejdsgruppen mødes månedligt og at tovholderne skiftes til at være vært for mødet. Det foreslås yderligere, at der etableres et projektforum for arbejdsgruppens deltagere, som muliggør fil-delning, fælles konferencerum for vigtige dialoger, fælles kalender etc. med det formål at sikre en god platform for at holde sammen på projektet.

- **Etablering af kommuneklynger.** Da der er stor forskel på de enkelte kommuners størrelse og organisatoriske kapacitet, vil vi etablere 3-4 klynger af kommuner, som vil samarbejde om at sikre, at borgere i deres kommuner tilbydes hele viften af indsatser i behandlingstilbuddet. Det kan eksempelvis ske ved, at en større kommune går sammen med mindre kommuner, hvor den største kommune tilbyder behandlingspladser i egne tilbud til samarbejdskommunerne eller driver en behandlingsindsats i samarbejdskommunen som en satellit.

Kommuneklyngerne mødes efter behov – dog mindst hvert kvartal.

### 2.10.1 Bemanding af behandlingstilbuddene

Behandlingstilbuddene forventes bemandet med i alt 16 behandlerstillinger. Af noterne til budgettet fremgår det, hvordan de fordeles på de enkelte kommuner. I nogle kommuner kan der blive tale om delt ansættelse, så den samlede personkreds kan blive større end 16 personer.

Behandlergruppen forventes sammensat af erfarne medarbejdere med en social- eller sundhedsfaglig uddannelse samt relevant efteruddannelse. Der er derfor anvendt en relativ høj timesats i projektets budget i afsnit 2.12. Det vægtes at behandlergruppen tilsammen har indsigt og erfaring i arbejdet med forskellige problematikker knyttet til det at vokse op i en familie, hvor en eller flere af de voksne har et problematisk rusmiddelforbrug. Herudover vægtes at behandlerne har erfaring og uddannelse i at arbejde med børn og unge – både individuelt og i gruppe. Er det ikke muligt at sammensætte en tilstrækkeligt stor behandlergruppe, hvor de beskrevne kompetencer er til stede hos samtlige behandlere fra projektets opstart, vil det tilstræbes, at behandlerne modtager den uddannelse, der er nødvendig for at opnå disse.

Ud over egne kompetencer har behandlerne i tilbuddene mulighed for at inddrage ekspertise fra øvrige faggrupper. Det kan fx være relevant at inddrage psykolog-kompetence hos rusmiddelbehandlingerne, hos PPR, i børne- og ungdomscentre mv.

Ud over behandlerne indgår syv medarbejdere fra Center for Digital Pædagogik. Disse er medarbejdere med kompetencer i krydsfeltet mellem programmering, multimediedesign og pædagogik og antropologi. Alle medarbejderne har stor erfaring i at udvikle, implementere og drive digitale løsninger til unge – med særlig vinkel på udsatte unge.

Herudover bliver der tilknyttet chatkoordinatorer på minimum bachelorniveau i psykologi.

Projektledelsen varetages af en overordnet projektleder med relevant akademisk baggrund og efteruddannelse inden for projektledelse. Herudover inddrages en økonomimedarbejder og en dokumentationsmedarbejder.

## **2.11 Videreførelse af projektets aktiviteter efter tilskudsperiodens udløb**

*Beskriv kort hvordan I vil videreføre projektets aktiviteter efter tilskudsperiodens udløb.*

Vi ønsker at etablere behandlingstilbud til målgruppen som blivende tilbud i de 11 kommuner. Vi ønsker derfor at genansøge puljen, når den genudbydes i 2019.

## **2.12 Budgetskema Udfyld budgetskemaet.**

*Angiv udgifternes fordeling på året så realistisk som muligt. Skabelon for budgetskema findes på puljens side.*

Der søges samlet om kr. 36.405.320.

Se vedhæftede budgetskema og noter til budget i bilag 4.

Timefordelingen mellem de 11 kommuner kan ændres efter aftale med styregruppen, hvis en kommune i løbet af projektet overtager opgaver fra en anden.