

UNGE I MISBRUGS- BEHANDLING

EN EVALUERING AF TRE BEHANDLINGSINDSATSER



15:24

TINA TERMANSEN
THERESA DYRVIG
NETE KROGSGAARD NISS
JAN HYLD PEJTERSEN

15:24

UNGE I MISBRUGSBEHANDLING

EN EVALUERING AF TRE BEHANDLINGSINDSATSER

TINA TERMANSEN
THERESA DYRVIG
NETE KROGSGAARD NISS
JAN HYLD PEJTERSEN

KØBENHAVN 2015
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

UNGE I MISBRUGSBEHANDLING. EVALUERING AF TRE
BEHANDLINGSINDSATSER.

Afdelingsleder: Mette Deding
Afdelingen for skole og uddannelse

Undersøgelsens følgegruppe:

Clara Dawe, Socialministeriet
Gitte Bossi-Andresen, Socialstyrelsen
Henriette Nobili Christiansen, Det Kriminalpræventive Råd
Jørgen Kjær, Brugerforeningen
Mads Bank, Forskningscentret Substance, Københavns Universitet
Mads Uffe Pedersen, Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
Margaretha Järvinen, Institut for sociologi, Københavns Universitet
Peter Ege, pensioneret socialoverlæge, Københavns Kommune
Søren Skensved, Dansk Misbrugsbehandling

ISSN: 1396-1810
ISBN: 978-87-7119-315-2
e-ISBN: 978-87-7119- 316-9

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Colourbox
Oplag: 300
Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2015 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	INDLEDNING	15
	Den sociale stofmisbrugsbehandling	18
	Misbrug	19
	Kort baggrund om unge med et problematisk forbrug af rusmidler	21
2	BEHANDLINGSMODELLERNE	25
	MST-SA	26
	U-turn	29
	U18	33
	Implementeringen af MST-SA, U-turn og U18	37
	Efter projektets afslutning	40

3	EVALUERINGSDESIGN OG DATAINDSAMLING	41
	Kvantitative data	43
	Kvalitative data	51
4	DE UNGE I BEHANDLING	57
	Køn og alder	57
	Skolen	58
	Fritidsinteresser	62
5	DE UNGES FORBRUG AF RUSMIDLER	65
	De unges forbrug af rusmidler inden behandlingsstart	66
	De unges forbrug før og efter behandlingsforløbet	72
	De unges hashforbrug ved udskrivningen sammenlignet med UngMAP	78
6	SKOLEGANG OG UDDANNELSE	81
	De unges tilknytning til skolen	82
	De unges oplevelser med skolen	83
7	DE UNGES SOCIALE RELATIONER	89
	Kontakten til vennerne	90
	De unge og deres forældre	97
8	PSYKISK TRIVSEL OG KRIMINALITET	103
	De unges psykiske helbred	104
	De unges kriminelle adfærd	112
9	AT VÆRE I BEHANDLING	119

	Hvorfor starter de unge i behandling?	120
10	EFTER BEHANDLINGEN	129
	De unges forbrug af illegale rusmidler efter behandlingen	129
	De unge og fremtiden	132
11	ØKONOMISK EVALUERING	137
	Fremgangsmåde	137
	MST-SA	141
	U-turn	144
	U18	148
	Samlet analyse	151
12	DISKUSSION OG PERSPEKTIVERING	157
	LITTERATUR	163
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2014	167

FORORD

I forbindelse med regeringsudspillet ”Lige muligheder” igangsatte Socialstyrelsen projektet ”Misbrugsbehandling til unge under 18 år”. Projektets formål var at implementere og afprøve tre behandlingsmodeller målrettet unge under 18 år med et problematisk forbrug eller misbrug af rusmidler. De tre modeller omfatter U-turn (udviklet i København), U18 (udviklet i Aarhus) og Multi Systemic Therapy – Substance Abuse (MST-SA, udviklet i USA). Alle tre modeller arbejder systemisk og ud fra et helhedsorienteret perspektiv, således at målet med behandlingen – ud over at reducere rusmiddelforbruget – også er at forbedre de unges trivsel og hverdagsliv

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har stået for evalueringen, hvis formål har været at undersøge modellernes virkning, dels på de unges rusmiddelforbrug, og dels på de unges skoletilknytning, sociale relationer, psykisk helbred og kriminalitet. Rapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Tina Termansen, videnskabelig assistent Theresa Dyrvig, seniorkonsulent Nete Krogsgaard Niss samt seniorforsker og projektleder Jan Hyld Pejtersen. Desuden har Cecilie Dohlmann Weatherall (projektleder til primo 2014), Hilmar Kass Jacobsen og Ninna Lagoni været tilknyttet projektet i forbindelse med udarbejdelse af evalueringsdesign og dataindsamling. Birgitte Thylstrup, lektor, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, har fungeret som referee på

rapporten. Vi takker for mange værdifulde og konstruktive kommentarer. Mads Uffe Pedersen, professor, Center for Rusmiddelforskning, har desuden bidraget med sparring og data. Et stort tak, retter vi til ham for samarbejdet.

Vi takker derudover alle de medvirkende i projektet, ikke mindst de unge, som har været centrale aktører i evalueringen.

København, juni 2015

AGI CSONKA

RESUMÉ

Med kommunalreformen i 2007 overgik ansvaret for alkohol- og stofmisbrugsbehandling fra amterne til kommunerne. Dette har resulteret i en række forskellige tilbud landet over. Ikke blot er tilbuddene forskellige, de er også forankret vidt forskellige steder. Det være sig alt fra voksenområdet, socialpsykiatrien og ungeafdelinger til sundhedsområdet, jobcentrene m.m. Nogle kommuner har desuden flere tilbud, mens andre kommuner kun har ét tilbud. På trods af at de danske amter og kommuner igennem mange år har gjort sig erfaringer på misbrugsbehandlingsområdet, er det stadig sparsomt med hensyn til systematisk og dokumenteret viden vedrørende behandlingerne og deres virkning i Danmark. Dette gælder særligt misbrugsbehandling til unge.

For at skabe et grundigere vidensgrundlag vedrørende ungemisbrugsbehandlingens virkning valgte Socialstyrelsen fra 2011 til 2014, at implementere og afprøve tre lovende behandlingsmodeller i seks kommuner. De tre modeller er MST-SA (udviklet i USA), U-turn (udviklet i København) og U18 (udviklet i Aarhus), og de falder alle under kategorien social misbrugsbehandling til unge under 18 år, som har fokus på det helhedsorienterede og systemiske arbejde. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har stået for evalueringen, hvis formål har været at undersøge modellernes virkning, dels på de unges rusmiddelforbrug, og dels på de unges trivsel og hverdagsliv, hvilket overordnet indebærer

skoletilknytning, sociale relationer, psykisk helbred og kriminalitet. Disse mål læner sig op af anbefalinger om at vurdere behandlingseffekt ud fra et mere helhedsorienteret perspektiv end blot forbrug, beskæftigelse og kriminalitet, som der tidligere hovedsageligt har været fokus på.

RESULTATER

Evalueringen tager udgangspunkt i unge med et problematisk forbrug af rusmidler. Af disse er størstedelen drenge, mens ca. en tredjedel er piger. Det er en gruppe af unge som oplever problemer på forskellige områder. Ved indskrivning i behandling passer fx kun ca. halvdelen af de unge deres skole dagligt, ca. en tredjedel har en psykiatrisk diagnose, og 75 pct. af de unge har været involveret i kriminelle aktiviteter. Af de unge, der indgår i evalueringen, angiver knap 90 pct. desuden hash som deres primære problemgivende rusmiddel. Ser vi på de tre behandlingsmodeller, er der forskel på målgrupperne, og i hvor høj grad de fastholder de unge i behandling. I MST-SA er 79 pct. af de unge, som indgår i evalueringen, færdigbehandlede, mens det samme gør sig gældende for 40 pct. af de unge i U-turn og 42 pct. fra U18. Dette kan dog skyldes målgruppeforskelle, fx det at MST-SA's behandling foregår i samarbejde med den unges forældre og ikke den unge. Det skal bemærkes, at den gruppe af unge, som indgår i evalueringen, kun udgør et udsnit af den samlede gruppe af unge, som har været i behandling, og dermed ikke nødvendigvis er repræsentativ for den samlede gruppe. For eksempel kan resultaterne være præget af en højere gennemførelsesrate blandt de unge, der indgår i evalueringen.

Evalueringen viser, at andelen af unge, der har brugt rusmidler, reduceres for alle tre behandlingsmodeller. Samlet set er denne andel signifikant reduceret fra ca. 80 pct. til ca. 50 pct. af de unge. Ser vi specifikt på de unges hashforbrug, er andelen af unge, som har røget hash to eller flere gange om ugen, faldet signifikant fra 59 pct. til 26 pct. Derudover ser vi, at der sker en ændring for de unge, mens de modtager behandling i modellerne både i forbindelse med skolefravær, vennekontakt, psykisk velbefindende og kriminalitet. Cirka halvdelen af de unge tilknyttet MST-SA og U-turn passer deres skole dagligt ved indskrivning i behandling. Ved udskrivning er andelen hos både MST-SA og U-turn steget med ca. 20 procentpoint. Andelen af unge i U18, som passer deres skole dagligt, ændrer sig ikke fra ind- til udskrivning. Denne andel var dog også højere end i de to andre modeller ved indskrivning, nemlig 60 pct. Vi ser også,

at de unge samlet set i højere grad begynder at være sammen med venner, som ikke tager rusmidler, efter behandlingen. Derudover er andelen af unge, der har oplevet en tydelig periode med besvær med at forstå, koncentrere sig eller huske de sidste 30 dage, samlet set faldet fra 73 pct. ved indskrivning til 50 pct. ved udskrivning. Ændringen er signifikant for de unge i alle tre behandlingsmodeller. For alle tre modeller sker der desuden en reduktion i andelen af unge, der har begået kriminalitet den seneste måned. Dog er ændringen kun signifikant for MST-SA (fra 27 til 3 pct.) og U-turn (fra 45 til 14 pct.). For U18 er ændringen (fra 29 til 14 pct.) ikke signifikant. Resultaterne på disse områder er ikke helt ens for alle tre modeller, hvilket blandt andet kan tilskrives forskelle i modellerens målgrupper.

Både behandlerne og flere af de unge tillægger forældreinddragelse stor betydning i forbindelse med behandlingsudbyttet, og overordnet set fylder det helhedsorienterede arbejde meget og vurderes som vigtigt af både behandlere og unge. Derudover nævner alle de unge relationen til behandleren, når de skal pege på afgørende faktorer for deres udbytte og motivation. Flere af de unge siger fx, at det har haft stor betydning for dem, at behandlerne har anerkendt dem og lyttet til dem uden fordømmelse. Derudover nævner både behandlere og unge, at en væsentlig faktor for et positivt behandlingsudbytte har været, at de unge har lært at erstatte deres trang til rusmidler med noget andet eller tage strategier i brug for at undgå at blive fristet til at tage rusmidler.

PERSPEKTIVER

Evalueringen peger på nogle vigtige opmærksomhedspunkter, når det kommer til undersøgelser af social misbrugsbehandling til unge under 18 år og de unges udbytte heraf. For det første er det helhedsorienterede arbejde en vigtig del af denne type misbrugsbehandling og væsentligt at have fokus på i evalueringer af sådanne indsatser. Dette hænger sammen med de unges problemer, som ikke kun drejer sig om rusmiddelforbrug, men ofte handler om en række ting, fx problemer i hjemmet eller skolen, som derfor også kræver forskellige løsninger.

Resultaterne fra nærværende undersøgelse ligger i tråd med tidligere forskning, der peger på, at misbrugsbehandling har en virkning, så længe den står på. Hvad vi ikke kan sige meget om, er de længerevarende virkninger, samt hvordan eventuel forebyggelse af tilbagefald kan sikres.

Meget tyder dog på, at opfølgende tilbud og indsatser, der arbejder med livet ud over rusmiddelforbruget, er væsentlige for at undgå tilbagefald.

Der er også en gruppe af unge, for hvem behandlingerne ingen virkning har haft. Dette kan have flere årsager, såsom at der givetvis vil være unge, for hvem netop den behandling, de har modtaget, ikke er den rigtige (her kan uafsluttede forløb være én konsekvens). Det vil derfor være væsentligt at tænke i tilbud, der kan ramme denne gruppe af unge også. Derudover lægger det relativt lave antal af unge i behandling sammenlignet med det estimerede antal af unge med et behandlingsbehov op til, at forskningen i højere grad stiller skarpt på denne gruppe af unge, samt at man i kommunerne prioriterer det opsøgende arbejde i højere grad, således at den sociale misbrugsbehandling kan realisere sit fulde potentiale.

Undersøgelsen bidrager derudover med vigtig viden om implementeringen af behandlingsindsatser og de udfordringer, der kan opstå, når en model skal udrulles i nye organisatoriske, strukturelle og kommunale rammer. Rapporten peger således også på, at det i implementerings-sammenhæng er vigtigt at holde øje med konteksten (fx organisatoriske forhold, geografiske forhold, beliggenhed, politiske interesser mv.) og behovet for eventuelle justeringer af en indsats, samt hvorledes det vil påvirke indsatsens indhold eller essens.

Det er endeligt værd at bemærke, at de tre behandlingsmodeller adskiller sig fra hinanden blandt andet med hensyn til målgruppe, hvorfor man skal være påpasselig med at sammenligne resultaterne direkte med hinanden. Det anvendte evalueringdesign gør det desuden ikke muligt med sikkerhed at sige, at de resultater, vi ser, skyldes behandlingsindsatserne alene. Derudover har vi oplevet stort frafald blandt de unge, hvilket formentlig skyldes målgruppen og de udfordringer, denne gruppe ofte står med. Det betyder, at ikke alle indskrevne unge indgår i evalueringens analyser.

GRUNDLAG

Vi anvender i evalueringen både kvantitative og kvalitative metoder. Behandlingernes betydning for de unges forbrug og øvrige hverdagsliv, såsom skolegang, sociale relationer, psykiske velbefindende og kriminalitet, har vi dels undersøgt kvantitativt via en før- og eftermåling, hvor de unge har udfyldt et spørgeskema ved indskrivning i og udskrivning fra behandling. Målingerne er foretaget, hver gang en ung har påbegyndt og

færdiggjort behandling. En mindre gruppe af unge har også besvaret et opfølgende spørgeskema efter behandlingen. De kvalitative metoder har vi brugt til at gå i dybden med samme temaer, som vi undersøger via spørgeskemaerne. Vi har foretaget semi-strukturerede interview og fokusgruppeinterview med modelejere, behandlere og unge. Interviewene har komplementeret før- og eftermålingen, idet vi har haft mulighed for datatriangulering samt at perspektivere og uddybe spørgeskemabesvarelserne. Derudover har de kvalitative interview bidraget med viden om, hvad der har været af særlig betydning for de unge i et behandlingsforløb.

INDLEDNING

I 2011 igangsatte Socialstyrelsen projektet ”Misbrugsbehandling til unge under 18 år” i forbindelse med regeringsudspillet ”Lige muligheder” med det formål at implementere og afprøve tre behandlingsmodeller målrettet unge under 18 år med et problematisk forbrug eller misbrug af rusmidler. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har stået for at evaluere de tre modeller. Modellerne, der er blevet afprøvet og evalueret, er henholdsvis U-turn (udviklet i København), U18 (udviklet i Aarhus) og Multi Systemic Therapy – Substance Abuse (MST-SA, udviklet i USA). Disse tre modeller, som vi undersøger, har vist lovende tendenser, hvilket Socialstyrelsen ønskede yderligere viden omkring. På trods af at de danske amter og kommuner i mange år har gjort sig erfaringer på misbrugsbehandlingsområdet, er det dog stadig sparsomt med hensyn til systematisk og dokumenteret viden vedrørende behandlingerne og deres virkning i Danmark. Dette gælder særligt misbrugsbehandling til unge, hvilket nærværende undersøgelse kan bidrage til.

Med kommunalreformen i 2007 overgik ansvaret for alkohol- og stofmisbrugsbehandling fra amterne til kommunerne. Dette betød en decentralisering af misbrugsbehandlingen, og hver kommune fik således ansvar for at etablere målrettede tilbud til voksne og unge med et stofmisbrug. I Danmark er kommunerne forpligtede til at sørge for behandlingstilbud til både voksne og unge med et problematisk forbrug af rus-

midler. Kommunerne skal desuden stille en behandlingsgaranti, hvilket betyder, at en borger med behandlingsbehov har krav på at modtage behandling inden for 14 dage (jf. § 101). Kommunerne kan sørge for dette ved enten selv at oprette tilbud eller ved at etablere samarbejde med andre kommuner med relevante tilbud (servicelovens § 4). Det er således i dag kommunernes eget ansvar at sørge for de rette behandlingstilbud, hvilket også betyder, at typen af tilbud og kvaliteten er vidt forskellig (Lauridsen, Kronbæk & Lundsberg, 2010; Thylstrup, Hesse & Pedersen, 2015). Ikke blot er tilbuddene forskellige, de er også forankret vidt forskellige steder. Det være sig alt fra voksenområdet, socialpsykiatrien og ungeafdelinger til sundhedsområdet, jobcentrene m.m. (Pedersen, Vind & Bækbøl, 2009; Raahauge, 2013). Nogle kommuner har desuden flere typer af tilbud, mens andre kommuner kun har ganske få tilbud. Variationen skyldes dels kommunernes forskellighed, hvad angår størrelse, geografi og målgrupper, men er også en konsekvens af, at der særligt på ungeområdet er sparsom viden om behandlingernes virkning, da der er foretaget relativt få danske studier på dette område (Pedersen & Hesse, 2012; Hesse & Thylstrup, 2015).

Der er meget, der tyder på, at det er vigtigt i forskningen at skelne mellem misbrugsbehandling for voksne og misbrugsbehandling for unge, og at unge får mere gavn af særligt målrettede ungeindsatser (Vind & Finke, 2006). Studier peger blandt andet på, at unges ufærdige kognitive udvikling samt konteksten, som de unge indgår i, har betydning for de unges motivation for og udbytte af misbrugsbehandling (Vind & Finke, 2006). Derfor vil resultaterne fra undersøgelser på voksenmisbrugsbehandling ikke nødvendigvis kunne overføres til ungeområdet. Denne evaluering vil således kunne bidrage med viden om ungemisbrugsbehandling, et relativt nyt forskningsområde, som først inden for de seneste ti år har fået øget opmærksomhed (Pedersen, Vind & Bækbøl, 2009).

Den samlede implementering, udrulning og evaluering af de tre behandlingsmodeller, som vi evaluerer, har fundet sted over en fireårig periode fra primo 2011 til ultimo 2014 i kommunerne Odense, Aalborg, Herning, Aarhus, Horsens og Helsingør (hver model er afprøvet i to kommuner) og har ud over den endelige evalueringsrapport udmundet i en implementeringsafdækning og et midtvejsnotat. Evalueringen indebærer både en kvantitativ del, som fokuserer på indsatsernes virkning, og en kvalitativ afdækning af implementeringen og behandlingsforløbene via interview med behandlere og unge.

De tre modeller – U-turn, MST-SA og U18 – har sammen defineret tre fælles overordnede mål for behandlingsindsatserne. Det er primært de to første punkter, som er udgangspunktet for evalueringen:

- På kort sigt skal de unge hjælpes til at holde sig fri af eller reducere deres brug af rusmidler, dvs. både alkohol og euforiserende stoffer.
- Yderligere skal de unges muligheder for at have et almindeligt liv med regelmæssig skolegang eller arbejde, et socialt netværk og fritidsaktiviteter øges.
- På langt sigt skal behandlingen føre til en generel normalisering af den unges liv baseret på valgmuligheder og selvforsørgelse, præget af et minimum af sociale problemer.

Disse mål læner sig op af de seneste anbefalinger om at vurdere behandlingseffekt ud fra et helhedsorienteret perspektiv og ikke blot ud fra reduceret forbrug, beskæftigelse og kriminalitet, som man tidligere hovedsageligt har haft fokus på (Thylstrup, 2012). Dette viser desuden, at de tre behandlingsindsatser har et mål om at arbejde holistisk og ikke kun med fokus på rusmiddelreduktion.

Derudover ønsker alle behandlingsmodeller, at den unge på langt sigt skal opnå en generel normalisering baseret på valgmuligheder, selvforsørgelse og et minimum af sociale problemer. Da vi ikke har haft mulighed for at måle den langsigtede effekt af behandlingsindsatserne, kan vi ikke gå i dybden med disse mål. Dog kan resultaterne vedrørende de øvrige udfaldsmål, samt data fra de kvalitative interview, give indikationer på, hvorvidt de unge nærmer sig en generel normalisering. Det skal understreges, at selvom behandlingsmodellerne har samme formål, er de forskellige, hvad angår behandlingstilgang og målgruppe. Dette vil vi uddybe i kapitel 2, som omhandler de tre modeller.

Igennem projektperioden har der været tæt kontakt mellem evaluator og de kommunale projektledere og behandlerne i de seks kommuner. Projektlederne har været ansvarlige tovholdere mellem evaluator og projekterne og har stået for den daglige ledelse af projekterne i de seks kommuner. Behandlerne har stået for de forskellige dele af behandlingen og har derudover været ansvarlige for, at SFI's spørgeskemaer blev udfyldt ved indskrivning og udskrivning. Vi har således været særdeles afhængige af et godt samarbejde med disse aktører. Desuden har modelejere fra de oprindelige behandlingsmodeller spillet en central rolle i forbin-

delse med implementeringen af de tre modeller. Hver kommune har fået ugentlig supervision af to personer tilknyttet de oprindelige modeller, kaldet modelejere. Dette blev gjort for at sikre en ordentlig implementering, hvor indsætterne lever op til kravene i modelbeskrivelserne.

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

Behandlingsmodellerne, som indgår i projektet, henholdsvis MST-SA, U-turn og U18, befinder sig alle under den paraply, der betegnes som social stofmisbrugsbehandling (i modsætning til den medicinske behandling, såsom fx metadonbehandling). Definitionen af social stofmisbrugsbehandling i boks 1.1 har vi fra Benjaminsen m.fl. (2009), som tidligere har skrevet om den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

BOKS 1.1

Social stofmisbrugsbehandling.

Social stofmisbrugsbehandling er behandling, der i ordets betydning fokuserer på de sociale aspekter (konsekvenser, årsager og ofte bagvedliggende sociale problematikker) ved et stofmisbrug. Modsat sundhedsfaglig stofmisbrugsbehandling, der udelukkende koncentrerer sig om medicinsk og psykiatrisk behandling, arbejdes der i de sociale indsatser ofte mere helhedsorienteret med fokus på borgernes sociale problematikker (forsørgelse, netværk, helbred, bolig, familieforhold, skoleforhold, beskæftigelse, baggrund, kriminalitet etc.) med en filosofi om, at alle disse aspekter af misbrugerens liv er forbundne og må bearbejdes samtidig. Hver problematik kræver opmærksomhed og bliver i en social behandlingsindsats anskuet i en helhed, der præger borgerens liv og stofmisbrug.

Kilde: Benjaminsen m.fl., 2009.

Benjaminsen m.fl. (2009) beskriver med henvisning til tidligere forskning, at hovedparten af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark i dag hviler på *skadesreduktions*-princippet modsat et tidligere ovevejende fokus på stoffrihed (Benjaminsen & Andersen, 2009). Denne tilgang gør sig gældende hos både U-turn, U18 og MST-SA. Skadesreduktion er behandling, der anerkender stoffrihed som et ideelt mål, men samtidig anerkender, at dette mål ikke vil være lige opnåeligt for hvert individ. I stedet arbejdes der derfor med alternative målsætninger i behandlingsforløbet og mod at nå et skridt nærmere en mindre risikabel og skadende misbrugsadfærd, som på sigt kan føre til reduceret forbrug eller ophør samt en normaliseret hverdag (Benjaminsen & Andersen, 2009).

Selvom de sociale behandlingstilbud har det til fælles, at de fokuserer på en helhedsorienteret tilgang til stofmisbruget og stofbrugeren, kan forløbene i de forskellige sociale tilbud være forskellige og behandlingselementerne variere. Dette skyldes ikke mindst den brede og forskelligartede målgruppe, som den sociale behandling på området skal dække. En vellykket behandling afhænger derfor ofte af, at forløbet er individuelt tilpasset den enkelte. Den sociale misbrugsbehandlings mangeartethed og ofte helhedsorienterede tilgang til behandlingen betyder desuden, at det kan være svært at definere én metode eller ét kernekomponent i behandlingsmodellerne. Ofte vil behandlingen bestå af en kombination af elementer, som fx individuelle samtaler, gruppeforløb, aktiviteter, undervisning mv.

MISBRUG

Misbrug er på mange måder et komplekst fænomen at definere. I WHO's ICD-10 indgår misbrug som en diagnose, der kan stilles, hvis forbruget forårsager individuelle fysiske og psykiske skadesvirkninger (WHO ICD-10, 2010). ICD-10 har dog været kritiseret for sit manglende fokus på forbrugets sociale skadesvirkninger (Socialstyrelsen, 2010), og det er yderligere vigtigt, som professor i psykologi Mads Uffe Pedersen beskriver det, med henvisning til overlæge Peter Eges bog *Stofmisbrug. Baggrund, konsekvenser og behandling* (1997), at holde sig for øje, at misbrug i en diagnostisk forstand er "socialt, kulturelt og politisk bestemt" (Pedersen, 2005). Et rusmiddelforbrug vil således blive opfattet forskelligt i forskellige sociale og kulturelle sammenhænge. Dette er også én af årsagerne til, at det kan være svært både for udefrakommende og brugerne selv at vurdere, hvornår et forbrug går hen og bliver et misbrug eller et problematisk forbrug med negative følgevirkninger. Desuden er det vigtigt at skelne mellem misbrug og afhængighed, da disse tilstande ikke nødvendigvis er gensidigt betingede. For at komme forståelsen af begreberne nærmere, beskriver vi i boks 1.2 professor Mads Uffe Pedersens forbrugskontinuum og opdeling af begreberne misbrug og afhængighed, som tager udgangspunkt i ICD-10, men med fokus på de sociale følgevirkninger (Pedersen 2005; Socialstyrelsen, 2010).

BOKS 1.2

Typer af rusmiddelforbrug.

BRUG

Forbrug af rusmidler, der ikke er et misbrug, kendetegnet ved, at det ikke medfører sociale, psykiske og/eller fysiske problemer for den person, der har forbruget.

RISIKO-BRUG

Forbrug af rusmidler, der måske kan blive koblet til sociale problemer for brugeren. Hos brugere i denne del af spektret ser man sociale problemer, der ikke med sikkerhed kan tilskrives brugen af rusmidler. Det kan betegnes som risiko-brug, når et eller to af følgende kriterier opfyldes:

- Brugeren oplever en tvangsmæssig trang til at indtage rusmidler.
- Via kontroltab svækkes brugerens evne til at styre indtagelsen af rusmidler og dermed til at standse eller nedsætte brugen.
- Brugeren har abstinenssymptomer og må indtage rusmidler for at ophæve eller undgå dem.
- Brugeren har udviklet tolerance for rusmidlet, dvs. et behov for en større mængde rusmiddel for at opnå samme effekt.
- Rusmidlet har fået en dominerende rolle i brugerens liv – det prioriteres over alt andet.
- Brugeren fortsætter med at bruge rusmidlet, selvom vedkommende har erkendt dets skadevirkninger.

MISBRUG

Forbrug af rusmidler, der afstedkommer klart påviselige sociale problemer, men som ikke opfylder mindst tre af ovennævnte kriterier.

AFHÆNGIGT MISBRUG

Forbrug af rusmidler, der medfører klart misbrugsrelaterede sociale problemer. Mindst tre af de ovenstående kriterier skal være opfyldt, og de misbrugsrelaterede sociale problemer skal kunne identificeres.

AFHÆNGIGT BRUG

Forbrug, der opfylder mindst tre af de ovennævnte kriterier, men uden at man med sikkerhed kan knytte eventuelle sociale problemer til brugen.

Kilde: Pedersen, 2005.

Hensigten med at inddrage beskrivelsen af forskellige typer af rusmiddelforbrug i et kontinuum fra brug til misbrug (boks 1.2), og med fokus på blandt andet de sociale aspekter af forbruget, er at nuancere forståelsen af rusmiddelforbrug og de overgange, der kan være mellem et forbrug og et misbrug af rusmidler. Dette er relevant, fordi behandlingsindsatserne i nærværende projekt ikke arbejder stringent efter en misbrugsdefinition eller -diagnose i visitationen, men på et fagligt grundlag vurderer, om rusmiddelforbruget har et omfang, som er eller kan blive problematisk for den unge, enten fysisk, psykisk eller socialt, og dermed påvirker den unges hverdagsliv negativt. Der findes andre diagnosesystemer, som har

fokus på de sociale følgevirkninger af et misbrug, herunder DSM-V (Socialstyrelsen 2010; Pedersen, 2005)¹. Faren ved dette er dog, at man risikerer at overdiagnosticere (Lauridsen, Kronbæk & Lundsberg, 2010) og at problematisere rusmiddelforbrug, der i nogle kontekster betragtes som uproblematisk og accepteret.

Da vi i denne undersøgelse ikke kun har med misbrugere i en diagnostisk forstand at gøre, og modellerne ej heller opstiller særlige kriterier for målgruppens afhængighed eller forbrug af rusmidler, har vi valgt at beskrive målgruppens forbrug som et ”problematisk forbrug”, da denne betegnelse er mere retvisende og vil dække over et forbrug som, jf. boks 1.2, både kan være et risikoforbrug og et misbrug, hvad enten der er tale om afhængighed eller ej. Desuden er dette en mere dækkende betegnelse, da de tre behandlingsmodeller som nævnt tager udgangspunkt i, at forbruget er forbundet med problemer i de unges liv, fx socialt, i skolen, i hjemmet, psykisk mv.

KORT BAGGRUND OM UNGE MED ET PROBLEMATISK FORBRUG AF RUSMIDLER

Det præcise antal af unge med et problematisk forbrug af rusmidler, (herunder også misbrug) er ukendt, men det estimeres, at gruppen af unge på 17 år og derunder, der har et problematisk forbrug af rusmidler i et omfang, der kan skade dem fysisk, psykisk eller socialt, omfatter 6-8.000 unge i Danmark. Af disse estimeres det dog, at kun ca. 10-16 pct. modtager en specialiseret form for kommunal misbrugsbehandling (Pedersen & Frederiksen, 2012). En stor andel af de resterende unge med et problematisk forbrug af rusmidler opfanges altså ikke af systemet og kan tænkes at være unge, der ikke har et ressourcestærkt netværk, og ej heller selv har ressourcer til at opsøge og påbegynde behandling. Overordnet tyder det relativt lave antal af unge i behandling på, at der i kommunerne er potentiale for at prioritere det opsøgende arbejde i højere grad (Pedersen & Vind, 2010). Der er desuden ikke standarder for eller systematik over kommunernes opsøgende arbejde på misbrugsområdet, hvorfor der i nogle kommuner kan være et godt og etableret samarbejde mel-

1. Vi henviser til DSM-V, til trods for at Pedersen og Socialstyrelsen anvender DSM-IV, da denne i 2013 blev opdateret til en nyere version.
<http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>.

lem fx skoler, SSP, ungearbejdere, sagsbehandlere og behandlingstilbud, mens der i andre kommuner ikke eksisterer et velfungerende samarbejde (se blandt andet Pedersen, Vind & Bækbøl, 2009).

Cannabis er det mest udbredte form for rusmiddel blandt unge, der modtager behandling. Cannabis er en fællesbetegnelse for rusmidler fremstillet af hamp-planten, hvor de almindeligste rusmidler er hash, marihuana og skunk. Danmark er ét af de lande i Europa, hvor cannabisforbrug er mest udbredt (Møller & Demant, 2011a). Dette skyldes formentlig både, at hash eller cannabis er let tilgængeligt, og at det er et forholdsvist socialt accepteret rusmiddel, som i vid udstrækning ikke anses for at være farligt blandt de unge (Järvinen, Demant & Østergaard, 2010; Østergaard, Røgeskov & Rasmussen, 2010; Møller & Demant, 2011). At netop cannabis har denne status, afspejles også i spørgeskemadata, idet størstedelen af de unge i behandlingsprogrammerne angiver hash som deres primære problemgivende rusmiddel, hvilket vi kommer nærmere ind på senere. Det er således ikke usædvanligt, at man som ung kommer i kontakt med cannabis eller prøver det.

Når forbruget af cannabis eller andre rusmidler bliver problematisk, hænger det dog ofte sammen med et vedvarende og jævnt forbrug, som i langt de fleste tilfælde blot er ét i en række af interrelaterede problemer i den unges liv. Der kan være mange årsager til, at et forbrug af rusmidler bliver til et problematisk forbrug eller til et misbrug. Undersøgelser viser fx, at unge med et problematisk forbrug af rusmidler ofte også har andre problemer i dagligdagen, fx i skolen eller derhjemme (Pihl, 2007; Orbe, 2010; Pedersen & Vind, 2010). Mange af disse unge er debuteret meget tidligt med at prøve rusmidler og har problematiske sociale, familiære og boligmæssige forhold samt brudte skoleforløb bag sig. I nogle tilfælde har forældrene et problematisk forbrug af rusmidler, og ofte er de unges sociale liv kendetegnet ved fællesskaber med andre unge, der er i stort set samme situation, hvorved samvær med voksne og andre, der ikke er en del af dette miljø, bliver sporadisk. Her bliver rusmidlerne det, der skaber fællesskaber (Järvinen & Ravn, 2013).

I mange tilfælde kan forbruget siges at være et symptom på andre problemer i de unges liv, mens det samtidig kan være med til at forværre problemerne eller skabe nye problemer. Nogle af de unge har fx også problemer med kriminalitet samt deres fysiske og psykiske helbred. Studier viser blandt andet, at flere af de unge har en dobbelt ”diagnose”, hvilket vil sige, at de ud over et misbrugsproblem har en psykiatrisk di-

agnose (Danske Regioner, 2012). Derudover oplever en gruppe unge generelle psykiske problemer eller mistrivsel, som ikke nødvendigvis udmønter sig i en diagnose (se fx Pedersen, 2012). Denne kompleksitet gør behandlingen af deres rusmiddelforbrug udfordrende (Møller & Demant, 2011; Pedersen & Frederiksen, 2012), og det er derfor vigtigt, at behandlingen er målrettet, dvs. tager højde for den enkelte unges situation og behov (fx forholdet til forældre, venner, skole, psykiske problemer mv.), og når hele vejen rundt om den unges forbrug. Dette er noget, alle tre behandlingsmodeller arbejder med, hvilket vi vil beskrive i kapitel 2.

BEHANDLINGSMODELLERNE

I dette kapitel beskriver vi de tre behandlingsindsatser – MST-SA, U-turn og U18, som er afprøvet i de seks projektkommuner. De tre modeller er forskellige, men har (se kapitel 1) alle overordnet defineret samme mål for indsatsen, som på kort sigt omfatter at hjælpe de unge til at holde sig fri af eller reducere deres forbrug af rusmidler samt øge de unges mulighed for at have et almindeligt liv med regelmæssig skolegang/arbejde osv. Herudover er det målet på langt sigt, at behandlingen skal føre til en generel normalisering af den unges liv med et minimum af sociale problemer.

Fælles for de tre modeller er desuden, at de (i forbindelse med nærværende projekt) er målrettet unge under 18 år², som har et problemgivende forbrug af rusmidler. I det følgende foretager vi en kort gennemgang af de tre behandlingsmodeller på baggrund af modelbeskrivelser udarbejdet af modelejerne i samarbejde med Rambøll³. Ud over mo-

2. U-turn er oprindeligt udviklet i Københavns Kommune, hvor U-turn ligger under Socialforvaltningens Center for Unge og Misbrug og dækker målgruppen op til 25 år. U-turn-behandlingen i Helsingør behandler også unge op til 25 år.

3. Yderligere information om modellerne kan findes på følgende hjemmesider:

MST-SA: <http://mstservices.com/target-populations/substance-abuse>.

U-turn: http://uturn.kk.dk/sites/uturn.kk.dk/files/uploaded-files/Model%20Uturn_16%20sider_web_enkel%20side.pdf.

U18: [https://www.aarhus.dk/~media/Dokumenter/MSB/SOC/Organisation/FBU/Ungekontakt en/U18-Modellen.pdf](https://www.aarhus.dk/~media/Dokumenter/MSB/SOC/Organisation/FBU/Ungekontakt%20en/U18-Modellen.pdf).

delejernes beskrivelser af de tre modeller inddrages desuden oplysninger fra interview med behandlerne i de seks projektkommuner. Kapitlet giver kun en meget kort beskrivelse af implementeringen af modellerne, mens en mere uddybende beskrivelse af implementeringen kan findes i et tidligere SFI-notat (Weatherall, Termansen & Lagoni, 2013), som konkret omhandler dette.

MST-SA

Multi Systemic Therapy – Substance Abuse (MST-SA) er afprøvet i henholdsvis Aarhus og Herning Kommune og er en videreudvikling af behandlingsmodellen Multi Systemic Therapy (MST).⁴ Mens MST omfatter unge, som generelt har alvorlige adfærdsproblemer, er MST-SA særligt målrettet unge, hvor adfærdsproblemerne primært skyldes et problemgivende forbrug af rusmidler. Bortset fra dette er inklusionskriterierne de samme i MST-SA og MST, hvilket betyder, at der er tale om unge, som udviser anti-social adfærd i form af skoleforsømmelser, kriminalitet eller aggressiv adfærd. Det er desuden et krav til behandlingen, at den unge bor sammen med sine forældre eller en anden permanent omsorgsgiver. Der kan dog indgå unge, som er på vej til at flytte hjem til forældre efter en anbringelse. Unge, der bor for sig selv, kan ikke indgå i et MST- eller et MST-SA-forløb.

MST og MST-SA bygger på to bærende antagelser. For det første skal den unges anti-social adfærd ses i samspil med omgivelserne, såsom forhold i familien eller i skolen. For det andet antages det, at den unges nærmeste omsorgsgiver er de primære kilder til forandring, og at det dermed er dem, der kan understøtte, at der sker ændringer i den unges sociale liv, som i sidste ende kan føre til adfærdsændringer hos den unge. Målet med et MST-SA behandlingsforløb er at reducere den anti-social adfærd gennem en intensiv, tidsafgrænset familiebehandlingsindsats med særligt fokus på årsagerne til den unges rusmiddelforbrug.

VISITATION OG VARIGHED

Visitationen foregår i samarbejde mellem MST-SA og den unges socialrådgiver. Man kan altså ikke henvende sig direkte fra gaden. I visitations-

4. Størstedelen af de elementer, som beskrives vedrørende MST-SA, gør sig derfor ligeledes gældende for MST.

processen, og i den efterfølgende udredningsfase, afdækker terapeuten på baggrund af informationer fra forældre, den unge selv, sagsbehandler og andre interessenter, om der er et misbrug.

Et MST-SA-behandlingsforløb varer ca. 3-5 måneder, men ifølge interviewpersoner fra de to projektkommuner er de fleste forløb af ca. 5 måneders varighed. Derudover fortæller en terapeut, at det er muligt for terapeuten at søge om en måneds forlængelse i særlige tilfælde. Efter endt behandling kan der desuden aftales et afgrænset antal opfølgings-samtaler i familien, hvilket aftales med rådgiveren. Behandlingen foregår som udgangspunkt hjemme hos familien, og i den tid forløbet varer, har familien tilknyttet en fast terapeut, som ud over familien ligeledes inddrager relevante dele af den unges øvrige netværk, såsom skolen eller arbejdspladsen i behandlingen. Terapeuten mødes med den unge, familien og dennes netværk 2-3 gange om ugen, og derudover har familien mulighed for at kontakte en terapeut fra MST-SA-teamet hele døgnet alle ugens dage.

BEHANDLINGSFORLØBET FOR MST-SA

Behandlingsforløbet består af følgende elementer, som alle gennemføres i samarbejde med den unges forældre og den unge:

- Afdækning af den unges forbrug, samt oplevede fordele og ulemper ved brugen af rusmidler baseret på en analyse af udløser-adfærdskonsekvens (ABC-analyse).
- Indgåelse af kontrakt om deltagelse i MST-SA-forløbet.
- Ugentlige ABC-analyser.
- Præsentation af testprocedure samt udarbejdelse af belønningssystem som et led i at motivere den unge til at reducere misbruget.
- Udarbejdelse af en ”Family drug management” plan, hvor den unge lærer strategier til at undgå og afvise tilbud om rusmidler og familien lærer, hvordan de kan støtte den unge i disse strategier.

Gennemgående for MST-SA er desuden et intensivt arbejde med at rådgive familierne i forløb om, hvordan der kan kommunikeres om rusmidler og hermed skabes et miljø i familien, hvor der kan tales om rusmidler på en konstruktiv måde.

Ved behandlingens opstart vil terapeuten starte med at introducere forældrene til behandlingen og fortælle dem, hvad de kan forvente af terapeuten og omvendt. Ifølge interviewpersoner fra de to projektkommuner er det væsentligt, at terapeuten i forbindelse med det første møde gør opmærksom på, at det er en behandlingsform, hvor man arbejder ude hos familien, men at man ud over med familien også arbejder intenst med systemerne rundt om den unge, såsom skolen. Hvis forældrene har besluttet, at familien skal være en del af et MST-SA-forløb, forsætter terapeuten arbejdet med at afdække karakteren af den unges rusmiddelforbrug og intensiteten i forbruget, som blev påbegyndt i visitationsprocessen. I forbindelse hermed afdækkes det fx, hvornår den unge bruger rusmidler, og om den unge indtager dem sammen med andre. Herudover er det væsentligt at få en forståelse af den unges egen oplevelse med at bruge rusmidler, da der kan være tale om selvmedicinering i forbindelse med fx ADHD, hvorfor der kan være behov for, at der igangsættes en psykiatrisk udredning. Herefter arbejder man med at identificere måder og personer, som kan støtte den unge i at reducere eller fjerne misbruget. Et centralt element i de ugentlige samtaler med terapeuten er at give familien og den unge redskaber/strategier til at håndtere problemer udløst af brugen af rusmidlerne. Har den unge eksempelvis tidligere røget hash i forbindelse med fester eller i andre sociale sammenhænge, kan det være relevant at tale med den unge og forældrene om, hvordan de kan udarbejde strategier til at undgå at blive fristet til at ryge hash i disse situationer, samt hvordan forældrene kan støtte den unge til at undgå dette.

I forbindelse med samtalerne foretager terapeuten desuden løbende analyser af de forskellige årsager til den unges adfærd. Har en familie eksempelvis et mål om, at den unge skal komme hjem om aftenen, men oplever, at det er vanskeligt at holde fast i dette over for den unge, laver terapeuten en analyse af, hvad det er, der gør, at dette er svært, og herefter hjælper terapeuten forældrene med at finde frem til strategier, der kan fastholde den ønskede praksis og håndtere eventuelle konflikter med den unge i den pågældende situation.

POINT- OG NIVEAUSYSTEM

Monitoreringen af den unges brug af rusmidler sker med afsæt i resultatet af den ugentlige urintest. De unge belønnes for rene urintest, mens de ingen belønning modtager for ikke-rene test. Belønningerne gives i form

af point, hvor hvert point svarer til et bestemt beløb, som den unge fx kan spare op og bruge til at købe noget for. Pointsystemet er sammensat således, at der er i alt tre niveauer, hvor belønningerne bliver større, når den unge rykker til et nyt niveau. Herudover aftales det med forældrene, at rene test skal udløse bestemte privilegier, såsom lov til at gå i byen i weekenden, få sin livret til aftensmad eller lignende. Når den unge har opnået et bestemt antal rene test i træk, rykker den unge et niveau op.

Interviewpersonerne fra projektkommunerne fortæller, at de unge generelt tager godt imod at skulle testes. Såfremt den unge nægter at blive testet, vil testen blive registreret som værende ikke-ren, og den unge vil ikke modtage belønning/privilegier. Herudover oplever interviewpersonerne fra projektkommunerne, at pointsystemet giver mulighed for at kunne skabe ny tillid mellem den unge og forældrene, og at særligt privilegierne medvirker til, at den unge føler sig anerkendt af forældrene.

U-TURN

U-turn-modellen er afprøvet i henholdsvis Horsens og Helsingør Kommune. Modellen bygger på en systemisk problemforståelse, hvor den unges problemer anskues som skabt og opretholdt gennem de systemer, som den unge indgår i. I U-turn ses rusmidlerne derfor som et symptom på øvrige problemer i den unges liv, hvilket bl.a. betyder, at den unges familie/netværk og andre relevante samarbejdspartnere, såsom skolen, inddrages i behandlingen. I behandlingen er der derfor fokus på at arbejde med flere aspekter af den unges liv samtidig, fx familierelationer og fysisk og psykisk sundhed og skolen, da erfaringer viser, at positive forandringer på andre områder har en positiv indvirkning på de unges rusmiddelforbrug.

I arbejdet med den unge anvendes metoder inspireret af systemiske, anerkendende, narrative og løsningsorienterede tilgange. Der hentes desuden inspiration fra andre beslægtede tilgange – fx den motiverende samtale og kognitiv terapi.

Modellen omfatter en række delindsatser, som vi beskriver nærmere senere i afsnittet. De forskellige indsatser er:

- Åben og anonym rådgivning
- Individuelle behandlingsforløb og evt. gruppeforløb

- Daggrupper (kombineret skole- og behandlingstilbud)
- Forældregrupper

Herudover rummer modellen et konsulenttilbud, som yder rådgivning til relevante aktører, fx sagsbehandlere, skoler og fritidsordninger, herunder hjælp til udredning for aktuelle problemer, som den unge kan have, hvis der er behov for det. Der er ikke særlige krav til de unge og deres familierelationer, som skal være opfyldt for at indgå i behandling. Modellens målgruppe omfatter dermed både hjemmeboende og anbragte unge, unge i egen bolig og unge, der er boligløse.

VISITATION OG VARIGHED

Ofte sker den første henvendelse fra de unge under 18 år i den anonyme rådgivning på foranledning af forældre eller det professionelle netværk. Nogle af de unge er i starten skeptiske over for tilbuddet, da de ikke selv oplever, at de har et problemgivende forbrug af rusmidler, som kræver behandling.

Varigheden af et forløb varierer, alt efter hvilken indsats under U-turn, der er tale om. Som udgangspunkt består et anonymt rådgivningsforløb af 3-5 anonyme samtaler. De øvrige indsatser i U-turn er berammet til følgende varighed:

- Individuel behandling: 6-12 måneder
- Daggrupper: 6-8 måneder + 2-4 måneders efterbehandling
- Forældregrupper: 4 aftener fordelt over 2 måneder samt et gensynsmøde 3 måneder efter endt gruppeforløb

Varigheden af behandlingen i U-turn er dog individuel og bestemmes af, hvornår den unge er forankret i en stabil hverdag. Derudover arbejder U-turn med en konsulentfunktion, som vi beskriver senere i kapitlet.

BEHANDLING

Indgangen til U-turn er den anonyme rådgivning, men grænsen mellem rådgivning og behandling er flydende. Det er centralt for modellen, at de enkelte delelementer ikke ses isoleret fra hinanden. I det følgende gives en kort beskrivelse af de forskellige indsatser i modellen.

ANONYM RÅDGIVNING

Den anonyme rådgivning er som minimum åben for henvendelser to dage om ugen, og mindst en gang om ugen skal rådgivningen have åbent til minimum kl. 19. Alle kan henvende sig i den anonyme rådgivning, og behandlerne fortæller, at både unge, forældre, øvrige pårørende og professionelle (fx lærere, kontaktpersoner, sagsbehandlere osv.) bruger rådgivningen. Ud over personlig henvendelse er der mulighed for telefonisk eller elektronisk henvendelser. Rådgivningssamtalerne kan både være individuelle samtaler eller samtaler, hvor der deltager flere parter, såsom både den unge og dennes forældre, eller samtaler med deltagelse af professionelle eller andre relevante aktører. Rådgivningssamtalerne kan både omfatte oplysning om rusmidler, U-turns tilbud eller lignende, men kan også bestå af en dialog med den unge, som er af behandlingsmæssig karakter. I rådgivningen vurderer behandleren, om den unge har behov for yderligere behandling i U-turn, om behandlingen kan afsluttes i rådgivningen, eller om den unge skal henvises til et andet tilbud. I sidste tilfælde kan rådgiveren i forbindelse med samtalerne arbejde med at brobygge til relevante tilbud. En andel af U-turns unge gennemgår altså kun et forløb i den anonyme rådgivning og bliver ikke indskrevet i selve behandlingen.

Nogle af de interviewede behandlere vurderer, at anonymiteten medvirker til, at flere søger tilbuddet om rådgivning. Herudover fortæller behandlerne, at særligt de unge lægger vægt på, at behandleren ikke er fordømmende, når han eller hun omtaler den unges brug af rusmidler.

INDIVIDUEL BEHANDLING

Når en ung bliver indskrevet i et behandlingsforløb, ophører anonymiteten. Når der er tale om en ung under 18 år, kræver en indskrivning samtykke fra den unges forældre og kommunale sagsbehandler, og herudover skal der påbegyndes en § 50-undersøgelse (børnefaglig undersøgelse). Individuel behandling er et tilbud til unge, som enten allerede har et skole/uddannelsestilbud eller anden daglig beskæftigelse i form af et arbejde, og unge, som ikke ønsker at indgå i gruppebehandling (beskrivelse heraf følger i næste afsnit). Hvis sidstnævnte er tilfældet, og den unge dermed ikke har daglig beskæftigelse eller tilknytning til skole/uddannelse, er det vigtigt at samarbejde med relevante aktører om at finde et passende skole-/beskæftigelsestilbud til den unge. Det er derfor væsentligt, at behandlerne har et overblik over relevante samarbejdsparter

ner og aktører (skoletilbud, kontaktpersoner, UU-vejledning⁵, sagsbehandlere, praktik osv.), der har kontakt med den unge. Netværkssamarbejdet er derfor en stor del af behandlernes arbejde, og den unges forældre og sociale netværk inddrages desuden løbende i behandlingen, fx i forbindelse med familiesamtaler.

Da det individuelle behandlingsforløb oftest er en forsættelse af det anonyme rådgivningsforløb, er det som oftest rådgiveren fra de anonyme samtaler, der fortsætter som den unges behandler. Behandleren og den unge mødes cirka en gang om ugen til individuelle samtaler. Den individuelle behandling kan dog også bestå af andre aktiviteter som behandleren og den unge foretager sig sammen, såsom gåture, sport eller lignende.

DAGGRUPPER

Daggrupper er et tilbud til unge mellem 14 og 18 år, som ikke er aktivt tilknyttet et skoletilbud eller er en del af anden form for meningsfuld beskæftigelse. Daggruppen har fast skema alle ugens dage med undervisning, individuelle samtaler og gruppesamtaler. Undervisningen tilrettelægges efter den unges individuelle niveau, og der er mulighed for at tage folkeskolens afgangseksamen i dansk, matematik og engelsk. Sideløbende hermed fungerer daggruppen som brobygger til mere permanente skole-/uddannelses-/beskæftigelsestilbud, da det er centralt mål for indsatsen, at de unge er forankret i en anden form for uddannelse/arbejde, inden de forlader daggruppen. De unge i daggrupperne får serveret morgenmad og frokost hver dag, og herudover er andre aktiviteter af både fysisk, kreativ og kulturel karakter et væsentligt element i hverdagen i daggruppen. Såvel kosten som de øvrige aktiviteter fungerer både som sociale elementer i hverdagen, men også som en måde at arbejde med de unges sundhed, velvære og selvopfattelse på. Ligesom i den individuelle behandling tilstræbes der et tæt samarbejde med den unges familie, og alle forældre tilbydes deltagelse i forældregrupper.

FORÆLDREGRUPPER

Forældregrupperne er både for forældre, der har børn i behandling, og forældre, der har unge med et problematisk forbrug af rusmidler, som ikke er i behandling. Formålet med forældregrupperne er at støtte foræl-

5. Ungdommens Uddannelsesvejledning, hvor unge kan få vejledning om uddannelse og fremtidigt erhverv.

drene i, hvordan de kan være med til at skabe en forandring hos den unge. Herudover er grupperne et rum, hvor forældrene kan tale frit om de udfordringer, de oplever med den unge, sammen med andre i en lignende situation. En af de interviewede behandlere fortæller eksempelvis, at han oplever, at nogle af de forældre, som henvender sig i den anonyme rådgivning, mangler nogle at snakke med om deres oplevelser/problemer med at have en søn/datter, der bruger rusmidler, hvorfor de kan have stor gavn af at møde forældre i samme situation og samtidig få undervisning i, hvordan de eksempelvis kan gå i konstruktiv dialog med den unge om brugen af rusmidler.

Gruppeforløbet er struktureret som en kombination af oplæg om relevante temaer, tid til refleksion, dialog og konkrete øvelser. Der er tilknyttet to U-turn-medarbejdere til hvert gruppeforløb. Medarbejdernes opgave er dels at planlægge forløbet og dels at lede gruppeaftnerne.

RUSMIDDELFAGLIG KONSULENTFUNKTION

Konsulentfunktionen omfatter sparring, undervisning og hjælp til relevante aktører, såsom ungedarbejdere, myndighedssagsbehandlere, skole, politi, uddannelsesvejledere osv. Herudover kan der være tale om assistance i konkrete sager i form af eksempelvis hjælp til en udredning. Konsulentfunktionen vurderes at være et vigtigt led i at opspore problemer relateret til rusmidler så tidligt som muligt bl.a. ved, at aktører, som arbejder med unge, er opmærksomme på, hvordan de kan opdage en rusmiddelproblematik hos en ung. Endelig kan der være tale om fremskudt rådgivning, hvor rådgivere tager ud på eksempelvis institutioner og møder den unge der, eller indgår i rådgivningsforløb i form af konsultations- og sparringsmøder med de professionelle, der har den daglige kontakt med de unge.

U18

U18 er afprøvet i henholdsvis Odense og Aalborg Kommune. Modellen er et frivilligt kognitivt behandlingstilbud til unge, som har et problematisk forbrug af rusmidler⁶. I arbejdet med de unge benytter behandlerne kognitive, dynamiske og adfærdsterapeutiske metoder. Herudover er be-

6. I U18 arbejdes der med Mads Uffe Pedersens (Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet) kategorisering af unges forbrug, misbrug og afhængighed af rusmidler, se boks 1.2.

handlingen baseret på *best practice*, hvilket betyder, at behandlerne konstant holder sig opdateret på den aktuelt bedste viden på behandlingsområdet og kan tilpasse fremgangsmåder og metoder til denne viden (ofte forskningsbaseret, men også ekspertudsagn mv.).

U18 kan opdeles i forskellige indsatses i form af rådgivning/udvidet rådgivning⁷, udredning, individuel behandling og forældrekurser. Der arbejdes ud fra en anerkendende tilgang, hvor den unge indgår som en aktiv samarbejdspartner i sit eget forløb og dermed er medansvarlig for forløbet. Flere af de interviewede behandlere lægger i forbindelse hermed vægt på at have fokus på den unges liv som helhed og at betragte den unge som værende ung frem for som misbruger eller andet, som kan virke stigmatiserende og fremmedgørende. Rusmiddelbruget anskues endvidere som værende et symptom på andre problemer i den unges liv, hvorfor der i forløbet er et tæt samarbejde med forældre og andre aktører omkring den unge, som er relevante for behandlingsindsatsen. U18-behandleren fungerer i forbindelse hermed som en koordinerende part, der skal understøtte en helhedsorienteret og koordineret indsats.

VISITATION OG VARIGHED

De unge, forældrene eller andre aktører i de unges netværk kan henvende sig med en bekymring for de unge i den åbne rådgivning. Via information og rådgivning beslutter den unge og forældrene, hvilken hjælp der er behov for. Behandlerne i rådgivningen sørger for den formelle kontakt til myndighedsrådgiveren, hvorefter de unge kan indskrives i den relevante behandling, herunder U18. Herudover kan myndighedsrådgivere henvise en unge direkte til udredning eller behandling. De interviewede behandlere fra de to projektkommuner fortæller, at de unge, som henvender sig, ikke nødvendigvis selv ser deres rusmiddelbrug som et problem, men er blevet ”presset” til at henvende sig af forældre eller voksne fra den unges netværk, fx skolen.

Varigheden af et forløb varierer, alt efter hvilken indsats under U18, der er tale om. Som udgangspunkt er de forskellige indsatses i U18 berammet til følgende varighed:

7. Odense Kommune har ikke haft udvidet rådgivning som en del af deres implementering af modellen.

- Informations- og rådgivningssamtale(r) om rusmiddelteamets tilbud: 1-2 samtaler.
- Udredning: 1-8 samtaler.
- Individuel behandling: Varigheden er individuelt bestemt. Af modelbeskrivelsen fremgår dog, at der i U18-modellen er en gennemsnitlig behandlingstid på ca. 1 år.
- Forældregrupper: 4 vejlednings- og informationsmøder af 3 timers varighed for forældre.

BEHANDLING

På baggrund af informations- og rådgivningssamtalen/samtalerne kan den unge sendes videre til en af de andre indsatser under U18 – udvidet rådgivning, udredning og individuel behandling – eller afsluttes/sendes videre til en anden indsats. Nogle unge stopper således forløbet efter rådgivning eller udredning. Til hver indsats i modellen er der udviklet retningslinjer til behandlerne med eksempelvis formål og indhold. I det følgende gives en kort beskrivelse af de forskellige indsatser i modellen.

INFORMATION OG RÅDGIVNING SAMT UDVIDET RÅDGIVNING⁸

De 1-2 informations- og rådgivningssamtaler har dels fokus på at få information fra den unge og forældrene om baggrunden for henvendelsen, og dels fokus på rådgivning fra behandleren omkring, hvilken indsats der er relevant for den unge at indgå i. Herudover er der ifølge modelbeskrivelsen fokus på den unges forbrug af rusmidler, eventuelle ”bagvedliggende” problemer i den unges liv og den unges ressourcer. Rådgiveren orienterer desuden om målet med behandlingen samt behandlingens varighed og indhold og endelig om, at behandling og udredning nødvendiggør samtykke fra den unges forældre. På baggrund af rådgivningen kortlægges den unges brug af rusmidler, og det er samtidig via disse rådgivningssamtaler, at den unge kan komme i betragtning til behandling under den offentlige behandlingsgaranti.

Unge, som alene har et risikoforbrug af rusmidler, kan tilbydes en udvidet rådgivningsindsats, som består af 8 sessioner, hvor forældrene deltager i 2 rådgivningssamtaler med en forebyggelseskonsulent. Den unge deltager i 4 samtaler med en behandler fra misbrugstemaet. Forlø-

8. Vær opmærksom på, at beskrivelsen af udvidet rådgivning ikke gælder for Odense Kommune, da de ikke har implementeret denne del af modellen.

bet afsluttes med 2 rådgivningssamtaler, hvor både den unge og forældrene deltager.

UDREDNING

Udredningen kan enten udarbejdes som led i behandlingsopstart eller være en selvstændig indsats bestilt af de sociale myndigheder med henblik på at kunne vurdere den unges behov for misbrugsbehandling eller eventuelt anbefale anden form for støtte.⁹ Formålet med udredningen er at sikre en helhedsorienteret og systematisk undersøgelse af den unges livssituation og trivsel med særligt fokus på den unges brug af rusmidler. Det er derfor en forudsætning for udredningen, at den unge skal være parat til som minimum at ville forholde sig til brugen af rusmidler og være villig til at tale om det.

Udredningen indeholder bl.a. en vurdering af fysiske, psykiske og sociale skadesvirkninger og danner grundlag for en afklaring af den unges behandlingsbehov.

INDIVIDUEL BEHANDLING OG GRUPPEFORLØB

De unge kan modtage et behandlingsforløb enten på baggrund af forudgående faglige vurdering/udredning, eller fordi de opfylder behandlingsgarantien.

Behandlingen består primært af samtaler, hvor indholdet er tilpasset den unges behov, såsom håndtering af misbrug, netværksanalyse, strategier til at undgå tilbagefald, oplysning om rusmidler osv.¹⁰ Behandlingen indeholder individuelle samtaler og i den oprindelige model også gruppeforløb. Dog arbejder ingen af de to indsatskommuner Odense og Aalborg med gruppeforløb. I behandlingen er det den unges liv som helhed, der er i fokus, og ikke udelukkende den unges brug af rusmidler. De interviewede behandlere påpeger desuden, at de, når de taler om rusmidler, gør det ud fra en forståelse af, at den unge selv måske primært ser fordele ved at bruge rusmidler, og at det er vigtigt at få afdækket disse for at finde frem til den unges motivation for at bruge rusmidler. En behandler fortæller desuden, at det også er vigtigt at forstå, at den unge ikke

9. Udredningen er desuden en del af § 50-undersøgelsen, der er en børnefaglig undersøgelse af, hvorvidt en ung trænger til særlig støtte på forskellige måder.

10. I modelbeskrivelsen er der ligeledes nævnt hjemmebesøg som en mulig aktivitet. De interviewede behandlere i både Odense og Aalborg Kommune har dog kun benyttet sig heraf i ganske få tilfælde, da dette er blevet varetaget af den unges rådgiver, hvorfor det ikke har været relevant for U18-behandleren at gøre dette.

nødvendigt kun ser en reduktion af rusmiddelforbruget som værende positivt, men kan være ambivalent i forhold til forandringen.

FORÆLDREGRUPPER

Forældregrupperne er et frivilligt tilbud til forældre, som har et barn i behandling og består af 4 vejlednings- og informationsmøder af 3 timers varighed, hvor forældrene får viden indenfor temaerne unge og rusmidler samt behandling. Herudover inddrages forældrene løbende i den unges øvrige behandlingsforløb, da forældrenes aktive medinddragelse ses som havende afgørende betydning for at skabe forandring i den unges brug af rusmidler.

IMPLEMENTERINGEN AF MST-SA, U-TURN OG U18

Vi har i et tidligere implementeringsnotat (Weatherall, Termansen & Lagoni, 2013) beskrevet, at der har været udfordringer forbundet med implementeringen af de tre behandlingsmodeller blandt andet på grund af forskellige organisatoriske og strukturelle omstændigheder i de seks kommuner.

Det kan være udfordrende at vurdere, om en model er færdigimplementeret, og om den følger kravene opstillet for den, særligt fordi implementering ikke kan ses som en enkeltstående begivenhed, hvis afslutning kan fastlægges (Rønnov & Marckmann, 2010)). Derudover har implementeringen af de tre modeller fundet sted i vidt forskellige kommuner, både hvad angår størrelse, befolkningssammensætning, sociale indsatser og økonomi mm., hvilket påvirker implementeringen af sociale indsatser som MST-SA, U-turn og U18.

Formålet med implementeringsafdækningen var derfor også at rette opmærksomhed mod indsatsernes eventuelle tilpasning, da enhver tilpasning til lokale forhold medfører en risiko for, at essentielle komponenter af indsatsen forandres eller udgår, og man derved ikke måler på indsatsen, som den er tænkt (Rønnov & Marckmann, 2010). Desuden skulle implementeringsnotatet (Weatherall, Termansen & Lagoni, 2013) give viden omkring implementering og udfordringer i forbindelse hermed samt benyttes til en fremtidig udrulning af modellerne eller lignende sociale indsatser i de danske kommuner.

Primo 2013, hvor data vedrørende implementeringen blev indsamlet, tegnede der sig et overordnet billede af, at implementeringen i grove træk var færdig, dvs. at behandlingerne kørte efter hensigten i de seks kommuner (hvis vi ser bort fra enkelte delelementer i U-turn-modellen). Vi skal desuden understrege, at både modelejerne og behandlerne på tidspunktet for implementeringsafdækningen mente, at modellerne var tro mod modelbeskrivelserne. Modellerne har desuden været udsat for intensiv ugentlig supervision i projektperioden, hvilket har medvirket til at sikre en ordentlig og effektiv implementering. I forbindelse med evalueringen er der naturligvis en sandsynlighed for, at unge, der modtog behandling i den indledende fase, ikke har modtaget behandling i en helt færdigimplementeret model.

Der har været nogle generelle udfordringer i forbindelse med implementeringen af modellerne på tværs af kommunerne, hvilket har krævet tilpasning af modellerne i visse kommuner. Vi opsummerer her de væsentligste opmærksomhedspunkter vedrørende implementeringen. For uddybende detaljer, henviser vi til implementeringsnotatet (Weatherall, Termansen & Lagoni, 2013):

- *Opstart:* Der har været behov for ændringer og justeringer i modellerne i overførslen fra én kontekst til en anden. Sådanne eller lignende ændringer er også noget, som kan blive aktuelt, hvis modellerne rulles ud i flere kommuner. For eksempel har flere af kommunerne kæmpet med at etablere de nødvendige samarbejdsrelationer, både i forhold til samarbejdskommuner, og andre relevante aktører på ungeområdet, ligesom der er forskel på, hvor misbrugsbehandlingen er placeret, og dermed hvem modellerne skal samarbejde med. Desuden vil målgruppens størrelse variere fra kommune til kommune, hvilket vil have indflydelse på, fx hvor meget enkelte dele kan og skal fylde i en model som U-turn eller U18. For eksempel arbejdes der i Odense og Aalborg (U18) ikke med gruppeforløb, mens Helsingør og Horsens ikke systematisk arbejder med at hente de unge om morgenen. Derudover er det vigtigt at være opmærksom på, at originalmodellerne (MST-SA, U-turn og U18, som de er udviklet i henholdsvis USA, København og Aarhus) har haft flere år til at etablere samarbejder, gøre sig synlige og finde sig til rette i den organisatoriske kontekst, mens kommunerne i nærværende projekt kun har haft få år. Det har naturligvis betydning for, i hvor høj grad

modellerne kan forventes implementeret og integreret i samme grad som originalmodellerne.

- *Kompleksitet:* Implementeringen af alle tre modeller har været langvarig. Flere behandlere, specielt i U-turn og U18, har givet udtryk for, at det har været udfordrende at få dele af den nye behandlingstilgang ind under huden, da den dels indebærer et særligt menneskesyn og en særlig tilgang til de unge, som det tager tid at indarbejde, og det dels har krævet tilvænning at skulle arbejde systematisk. MST-SA har haft den fordel, at behandlingen er manualbaseret. Desuden har Aarhus Kommune arbejdet med MST-behandling i en årrække, samt haft mulighed for at benytte MST-behandlerne til MST-SA-modellen. Dette har gjort det betydeligt nemmere at indarbejde SA i behandlingen i Aarhus end i Herning, hvor de var nødsaget til at ansætte uerfarne MST-SA-behandlere, som skulle lære hele metoden fra bunden.
- *De kommunale rammer:* De fleste behandlerteams i kommunerne har haft udfordringer i forhold til at skulle etablere samarbejde opadtil i systemet og få den kommunale ledelse til at anerkende modellerne og engagere sig i dem. Problemet har været, at modellerne oprindeligt blev rullet ud midlertidigt, og derfor ikke ansås som en integreret og fast del af behandlingssystemet. Nogle behandlerteams i kommunerne har følt, at det blev anset som et midlertidigt projekt, som ledelsen ikke behøver at involvere sig i. Dette har givet en følelse af manglende støtte og hjælp til at etablere sig som et gældende tilbud.

GENERELT OM MODELLERNE OG IMPLEMENTERINGEN

Vi har ovenfor præsenteret de tre modeller og de mest centrale behandlingskomponenter. Generelt tager alle modellerne udgangspunkt i en helhedsorienteret tankegang, hvor der ikke ses isoleret på den unges forbrug af rusmidler. Dog er der variationer i, hvordan den helhedsorienterede tilgang kommer til udtryk i praksis.

Vi opridses nedenfor nogle væsentlige opmærksomhedspunkter vedrørende modellernes forskelle. Disse forskelle er vigtige at holde sig for øje i gennemgangen af selve resultaterne senere i rapporten, da de har betydning for blandt andet målgruppen:

- De unge visiteres forskelligt i modellerne.
- Målgrupperne i de tre modeller er vanskelige at adskille skarpt fra hinanden, men det kan dog siges, at MST-SA, modsat de to andre modeller, har klare krav til den unges familie eller værge, mens U18 har ønsker til den unges kognitive færdigheder. U-turn har derimod ingen ultimative krav til deres målgruppe, men har fx en daggruppe, der typisk tager sig af yngre unge med særlige vanskeligheder forbundet med skolen.
- Alle behandlingerne er helhedsorienterede, men der er forskel på behandlingstilgangen. En grundlæggende forskel er arbejdet med den unge, som i MST-SA foregår gennem familien/de primære omsorgsgivere, og i U-turn og U18 foregår gennem en direkte kontakt med den unge og inddragelse af forældrene, hvor det er muligt. Selvom der ikke er en skarp opdeling, ser vi desuden, at MST-SA, grundet sit manualbaserede behandlingsforløb, adskiller sig fra de andre to modeller med flere faste elementer såsom rusmiddeltest, pointsystem og skriftlige analyser, som skal anvendes, om end rækkefølgen tilpasses den enkelte families behov. U-turn og U18 tager i højere grad udgangspunkt i samtalen og mødet med den unge og dennes behov, som bliver udgangspunktet for behandlingen.

EFTER PROJEKTETS AFSLUTNING

De seks kommuner, som har afprøvet én af de tre behandlingsmodeller, har fået delvis finansiering til at køre indsatserne i projektperioden. Det har efterfølgende været kommunernes egne beslutninger, hvorvidt indsatserne skulle fortsætte. Alle seks kommuner har valgt at fortsætte behandlingsindsatserne, nogle med mindre kommunale tilpasninger. MST-SA's udviklere har desuden besluttet, at SA-delen fremover skal indgå som en integreret del af MST-standardbehandlingen.

EVALUERINGSDESIGN OG DATAINDSAMLING

I dette kapitel beskriver vi evalueringsdesignet, de datakilder, vi har anvendt til evalueringen, samt baggrunden herfor. Vi kombinerer kvalitative og kvantitative metoder i undersøgelsen. De kvantitative metoder bruger vi til at se på den generelle udvikling for de unge, der har været i misbrugsbehandling i en af de tre modeller, mens de kvalitative metoder uddyber og perspektiverer nogle af resultaterne samt forklarer de unges situation og oplevelser med behandlingerne.

Ét af hovedformålene med nærværende projekt har været at evaluere de tre behandlingsindsatsers effekt. Den ideelle måde at gøre dette på er gennem et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT), hvor effekten isoleres og undersøges ved at udvælge en gruppe af personer i målgruppen og dele personerne tilfældigt (randomisere) i to grupper – en gruppe, der får indsatsen, og en kontrolgruppe, der ikke modtager indsatsen. Et sådant design kan dog være udfordrende at gennemføre, når det kommer til sociale indsats, hvilket også har været tilfældet i nærværende undersøgelse. Vi har således ikke haft mulighed for at randomisere unge til behandling, dels fordi det ville være etisk uforsvarligt at lade unge med et behandlingsbehov vente, og dels – i forlængelse heraf – fordi vi i Danmark har behandlingsgaranti på misbrugsbehandlingsområdet, hvilket sikrer, at unge med behov for behandling får tilbudt en indsats inden for to uger i kommunerne.

I stedet for at bruge et randomiseret design har vi valgt at evaluere indsatserne via en før- og eftermåling, hvor vi kigger på de unges udvikling over tid, fra de starter i behandling, til de afslutter behandling. Denne metode giver gode indikationer af behandlingernes virkning for de unge, selvom vi ikke entydigt kan sige, at det er behandlingen, som er årsag til et eventuelt reduceret forbrug hos de unge.

Derudover har vi sammenlignet de unges forbrug af rusmidler efter endt behandling, med en gruppe bestående af unge, som har været i misbrugsbehandling i årene 2008-2011. Denne sammenligningsgruppe består af unge, som har modtaget kommunale behandlingstilbud i 30 forskellige danske kommuner (Pedersen & Frederiksen, 2012), og data på denne gruppe er indsamlet af Center for Rusmiddelforskning (CRF) i databasen UngMAP. Oprindeligt var det tænkt, at vores data skulle sammenlignes med et nyere datasæt indsamlet af CRF baseret på et opdateret spørgeskema. Vi har derfor i vores spørgeskema anvendt en række af de samme spørgsmål, som CRF anvender i dette nyere skema. På nuværende tidspunkt er datagrundlaget fra sammenligningsgruppen dog for lille til at foretage en sammenligning. Vi har derfor sammenlignet med det ældre datasæt fra de 30 kommuner. Denne database består af besvarelser fra 739 unge ved indskrivning i behandling og 182 unge 6 måneder efter behandling. Da vores spørgsmålsformuleringer ikke er helt identiske med UngMAPs, har det kun været muligt for os at sammenligne udviklingen i de unges forbrug af hash.

Vi har desuden suppleret før- og eftermålingen med et kort opfølgende spørgeskema, som blev sendt til de unge, efter at de havde forladt behandlingen.

De kvalitative data består af oplysningerne fra interview med både behandlere, modelejere og unge, som har modtaget behandling. Interviewene er dels foretaget i starten af projektperioden for at se på implementeringen, og dels i slutningen af projektperioden for at se på behandlernes og de unges erfaringer med behandlingen.

HVAD MÅLER VI PÅ?

De ændringer, vi ser på, er ikke afgrænset til selve reduktionen eller ophøret af rusmiddelforbruget, men involverer en række faktorer, som sammen og hver for sig har betydning for de unges trivsel, jf. behandlingsindsatsernes fælles mål beskrevet i kapitel 1.

De tre behandlingsindsatser har i forbindelse med deres målsætning beskrevet et af deres fælles langsigtede mål som ”generel normalisering, baseret på valgmuligheder og selvforsørgelse og minimum af sociale problemer”. Normalisering kan betyde mange ting og tager udgangspunkt i en mere eller mindre fast konsensus om, hvad det vil sige at være normal eller leve et ”normalt” liv. Der eksisterer altså ikke et facit for, hvad normalisering indebærer. Et ”normalt” liv kan således betyde mange forskellige ting og vil ganske givet også betyde forskellige ting for forskellige unge. I en bred forstand kunne det handle om de unges livssituation, når de når ind i voksenlivet, fx om de har fået tilknytning til arbejdsmarkedet, har holdt sig ude af kriminalitet, har et stabilt liv med familie og fast indkomst mv. Dette er dog mål, som først kan undersøges mange år fra nu, hvorfor vi ikke får mulighed for at gå nærmere ind i disse langsigtede mål i denne undersøgelse. Vi tager dog udgangspunkt i nogle væsentlige aspekter af ungdomslivet, som ofte er afgørende for trivsel og for muligheden for at indgå i almindelige sociale og samfundsmæssige sammenhænge både på kort og længere sigt. Disse kan således være indikatorer på, hvorvidt de unge er på vej mod en generel normalisering. Det er desuden aspekter, som alle tre behandlingsindsatser arbejder med i større eller mindre grad. I nærværende rapport drejer det sig om følgende konkrete udfaldsmål:

- Rusmiddelforbrug
- Skolegang
- Forhold til familie og venner
- Psykisk trivsel
- Kriminalitet.

For at kunne foretage evalueringen har det været nødvendigt at indsamle data via spørgeskemaer, hvilket vi uddyber i følgende afsnit.

KVANTITATIVE DATA

SPØRGESKEMAER

En vigtig datakilde i undersøgelsen er spørgeskemaerne, som de unge, der har modtaget behandling i én af de tre indsatser, har skullet udfylde tre gange, ved:

- Indskrivning (ved behandlingens start)
- Afslutning (ved behandlingens afslutning)
- Opfølgning (planlagt til 6 måneder efter behandlingens afslutning).

De tre udfyldningstidspunkter har givet mulighed for at følge og se på de unges udvikling over en længere periode. Ind- og udskrivningsskemaerne har skullet udfyldes elektronisk på behandlingsstedet sammen med behandlerne, mens opfølgningsskemaet er blevet sendt til den unge og udfyldt i papirform.

De skemaer, som vi har anvendt til evalueringen, tager som nævnt udgangspunkt i dokumentationsredskabet UngMAP udarbejdet af CRF. UngMAP er et skema til kortlægning af unges brug af rusmidler og relaterede relevante ungdomstemaer og problemstillinger, såsom sociale relationer, familieforhold, skole, arbejde osv.

Ud over en række af UngMAP-spørgsmålene indeholder skemaerne ekstra spørgsmål, som blandt andet er hentet fra U-turn i Københavns omfattende dokumentationsredskab SAUL (Struktureret Afdækning af Unges Levevilkår) udarbejdet af Dan Orbe¹¹.

Hovedemnerne, som vi spørger om ved ind- og udskrivning, er:

- Personoplysninger, kontaktoplysninger, køn, alder mv.
- Bopælsoplysninger, som bopæl og med hvem
- Tilknytning til skole
- Tilknytning til beskæftigelse
- Rusmiddelbrug, såsom hvad, hvor meget, hvor mange penge der bruges, hvor ofte, debut mv.
- Socialt brugsmønster, dvs. hvordan indtager den unge sine rusmidler, hvornår og med hvem
- Venner, familie og rusmidler, såsom hvor mange venner de unge har, tager de rusmidler, tager forældrene rusmidler mv.
- Nuværende netværk og relationer til familie og venner
- Fysisk og psykisk velvære som diagnoser og velbefindende
- Kriminalitet.

Indskrivningsskemaet er mere omfattende end udskrivningsskemaet, idet vi har udeladt baggrundsspørgsmål fra udskrivningsskemaet. Det drejer sig fx om spørgsmål om debutalder for rusmidler og lignende. Vi har

11. Dan Orbe er en af initiativtagerne bag U-turn.

valgt at lave opfølgningsspørgeskemaet kort for at få en så høj svarprocent som muligt. Opfølgningsundersøgelsen beskrives i detaljer senere i kapitlet. I det følgende beskriver vi dataindsamlingen ved ind- og udskrivningen.

INDSAMLING AF DE ELEKTRONISKE SPØRGESKEMAER VED IND- OG UDSKRIVNING

Spørgeskemainsamlingen blev igangsat i maj 2012 og blev i første omgang varetaget elektronisk af en ekstern dataleverandør. Imidlertid opstod der så mange problemer med det elektroniske system, at SFI Survey blev bedt om at overtage den elektroniske dataindsamling. SFI Survey har derfor stået for indsamling af spørgeskemadata fra juni 2013. Selvom den indledende periode af projektet har været afsat til implementering, hvilket for flere af kommunerne har taget noget tid (jf. kapitel 2), har nogle kommuner allerede i den indledende periode taget unge ind i behandling, dvs. inden spørgeskemaerne blev taget i brug. Desuden har problemerne med det første elektroniske registreringssystem muligvis betydet, at nogle unge ikke er registreret i systemet. I nogle tilfælde er data blevet indtastet senere af behandlerne baseret på systematiske registreringer af hovedvariable som rusmiddelforbrug, boform, skolegang osv., som foretages i modellerenes egne registreringssystemer. I andre tilfælde har det ikke været muligt at få oplysninger om den unge. Ud over problemerne med at få det elektroniske spørgeskema til at virke, har det også været en udfordring at få de unge til at besvare alle spørgsmålene i spørgeskemaet, især i forbindelse med udskrivningen. Også i disse tilfælde er data, hvor muligt, indtastet på baggrund af modellernes egne registreringer.

ANTAL BEHANDLINGSFORLØB

Som nævnt i kapitel 1 er det vanskeligt at komme med et præcist bud på, hvor mange unge der modtager behandling for et rusmiddelforbrug i Danmark. Det estimeres dog, at den samlede gruppe af unge udgør et sted mellem 600 og 1.200 unge årligt (jf. kapitel 1). I nærværende evaluering har vi at gøre med en lille skare af disse unge, som vi har indsamlet data på. Samlet set har ca. 391¹² unge været indskrevet i et behandlings-

12. Vi kan ikke angive det præcise tal, da registreringen af de unge i kommunerne ikke har været helt udførlig. Udregningen af kommunernes indskrevne unge er derfor baseret på en kombination af spørgeskemaindberetninger og indsendte oplysninger fra kommunerne.

forløb i én af de seks kommuner, som har indgået i evalueringen fra 2011 til og med 2014. Fordelt på de enkelte kommuner ser tallene ud som vist i tabel 3.1.

TABEL 3.1

Unge i behandling fordelt på de tre modeller. Særskilt for udfyldte spørgeskemaer. Antal.

Model:	Kommune	Antal unge indskrevet i behandling	Antal unge med ind- og udskrivnings-skema	Antal unge med kun indskrivnings-skema	Antal unge med kun udskrivnings-skema	Ingen data eller manglende rus-middeldata
MST-SA	Herning	37	12	3	0	22
	Aarhus	49	31	3	0	15
U-Turn	Horsens	62	22	21	3	16
	Helsingør	53	38	8	1	6
U18	Odense	131	50	38	7	36
	Aalborg	59	24	33	1	1
	Total	391	177	106	12	96
<i>Anonym rådgivning</i>						
	Horsens	Helsingør ¹				
Unge ²	104 + 62	129 + 53				
Andre	282	Ukendt				

1. Helsingørs optælling af anonyme (129) dækker over unge op til 25 år, da behandlingen her også modtager unge over 18.
2. Antallet af anonyme unge opgivet under anonym rådgivning dækker over alle unge, som har været i kontakt med U-turn, inklusive de unge, der efterfølgende er blevet indskrevet i behandling.
Horsens: 104 kun i anonym rådgivning, 62 i anonym rådgivning og efterfølgende indskrevet i behandling.
Helsingør: 129 kun i anonym rådgivning, 53 i anonym rådgivning og efterfølgende indskrevet i behandling.

Kilde: Spørgeskemaer fra unge og indberetninger fra kommunerne.

I tabel 3.1 fremgår antallet af unge, som har været indskrevet i behandling inden for hver af de tre behandlingsmodeller. Kommunernes registreringer viser, at i alt 391 unge har været indskrevet i behandling i løbet af projektperioden.

Tabellen viser ligeledes det samlede antal af anonyme henvendelser i U-turn. Af de unge, der har været i et anonymt rådgivningsforløb, er der en gruppe, som ikke efterfølgende er blevet indskrevet i behandling. Disse unge har vi ikke haft mulighed for at inddrage i analysen af anonymiseringsårsager. Som tallene viser, er der en stor gruppe unge, som kun har modtaget anonym rådgivning, nemlig 104 unge i Horsens, mens 129 unge har modtaget anonym rådgivning i Helsingør uden et efterfølgende behandlingsforløb. Derudover har en række andre aktører – som forældre, pårørende og professionelle – modtaget rådgivning. Det er vigtigt at understrege, at den anonyme rådgivning, selvom den ikke

bliver evalueret, er et væsentligt behandlingsselement i U-turn, og der er potentielt unge i denne gruppe, som har fået hjælp udelukkende i den anonyme rådgivning til at håndtere deres rusmiddelforbrug, eller er blevet henvist til anden behandling. Derudover viser tallene på de anonyme henvendelser, at U-turn potentielt har en langt større kontaktflade end de øvrige modeller, hvilket kan have en forebyggende effekt, idet nogle unge måske får behandling tidsnok i rådgivningen til at undgå yderligere foranstaltninger. Dette har vi dog desværre ikke mulighed for at gå nærmere ind i.

Vi har, som nævnt, i undersøgelsen været udfordret af manglende spørgeskemabesvarelser. Vi har valgt at definere et spørgeskema som udfyldt, når det som minimum indeholdt detaljerede oplysninger om rusmiddelforbruget, og som tabel 3.1 viser, er der en diskrepans mellem antallet af unge, som kommunerne har haft i behandling, og antal besvarede spørgeskemaer. Særligt har det været vanskeligt at få mange besvarelser ved udskrivning, og herudover har det været en udfordring, at nogle skemaer kun er besvaret delvist. Det er således ikke alle indskrevne unge, som indgår i analyserne. Tidligere studier har netop vist, at et af de centrale problemer for unge og voksne i misbrugsbehandlingsprogrammer er, at de springer fra, før de er færdigbehandlet, og selv inden første samtale med en behandler (Pedersen & Pedersen, 2013). De manglende udfyldelser skyldes da også dels, at nogle unge har afsluttet et behandlingsforløb før tid, og dels at nogle unge er afsluttet, hvorefter det ikke har været muligt at få dem ind på behandlingsstedet for at udfylde et skema. I de tilfælde, hvor en ung ikke har kunnet udfylde et skema, har vi bedt behandlerne udfylde væsentlige baggrundsoplysninger, afslutningsårsag samt oplysninger vedrørende den unges forbrug, hvis behandleren har haft disse oplysninger.

Samlet set betyder dette, at vi ud af de 391 indskrevne unge har 177 unge, der som minimum har besvaret rusmiddelspørgsmålene i både indskrivnings- og udskrivningsskemaet. Når vi dykker ned i andre variable, bliver der færre unge. Behandlerne har her fået mulighed for at registrere årsagen til den unges afslutning og udeblivelse. Det er på baggrund af disse besvarelser, at vi har set på årsagerne til, at de unge er afsluttet i behandling.

TABEL 3.2

Unge, der har været i behandling, fordelt efter årsager til behandlingsafslutning blandt alle unge. Særskilt for de tre modeller. Procent og totalt antal.

Årsag til behandlingsafslutning:	MST-SA	U-turn	U18
Færdigbehandlet	49	23	23
Afsluttet efter eget ønske	0	12	12
Udeblevet	1	16	6
Bortvist eller afsluttet af behandler	1	0	1
Fraflyttet/overflyttet	7	7	10
Henvist til anden behandling	5	7	13
Afsluttet, grund ukendt	6	8	1
Manglende udskrivningsdata ¹	5	17	20
Ingen data	27	10	15
Unge, antal	86	115	190

Anm.: N = 391

1. Ved disse unge er der ikke udfyldt udskrivningsskema. De kan således være stoppet før tid eller stadig være i behandling.

Kilde: Spørgeskemaer til de unge.

Tabel 3.2 viser afslutningsårsagerne for det antal unge, der har været indskrevet i behandling. Her ser vi, at MST-SA har cirka dobbelt så mange færdigbehandlede unge som U-turn og U18 med 49 pct. færdigbehandlede unge mod 23 pct. hos de øvrige to modeller. En vis andel af de ikke-færdigbehandlede unge er afsluttet, fordi de er henvist til anden behandling eller fraflyttet. Noget af forklaringen på, at der er flere i MST-SA, som er færdigbehandlet ved udskrivningen, end i de øvrige modeller, kan være, at de unge i U-turn og U18 kan afslutte forløbet efter eget ønske eller vælge helt at udeblive fra den sidste samtale, mens det er forældrene i MST-SA, der i sidste ende beslutter, om forløbet skal afsluttes, eller om de udebliver fra sidste samtale.

Dog er der hos alle modeller også en gruppe af unge, der mangler udskrivningsdata på. Dette kan enten betyde, at de unge har afsluttet behandlingsforløbet uden at udfylde et skema, eller at de stadig er indskrevet. Ser vi på det samlede antal unge, der har gennemført et behandlingsforløb og er færdigbehandlede, drejer det sig om 112 unge svarende til 28 pct. af de unge. Det betyder dermed også, at 72 pct. af de, som har været indskrevet i behandling, ikke har gennemført et behandlingsforløb. Her skal naturligvis tages højde for, at en vis andel (ca. 30 pct. i hver model) kan være uafsluttede, fordi de stadig er i behandling, eller fordi der ikke er foretaget registreringer på dem.

Nogle af de manglede besvarelser kan skyldes, at de unge er indskrevet, før det elektroniske spørgeskema var oppe at køre, ligesom nogle af de unge med kun indskrivningsskema stadig kan være i behandling.

I de efterfølgende kapitler vil vi se på behandlingens betydning for de 177 unge, som vi har gentagende målinger på. I tabel 3.3 er derfor angivet afslutningsårsagerne for de unge, som vores analyser baserer sig på.

TABEL 3.3

Unge, der har været i behandling og har udfyldt ind- og udskrivningsskemaer, fordelt efter årsager til behandlingsafslutning. Særskilt for de tre modeller. Procent og totalt antal.

Årsag til behandlingsafslutning:	MST-SA	U-turn	U18
Færdigbehandlet	79	40	42
Afsluttet efter eget ønske	0	17	15
Udeblevet	0	25	7
Bortvist eller afsluttet af behandler	2	0	1
Fraflyttet/overflyttet	12	10	19
Henvist til anden behandling	2	8	16
Afsluttet, grund ukendt	5	0	0
Unge, antal	43	60	74

Anm.: N = 177.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

I tabel 3.3 ser vi således, at der blandt de 177 unge, som både har et udfyldt ind- og udskrivningsskema, er næsten 80 pct. af de unge i MST-SA, der har gennemført behandlingsforløbet, mod ca. 40 pct. af de unge i de øvrige modeller. At gennemførelsesraten er højere i MST-SA, kan, som beskrevet ovenfor, skyldes, at MST-SA primært er afhængig af forældrenes samarbejde og ikke i ligeså høj grad er afhængig af de unges fremmøde som de to øvrige modeller. Vi skal her gøre opmærksomme på, at den gruppe af unge, som indgår i evalueringen, således kun udgør et udsnit af den samlede gruppe af unge, som har været i behandling, og dermed ikke nødvendigvis er repræsentativ for den samlede gruppe. For eksempel ser vi en højere gennemførelsesrate blandt de unge, der indgår i evalueringen, hvilket kan have betydning for resultaterne.

OPFØLGNINGSENDERSØGELSE

Oprindeligt var det tanken at lave opfølgningsundersøgelsen som en webbaseret spørgeskemaundersøgelse, der skulle sendes ud til hver ung 6 måneder efter, at de unge havde afsluttet behandlingen. Der var dog kun meget få unge, der, på trods af, at de i spørgeskemaet svarede ja til, at vi måtte kontakte dem, opgav deres e-mailadresse. Opfølgningsundersøgelsen blev derfor i stedet foretaget på baggrund af de unges CPR-numre, idet vi via CPR-registret fik oplysninger om de unges adresser. Der blev ikke sendt spørgeskema til de unge, som havde angivet i indskrivningsskemaet, at SFI ikke måtte kontakte dem igen.

For at få så høj en svarprocent som muligt, blev den opfølgende måling foretaget ved hjælp af et meget kort papirspørgeskema, som omhandlede rusmiddelforbrug, boligforhold, skole, arbejde og tid, siden den unge stoppede i behandling. Undersøgelsen blev foretaget senere end oprindeligt planlagt, således at opfølgningsperioden i nogle tilfælde er betydeligt længere end de planlagte 6 måneder. Opfølgningen blev foretaget ad to omgange i juni og december 2014. Ved målingen i juni blev de unge, der som minimum var blevet udskrevet 6 måneder tidligere, medtaget, og ved målingen i december blev alle de øvrige udskrevne unge medtaget. De unge modtog et spørgeskema, en frankeret svarkonvolut og et gavekort på 100 kr. til Netto. Tidligere undersøgelser har vist, at svarprocenten stiger, når man sender gavekort eller andet økonomisk incitament sammen med spørgeskemaet (Edwards m.fl., 2009; Pejtersen & Jacobsen, 2014). Desuden blev adresserne skrevet i hånden, da både dette og frankerede svarkuverter også har en positiv betydning for svarprocenten (Edwards m.fl., 2009). I alt 188 unge blev inkluderet i opfølgningsundersøgelsen, og af disse svarede 73 på spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 39 pct. Af de 73 unge, som besvarede skemaet, havde 53 også besvaret både et ind- og udskrivningsskema. Vores analyse af opfølgningen er derfor foretaget på de 53 personer, som har besvaret alle tre skemaer.

Det har således ikke været muligt at lave opfølgning på alle de 177 unge, som har svaret på både et ind- og udskrivningsskema, da ikke alle disse unge har ønsket at blive kontaktet igen. Trods målgruppens sårbarhed oplevede vi, at overraskende mange af de 188 besvarede og returnerede spørgeskemaet. Dette til trods er det en meget lav svarprocent, hvis vi holder det op imod den gruppe, som både har svaret på ind- og udskrivningsskemaet (30 pct.). Blandt andet derfor skal opfølgnings-

undersøgelsens resultater tages med et vist forbehold. Desuden er det ikke utænkeligt, at de, der har svaret og returneret spørgeskemaer, også er de mest ressourcestærke, som har haft størst glæde af behandlingen.

ANALYSER AF SPØRGESKEMAER

Vi har brugt beskrivende og statistiske analyser til at se på de unges udvikling fra de starter i behandling, til de slutter (før- og eftermåling). Vi har lavet analyser for hver af de tre behandlingsmodeller, og i enkelte tilfælde har vi set på udviklingen for den samlede population, hvis svarprocenten har været for lav til at dele analysen op på de tre modeller. Da data overvejende er kategoriske, har vi anvendt χ^2 -test for binomiale variable og Cochran-Armitage-test for trend for ordinale data.

Vi har ligeledes anvendt Cochran-Armitage-test for trend for at undersøge, om rusmiddelforbruget ved opfølgningen er forskelligt fra rusmiddelforbruget ved udskrivningen. På grund af de lave antal svar har vi ikke opdelt på de tre behandlingsmodeller.

Vi har desuden sammenlignet de unges hashforbrug ved udskrivning for hver af behandlingsmodellerne med hashforbrug hos de unge i opfølgningsundersøgelsen i UngMAP. Selvom det kan virke mere naturligt at sammenligne opfølgningsdata fra de to undersøgelser, er der en mulighed for, at opfølgningsundersøgelsen i nærværende undersøgelse er biased på grund af den lave svarprocent. Vi har derfor valgt at lave sammenligningen med UngMAPs opfølgningsdata på de unges udskrivningsdata fra nærværende undersøgelse. På grund af det lave antal svar i opfølgningsundersøgelsen i nærværende undersøgelse ville det heller ikke være muligt at lave analyser for de enkelte behandlingsmodeller. Opfølgningsundersøgelsen i UngMAP er foretaget på 182 unge 6 måneder efter endt behandling. Data fra UngMAP er således anvendt som sammenligningsgruppe for de tre behandlingsmodeller. Vi har anvendt ordinal logistisk regression og kontrolleret analyserne for hashforbrug ved indskrivning, alder ved indskrivning, køn, og om den unge er hjemmeboende eller ej. Alle analyser er foretaget i SAS version 9.3.

KVALITATIVE DATA

Vi har i forbindelse med evalueringen løbende indsamlet kvalitative data fra 2011 til januar 2015. De kvalitative data er udledt af interview med

både behandlere, modelejere og unge, som har modtaget behandling. Desuden har vi løbende deltaget på styregruppemøder, til opstartsmøder samt netværksmøder med projektledere, projektlejere, behandlere, Rambøll og Socialstyrelsen. Dette har holdt os løbende opdateret omkring indsatsernes implementering samt givet os mulighed for at følge udfordringer og succeser ude i kommunerne. Fordelen ved at kombinere kvalitative og kvantitative metoder er, at de forskellige metoder kan anvendes til at perspektivere de øvrige data og derved skabe datamæssige synergieffekter og således styrke undersøgelsesresultaternes grundlag (Bergman, 2008).

INTERVIEW MED DE UNGE

Vi har til evalueringen interviewet 21 unge, som har modtaget behandling i modellerne i de seks kommuner. Formålet med at inddrage kvalitative interview er at uddybe, forklare og perspektivere resultaterne fra spørgeskemaerne. De kvalitative interview giver os herudover mulighed for at få en dybere viden om behandlingens betydning og de unges udbytte af behandlingen. Komplexiteten af de unges forbrug af rusmidler og sammenhængen mellem behandlingsoplevelser og øvrigt ungdomsliv er desuden ikke noget, der let lader sig fange via spørgeskemaer.

6 ud af de 21 interviewede unge blev interviewet i forbindelse med midtvejsnotatet ultimo 2013 og primo 2014. De resterende 15 unge har vi interviewet ultimo 2014 og primo 2015. Enkelte af de unge modtog stadig behandling på interviewtidspunktet, mens størstedelen var færdigbehandlet. De unge var mellem 15 og 20 år på interviewtidspunktet. Af de interviewede unge var der 10 piger og 11 drenge. Kontakten til de unge har vi etableret både gennem behandlerne og ved selv at ringe til de unge eller deres forældre. Vi har kun kontaktet unge, der i spørgeskemaet har sagt ja til, at vi måtte kontakte dem, og vi har så vidt muligt bestræbt os på selv at udvælge de unge ud fra nogle simple kriterier såsom køn, forbrug af rusmidler, og at de var færdigbehandlede. Det har dog været en stor udfordring overhovedet at få fat på de unge og endvidere at få de unge til at sige ja til interview, hvorfor det dels var nødvendigt at få hjælp fra behandlerne, og dels var nødvendigt at ringe rundt til alle unge, som vi havde kontaktoplysninger på.

Nedenfor i tabel 3.4 ses en oversigt over interviewede unge fordelt på kommunerne.

TABEL 3.4

Interviewede unge fordelt på de seks kommuner. Antal.

Kommune	Model	Antal interviewede unge
Aarhus	MST-SA	5
Herning	MST-SA	4
Aalborg	U18	4
Odense	U18	2
Helsingør	U-turn	3
Horsens	U-turn	3
Unge, antal		21

Kilde: Egen kvalitativ dataindsamling.

Ud over de ovenfor skitserede enkeltpersoninterview foretog vi et fokusgruppeinterview i én af U-turns daggrupper og tilbragte desuden i samme ombæring en dag sammen med daggruppen.

FREMGANGSMÅDE

Da de unges rusmiddelforbrug og eventuelle andre problemer i hverdagen gør målgruppen relativt svært tilgængelig, valgte vi at kombinere *face to face*-interview med telefoninterview. 13 af de 21 interview er således foretaget *face to face* hjemme hos den unge, i behandlingsstedernes lokaler eller ude et offentligt sted. Stedet for interviewene med de unge har vi ladet være op til de unge selv. De resterende 8 interview er foretaget over telefon. Valget om at inddrage telefoninterview skyldes, at flere af de unge var mere tilbøjelige til at ville deltage, hvis det foregik over telefon. Alle enkeltpersoninterviewene har varet mellem 40 minutter og to timer, og er foretaget ud fra en semi-struktureret interviewguide. Guiden indeholder spørgsmål til overordnede temaer som:

- Dagligdag
- Forbrug af rusmidler
- Motivation for behandling
- Mål med behandling
- Udbytte af behandling
- Nære relationer
- Fremtidsplaner.

Den semi-strukturerede tilgang er nyttig, idet den giver plads til, at interviewereren kan forfølge nye og væsentlige fortællinger, som opstår i interviewet (Kvale, 1997). Vi har således haft spørgsmål til ovennævnte tema-

er, men ladet plads til fortællinger om andre ting, som de unge har fundet væsentlige i relation til deres forbrug. Vi anvendte desuden en tidslinje-øvelse i de interview, som er foretaget *face to face*. Tidslinjen er et metodisk redskab, der typisk anvendes i forbindelse med livshistorieinterview (Adriansen, 2012), men som også har vist sig givtigt i kortlægningen af vigtige livsbegivenheder blandt fx unge (Thomsen, Ravn & Østergaard, 2013). Vi bad her de unge om at tegne udviklingen i deres stofforbrug ind på en linje og starte med at fortælle om den første gang, de prøvede rusmidler, og derfra uddybe situationen og udviklingen i forbruget frem til i dag. Dette fungerede som et godt udgangspunkt for en snak om udviklingen i deres forbrug samt konteksten for de unges forbrug og behandlingens betydning for forbruget.

Vi skal understrege, at det kvalitative datamateriale er baseret på et lille udsnit af unge, der har modtaget behandling i de tre modeller, og at vi derfor ikke nødvendigvis får dækket den fulde variation af oplevelser med behandlingen. De unge, som vi har interviewet og citerer i nærværende rapport, er anonymiseret, og de navne, der fremgår i notatet, er således ikke deres rigtige navne, men pseudonymer.

INTERVIEW MED ØVRIGE AKTØRER

I projektets indledende periode afdækkede vi implementeringen af de tre behandlingsmodeller via fokusgruppeinterview med behandlere og projektledere¹³ samt telefoninterview med modelejere¹⁴, som har stået for rådgivning og ugentlig supervision af behandlerne, og et enkelt interview med en projektkoordinator fra Rambøll. Resultaterne heraf kan findes i et tidligere udgivet implementeringsnotat (Weatherall, Termansen & Lagoni, 2013) og refereret i kapitel 2. Vi har desuden interviewet behandlere fra hver kommune om behandlingspraksis samt de unges udbytte heraf i forbindelse med den afsluttende rapport. Disse interview er foretaget ultimo 2014 og primo 2015. Herigennem har det også været muligt for os at få perspektiver omkring behandlingens betydning for de unges forældre, idet alle tre indsats har stort fokus på inddragelse af forældre. Alle interview med behandlere og projektledere er foregået ude i behandlingscentrene, mens interviewene med modelejerne foregik over telefon. Tabel 3.5 viser det samlede antal interview samt interviewtemaerne.

13. Projektlederne varetager den overordnede projektledelse i forhold til implementeringen af modellerne i de seks kommuner. I nogle af kommunerne foretager de også behandling.

14. Modelejerne er udpeget af Rambøll og besidder såkaldt ejerskab over modellerne, idet de har været med til at udvikle behandlingsmodellerne.

TABEL 3.5

Oversigt over interview i den kvalitative del af undersøgelsen.

Interview	Emne	Tidspunkt	Type	Antal interview
Rambøll	Implementering	Implementeringsfasen	Face to face	1
Modelejere	Implementering	Implementeringsfasen	Telefon	3
Behandlere	Implementering	Implementeringsfasen	Face to face	6
Behandlere	Generelt om modellen og behandling	Afsluttende	Face to face	6
Unge	Forbrug af rusmidler og oplevelser med behandlingen	Midtvejs	Face to face	6
Unge	Forbrug af rusmidler og oplevelser med behandlingen	Afsluttende	Face to face og telefon	15

Den løbende kontakt til de mange forskellige aktører har bidraget med viden om behandlingsindsatserne, implementeringen og de unge. Dette har været med til at sørge for en bred afdækning af indsatserne og deres betydning for de unges udbytte fra flere perspektiver.

DE UNGE I BEHANDLING

I dette kapitel beskriver vi kort de unge, som kommer ind i behandling, ud fra registreringer foretaget i indskrivningsskemaet ved behandlingens opstart. Vi ser her på den gruppe unge, som både har udfyldt et ind- og et udskrivningsskema. Generelt gælder følgende karakteristika for de unge, som er indskrevet i behandling:

- 9 ud af 10 unge er over 15 år ved indskrivning.
- Kun hver tredje er pige.
- Cirka halvdelen går på opstartstidspunktet i folkeskolen/på efterskole, og hver fjerde går på produktionsskole.
- Hovedparten er hjemmeboende, men kun hver femte bor sammen med begge forældre.
- Cirka hver sjette bor sammen med én eller flere, som bruger illegale rusmidler.

KØN OG ALDER

I tabel 4.1 viser vi de unges køn og alder ved indskrivning i behandling.

TABEL 4.1

Unge fordelt efter køn og alder ved indskrivning i behandling. Særsilt for behandlingsmodeller. Procent.

	MST-SA	U-turn	U18
<i>Køn</i>			
Pige	26	37	31
Dreng	74	63	69
Unge i alt	43	60	74
<i>Alder</i>			
13-14 år	12	8	5
15-16 år	57	59	46
17-18 år	31	32	49
Unge i alt	42	59	74

Anm.: N = 177; N = 175, missing = 2.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Som det fremgår af tabellen, er der en overvægt af drenge indskrevet i behandling inden for alle tre behandlingsmodeller. Drengene udgør således mellem 62 og 74 pct. af de unge, der modtager behandling fordelt på de tre modeller og samlet set 68 pct. af alle de unge. At drengene udgør størstedelen af de unge, som er i behandling, kan forklares ved, at drenge, jf. tidligere undersøgelser, dels udgør en større andel af de unge, der bruger rusmidler, og dels har dobbelt så stor sandsynlighed for at udvikle et misbrug af rusmidler sammenlignet med pigerne (Østergaard, Røgeskov & Rasmussen, 2010; Pedersen & Frederiksen, 2012).

Aldersmæssigt fordeler de unge sig ved indskrivning således, at 9 ud af 10 er over 15 år, idet 53 pct. er 15-16 år ved indskrivning, mens 39 pct. er 17-18 år. Aldersfordelingen er nogenlunde ens for MST-SA og U-turn, mens U18 har flere unge, som er over 17 år ved indskrivning, end de to andre modeller. Hos U18 er det således hver anden, som er over 17 år, mens det for de øvrige modeller er cirka hver tredje.

SKOLEN

Ser vi på, hvorvidt den unge er tilknyttet et uddannelsesstilbud ved opstart, kan vi se, at cirka halvdelen af de unge går i folkeskolen. Går vi ind i de enkelte behandlingsindsatser (se tabel 4.2), så er næsten 3 ud af 4 af de unge, som U-turn har i behandling, folkeskoleelever, mens det samme gør sig gældende for under halvdelen af de unge, som er tilknyttet U18.

U18 har derimod en større andel af unge, der går på produktionsskole ved opstart i behandlingen, hvilket gælder for 31 pct. Til sammenligning gælder det kun for 11 pct. af de unge, som U-turn har indskrevet i behandling. At fordelingen er således inden for de to modeller, stemmer godt overens med aldersfordelingen, hvor de unge, som er startet i behandling hos U-turn, generelt er lidt yngre end de unge, som er startet i behandling hos U18, som derfor har med en større andel, der er tilknyttet folkeskolen, at gøre.

TABEL 4.2

Unge fordelt efter, hvilket uddannelses tilbud de er tilknyttet ved indskrivning i behandling. Særsilt for behandlingsmodeller. Procent.

Uddannelses tilbud:	MST-SA	U-turn	U18
Folkeskole eller lignende	61	72	42
Gymnasium og handelsskole	7	2	8
Teknisk skole	0	4	4
I praktik/i lære	4	5	4
Produktionsskole	25	11	31
Anden uddannelse	4	4	1
Ingen	0	4	8
Unge, antal	28	57	71

Anm.: N = 156, missing = 21. Pga. afrunding summer tallene ikke til 100.
Kilde: Spørgeskemaer til unge.

TABEL 4.3

Unge fordelt efter antal skoleskift inden indskrivning i behandling. Særsilt for behandlingsmodeller. Procent.

Antal skoleskift:	MST-SA	U-turn	U18
0	16	11	13
1	21	18	13
2-3	24	43	25
4-5	29	18	22
> 5	11	11	28
Unge, antal	38	56	69

Anm.: N = 163, Missing = 14. Pga. afrunding summer tallene ikke til 100.
Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Tager vi et nærmere blik på de unges skoletilknytning i form af antallet af skoleskift, viser tabel 4.3, at 50 pct. af de unge har skiftet skole minimum to gange. Skoleskift behøver ikke i sig selv være en indikator på ustabili-

tet eller mistrivsel, men kan være det, særligt hvis det sker flere gange (Ottosen m.fl., 2014).

I de følgende tabeller ser vi nærmere på, hvor de unge bor ved opstart i behandling, hvem de bor sammen med, og hvorvidt der er andre på bopælen, som enten har et alkoholproblem eller bruger illegale rusmidler. Da alle tre modeller i forskellig grad har fokus på at inddrage den unges nærmeste netværk i behandlingen, er det relevant at kigge på de unges tilknytning til hjemmet/forældrene, hvilket siger noget om den støtte, de unge har mulighed for at få.

TABEL 4.4

Unge fordelt efter type af bopæl ved indskrivning i behandling. Særskilt for behandlingsmodeller. Procent.

Bopæl:	MST-SA	U-turn	U18
Hjemmeboende	98	70	70
Døgninstitution	2	5	12
Egen bolig	0	8	3
Hos anden familie/venner	0	3	5
Bofællesskab	0	8	3
Andet	0	5	7
Unge, antal	43	60	74

Anm.: N = 177.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Tabel 4.4 viser, at der er en klar overvægt af unge, der bor hjemme, i alle behandlingsindsatserne. Samlet set er det 77 pct. af de unge, som bor hjemme ved opstart på behandling, mens kun 4 pct. har deres egen bolig ved opstart. For MST-SA er det alle på nær én ung, der bor hjemme, hvilket afspejler MST-SA's krav om, at de unge skal bo hjemme eller hos en fast omsorgsgiver, som behandlerne kan arbejde med. For de andre to modeller bor 70 pct. af de unge hjemme ved opstart. Herudover fremgår det af tabellen, at andelen af unge, der bor på døgninstitution, er lidt større i U18 (12 pct.) end i de øvrige to indsatser (henholdsvis 2 pct. hos MST-SA og 5 pct. hos U-turn).

Selvom størstedelen af de unge bor hjemme, viser data også, at det samlet set kun er hver femte, der bor sammen med begge forældre, mens cirka hver anden bor sammen med én forælder (tabel 4.5). Ser vi særskilt på hver enkelt model, er andelen af unge, som kun bor sammen med én forælder, størst blandt de unge, der starter i behandling hos MST-SA, hvilket naturligvis skal ses i lyset af, at det er denne model,

hvor flest er hjemmeboende. På samme måde er der en større andel af de unge i U18, som bor sammen med andre unge, hvilket afspejler en større andel af unge, som bor på en døgninstitution.

TABEL 4.5

Unge fordelt efter, hvem de bor sammen med ved indskrivning i behandling. Særskilt for behandlingsmodeller. Procent.

Bor sammen med:	MST-SA	U-turn	U18
Begge forældre	19	18	27
En forælder	72	53	43
Alene	0	13	5
Partner	0	2	1
Anden familie	7	3	7
Venner	0	0	1
Andre unge	2	10	15
Unge, antal	43	60	74

Anm.: N = 177.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

En relevant baggrundsfaktor er ligeledes, om de unge bor sammen med andre, som har alkoholproblemer eller bruger illegale rusmidler, da dette kan være en stærk prædiktor for den unges rusmiddelforbrug og mulighed for at stoppe forbruget. Som det fremgår af tabel 4.6, er der samlet set 10 pct. af de unge, som bor sammen med nogen, som har et alkoholproblem, mens ca. 16 pct. bor sammen med nogen, der bruger illegale rusmidler. Der er dog ikke tale om en jævn fordeling hen over de tre modeller, idet 19 pct. af de unge, som er en del af behandlingsindsatserne U-turn og U18, bor sammen med personer, som bruger illegale rusmidler, mens det kun gør sig gældende for 5 pct. af de unge, som er tilknyttet MST-SA. Hertil kommer, at cirka hver fjerde unge i U-turn ikke ved, om den eller de personer, de bor sammen med, tager illegale stoffer. Denne forskel imellem de tre modeller kan evt. skyldes forskelle i modellernes inklusionskriterier, idet omsorgsgiverne fx i MST-SA skal have (potentielle) ressourcer og kunne samarbejde med behandlerne om den unge, mens U-turn og U18 ikke stiller dette krav.

TABEL 4.6

Unge fordelt efter, om de bor sammen med nogen, der har et alkoholproblem eller bruger illegale rusmidler ved indskrivning i behandling. Særskilt for behandlingsmodeller. Procent.

	MST-SA	U-turn	U18
<i>Alkoholproblem</i>			
Ja	7	16	8
Nej	90	61	86
Ved ikke	2	23	6
Unge, antal	41	57	66
<i>Brug af illegale rusmidler</i>			
Ja	5	19	19
Nej	93	56	78
Ved ikke	2	25	3
Unge, antal	41	57	67

Anm.: N = 165, Missing = 12. Pga. afrunding summer tallene ikke til 100.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

FRITIDSINTERESSER

Vi har på baggrund af spørgeskemaerne set nærmere på, hvorvidt de unge dyrker fritidsaktiviteter uden for hjemmet ved indskrivning i behandling (tabel 4.7). Dette kan fortælle noget om de unges fritidsliv, og hvorvidt vi har med unge at gøre, som lever et aktivt fritidsliv på trods af deres rusmiddelforbrug.

TABEL 4.7

Andelen af unge, som er medlem af sportsklub, anden forening eller kommer i ungdomsklub ved indskrivning i behandling. Særskilt for behandlingsmodeller. Procent.

Medlem:	MST-SA	U-turn	U18
Ja	49	29	41
Nej	51	71	59
Unge, antal	39	59	73

Anm.: N = 171 missing = 6. Tallene dækker ikke over hobbyer som foretages i hjemmet.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Som det fremgår af tabellen er hovedparten af de unge ikke medlem af en sportsklub, forening eller er aktive brugere af en ungdomsklub. Hvor denne andel hos MST-SA og U18 udgør lige over halvdelen, gør det sig

gældende for 71 pct. af de unge i U-turn, hvilket kan være en indikator på, at U-turn har at gøre med en lidt større gruppe unge uden tilknytning til såkaldte ”normale” arenaer i ungdomslivet. Til sammenligning viser en undersøgelse af børn og unge i Danmark, at 1 ud af 5 unge mellem 7 og 19 år i Danmark ikke deltager i nogen form for fritidsaktivitet, der involverer sport (Ottosen m.fl., 2014). Dette er vel og mærke kun deltagelse i sportsaktiviteter, der undersøges her. Meget tyder således på, at vi har med en gruppe af unge at gøre, der befinder sig i en mere udsat position end deres jævnaldrende og ikke i samme grad tager del i et aktivt fritidsliv uden for hjemmet med andre unge.

Vi har indtil nu belyst nogle få beskrivende baggrundskarakteristika for de unge, som indgår i denne undersøgelse. Vi vil i de følgende kapitler gå nærmere i dybden med de unges rusmiddelforbrug, øvrige liv og behandlingernes betydning herfor.

DE UNGES FORBRUG AF RUSMIDLER

Dette kapitel omhandler de unges brug af rusmidler. Vi beskriver de unges forbrug, inden de starter i behandling, samt udviklingen i deres forbrug i løbet af behandlingsforløbet. Kapitlet er baseret på en kombination af data fra spørgeskemaerne og de unges egne beretninger om deres forbrug fra de kvalitative interview. Overordnet kan siges følgende om de unges brug af rusmidler:

- Knap 9 ud af 10 af de unge angiver hash som deres primære problemgivende rusmiddel ved indskrivning i behandling.
- 8 ud af 10 af de unge har taget rusmidler inden for de sidste 30 dage ved indskrivning i behandling. Ved udskrivning fra behandling er denne andel faldet til cirka hver anden. Faldet er en signifikant reduktion for alle tre behandlingsmodeller.
- 6 ud af 10 af de unge, som angiver hash som deres primære problemgivende rusmiddel, ryger to eller flere gange om ugen ved indskrivning. Ved udskrivning er denne andel faldet til cirka hver fjerde. Faldet er signifikant for alle tre modeller.

DE UNGES FORBRUG AF RUSMIDLER INDEN BEHANDLINGSSTART

Det er ikke ulamindeligt, at unge, der udvikler et problematisk forbrug af rusmidler, er startet i en tidlig alder (Møller & Demant, 2011). Dette gælder også for de unge i denne undersøgelse, som er yngst, når de debuterer med alkohol, hvorefter hash følger, se tabel 5.1.

TABEL 5.1

Debutalder for rusmiddelforbrug, samlet for alle tre behandlingsmodeller. Særskilt for rusmidler. Alder og antal unge.

	Unge, antal	Gennemsnitlig alder	Standardafvigelse	Laveste alder	Højeste alder
Alkohol	117	12,6	2,0	6	16
Hash	138	13,4	1,7	9	17
Ecstasy	16	14,7	1,3	12	16
Amfetamin	39	14,6	1,5	10	17
Kokain	30	15,2	1,3	11	17
Heroin	2	14,5	0,7	14	15
Beroligende piller	8	15,3	1,4	13	17
Andre rusmidler	11	15,0	1,0	13	16

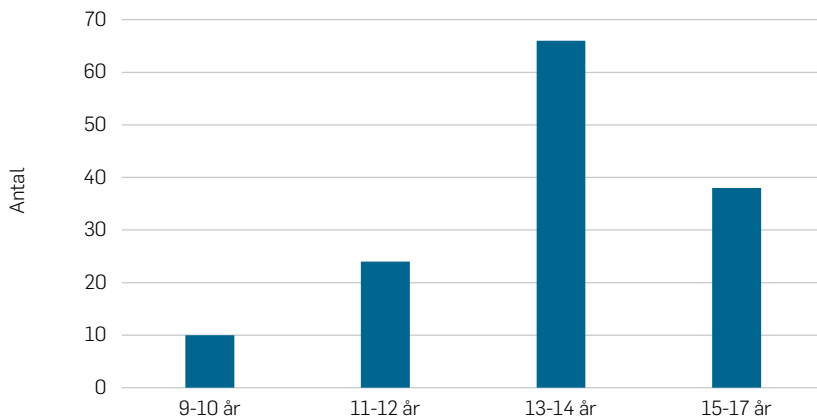
Kilde: Spørgeskemaer.

Tabel 5.1 viser de unges gennemsnitlige debutalder fordelt på de forskellige rusmidler. Her ser vi som nævnt, at de unge er yngst, når de prøver alkohol og hash første gang med en gennemsnitsalder på henholdsvis 12,6 og 13,4 år, mens gennemsnitsalderen er en smule højere, når det kommer til de lidt hårdere rusmidler, som langt færre i øvrigt har prøvet. Her er de unge, der har prøvet andet end alkohol og hash gennemsnitligt mellem 14 og 15 år ved deres debut.

Hvis vi kaster et nærmere blik på de unges debutalder for hash, viser figur 5.1, at de fleste unge er mellem 13 og 14 år, når de prøver at ryge hash første gang. Data viser dog også, at der er en del, der er startet tidligere.

FIGUR 5.1

Unge fordelt efter debutalder for hashforbrug, samlet for alle tre behandlingsmodeller. Antal.

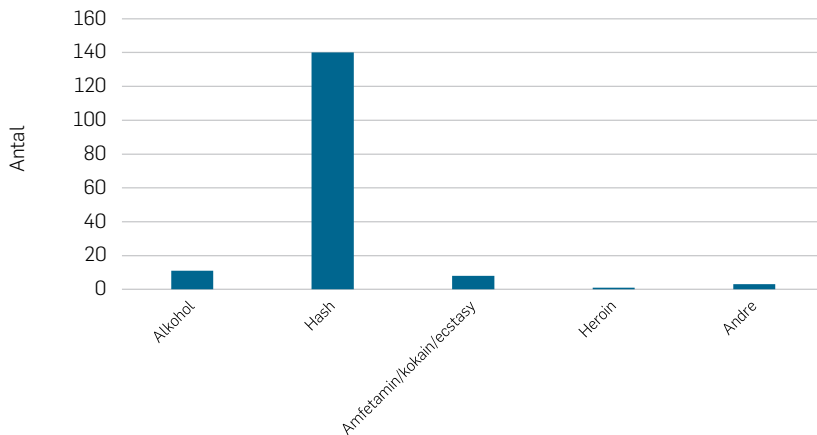


Anm.: N = 138.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

FIGUR 5.2

Unge fordelt efter væsentligste problemgivende rusmiddel, samlet for alle tre behandlingsmodeller. Særskilt for aldersgrupper. Antal.



Anm.: N = 163 unge, missing = 14

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Hash er, som vi ser af figur 5.2, de fleste unges primære problemgivende rusmiddel, idet 140 af 163 unge, der har besvaret spørgsmålet, altså 85 pct., har angivet dette.

At hash er de fleste unges mest problemgivende rusmiddel, er ikke usædvanligt, da cannabis, herunder hash, som vi nævnte tidligere, også er det mest udbredte rusmiddel blandt unge generelt i Danmark. Det vil derfor i overvejende grad være de unge med et forbrug af hash, der er i centrum for beskrivelserne og analyserne i rapporten.

I de kvalitative interview fortæller de unge om, hvorfor de første gang prøvede at ryge hash, og den gennemgående begrundelse er, at det var noget, der bare skete, fordi de befandt sig sammen med venner eller bekendte, der tilbød dem noget hash. Dennis beskriver det fx som følger:

Det var fordi mig og mine venner, vi havde ikke rigtig noget at lave, og så skulle vi mødes med nogle andre, de var sgu' lige lidt ældre, og så røg de en joint, og så fik vi lov til at ryge med på den.

For alle de interviewede unge bliver debuten koblet til en social sammenhæng, hvor andre har introduceret dem for hash. Fælles for de unge er, at de har bevæget sig i en omgangskreds, hvor hash har været til stede som en del af det sociale fællesskab. Nysgerrighed og social accept fra fællesskabet beskrives derfor også som en central faktor, der har medvirket til de unges valg om at prøve hash første gang. Denne søgen mod hashfællesskaberne og en social accept var desuden for nogle af de unge en søgen efter et sted at passe ind, et sted i en hverdag, hvor de ikke følte, at de ellers hørte til, fx i skolen. Dette ser vi også i andre studier (se fx Järvinen & Ravn, 2014). Sidsel fortæller eksempelvis, at hun følte sig anerkendt af fællesskabet, da hun prøvede at ryge hash første gang:

Sidsel: Jeg var 14 første gang. Der kom jeg hertil [...] første gang og skulle se skolen, jeg skulle starte på, og jeg mødte nogle mega søde mennesker, og de spurgte, om jeg ville med ned i byen efter skole, hvor jeg allerede første dag prøver at ryge hash med dem.

Interviewer: Og det var ikke nogen, du kendte?

Sidsel: Nej, men det var jo lidt sejt. Jeg fik en følelse af, at det her det var megafedt, for jeg fik en anerkendelse med, at jeg var god

til en ting, og det her det kunne folk lide, at jeg gjorde. Og så blev jeg jo fyr og flamme og ville gerne gå på skolen.

At hashen kan blive en del af et socialt fællesskab, finder vi ligeledes eksempler på i andre interview. Andreas fortæller eksempelvis, at han sammen med de andre unge, som røg hash, fandt en form for tilhørsforhold, som han ikke havde andre steder:

Det var nok, at jeg havde dårlig selvtillid og sådan noget, og så fandt jeg så sådan en gruppe, hvor jeg passede ind.

Årsagen til, at de interviewede unge ikke giver udtryk for at have gjort sig grundige overvejelser vedrørende deres debut med hash, kan skyldes hashens ry som relativt ufarlig sammenlignet med ”hårdere” rusmidler. For eksempel beskriver de unge hashen som noget meget let tilgængeligt, og noget som flere af deres bekendte bruger. Tidligere forskning peger på, at mange unge ikke forbinder det at ryge hash med noget risikabelt på samme måde som andre og ”hårdere” rusmidler (Ravn & Demant i Møller & Demant, 2011). Endvidere viser studier, at unges forbrug af rusmidler oftest udvikler sig i en sekvens, der går fra lovlige og relativt ”normale” rusmidler som alkohol og nikotin over til hash, og derfra videre til amfetamin, kokain, ecstasy og heroin, såfremt forbruget udvikler sig (Møller & Demant, 2011).

UDVIKLINGEN I DE UNGES FORBRUG INDEN BEHANDLING

Forskning om unges forbrug af rusmidler viser, at det ikke er usædvanligt, at unge teenagere prøver og eksperimenterer med rusmidler (Ege, 2006; Møller & Demant, 2011). For mange unge intensiveres forbruget dog ikke i en sådan grad, at det bliver et problem. De fleste unge stopper forbruget af sig selv efter et stykke tid, fx fordi deres øvrige hverdagsliv såsom uddannelse og overgangen til voksenlivet pludselig ikke kan forenes med et hashforbrug (Møller & Demant, 2011). Årsagerne til, at nogle unge fortsætter og intensiverer eller udvikler et forbrug i sådan en grad, at det bliver problematisk i forhold til at kunne passe almindelige dagligdagsaktiviteter, mens andre ikke gør, er der ikke kun ét svar på. Tidligere forskning har arbejdet med forskellige teorier om kausalitet, fx teorierne om, at adgang til ét rusmiddel fører til øget tilgængelighed af andre rusmidler, at nogle unge er tilbøjelige til psykologisk eller fysiologisk at opleve større trang end andre, eller at der er tale om sociale processer, hvor

fx typen af omgangskreds og netværk spiller en central rolle (Møller & Demant, 2011). Desuden anvendes rusmidler af nogle unge som en form for selvmedicinering, hvor rusmidlet bruges til at håndtere psykiske problemer eller forstyrrelser, såsom ADHD eller en problemfyldt hverdag (Pedersen & Frederiksen, 2012). Derudover peger studier på, at meget tidlig debut med hash hænger sammen med senere misbrug (Ege, 2006; Møller & Demant, 2011).¹⁵

I de kvalitative interview med unge foretaget til denne undersøgelse er det et gennemgående træk, at de unges forbrug af hash har udviklet sig over en længere periode. De er alle startet med at ryge hash af og til i sociale sammenhænge – fx til fester i weekenden, sammen med venner – og kun nogle gange i hverdagene. Herfra har deres forbrug udviklet sig, omend i forskelligt tempo, til et mere intensivt forbrug og over i et dagligt forbrug med rygning af hash flere gange om dagen. For nogle af de interviewede unge har overgangen fra weekendforbrug til dagligt forbrug været hurtigere end for andre. En enkelt fortæller fx, at der fra første gang han røg, til han begyndte at ryge dagligt, kun gik nogle måneder, mens udviklingen for andre af de unge er sket over længere tid. Intensiteten i forbruget har for flere unge dog varieret og dermed ikke kun været støt stigende, men har været større og mindre skiftevis i perioder. Og for nogle få af de interviewede unge har hashforbruget ført til et forbrug af andre, hårdere rusmidler.

Ligesom med deres debut med hash beskriver de unge, at udviklingen i deres forbrug af hash som udgangspunkt var noget, der bare skete, fordi de tilbragte tid sammen med andre, der røg. For Rasmus udviklede forbruget sig langsomt og uden, at han tænkte nærmere over det:

Ja, [...] jeg [så] det slet ikke som noget problem på det tidspunkt, for jeg blev jo ved med at sige til mig selv, at det var jo ikke noget, jeg gjorde meget, det var jo bare noget, jeg lige gjorde i dag og lige i dag og lige i dag, og såå, ja, lige pludselig var det jo så rigtig meget, uden at jeg rigtig havde opdaget det.

15. Lignende resultater findes i studier af unges alkoholforbrug. Her peger et studie på, at ”heavy episodic drinking” i en ung alder er forbundet med et problematisk forbrug senere i livet (Møller & Demant, 2011). En forklaring kan være, at de unge, for hver gang de drikker, finder det mindre grænseoverskridende end forrige gang, ligesom et øget forbrug således langsomt kan forekomme, uden at det virker grænseoverskridende. Noget tilsvarende kan antages at gøre sig gældende for nogle unge, når det kommer til andre rusmidler.

Lignende fortællinger går igen hos mange af de unge, der beskriver udviklingen i deres forbrug som noget, der virkede naturligt, fordi de befandt sig i situationer, hvor det var tilgængeligt. Der er dog også flere af de unge, der påpeger, at de blev afhængige af den gode følelse, det gav dem at ryge, og at det var med til at intensivere forbruget. Dennis fortæller:

Man bliver næsten forelsket i det, og så tænker man bare, at den følelse skal man have igen. Mere bliver til mere.

Hashens virkning og funktion har således også haft en betydning for de unges fortsatte forbrug. Dog fortæller flere af de unge, at de efter et stykke tid fik følelsen af, at deres tolerance over for hashen steg, og at de derfor langsomt satte deres forbrug op for at mærke en virkning:

Ens tolerance, den stiger jo, jo mere man ryger. Så skal man have mere og mere for at blive påvirket. [...] Jeg blev afslappet. I starten var det sådan, at man fik grineflip og sådan noget, og så bagefter var det bare noget, man skulle gøre, for at man kunne føle sig tilpas.

Anders, som udtaler ovenstående, nævner, at forbruget går fra at være noget sjovt til at være noget, der var nødvendigt, for at han kunne føle sig afslappet og tilpas. Denne funktion af hashen er gennemgående hos de interviewede unge, hvor hashen enten fra starten eller efter et stykke tid er noget, som giver dem ro, får dem til at føle sig tilpasse eller er en måde at håndtere hverdagen på. Dette kan naturligvis være en væsentlig årsag til, at de unge vælger at fortsætte deres forbrug, noget vi kommer nærmere ind på i kapitel 8 om de unges psykiske trivsel.

Vi kan ikke i vores spørgeskemadata se, hvornår de unges forbrug af rusmidler er blevet et problematisk forbrug eller et misbrug. Vi må dog konkludere, at de unge selv – eller personer i deres omgivelser – mener, at de har et forbrug af rusmidler, der kræver behandling, siden de er startet i MST-SA, U-turn eller U18. Vi har indtil nu kigget på de unges forbrug og udviklingen i deres forbrug, inden de starter i behandlingen. I næste afsnit vender vi blikket mod de unges forbrug før og efter behandlingsforløbet.

DE UNGES FORBRUG FØR OG EFTER BEHANDLINGSFORLØBET

Betydningen af behandlingsforløbet for de unges rusmiddelforbrug har vi undersøgt ved hjælp af en før- og eftermåling foretaget ved henholdsvis ind- og udskrivning af behandling for hver ung.

I tabel 5.2, ser vi fordelingen af de unges mest problemgivende rusmiddel inden for hver af de enkelte modeller ved indskrivning.

TABEL 5.2

Unge fordelt efter væsentligste problemgivende rusmiddel ved indskrivning. Særskilt for behandlingsmodeller. Procent.

	MST-SA	U-turn	U18
Alkohol	3	10	6
Hash	94	81	86
Amfetamin/kokain/ecstasy	3	5	5
Heroin	0	2	0
Andre ¹	0	2	3
Unge, antal	35	59	69

Anm.: N = 163, Missing = 14.

1. Andre rusmidler dækker over beroligende piller og andet.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Af tabellen fremgår det, at andelen af unge i hver af behandlingsindsatserne, som har hash som deres væsentligste problemgivende rusmiddel, fordeler de sig nogenlunde ens. Andelen er dog størst i MST-SA, hvor 94 pct. af de unge har hash som det primære problemgivende rusmiddel ved indskrivning, mens det gør sig gældende for henholdsvis 81 pct. fra U-turn og 85 pct. af de unge fra U18. U-turn og U18 har således en lidt større andel af unge, som er i behandling for brug af andre rusmidler.

Tabel 5.3 viser ændringen i de unges forbrug af rusmidler, fra de starter i behandling, til de slutter.

Af tabellen fremgår det, at andelen af unge, der har brugt rusmidler de sidste 30 dage, falder for alle tre modeller, mens andelen af unge, der har brugt rusmidler for mere end en måned siden, stiger fra indskrivning til udskrivning. For alle tre modeller ser vi en signifikant forskel på de unges forbrug af rusmidler fra indskrivning til udskrivning. Tallene viser også, at U-turn har at gøre med en lidt større andel af unge, som har taget rusmidler umiddelbart inden behandlingsstart. Herudover viser tabellen, at alle tre modeller har haft med en lille gruppe af unge at

gøre, som ved behandlingsstart ikke havde taget rusmidler de sidste tre måneder. Dette kan måske virke besynderligt, men kan skyldes, at disse unge har været i kontakt med andre behandlingstilbud forinden eller allerede inden behandlingsstart har været motiverede for at stoppe.

TABEL 5.3

Unge fordelt efter, hvornår de sidst har brugt rusmidler. Særskilt for behandlingsmodeller og for svar ved indskrivning og udskrivning. Procent.

	MST-SA		U-turn		U18	
	Ind ¹	Ud ^{***}	Ind	Ud [*]	Ind	Ud ^{***}
Inden for de sidste 30 dage	74	37	90	72	77	55
1-2 måneder siden	9	19	5	12	19	7
3 måneder siden eller mere	16	44	5	17	4	38
Unge, antal	43	43	60	60	74	74

Anm.: Forskel mellem indskrivning og udskrivning, Cochran-Armitage-test for trend: *p < 0,05; **p < 0,001; ***p < 0,001.

1. Ind = ved indskrivning; Ud = ved udskrivning.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

I det følgende tager vi fortsat udgangspunkt i de 177 unge, som har besvaret skemaerne ved ind- og udskrivning. Det elektroniske spørgeskema er konstrueret således, at hvis den unge fx kun har svaret, at han/hun ryger hash, så får vedkommende ikke spørgsmål om de øvrige rusmidler. Vi har dog i de følgende analyser taget udgangspunkt i alle 177 unge, hvorfor et ubesvaret spørgsmål er kodet som ”slet ikke”.

Når det kommer til de unges forbrug af hash, ser vi af tabel 5.4, at der i alle tre behandlingsindsatser er sket en betydelig reduktion i andelen af unge, der ryger hash. Enten er der sket en reduktion i form af, at de unge ryger mindre hyppigt, eller også er de helt holdt op.

Tabellen viser, at andelen, som har røget hash to eller flere gange om ugen, for unge i MST-SA falder fra 56 pct. til 14 pct.. Hos U-turn falder andelen fra 77 pct. til 38 pct., og hos U18 falder andelen af unge fra 47 pct. til 24 pct. Samtidig er andelen af unge, der slet ikke ryger hash, steget for alle modeller. Forskellen er signifikant for alle tre modeller. Resultaterne peger dermed på, at behandlingsindsatserne for en stor gruppe af unge har haft succes med at reducere eller stoppe de unges forbrug af rusmidler under behandlingsforløbet.

TABEL 5.4

Unge fordelt efter forbrug af hash de sidste 30 dage. Særskilt for behandlingsmodeller og for svar ved indskrivning og udskrivning. Procent.

	MST-SA		U-turn		U18	
	Ind	Ud ***	Ind	Ud ***	Ind	Ud ***
2 gange om ugen eller oftere	56	14	77	38	47	24
1-4 gange på en måned	16	19	7	17	24	14
Slet ikke	28	67	17	45	28	62
Unge, antal	43	43	60	60	74	74

Anm.: Forskel mellem indskrivning og udskrivning, Cochran-Armitage-test for trend: *p < 0,05; **p < 0,001; ***p < 0,001.
Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Det er relativt få unge, der angiver andre rusmidler end hash som deres *væsentligste problemgivende* rusmiddel (henholdsvis 6 pct. for MST-SA, 19 pct. for U-turn og 14 pct. for U18). Der er dog en andel af unge, der angiver at have brugt andre rusmidler inden for de sidste 30 dage (dette er for flere unges vedkommende ud over et hashforbrug). Tabel 5.5 viser fordelingen af unge, der har brugt andre illegale rusmidler end hash, særskilt for de tre modeller ved ind- og udskrivning¹⁶.

Vi kan også se af tabel 5.5, at U-turn har at gøre med en større andel af unge, der ved indskrivning tager amfetamin, kokain og/eller ecstasy end MST-SA og U18. U-turn har 33 pct. unge, der ved indskrivning havde taget amfetamin, kokain og/eller ecstasy mindst én gang de sidste 30 dage, mens det samme gør sig gældende for 9 pct. af de unge i MST-SA og 15 pct. af U18's unge. Vi ser også, at der hos U-turn er sket en signifikant reduktion af unge, som har taget amfetamin, kokain og/eller ecstasy inden for de sidste 30 dage, fra 33 pct. ved indskrivning til 7 pct. ved udskrivning. Andelen af unge i MST-SA og U18, der har taget amfetamin, kokain og/eller ecstasy inden for de sidste 30 dage, er under 15 pct., og selv om der ses en reduktion ved udskrivningen, så er ændringerne ikke signifikante

16. Vi inkluderer ikke alkohol i denne analyse, da det kan være vanskeligt at vurdere, hvor grænsen mellem et almindeligt ungdomsforbrug (som godt kan være meget stort), og et problematisk forbrug af alkohol går. Vi fokuserer derfor udelukkende på de fleste unges væsentligste problemgivende rusmiddel hash samt hårdere rusmidler.

TABEL 5.5

Unge fordelt efter forbrug af andre illegale rusmidler end hash de sidste 30 dage. Særskilt for behandlingsmodeller og for svar ved indskrivning og udskrivning. Procent.

	MST-SA		U-turn		U18	
	Ind	Ud#	Ind	Ud***	Ind	Ud#
<i>Amfetamin, kokain og/eller ecstasy</i>						
2 gange om ugen eller oftere	2	0	3	0	3	0
1-4 gange om måneden	7	5	30	7	12	8
Slet ikke	91	95	67	93	85	92
Unge, antal	43	43	60	60	74	74
<i>Heroin, piller og/eller andre¹ rusmidler</i>						
	Ind	Ud#	Ind	Ud#	Ind	Ud#
2 gange om ugen eller oftere	0	0	0	0	3	0
1-4 gange på en måned	2	5	8	0	5	3
Slet ikke	98	95	92	100	92	97
Unge, antal	43	43	60	60	74	74

Anm.: Forskel mellem indskrivning og udskrivning, Cochran-Armitage test for trend: *p < 0,05; **p < 0,001; ***p < 0,001; # = ikke signifikant.

1. "Andre" refererer til en række af rusmidler ud over de allerede nævnte, som de unge selv har kunnet angive i en "andre"-kategori.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Når det kommer til de øvrige rusmidler som heroin, beroligende piller og andre stoffer, drejer det sig om meget få unge, der har taget disse ved indskrivningen, og ændringerne er ikke signifikante. Resultaterne ovenfor indikerer en forskel i modellernes målgrupper, idet U-turn har at gøre med flere unge, der tager andre rusmidler end hash, ligesom U-turn ved indskrivning har en større andel af unge i behandling, som ryger hash 2 gange om ugen eller oftere, end de øvrige modeller. Dette har givetvis betydning for behandlingstilgangen over for de enkelte unge.

Vi har også kigget specifikt på, hvor stor en andel af de unge der har haft gavn af behandlingen i forhold til deres forbrug af illegale rusmidler. Dette ser vi i tabel 5.6, som viser andelen af unge, der henholdsvis har reduceret deres forbrug eller er stoppet helt med at bruge rusmidler, sammenlignet med andelen af unge, der har en stigning i forbruget fra før til efter behandling. Der er desuden også en andel, der intet forbrug har haft de seneste 30 dage, både før behandlingsstart og lige efter. Som vi så af tabel 5.4 og tabel 5.5, er der en stor andel af unge, som har haft gavn af behandlingen i de tre modeller, når det kommer til rusmid-

delforbruget. Tabel 5.6 viser imidlertid, at der også er en lille andel af unge (19-25 pct.), som ikke har gavn af misbrugsbehandlingen i de tre modeller (i hvert fald ikke, hvis vi kun ser på rusmiddelforbruget), da de enten har et uændret forbrug eller et større forbrug ved behandlingsafslutning. Dette er en indikator på, at ikke alle har fået et positivt udbytte af behandlingerne. Hvad dette skyldes, ved vi ikke, men en forklaring kan være, at tilbuddene ikke egner sig til alle unge, eller i forlængelse heraf, at nogle unge ikke har været mulige at samarbejde med eller motivere.

TABEL 5.6

Unge fordelt efter udbytte af behandlingen, baseret på deres forbrug af illegale rusmidler de sidste 30 dage ved ind- og udskrivning. Særskilt for behandlingsmodeller. Procent.

Udbytte af behandling:	MST-SA	U-turn	U18
Uændret eller stigning i forbrug ¹	19	25	24
Reduceret forbrug eller stoppet helt ¹	63	68	50
Intet forbrug	19	7	26
Unge, antal	43	60	74

1. For enkelte af de unge ses et blandet mønster. Hvis en ung har haft nedgang i forbruget på mere end et rusmiddel med en stigning på et enkelt rusmiddel, er det kodet som et reduceret forbrug. Hvis det ikke har været entydigt, om der er en et reduceret forbrug, er det kodet som uændret forbrug.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

I tråd med resultaterne fra spørgeskemaerne beretter alle de 21 interviewede unge, at de i perioden, hvor behandlingen har stået på, har reduceret eller stoppet deres forbrug af rusmidler. For enkelte af de unge skete der en reduktion allerede inden behandlingsstart, enten fordi de selv tog beslutningen herom, eller fordi de modtog en anden type behandling. Enkelte af de interviewede unge, som havde færdiggjort behandling, røg stadig hash i større eller mindre omfang på interviewtidspunktet (dvs. efter at de havde afsluttet deres behandling). Dette belyser vi nærmere i kapitel 10.

Mange af de interviewede unge fortæller, at behandlingsforløbet har haft en væsentlig betydning for deres forbrug af rusmidler. Det skyldes dels, at behandlingen har motiveret dem til at ville stoppe/reducere deres forbrug, bl.a. fordi de har fået indsigt i rusmidlernes virkning og de negative aspekter af rusmiddelforbruget. Hertil kommer, at de unge har fået redskaber, der har gjort det nemmere for dem at stoppe/reducere deres forbrug. Det gælder fx Emilie fra U18, der ikke er stoppet med at ryge hash efter behandlingen, men fortæller, at hun har fået redskaber,

som hjælper hende til at kontrollere sit forbrug og ryge mindre. Sidsel, som har været meget glad for behandlingen i U-turn, fortæller, hvordan de arbejdede med at erstatte hashtrangen med noget andet, så hun ikke blev fristet til at ryge igen:

Jeg lærte om flere forskellige måder, hvordan det kan påvirke dig [...]. Vi lavede alle mulige forskellige øvelser på tavlen for at finde ud af, hvordan jeg kunne erstatte den her trang, eller hvad jeg kunne gøre i stedet for, hvad jeg ville få den samme belønning ud af [...].

Sidsel fortæller desuden, at hun har lært, hvordan hun kan sige nej i situationer, hvor hun bliver tilbudt rusmidler.

Det er meget forskelligt, hvor motiverede de unge har været ved behandlingsstart. Enkelte unge fortæller, at de selv følte et behov for hjælp ved behandlingsstart, fx fordi de havde nået et punkt, hvor forbruget var blevet meget ødelæggende for deres hverdag og trivsel. Carl udtaler blandt andet, at han godt selv kunne se, at han havde et misbrug og var bange for, hvad det kunne udvikle sig til:

Vi vidste allesammen, at vi kunne dø af [det]. [...] Alt handler om stoffer, og man kan ikke snakke om andet. Man kan ikke snakke om, hvordan ens dag har været, men kun om stofferne.

De fleste af de interviewede unge valgte dog ikke selv at starte i behandling, men er blevet bedt om at gå i behandling af forældre eller andre omsorgsgivere. Denne gruppe af unge har generelt ikke været positivt indstillet over for behandlingen til at starte med. Det er dog fælles for de fleste af disse unge, at de i løbet af behandlingen er blevet mere motiverede for at deltage i behandlingen, hvilket flere af de unge selv tilskriver behandlernes måde at tale om rusmidlerne på, og at behandlingen i højere grad har fokus på den unges liv i øvrigt frem for entydigt at fokusere på rusmiddelforbruget. Dette kommer vi nærmere ind på i kapitel 9.

Forholdet mellem den unge og behandleren er dermed et vigtigt element i forhold til at opbygge og fastholde den unges motivation, ligesom behandlingernes arbejde med andre aspekter af de unges liv, såsom skole, arbejde, familie og venner, har en betydning for, hvorvidt de unge formår at reducere eller stoppe deres forbrug af rusmidler. Disse aspekter behandler vi i de kommende kapitler.

DE UNGES HASHFORBRUG VED UDSKRIVNINGEN SAMMENLIGNET MED UNGMAP

I dette afsnit vil vi se nærmere på de tre behandlingsmodellers betydning for de unges forbrug af hash sammenlignet med forbruget hos unge, som er registreret i UngMAP-databasen. Dette er et forsøg på at se, om hashforbruget efter endt behandling i en af de tre undersøgte modeller er anderledes, end hvad man generelt ville kunne forvente, idet vi anvender UngMAP som sammenligningsgruppe. De unge fra UngMAP er taget fra 30 forskellige kommuner, og de har dermed ikke modtaget en bestemt behandling, men afspejler i højere grad, hvad man kan betragte som ”treatment-as-usual”. Sammenligningen er foretaget mellem de 177 unge, som vi i undersøgelsen har både et ind- og udskrivningsskema på, og de 182 unge, der er lavet opfølgning på i UngMAP.

Resultaterne af sammenligningen skal dog tages med et vist forbehold. Først og fremmest er data fra UngMAP indsamlet 6 måneder efter endt behandling, mens data i nærværende undersøgelse er indsamlet ved udskrivning fra behandling. Selvom Center for Rusmiddelforskning (CRF), som har stået for indsamling af UngMAP-data, ikke har undersøgt, om der er forskel på hashforbruget hos deres unge ved udskrivning og hashforbruget ved opfølgning (Pedersen & Frederiksen, 2012), har de dog retrospektivt spurgt om rusmiddelforbruget i de første 6 måneder efter endt behandling og fundet, at andelen, der angiver at være stoffri ved udskrivning og 6 måneder efter behandlingen, stort set er konstant. Derfor giver det nogen mening at foretage sammenligningen. Dele af data fra UngMAP er indsamlet fra den originale U18-model, som ligger i Aarhus (tidligere Århusmodellen), idet de har deltaget i UngMAPs dataindsamling. Dette skaber en sandsynlighed for, at data fra vores undersøgelse af U18 ligner UngMAP mere end de andre to modeller. Derudover er spørgeskemaerne, der er blevet anvendt i nærværende undersøgelse og i UngMAP, ikke helt identiske. Af samme grund har vi valgt kun at sammenligne vores hovedvariabel hashforbruget med UngMAP-data.

I tabel 5.7 har vi angivet hashforbruget ved udskrivning for de tre undersøgte modeller og hashforbruget ved opfølgning for UngMAP. De unges hashforbrug for U-turn og U18 ligner meget forbruget for UngMAP-gruppen, mens unge i MST-SA har et lidt mindre forbrug ved udskrivning end de unge i UngMAP ved opfølgningen.

TABEL 5.7

Unge, der har været i behandling, fordelt efter hashforbrug ved udskrivning. Særskilt for behandlingsmodeller og UngMAP-data for opfølgning. Procent.

Hashforbrug:	MST-SA	U-turn	U18	UngMAP
	Udskrivning	Udskrivning	Udskrivning	Opfølgning
2 gange om ugen eller oftere	14	38	24	30
1-4 gange om måneden	19	17	14	14
Stet ikke	67	45	62	56
Unge, antal	43	60	74	182

Anm.: N = 177; N = 182.

Kilde: Spørgeskemaer til unge og data fra UngMAP.

Vi har undersøgt, om der er forskel på hashforbruget ved udskrivning for de tre modeller og hashforbruget ved UngMAP-opfølgningen. Til det har vi anvendt ordinal logistisk regression og justeret modellerne for forskelle i køn, alder og hashforbrug ved indskrivning, og om den unge er hjemmeboende. Vi har modelleret risikoen for at have et hashforbrug i analyserne. Resultaterne af analyserne er angivet i tabel 5.8.

TABEL 5.8

Risikoen (udtrykt ved odds ratio) for at have et hashforbrug efter endt behandling sammenlignet med UngMAP. Særskilt for behandlingsmodeller. Logistisk regression justeret for alder, køn, hashmisbrug ved indskrivning, og om den unge er hjemmeboende.

Behandlingsmodel:	Odds ratio	95-procents-konfidensgrænser	P-værdi
MST-SA vs. UngMAP	0,5	0,2-1,1	0,08
U-turn vs. UngMAP	1,3	0,7-2,3	0,41
U18 vs. UngMAP	0,7	0,4-1,3	0,32

Kilde: Spørgeskemaer til unge og data fra UngMAP.

Af analyserne ser vi, at der ikke er signifikant forskel på de tre behandlingsmodeller og UngMAP. Populært sagt er risikoen for at have et hashforbrug efter endt behandling i en af de undersøgte modeller ikke forskellig fra risikoen for at have et hashforbrug ved opfølgningen i UngMAP.

Vi har i dette kapitel belyst de unges forbrug af rusmidler og de tre behandlingsmodellers betydning for de unges forbrug fra før til efter behandling. Her så vi, at alle tre modeller reducerede de unges forbrug. Vi så dog også, at der i alle tre modeller er en gruppe af unge, som ikke har haft gavn af behandlingen, når det kommer til deres rusmiddelfor-

brug. Vi har desuden sammenlignet de unges forbrug ved behandlingsafslutning med en gruppe af unge, hvis forbrug er dokumenteret i CRF's UngMAP. Her så vi ingen væsentlig forskel i de unges forbrug. Det er, som nævnt tidligere, vigtigt at holde sig for øje, at de tre behandlingsmodeller arbejder helhedsorienteret og altså med andre målsætninger end blot et reduceret rusmiddelforbrug. Disse øvrige aspekter af de unges liv vil vi i de kommende kapitler kigge nærmere på.

SKOLEGANG OG UDDANNELSE

I dette kapitel ser vi nærmere på de unges tilknytning til skole og uddannelse. Behandlingsmodellerne arbejder som nævnt med et langsigtet mål, der handler om, at de unge skal opnå generel normalisering. Én af de væsentligste faktorer, som er afgørende for normalisering og et liv baseret på valgmuligheder og selvforsørgelse, er de unges tilknytning til skole eller uddannelse (og arbejde). Kapitlet er baseret på en kombination af data fra spørgeskemaerne og de unges egne beretninger om deres forbrug af rusmidler og oplevelser med skolen fra de kvalitative interview. Overordnet kan vi sige følgende om de unges tilknytning til skole/uddannelse:

- Cirka halvdelen af de unge tilknyttet MST-SA og U-turn passer deres skole dagligt ved indskrivning i behandling. Ved udskrivning er andelen hos både MST-SA og U-turn steget med yderligere ca. 20 procentpoint. Andelen af unge tilknyttet U18, som passer deres skole dagligt, ændrer sig ikke fra ind- til udskrivning. Denne andel var dog også højere end i de to andre modeller ved indskrivning, nemlig 60 pct.
- U18 har lidt flere unge, der ikke er tilknyttet et skoletilbud ved indskrivning end U-turn og MST-SA, nemlig knap hver tiende unge,

mens det samme gør sig gældende for 1/25 af U-turns unge og ingen af MST-SA's unge.

- Flere af de interviewede unge fortæller, at deres brug af rusmidler har været medvirkende til, at de har haft meget fravær eller helt har afbrudt deres skoleforløb.

DE UNGES TILKNYTNING TIL SKOLEN

Det er ikke usædvanligt at se en sammenhæng mellem rusmiddelforbrug og mistrivsel i skolen samt skolefravær (Fergusson, Horwood & Beautrais, 2003). Skolegang er for alle danske unge en væsentlig del af ungdomslivet og har ofte stor betydning i de unges hverdag, da de tilbringer en stor del af deres tid der, og mange unge skaber deres primære sociale netværk der (Kolind, 2010). Fravær fra skolen er desuden en stærk indikator på mistrivsel eller problemer i hverdagen og kan have konsekvenser for det sociale liv og senere uddannelses- eller jobmæssige muligheder. Derfor er de unges tilknytning til skolen et vigtigt effektmål, som kan sige noget om, hvorvidt behandlerne formår at arbejde med omkringliggende problemer, som kan være årsag til både forbrug, skolefravær og mistrivsel.

Som vi så i kapitel 4 om de unges baggrund, er størstedelen af de unge tilknyttet en eller anden form for uddannelse.¹⁷ For alle tre behandlingsmodeller gælder det, at de fleste er tilknyttet et skoleforløb svarende til folkeskolen¹⁸. En væsentlig andel af de unge i alle tre modeller er dog også tilknyttet en produktionsskole. Vi så desuden, at mere end halvdelen af de unge har skiftet skole mindst to gange, hvilket kan være én indikation på problemfyldte skoleforløb.

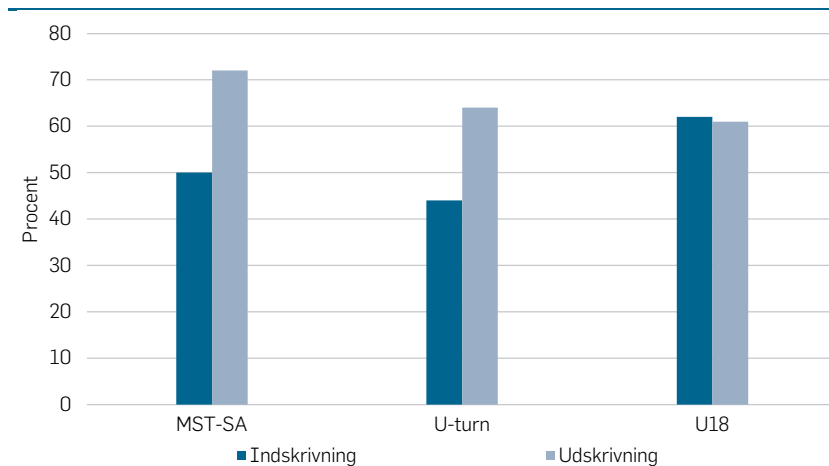
For at undersøge, om behandlingerne på kort sigt formår at forankre de unge i uddannelses tilbud (herunder også lærepladser), ser vi på de unges fravær, og hvorvidt dette er reduceret som følge af behandlingen. Udviklingen i andelen af unge, der passer deres uddannelses tilbud dagligt, kan ses af figur 6.1.

17. Næsten ingen af de unge var i beskæftigelse ved ind- og udskrivning, hvilket stemmer godt overens med målgruppens alder. Vi går derfor ikke nærmere ind i dette.

18. Denne kategori dækker over klassetrin op til og med 10. klasse, herunder både almindelig folkeskole, privatskole og efterskole.

FIGUR 6.1

Andelen af unge, der passer uddannelsestilbud dagligt. Særskilt for behandlingsmodeller og for ind- og udskrivning. Procent.



Anm.: N = 173, Missing = 4; N = 161, Missing = 16. Chi-square: MST-SA, $p = 0,047$; U-turn, $p = 0,025$; U18, $p = ns$.
Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Som figur 6.1 viser, er der en stigning i andelen af unge, der passer deres uddannelsestilbud dagligt fra 50 til 72 pct. af de unge hos MST-SA og fra 44 til 64 hos U-turn. Stigningerne er signifikante. Der er dog ingen ændring sket for U18's unge, hvor andelen af unge, der passer deres uddannelsestilbud dagligt, er stort set den samme. Det skal dog bemærkes, at andelen af unge i U18, der passer deres uddannelsestilbud dagligt, allerede var relativt høj ved indskrivningen og dermed ved udskrivning ligger nogenlunde på niveau med de øvrige to modeller. Ved udskrivningen passer mere end 60 pct. af de unge således deres uddannelsestilbud dagligt i alle tre modeller.

DE UNGES OPLEVELSER MED SKOLEN

I interviewmaterialet er det tydeligt, at de unge har haft det svært med skolen, og at dette, samt hashforbruget, har været medvirkende til deres fravær. De fleste fortæller, at mens deres forbrug er på sit højeste, er deres fravær også størst.

For én af de unge drejede det sig fx om, at de faste rammer var svære at håndtere, mens andre unge beskriver, at de ikke fandt sig til rette i den almindelige folkeskole, hvilket resulterede i skænderier med lærere og forældre. Den manglende trivsel i skolen har desuden været en medvirkende faktor i nogle af de unges fravær, og fraværet fra skolen har muligvis givet mere tid til hashfællesskaberne med andre, der heller ikke passede skolen. På denne måde kan fraværet fra skolen være en ekstra forstærkende faktor for de unges forbrug af rusmidler, da skolen i mindre grad får mulighed for at fungere som en beskyttelsesfaktor med lærere og venner, der kan hive den unge i en anden retning eller på anden måde støtte den unge i ikke at udvikle et problemgivende rusmiddelforbrug. Dennis fortæller fx, at han, i og med, at han kom mindre i skolen, også langsomt begyndte at ryge mere:

Jeg begyndte jo at komme mindre og mindre i skolen, og så begyndte vi jo også at ryge om morgenen, inden vi skulle i skole og i frikvartererne, så det var ikke så meget, jeg lærte, og så var jeg der måske kun hver anden dag. Det var både i 9. og 10. og 8.

Sidsel fortæller ligeledes, at hendes manglende trivsel i skolen var medvirkende til, at hun søgte hen i andre fællesskaber:

Jeg tror ... hele min skolegang, der har jeg altid været den, der var dårlig til det faglige. Jeg har altid været den, der fløj rundt på væggene, fordi ... jeg kunne ikke finde ud af det faglige. Så derfor var det meget ligetil, at da jeg kom derned [til den nye skole], og jeg stadig var dårlig til det faglige, så var det ligetil at lave noget andet, og så fik jeg anerkendelse ved at gøre det. Jeg skulle ikke tage stilling til skolen. [...]. Når man har været dårlig til sådan noget som det faglige, der betyder noget for ens fremtid, så tror jeg bare nemt, at man ender i sådan noget, for lærerne de tager ikke en alvorligt, fordi man laver ikke det, de siger, at man skal. I det hele taget synes jeg bare, at folkeskolen er til at lukke op og skide i, med deres håndtering af elever, som er lidt anderledes. Så finder man hurtigt nogle sjovere ting at lave.

Sidsels fortælling er ikke enestående. Mange af de interviewede fortalte ligesom hende, at de ikke følte sig godt tilpas i skolen eller kedede sig og derfor søgte hen i fællesskaber, hvor der blandt andet blev roget, og hvor de oplevede større grad af social accept, hvilket ofte medførte endnu me-

re fravær fra skolen. Hashen var således en aktivitet, der erstattede skolen for nogle af de unge. Järvinen og Ravn beskriver desuden med henvisning til anden forskning (se Boys, Marsden, & Strang, 2001, i Järvinen & Ravn, 2015), at mange unge ryger cannabis for at have noget at tage sig til og undgå kedsomhed (Järvinen & Ravn, 2015), især når uddannelses-tilbuddene er sparsomme. Det bliver altså en måde at få tiden til at gå på i en kedelig hverdag, hvilket for nogle af de unge i nærværende undersøgelse også blev tilfældet, så snart dagligdagen ikke blev fyldt ud med skolegang eller andre aktiviteter. Flere af de unge nævnte i forlængelse heraf også, at de sjældent foretog sig andre fritidsaktiviteter end at ryge sammen med vennerne.

Det er helt gennemgående, at de interviewede unge ikke har brudt sig om skolen og endvidere har haft meget fravær eller har afbrudt deres skoleforløb i folkeskolen. Sammenhængen mellem regelmæssigt hashforbrug i en ung alder og afbrudte skoleforløb er tidligere blevet udforsket, og et studie af Fergusson m.fl. (2003) viser, at der især er en sammenhæng mellem det at være helt ung, regelmæssig hashryger og ophør med skolegang omkring 9. klasse. Studiet påpeger dog endvidere, at der ikke er belæg for at påstå, at sammenhængen er kausal, men rettere, at der eksisterer flere korrelerede faktorer, som sammen er årsag til både hashforbrug og det mislykkede skoleforløb (Fergusson, Horwood & Beautrais, 2003). For alle de interviewede unge er skolen da også en udfordring, inden de begynder at ryge hash. Dog har hashen medvirket til et øget fravær for dem alle. Flere fortæller, at hashen kan gøre det svært at komme af sted i skole, fx fortæller Niels, at han af og til kom meget sent i seng, fordi han røg, eller gik i byen til sent, hvorefter han ofte røg, når han kom hjem:

Jeg gider ikke rigtig gå i skole, det skal bare overstås og så ... Så begyndte det [hashforbruget] så småt igen, til hver dag, og jeg havde selvfølgelig også mine fridage, fordi jeg lige havde været lidt længe oppe, og så står man ikke op om morgenen, og så havde jeg lige været i byen, og så havde man lige røget en joint, når jeg kom hjem.

Selvom rusmiddelforbruget ikke nødvendigvis er den direkte årsag til problemerne og fraværet i skolen, ser vi dog på baggrund af spørgeskemabesvarelserne, at behandlingsindsatserne MST-SA og U-turn formår at skabe en større stabilitet i de unges skolegang, hvis vi alene måler på

de unges fravær. Dette indikerer, at behandlingen påvirker andre aspekter af de unges liv end forbruget af rusmidler og kunne også tyde på, at der er en sammenhæng mellem forbruget og fraværet. Målt på fravær er der som sagt ikke sket en ændring i forhold til de unge hos U18. Det er dog igen vigtigt at holde sig målgruppernes forskel for øje her, da U18 både har at gøre med en lidt ældre målgruppe end de øvrige to modeller, hvilket kan have stor betydning for behandlernes muligheder for at arbejde med de unges skoletilknytning, og da U18 ved indskrivning har at gøre med en større andel af unge, der passer deres skole dagligt. Det betyder ikke, at behandlingen ikke kan have haft betydning for de unges skolegang. En af de unge fra U18 fortæller eksempelvis, at hun gennem behandling har fået reduceret sit forbrug af hash, og at hun nu har lettere ved at holde pauser eksempelvis i forbindelse med eksamen, men at hun stadig har meget fravær fra skolen.

Flere af behandlerne beskriver, at det kan være en vanskelig og tidskrævende proces at finde det rette skoletilbud til den unge. En behandler fra U18 fortæller, at de har mange unge i behandling, som ikke har haft et reelt skoletilbud i flere år, og at de derfor bruger megen tid på at finde et passende tilbud til dem, da ”en vej [til at stoppe med at ryge hash] kan være at få dem i skole igen, men det kan være svært, hvis de ikke har været med i lang tid”.

Nogle af de unge fortæller desuden, at deres langvarige forbrug har sat sig sine spor, og gjort det vanskeligt at finde sig til rette i en dagligdag med skolegang. For eksempel oplever Carl, at hverdagen er meget stressende. Han går på HG, men synes, at hverdagen er svær: ”Man kan ikke bare flygte mere, som man kunne med stofferne”. Carl har både røget hash og taget hårdere rusmidler, men ryger i dag kun lidt hash. Han drikker heller ikke og nævner i forbindelse hermed:

Jeg har ikke noget at støtte mig op ad [...]. Hverdagen er hård, fordi jeg er blevet vant til en anden virkelighed, og at jeg skal ud og lave en masse ting. Det synes jeg er hårdt.

Nogle af de interviewede unge oplever i højere grad end Carl, at mindsket fravær medfører større trivsel i skolen som en følgevirkning af deres reducerede forbrug, muligvis i kombination med bedre trivsel generelt. Andre unge beskriver det dog som en direkte konsekvens af behandlernes arbejde. Andreas, som var i behandling i MST-SA, fortæller fx, at hans behandler satte ham i kontakt med en virksomhedsskole, hvorefter

han fik lærerplads og startede på teknisk skole, som han er meget glad for. Han tror ikke selv, at dette var sket uden hjælp fra behandleren. En anden ung dreng, Emil, fik hjælp til at søge ind på en efterskole, hvilket var en væsentlig del af motivationen for at stoppe med hårde stoffer og reducere brugen af hash kraftigt. Mens han gik på efterskole, havde han stadig kontakt med behandleren, som eksempelvis kørte ham op på efterskolen efter en hjemmeweekend. Han tillægger det stor betydning, at han har haft mulighed for at bibeholde kontakten med behandleren, også efter at han var startet på skolen.

Anna, som på interviewtidspunktet gik i daggruppen i U-turn, hvor de unge også modtager undervisning, fortæller ligeledes om gode erfaringer med at koble behandlingen med et skoletilbud. Hun oplever, at hun får meget mere ud af at komme der, end hun gjorde i folkeskolen:

Interviewer: Er det bedre her så?

Anna: Ja, fordi hvis du fx har et problem eller gerne vil vedligeholde, at du ikke ryger og sådan noget, så er det godt at være her, for så har du både skole, det er mere fokuseret skole, fordi vi er så få elever. Det hjælper meget mere, for så kan du også få behandling imens.

Det er fælles for de unge, der har gået i U-turns daggrupper, at skoleformen har haft en indflydelse på deres motivation for at komme. Daggruppernes unge er unge, der ud over problemer med rusmidler i højere grad end de andre unge, er skoletrætte og ikke passer deres skole. Den tilpassede undervisning (kun dansk, engelsk og matematik), mødetiderne, som ligger senere end normalt, og klassens lille størrelse er noget, de unge nævner som en stor fordel og som noget, der motiverer dem til at komme. En anden af de unge, som går i daggruppe ved U-turn, påpeger ligeledes, at skolen for hende nu er blevet til et frirum. Vi ser således af de kvalitative interview, at alle tre modeller arbejder med de unges skoletilbud og -tilknytning på forskellig vis. Alle modellerne arbejder med de unges motivation og ønsker for fremtidige uddannelsesforløb og benytter tilgange, der er individuelt tilpassede, hvor en ung fx helt lavpraktisk hjælpes med sætte sig nogle mål for fremtiden og fx tage kontakt til et ønsket skole-/arbejdsforløb, såsom en efterskole eller praktikplads. U-turn har derudover mulighed for at give de unge et konkret skoletilbud i behandlingsregi. Dette henvender sig dog kun til unge, der er faldet helt

ud af skolesystemet og dermed muligvis har flere udfordringer med at kunne passe en skolegang.

Vi har indtil nu kigget på de unges skoletilknytning ud over deres rusmiddelforbrug og vist, at de tre modeller arbejder aktivt med de unges skolegang. Vi så dog også i analyserne, at U18, i modsætning til MST-SA og U-turn, ikke forøgede andelen af unge, der passede skolen dagligt. Dette kan dog være en følge af, at modellens målgruppe adskiller sig, idet en større andel allerede ved indskrivning passede skolen dagligt. Igen er det vigtigt at holde sig målgruppernes forskelle for øje. Vi vil i kapitel 7 kigge på en anden vigtig del af de unges liv, nemlig deres sociale relationer, mere specifikt forholdet til vennerne og forældrene.

DE UNGES SOCIALE RELATIONER

I dette kapitel ser vi nærmere på de unges sociale liv i sammenhæng med deres forbrug. Vi vil her kigge på, om behandlingen har haft betydning for de unges sociale relationer. Desuden vil vi gennem de kvalitative interview forklare, hvilken rolle de unges forbrug spiller for deres sociale relationer og familieliv. Det drejer sig udelukkende om de unges forhold til venner og forældre. De sociale relationer er vigtige at se på i forbindelse med behandling af rusmiddelforbrug, da de har stor betydning for de unges hverdagsliv og trivsel og i høj grad er bestemmende for de unges muligheder for at reducere eller stoppe deres forbrug. Overordnet set viser kapitlet, at:

- Størstedelen af de unge tager oftest rusmidler sammen med venner.
- De unge efter behandling i højere grad begynder at være sammen med venner, som ikke tager rusmidler, end før behandlingen.
- Både de unge og behandlerne tillægger involveringen af forældre i behandlingen stor betydning.
- Flere unge oplever, at behandlingen har haft betydning for forældrenes adfærd og tilgang til deres forbrug.

KONTAKTEN TIL VENNERNE

Det er ikke usædvanligt for unge at lade sig påvirke af deres omgangskreds, og inden for misbrugsforskningen er det også velkendt, at venner og omgangskreds har en betydning for unges forbrug af rusmidler – dette kaldes også en ”peer effect” (Passetti, Godley & White, 2008).

Spørgeskemabesvarelsene viser, at venner spiller en rolle for de unges forbrug. Tabel 7.1 viser, at de unge, der starter i en af de tre behandlingsindsatser, primært indtager rusmidler sammen med venner. En væsentlig del angiver dog også at indtage rusmidler alene, og tallene viser, at en del af de unge både indtager rusmidler med venner og alene.

TABEL 7.1

Antallet af unge, der tager rusmidler med specifikke bekendte eller familiemedlemmer. Antal.

Indtager rusmidler:	Unge, antal
Alene ¹	84
Sammen med venner	169
Sammen med forældre	8
Sammen med søskende	12
Sammen med anden familie	11
Sammen med andre	34

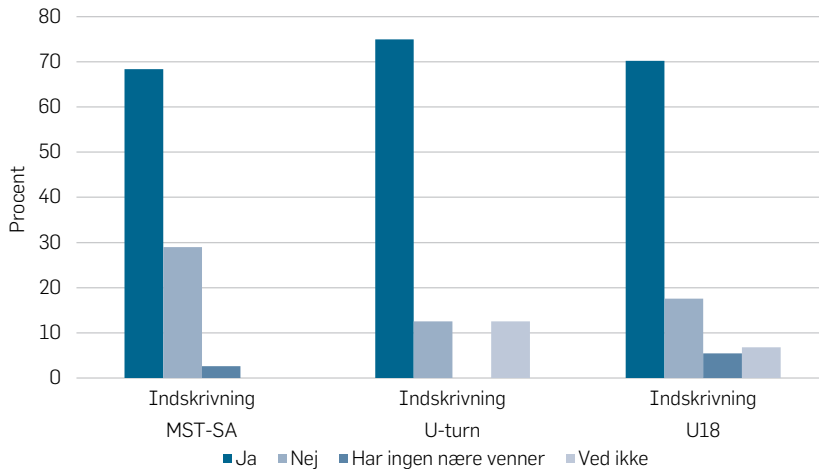
1. 81 af de unge indtager også rusmidler med venner, N = 177.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Tabel 7.1 viser derudover, at en mindre del af de unge tager rusmidler med forældrene, søskende eller anden familie. Som vi desuden ser af figur 7.1, har størstedelen af de unge nære venner, der tager rusmidler. Dette stemmer meget godt overens med de unges fortællinger om vennekredsens betydning for deres forbrug, hvilket vi vil berøre yderligere senere i kapitlet.

FIGUR 7.1

Unge fordelt efter, om de ved indskrivning i behandling har nære venner, der bruger illegale rusmidler. Særskilt for behandlingsmodeller. Procent.



Anm.: N = 168, missing = 9; MST-SA: N = 38, missing = 5; U-turn: N = 56, missing = 4; U18: N = 74, missing = 0.
Kilde: Spørgeskemaer.

Da unges forbrug af rusmidler ofte er forbundet med et socialt liv, hvor vennekredsen eller dele af vennekredsen også bruger rusmidler, har vi valgt at se nærmere på behandlingernes indflydelse på, hvor ofte den unge ser henholdsvis de venner, der bruger rusmidler, og de venner, der ikke bruger rusmidler. Dette kan fortælle os noget om, hvorvidt behandlingen har betydning for, hvilke venner de unge vælger at omgås og måske på sigt for deres mulighed for at fastholde en reduktion eller et ophør af deres forbrug af rusmidler.

Imidlertid er der relativt mange unge, som ikke har svaret på et af eller begge de spørgsmål, der omhandler kontakten til henholdsvis de venner, der bruger rusmidler, og de venner, der ikke bruger rusmidler. Der er således kun 22 unge, der har besvaret begge spørgsmål om venner ved både ind- og udskrivning. Af denne grund har vi lavet to separate analyser: en analyse, hvor vi har set på de unge, der både ved ind- og udskrivning har svaret på spørgsmålet om venner, der bruger rusmidler, (tabel 7.2), og en anden analyse, hvor vi ser på de unge, der både ved ind- og udskrivning har svaret på spørgsmålet om venner, der ikke bruger rusmidler. Vi har ikke her kunnet opdele analyserne på de tre behandlingsmodeller.

TABEL 7.2

Unge fordelt efter antal dage ud af de sidste 30 dage, hvor de har haft kontakt til venner, der bruger illegale rusmidler. Samlet for alle tre behandlingsmodeller. Særskilt for svar ved indskrivning og udskrivning. Procent.

	Ind	Ud *
0 dage	9	15
1-10 dage	20	25
11-20 dage	15	21
21-30 dage	56	39
Unge, antal	75	75

Anm.: Forskel mellem indskrivning og udskrivning Chi-square-test: *p < 0,05. N = 75.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Af tabel 7.2 fremgår det, at der hos de unge er sket en ændring i forhold til hyppigheden af kontakt til venner, der bruger rusmidler.

Nedenstående tabel 7.3 viser tilsvarende den modsatte tendens, når det kommer til de unges kontakt til venner, der ikke bruger rusmidler, nemlig, at de unge ser disse venner mere ved udskrivning end ved indskrivning.

TABEL 7.3

Unge fordelt efter antal dage ud af de sidste 30 dage, hvor de har haft kontakt til venner, der ikke bruger illegale rusmidler. Samlet for alle tre behandlingsmodeller. Særskilt for svar ved indskrivning og udskrivning. Procent.

	Ind	Ud *
0 dage	30	25
1-10 dage	37	23
11-20 dage	16	23
21-30 dage	18	30
Unge, antal	57	57

Anm.: Forskel mellem indskrivning og udskrivning Chi-square-test: *p < 0,05. N = 57.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

De to separate analyser indikerer, at der er sket et skift, således at de unge i mindre grad ser venner, der bruger rusmidler, og i højere grad ser de venner, der ikke bruger rusmidler. Der er dog en vis usikkerhed i resultaterne, da meget få unge har besvaret spørgsmålene ved både ind- og udskrivning.

VENNERNES BETYDNING

Blandt de 21 interviewede unge fra vores kvalitative interviewmateriale fremgår det, at de unge over en årrække har befundet sig i kredse, hvor hash har været let tilgængeligt, dvs. deres primære vennekreds har været andre unge som dem selv, der ikke passede skolen, måske havde problemer i hjemmet og brugte meget af deres tid på at ryge hash sammen med venner. Vennerne er en stor del af ungdomslivet og de unges hverdag, og det er ikke usædvanligt, at netop vennerne og netværket udgør en risikofaktor i forhold til tilbagefald efter behandling (Pedersen & Hesse, 2012; Yao m.fl., 2012). Fælles for de 21 interviewede unge er, at de både inden og under deres stofforbrug har distanceret sig yderligere fra forældre og skole og fokuseret deres tid på venner, som de kan ryge hash med. Nogle af de unge fortæller, at deres stigende forbrug også har været med til at holde dem i vennekredse, hvor der blev røget. Sidsel forklarer fx, at de venner, der ikke røg hash og passede skolen, fjernede sig fra hende, efter hun begyndte at ryge meget og være meget væk fra skolen.

Det var dem, de gav mig et ultimatum, at hvis jeg ikke stoppede med at ses med den veninde, som jeg gjorde det med og droppede kontakten med alle de andre, så ville de ikke havde noget at gøre med mig mere. Og jeg så slet ikke konsekvenserne af det, jeg tænkte bare ”fuck jer”. Og så skred de. Jeg blev det mest egoistiske menneske.

Da hun ikke længere havde sine gamle venner, der ikke røg, søgte hun i endnu højere grad hen i vennekredse, som bestod af unge, hun kunne ryge hash sammen med, og hvor hun følte sig som en del af et fællesskab. Hun forklarer, at det primært var hashrygningen, der udgjorde fællesskabet, men at hun også oplevede dette fællesskab som et sted, hvor hun passede ind og fik accept fra andre unge, der, ligesom hende selv, heller ikke passede skolen.

I interviewene er det helt gennemgående, at jo større et forbrug de unge får, desto mere holder de sig til de venner, der ryger og befinder sig i en lignende situation som dem selv. Rasmus fortæller, at forbruget for ham hang meget sammen med de venner, han omgikkes:

Det er ligesom om, når du selv begynder at ryge, så begynder du også automatisk at lære folk at kende, der gør det. Og så kan det godt være, at du sidder derhjemme og beslutter dig for, at i dag

der vil jeg ikke gøre det, og så er der lige pludselig en kammerat der ringer og siger: ”Hey, hvad, kommer du ikke lige over? Jeg har lige købt to gram eller whatever”, og så tænker man jo okay, fuck det’ gratis. [...] Så kommer det bare mange steder fra, og ikke bare en selv.

Ligesom vi ser det i et studie af Järvinen & Ravn (2014), blev hashen for mange af de unge, omdrejningspunktet for fællesskaberne og den primære aktivitet i fællesskaberne, hvilket gjorde det vanskeligt at omgås disse venner uden at ryge. Vennekredsen spiller ikke underligt en betydelig rolle i alle tre behandlingsmodeller. Fra spørgeskemabesvarelsene er der en indikation af, at behandlingsindsatserne har en indvirkning på de unges vennekreds, men det er ikke sådan, at *alle* venner, der tager rusmidler, er skiftet helt ud. Dette behøver dog ikke betyde, at der ikke er sket ændringer i de unges sociale relationer, eller at behandlingerne ikke har arbejdet med de unges netværk. Sidsel fortæller, at de i U-turn arbejdede med vennekredsen i behandlingsforløbet:

Men det var jo også det, vi arbejdede på herinde til sidst, at jeg vidste, at hvis jeg skulle stoppe med det her, så blev jeg nødt til at cutte kontakten til alle herindefra [byen]. Og når jeg så gjorde det, så havde jeg jo ikke nogen. Så havde jeg slet ikke nogen venner. Fordi alle havde jo droppet mig. Så da jeg cutter kontakten med folk herinde, der har jeg jo ingen.

Hendes udsagn vidner også om, hvor svær og ensom en proces det kan være at skifte vennerne ud – noget behandlerne også er bevidste om, fx hos U-turn, hvor en behandler fortæller:

Vi anerkender også de unge, og at det faktisk er rigtig hårdt arbejde at holde op med at ryge hash. Det er fuldtidsarbejde at holde op med det. Det er ikke bare noget, man gør. Det handler jo rigtig meget om, at hvis man har røget, siden man var 12 eller 11 år, så i det øjeblik man holder, bliver man jo ofte meget ensom, fordi så kender man faktisk ikke andre end dem, der ryger. Plus at der bliver et tomrum inde i hovedet. For når man så stopper og gerne vil noget andet, så har man ikke fulgt med rent udviklingsmæssigt heller, vel? Så man står egentlig lost og ensom og er socialt ret dårligt stillet.

En behandler fra U18 fortæller desuden, at de bruger meget tid på netværksanalyse og taler med de unge om forbrug af hash i netværket, samt at mange har det som det primære samlingspunkt i deres omgangskreds. Hun understreger, at de ikke er fordømmende, men snakker med dem om, hvilke strategier de så kan have, hvis de vælger at have den vennekreds:

Vi siger ikke, at de skal lade være med at være sammen med vennerne. Vi hjælper dem til at finde ud af, hvordan de kan lave nogle aftaler med vennerne, hvis de ikke længere ønsker at ryge hash.

En årsag til, at vi ikke ser en entydig ændring i de unges vennekredse som følge af behandlingen, kan således være, at behandlingerne forholder sig til, at det kan være svært og måske for nogle unge umuligt at skifte vennerne ud, og at de derfor ikke kun arbejder med udskiftning af vennekredsen. I disse tilfælde kan de unge godt have oplevet en reduktion i rusmiddelforbruget og samtidig omgås venner, der tager rusmidler. En anden årsag til, at spørgeskemadata ikke viser en effekt på de unges vennekreds, kan være, at udskiftningen af vennerne for nogle af de unge er noget, der er sket over en længere periode og evt. efter behandlingens afslutning. Dette kan vi ikke se af spørgeskemadata.

I det kvalitative datamateriale ser vi, at de unge, der helt eller næsten var stoppet med at ryge hash, ikke i samme grad som dem, der stadig jævnligt røg hash, sås med deres gamle venner – dem, de tidligere røg sammen med. For nogle skyldes det, at de har skiftet vennekredsen helt eller delvist ud, mens nogle har venner, der også er stoppet med at tage rusmidler. Monica, som i dag er stoppet helt med at ryge, fortæller, at hendes venner stoppede med at ryge hash sammen med hende, og at det er én af årsagerne til, at hun kan lade være med at ryge:

Det er også ... grunden til, at jeg kan stoppe i dag, det er jo, at mine bedste venner, de ta'r ingenting. De har så også røget – slet ikke i så lang tid, som jeg har. Men de har aldrig taget stoffer. Vi har jo så også stoppet i fællesskab, så det er virkelig blevet godt, og vi er alle sammen rigtig glade for det.

Monica fortæller også, at det er en farlig glidebane, når vennerne pludselig udelukkende består af andre, der også tager rusmidler, da det gør det endnu sværere at stoppe:

Interviewer: Og var det kun dem, du omgikkes, dem der solgte, eller andre, der tog stoffer?

Monica: Ja, det var det, men det var fordi, du ved, så begynder jeg at blive ældre her, og de her mennesker de er mere spændende, og så lige så stille så begynder man at lægge sine andre venner bag sig. Og så har man jo kun dem tilbage. Så det er rigtig svært at komme ud af det, når man ikke har nogen til at trække én ud af det.

Som Monicas udsagn viser, har forbruget også medført, at hun har distanceret sig fra de venner, som ikke tog rusmidler. Dette er noget, flere af de interviewede unge fortæller om, og en årsag til, at det kan være svært at stoppe med at tage rusmidler. For Monica har det været vigtigt, at hendes venner heller ikke tager noget, nu hvor hun selv er stoppet. Monicas venner er dog de samme som tidligere. For andre unge har en udskiftning af vennekredsen været nødvendig og en naturlig konsekvens af at holde op med at ryge, dels fordi det kan være svært at sige nej til hash, hvis de bliver tilbudt det, og dels fordi venskaberne for nogle af de unge forsvinder, så snart de ikke har hashen til fælles længere. Simon fortæller, at udskiftningen af vennekredsen for ham er sket automatisk, i takt med at han selv har skiftet hashen ud med andre interesser, men han fortæller også, at det er noget, der er sket, efter at han har reduceret sit forbrug:

Simon: Jeg er jo så småt ved at slutte fuldstændigt. Jeg er heller ikke sammen med nogen, der ryger, for det er alt for svært for mig at sige nej til.

Interviewer: Det, at du ikke ses med de venner, er det noget, der er kommet efterfølgende?

Simon: Det er kommet sådan efterfølgende, noget der sker automatisk, når man får nye interesser og sådan nogle ting.

Som nævnt tidligere, kan det være en ensom proces at skære de venner fra, som man har omgivet sig med i mange år. Enkelte af de interviewede unge fortæller da også, at de efter behandling stadig ryger, omend ikke alle i samme omfang som tidligere. Fælles for denne gruppe er, at de ikke har skiftet vennekredsen ud, men stadig ses med venner, der også tager rusmidler. Niels, der i dag har arbejde som murer, men stadig ryger jævnligt, fortæller, at han trods et ønske om at stoppe med at ryge ses med venner, der ryger hver dag. Han fortæller, at han ønsker at stoppe og allerede har skåret ned på sit forbrug, men stadig ryger, blandt andet fordi han har svært ved at lade være, når han er sammen med sine venner. Som han siger:

Mange af dem, de ryger dagligt. Så kommer man lige op en weekend eller et eller andet, og så sidder man og ser en film, og så er det nemt, når den lige ryger rundt der og så hov, der var den sgu', så tager man lige et par sug, og så ryger man bare resten af aftenen, for nu har man røget, og så kan man ligeså godt fortsætte.

Hashen er i høj grad til stede i hans omgangskreds, hvilket gør det svært for ham at lade være med at ryge.

Der tegner sig igen et billede af, at omgangskredsen er af væsentlig betydning for de unges forbrug af rusmidler. Som nævnt arbejder de tre modeller, som indgår i nærværende evaluering, med et helhedsorienteret perspektiv, hvor der også arbejdes med de unges forhold til deres omgangskreds. Succes med dette arbejde er da også, som vi kan se af de unges fortællinger og forskningen, afgørende for, hvilket udbytte de unge får af behandlingen.

DE UNGE OG DERES FORÆLDRE

Forældre eller nære omsorgsgivere er ofte en vigtig del af unges liv, da de fleste unge bor sammen med én eller begge forældre, og meget tyder på, at forældrenes støtte og forståelse kan medvirke til en positiv relation, hvilket kan have stor betydning for, om de unge fortsætter deres problematiske forbrug af rusmidler (Center for unge og misbrug, 2014). Konfliktfyldte forældrerelationer i teenageårene er dog ikke en unaturlig del af ungdomslivet, og – som vi har været inde på tidligere – er det ikke

ualmindeligt, at unge med et problematisk forbrug af rusmidler også oplever problemer i hjemmet, hvad enten disse er en del årsagen til forbruget eller forårsaget af forbruget.

Forbruget har for nogle af de 21 interviewede unges vedkommende også været med til at skabe konflikter med deres forældre og/eller distancere de unge fra forældrene. Flere fortæller således, at hashen gjorde dem ligeglade med andre omkring dem, inklusive deres forældre. Carl siger fx:

Da jeg røg hash, betød familien ingen ting for mig. Da jeg ikke røg hash, var jeg hele tiden sammen med familien, men da jeg røg hash, blev jeg bare en kæmpe idiot. Man tror, at man kan behandle andre, som man har lyst til.

Sidsel, som udviklede et massivt hashforbrug, fortæller, at hun ikke havde problemer med forældrene, men begyndte at stikke af hjemmefra, fordi hun ikke kunne ryge derhjemme. Hun blev efterfølgende efterlyst af politiet, men fortsatte med at stikke af hjemmefra over en længere periode, dels fordi hashen gjorde hende ligeglad, og dels fordi hun ikke ville konfronteres med forbruget af sine forældre

Selvom konfliktniveauet for en del af de unges vedkommende er højt, eller forholdet til forældrene er problematisk, mens deres forbrug er på sit højeste, giver flere af de unge også udtryk for, at forældrene betyder meget for dem, og at de har oplevet megen støtte og stort engagement fra forældrenes side. Det er meget forskelligt, hvor stor en rolle forældrene har spillet i forbindelse med de interviewede unges behandlingsforløb, men for de unge, der angiver, at forældrene har spillet en aktiv og engageret rolle, er der også meget, der tyder på, at denne støtte har gjort indtryk på de unge. Desuden fortæller nogle af disse unge også, at de oplevede en konkret adfærdsændring hos forældrene, efter at de havde været i kontakt med behandlerne. Andre unge beskriver, at det blandt andet var, fordi de ikke ønskede at såre deres forældre, at de valgte at stoppe. Forældrene spiller altså en central rolle i mange af de unges liv, og behandlingsindsatsernes arbejde med forældrene er derfor ikke uvæsentligt. Alle tre indsats har da også valgt at arbejde aktivt med forældreinddragelse. Hos MST-SA er denne del naturligvis meget explicit, idet der arbejdes direkte med forældrene og deres håndtering af deres barns rusmiddelforbrug. Her er samarbejdet udgangspunktet for og en integreret del af behandlingen. Men også hos U-turn og U18 spiller for-

ældrene en central rolle, og både U-turn og U18 arbejder fast med fx forældregrupper og inddrager forældrene i behandlingen af den unge, hvor det er muligt.

Behandlerne påpeger, at det især handler om at lære forældrene at håndtere deres barns rusmiddelforbrug på en konstruktiv måde, som nedbringer konfliktniveauet. En behandler fra MST-SA fortæller:

Vi prøver at lære forældrene at tage den moralske pegefinger ned. Er testen beskidt, så reagerer vi på det på en måde, som er nysgerrig frem for at skælde ud og sige, at det kan du ikke være bekendt.

Hun uddyber og fortæller, at de lærer forældrene at kunne holde ud at høre, at den unge har røget hash uden fx at begynde at græde. En behandler fra U18 fortæller også, at de har megen kontakt med forældrene undervejs. Forældrene er blandt andet med til informationssamtalen og bliver altid inviteret med til en forældresamtale som en del af udredningen. Denne inddragelse prioriterer de højt, da forældrene, uanset om den unge bor hjemme eller ej, har et kendskab til den unge og den unges opvækst, og kan pege på, hvad der har været af vanskeligheder undervejs. Herudover kan de igennem samtalen få nogle redskaber til, hvordan de tackler deres unge i hverdagen, eller når de er hjemme, hvis de fx bor på et opholdssted. Behandleren nævner desuden, at forældrene får meget ud af at kunne snakke med andre forældre i samme situation og spejle sig i hinanden i forældregrupperne. Forældregrupperne lærer forældrene at lægge den kontrollerende og mistroiske tilgang fra sig og i stedet gå positivt til deres barn. Behandleren fortæller yderligere: ”Det betyder en lettelse for den unge at blive mødt med en større forståelse og [...] en anerkendende tilgang”.

Noget lignende gør sig gældende i U-turn, hvor grupperne giver forældrene mulighed for dels at finde forståelse og dels at lære, hvordan de håndterer deres børns forbrug og de konflikter, det skaber. Nedenstående er et uddrag fra et interview med to U-turn-behandlere:

Behandler 1: Ved at få forældrene til (forældregrupperne) ... så falder konfliktniveauet, og så stiger lysten til og motivationen for at ville forandring hos de unge.

Interviewer: Har I kunnet mærke, at der er sket en forskel, efter at forældregrupperne er startet op, at det har betydet noget, at forældrene er blevet involveret?

Behandler 2: Ja, de får noget sammen. [...] Der er mange, der giver udtryk for, at de kunne godt have brug for at tale med nogle andre forældre, som sidder med det samme.

Behandler 1: For første gang oplever de en følelse af ikke at være alene og ikke at skulle sidde alene med deres angst eller deres skam. Det, at ens søn er ude i et massivt hashforbrug, er jo ikke noget, man lige sidder og deler ved et middagsselskab – det er stadigvæk tabu.

Det er ikke kun forældre og behandlere, der mærker en forskel på baggrund af arbejdet med forældrene. Vi har ikke ud fra spørgeskemadata kunne se en forskel på konfliktniveauet og støtten fra forældrene, men flere af de interviewede unge fortæller, at de i løbet af behandlingen kunne mærke, at forældrenes adfærd ændrede sig. Sidsel, som var i U-turn-behandling, fortæller fx, at hun bedre kunne snakke med sine forældre om sit rusmiddelforbrug, og at de tolererede mere fra hendes side. For eksempel lod de hende sove rusen ud, inden de tog en snak med hende, hvilket fik konfliktniveauet til at dale. Desuden fortæller nogle af de unge, at de hurtigt mærkede, at forholdet til forældrene blev bedre, efter at de skar ned eller stoppede med at tage rusmidler, hvilket har fungeret motiverende for nogle. Frederikke siger fx:

Jeg fandt ud af, at når jeg ikke ryger, så har jeg frie tøjler hos min mor. Det gjorde det også nemmere at lade være med at ryge.

En anden ung, Dennis, der var i behandling hos MST-SA, fortæller også, at han bemærkede, at behandlernes arbejde med forældrene havde en indvirkning på deres adfærd. Han var især glad for, at hans forældre blev mere forstående og kunne sætte sig ind i, hvor svært det var for ham at holde op. Behandlingsforløbet har blandt andet gjort det nemmere for ham at tale om tingene med sine forældre, hvilket også betyder, at han nu, i modsætning til tidligere, kommer hjem og spiser aftensmad med sine forældre, fordi han ikke behøver at skjule, hvis han har røget.

Ud fra de kvalitative interview er der altså meget, der tyder på, at forældrearbejdet er en vigtig del af behandlingen, og at forældrene kan

fungere som nogle betydningsfulde ressourcepersoner i de unges liv. Der, hvor forældrene har ressourcer og muligheder for det, kan de blive et væsentligt element for de unges motivation, da forældrenes forståelse og støtte kan tænkes at have en fastholdende effekt både i forhold til behandlingsgennemførelse og rusmiddelreduktion eller ophør efter behandlingen.

Som vi har vist i dette kapitel, både kvalitativt og kvantitativt, har de unges venner stor betydning for deres forbrug, og et eventuelt tilbagefald. Det har været svært at sige noget entydigt om modellernes indflydelse på de unges kontakt til de venner, der bruger rusmidler, og noget tyder også på, at dette kan være et vanskeligt område at arbejde med, da vennerne fylder meget i de unges liv, og en selektion i disse venner eller reduktion i kontakten til dem kan være med til at give de unge en følelse af ensomhed. De kvalitative interview belyste dog, at det er et område, som behandlerne arbejder med, men ikke kun på den måde, at de skal skære kontakten til alle disse venner, men også ved at lære dem strategier til at håndtere disse venner og rusmidlerne, der bruges i disse vennekredse, så de unge undgår tilbagefald. Nogle af de interviewede unge havde desuden som følge af behandlingen og et reduceret forbrug af rusmidler skåret venner fra. I følgende kapitel ser vi nærmere på de unges psykiske velbefindende og kriminelle adfærd.

PSYKISK TRIVSEL OG KRIMINALITET

Vi vil i dette kapitel belyse de unges psykiske helbred, samt hvorvidt og i hvilken grad behandlingerne har haft betydning for de unges psykiske trivsel. De unges psykiske helbred er et vigtigt effektmål, da det er en stærk indikator på generel trivsel, og derudover kan sige noget om, hvorvidt behandlerne har arbejdet med dette aspekt af de unges liv i relation til rusmiddelforbruget.

Overordnet kan vi sige følgende om de unges psykiske trivsel og kriminelle adfærd:

- Cirka 1 ud af 3 unge har mindst én psykiatrisk diagnose.
- ADHD eller ADD er de mest udbredte diagnoser blandt de unge. Herefter følger depression.
- Samlet set er andelen af unge, der har oplevet en tydelig periode med besvær med at forstå, koncentrere sig eller huske de sidste 30 dage, faldet fra 73 pct. ved indskrivning til 50 pct. ved udskrivning. Ændringen er signifikant for de unge i alle tre behandlingsmodeller.
- Hos MST-SA og U18 ser vi en signifikant reduktion i andelen af unge med aggressiv adfærd, mens andelen af unge, der har oplevet depression, er signifikant reduceret hos U-turn og U18.
- 75 pct. af alle de unge har på et tidspunkt været involveret i kriminalitet.

- Andelen af unge, der har begået kriminalitet inden for de seneste 30 dage, er reduceret for alle tre modeller. Ændringen er dog kun signifikant for MST-SA og U-turn.

DE UNGES PSYKISKE HELBRED

Personer med et problematisk forbrug af rusmidler og særligt et langvarigt forbrug er ofte i større risiko for at have eller udvikle psykiske symptomer¹⁹ end personer, der ikke har et problematisk forbrug af rusmidler (Fergusson m.fl. i Ege, 2006). Det ser vi ved, at en stor andel af personer i behandling også har psykiske problemer, heraf har en andel desuden en psykiatrisk diagnose. En person med et behandlingskrævende forbrug af rusmidler og en psykiatrisk diagnose betegnes som havende en ”dobbeldiagnose”. En person med dobbeldiagnose defineres officielt af WHO som en person, hvor der er en ”samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelse forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser” (WHO 1995 i Hagensen m.fl., 2010). Grænsen mellem det problematiske forbrug af rusmidler og de psykiske lidelser kan være flydende, og det kan være vanskeligt at vurdere, hvad der kom først – forbruget eller de psykiske problemer (Ege, 2006; Pedersen & Frederiksen, 2012). Et problematisk forbrug af rusmidler betragtes i mange tilfælde som en form for selvmedicinering af psykiske problemer, mens de psykiske problemer samtidig ofte anskues som årsag til, at et forbrug fortsætter, også selvom personen har modtaget behandling for sit forbrug (Pedersen & Frederiksen, 2012). Personer med dobbeldiagnose udgør derfor en tværfaglig udfordring for behandlingssystemet, idet forbruget og de psykiske lidelser skal behandles samtidig. Af samme grund lander nogle unge mellem to stole, fordi nogle behandlingssteder ikke vil behandle forbruget, hvis ikke den unge er udredt eller i behandling for sine psykiske problemer, mens nogle psykiatere ikke vil udrede eller behandle, før den unge stopper med at bruge rusmidler (Hagensen, Henriksen & Christensen, 2010). Det er derfor vigtigt at tage sig af de psykiske problemer sammen med forbruget i et behandlingsforløb.

Vi har gennem spørgeskemaerne afdækket de unges psykiske helbred ved at spørge om deres diagnoser og deres psykiske trivsel. Dette

19. ”Symptomer” anvendes her, da der ikke nødvendigvis er tale om psykiatriske diagnoser.

kan give os et billede af de unges psykiatiske baggrund samt vise, om de unges psykiske trivsel påvirkes af behandlingen. Det er vigtigt at understrege, at visse psykiske problemer formentlig særligt hører ungdommen til og ikke nødvendigvis er særlige for netop denne gruppe eller forbundet til et problematisk forbrug af rusmidler. Dog er det ikke utænkeligt, at både de psykiske problemer og forbruget af rusmidler kan blive forstærket, når begge forhold er til stede. I tabel 8.1 berører vi de unge, der har angivet at have en diagnose. Vi er dog bevidste om, at mange unge i behandling for et problematisk forbrug af rusmidler kan have psykiske problemer uden at have en psykiatrisk diagnose. Dette kommer vi efterfølgende ind på i analysen af de unges udvikling over tid. Diagnoser er desuden ikke nødvendigvis statiske og permanente. Desuden ved vi ikke, i hvilken sammenhæng de unge har fået stillet deres psykiatiske diagnose – altså hvorvidt den er blevet stillet inden eller uafhængigt af deres forbrug af rusmidler. For nogle unge vil en diagnose ikke være forårsaget af deres rusmiddelforbrug, hvorfor behandlingen ikke vil have en effekt på disse unge.

Som vi ser af tabel 8.1, er psykiatiske diagnoser relativt udbredte blandt de unge, der har modtaget behandling.

TABEL 8.1

Unge, der har været i behandling, fordelt efter, om de har en psykiatrisk diagnose, og unge med en psykiatrisk diagnose fordelt efter antallet af diagnoser. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Har fået diagnose</i>		
Ja	57	34
Nej	113	66
Unge, antal	170	100
<i>Antal diagnoser</i>		
1	46	82
2	9	16
3	1	2
Unge, antal ¹	56	100

Anm.: N = 170, missing = 77; N = 56, missing = 1.

1. Årsagen til, at der under antal diagnoser totalt er angivet 56 unge, mens der er 57, der angiver at have en diagnose, er, at en enkelt ung ikke har angivet, hvilke(n), eller hvor mange diagnoser vedkommende har. Denne unge er derfor ikke medregnet under antal diagnoser.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Tabel 8.1 viser, at 34 pct. af de unge svarer ja til at have en psykiatrisk diagnose. Af disse unge har 18 pct. to-tre diagnoser. Dette lægger sig i

forlængelse af tidligere studier, der viser en tydelig sammenhæng mellem problematisk forbrug af rusmidler og psykiske lidelser (Pedersen & Frederiksen, 2012; Due m.fl., 2014). I tabel 8.2 ser vi, hvilke diagnoser de unge angiver at have.

TABEL 8.2

Andelen af unge, der har været i behandling med specifikke diagnoser. Antal og procent.

Diagnose:	Antal	Procent
ADHD, ADD	38	67
Depression	15	26
Stress, angst, OCD	6	11
Skizofreni, psykose	6	11
Tourettes syndrom	3	5
Aspergers syndrom	1	2

Anm.: N = 56, missing = 1.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Tabel 8.2 viser, at ADHD eller ADD er de mest udbredte diagnoser blandt de unge, idet 67 pct. af de unge med en diagnose har én af disse diagnoser. De 38 unge med en ADHD- eller ADD-diagnose udgør 21 pct. af den samlede gruppe af unge (177), som analyserne baserer sig på. En lignende andel genfindes i andre undersøgelser, der har undersøgt prævalensen af ADHD blandt unge med misbrug (Pedersen, Vind & Bækbøl, 2009).

ADHD er en udbredt diagnose, også i den almene befolkning, hvor estimater peger på, at ca. 5 pct. har diagnosen. Dette tal er væsentligt lavere end prævalensen blandt personer med et behandlingskrævende forbrug af rusmidler. Forskning viser da også, at de sværeste tilfælde af ADHD er forbundet med en overhyppighed af både misbrug, kriminalitet og sociale vanskeligheder senere hen (Pedersen & Frederiksen, 2012; Due m.fl., 2014). Derudover ser vi, at en andel af de unge i denne undersøgelse har depression og/eller angst- og stressrelaterede diagnoser samt skizofreni/psykoser. Diagnoserne fortæller noget om, at målgruppen, vi har med at gøre, er særligt udsat, når det kommer til psykiske problemer, hvilket kan være del af årsagen til deres forbrug af rusmidler. Når vi ser på betydningen af behandlingerne, kigger vi dog i stedet på de unges selvrapporterede psykiske trivsel, da dette er noget, behandlingerne forventes at have en indflydelse på.

TABEL 8.3

Andelen af unge, der har oplevet en tydelig periode med specifikke psykiske symptomer de sidste 30 dage. Særskilt for behandlingsmodeller og for svar ved indskrivning og udskrivning. Procent.

Symptom:	MST-SA		U-turn		U18	
	Ind	Ud	Ind	Ud	Ind	Ud
Depression	33	21	30	15 *	37	16 **
Angst	35	23	28	28	47	35
Koncentrationsbesvær	70	37 **	68	42 **	80	64 *
Hallucinationer	12	5	13	5	27	6 **
Aggressiv adfærd	47	19 **	40	32	57	35 **
Skadet andre	16	5	13	8	8	8
Selvordstanker	23	12	22	8 *	11	10
Forsøgt selvmord	7	2	2	2	3	1
Skadet sig selv	16	9	7	7	8	3
Traumatiske	7	12	8	8	18	14
Spiseforstyrrelser	7	9	2	0	16	4 *
Andet	14	9	5	1	9	1 *
Ingen	7	19	23	25	8	14
Unge, antal	43	43	60	60	74	74

Anm.: Forskel mellem indskrivning og udskrivning Chi-square-test: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001. N = 177.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Tabel 8.3 viser, at de unge i alle tre behandlingsindsatser især angiver at opleve koncentrationsbesvær (omhandler også at have svært ved at forstå og huske), aggressiv adfærd, angst og depression ved indskrivning i behandling. Når vi ser på ændringen i de unges psykiske trivsel, er der i alle tre behandlingsmodeller sket en signifikant reduktion i andelen af unge med koncentrationsbesvær. Hos MST-SA og U18 ser vi også en signifikant reduktion i andelen af unge med aggressiv adfærd, mens andelen af unge, der har oplevet depression er signifikant reduceret hos U-turn og U18. Vi ser desuden mindre signifikante ændringer blandt de unge med selvmordstanker hos U-turns unge. Der er altså noget, der tyder på, at de unge som konsekvens af behandlingen og muligvis i sammenhæng med reduktion af eller ophør med rusmiddelforbrug har fået det psykisk bedre på nogle områder – herunder særligt med hensyn til koncentration, som ofte ses i relation til hashforbrug, men også på andre parametre, hvilket kan være en indikation på, at behandlingerne formår at arbejde effektivt med nogle af de bagvedliggende årsager til de unges forbrug.

RUSMIDDELFORBRUGET SOM SELVMEDICINERING

Også blandt de interviewede unge er der psykiske problemer eller diagnoser til stede. De fleste af de unge fortæller om psykiske vanskeligheder

i større eller mindre grad i form af dårlig selvtillid, koncentrationsbesvær, vrede eller ADHD. For mange af disse unge hænger vanskelighederne både sammen med en hverdag med problemer i hjemmet og/eller skolen og deres forbrug af rusmidler, i de flestes tilfælde hash. Flere af de unge fortæller, at de blandt andet brugte hashen som en slags virkelighedsflugt, eller for bare at kunne slappe af. Det var for de unge noget, der kunne gøre en til tider hård hverdag enten lidt sjovere eller bare udholdelig. En af de interviewede piger, Sandra, som har haft store selvtillidsproblemer, fortæller omkring årsagerne til, at hun røg hash:

Men 50 pct. [af årsagen] var nok også, at jeg altid har haft helt vildt dårlig selvtillid. Jeg har altid følt, at alle var bedre end mig, og jeg ikke var god nok. Så havde jeg det virkelig svært ved, at mine forældre blev skilt, og min far havde fået ny kæreste og barn, og jeg ville bare væk fra det hele. Og så begyndte jeg bare at blive en tikkende bombe, og jeg tror også, at det var det der ADHD, som jo først blev opdaget senere.

Sandra beskriver dårlig selvtillid i en kombination med en række begivenheder som del af årsagen til, at hun begyndte at ryge hash, og hun nævner også sin ADHD-diagnose, som hun på daværende tidspunkt ikke havde fået konstateret, men som i tilbageblik har været med til at gøre hverdagen udfordrende for hende.

Hashen blev for mange af de interviewede unge et middel til at komme igennem en hård hverdag. Emilie fortæller fx, at hun var meget skoletræt og ikke brød sig om sine klassekammerater i den periode, hvor hun røg dagligt:

Jeg kunne ikke holde ud, hvis jeg skulle gå hjem uden at ryge, for nu havde jeg holdt ud hele dagen [...]. Jeg havde ikke overskud til noget uden at ryge.

Sandra bekræfter, hvordan hun har haft store problemer med sin mor derhjemme og derfor blev sendt på kostskole, hvor hun begynder at ryge hash. Hun fortæller endvidere, at hun stadig efter at have skåret drastisk ned kan få trangen til at hash, når problemerne trænger sig på:

Jeg kan relatere til nogle gange, at årh, for helvede, hvorfor kan jeg ikke bare ryge en joint, for min mor er bare helt vildt dum, eller jeg har det ad helvede til. Og det går dårligt i skolen og med

vennerne, så føler man nogle gange, at det ville gøre det nemmere.

Det at ”slappe af” eller ryge, for at ”blive en anden” går igen, når de unge skal beskrive, hvad de fik/får ud af at ryge hash, noget de ikke i samme grad følte sig i stand til uden hashen. Et ønske om at flygte fra virkeligheden og dens problemer kommer hos flere af de interviewede unge til udtryk gennem beskrivelser af hashens virkning, og den følelse, det gav dem, når de røg. Simon, der har kæmpet meget med vredesproblemer og aggressiv adfærd, havde et forbrug af både hash og amfetamin. Han beskriver amfetaminens virkning på følgende måde:

Du tror, at du er konge. Du tror nærmest, at du er Gud. Der er folk, der er sprunget ud fra huse, fordi de tror, at de kan flyve. Det var den følelse, jeg var afhængig af. Der var ikke noget, jeg ikke kunne. Man kan klare alt. Der er ingen grænser.

Nogle af de unge italesætter afhængigheden eller årsagen til deres fortsatte forbrug som funderet i en higen efter denne følelse af, at man kan alt, ligesom Simon. For enkelte unge var brug af rusmidler som bidrag til en sjovere hverdag ikke entydigt forårsaget af psykiske problemer. Nogle fortæller fx, at de primært har brugt rusmidler for at få lidt sjov i en kedelig hverdag. Det er dog ret gennemgående i interviewene, at forbruget, selvom det er startet sporadisk, eksperimenterende og socialt, udvikler sig til at blive en form for ”coping” i en hverdag med kedsomhed, problemer i hjemmet, problemer i skolen og/eller psykiske problemer. For flere af de interviewede unge har psykiske problemer, såsom lavt selvværd, angst eller depression fyldt så meget, at de har brugt hashen til at dulme følelserne og som nævnt tidligere få en følelse af at være en anden eller bare være normale. Dennis, som røg dagligt og stadig efter behandlingen ryger ofte, fortæller blandt andet:

Dennis: Det var ikke altid for at blive skæv – det var for at slappe af.

Interviewer: Var det svært at slappe af uden?

Dennis: Ja, jeg føler mig rastløs og sådan noget.

Interviewer: Hvad var det så for en følelse, du fik af at ryge?

Dennis: Det var bare sådan, så havde man det normalt igen.

Interviewer: Okay, så det var i virkeligheden, når du røg, at du følte dig normal?

Dennis: Ja, ja, når jeg ikke røg, så svedte jeg. Jeg havde det sådan, at jeg var altid sådan lidt sur, og jeg blev nemt irriteret.

Simon fortæller også, at han bruger hashen til at berolige sig selv med på bestemte tidspunkter:

[Når] jeg begynder at tænke meget, og når jeg bliver sur. Det er faktisk for at blive roligere. Og søvnløshed også, for du ender jo med at blive sindssyg, hvis du ikke får noget søvn.

Disse to drenge har blandt andet brugt hashen til at håndtere deres vrede med. Søvnbesvær, som Simon nævner, er desuden en udbredt bivirkning ved hashrygning (Hesse & Thylstrup, 2014), som flere af de unge fortæller, at de afhjælper ved at ryge yderligere. Det er ikke unormalt, at hashen bliver brugt til at dulme symptomer som til en vis grad er forårsaget af selv samme forbrug.

Hash fungerer således for flere af de unge som en form for selvmedicinering. Selvmedicineringshypotesen er udbredt inden for rusmiddelforskning (Pedersen & Frederiksen, 2012), og det er da også tydeligt, at størstedelen af de interviewede unge på en eller anden måde har brugt hashen til at håndtere eller flygte fra problemer og udfordringer i deres dagligdag. Det kan være alt fra dårligt selvværd og angst til depression og ADHD.

Det er som sådan ikke unormalt at opleve psykiske vanskeligheder i ungdommen (Pedersen & Frederiksen, 2012), men årsagen til, at nogle unge vælger at bruge rusmidler til at håndtere dem med, er dog ikke helt tydelig. Den findes sandsynligvis i en kombination af faktorer, som vi tidligere har været inde på her, nemlig at omfanget af de unges problemer bliver for meget, at kedsomheden og bekymringerne bliver dominerende i en hverdag uden meget at tage sig til (jf. skolefravær), og at vennerne, der også ryger, er det nærmeste fællesskab, de unge har, for at nævne nogle. Vi skal dog understrege, at forbruget ikke altid entydigt er en form for selvmedicinering, og at det ikke altid hænger sammen med en diagnose, men at det også ”bare” kan være relateret til problemer ge-

nerelt. For flere af de unge har forbruget samtidig udgjort et vigtigt socialt element i deres hverdag, hvilket vi har været inde på i kapitel 8.

Som vi så i data fra spørgeskemaerne, har behandlingerne haft en positiv virkning på nogle af de unges psykiske trivsel. Dette kan skyldes, at forbruget er nedsat, eller at behandlere har formået at arbejde med de unges psykiske problemer. En behandler fra U18 fortæller, at de i behandlingen arbejder med de unges psykiske vanskeligheder, fordi det fylder meget:

Interviewer: Taler I også om helbredsmæssige konsekvenser?

Behandler: Ja, og meget i forhold til det psykiske. Der er mange af dem, som har bagvedliggende psykiske problemer af en eller anden art. Noget kan være kommet før, hvor hashen måske er en form for selvmedicinering, og noget kan være blevet forstærket af hashen, hvis det har været der før. Men det kan også være kommet på grund af hashen. Når jeg siger hashen, så er det fordi det er det, de typisk bruger, men det kan selvfølgelig også være andet.

For de unge kommer behandlingens betydning for deres psykiske trivsel til udtryk på forskellige måder. En del af de interviewede unge forklarer deres øgede trivsel med, at de er holdt op med at ryge. Hos disse unge har der tilsyneladendes været en kraftig sammenhæng mellem forbruget og deres mistrivsel. Der er dog flere af de unge, som nævner, at de gennem behandlingen har lært at erstatte trangen til hash med noget andet. Behandlerne har her blandt andet arbejdet med, at de unge skulle finde noget andet, der kunne gøre dem glade eller tilfredsstillende dem, som rusmidlerne gjorde det. Emilie, som var i behandling i U18, fortæller fx, at de snakkede meget om, at det var svært at stoppe, hvis hun var deprimeret, og at hun derfor skulle arbejde med disse psykiske vanskeligheder, mens Simon fortæller, at han fik gode råd til at falde i søvn uden at bruge hashen.

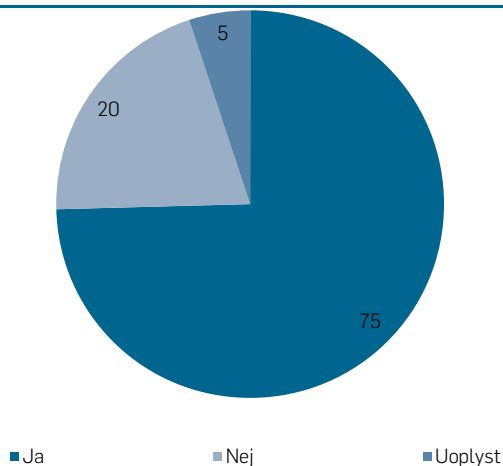
Enkelte unge fortæller også, at de helt konkret fik hjælp til deres psykiske problemer gennem henvisninger til psykiatere eller psykologer fra deres behandlere.

DE UNGES KRIMINELLE ADFÆRD

Vi har i spørgeskemaerne også valgt at se på de unges kriminelle adfærd, da rusmiddelforbrug i mange tilfælde er forbundet med kriminalitet (Sundhedsstyrelsen, 2003, 2006)²⁰. I indskrivningsskemaet har vi spurgt om deres generelle kriminalitetshistorik, samt hvorvidt de har været involveret i kriminalitet inden for de sidste 30 dage. Figur 8.1 viser, at 75 pct. af de unge, der starter i behandling, har erfaring med kriminelle aktiviteter. Det er en meget stor andel og er en indikator på, at disse unge enten i forvejen har befundet sig i større risiko for at begå kriminalitet, inden de påbegyndte deres forbrug af rusmidler, eller at deres kriminelle adfærd er en direkte konsekvens af deres rusmiddelforbrug.

FIGUR 8.1

Unge, der har været i behandling, fordelt efter, om de ved indskrivning i behandling har været involveret i kriminalitet. Procent.



Anm.: N = 177.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Hvilke kriminelle aktiviteter, de unge har været involveret i, fremgår af tabel 8.4.

20. Vi er bekendte med, at unge under 15 år er under den kriminelle lavalder og dermed ikke kan straffes for kriminelle handlinger. De kan derfor heller ikke terminologisk betegnes som kriminelle unge. Vi anvender dog alligevel begreberne "kriminell" og "kriminalitet", da vi både har med unge under og over 15 år at gøre.

TABEL 8.4

Andelen af unge, der ved indskrivning i behandling har været i involveret i specifikke kriminelle aktiviteter. Hyppigst forekommende former for kriminalitet. Antal og procent.

Kriminel aktivitet:	Antal	Procent
Tyveri	95	54
Hærværk	76	43
Salg af rusmidler	71	40
Vold	59	33

Anm.: N = 132.

Kilde: Spørgeskemaer til unge

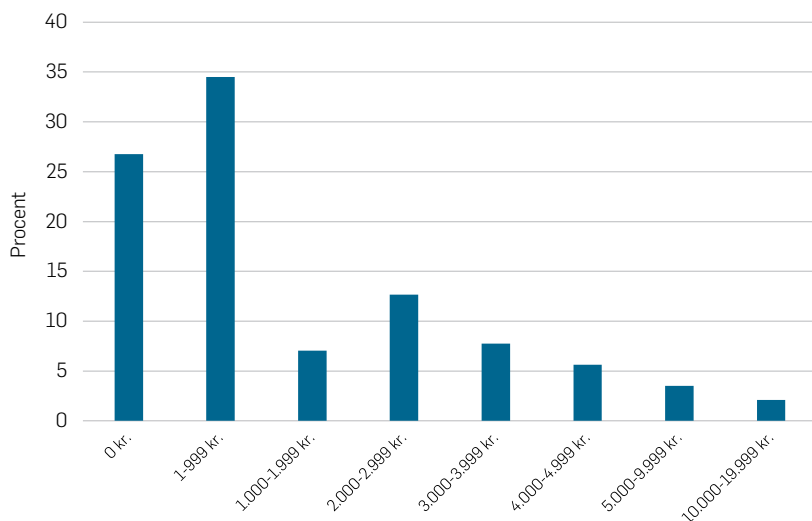
Af tabel 8.4 fremgår det, at tyveri, hærværk og salg af rusmidler er de hyppigst forekomne kriminelle aktiviteter blandt de unge. Det drejer sig om henholdsvis 54 pct. af de unge, der på et tidspunkt har været involveret i kriminelle aktiviteter, som har begået tyveri, 43 pct., der har begået hærværk, og 40 pct., der har solgt rusmidler. Der er yderligere cirka 1/3 af de unge, der har været involveret i vold. At netop tyveri og salg af rusmidler er to af de største grupper, kan være en indikation på, at de kriminelle aktiviteter til en vis grad er relateret til de unges forbrug af rusmidler. Særligt salg af rusmidler må siges at relatere sig til aktivitet i miljøer, hvor rusmidler befinder sig. Vi skal dog endnu engang understrege, at de kriminelle aktiviteter i ligeså høj grad kan være forbundet med generel risikoadfærd, som de unge har været en del af, uafhængigt af deres forbrug. Forbruget kan i denne sammenhæng muligvis være en forstærkende faktor. Figur 8.2 viser, hvor mange penge de unge bruger på rusmidler, og vi kan se, at 40 pct. af de unge ved indskrivning i behandling brugte 1.000 kr. eller mere om måneden på rusmidler.

Disse tal kunne indikere, at der blandt nogle unge eksisterer et forbrug så stort, at finansieringen må forventes at findes andre steder fra end lommepenge eller fritidsjob. At finansieringen af forbruget kan være medvirkende til kriminel adfærd, er også, hvad nogle af de interviewede unge fortæller os, hvilket vi vil uddybe yderligere senere i kapitlet.

For at undersøge behandlingernes betydning for de unges kriminelle adfærd har vi valgt at se på, hvorvidt de unge har begået en kriminel handling inden for de seneste 30 dage ved ind- og udskrivning.

FIGUR 8.2

Unge fordelt efter antal kroner, de ved indskrivning har brugt på illegale rusmidler den sidste måned. Procent.



Anm.: N = 142, missing = 35.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

TABEL 8.5

Andelen af unge, der har været i behandling, som har begået kriminalitet de sidste 30 dage. Særskilt for behandlingsmodeller og for svar ved indskrivning og udskrivning. Procent.

	MST-SA		U-turn		U18	
	Ind	Ud	Ind	Ud	Ind	Ud
Har begået kriminalitet de sidste 30 dage	27	3*	45	14**	29	14 #
Antal	30	36	38	56	52	63

Anm.: Forskel indskrivning og udskrivning chi-square: *p < 0.01;**p < 0,001; # ikke signifikant.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Tabel 8.5 viser, at der i alle tre modeller sker en reduktion i andelen af unge, der har begået kriminalitet den seneste måned. Dog er ændringen kun signifikant for MST-SA (fra 27 til 3 pct.) og U-turn (fra 45 til 14 pct.). U18 har også færre unge, der har begået kriminalitet de seneste 30 dage (fra 29 til 14 pct.), men denne forskel er ikke signifikant. Vi ser også, at U-turn har at gøre med en væsentligt større andel af unge, som ved indskrivning har begået kriminalitet inden for de sidste 30 dage, end de øv-

rige to modeller. Vi har ikke en forklaring på dette, men det er dog endnu en indikator på målgruppeforskelle, der betyder, at netop U-turns målgruppe står med flere eller andre udfordringer end de unge i MST-SA og U18. Det er derudover bemærkelsesværdigt, at flere unge har svaret på spørgsmålet ved udskrivning end ved indskrivning. Forskellen kan muligvis skyldes, at emnet er særligt følsomt, og at de unge ved indskrivning ikke har følt sig fortrolige nok til at afsløre deres kriminelle adfærd over for en behandler, som de lige har mødt. Andelen af unge, der ved indskrivning har begået kriminalitet inden for de sidste 30 dage, kan derfor reelt godt være større.

De unges erfaring med kriminalitet kommer også til udtryk i de kvalitative interview. Seks af de interviewede unge fortæller om kriminalitet, de har begået. Det reelle antal af unge blandt de 21 interviewede, som har erfaring med kriminalitet, kender vi ikke, da det er et emne, som kun er blevet berørt, hvis de unge selv frivilligt har bragt det på bane. For disse seks unge er det hovedsagligt startet ved, at de i takt med et stigende forbrug blev hevet ind i miljøer, hvor kriminalitet og risikoadfærd var normen. Kriminalitet i form af tyveri og salg af rusmidler blev derfor pludselig mere nærliggende end tidligere og en mulighed for at tjene penge til at finansiere eget forbrug. Blandt de unge, der fortæller, at de har begået kriminalitet, er den kriminelle adfærd i næsten alle tilfælde direkte relateret til deres forbrug af rusmidler og finansieringen af forbruget. Simon fortæller, at han begyndte at sælge hash for at få penge til at købe rusmidler:

Simon: Jeg har lavet meget kriminalitet også. [...] Når man ryger meget, det koster jo også penge ... det er jo dyrt at ryge. Jeg solgte også lidt, og når jeg havde været på hjemmeweekend, så kunne jeg godt lige have en lille mængde hash med derop.

Interviewer: Hvad skete der i den periode, hvor det ligesom toppede og begyndte at gå nedad?

Simon: Det var fordi, at jeg fandt ud af, at jeg egentlig godt kunne tjene en del penge på at sælge hash, så det var jo meget nemt. Så tror jeg bare lige, at jeg købte 100 g til at starte med, og så solgte jeg det, samtidig med at jeg kunne ryge græs og så stadig have penge til overs. Det gjorde jeg så, indtil min far, han fandt det på mit værelse.

Et forbrug af rusmidler kan desuden føre til stor gæld, hvilket kan presse de unge til at begå kriminalitet. Dette oplevede Frederikke, som efter at have røget hash nogen tid møder nogle mennesker, der synes, at hashen er for kedelig og introducerer hende for amfetamin og kokain. Hun får hurtigt abstinenser af dette og bliver nødt til at få fat på mere og mere, hvilket fører hende ind i en ond spiral af gæld med renter. Hun begynder derfor at stjæle penge fra sine forældre og senere at sælge hash for at betale gælden af. Hun er dog nødt til at købe den hash, hun sælger, og hun forgælder sig derfor yderligere og ender med at modtage trusler. Til sidst vælger hun at fortælle sine forældre det hele, hvorefter de hjælper med at betale gælden af. Frederikke er et eksempel på, at et hashforbrug kan udvikle sig til et mere alvorligt forbrug af andre rusmidler og dernæst til kriminelle aktiviteter.

At der kan være en sammenhæng mellem rusmiddelbrug og kriminalitet, understøttes af tidligere forskning, specielt forskning i voksne misbrugere (Sundhedsstyrelsen, 2003, 2006). Et studie af Hall & Pacula (2003) viser, at de unge, der begynder at ryge hash i en tidlig alder, ofte er unge, der i forvejen – også inden de begyndte at ryge hash – var udsatte og i større risiko for at begå kriminalitet, udvikle psykiske problemer eller få det vanskeligt i skolen (Hall & Pacula, 2003). Nogle af de interviewede unge har fx over en årrække befundet sig i kredse, hvor risikoadfærd ikke ligger dem fjernt, og kriminel adfærd derfor måske ikke har været unormalt, selv inden forbruget blev stort. Rusmidlerne er derfor ikke nødvendigvis årsagen til de unges problemer, men kan bevirke, at de unge fastholdes i en kriminel løbebane (Ege, 2006).

Vi har i dette kapitel belyst de unges psykiske velbefindende og deres kriminelle adfærd. Vi så blandt andet, at de tre behandlingsmodeller alle havde en indvirkning på de unges psykiske velbefindende om end på forskellige områder. Her er det igen vigtigt at huske på, at målgrupperne adskiller sig lidt fra hinanden, hvilket kan være årsag til forskellighederne. Derudover så vi, at langt størstedelen af de unge har erfaring med kriminalitet, og at alle tre modeller formåede at reducere andelen af unge, der havde begået kriminalitet inden for de sidste 30 dage. Dette er således stærke indikatorer på dels, at behandlerne i alle tre modeller formår at arbejde med andet og mere end rusmiddelforbruget, dels at en eventuel reduktion i rusmiddelforbrug kan have positive konsekvenser i form af forbedret psykisk trivsel og/eller mindre tilknytning til kriminelle miljøer. Da spørgeskemadata er sparsomme med oplysninger om de un-

ges personlige oplevelser med behandlingen, og data hidtil ikke siger meget om, hvad der i et behandlingsforløb er vigtigt for de unge, deres motivation og deres eventuelle udbytte, vil vi i det følgende kapitel 9 belyse de unges oplevelser med at være i behandling ud fra de kvalitative interview.

AT VÆRE I BEHANDLING

Dette kapitel beskriver, på baggrund af de kvalitative interview, de unges motivation for at starte i behandling på tværs af de tre modeller samt deres og behandlernes oplevelser med behandlingen. Kapitlet giver indblik i de faktorer, der har haft betydning for de unge i behandlingsforløbene, og som de unge vurderer som afgørende for deres udbytte af behandlingen.

Overordnet kan siges følgende om de unges oplevelser af at være tilknyttet behandling i en af de tre behandlingsmodeller:

- For størstedelen af de interviewede unge er beslutningen om at gå i behandling blevet foranlediget af andre personer end dem selv, såsom lærere, forældre eller lignende.
- Alle de unge tillægger relationen til behandleren væsentlig betydning, når de skal pege på afgørende faktorer for succesfuld behandling.
- Flere af de unge påpeger, at det har haft stor betydning for dem, at behandlerne ikke har fordømt brugen af rusmidler, og at de har haft fokus på generelle problemer i deres liv og ikke blot på rusmidler.

HVORFOR STARTER DE UNGE I BEHANDLING?

De interviewede unge har alle forskellige historier, hvad angår deres start i behandling. Kun to unge fortæller, at de selv henvendte sig, mens de resterende alle italesætter det som en begivenhed, der blev igangsat af andre personer end dem selv. Carl er en af de få unge, som selv tog initiativ til at komme i behandling. Han fortæller, at han tog kontakt til U-turns anonyme rådgivning, fordi han oplevede, at brugen af rusmidler eskalerede voldsomt og ”kørte helt af sporet”, da han begyndte at bruge andre stoffer end hash. Herudover skræmte virkningen af de hårde stoffer ham, og han oplevede, at stofferne fyldte for meget i hverdagen.

Folk blev mærkelige, og det tog kort tid for dem at skifte personlighed. Jeg tænkte, jeg gider ikke mere, jeg gider ikke være taber, være bistasbums [...] [men] jeg kunne ikke stoppe det selv.

For andre var opstarten i behandling en beslutning truffet af autoriteter i deres liv, hvad enten det var forældre, SSP-medarbejdere, socialrådgivere, sagsbehandlere eller skolepersonale, som vurderede, at de unges forbrug af rusmidler havde udviklet sig til et behandlingskrævende forbrug. For flere af de unge er det foregået mere eller mindre modvilligt. De fleste nævner også, at de gik ind til behandlingen med en forestilling om, at de ikke havde behov for det, eller at det ikke kunne gøre dem gavn, og at de blot blev stemplet som misbrugere. Emilie fortæller fx:

Jeg havde på ingen måde lyst til at skulle gå herinde. Jeg kunne slet ikke klare, at jeg skulle gå på et misbrugscenter og alle de der rapporter, de skriver, jeg føler bare, at de skriver om mig, som om jeg er en stiknarkoman. Det’ så formelt det hele. Jeg synes ikke, at jeg var typen, der skulle gå på et misbrugscenter. Men jeg havde ikke noget valg.

Emilie, som modtog behandling i U18, er ligesom flere andre af de unge altså ikke gået velvilligt ind i behandlingsforløbet og har haft forskellige forestillinger om behandlingen forud for indskrivningen. Flere af behandlerne støtter op omkring dette, idet de fortæller, at behandlingen ofte iværksættes på initiativ fra omsorgspersoner eller sagsbehandlere, der stærkt opfordrer de unge til, ”kræver” af dem eller overtaler dem til

at gå i behandling. For Emilies vedkommende var det skolen, som forlangte, at hun skulle gå i behandling, da hun ellers ville blive smidt ud. Hun fortæller senere i interviewet, at hendes syn på behandlingen ændrede sig med tiden, og at hun i tilbageblik er glad for at have været i behandling.

En behandler fra U18 påpeger, at det er vigtigt at tage den unges ambivalens eller måske direkte modvilje mod at komme i behandling alvorligt. Hendes erfaring er, at hash af de unge nogle gange opleves som et middel til at løse et konkret problem, såsom tankemylder eller problemer i skolen. Hun taler derfor meget med de unge om, hvordan de kan få løst problemet med noget andet end hash, hvilket de som oftest gerne vil. En behandler fra U-turn påpeger i forlængelse heraf, at de unges egen motivation er helt afgørende for at skabe en forandring.

Vi har dem jo egentlig kun i en meget, meget kort periode. Det er jo der, hvor deres egen motivation skal styre det, de gør. Vi kan jo ikke sige fra over for jointen for de unge eller over for at sniffe amfetamin. Det er jo de unge selv, der skal finde motivationen til at lade være.

Behandlernes måde at tale om rusmidler og måde at agere på i forhold til de unge er ligeledes noget, som de unge lægger stor vægt på som afgørende for deres motivation for at blive i behandling, hvilket vi vil belyse i næste afsnit.

BEHANDLINGEN OG BEHANDLERNES BETYDNING

Langt størstedelen af de interviewede unge fortæller, at de relativt hurtigt har fået oplevelsen af at få noget ud af at komme til samtalerne med behandlerne. Selvom alle de unge ikke ved behandlingsstart har været lige positivt indstillede over for behandlingen, beskriver en stor del af dem behandlingen positivt i tilbageblik. Fælles for de fleste unge er, at det oftest er en sammenkobling af flere faktorer, som de oplever, har hjulpet dem i behandlingen.

I nogle af de unges fortællinger beskrives behandlingen som et redskab eller et middel til at kunne håndtere de problemer, der har været medvirkende til deres forbrug, fx det at lære at håndtere trangene til at ryge, kunne sige nej til rusmidler eller lægge rusmidlerne fra sig i tilfælde af eventuelt tilbagefald. For andre unge er det derudover også arbejdet med forældrene, der har haft en afgørende betydning for deres udbytte

(jf. kapitel 7). En helt grundlæggende motivationsfaktor, der er af væsentlig betydning for de unges udbytte af behandlingen, er dog forholdet til behandlerne. Det er primært fortællinger om behandlerne som nogle voksne, der lytter til dem, der dominerer. Simon svarer fx følgende på et spørgsmål om, hvad der var det bedste ved behandlingen i U18:

Der er faktisk nogen, der gider sidde og lytte på mig og sidde og hjælpe én. Jeg vil sige, at [behandleren] er nok den form for behandler, som jeg har haft det allermest behageligt ved at snakke med. For mange psykologer sidder og siger, det er godt nok synd for dig. Det gør de ikke her. Her prøver de at finde et eller andet, hvor de kan hjælpe.

Noget, der går igen hos flere unge, er netop værdsættelsen af at kunne snakke helt åbent og ærligt med behandlerne uden at blive mødt med fordømmelse. Helt overordnet fortæller flere af de unge, som har oplevet en bedring, at behandlingen har hjulpet af den simple grund, at de har fået mulighed for at snakke om deres problemer med nogen, der lyttede, hvilket blandt andet har givet dem selvtillid. Cathrine, som fortæller, at hun har været meget glad for behandlingen i U18, siger:

Jeg har fået det ud af det, at når jeg har gået herfra, så har jeg følt mig som nummer et, ligesom når jeg har været påvirket. Det har ligesom været misbrug, kan man godt kalde det. Det har hjulpet mig.

Niels fortæller om tiden i U-turn, at han satte stor pris på, at hans behandler altid var til rådighed, og at han kunne dele alt med behandleren:

Det har været godt at kunne komme op at snakke med dem, ligesom være åben og altid lige kunne skrive en besked til [behandleren]. Du kunne stadig skrive til dem, selvom det var lørdag eller fredag.

Udsagnene er en indikation på, at den personlige relation mellem ung og behandler er af stor betydning for de unges tilfredshed og dermed fastholdelse i og udbytte af behandlingen. Særligt lægger de unge vægt på måden, hvorpå de bliver mødt af de voksne med oprigtig interesse uden forsømmelse. Sidsel fortæller også, at behandlingen i U-turn var en slags pusterum, hvor hun følte sig helt accepteret:

Interviewer: Kan du uddybe, hvad det er, der lige gør, at det hjælper?

Sidsel: Jeg tror, at det er de voksne hernede [...]. De voksne, de er ikke "voksne" voksne. De står ikke med en pegefinger. De snakker til os i vores sprog og vores niveau. De ser på os som mennesker. [...] Her, der er du bare speciel, du er god nok, og du kan være her og være dig selv. [...] Det er et pusterum.

Flere behandlere fortæller i forlængelse heraf, at det er vigtigt, at de unge oplever at have et frirum hos dem, og at de oplever en reel interesse fra behandleren for deres liv generelt og ikke bare i forhold til deres rusmiddelbrug.

En behandler fra U18 fortæller eksempelvis:

Vi har en meget åben og nysgerrig tilgang til den unge. Vi er ikke dømmende og jamen, vi er blevet meget bevidste om, hvad det er for nogle ord, vi bruger i forhold til rusmiddelbrug i stedet for "misbrug". [...] Vi er nysgerrige på deres brug af rusmidler og deres ungdomsliv i det hele taget og på, hvordan det spiller sammen. Hvordan ser deres sociale liv ud nu, har det haft nogle konsekvenser det her med at bruge rusmidler i form af at blive smidt ud eller droppet ud af skole? Det har det for rigtig mange. Det kan også være konsekvenser i forhold til konflikter derhjemme. Nogle har mange skænderier med forældre, fordi forældrene bliver bange og kontrollerer og har mistillid til den unge, og så de kan ikke rigtigt snakke sammen. Men ved at snakke om de her ting, som fylder for den unge, der tænker jeg, at det er derigennem, at vi får motiveret dem til at se en sammenhæng i, hvad rusmidlerne har af betydning. Så vi går ikke direkte på og snakker om rusmidler. Vi kan ligeså godt snakke om ungdomslivet i al almindelighed.

Lignende eksempler findes i flere andre interview med behandlerne, som generelt lægger vægt på at arbejde helhedsorienteret i forhold til den unges behandling, og som en behandler fra U-turn understregede, blandt andet at arbejde med "forankring i noget, som er fremadrettet", det være sig skole eller beskæftigelse eller lignende. Modellerne arbejder således i høj grad med de unges målsætninger og med at sætte noget andet i stedet for rusmidlerne. I denne optik er behandlingsmodellerne ikke isoleret fra

de unges øvrige liv, men en integreret del af de unges liv i en afgrænset periode.

Alle behandlerne er enige om, at det giver mening at arbejde helhedsorienteret i forhold til den unges rusmiddelbrug, bl.a. fordi ”den unge ikke selv kan løfte opgaven med at blive ren. Derfor giver det rigtig megen mening, at det er systemet rundt om, der skal hjælpe” (behandler fra MST-SA). Denne tilgang, som beskrives af behandlerne, skal ses i relation til de unges oplevelser med behandlerne som ikke-fordømmende og interesserede i dem og deres liv, og dette er tilsyneladende én af hovedårsagerne til mange af de interviewede unges generelle positive fortællinger om behandlingsforløbene. Forskning peger på, at målgruppens tilfredshed med et givet behandlingsforløb hænger sammen med resultatet af behandlingen. Dette kan der være flere forklaringer på. Dels kan retrospektiv tilfredshed med behandlingen betyde, at den unge har fået noget ud af forløbet, men tilfredshed med et behandlingsforløb kan også tænkes at være en fastholdende faktor under selve behandlingsforløbet, hvilket betyder, at de gennemfører et forløb og derfor får det optimale ud af behandlingen (Pedersen & Hesse, 2012). Derudover kan tilfredshed betyde, at de unge er mere modtagelige over for behandling og den rådgivning og terapi, de modtager der. Det at blive mødt med forståelse og interesse af behandlerne kan således have en fastholdende effekt på de unge, idet det formentlig skaber tillid og giver dem lyst til at fortsætte med at komme. Flere af de unge gav udtryk for, at behandlingen var et frirum, hvor de kunne snakke om alt – også andre ting end forbruget. Fastholdelse er en vigtig del af behandlingen, da et uafsluttet behandlingsforløb givetvis vil have mindre chance for at virke end et gennemført forløb. Det er derfor også en væsentlig faktor at se på, når en behandlingsindsats’ effekter skal vurderes.

Som vi har været inde på, er der blandt mange af de interviewede unge en gennemgående tilfredshed med behandlingen. Nogle enkelte af de interviewede unge udtalte sig dog også negativt om behandlingen i tilbageblik. Rasmus følte fx på intet tidspunkt, at han blev lyttet til. Tværtimod oplevede han, at behandlerne i MST-SA kun havde fokus på hans mor og hans forbrug af rusmidler, og ikke inddrog ham i behandlingen:

Det, der begyndte at irritere mig lidt i det program, det var, at fokus det var 100 pct. på, at jeg skulle stoppe med at ryge, og jeg blev bare behandlet som en eller anden fucking narkoman, syn-

tes jeg egentlig, hvor det, der egentlig var mit problem, var de ting, der ligger bagved, de ting, der gjorde, at jeg røg, som var det her med min far. Og det var bare, som om ... altså jeg kunne godt vende det med folk, men det var lidt svært at komme af med. Og til sidst der blev jeg bare gjort til en eller anden junkie, som bare ... altså min mor ville ikke give mig nogen penge, hvis jeg spurgte hende, og det var, som om de der MST-folk, de sådan sagde til hende, at hver gang jeg sagde, at jeg ville have penge, så var det, fordi jeg ville have penge til hash. Hun ville ikke rigtig lytte til mig, så jeg begyndte at få bøder i bussen, og det begyndte bare at gå ad lort ...

Dette udsagn er formentlig relateret til MST-SA's behandlingstilgang, som tager udgangspunkt i arbejdet med forældrene. Den manglende inddragelse af Rasmus giver ham en følelse af ikke at blive hørt. Rasmus er i sin fortælling meget bevidst om, at han dengang havde brug for at bearbejde nogle bagvedliggende ting, som var årsag til hans forbrug af hash, fx et meget problematisk forhold til faren, som gennem flere år havde "tæsket" ham. Dette følte han ikke, at behandlingen tog hånd om. Alligevel nævner han senere i interviewet, at behandleren faktisk skabte kontakt mellem ham og en psykolog, hvilket han fortæller har været helt afgørende for, at han den dag i dag har det bedre og ikke længere ryger hash. Han fortsatte med at komme til denne psykolog efter behandlingen i MST-SA. Også enkelte unge, som har været i behandling i to andre modeller nævner, at de ikke oplevede at få meget ud af det. Sandra fik fx aldrig et tæt forhold til sin behandler og følte, at de primært havde fokus på udredning. Sandra nævner dog også i samme interview, at hun alligevel lærte noget om rusmidlers virkning og satte pris på den ikke-fordømmende tilgang, som hendes behandler havde.

Det er uvist, hvorfor nogle unge fortæller mindre positive historier om behandlingen, og det kan være en konsekvens af mange ting, fx uopfyldte forventninger, dårlige oplevelser, manglende motivation osv. Desuden er det formentlig ikke underligt, at nogle unge, som har været i MST-SA-behandling vil føle sig overset, eller i højere grad "ikke lyttet til", end i de øvrige modeller, da MST-SA's arbejde primært foregår gennem forældrene, og de derfor ikke opbygger samme nære relation til de unge som behandlerne i U-turn og U18.

ÅRSAGSSAMMENHÆNGE OG REDUKTION AF RUSMIDLER

I interviewene tyder meget på, at behandlingen hos en del af de unge har hjulpet dem til at tackle nogle af de årsager, der har været medvirkende til deres forbrug af rusmidler. Som nævnt tidligere har flere af de unge blandt andet brugt hashen til at håndtere en ellers uoverskuelig hverdag, eller en hverdag uden meget at tage sig til. Flere af de unge fortæller, at behandlingen eller begivenheder iværksat af behandlerne har fungeret som en form for stedfortræder for deres forbrug af rusmidler og har hjulpet dem med at komme i gang med en meningsfuld hverdag. For eksempel oplevede en ung, at behandleren satte ham i kontakt med en virksomhedsskole, hvorigennem han fik en lærerplads, en anden ung mand fortæller, at han fik hjælp til at starte på teknisk skole, mens en tredje ung fik hjælp til at starte på efterskole. En af pigerne fortæller ligeledes, at hun gennem behandlingen opdagede, at hun led af angst, hvilket blev forstærket gennem hendes forbrug. En anden ung fortæller, at behandleren har hjulpet med at lægge en plan for hans uddannelsesforløb, da han i en alder af 17 år stadig ikke havde taget sin 9.-klasses-eksamen. Disse begivenheder kan betragtes som led i behandlingen, der søger mod at skabe et grundlag for en normaliseret hverdag med skole eller arbejde, og er alt sammen noget, der har givet nogle af de unge en form for ejerskab over deres eget liv og en motivation til at stoppe med at bruge rusmidler.

Rusmiddelforbruget er som nævnt hos næsten alle de interviewede unge reduceret eller ophørt under behandlingsforløbet. Dog nævner flere af de interviewede unge ikke behandlingen eller konkrete oplevelser i behandlingen som den primære årsag til, at deres forbrug er reduceret eller ophørt. Hos næsten alle de unge er argumentet for, at de nu gerne vil stoppe med at ryge, fikseret på nære og forholdsvist konkrete situationer eller relationer uden for behandlingen. For eksempel nævner flere af de unge, at de gerne ville og vil stoppe for deres families skyld, en kærestes skyld, eller fordi de ikke bryder sig om de negative konsekvenser, forbruget har, såsom hukommelsestab, gæld og kriminalitet. En ung peger meget konkret på en situation, hvor hans far fandt en stor mængde hash og 2.500 kr. på hans værelse, som det, der i udgangspunktet fik ham til at træffe beslutningen om at reducere sit forbrug. En anden ung fortæller, at han gerne vil være en god rollemodel for sine søskende.

At de unge, der har reduceret eller stoppet deres forbrug af rusmidler, fikserer årsagerne til beslutningen på konkrete situationer eller

relationer, er ikke ualmindeligt. En behandler fra U-turn fortæller også, at de oplever, at den afgørende motivation ofte kommer, når de unge føler, at de har noget at miste. Det kunne fx være en kæreste, forældre, der har givet op, risikoen for at blive smidt ud hjemmefra eller ikke at få lov til at komme på efterskole, medmindre de holder op. Dette betyder dog ikke, at behandlingen ikke har været en medvirkende faktor i redueringen af deres forbrug eller fastholdelsen af de unge i deres ønske om at stoppe eller reducere deres forbrug. I interviewene berører nogle af de unge nemlig, at disse erkendelser også er opstået under behandlingsforløbet, og at de gennem samtaler og gode råd fra behandlerne har været i stand til at tage kontrol over deres eget liv og holde fast i ønsket om at stoppe deres forbrug, og derigennem har lært at holde sig væk fra rusmidler. Det er dog ikke til at pege på én ting, der overordnet har været årsag til reduktionen i deres forbrug. Som nævnt fortæller de unge, at deres beslutning er truffet på baggrund af en kombination af behandlingsforløbet og begivenheder udenfor. Dette er måske heller ikke usædvanligt, idet de unge lever størstedelen af deres liv ”uden for” behandlingsregi. Deres ønsker, motivation og behandlingsmodtagelighed vil således også blive påvirket af udefrakommende faktorer (Pedersen & Hesse, 2012). Desuden er netop disse udsagn, som vi nævnte tidligere, en indikator på, at behandlingsmodellerne ikke skal ses isoleret fra de unges øvrige liv, men som en integreret del af de unges liv, som berører de unges øvrige hverdag, mens behandlingen står på.

Hvorvidt de unge allerede fra starten har været særligt modtagelige eller motiverede for forandring, eller om det er noget, der er opstået i løbet af behandlingen, lader til at variere de unge imellem. Tilfredsheden blandt de unge svinger med en overvægt af unge, der giver udtryk for at være glade for behandlingen. Dette kan naturligvis også skyldes, at de unge, der vælger at stille op til interview, udgør en særlig gruppe af unge, der har haft positive oplevelser med behandlingen og har fået et positivt udbytte af behandlingen, hvilket har givet dem ressourcer og overskud til at italesætte deres oplevelser.

Som vi har vist, er de unges fortællinger om, hvad der har betydet noget for dem i behandlingsforløbet, centreret omkring relationen til behandlerne. Dette er, som vi også har nævnt, ikke ensbetydende med, at selve behandlingen og indholdet heri ikke har haft betydning for de unges udbytte, men siger blot noget om, at den menneskelige relation og ikke-fordømmende tilgang er noget, som de unge vægter højt i mødet

med behandlingssystemet. Netop dette fokus, som de unge har på både behandlerrelationen og faktorer uden for behandlingen som afgørende for deres udbytte, kan være en klar indikator på, at behandlerne har formået at arbejde helhedsorienteret og berøre flere dele af de unges liv, hvilket har klædt de unge på til selv at tage kontrol over deres forbrug og liv i øvrigt.

EFTER BEHANDLINGEN

Som nævnt tidligere har vi foretaget tre målinger: en måling ved de unges indskrivning, én når de unge blev udskrevet fra behandling samt en opfølgende måling efter behandlingens afslutning. I alt 53 personer har svaret på spørgeskemaer på alle tre tidspunkter. I det følgende vil vi se på, hvordan det er gået de unge efter behandlingen.

DE UNGES FORBRUG AF ILLEGALE RUSMIDLER EFTER BEHANDLINGEN

Da vi kun har data på 53 unge samlet set fra alle tre målinger, har vi valgt ikke at opdele analysen på de enkelte behandlingsmodeller. I opfølgningsspørgeskemaet har vi spurgt om forbrug af rusmiddel, boligforhold, skole og uddannelse samt tid, siden den unge stoppede i behandling. Vi har valgt ikke at analysere ændringen i boligforhold eller skole/uddannelse, da disse variable naturligt ændrer sig for denne aldersgruppe, uden at det behøver at have noget at gøre med misbrugsbehandling.

På grund af problemerne med den elektroniske dataindsamling (jf. kapitel 3) blev opfølgningsmålingen forsinket, og den er således kun foretaget af to runder med forskelligt interval fra de unges udskrivning. I

tabel 10.1 har vi angivet tidsintervallet fra afsluttet behandling til vores opfølgende måling.

TABEL 10.1

Unge fordelt efter tid fra behandlingsafslutning til opfølgende måling. Antal og procent.

Tid fra behandlingsafslutning:	Antal	Procent
Mindre end 6 måneder	13	25
6-8 måneder	7	13
9-11 måneder	2	4
1-1 1/2 år	11	21
1 1/2-2 år	12	23
Mere end 2 år siden	3	6
Ved ikke	5	9

Anm.: N = 53.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Som det fremgår af tabellen, fordeler de unge sig over en periode, der går helt fra mindre end 6 måneder siden til 2 år eller mere siden behandlingsafslutning (dog maks. 3 år fra projektstart i 2011), og det er derfor vanskeligt at vurdere, om tidsperioden fra afsluttet behandling har en betydning for behandlingens virkning på længere sigt. I den opfølgende måling fokuserer vi kun på ét væsentligt mål. Det drejer sig om de unges forbrug af illegale rusmidler. Vi har i analyserne ikke taget hensyn til, at der er forskel på, hvornår de unge har forladt behandlingen. Ligesom i kapitel 5 om de unges rusmiddelforbrug inkluderer vi ikke alkohol i analysen, da meget få unge angav at have dette som deres væsentligste problemgivende rusmiddel ved indskrivning i behandling, og det derudover er vanskeligt at vurdere, hvor grænsen går mellem et almindeligt ungdomsforbrug af alkohol (som godt kan være stort) og et problematisk forbrug.

I tabel 10.2 har vi angivet hyppigheden af de unges rusmiddelforbrug de sidste 30 dage fordelt på rusmidler ved udskrivning og opfølgning.

TABEL 10.2

Unge fordelt efter rusmiddelforbrug de sidste 30 dage. Særskilt for rusmiddeltype samt for svar ved udskrivning fra behandling og opfølgning. Procent og antal.

	Udskrivning	Opfølgning #
<i>Hash</i>		
2 gange om ugen eller oftere	13	25
1-4 gange om måneden	19	10
Slet ikke	68	65
Unge, antal	53	52
<i>Ecstasy, amfetamin, kokain</i>		
	Udskrivning	Opfølgning #
2 gange om ugen eller oftere	0	2
1-4 gange om måneden	2	4
Slet ikke	98	94
Unge, antal	53	47
<i>Heroin¹, beroligende piller eller andre rusmidler</i>		
	Udskrivning	Opfølgning #
2 gange om ugen eller oftere	0	4
1-4 gange om måneden	2	0
Slet ikke	98	96
Unge, antal	53	47

Anm.: Forskel mellem udskrivning og opfølgning, Cochran-Armitage-test for trend: # = ikke signifikant

1. Der er ingen i denne gruppe, der har taget heroin.

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

Analyserne viser, at der ikke er signifikant forskel på rusmiddelforbruget ved udskrivning og opfølgning. 2 ud af 3 unge ryger ikke hash ved udskrivningen, og denne andel er den samme ved opfølgningen. Andelen, som ryger 2 gange om ugen eller oftere, er steget fra 13 til 25 pct., hvilket reelt set betyder, at 6-7 unge er begyndt at ryge oftere. Dette kan være en lille indikation på, at fuldstændig afholdenhed er nemmere at fastholde end blot en reduktion i forbruget. Ændringen er dog ikke signifikant. De øvrige rusmidler er der meget få unge, der anvender, og som sagt, er der ingen forskel mellem udskrivning og opfølgning.

Det skal bemærkes, at andelen af de 53 unge, der har udfyldt et opfølgningsskema, og som svarer, at de ikke ryger hash ved udskrivningen, er 68 pct. (tabel 10.2), mens andelen, der ikke ryger hash, blandt de 177 unge, der har udfyldt ind- og udskrivningsskema, imidlertid er 57 pct. (beregninger ud fra tabel 5.4). Det tyder således på, at de unge, der svarer i opfølgningsundersøgelsen, i højere grad er unge, der er holdt op med at ryge hash, end den samlede gruppe af unge, som vi har lavet vores analyser på baggrund af. Dermed er de unge i opfølgningsundersøgelsen ikke repræsentativ for den samlede population af unge i undersøgelsen.

DE UNGE OG FREMTIDEN

De 21 interviewede unge har mange forskellige historier angående tiden efter behandling. Vi vil her beskrive, hvordan nogle af de unge forholder sig til hverdagen efter behandling, og hvilke tanker de gør sig om fremtiden.

Som nævnt beretter en del af de interviewede unge, at de er stoppet helt med deres forbrug eller har forsøgt på det. Selvom behandlingsmodellerne ikke arbejder systematisk med opfølgning (jf. modelbeskrivelserne i kapitel 2), fortæller både unge og behandlere fra alle tre modeller, at modellerne arbejder med en vis grad af opfølgning efter behandlingsafslutning, hvis behandlerne og den unge har vurderet, at der er behov for det. Det er således ikke et fast element i modellerne. Cathrine fortæller fx, at hun efter behandlingsafslutning stadig kunne komme til samtale engang imellem i U18 og altid kunne ringe. Niels nød stor gavn af stadig at kunne kontakte sin behandler efter behandlingsafslutning og ringede og sms'ede fx jævnligt for at fortælle, hvordan det gik med arbejde, køreprøve osv.

Modellerne arbejder, som nævnt, ikke systematisk med opfølgning, hvorfor det er vanskeligt at gå nærmere ind i, særligt da ikke alle unge holder kontakten med behandlerne. Vi har derfor kun interviewet få unge med erfaringer vedrørende den efterfølgende kontakt til behandlerne og har af samme grund vanskeligt ved at sige noget mere generelt om, hvordan og i hvilken grad dette kan have betydning for de unge. Modellerne har dog alle fokus på opfølgning og arbejder desuden med brobygning som mål for de færdigbehandlede i form af forankring i skole/arbejde og/eller familie. Derudover samarbejder de desuden med rådgivere i forbindelse med overgangen til andre behandlingstilbud i de tilfælde, hvor én af de tre modeller ikke er det rigtige tilbud, samt voksenområdet, når de unge fylder 18 år.

I en formodning om, at eventuelle afbrudte skoleforløb, fravær fra skolen, brudte relationer eller følgevirkninger af rusmiddelforbruget kunne have påvirket de unges fremtidsudsigter, og for at se, om udbyttet af behandlingerne havde haft en betydning for de unges fremtidsplaner, spurgte vi de unge om deres fremtidsplaner.

Langt de fleste unge fortalte om helt konkrete fremtidsplaner, der har med uddannelse eller arbejde at gøre, og nogle er også godt i gang med et uddannelsesforløb, som for nogle er hjulpet i gang af be-

handlerne. Andre af de unge fokuserer også på ønsket om at finde et sted at bo for sig selv og løsrive sig fra deres forældre. Såvel uddannelse, som det at flytte hjemmefra, er for nogle blevet forsinket, fordi de under deres forbrug har forsømt skolen og dermed ikke har færdiggjort en uddannelse. Enkelte unge fortæller også, at de stadig kæmper med håndteringen af deres trang til at ryge eller følgevirkninger af deres forbrug. For eksempel fortæller Sidsel, at hun har et ønske om at blive pædagog og hjælpe andre som hende selv, men at hun stadig har problemer med selvværdet og psyken og derfor ikke helt tror, at det er en mulighed for hende:

Min største drøm, det er at blive et eller andet inden for at hjælpe folk. Unge eller et eller andet. Men det har jeg hverken karaktererne til eller psyken til, men det er min største drøm, af at have været her og set, hvilken forskel de kan gøre.

Sidsel har efter at have stoppet sit forbrug knyttet sig meget til sine forældre og kan ikke se sig selv flytte hjemmefra eller klare sig selv lige foreløbig. Sandra nævner også, at hendes hverdag er meget præget af eftervirkningerne af hendes lange forbrug:

Jeg har ikke så meget inde over [i hverdagen], for det påvirker mig stadig. Jeg kan godt mærke, at jeg er en af dem der, hvor det kommer til at tage lang tid. Jeg går på HF, der kommer jeg hver dag, hvis ikke jeg er syg. Så plejer jeg ... enten bliver jeg hentet af min mor, så tager jeg direkte hjem, så slapper jeg bare af, så går jeg måske i bad, og så spiser jeg. Men jeg [...] er blevet meget afhængig af selskab. Jeg har stadig sådan meget med, at jeg føler mig hurtigt alene, så jeg er altid sammen med nogen, hver dag. [...] Jeg er blevet meget bange for at blive alene, fordi efter jeg stoppede med at ryge, fx, der mistede jeg næsten alle mine venner. [...] Det er også min egen skyld, for jeg kunne sagtens have været venner med dem, hvis jeg kunne finde ud af at sidde bare og kigge, når de røg, men jeg vidste godt med mig selv, at jeg var bange for at falde i. Så jeg blev nødt til at skrotte dem, og så er jeg bare blevet panisk for det der med at være alene. Rigtig, rigtig bange for lige pludselig ikke at have nogen venner og sådan noget. Så jeg skal hele tiden være i gang med et eller andet, altså.

Som citaterne viser, kan det være en udfordring for de unge at vende tilbage til ungdomslivet og fuldføre uddannelse eller genoprette et socialt liv. Dette kan være en længere proces for nogle end for andre, og succesraten vil formentlig afhænge af andre ting i de unges liv, såsom fx støtte fra familie og venner. Nogle af de interviewede unge brugte da også stadig rusmidler på interviewtidspunktet, og altså efter behandlingsafslutning, blandt andet for at kunne klappe de dårlige perioder. For eksempel nævnte Trine, som var i MST-SA-behandling, at hun trods en øget motivation under selve behandlingsforløbet, og det, at hun faktisk stoppede helt med at ryge i en periode efter behandlingen, i dag stadig ryger af og til, når hun har en dårlig periode. Cathrine, som var i U18-behandling, fortæller ligeledes, at hun nogle gange godt kan falde i, fordi hun stadig har nogle problemer med familien. Hun nævner dog også, at forbruget aldrig bliver stort og fortæller: ”Jeg altid rejser mig op igen”.

Niels, som modtog U-turn-behandling, fortæller, at han også stadig ryger, men at det for ham sagtens kan hænge sammen med arbejdet, som han passer dagligt og er meget glad for. Han fortæller desuden, at han stadig benytter sig af muligheden for at kunne ringe til sin tidligere behandler, når han føler, at det er tid til at skære ned på forbruget. Det fortsatte forbrug for disse unge, der stadig røg hash, hang både sammen med, at de stadig kunne opleve dårlige perioder, hvor behovet blev stort, og at det stadig var en social aktivitet, som de foretog sig med vennerne, der også røg. Det er som nævnt vanskeligt at vurdere, i hvilken udstrækning resultaterne, som vi har præsenteret i dette kapitel, er en direkte konsekvens af behandlingerne, og i hvor høj grad andre faktorer har spillet ind på de unges udvikling, ikke mindst, da vi i forbindelse med den kvantitative analyse ikke har haft en kontrolgruppe til rådighed. Tidligere forskning peger dog på, at social stofmisbrugsbehandling generelt virker godt, så længe behandlingen foregår, men at det kan være vanskeligt at få effekten til at vare ved på langt sigt (Pedersen & Hesse, 2012). Alene af denne årsag kunne det være fordelagtigt at fokusere mere på målrettede opfølgende tilbud, som kan fastholde en eventuel ændring i de unges liv på længere sigt.

Resultaterne, samt de unges fortællinger i denne undersøgelse, kan give nogle indikationer på betydningen af behandlingen. For eksempel peger resultaterne som helhed på, at forankring i familie eller skole er vigtigt for at kunne fastholde virkningen. Desuden tyder noget på, at et fuldstændigt ophør med brug af rusmidler har bedre virkning på lang sigt

end blot en reduktion af forbruget. Dette skyldes formentlig, at et fuldstændigt ophør i mange tilfælde hænger sammen med andre ændringer i de unges liv, som fx udskiftning af vennekredsen, mens de, der ikke holder helt op, kan tænkes at være i større risiko for tilbagefald, fordi de blandt andet stadig omgås andre, der tager rusmidler, og måske på andre punkter ikke har foretaget store forandringer i tilværelsen.

ØKONOMISK EVALUERING

I dette kapitel analyserer vi de tre modellers økonomi i relation til de ændringer, modellerne har skabt i de unges forbrug af hash. Formålet er at tydeliggøre de økonomiske konsekvenser ved de tre modeller i forhold til omkostningseffektivitet. I kapitlet vil vi først beskrive nogle overordnede metodiske valg og forudsætninger. Derefter analyserer vi de tre modeller hver for sig. Til sidst i kapitlet vil der være en sammenligning af de tre modeller og en kort perspektivering af resultaterne.

FREMGANGSMÅDE

Analysen er lavet som en omkostningseffektivitetsanalyse. Det betyder, at formålet med analysen er at vise, hvad indsatsen koster, *i forhold til*, hvor effektiv den er (Fox-Rushby & Cairns, 2005). På den ene side beskrives omkostningerne ved indsatsen opgjort i kroner og ører. På den anden side opgøres konsekvenserne (eller effekterne) af tiltaget målt på det primære outcome (eller mål), nemlig nedgang i forbrug af hash for de unge, og i den enhed, som er relevant for det primære outcome, i dette tilfælde et mål for nedsat forbrug af hash.

Det analytiske perspektiv i analysen er offentligt. Det betyder, at vi afgrænser omkostningerne til de offentlige kasser, dvs. kommunens

omkostninger ved at gennemføre indsatsen og Socialstyrelsens omkostninger, idet den har afholdt en del omkostninger i dette projekt. Det offentlige analytiske perspektiv betyder, at vi fx ikke inkluderer brugernes egen tid til deltagelse og heller ikke de pårørendes tid, hvilket man ville gøre, hvis der var tale om en fuld samfundsøkonomisk evaluering. Effektsiden af analysen handler om de unges reduktion i forbruget af hash, hvilket må formodes at komme både de unge og det offentlige til gavn.

I denne type analyse er det vigtigt, at det er klart, hvad man sammenligner indsatsen med, også kaldet ”basisalternativet”. I denne analyse er basisalternativet ingen behandling eller et 0-alternativ. Dette bruges normalt ved nye indsatser, hvor målgruppen gives et ekstra tilbud, hvor der ellers ikke var noget. I vores tilfælde kan det være problematisk at bruge et 0-alternativ, da der er behandlingsgaranti på misbrugsområdet, og man derfor kan argumentere for, at sammenligningen bør være en anden type misbrugsbehandling (treatment-as-usual). Vi har valgt alligevel at bruge et 0-alternativ af to grunde: For det første findes der ikke brugbare data for omkostninger og effekter for en relevant alternativ behandling (treatment-as-usual). For det andet er det langt fra alle unge misbrugere, der faktisk er i behandling, da det kræver, at de kender til tilbuddet, er motiverede og opsøger det eller bliver opsøgt. Derfor giver det god mening at sammenligne projektet med ingen behandling for at se de reelle konsekvenser af indsatsen.

Tidshorizonten for analysen er den periode, som projektet har kørt over, dvs. tre et halvt år. På grund af den korte tidsperiode er der ikke regnet med omregning til nutidsværdi eller diskontering. Effekterne er opgjort lige efter behandlingen af den unge, og der er dermed tale om korttidseffekter.

EFFEKTER

Den del af analysen, som handler om effekter af behandlingen, bygger på data fra de foregående kapitler i rapporten. Der er ikke tale om egentlige påviste effekter, idet evalueringsdesignet ikke har muliggjort randomisering, og vi derved ikke kan være sikre på, at ændringerne skyldes behandlingerne. I dette kapitel omtaler vi dem alligevel som ”effekter” for at blive i det økonomiske sprogbrug om effektivitet.

Det primære outcome, dvs. den effekt, som vi har valgt at benytte i forhold til denne økonomiske evaluering af stofmisbrugsbehandlingerne, er et nedsat forbrug af hash. Hash er valgt, fordi det er det rus-

middel, som de fleste unge angiver som deres væsentligste problem, og det, som behandlingen primært retter sig imod. Vi opererer med tre kategorier af forbrug:

- 2 gange om ugen eller mere (ofte)
- 1-4 gange om måneden (indimellem)
- Slet ikke

Hvis en ung er gået fra at ryge hash ofte til at gøre det indimellem, indikerer det et nedsat forbrug, ligesom det gør, hvis en ung går fra at ryge indimellem til slet ikke at ryge. Hvis den unge går fra at ryge ofte til slet ikke at ryge, vil det indikere et nedsat forbrug på to trin og dermed tælle dobbelt i beregningen. De nøjagtige beregninger er beskrevet under hver model.

Derudover er der en række andre effekter af behandlingerne, som ikke kommer med i den beregning, som omkostningsanalysen inkluderer, da denne type analyse kun kan rumme ét enkelt mål. Effekterne er gennemgået i rapportens foregående kapitler, men de væsentligste øvrige effekter opsummeres derudover også i dette kapitel for at minde læseren om, at omkostningerne til disse stofmisbrugsbehandlinger fører andet og mere med sig, end at nogle unge stopper med at ryge hash.

OMKOSTNINGER

Opgørelsen af omkostningerne bygger på regnskabstal fra de enkelte kommunale projekter samt Socialstyrelsen. Disse er gennemgået for at se, om der var nogle forventelige omkostninger ved indsatsen, som ikke var med i regnskabet. Det kunne fx være husleje, som ikke var med, hvis kommunen havde lokalerne i forvejen, og dette dermed ikke var en egentlig udgift. Det er dog stadig en omkostning i økonomisk forstand, da lokalerne alternativt kunne have været brugt til noget andet. Denne gennemgang har dog ikke ført til ændringer, da regnskaberne umiddelbart var retvisende for omkostningerne i projektet, og der altså ikke var omkostninger, som manglede.

Omkostningerne er i projekternes regnskaber opgjort lidt forskelligt. I analysen er der lavet en samlet oversigt for omkostninger for hver model, hvor regnskaberne for de to kommuner er slået sammen i kategorier, der matchede for begge kommuner. De forskellige opgørelsesmetoder betyder, at oversigterne over omkostninger for hver af de tre

modeller ikke indeholder helt de samme kategorier, men det samlede tal er sammenligneligt.

Vi har ikke skelnet skarpt mellem opstartsomkostninger og driftsomkostninger. Dette skyldes, at det ikke har været muligt ud fra de foreliggende oplysninger at lave en retvisende opdeling. Omkostninger er således opgjort samlet for opstart og drift af modellen i en periode på ca. 3 ½ år.

Omkostninger, som er forbundet med det, at indsatserne har indgået i et satspuljeprojekt under Socialstyrelsen, har vi ønsket at undgå at tage med, da de ikke giver et retvisende billede af omkostningseffektiviteten ved at bruge modellen for misbrugsbehandling under mere normale omstændigheder. Det kan være særlige omkostninger forbundet med udvikling af modellerne, møder på tværs og evaluering. Det har ikke været muligt at lave en egentlig udregning af disse særskilte omkostninger, og derfor har vi foretaget et skøn over omfanget af dem. Socialstyrelsen skønner således, at 40 pct. af de udgifter, som har været afholdt til eksperter i forbindelse med U-turn og U18, hænger sammen med projektets karakter (primært udvikling og beskrivelse af model), og disse regnes derfor ikke med, mens 60 pct. er opstarts- og driftsudgifter, som har haft mere generel karakter (primært uddannelse og supervision), hvilket er medregnet. I forbindelse med MST-SA er fordelingen lidt anderledes, idet modellen i højere grad end de andre allerede var udviklet ved projektstart, da der er tale om et amerikansk program med tilhørende ”manual”. Der var dog stadig omkostninger, der hænger sammen med projektets karakter. Den skønnede fordeling for MST-SA er således, at 80 pct. af omkostningerne til eksperter er medregnet, mens 20 pct. ikke er medregnet.

Nogle af projekterne (U-turn og U-18) indeholder andet end bare behandling. U-turn og U18 indeholder således anonym rådgivning, og for U-turn projekterne har dette fyldt meget. Derudover har der været brugt tid på forældregrupper (også til forældre, hvis børn ikke var i behandling), konsulentvirksomhed mv. i projekterne. På grund af karakteren af disse aktiviteter har vi ikke effektmål på dette, men der har naturligvis været omkostninger til det i form af medarbejdernes tid. Vi har haft en overvejelse vedrørende, hvorvidt man kunne splitte disse omkostninger ud, så opgørelsen kun indeholdt omkostninger til selve de behandlingsforløb, som er evalueret. Det har dog ikke været praktisk muligt, da aktiviteterne er tæt integreret i projekterne. Samtidig er der nogle af de

unge, som er startet i anonym rådgivning, som fortsætter i behandling og dermed indgår i evalueringen alligevel, og nogle af forældrene er forældre til unge i behandling. Derfor har vi valgt i stedet at medtage aktiviteter ud over behandling i opgørelsen af supplerende effekter jf. ovenstående afsnit om effekter.

Et endeligt særligt forhold angående omkostninger er, at der kan være omkostninger relateret til behandlingen, som ikke er afholdt af projekternes regnskaber eller af Socialstyrelsen, men af andre instanser. Det kan gælde alle tre modeller, men er særligt beskrevet i U18, hvor samarbejdet med andre enheder er beskrevet som en central del af modellen. Hvis unge i stort omfang henvises til andre sociale indsatser, som måske også gør en forskel i forhold til behandlingen, så kan man diskutere, om omkostninger vedrørende disse indsatser skulle have været regnet med. Det er ikke gjort, hvilket kan betyde, at omkostningerne er sat for lavt.

MST-SA

OMKOSTNINGER

MST-SA's samlede omkostninger i projektperioden har vi opgjort i tabel 11.1. Her ser vi, at Aarhus Kommune har anvendt ca. 11,8 millioner kroner i projektet, mens Herning Kommune har anvendt ca. 8,1 millioner kroner. Socialstyrelsens omkostninger til eksperter har vi opgjort til ca. 2 millioner kroner. Den klart største omkostning er løn, mens de andre store poster fordeler sig på husleje, administration og udgifter vedrørende klienter og personale. Den samlede omkostning til modellen i de 3,5 år er ca. 21,9 millioner kroner.

TABEL 11.1

Samlede omkostninger for MST-SA-modellen. 2011-2014. Kroner.

Omkostning:	Aarhus	Herning	Socialstyrelsen	I alt
Lønudgifter	8.769.124	6.656.689		15.425.814
Personaleudgifter, herunder uddannelse, kørsel og møder	396.530	204.656		601.186
Diverse udgifter vedr. klienterne	560.413	71.977		632.390
Administration	520.642	192.637		713.280
It, inventar og materiel	201.483	181.143		382.626
Husleje, inkl. el, varme og vand	505.469	267.555		773.024
Rengøring	354.945	47.184		402.129
Etablering	135.740			135.740
Diverse indkøb	57.212			57.212
Eksterne	280.072			280.072
Overhead/Diverse		438.929		438.929
Ekspertes (80 pct.) ¹			2.008.826	2.008.826
I alt	11.781.631	8.060.771	2.008.826	21.851.228

1. Socialstyrelsens samlede omkostninger til eksperter var 2.511.032 kr. Af disse skønnes 80 pct. at vedrøre særlige omkostninger i projektperioden, herunder udvikling og møder på tværs, mens 20 pct. skønnes at vedrøre ekspertbistand til "almindelig" opstart og drift af projekterne.

Kilde: Projekternes og Socialstyrelsens regnskaber.

EFFEKTER

Den væsentligste effekt, som indgår i denne analyse, er en reduktion i forbruget af hash. Tabel 11.2 viser fordelingen af, hvor ofte de unge respondenter har røget hash de sidste 30 dage samt ændringen fra indskrivning til udskrivning. Det ses, at færre unge bruger hash flere gange om ugen, mens flere slet ikke har brugt det de sidste 30 dage. Dette svarer til de tidligere fremviste data i kapitel 4.

TABEL 11.2

Unge fordelt efter forbrug af hash de sidste 30 dage. Særskilt for svar ved indskrivning og udskrivning i MST-SA-modellen. Antal.

Forbrug:	Ind	Ud	Ændring
2 gange om ugen eller mere	24	6	-18
1-4 gange om måneden	7	8	1
Slet ikke	12	29	17
Unge i alt	43	43	0

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

De absolutte ændringer bruges til at udregne et mål for effekt i form af nedsat forbrug. Selve udregningen er vist i boks 11.1. I dette tilfælde har vi data, der viser et nedsat forbrug på 35 trin, svarende til, at 35 unge er gået fra at ryge hash mindst 2 gange om ugen til at ryge 1-4 gange om

måneden eller ca. 18 unge, der er gået fra at ryge mindst 2 gange om ugen til slet ikke at ryge.

BOKS 11.1

Beregning af effekt i forbindelse med omkostningseffektivitetsanalysen af MST-SA-modellen.

Der er 18 færre, der bruger hash 2 gange om ugen eller mere ved udskrivningen i forhold til ved indskrivningen. Af disse er der netto 1, som er rykket til et mindre forbrug, dvs. et trin på skalaen. Netto er der 17, som ikke har brugt hash de sidste 30 dage og dermed har rykket sig to trin på skalaen.

Dermed udregnes forbedringen/effekten således:

$$\text{Nedsat forbrug} = 1 \cdot 1 + 17 \cdot 2 = 35 \text{ trin.}$$

Anm.: Der er tale om nettoændringer, idet det godt kan være, at fordelingen af rykkene er anderledes, men det totale nedsatte forbrug vil være det samme.

Kilde: Egne beregninger.

Et nedsat forbrug af hash er, som det fremgår af denne rapport, ikke den eneste forskel, behandlingen har gjort. Der er sket en lang række forbedringer for de unge, både målbare og ikke-målbare. I tabel 11.3 er de væsentligste ændringer, som vi har målt på i projektet, fremhævet.

TABEL 11.3

Samlede effekter af MST-SA-modellen.

	Ændring	Retning af ændringen
Forbrug af hash	Andelen, der de sidste 30 dage har forbrug 2 dage om ugen eller mere, er faldet fra 56 pct. til 14 pct. Andelen, der de sidste 30 dage "slet ikke" har haft forbrug, er steget fra 28 pct. til 67 pct.	Markant fald
Forbrug af amfetamin, kokain og/eller ecstasy	Andelen, der de sidste 30 dage "slet ikke" har haft forbrug, er faldet fra 98 pct. til 95 pct.	Ingen signifikant ændring
Skolegang	Andelen, der passer deres skole, er steget fra 50 pct. til 72 pct.	Stigning
Kontakt med venner, der bruger rusmidler	Ses sjældnere.	Mindre fald
Kontakt med venner, der ikke bruger rusmidler	Ses oftere.	Mindre stigning
Psykisk trivsel	Reduktion i forhold til koncentrationsbesvær og aggressiv adfærd.	Forbedring
Kriminalitet	Andelen, der har begået kriminalitet de sidste 30 dage, er faldet fra 27 pct. til 3 pct.	Markant fald

Kilde: Kapitel 4-7.

OMKOSTNINGSEFFEKTIVITET

Med ovenstående data om omkostninger og effekter er det muligt at beregne, hvor mange penge det har kostet projekterne i forhold til, hvor meget forbruget af hash er faldet i projektperioden. Tabel 11.4 viser, hvor mange penge modellen har kostet pr. indskrevet og pr. nedsat forbrug hos de unge. Hvis vi antager, at alle indskrevne har haft et gennemsnitligt nedsat forbrug, der svarer til vores respondenter, så har MST-SA-modellen kostet 312.160 kr. for hver gang en ung har nedsat sit forbrug med et trin (jf. boks 11.1). Dertil kommer de øvrige effekter, som beskrevet i tabel 11.3.

TABEL 11.4

Omkostningseffektivitet for MST-SA-modellen.

Omkostning, kroner	21.851.228
Antal indskrevne	86
Omkostning pr. indskrevet, kroner	254.084
Målt nedsat forbrug blandt respondenter, trin	35
Omkostning pr. nedsat forbrug blandt respondenter, kroner	624.321
Beregnet nedsat forbrug, alle indskrevne, trin ¹	70
Beregnet omkostning pr. nedsat forbrug (pr. trin), alle indskrevne, kroner	312.160

1. Tallet er beregnet ud fra den antagelse, at de 43 respondenter er repræsentative for de 86 indskrevne, og effekten for respondenterne dermed kan ekstrapoleres til hele gruppen. Beregningen er helt konkret: $35/43 \cdot 86 = 70$.

U-TURN

OMKOSTNINGER

Modellens samlede omkostninger i projektperioden er opgjort i tabel 11.5. Her ser vi, at begge deltagende kommuner har anvendt mellem 8 og 9 millioner kroner, mens Socialstyrelsens omkostninger til eksperter, har vi opgjort til ca. 2 millioner kroner. Den klart største omkostning er løn, mens de andre poster fordeler sig på etablering, uddannelse og aktiviteter, herunder husleje. Den samlede omkostning til modellen i de 3,5 år er ca. 19,2 millioner kroner.

TABEL 11.5

Samlede omkostninger for U-turn-modellen. 2011-2014. Kroner.

Omkostning:	Helsingør	Horsens	Socialstyrelsen	I alt
Løn	6.007.313	7.689.374		13.696.687
Etablering inkl. it-anskaffelser	333.954	304.057		638.011
Uddannelse, udvikling, coaching inkl. transport	340.074	373.072		713.146
Aktiviteter inkl. husleje, kontorhold og forplejning	1.538.216	613.884		2.152.100
Ekspert(er) (60 pct.) ¹ (undervisning og supervision)			1.979.946	1.979.946
I alt	8.219.558	8.980.387	1.979.946	19.179.891

1. Socialstyrelsens samlede omkostninger til eksperter var 3.299.910 kr. Af disse skønnes 40 pct. at vedrøre særlige omkostninger i projektperioden, herunder udvikling af model og møder på tværs, mens 60 pct. skønnes at vedrøre ekspertbistand til "almindelig" opstart og drift af projekterne.

Kilde: Projekternes og Socialstyrelsens regnskaber.

Særligt for U-turn er, at der indgår anonym rådgivning i modellen, som har fyldt en del for projekterne i begge deltagende kommuner. Der har naturligvis været omkostninger forbundet med denne aktivitet, herunder især personalets tid anvendt på den anonyme rådgivning. Det har dog ikke været muligt at dele omkostningerne op på henholdsvis den anonyme rådgivning og den egentlige behandling.

EFFEKTER

Den væsentligste effekt, som indgår i denne analyse, er en reduktion i forbruget af hash. Tabel 11.6 viser fordelingen af, hvor ofte de unge respondenter har røget hash de sidste 30 dage samt ændringen fra indskrivning til udskrivning. Her ser vi, at færre unge bruger hash flere gange om ugen, mens flere slet ikke har brugt det de sidste 30 dage. Dette svarer til de tidligere fremviste data i kapitel 4.

TABEL 11.6

Unge fordelt efter forbrug af hash de sidste 30 dage. Særskilt for svar ved indskrivning og udskrivning i U-turn-modellen. Antal.

Forbrug:	Ind	Ud	Ændring
2 gange om ugen eller mere	46	23	-23
1-4 gange om måneden	4	10	6
Slet ikke	10	27	17
Unge i alt	60	60	0

Kilde: Spørgeskemaer til unge..

De absolutte ændringer bruges til at udregne et mål for effekt i form af nedsat forbrug.

BOKS 11.2

Beregning af effekt i forbindelse med omkostningseffektivitetsanalysen af U-turn-modellen.

Der er 23 færre, der bruger hash 2 gange om ugen eller mere efter udskrivning i forhold til ved indskrivningen. Af disse er der netto 6, som er rykket til et mindre forbrug, dvs. et trin på skalaen. Netto har 17 ikke brugt hash de sidste 30 dage og har dermed rykket sig to trin på skalaen.

Dermed udregnes forbedringen/effekten således:

Nedsat forbrug = $6 \cdot 1 + 17 \cdot 2 = 40$ trin

Anm.: Der er tale om nettoændringer, idet det godt kan være, at fordelingen af rykkene er anderledes, men det totale nedsatte forbrug vil være det samme.

Kilde: Egne udregninger.

I boks 11.2 viser vi selve udregningen. I dette tilfælde har vi data, der viser et nedsat forbrug på 40 trin, svarende til, at 40 personer er gået fra at ryge hash mindst 2 gange om ugen til at ryge 1-4 gange om måneden, eller at 20 personer er gået fra at ryge hash mindst 2 gange om ugen til slet ikke at ryge.

Et nedsat forbrug af hash er, som det fremgår af rapporten, ikke den eneste forskel, behandlingen har gjort. Der er sket en lang række forbedringer for de unge, både målbare og ikke-målbare. I tabel 11.7 har vi fremhævet de væsentligste ændringer, som vi har målt på i projektet.

En særskilt effekt er her, som tidligere nævnt, den anonyme rådgivning. Her er modellen i kontakt med en større gruppe unge og har måske en ekstra forebyggende effekt. Derudover har der også været forældregrupper, konsulentbistand mv., som har ikke-målte virkninger.

Oversigten over samlede effekter skal ses som effekter, man i øvrigt får ”med i prisen” i forhold til den beregning af omkostningseffektivitet, som følger i næste afsnit.

TABEL 11.7

Samlede effekter af U-turn-modellen.

	Ændring	Retning af ændringen
Forbrug af hash	Andelen, der de sidste 30 dage har haft forbrug 2 dage om ugen eller mere, er faldet fra 77 pct. til 38 pct. Andelen, der sidste 30 dage "slet ikke" har haft forbrug, er steget fra 17 pct. til 45 pct.	Markant fald
Forbrug af amfetamin, kokain og/eller ecstasy	Andelen, der de sidste 30 dage "slet ikke" har haft forbrug, er steget fra 67 pct. til 93 pct.	Markant fald
Skolegang	Andelen, der passer deres skole, er steget fra 44 pct. til 64 pct.	Stigning
Kontakt med venner, der bruger rusmidler	Ses sjældnere.	Mindre fald
Kontakt med venner, der ikke bruger rusmidler	Ses oftere.	Mindre stigning
Psykisk trivsel	Reduktion i forhold til, koncentrationsbesvær, depression og selvmordstanker.	Forbedring
Kriminalitet	Andel der har begået kriminalitet de sidste 30 dage, er faldet fra 45 pct. til 14 pct.	Markant fald
Anonym rådgivning	Der har ud over behandlingen været rådgivet flere hundrede unge og pårørende i den anonyme rådgivning.	Betydeligt omfang
Anden rådgivning og andre aktiviteter	Forældregrupper, konsulentbistand mv.	Betydeligt omfang

Kilde: Kapitel 4-7.

OMKOSTNINGSEFFEKTIVITET

Med ovenstående data om omkostninger og effekter er det muligt at beregne hvor mange penge det har kostet projekterne i forhold til, hvor meget forbruget af hash er faldet i projektperioden. I tabel 11.8, viser vi hvor mange penge modellen har kostet pr. indskrevet og pr. nedsat forbrug hos de unge. Hvis vi antager, at alle indskrevne har haft et gennemsnitligt nedsat forbrug, der svarer til vores respondenter, så har U-turn modellen kostet 250.172 kr. for hver gang en ung har nedsat sit forbrug med et trin (jf. boks 11.3). Dertil kommer de øvrige effekter, som beskrevet i tabel 11.7.

TABEL 11.8

Omkostningseffektivitet for U-turn-modellen.

Omkostning, kroner	19.179.891
Antal indskrevne	115
Omkostning pr. indskrevet, kroner	166.782
Målt nedsat forbrug blandt respondenter, trin	40
Omkostning pr. nedsat forbrug blandt respondenter, kroner	479.497
Beregnet nedsat forbrug, alle indskrevne, trin ¹	77
Beregnet omkostning pr nedsat forbrug (pr. trin), alle indskrevne (kroner)	250.172

1. Tallet er beregnet ud fra den antagelse, at de 60 respondenter er repræsentative for de 115 indskrevne, og at effekten for respondenterne dermed kan ekstrapoleres til hele gruppen. Beregningen er helt konkret: $40/60 \cdot 115 = 77$.

U18

OMKOSTNINGER

U18's samlede omkostninger i projektperioden har vi opgjort i tabel 11.9.

TABEL 11.9

Samlede omkostninger for U18-modellen. 2011-2014. Kroner.

Omkostning:	Aalborg	Odense	Socialstyrelsen	I alt
Lønudgifter	5.201.550	4.557.154		9.758.704
Personaleudgifter	146.050			146.050
Fødevarer	17.866			17.866
Bygningsdrift, husleje, tilsyn	577.220	691.435		1.268.656
Kontorartikler og inventar	45.455	64.557		110.013
Telefon, kopi og medielicens	44.929			44.929
Øvrige udgifter	47.210	179.352		226.561
Ekspertes (60 pct.) ¹ (undervisning og supervision)			1.657.837	1.657.837
I alt	6.080.281	5.492.499	1.657.837	13.230.617

1. Socialstyrelsens samlede omkostninger til eksperter var 3.299.910 kr. Af disse skønnes 40 pct. at vedrøre særlige omkostninger i projektperioden, herunder udvikling af model og møder på tværs, mens 60 pct. skønnes at vedrøre ekspertbistand til "almindelig" opstart og drift af projekterne.

Kilde: Projekternes og Socialstyrelsens regnskaber.

Det ses, at Aalborg Kommune har anvendt ca. 6,1 millioner kroner i projektet, mens Odense Kommune har anvendt ca. 5,5 millioner kroner. Socialstyrelsens omkostninger til eksperter er opgjort til ca. 1,7 millioner kroner. Den klart største omkostning er løn, mens de andre store poster fordeler sig på bygningsdrift og husleje samt andre personaleudgifter. Den samlede omkostning til modellen i de 3,5 år er ca. 13,2 millioner kroner.

EFFEKTER

Den væsentligste effekt, som indgår i denne analyse, er en reduktion i forbruget af hash. I tabel 11.10, viser vi fordelingen af, hvor ofte de unge respondenter har røget hash de sidste 30 dage samt ændringen fra indskrivning til udskrivning. Det ses, at færre unge bruger hash flere gange om ugen, mens flere slet ikke har brugt det de sidste 30 dage. Dette svarer til de tidligere fremviste data i kapitel 4.

TABEL 11.10

Unge fordelt efter forbrug af hash de sidste 30 dage. Særskilt for svar ved indskrivning og udskrivning i U18-modellen. Antal.

Forbrug:	Ind	Ud	Ændring
2 gange om ugen eller mere	35	18	-17
1-4 gange om måneden	18	10	-8
Slet ikke	21	46	25
Unge i alt	74	74	0

Kilde: Spørgeskemaer til unge.

De absolutte ændringer bruges til at udregne et mål for effekt i form af nedsat forbrug. Selve udregningen er vist i boks 11.3. I dette tilfælde har vi data, der viser et nedsat forbrug på 42 trin, svarende til, at 42 unge er gået fra at ryge hash mindst 2 gange om ugen til at ryge 1-4 gange om måneden, eller 21 unge, der er gået fra at ryge mindst 2 gange om ugen til slet ikke at ryge.

BOKS 11.3

Beregning af effekt i forbindelse med omkostningseffektivitetsanalysen af U18-modellen.

Der er 25 flere, der slet ikke bruger hash ved udskrivningen, end der var ved indskrivningen. Af disse var der netto 8, der røg 1-4 gange om måneden før og dermed er rykket et trin på skalaen. Netto var der 17, der ved indskrivningen brugte hash 2 eller flere gange om ugen og dermed er rykket to trin på skalaen.

Dermed udregnes forbedringen/effekten således:

$$\text{Nedsat forbrug} = 8 \cdot 1 + 17 \cdot 2 = 42 \text{ trin.}$$

Anm.: Der er tale om nettoændringer, idet det godt kan være at fordelingen af rykkene er anderledes, men det totale nedsatte forbrug vil være det samme.

Kilde: Egne udregninger.

Et nedsat forbrug af hash er, som det fremgår af rapporten, ikke den eneste forskel, behandlingen har gjort. Der er sket en lang række forbedringer for de unge, både målbare og ikke-målbare. I tabel 11.11 har vi fremhævet de væsentligste ændringer, som vi har målt på i projektet.

TABEL 11.11

Samlede effekter af U18-modellen.

	Ændring	Retning af ændringen
Forbrug af hash	Andelen, der de sidste 30 dage har brugt 2 dage om ugen eller mere, er faldet fra 47 pct. til 24 pct. Andelen, der "slet ikke" har brugt hash de sidste 30 dage er steget fra 28 pct. til 62 pct.	Markant fald
Forbrug af amfetamin, kokain og/eller ecstasy	Andelen, der de sidste 30 dage "slet ikke" har brugt, er steget fra 85 pct. til 92 pct.	Mindre fald, ikke signifikant
Skolegang	Andelen, der passer deres skole, var stort set uændret på hhv. 62 og 61 pct.	Ingen ændring
Kontakt med venner, der bruger rusmidler	Ses sjældnere.	Mindre fald
Kontakt med venner, der ikke bruger rusmidler	Ses oftere.	Mindre stigning
Psykisk trivsel	Reduktion i forhold til koncentrationsbesvær, aggressiv adfærd og depression	Forbedring
Kriminalitet	Andel, der har begået kriminalitet de sidste 30 dage, er faldet fra 29 pct. til 14 pct.	Fald, ikke signifikant
Anden rådgivning og andre aktiviteter	Forældregrupper, konsulentbistand mv.	Betydeligt omfang

Kilde: Kapitel 4-7.

OMKOSTNINGSEFFEKTIVITET

Med ovenstående data om omkostninger og effekter er det muligt at beregne, hvor mange penge det har kostet projekterne i forhold til, hvor meget forbruget af hash er faldet i projektperioden.

TABEL 11.12

Omkostningseffektivitet for U18-modellen.

Omkostning, kroner	13.230.617
Antal indskrevne	190
Omkostning pr. indskrevet, kroner	69.635
Målt nedsat forbrug blandt respondenter, trin	42
Omkostning pr. nedsat forbrug blandt respondenter, kroner	315.015
Beregnet nedsat forbrug, alle indskrevne, trin ¹	108
Beregnet omkostning pr. nedsat forbrug (pr. trin), alle indskrevne, kroner	122.690

1. Tallet er beregnet ud fra den antagelse, at de 74 respondenter er repræsentative for de 190 indskrevne, og at effekten for respondenterne dermed kan ekstrapoleres til hele gruppen. Beregningen er helt konkret: $42/74 \cdot 190 = 108$.

I tabel 11.12 viser vi, hvor mange penge modellen har kostet pr. indskrevet og pr. nedsat forbrug hos de unge. Hvis vi antager, at alle indskrevne har haft et gennemsnitligt nedsat forbrug, der svarer til vores respondents, så har U18-modellen kostet 122.690 kr., for hver gang en ung har nedsat sit forbrug med et trin (jf. boks 11.3). Dertil kommer de øvrige effekter, som beskrevet i tabel 11.11.

SAMLET ANALYSE

I dette afsnit kigger vi på de tre modeller på tværs og kommer med nogle betragtninger om, hvordan man kan fortolke resultaterne for den økonomiske evaluering.

GENERELT OM OMKOSTNINGSNIVEAUET

Analysen bygger som nævnt på de omkostninger, som har været forbundet med behandlingerne i de seks projektkommuner, som har afprøvet de tre modeller. Det er altså historiske faktiske data fra en projektperiode. Vi har forsøgt at tage højde for, at der er tale om et særligt projekt ved at nedskrive omkostningerne til eksperter. Der har dog også været omkostninger forbundet med dataindsamling til denne evaluering og lignende, som ikke er trukket fra. Man må forvente, at der under alle omstændigheder vil være en vis grad af dokumentation, men omkostningerne hertil vil formentlig typisk være lavere i forbindelse med en eventuel udrulning af modellerne i fremtiden. Samtidig vil der formentlig være færre omkostninger vedrørende møder på tværs af projekter og måske vil fremtidige projekter vælge en mindre intensiv supervision end den meget hyppige supervision, der har været i dette projekt.

Tilsammen betyder ovenstående, at omkostningsniveauet for andre kommuner, der vælger at implementere modellerne, kan være lidt lavere, hvis der er tale om samme type kommuner. Til gengæld kan det også have betydning for effekten af programmerne, hvis man fx vælger mindre erfaringsudveksling og supervision. Den viden har vi ikke. Denne analyse bygger som nævnt på faktisk afholdte udgifter og faktisk målte effekter i projektperioden.

Modellerne har lavet overslag over, hvad en kommune kan forvente af omkostninger i forbindelse med at implementere modellerne,

inklusive ansættelse af team, supervision mv²¹. Som en helt konkret ting kan nævnes, at MST-SA fremover vil blive billigere at implementere i Danmark, da man har valgt at implementere SA-adaptionen i MST-standardmodellen. Dette betyder, at man kan benytte eksperter og betale licens i Danmark i stedet for USA.

OMKOSTNINGSEFFEKTIVITET PÅ TVÆRS

Det kan være svært at sammenligne modellerne direkte, da der er tale om forskellige målgrupper, som tidligere beskrevet i rapporten. Eksempelvis har de unge i U-turn fra starten gennemsnitligt større problemer med andre rusmidler end hash end de unge i de andre modeller. Samtidig havde enhederne et forskelligt udgangspunkt for at igangsætte projekterne. Det kan også forekomme, at omkostningerne er opgjort forskelligt i de forskellige kommuner, hvilket kan gøre det svært at sammenligne. Vi regner dog med, at de samlede omkostninger, som bruges i analysen, er sammenlignelige.

På trods af udfordringerne kan en sammenligning af modellerne give et pejlemærke på forskelle i omkostningseffektivitet og øvrige virkninger af indsatserne. I tabel 11.13 har vi opstillet den beregnede omkostningseffektivitet for de tre modeller.

TABEL 11.13

Omkostningseffektivitet for alle behandlingsmodeller.

	MST-SA	U-turn	U18
Omkostning, kroner	21.851.228	19.179.891	13.230.617
Beregnet nedsat forbrug, alle indskrevne, trin	70	77	108
Beregnet omkostning pr. nedsat forbrug, alle indskrevne, kroner	312.160	250.172	122.690

Kilde: Egne beregninger på baggrund af projekterne og Socialstyrelsens regnskaber samt spørgeskemaundersøgelse.

Her ser vi, at der er relativt stor forskel på omkostningen i forhold til nedsat forbrug i de tre modeller. Hvor det i MST-SA koster 312.160 kroner pr. nedsat forbrug, er den tilsvarende omkostning i U18 kun 122.690 kroner. U-turn ligger mellem de to. I beregningen af omkostningerne har vi kun taget højde for effekten med hensyn til nedsat forbrug

21. Mere information om dette kan findes på Socialstyrelsens hjemmeside: www.socialstyrelsen.dk og ved at henvende sig til de modelansvarlige i henholdsvis MST-SA Aarhus, U-turn København og U18 Aarhus.

af hash. For at give et fyldestgørende billede viser tabel 11.14 de samlede effekter, som modellerne har medført.

TABEL 11.14

Samlede effekter for alle behandlingsmodeller

	MST-SA	U-turn	U18
Forbrug af hash	Markant fald	Markant fald	Markant fald
Forbrug af amfetamin, kokain og/eller ecstasy	Ingen signifikant ændring	Markant fald	Mindre fald, ikke signifikant
Skolegang (andel, som passer deres skolegang)	Stigning	Stigning	Ingen ændring
Kontakt med venner, der bruger rusmidler	Fald	Mindre fald, ikke signifikant	Mindre fald, ikke signifikant
Kontakt med venner, der ikke bruger rusmidler	Stigning	Mindre stigning, ikke signifikant	Mindre stigning, ikke signifikant
Psykisk trivsel	Forbedring	Forbedring	Forbedring
Kriminalitet	Markant fald	Markant fald	Fald, ikke signifikant
Anonym rådgivning	-	Betydeligt omfang	-
Anden rådgivning og andre aktiviteter	-	Betydeligt omfang	Betydeligt omfang

Kilde: Kapitel 4-7.

Man bør ved tolkningen være opmærksom på, at der er tale om korttids-effekter, dvs. målingerne er lavet lige efter endt behandling. Vi ved ikke, om ændringerne vil vare ved eller evt. blive forstærket på længere sigt, og her kan der også være forskel på modellerne. I denne sammenhæng er det også vigtigt at se på den øvrige udvikling, der har været med de unge i de forskellige behandlinger, idet bedre psykisk trivsel, andre vennekredse mv. kan være med til at forebygge tilbagefald. Det kan derfor være lige så vigtige effekter og derfor vigtigt, at modellerne arbejder med disse aspekter.

FORTOLKNING OG FØLSOMHEDSANALYSER

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der er en vis usikkerhed med hensyn til ovenstående analyse af omkostningseffektiviteten. Selvom analysen bygger på faktiske tal, som vi har fra kommunerne og spørgeskemaerne, er der en række forhold, som gør analysen usikker:

- Der har været omkostninger forbundet med projektet, herunder evaluering, modeludvikling og møder på tværs. Størrelsen af disse omkostninger er usikre.
- Omkostningerne kan være opgjort forskelligt i de forskellige kommuner.

- Nogle projekter har anvendt ressourcer på anonym rådgivning, forældregrupper, konsulentbistand mv., og der kan være omkostninger i andre tilbud, som kan have påvirket effekten, men som ikke er regnet med.
- Der er begrænset datagrundlag i målingen af de unges nedsatte forbrug, og der har ikke været en kontrolgruppe. Det er altså ikke en egentlig effektmåling, og den egentlige effekt af modellerne er usikker.
- Særligt i forhold til effektmålet er det usikkert, om respondenterne er repræsentative for hele gruppen af indskrevne, som vi har antaget i analysen.

Vi må anbefale, at man tager hensyn til disse forbehold i fortolkningen af data.

I tabel 11.15 og tabel 11.16 har vi lavet to følsomhedsanalyser for at vise, hvordan det påvirker resultatet, hvis vi ændrer på forudsætningerne. I tabel 11.15 viser vi resultatet, hvis vi regner med en omkostning, der er 10 pct. lavere end den beregnede, for at tage højde for særlige ”projektomkostninger” i et større omfang, end vi har valgt at gøre. De 10 pct. er meget højt sat, men det gør vi for at vise yderpunktet i denne retning. Vi ser, ikke overraskende, at modellerne med denne beregning bliver billigere pr. nedsat forbrug.

TABEL 11.15

Følsomhedsanalyse, hvor omkostningerne for behandlingsmodellerne er beregnet 10 pct. lavere.

	MST-SA	U-turn	U18
Omkostning, kroner	19.666.105	17.261.902	11.907.555
Beregnet nedsat forbrug alle, indskrevne, trin	70	77	108
Beregnet omkostning pr nedsat forbrug, alle indskrevne, kroner	280.944	225.155	110.421

I tabel 11.16 viser vi resultatet, hvis den faktiske effekt sættes 10 pct. lavere, fx for at tage højde for, at respondenterne har haft en bedre effekt end den samlede gruppe af indskrevne. Med denne beregning bliver modellerne dyrere i forhold til effekten.

TABEL 11.16

Følsomhedsanalyse, hvor det nedsatte rusmiddelforbrug for behandlingsmodellerne er beregnet 10 pct. lavere.

	MST-SA	U-turn	U18
Omkostning, kroner	21.851.228	19.179.891	13.230.617
Beregnet nedsat forbrug, alle indskrevne, trin	63	69	97
Beregnet omkostning pr nedsat forbrug, alle indskrevne, kroner	346.845	277.969	136.322

PERSPEKTIVERING

Resultatet viser, at behandlingsmodellerne koster mellem 122.690 og 312.160 kroner pr. nedsat forbrug. Det oplagte spørgsmål, der følger, er, om dette er meget eller lidt – altså om det er pengene værd? Dette er til dels et menneskeligt spørgsmål, idet målgruppen er sårbare unge, som har brug for hjælp for at komme ud af deres misbrug af rusmidler. Men det kan også stilles som et samfundsøkonomisk spørgsmål, der handler om, hvorvidt det kan betale sig for samfundet at behandle de unge mennesker.

Der er ingen tvivl om, at det samfundsøkonomisk er en stor fordel, hvis de unge kommer ud af deres stofmisbrug. For det første vil det give dem en større chance for at få en god uddannelse og senere hen et godt job. Dette har stor betydning samfundsøkonomisk, idet de dermed bidrager til samfundsøkonomien gennem deres løn, frem for eksempelvis at være på kontanthjælp eller anden understøttelse. Der er meget, der tyder på, at de evaluerede indsatser allerede leder de unge i denne retning, idet der for to af programmerne sker en stigning i andelen af unge, der passer deres skole.

En anden faktor, der har stor betydning samfundsøkonomisk, er kriminalitet. Stofmisbrugere har gennemsnitligt en væsentlig mere kriminel adfærd end andre borgere, og det koster samfundet penge til politi, fængsler, forsikringer mv. Effektiv stofmisbrugsbehandling kan dermed lede til store besparelser på sigt på denne konto. På dette punkt ses allerede omkostningsbesparende effekter, idet unge i alle tre indsatser har et fald i kriminalitet.

På sigt er der desuden forventede besparelser i forbindelse med sundhedsydelser og sociale ydelser bredt set. De unge og voksne, som er kommet ud af stofmisbrug, vil typisk have mindre kontakt med sundhedsvæsenet og de sociale myndigheder, end hvis de havde fortsat deres misbrug. Effekterne kan sågar fortsætte i næste generation, idet der er

større risiko for anbringelser for børn af misbrugere (Egelund & Lausten, 2009), hvilket er en stor menneskelig og samfundsøkonomisk belastning.

For at komme med et svar på spørgsmålet om, hvorvidt misbrugsbehandling kan betale sig, er det nødvendigt at vide, hvad misbrug koster samfundet i Danmark. Vi har imidlertid ikke kunnet finde nogen veldokumenterede studier af, hvad misbrug af rusmidler koster det danske samfund. Der er dog nogle overslag, som kan bruges til at perspektivere vores resultater. Green (2006) anslår de samlede omkostninger til ca. 415.000-450.000 kr. pr. misbruger pr. år (Green, 2006). Et andet overslag lavet på individniveau i Norge viser, at en misbruger kan koste 560.000 norske kroner pr. år (Mehlbye, 1997), svarende til omtrent 490.000 danske kroner. I begge disse beregninger er omkostninger i relation til kriminalitet den største post, mens også behandling og overførselsindkomster indgår.

De behandlingsmodeller, der er evalueret i denne rapport, retter sig primært mod unge, der typisk har et hashmisbrug og derfor er i den ”lette” ende af stofmisbruget. Men alligevel virker omkostninger på 122.690 og 312.160 kroner pr. nedsat forbrug som en god investering, set i lyset af de ret omfattende udgifter på årsbasis, som et fortsat misbrug kan medføre.

DISKUSSION OG PERSPEKTIVERING

Vi har i denne rapport evalueret de tre misbrugsbehandlingsindsatser MST-SA, U-turn og U18. Vi så blandt andet i analyserne en reduktion i de unges forbrug af rusmidler hos alle tre modeller i løbet af behandlingsforløbene. Derudover så vi, at modellerne på nogle andre områder skabte en forbedring for de unge, både i forbindelse med skolefravær, vennekontakt, psykisk velbefindende og kriminalitet. Resultaterne fra denne evaluering peger således i retningen af, at alle tre behandlingsindsatser samlet set og hver for sig på nogle parametre har haft en virkning for en gruppe af unge i behandling.

PERSPEKTIVER

Analyserne, som vi har præsenteret i rapporten, viser, at der på nogle områder er forskel i ændringerne, som vi ser hos de tre modeller, men at disse forskelle blandt andet kan tilskrives forskelle i modellernes målgrupper, hvorfor man skal være påpasselig med at sammenligne resultaterne direkte med hinanden. Først og fremmest arbejder MST-SA (hvis vi ser bort fra et enkelt tilfælde i denne undersøgelse) med unge, der bor sammen med deres forældre, hvilket stiller særlige krav til målgruppen og forældrenes/omsorgsgivernes ressourcer. Dette har givetvis en stor betydning for fastholdelse og dermed antal gennemførte forløb. Det er dermed også vigtigt at holde sig dette for øje i stillingtagen til resultaterne,

da gennemførelse af et behandlingsforløb er en stærk prædiktor for et positivt behandlingsudbytte, og afbrudt behandling i højere grad hænger sammen med tilbagefald (Pedersen & Frederiksen, 2012; Pedersen & Pedersen, 2013). Desuden udgør den gruppe af unge, som indgår i evalueringen, kun et udsnit af den samlede gruppe af unge, som har været i behandling, og er dermed muligvis ikke helt repræsentativ for den samlede gruppe. For eksempel ser vi i alle tre modeller en højere gennemførelsesrate blandt de unge, der indgår i evalueringen, hvilket kan have betydning for resultaterne.

Ser vi konkret på rusmiddelforbruget ved opstart, konstaterede vi, at U-turn har at gøre med lidt flere unge, der tager andre rusmidler end hash, end de øvrige to modeller. Dette kan muligvis give nogle andre udfordringer i behandlingen, da de unge eventuelt vil stå med nogle anderledes problemer og en anden form for afhængighed. Resultaterne viser dog også, at U-turn havde succes med at reducere den gruppe af unge, der brugte andre rusmidler end hash, betydeligt. Derudover havde U-turn med en lidt større andel af unge at gøre, som brugte rusmidler 2 eller flere gange om ugen, og som havde taget hash inden for de sidste 30 dage inden behandlingsstart. U18 derimod havde en lidt større andel af ældre unge i alderen 17-18 år, samt flest unge på døgninstitutioner i behandling, hvilken blandt andet kan tyde på en mangel på ressourcestærke personer i de unges nære netværk. Dette kan have betydning for de unges modtagelighed over for behandlingen, netværksarbejdet, de unges behov mv.

Der er også en gruppe af unge, for hvem behandlingerne ingen virkning har haft, hvilket vi så i kapitel 5. Dette kan have flere årsager, såsom at der givetvis vil være risiko for at tage unge ind, for hvem netop den behandling, de har modtaget, ikke er den rigtige (her kan uafsluttede forløb eller manglende udbytte være blot nogle få konsekvenser). Derudover vil der formentlig være unge, som ikke er modtagelige over for social misbrugsbehandling i al almindelighed, og hos hvem det kan være umuligt at skabe den nødvendige motivation eller at arbejde med den unges øvrige liv, hvis ikke den unge eller dennes netværk tillader det. Her vil nogle udefrakommende faktorer formentlig være for vanskelige at arbejde med for behandlerne til at kunne gøre en forskel, og disse faktorer kan derfor komme til at spille en negativ rolle for den unges motivation, rusmiddelreduktion og trivsel i almindelighed. Behandlingsindsatsernes målgruppe er endelig forholdsvis bred og mangeartet med mange

forskellige problemer og mange forskellige liv uden for behandlingen, hvilket også kan være en af grundene til, at det kan være en udfordring at opnå positive resultater hos alle unge. Dette er formentlig tilfældet i de fleste behandlingstilbud, og der er således meget, der tyder på, at man med fordel kan prioritere denne gruppe af unge i tilrettelæggelsen af nye tilbud eller behandlingsforløb. Der er desuden, som nævnt tidligere, p.t. ingen standarder for kommunernes opsøgende arbejde på misbrugsområdet, hvorfor mange unge med et behandlingsbehov formentlig ikke opfanges af systemet. Dette bekræftes af det relativt lave antal af unge i behandling sammenlignet med det estimerede antal af unge med et behandlingsbehov, og peger på, at der i kommunerne er potentiale for at styrke den opsøgende indsats i højere grad (Pedersen & Vind, 2010), således at den sociale misbrugsbehandling kan nå sit fulde potentiale.

De resultater, som vi har set på hos behandlingsindsatserne, er indsamlet lige ved behandlingernes afslutning. De indsamlede opfølgingsdata peger dog på, at behandlingernes virkning forbliver nogenlunde den samme, når det kommer til forbruget af hash.²² Dette er naturligvis en forsimplet måde at måle modellernes virkning på, da vi her ikke har haft mulighed for at kigge på ændringer vedrørende andre aspekter af de unges liv. I forbindelse hermed er det væsentligt at bemærke, at analyserne præsenteret i nærværende rapport primært har haft fokus på de kortsigtede resultater af behandlingerne målt ved ind- og udskrivning, og at fremtidige undersøgelser med fordel vil kunne fokusere på mere langsigtede virkninger af social stofmisbrugsbehandling.

Hvis vi kigger mod tidligere forskning, er der meget, der peger på, at det ikke er usædvanligt, at social behandling som regel har en effekt, så længe den pågår, men at udfordringen ligger i at få effekten til at vare ved (Pedersen & Hesse, 2012). Der er således noget, der tyder på, at opfølgende tilbud og vedblivende motivation er vigtige faktorer, hvis de unge skal kunne fastholde et reduceret eller ophørt forbrug og have mulighed for at skabe sig en tilværelse med et stabilt uddannelses- eller arbejdsforløb og generel trivsel. Dette er desuden yderligere et tegn på vigtigheden af at arbejde systematisk og hele vejen rundt om den unge, da forankring i skole, familie, arbejde samt forbedret psykisk trivsel er afgørende for at forhindre tilbagefald.

22. Det bør her bemærkes, at opfølgingsanalyserne er baseret på et meget lille antal besvarelser.

RAPPORTENS STYRKER OG SVAGHEDER

Der er både styrker og svagheder ved nærværende evaluering. Rent metodisk og analyse-mæssigt er det naturligvis at foretrække, at flest mulige respondenter besvarer spørgeskemaerne, da dette vil styrke repræsentativiteten. Det er desværre også sådan, at dette ofte er én af de store udfordringer, særligt når det kommer til udsatte grupper, som fx unge med et problematisk forbrug af rusmidler, hvilket også har været tilfældet i denne undersøgelse. Dette viste sig ved, at der ud af de 391 unge, som har været indskrevet i behandling, kun var 177, der havde besvaret både et ind- og udskrivningsskema. Dog har der også været visse praktiske og metodiske udfordringer i projektet, som har forsinket dataindsamlingen, såsom en lang opstartsperiode med implementering og et elektronisk spørgeskemasystem, der ikke fungerede optimalt. Dette har også været en medvirkende årsag til de manglende data. Derudover har vi måttet indse, at et spørgeskema så omfattende som det, vi har anvendt i undersøgelsen, ikke egner sig godt til pågældende målgruppe, dels fordi flere af de unge ikke magtede eller ønskede at svare på så mange spørgsmål og derfor undlod at besvare en stor del af spørgeskemaet, og dels fordi det for nogle behandlere virkede tidskrævende og dermed en smule forstyrrende for behandlingen at skulle bruge tid på at udfylde skemaet sammen med den unge.

Herudover kan de relativt få besvarelser være en indikation af, at vi har at gøre med et følsomt og ømtåleligt område, og at der derfor er spørgsmål, som de unge måske ikke har ønsket at besvare, eller hvor den unge måske ikke har svaret sandfærdigt. Dette kunne fx være tilfældet i forbindelse med spørgsmål vedrørende kriminalitet, hvor vi ser, at flere unge har besvaret spørgsmålet ved udskrivning end ved indskrivning, hvilket er en smule iøjefaldende. Dette kan som nævnt være en indikation på, at vi undervurderer antallet af unge, der ved indskrivning har begået kriminalitet. Til trods for visse udfordringer og datamæssige svagheder i undersøgelsen udgør de 177 unge dog et udmærket datagrundlag for analyserne af de unges rusmiddelforbrug i før- og eftermålingerne. Desuden kan resultaterne, som vi har præsenteret i denne rapport, sige noget om, hvordan forskellige sociale misbrugsbehandlingsmodeller bestående af forskellige elementer kan have betydning for målgruppen og dennes udbytte, samt hvordan forskellige behandlingsmodeller tiltrækker forskellige målgrupper, hvilket vi blandt andet så ved, at U-turn havde lidt flere unge, der tog hårdere rusmidler end hash, og som havde begået

kriminalitet, mens MST-SA havde flest hjemmeboende, og U18 havde flere ældre unge og flere unge tilknyttet et skoleforløb ved indskrivning. Alt dette spiller givetvis en rolle, når det kommer til behandlernes muligheder og tilgang til de unge.

Derudover er én af undersøgelsen styrker det store kvalitative datagrundlag, som både er med til at uddybe og skabe forståelse for nogle af de centrale tematikker, som gør sig gældende i spørgeskemabesvarelserne, og at give en forståelse af, hvad de unge lægger vægt på i forbindelse med rusmiddelbehandling. Det kvalitative datagrundlag bidrog dels med viden omkring implementeringen af sådanne indsatser, og hvilke udfordringer der kan ligge heri (jf. implementeringsnotatet, Weatherall m.fl. 2013), hvilket kan bruges i en eventuel fremtidig udrulning af lignende indsatser. Derudover bidrog de kvalitative interview med de unge og behandlerne med en indsigt i målgruppen for social misbrugsbehandling og deres perspektiver på, samt behov i forbindelse med behandlingen. Dette er blandt andet vigtigt at holde sig for øje i forbindelse med at målrette fremtidige tilbud og gøre dem attraktive for de unge, ligesom det kan anvendes i det forebyggende arbejde. For eksempel så vi her, at måden, hvorpå de unge bliver mødt af behandlerne, har en stor betydning for de unges oplevelse af behandlingen og deres motivation for at komme. Dette er alt andet lige vigtigt, hvis man skal have de unge til at gennemføre behandlingsforløbene. For, som vi også nævnte tidligere i dette kapitel, er et færdiggjort forløb en stærk prædikator for et positivt udbytte af behandlingen.

Derudover indikerede de kvalitative interview, at behandlerne arbejder bevidst med en ikke-fordømmende tilgang, hvilket de unge lagde stor vægt på i mødet med behandlerne. Dette hørte vi især fra unge i U-turn og U18, hvor behandlerne har en meget direkte kontakt til de unge. Vi bemærkede også, at de unge i høj grad fikserede årsagen til deres valg om at stoppe med at bruge rusmidler på relationer eller situationer uden for behandlingen. Dette skal dog ses i relation til behandlingernes helhedsorienterede arbejde med den enkelte unges liv og målsætninger. De unges udsagn om rusmiddelreduktion og -ophør kan således netop tolkes som et udtryk for en succesfuld behandling.

LITTERATUR

- Adriansen, H.K. (2012): "Timeline Interviews: A Tool for Conducting Life History Research." *Qualitative Studies*, 3(1).
- Benjaminsen, L. & D. Andersen (2009): *Den Sociale Stofmisbrugsbehandling Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 09:19.
- Bergman, M. (2008): *Advances in mixed methods research: theories and applications*. Sage Publications.
- Center for unge og misbrug (2014): *Evaluering af de 49 afholdte Forældregrupper i U-turn*. København: Socialforvaltningen
- Danske Regioner (2012): *To diagnoser - et menneske* *To diagnoser - et menneske*. Danske Regioner.
- Due, P., F. Diderichsen, C. Meilstrup, M. Nordentoft & C. Obel (2014): *Børn og unges mentale helbred: Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. Vidensråd for forebyggelse.
- Edwards, P., I. Roberts, M.J. Clarke, C. DiGuseppi, R. Wentz, I. Kwan, R. Cooper, L. Felix & S. Pratap (2009): *Methods to increase response to postal and electronic questionnaires*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Ege, P. (2006): "Enkelt er det jo ikke." *Stof*, 7, s. 39-49.
- Fergusson, D.M., L.J. Horwood & A.L. Beautrais (2003): "Cannabis and educational achievement." *Addiction*, 98, s. 1681-1692.

- Fox-Rushby, J. & J. Cairns (2005): *Economic Evaluation*. London: McGraw-Hill Education.
- Green, J. (2006): *Stofmisbrugets ABC*. Forlaget Grifo. Roskilde.
- Hall, W. & R. Pacula (2003): *Cannabis Use and Dependence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hagensen, P., Henriksen, J. & Christensen, I. (2010): ”Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats”. Socialt Udviklingscenter SUS.
- Hesse, M. & B. Thylstrup (2015): ”Behandlingsmodaliteter i stofmisbrugsbehandling.” I: Thylstrup B., M. Hesse, M. Pedersen, & K. Frederiksen (red.): *Misbrugsbehandling: Organisering, indsatser og behov*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Hesse, M. & B. Thylstrup (2014): ”Får man abstinenser af at holde op med at ryge hash?”. *Stof*, 22, s. 88-90.
- Järvinen, M. & S. Ravn (2015): ”Explanations and Expectations: Drug Narratives Among Young Cannabis Users in Treatment.” *Sociology of Health & Illness*, 0(0).
- Järvinen, M. & S. Ravn (2014): ”Cannabis Careers Revisited: Applying Howard S. Becker’s Theory Topresent-day Cannabis Use.” *Social Science and Medicine*, 100, s. 133-140.
- Kolind, T. (2010): ”Unge, alkohol og social klasse – mainstream og modkultur.” I: M. Pedersen & T. Kolind (red.): *Unge, rusmidler og sociale netværk*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Kvale, S. (1997): *Interview: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lauridsen, M., M. Kronbæk & P.S. Lundsberg (2010): *Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv*. København: Socialstyrelsen.
- Mehlbye, J. (1997): *De samfundsmæssige konsekvenser af stofmisbrug*. København: AKF-Forlaget.
- Møller, K. & J. Demant (2011): *Unge påbegyndelse af illegalt rusmiddelbrug: Et litteraturstudie over den nordiske forskning*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Orbe, D. (2010): *Fra labyrinten*. København: U-turn, København.
- Ottosen, M.H., D. Andersen, K.M. Dahl, A.T. Hansen & M. Lausten (2014): *Børn og unge i danmark. Velfærd og trivsel 2014*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 14:30.

- Passetti, L.L., S.H. Godley & M. White (2008): "Adolescents Perception of Friends during Substance Abuse Treatment: A Qualitative Study". *Contemporary Drug Problems*, 35(1).
- Pedersen, M. (2005): *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Pedersen, M. & M.M. Pedersen (2013): *Effekten af hashbehandling: En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed behandling af hashmisbrug*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M. & K. Frederiksen (2012): "Unge der misbruger rusmidler."
- Pedersen, M. & M. Hesse (2012): *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*. Aarhus: Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M. & L. Vind (2010): *Behandling og andre sociale indsatser der tilbydes unge, der misbruger rusmidler*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M., L. Vind & M. Bækbøl (2009): *13-17-årige piger der misbruger rusmidler, og den behandling de tilbydes*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pejtersen, J. & T. Jacobsen (2014): "A Randomized Trial of the Effect of Monetary Incentive on Survey Response for Vulnerable Children and Youth." *European Scientific Association on Residential & Family Care for Children and Adolescents*, 5(3).
- Pihl, S. (2007): *Et par år senere: Undersøgelse: De gamle unge fra daggrupperne*. Pihl Inklusive.
- Rønnov, L. & B. Marckmann (2010): *Implementeringsforskning om forebyggelse: En baggrundsrapport*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse.
- Raahauge, K. (2013): "Misbrugsområdet hører hjemme i kommunerne: Høringsvar". *Stof*, 21, s. 42-45.
- Socialstyrelsen (2010): *Stofmisbrug i et socialfagligt perspektiv*. København: Socialstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2006): *Narkotikasituationen i Danmark 2006*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2003): *Narkotikasituationen i Danmark*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thomsen, R., S. Ravn & J. Østergaard (2013): "Tidslinjer som metodisk greb i studiet af vendepunkter i unges livsforløb." I: K.

- Rasmussen (red.): *Visuelle til-gange og metoder i tværfaglige pædagogiske studier: En antologi baseret på erfaringer og indblik fra forskning udviklingsarbejde og undervisning.* Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Thylstrup, B. (2012): *God social misbrugsbehandling.* København: KL.
- Thylstrup, B., M. Hesse & M. Pedersen (2015): "Introduktion." I: B. Thylstrup, M. Hesse, M. Pedersen, & K. Frederiksen (red.): *Misbrugsbehandling: Organisering, indsatser og behov.* Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Vind, L. and K. Finke (2006): *Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer.* Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Weatherall, C.D., T. Termansen & N. Lagoni (2013): "Implementering af tre misbrugsbehandlinger for udsatte unge". København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, notat.
- Yao, P., J.R. Ciesla, K.D. Mazurek & S.F. Spear (2012): "Peer Relations Scale for Adolescents Treated for Substance Use Disorder: a Factor Analytic Presentation." *Substance Abuse Treatment Prevention Policy*, 29(7).

SFI-RAPPORTER SIDEN 2014

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 14:01 Bach, H.B. & M.R. Larsen: *Dagpengemodtageres situation omkring dagpengeophør*. 135 sider. e-ISBN: 978-87-7119-223-0. Netpublikation.
- 14:02 Loft, L.T.G.: *Parinterventioner og samlivsbrud. En systematisk forskningsoversigt*. 81 sider. e-ISBN: 978-87-7119-225-4. Netpublikation.
- 14:03 Ager, L.G. & H.K. Hansen: *Flytninger fra byer til land- og yderområder. Højtuddannede og socialt udsatte gruppers flytninger fra bykommuner til land- og yderkommuner – Mønstre og motiver*. 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-226-1. Netpublikation.
- 14:04 Christensen, E.: *2 år efter starten på Nakuusa*. 57 sider. e-ISBN: 978-87-7119-228-5. Netpublikation.
- 14:05 Christensen, E.: *NAKUUSAP aallartimmalli ukiut marluk qaangiunneri*. 61 sider. e-ISBN: 978-87-7119-230-8. Netpublikation.
- 14:06 Bengtsson, S., L.B. Larsen & M.L. Sommer: *Dødfødte børn og deres livsbetingelser*. 147 sider. ISBN: 978-87-7119-232-2. e-ISBN: 978-87-7119-233-9. Vejledende pris: 140,00 kr.

- 14:07 Larsen, L.B., S. Bengtsson & M.L. Sommer: *Døve og dørblevne mennesker. Hverdagsliv og levevilkår*. 169 sider. ISBN: 978-87-7119-234-6. e-ISBN: 978-87-7119-235-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:08 Oldrup, H. & A.-K. Højen-Sørensen: *De aldersopdelte fokuserområder i ICS. Kvalificeringen af den socialfaglige metode*. 189 sider. e-ISBN: 978-87-7119-236-0. Netpublikation.
- 14:09 Fridberg, T. & L.S. Henriksen: *Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012*. 304 sider. ISBN: 978-87-7119-237-7. e-ISBN: 978-87-7119-238-4. Vejledende pris: 300,00 kr.
- 14:10 Lauritzen, H.H.: *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2012. Nyeste viden på baggrund af aldredatabasen*. 142 sider. ISBN: 978-87-7119-239-1. e-ISBN: 978-87-7119-240-7. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:11 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Litteraturstudie af handicap og beskæftigelse*. 202 sider. ISBN: 978-87-7119-241-4. e-ISBN: 978-87-7119-242-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 14:12 Bille, R. & H. Holt: *Kommunal praksis på arbejdsskadeområdet. En kvalitativ analyse af fire jobcentres håndtering af arbejdsskader*. 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-244-5. Netpublikation.
- 14:13 Rosdahl, A.: *Fra 15 år til 27 år. PISA 2000-eleverne i 2011/12*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-245-2. e-ISBN: 978-87-7119-246-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:14 Bengtsson, S., K. Bengtsson, A.A. Kjær, M. Damgaard, C. Kolding-Sørensen: *Hvilken forskel gør en tilkendelse af førtidspension?* 144 sider. ISBN: 978-87-7119-247-6. e-ISBN: 978-87-7119-248-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:15 Bach, H.B.: *Skadelidtes reaktion på en verserende arbejdsskadesag*. e-ISBN: 978-87-7119-249-0. Netpublikation.
- 14:16 Weatherall, C.D., H.H. Lauritzen, A.T. Hansen & T. Termansen: *Evaluering af "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Et pilotprojekt*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-250-6. e-ISBN: 978-87-7119-251-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:17 Pontoppidan, M., N. K. Niss: *Instrumenter til at måle små børns trivsel*. 78 sider. e-ISBN: 978-87-7119-252-0. Netpublikation
- 14:18 Ottosen, M.H., A. Liversage & R.F. Olsen: *Skilsmissebørn med etnisk minoritetsbaggrund*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-253-7. e-ISBN: 978-87-7119-254-4. Vejledende pris: 250,00 kr.

- 14:19 *Antidemokratiske og ekstremistiske miljøer i Danmark. En kortlægning.* 86 sider. E-ISBN: 978-87-7119-255-1, Netpublikation
- 14:20 Amilon, A.G., P. Rotger & A.G. Jeppesen: *Danskernes pensionsopsparinger og indkomster 2000-2011.* 160 sider. ISBN: 978-87-7119-256-8. e-ISBN: 978-87-7119-257-5. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:21 Jonasson, A.B.: *Konsekvenser af dagpengeperiodens halvering.* 112 sider. ISBN: 978-87-7119-258-2. e-ISBN: 978-87-7119- 259-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 14:22 Siren, A., & S.G. Knudsen: *Ældre og digitalisering. Holdninger og erfaringer blandt ældre i Danmark.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-260-5. e-ISBN: 978-87-7119-262-2. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 14:23 Christoffersen, M.N., A.-K. Højen-Sørensen & L. Laugesen: *Daginstitutionens betydning for børns udvikling. En forskningsoversigt.* 192 sider. ISBN: 978-87-7119-266-7. e-ISBN: 978-87-7119- 262-9. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 14:24 Keilow, M., A. Holm, S. Bagger & S. Henze-Pedersen: *Udvikling af trivselsmålinger i folkeskolen. En pilotundersøgelse.* 180 sider. e-ISBN: 978-87-7119-263-6. Netpublikation.
- 14:25 Christensen, C.P., I.G. Andersen, P. Bingley & C.S. Sonneschmidt: *Effekten af It-støtte på elevers læsefærdigheder.* 80 sider. ISBN: 978-87-7119-264-3. e-ISBN: 978-87-7119-265-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 14:26 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap, uddannelse og beskæftigelse.* 78 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 267-4. Netpublikation
- 14:27 Jakobsen, V., S. Jensen, H. Holt & M. Larsen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2014.* 208 sider, ISBN: 978-87-7119-268-1. e-ISBN: 978-87-7119- 269-8. Pris: 200,00 kr.
- 14:28 Pejtersen, J. H., T. Dyrvig: *Forebyggelse af udadreagerende adfærd hos ældre med demens.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-270-4. e-ISBN: 978-87-7119- 271-1. Pris: 90,00 kr.
- 14:29 Bengtsson, S., L.N. Johansen & C.E. Andersen: *Hjemmetræning. Evaluering af regelsættet om hjælp og støtte efter Servicelovens § 32 st. 6-9.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-272-8. Netpublikation.
- 14:30 Ottosen, M.H., D. Andersen, K.M. Dahl, A.T. Hansen, M. Lausten & S.V. Østergaard: *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2014.* 248 sider. ISBN: 978-87-7119-274-2. e-ISBN: 978-87-7119-275-9. Pris: 250.00 kr.

- 15:01 Ottosen, M.H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen: *Anbragte børn og unges trivsel 2014*. 122 sider. ISBN: 978-87-7119-276-6. e-ISBN: 978-87-7119-277-3. Pris: 120,00 kr.
- 15:02 Benjaminsen, L., T. Dyrvig & T. Gliese: *Livet på hjemløseboformer*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-278-0. e-ISBN: 978-87-7119-279-7. Pris: 140,00 kr.
- 15:03 Gorinas, C. & V. Jakobsen: *Indvandreres og efterkommeres placering på det danske arbejdsmarked*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-280-3. e-ISBN: 978-87-7119-281-0. Pris: 170,00 kr.
- 15:04 Niss, N.K., A. Kierkgaard, A.-K. Højen-Sørensen & A.Aa. Hansen: *Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier. En analyse af barrierer for frontpersonalet*. 145 sider. e-ISBN: 978-87-7119-282-7. Netpublikation
- 15:05 Bengtsson, S., A. L. Rasmussen & S. Gregersen: *Metoder i botilbud*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-283-4. e-ISBN: 978-87-7119-284-1. Pris: 200,00 kr.
- 15:06 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2014*. 240 sider. ISBN: 978-87-7119-285-8. e-ISBN: 978-87-7119-286-5. Pris: 240,00 kr.
- 15:07 Dietrichson, J., M. Bøg, T. Filges & A.-M. K. Jørgensen. *Skolerettede indsatser for elever med svag socioøkonomisk baggrund*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-287-2. e-ISBN: 978-87-7119-288-9. Pris: 140,00 kr.
- 15:08 Østergaard, S.V., A.B. Steensgaard, A.T. Hansen, S. Henze-Pedersen & J. Østergaard: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer i barndommen gør en forskel?*. 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119-289-6. Netpublikation.
- 15:09 Keilow, M. & A. Holm: *Udvikling af måleinstrument for elevadfærd og -holdninger. Baseline data fra evaluering af folkeskolereformen*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-290-2. Netpublikation.
- 15:10 Albæk, K., H.B. Bach, R. Bille, B.K. Graversen, H. Holt, S. Jensen & A.B. Jonassen: *Evaluering af mentorordningen*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-291-9. Netpublikation.
- 15:12 Christensen, E. & S. Baviskar: *Unge i Grønland. Med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-293-3. e-ISBN: 978-87-7119-294-0. Pris: 120,00 kr.

- 15:13 Christensen, E. & S. Baviskar: *Kalaallit nunaanni inuusuttut. Kinguaassiunitinut tunngasut kinguaasiunitigullu innarliisarnerit qitiunneqarlutik*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-295-7. e-ISBN: 978-87-7119-296-4. Pris: 140,00 kr.
- 15:14 Rangvid, B.S., V.M. Jensen & S.S. Nielsen. *Forberedende tilbud og overgang til ungdomsuddannelse*. 99 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 297-1. Netpublikation.
- 15:15 Amilon, A. (red.): *Inkluderende skolemiljøer – elevernes roller*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-304-6. e-ISBN: 978-87-7119- 300-8. Pris: 280,00 kr.
- 15:16 Amilon, A: *Evaluering af lokale initiativer for førtidspensionister*. 96 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 301-5. Netpublikation
- 15:17: Jakobsen, V: *Uddannelses- og beskæftigelsesmønstre i årene efter grundskolen. En sammenligning af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande og etniske danskere*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-305-3. e-ISBN: 978-87-7119- 306-0. Pris: 140,00 kr.
- 15:18 Christensen, G., A.G. Jeppesen, A.A. Kjær & K. Markwardt: *Udsættelser af lejere – Udvikling og benchmarking. Lejere berørt af fogedsager og udsættelser i perioden 2007-13*. 178 sider, e-ISBN: 978-87-7119-307-7. Netpublikation
- 15:19 Christensen, C.P. & C. Scavenius: *Et felteksperiment med Kærlighed i Kaos. Et forældretræningsprogram til familier med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-308-4. e-ISBN: 978-87-7119- 309-1. Pris: 90,00 kr.
- 15:20 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2014. Regionale forskelle*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-310-7. e-ISBN: 978-87-7119- 311-4. Pris: 90,00 kr.
- 15:21 Nielsen, C.P., M.D. Munk, M.T. Jensen, K. Karmsteen & A-M. K. Jørgensen: *Mønsterbryderindsatser på de videregående uddannelser. En forskningskortlægning*. 168 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 312-1. Netpublikation.
- 15:22 Sivertsen, H.H. & C.J. Dee Montgomery: *Børn I lavindkomstfamilier*. 105 sider. e-ISBN: 978-87-7119-313-8. Netpublikation.
- 15:24 Termansen, T., T. Dyrvig, N.K. Niss, J.H. Pejtersen: *Unge i misbrugsbehandling*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-315-2. e-ISBN: 978-87-7119- 316-9. Pris: 170,00 kr.

UNGE I MISBRUGSBEHANDLING

EN EVALUERING AF TRE BEHANDLINGSINDSATSER

SFI har i forbindelse med Socialstyrelsens projekt *Misbrugsbehandling til unge under 18 år* evalueret tre behandlingsmodeller. Der er tale om U-turn (udviklet i København), U18 (udviklet i Aarhus) og Multi Systemic Therapy – Substance Abuse (udviklet i USA). Fælles for de tre modeller er, at de ikke kun arbejder med rusmiddelforbruget, men også med andre forhold i de unges liv.

Formålet med evalueringen har været at undersøge modellernes virkning, dels på de unges rusmiddelforbrug, og dels på de unges skoletilknytning, sociale relationer, psykisk helbred og kriminalitet.

Størstedelen af deltagerne i de tre indsatser er drenge, mens cirka en tredjedel er piger. Knap 90 procent af deltagerne angiver hash som deres primære problemgivende rusmiddel.

De tre behandlingsmodeller er afprøvet og evalueret i seks kommuner i perioden fra 2011 til 2014. Evalueringen er bestilt og finansieret af Socialstyrelsen.