
Evalueringen af udbredelsen af behandlingsmodellerne U-turn og U18 til 10 danske kommuner

Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

2020

Karina Berthu Ellegaard Skov, Mads Uffe Pedersen, Kirsten Søndergaard

Frederiksen og Michael Mulbjerg Pedersen



CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING
PSYKOLOGISK INSTITUT AAR-
HUS UNIVERSITET



Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

2020

Data

Serietitel og nummer	Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
Titel	Evalueringen af udbredelsen af behandlingsmodellerne U-turn og U18 til 10 danske kommuner
Forfatter(e)	Karina Berthu Ellegaard Skov, Mads Uffe Pedersen, Kirsten Søndergaard Frederiksen og Michael Mulbjerg Pedersen
Afdeling	Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet
Udgiver	Center for Rusmiddelforskning gennemført for Socialstyrelsen
URL	https://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rus-middelforskning/publikationer/rapporter/
Udgivelsesår	2020
Sideantal	168
ISBN	978-87-93944-52-7

Indhold

Kort sammenfatning.....	1
Del 1: Indledning.....	7
1.1. Baggrund, formål og opgave	7
1.2. De to modeller.....	8
1.3. Projektets forløb.....	9
1.4. Målgruppen	10
1.5. Læsevejledning	10
Del 2. Evalueringsdesign og -metode	12
2.1. Model for implementering	12
2.2. De to kildemodeller	16
2.2.1. U-turns kildemodell og implementeringsstrategi	16
2.2.2. U18's kildemodell og implementeringsstrategi	21
2.3. Dataindsamling til implementeringsevalueringen og effektevalueringen	25
2.3.1. Data til implementeringsevalueringen	25
2.3.2. Dataindsamling effektevaluering	29
2.3.3. Datasikkerhed.....	34
2.4. Sammenfatning: analyseplan	35
Del 3: Implementeringsevaluering, forankring af modellerne	37
3.1. U-turn-kommunerne	37
3.1.1. Organisation og ledelsesmæssig opbakning	38
3.1.2. Målgruppe og rekrutteringsgrundlag	39
3.1.3. Kommunens størrelse og udgangspunkt for at etablere tilbuddet.....	39
3.1.4. Samarbejdspartnere	40
3.1.5. Behandlernes uddannelsesniveau før projektet	41
3.1.6. Undervisning og implementering	43
3.1.7. Implementering af kerneelementer	45
3.1.8. Sammenfatning: U-turn-kommunerne.....	67
3.2. U18-kommunerne	70
3.2.1. Organisation og ledelsesmæssig opbakning	70
3.2.2. Målgruppe og rekrutteringsgrundlag	71
3.2.3. Kommunens størrelse og udgangspunkt for at etablere tilbuddet.....	71
3.2.4. Samarbejdspartnere	72

3.2.5. Behandlernes uddannelsesniveau før projektet	72
3.2.6. Undervisning og implementering	74
3.2.7. Implementering af kerneelementer	77
3.2.8. Sammenfatning: U18-kommunerne.....	99
Del 4. Hvem er de unge i Udbredelsesprojektet?.....	101
4.1. Hvordan kom de unge med i undersøgelsen?.....	101
4.2. Hvem er de indskrevne unge?	103
4.3. Hvem er de unge, der modtager anonym rådgivning?	109
Del 5. Effekten af behandlingen	113
5.1. De indskrevne	113
5.2. De anonyme.....	114
5.3. Fortolkning af effekterne.....	114
5.4. U-turn-kommunerne	116
5.4.2. Unge i anonym rådgivning.....	131
5.4.3. Sammenfatning U-turn	135
5.5. U18-kommunerne	137
5.5.1. De indskrevne	138
5.5.2. Info-rådgivning	152
5.5.3. Sammenfatning U18.....	152
Del 6: Sammenfatning af rapportens resultater: Dette projekt og tidligere danske projekter	154
Implementering	154
Interne og eksterne betingelser	156
Effekt-evalueringen. Fem hypoteser til forståelsen af forskelle i effekt.	157
Resultaterne sammenlignet med andre evalueringer.....	159
7. Referencer	166
8. Bilagshæfte	168

Kort sammenfatning

Fra sidst i 2016 til ultimo 2019 har Center for Rusmiddelforskning (CRF) haft til opgave at følge implementeringen af den københavnske U-turn-model og den århusianske U18-model i to x fem kommuner i projektet "Udbredelse af behandlingsmodeller til unge i misbrug" iværksat af Socialstyrelsen. U-turn København og U18 Aarhus (kildemodellerne) har fået til opgave at implementere deres respektive modeller i hver fem kommuner. CRF har haft til opgave at evaluere såvel implementeringen som effekten af indsatserne i de to x fem kommuner.

De to kildemodeller kan hver især opdeles i nogle centrale kerneelementer, som er centrale bestanddele af deres model. Kerneelementerne kan deles op i tre kategorier: Fundamentet (f.eks. ungesyn og helhedssyn), metode (f.eks. samtalemetoder) og strukturelle rammer (f.eks. anonym rådgivning, samtaler med indskrevne, unge grupper og sagskonsultation).

For U-turn er væsentlige kerneelementer anonym rådgivning, individuel behandling, gruppetilbud, konsulent/udgående funktion samt forældrearbejde/forældregrupper (alle strukturelle elementer/rammer). Fundamentet er blandt andet at møde de unge som ung frem for misbruger samt have et helhedssyn og en anerkendende tilgang. Metoderne indeholder en række samtaleteknikker, herunder fleksibel feedbackorienteret, systemisk, narrativ, løsningsfokuseret samt en motiverende (MI) tilgang, som er beskrevet i hæfter og metodehåndbøger. Det er en væsentlig del af kildemodellen U-turn, at behandlerne tilpasser arbejdet med den enkelte unge i overensstemmelse med ungesyn og tilgang.

For U18 er væsentlige kerneelementer udredning, sagskonsultation/inddragelse af andre professionelle og forældresamtaler (strukturelle elementer/rammer). Fundamentet bygger på at have et helhedssyn, systematik og en evidensbaseret praksis ligesom et ungesyn, der indebærer at møde de unge med nysgerrighed. Behandleren bliver en koordinerende ankerperson, der samarbejder med og omkring den unge, eksempelvis med samarbejdspartnere, forældre og øvrigt netværk. Metoderne bygger på en systemisk tilgang, kognitiv adfærdsterapi, motiverende samtale (MI), mentalisering, og en række formulerede guidelines.

Det er implementeringen af disse kerneelementer og den effekt, der kan knyttes til de 10 forsøgs-kommuners praksis, der er evalueret. Her skal det fremhæves, at implementeringsperioden har været kort og fandt sted parallelt med evalueringen af modellerne. Dette betyder derfor, at det er vanskeligt at afgøre, hvorvidt en given effekt kan tilskrives modellen. Dette diskuteres i rapporten. Dertil kommer, at de interne og eksterne betingelser for behandlingscentre er vidt forskellige. Analyser af disse interne og eksterne betingelser er et væsentligt element i rapporten.

Det skal desuden påpeges, at det ikke er U-turn København eller U18 Aarhus, der evalueres, men alene de to x fem kommuners praksis i deres arbejde med at implementere de to kildemodeller.

I det følgende skal først implementeringen af U-turn-modellen og dernæst U18-modellen gennemgås.

Implementeringen

Generelt har kommunerne været tilfredse med modelejernes undervisning/træning i modellerne og været glade for at anvende modellerne.

Implementeringen af U-turn-modellen i projektkommunerne (se afsnit 3.1.8.)

De enkelte analyser viser en generel loyalitet over for elementerne i kildemodellen blandt ledere og behandlere. Behandlerne ser således en høj grad af anvendelighed af kerneelementerne i kildemodellen. Analyserne viser, at langt de fleste elementer er anvendt i praksis, men også at det tager tid at komme i gang med nye elementer, som der løbende undervises i (forældregrupper er dog kun i mindre grad anvendt og slet ikke som et fast element). Det har været vanskeligt at spore ændringer i det specifikke indhold af samtalerne/møderne med de unge. Selvom det har haft stort fokus i undervisningen, så er det vanskeligt at se, at det gøres på en bestemt måde på tværs af kommunerne, og hvordan det har flyttet sig.

Flere behandlingstilbud har været udfordret organisatorisk, enten fordi de først skulle godkendes som tilbud, skulle kæmpe for at eksistere parallelt med andre tilbud i kommunen eller som følge af ledelsesmæssige udfordringer. Desuden er to af fem tilbud lukket ned, inden evalueringsresultaterne forelå, selvom tilbuddene har haft ønske om at fortsætte (ét af disse er opstået igen i 2020). Kun én af de fem projektkommuner kan siges at have haft en stabil organisation i projektperioden, hvilket kan have stor betydning i forhold til en effektiv implementering.

Implementeringen af U-turn-modellen i de fem kommuner har fundet sted i varierende grad. Flere af

kommunerne har oplevet såvel personalemæssig som økonomisk ustabilitet i deres organisationer, begrænsede ressourcer og for alle en kort implementeringstid. Andre har haft udfordringer med at rumme og implementere fundamentet og de mange (og for institutionen nye) strukturelle elementer, der skulle implementeres. Der har eksempelvis ikke været formuleret en grænse for, hvor meget et givent kerneelement kunne fylde i behandlingscentrets praksis.

Implementeringen af U18-modellen i projektkommunerne (se afsnit 3.2.8.)

Ligesom for U-turn-projektkommunerne viser de enkelte analyser en høj grad af loyalitet over for elementerne i kildemodellen blandt ledere og behandlere, og at behandlere ser en høj grad af anvendelighed af kerneelementerne i kildemodellen. Ligesom for de fem U-turn-kommuner er forældregrupper kun i mindre grad anvendt og slet ikke som et fast element.

De fem kommuner har arbejdet med de forskellige metoder og elementer og oplever at have ændret praksis. Alle fem kommuner er efter projektets afslutning fortsat med at anvende U18 som behandlingsmodel, hvilket bl.a. kan tilskrives en høj grad af stabilitet i de fem projekt kommuner.

De interne og eksterne betingelser, der særligt har udfordret i U18-kommunerne, har været medarbejderflow, som også kan være meget udfordrende i forhold til at sikre en effektiv implementering. At der stadig er oplevelsen af ét metodisk fællesskab, tilskriver projektkommunerne systematikken, som kan gøre det nemmere for nye medarbejdere at overtage i en projektperiode.

Ungesyn og systematik fremhæves i særlig grad på tværs af projektkommunerne. Fundamentets kerneelementer giver en oplevelse af en fælles referenceramme, hvor systematikken giver fokuserede ungeforløb samt en viden om, hvilke redskaber der kan inddrages hvornår. Systematikken fremhæves som positiv i forhold til kvalitetssikring og bliver derfor også styrkende for implementering af de enkelte elementer i modellen. Sagskonsultationerne har givet en systematisk gennemgang af konkrete sager samt en drøftelse af, hvilke elementer der skulle anvendes i de enkelte ungeforløb.

I det følgende beskrives de unge, der blev indskrevet i henholdsvis behandling og anonym rådgivning i henholdsvis U-turn- og U18-projektkommunerne.

Hvem er de unge

De unge fra U-turn-kommunerne var generelt ældre (alder 19,9 år) og mere belastede end de unge fra U18-kommunerne (alder 19,0 år). Der var flere kvinder indskrevet i U-turn-kommunerne (34,3 %) end i U18-kommunerne (27,5 %). Belastningen vurderes bl.a. ved hjælp af et risikoindeks, hvor de

unge opdeles i fire risikogrupper (R0, R1, R2 og R3¹). For konstruktionen af dette se afsnit 5.4 eller 5.5. For U-turn-kommunerne var det 36,5 %, der befandt sig i de to sværeste risikogrupper (R2 og R3), for U18-kommunerne 21,0 %.

Unge i anonym rådgivning: der findes data om alder, køn, primære og sekundære rusmiddel, uddannelse, boligforhold og indtægter for 336 unge i anonym rådgivning. Gennemsnitsalderen var 19,6, 30,7 % var kvinder. Det primære stof var cannabis (72,6 %) og det sekundære stof kokain (13,7 %). 33 % var ikke under uddannelse, 3 % var uden bolig og 16,4 % på uddannelseshjælp (se 4.3).

Effektevalueringen

Effektevalueringen havde i særlig grad fokus på a) ophør og reduktion i forbrug af stoffer, b) personlig trivsel, c) psykiatrisk diagnose, d) risikogrupper, e) illegale aktiviteter, f) uddannelse/beskæftigelse og g) støtte fra og konflikt med forældre.

I det følgende nævnes ikke alle disse områder. Der henvises til afsnit 5.4. og 5.5.

Effekten af U-turn-modellen som den praktiseres i de fem projektkommuner (se afsnit 5.4.3.)

Blandt U-turn kommunerne gennemførte 30,6% behandlingen som planlagt. Af de, der gennemførte behandlingen, var 54,2 % stoffri ni måneder efter indskrivning, mens 12,8 % af de, der afbrød behandlingen, var stoffri samme tid.

Samlet var 22,8 % af de indskrevne unge fra U-turn kommunerne unge stoffri ni måneder efter indskrivning. 31,6 % havde reduceret deres forbrug eller var stoffri ved ni måneder efter indskrivningsinterviewet. Dette er betydeligt under, hvad der er fundet i andre projekter (se del 6). For unge i de fire risikogrupper var 55,6 % stoffri fra R0 (de mindst belastede), 11,4 % for R1, 15,0 % for R2 og 11,1 % for R3 (de mest belastede). Andelen af stoffri for R0 og R3 svarer til det forventede (det samme er set i ni andre behandlingstilbud samlet). Det er især effekten hos unge fra R1 og R2, der er lav (igen sammenlignet med ni andre behandlingstilbud). Ikke mindst unge med selvrapporert psykiatrisk diagnose opnår lav effekt (8,6% stoffri ni måneders efter indskrivning, n=35). Samlet fik de, der gennemførte og var mindst belastede, en god effekt af behandlingen i U-turn kommunerne, mens effekten var under middel for de, der afbrød og var mest belastede.

Den personlige mistrivsel (ensomhed, depression, angst, selvmordstanker samlet) ændrede sig ikke

¹ Målt med tre variable: Stofbelastning på 12+, psykiatrisk diagnose og Svære Internaliserede/Eksternaliserende Problemer (SEIP).

mellem indskrivning og ni måneder efter. Der ses en signifikant reduktion i illegale aktiviteter mellem indskrivning og ni måneder efter.

185 unge i anonym rådgivning (se 5.4.2.) får i gennemsnit 2,5 samtaler (median 2). 32 % havde været stoffri i den sidste uge op til sidste samtale (målt med TEM = Trivsels- og Effekt-Monitorering). Deres trivsel (højeste score 10, danske unges gennemsnit 7,5) steg fra 5,2 ved første samtale (lav trivsel ved første samtale) til 5,7 ved sidste samtale.

Effekten af U18-modellen som den praktiseres i de fem projektkommuner (se afsnit 5.5.3.)

For U18 kommunerne var 55 % af de unge, der gennemførte behandlingen, stoffri ni måneder efter indskrivning, mens det var 40,6% af de, der afbrød behandlingen fra U18 kommunerne, som var stoffri samme tid.

Samlet var 47,1 % af de indskrevne unge fra U18 kommunerne stoffri ni måneder efter indskrivning. 56,5 % havde reduceret deres forbrug eller var stoffri ved ni måneders-interviewet. Dette tal er højere, end hvad der er fundet i de fleste andre behandlingstilbud (se del 6). For unge i de fremtalte fire risikogrupper var 65,0 % stoffri fra R0 (de mindst belastede), 43,8 % for R1 samt 30,8 % for R2, mens der var for få unge i R3 til, at det kunne måles. For unge med selvrapporert psykiatrisk diagnose er det 32,3% der er stoffri ni måneders efter indskrivning (n=31). Samlet fik de, der gennemførte og var mindst belastede, en god effekt af behandlingen i U18 kommunerne. Også de, der afbrød og var mest belastede, fik rigtig god effekt af behandlingen.

Den personlige mistrivsel (ensomhed, depression, angst, selvmordstanker samlet) blev reduceret signifikant mellem indskrivning og ni måneder efter. U18 anvendte også TEM til måling af de unges trivsel under behandlingsforløbet (de indskrevne). De unges trivsel steg her fra 6,1 ved første samtale til 7,0 ved sidste samtale (7,5 for danske unge generelt). Der blev fundet en ikke-signifikant reduktion i illegale aktiviteter mellem indskrivning og ni måneder efter.

De store forskelle i effekt og mulige begrundelser herfor diskuteres bl.a. i afsnit 5.4.3., 5.5.3. og del 6.

Fem hypoteser til forståelse af forskelle i effekter

Der opstilles fem hypoteser til forståelse af forskellene i effekter. De fem hypoteser fokuserer på følgende (udbydes i del 6):

- | | |
|------------|----------------------------------|
| Hypotese 1 | Forskelle i de unges belastning. |
| Hypotese 2 | Kommunernes størrelse. |

Hypotese 3	Forskelle i interne og eksterne betingelser.
Hypotese 4	Modellernes særlige fokus.
Hypotese 5	Implementeringsperiode versus evaluering.

Forskellige kombinationer kan bidrage til forståelsen af den store forskel i effekterne.

I del 6 sammenfattes flere af rapportens resultater og sammenholdes med tidligere danske undersøgelser. For alle sammenfatninger se afsnittene: 2.4., 3.1.8., 3.2.8., 5.4.3., 5.5.3. og del 6.

Del 1: Indledning

1.1. Baggrund, formål og opgave

I 2015 afsatte satspuljepartierne midler til at styrke behandlingsindsatsen over for unge i misbrug. Formålet med initiativet var at udbrede virksomme behandlingsmodeller, så flere unge med et misbrug fik et målrettet, helhedsorienteret og effektivt behandlingstilbud, som støttede dem i at reducere eller ophøre med deres forbrug af stoffer, styrke deres tilknytning til uddannelse og beskæftigelse og forbedre deres relationer til familie og netværk. Derudover har initiativet haft til formål at styrke det metodiske og systematiske arbejde i den kommunale misbrugsbehandling ¹.

I et forudgående projekt "Projekt Misbrugsbehandling til unge under 18 år" (2011-2014) blev behandlingsmodellerne U-turn København, U18 Aarhus og MST-SA (Multisystemic Treatment – Substance Abuse) udbredt til seks kommuner. Projektet blev evalueret af Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI)²

Den daværende evaluering viste at:

- Andelen af unge, der havde brugt rusmidler, reduceredes for alle tre behandlingsmodeller.
- Der skete en ændring for de unge, mens de modtog behandling både i forhold til skolefravær, vennekontakt samt psykisk velbefindende og kriminalitet.
- Unge i højere grad efter behandlingen begyndte at være sammen med venner, som ikke brugte rusmidler.
- Andelen af unge, der havde haft besvær med at forstå, koncentrere sig eller huske de sidste 30 dage, samlet set faldt.

På baggrund af disse resultater blev det vurderet, at de tre modeller, som alle havde vist lovende resultater, skulle udbredes i en række kommuner via en ansøgningspulje. Der var imidlertid ikke nogen kommuner, som søgte om at implementere MST-SA, og denne behandlingsmodel vil således ikke indgå i evalueringen eller blive beskrevet nærmere.

U-turn København og U18 Aarhus vil i det efterfølgende blive benævnt modelejerne og deres modeller benævnt som kildemodellerne. Enkeltdelen fra modellerne benævnes kerneelementer (f.eks. forældresamarbejde og anonym rådgivning).

Modelejerne U-turn København og U18 Aarhus har haft til opgave at udbrede/implementere kerneelementerne i deres respektive modeller i henholdsvis fem kommuner (U-Turn København) og fem

kommuner (U18 Aarhus). Formålet med selve evalueringen har været at bidrage til øget viden om virkningen af de udbredte behandlingsmodeller for den enkelte unges....

- reduktion eller ophør med brug af rusmidler
- deltagelse i skole/arbejde
- reduktion af eller ophør med kriminalitet
- relationer til venner/familie
- trivsel, herunder særligt psykisk trivsel.

Evalueringen af U-turn- og U18-kommunerne skal derudover omfatte:

- Analyse af implementeringen af modellerne
- Måling af resultaterne af deltagelse i behandlingsmodellerne for de unge
- Analyse af de enkelte delementers rolle i modellerne samt deres bidrag til de samlede resultater af modellerne
- Registrering af data om borgerforløb.

1.2. De to modeller

U-turn er en helhedsorienteret behandlingsmodel, som udgøres af en åben, anonym rådgivning, individuel behandling, længerevarende behandlingsforløb og gruppebehandling, foruden tilbud til forældre, andre pårørende og fagfolk. Formålet er at hjælpe unge med at stoppe eller reducere deres forbrug af rusmidler samt skabe muligheder for et mere stabilt skole- og arbejdsliv, et socialt netværk og fritidsaktiviteter. Målet er en generel normalisering af den unges liv, baseret på livsmuligheder, selvforsørgelse og et minimum af sociale problemer.

U18 er en behandlingsmodel, som udgøres af rådgivning, udredning og behandling foruden tilbud til forældre. Modellen har et helhedsorienteret fokus på den unges liv, såsom netværk, familie, skole og arbejde, hvor de unges generelle livsvilkår styrkes. Formålet er, at de unges trivsel og udvikling styrkes, og som en del af det reducerer eller stopper deres forbrug af rusmidler. Målet er, at de unge ser egne handlemuligheder, udviklingspotentiale og har gode livsbetingelser, herunder en styrket relation til de unges primære netværk (typisk forældrene).

De to kildemodeller beskrives detaljeret i afsnittene *U-turns* og *U18's kildemodell* i Del 2.

1.3. Projektets forløb

Projektforløbet var fra starten opdelt i to runder, hvor første runde startede medio 2016 og anden runde medio 2017. I første runde havde Socialstyrelsen allerede ved tidspunktet for udbud af evalueringsopgaven tilsagn fra fem kommuner, som ønskede at implementere to af modellerne. To kommuner ønskede at implementere U18-modellen, mens tre kommuner ønskede at implementere U-turn. De fem kommuner startede med at indskrive borgere i projektet fra starten af 2017. I anden runde startede kommunerne medio 2017 og skulle starte med at have borgere indskrevet fra januar 2018. To kommuner ansøgte om at implementere U-turn, mens tre kommuner ansøgte om at implementere U18. I stedet for de intenderede ni kommuner blev det således i alt ti kommuner, som deltog i herværende projekt, som i det følgende benævnes "Udbredelsesprojektet". To kommuner har samarbejdet og deltaget som én projektkommune, hvor de har delt alt og deltaget i alting sammen; mens den daglige praksis har været hver for sig i deres lokale behandlingsinstitutioner.

Projektets forløb med de to runder af forskellige kommuner og opstart af borgerforløb i de to behandlingsmodeller kan illustreres som vist nedenfor:

2016		2017				2018				2019			
3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
Start for Runde 1		Runde 1 kommuner starter indtag i januar 2017											
		Start for Runde 2		Runde 2 kommuner starter indtag i januar 2018									
		Opfølgning ved CRF tre og ni måneder efter indskrivning indtil 31/10 2019										Rapport/analyse	

Figur 1. Projektets model for indtag og opfølgning

De to runder i projektperioden samt dataindsamling i begge forløb er foregået sideløbende med implementering og undervisning i modellerne. Dette betyder, at implementeringen af indsatsen evalueres, mens den pågår. Dette har været rammen for initiativet via den politiske aftale, der ligger bag. Modelejerne af U-turn og U18 har forestået undervisning, supervision og implementering i hele projektperioden. Data fra unge indskrevet i henholdsvis U18 Aarhus og U-turn København (kildemodellerne) indgår ikke i dataindsamlingen til denne evaluering.

1.4. Målgruppen

Projektet rettede sig mod unge med et behandlingskrævende forbrug af stoffer. Aldersmæssigt adskiller målgrupperne i U-turn og U18 sig som udgangspunkt. U-turn-behandlingsmodellen tilbydes unge under 25 år, mens U18 primært tilbydes unge mellem 14 og 17 år, hvilket kan udvides til 25 år, hvis et behandlingssted ønsker det.

Da projektet startede, blev det i praksis således, at fire kommuner (én U-turn, tre U18-kommuner) alene deltog med unge under 18 år, mens seks kommuner (fire U-turn, to U18) deltog med unge fra 15-25 år. For en nærmere beskrivelse af, hvilke unge der indgår i undersøgelsen, se afsnittet *Hvem er de unge* i Del 4: Hvem er de unge.

1.5. Læsevejledning

Rapporten er opbygget således, at **Del 2: Evalueringsdesign og -metode** præsenterer den teoretiske model for evalueringen med afsæt i Fixsens implementeringsforskning. Her sættes U-turn- og U18-behandlingsmodellerne i forhold til og beskrives nærmere i forhold til fundament, metoder samt strukturelle elementer. Del 2 i rapporten beskriver desuden datagrundlaget for de to analysedele, og hvilke sammenhænge de enkelte datakilder inddrages i.

Implementeringsevalueringen præsenteres i **Del 3: Implementeringsevaluering. Forankring af modellerne**. Denne del skal bidrage til viden om forholdene vedrørende implementering af modellerne i kommunerne og undersøge, hvordan medarbejdere i de 10 udvalgte kommuner anvender og implementerer modellerne U-turn og U18 og deres delelementer. Implementeringsanalysen har til hensigt at undersøge, hvorledes og i hvilken grad implementeringen af modellerne sker, den såkaldte implementeringsfidelitet. Analysen vil have fokus på, hvilke styrker og barrierer der kan være på spil for kommunerne, når de skal implementere nye behandlingsmodeller.

Del 4: Hvem er de unge beskriver de unge, som deltager i denne undersøgelse, og hvordan de er inkluderet i undersøgelsen. Afsnittet sammenligner de unge fra henholdsvis U-turn-kommunerne og U18-kommunerne, og i denne sammenhæng hvilke unge der modtog anonym rådgivning, samt hvilke unge der blev indskrevet i behandling. De unges udfordringer beskrives i denne sammenhæng nærmere i form af psykiatriske diagnoser, stofbelastning samt internaliserende og eksternaliserende problemer.

I **Del 5: Effekten af behandlingen** præsenteres resultaterne og virkningen af de to udbredte behandlingsmodeller, som dette kommer til udtryk i to x fem kommuner, som henholdsvis har implementeret U18- og U-turn-kildemodellerne. Det skal fremhæves, at det ikke er U18 Aarhus og U-turn København (kildemodellerne) som evalueres, men implementeringen af disse modeller i to x fem kommuner. Denne del af rapporten undersøger, hvordan de unges situation tegner sig ved starten af forløbet og tre og ni måneder efter indskrivning.

I den sidste **Del 6: Sammenfatning af rapporten resultater** opsamles de væsentligste resultater fra implementerings- og effektanalysen. Her opstilles der bl.a. 5 hypoteser til forståelse af forskellene i effekt-resultaterne og desuden sammenholdes her effekterne af behandlingsmodellerne i Udbredelsesprojektet med andre tilsvarende danske behandlingsundersøgelser.

Det er et væsentligt vilkår i forhold til læsning af implementerings- og effektevalueringen, at uddannelse og opkvalificering af medarbejdere i de medvirkende kommuner er foregået sideløbende med, at der er indsamlet data til evalueringen. Der måles således på en periode, hvor interventionsaktiviteterne løbende læres og introduceres i den lokale praksis og ikke en periode, hvor alle aktiviteter er lige meget på spil i alle kommuner fra målingens påbegyndelse.

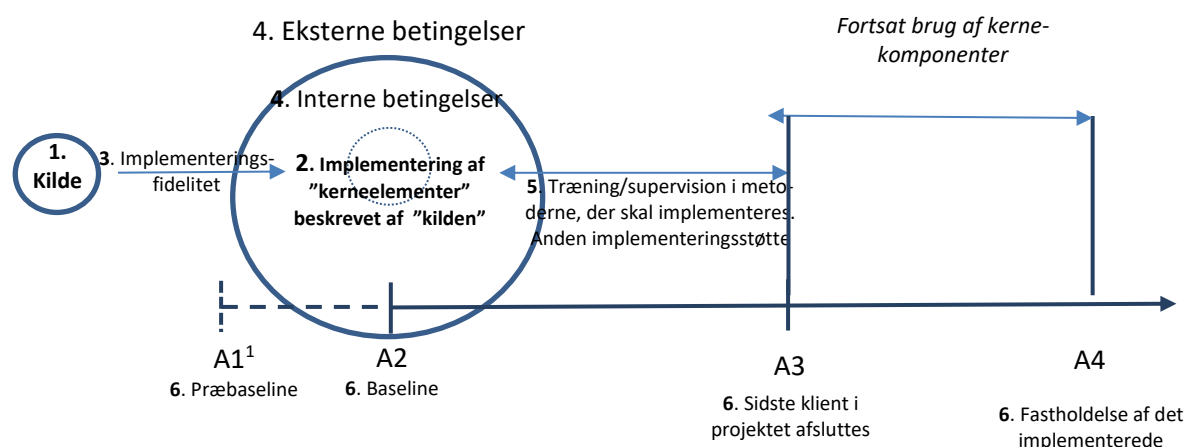
Del 2. Evalueringsdesign og -metode

I dette afsnit beskrives evalueringsdesignet, -metode og datagrundlag som afsæt for implementerings- og effektevalueringen. Først skitseres den teoretiske model for implementering, dernæst beskrives de to kildemodeller og sidst udfoldes de dataindsamlingsredskaber, der blev anvendt i projektperioden til henholdsvis implementeringsevalueringen og effektevalueringen. Afslutningsvist præsenteres en analyseplan for evalueringen.

2.1. Model for implementering

Forståelsesgrundlaget for denne rapport er hentet fra Fixsen et al., 2005, Damschroder et al., 2009 og 2011, og Base & Fixsen, 2013³⁻⁶. Hos Fixsen har vi først en kilde (i det følgende benævnt kildemodellen), som skal implementeres (yderst til venstre i nedenstående figur). De to kildemodeller, der skal implementeres, er U-turn og U18.

Fixsen et al., 2005, skelner mellem interventionsaktiviteter på den ene side (den faktiske brug af kildemodellerne U-turn og U18) og implementeringsaktiviteter (uddannelse/træning af behandlerne, behandlingsledernes aktive medvirken i implementeringen, det politiske mandat m.m.). Implementeringsanalysen tager udgangspunkt i nedenstående model, som uddybes i det følgende.



¹ A1,2,3 og 4 = Målinger 1,2,3 og 4.

Figur 2. Implementeringsmodel

Figur 2 viser en kilde (1) – f.eks U-turn-kildemodellen – hvorfra der implementeres nogle veldefinerede kerneelementer (2) – f.eks anonym rådgivning – med en vis grad af fidelitet/loyalitet over for

kildemodellen (3). Implementeringens succes er i høj grad afhængig af de interne og eksterne betingelser (4) i den enkelte kommune (ressourcer, fysiske rammer mm), samt af den træning/supervision (5) de får i at implementere kerneelementerne. A1, A2, A3 og A4 henviser til tidspunkt for målinger. Nedenfor uddybes elementerne i implementeringsmodellen:

1. Kilde

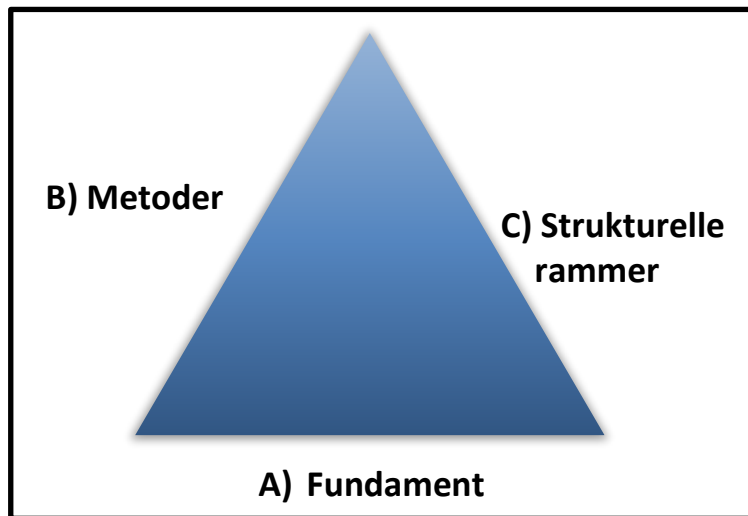
Med kilde refereres til den originale kilde, altså programmet eller metoden, som skal implementeres. Kilden kan defineres som "... *Det "bedste eksempel", ofte sammensat af den oprindelige praksis eller program, der blev udviklet og evalueret, og de bedste funktioner fra forsøg på implementering af denne praksis eller program*"⁷. I dette projekt var kilden afgrænset til at være de to modeller U-turn og U18. Det var modelejerne (U18 Aarhus og U-turn København), som selv formidlede indholdet af den praksis, der skulle udbredes. Siden SFI-evalueringen af de tre behandlingsindsatser² kan det tænkes, at modelejerne har gjort sig nye erfaringer og måske endda på nogle områder har omdefineret deres indsatser. I herværende evaluering er det implementeringen af U18 Aarhus og U-turn København modellerne, som disse defineres i dag, der undersøges.

OBS! Vi vil i det følgende benævne U18 Aarhus og U-turn København modellerne som kildemodellerne, og U18 Aarhus og U-turn København som modelejere.

2. Kerneelementer

Det er ifølge Fixsen ikke muligt at implementere en fuldstændig kildemodell i en ny kontekst, fordi der altid vil være forskellige forhold og betingelser, som gør sig gældende; men det er derimod muligt at implementere klart definerede kerneelementer fra kildemodellen^{8,9}. Med kerneelementer menes de væsentligste funktioner, principper, tilhørende elementer og interventionsaktiviteter fra programmet, der skønnes nødvendigt for at producere de ønskede resultater^{5,7}.

Kerneelementerne kan illustreres i en trekant (se figur 3), hvor siderne repræsenterer a) Fundament/værdier, b) Metoder og c) Strukturelle rammer. Kildemodellen afdækker, hvilke aktiviteter der er kerneelementer, og hvordan de fordeler sig i de tre niveauer. Efter figuren uddybes, hvad de tre sider repræsenterer:



Figur 3. Kerneelementerne

- A) *Fundament*: Dette niveau beskriver kildemodellens fundament og de værdier, der ligger til grund for den praksis, der implementeres, og som bør afspejles i alle aktiviteter og kerneelementer. Det kan eksempelvis være tilgangen til den unge, hvor begge kildemodeller i dette projekt arbejder med et ungesyn. Der kan også tales om principper og grundlæggende forandrings-teori, som eksempelvis at kildemodellen U18 bygger på en udviklingsorienteret tilgang med afsæt i den unges kognitive og følelsesmæssige niveau.
- B) *Metoder*: Dette er den specifikke interventionspraksis og de metoder, der beskriver indholdet af aktiviteterne, eksempelvis samtalemeter som den motiverende samtale, socialpædagogiske indsatser, kognitiv adfærdsterapi og narrativ praksis. Det kan også være specifikke værktøjer, der anvendes i praksis, eksempelvis netværksanalyse og behandlingsplanlægning. Her er der ikke blot tale om en samtale, men om hvad der former indholdet af den bestemte samtale eller mødet med den unge.
- C) *Strukturelle rammer*: Strukturelle rammer kan være kontekstuelle faktorer, såsom hvor interventionen foregår, hvem deltager i interventionen, og det kan også være konkrete aktiviteter. Der kan være tale om en anonym rådgivningssamtale, en udredning, en gruppesession, en forældresamtale, udarbejdelse af en kontrakt, en konkret belønning eller lignende. Disse kan ses som overskrifter på aktiviteter/produktioner, hvor kildemodellen formidler og beskriver indholdet af selve aktiviteten.

De tre niveauer af kerneelementer skitseret i trekanten vil danne baggrunden for beskrivelsen af kildemodellerne samt strukturere analysen i implementeringsevalueringen. I implementeringsevalueringen undersøges, hvordan projektkommunerne har arbejdet med kerneelementerne i projektperioden, som skal belyses ved hjælp af begrebet "*implementeringsfidelitet*".

3. *Implementeringsfidelitet*

Med fidelitet menes der, i hvilken grad kerneelementerne er implementeret i overensstemmelse med kildernes intentioner. Det kan være, om den individuelle samtale baseres på de metoder, der er angivet af kildemodellen, eller om elementerne i de strukturelle rammer anvendes som i kildemodellen.

4. *Eksterne og interne betingelser*

Nogle kommuner vil givetvis være bedre til at implementere kerneelementerne end andre. Hvorvidt de er effektive i implementeringen af kerneelementerne (fidelitetsmålingen) sammenholdes med de betingelser, som implementeringsorganisationerne lever under. Formålet med dette er at undersøge, hvilke betingelser der i særlig grad kan virke som en styrke eller som en barriere for implementering af nye virksomme metoder.

Med afsæt i Damschroder et al., 2009, skelnes mellem *interne betingelser* (såsom behandlingsinstitutionens størrelse, ressourcer, beliggenhed, behandlerflow, behandlernes uddannelse/erfaring/træning, ledelse, værdier/normer m.m.) og *eksterne betingelser* (såsom kommunale politikker, organisatorisk placering, hvilke og hvor mange klienter fra målgruppen deltager i deres behandlingstilbud, deres samarbejde med andre hjælpeorganisationer (f.eks. psykiatri og uddannelsessystemet), hvilket pres der er på organisationen for at implementere de givne metoder fra politisk side eller fra andre organisationer/interessegrupper).

5. *Træning/supervision i metoderne*

Uddannelse og træning i kildemodellernes kerneelementer er afgørende for en succesfuld implementering. Uddannelse og træning i modellerne forestås af modelejerne, og det er her implementeringsaktiviteterne formidles.

2.2. De to kildemodeller

Selve kerneelementerne defineres ud fra, hvilken kildemodell der er tale om, og om de er vigtige i selve implementeringen for at være tro over for kildemodellens praksis. I starten af projektperioden blev kerneelementerne defineret i samarbejde mellem evaluators og de respektive modejere. Kerneelementerne var vigtige at få klart defineret i starten af projektperioden, således at evaluator fik indsamlet de rigtige data for at kunne undersøge om kildemodellerne blev implementeret og i hvilken grad. Trekanten (figur 3) danner afsættet for beskrivelsen af kerneelementerne i de to kildemodeller. Nedenfor beskrives først U-turn Københavns kildemodell med afsæt i trekanten, dernæst beskrives U18 Aarhus' kildemodell.

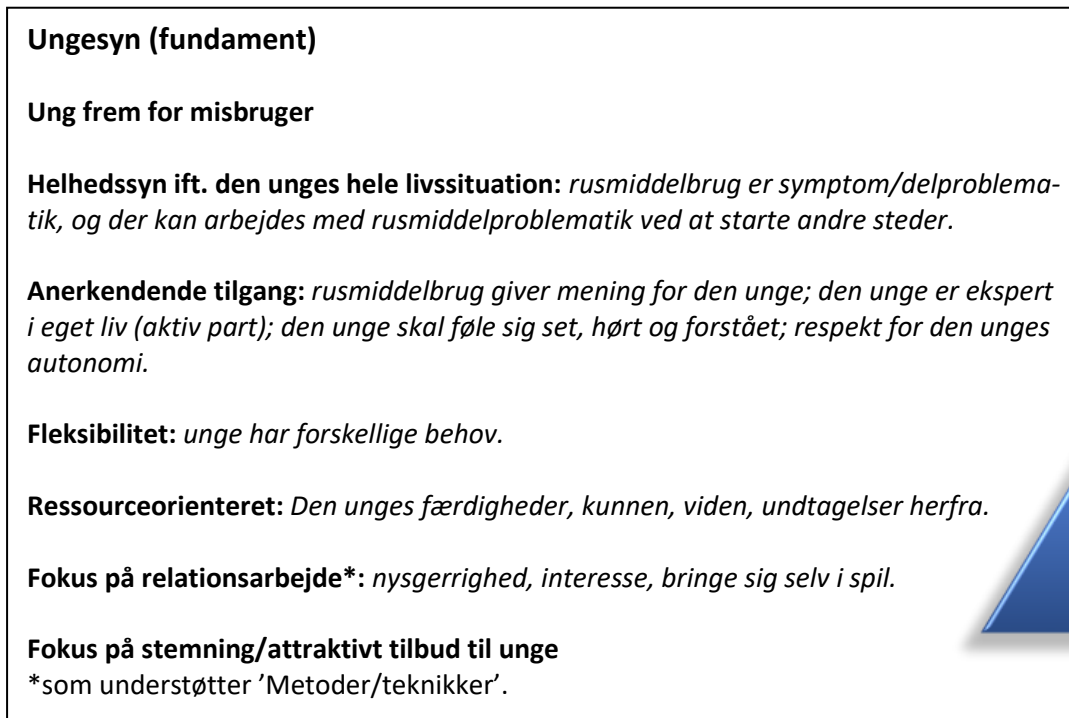
2.2.1. U-turns kildemodell og implementeringsstrategi

Her præsenteres U-turn Københavns kildemodell med udgangspunkt i de kerneelementer, som er defineret og konkretiseret i projektperioden. Beskrivelsen af kerneelementerne er ikke udtryk for den fulde kildemodell. Som nævnt tidligere kan en kildemodell ikke implementeres fuldt ud nogetsteds. Men det er muligt at implementere væsentlige kerneelementer. At implementere mange væsentlige, komplekse, ressourcekrævende og for organisationen helt nye kerneelementer kan dog medføre et stort ressourcemæssigt pres på en organisation.

Nedenfor er vist de væsentligste af kildemodellens elementer, hvilket også er de elementer, som er centrale i forhold til dataindsamling og evaluering. Beskrivelsen af kerneelementerne vil blive opdelt i a) Fundament, b) Metoder og c) Strukturelle rammer (jf. trekant, figur 3).

A. *Fundament*

Et væsentligt kerneelement i U-turn-modellen er ungesynet og måden, hvorpå de unge mødes. Ungesynet er fundamentet for behandlingsarbejdet og indebærer en nysgerrighed og en åbenhed i forhold til den enkelte unges liv og netværk samt en fleksibilitet, der gør det muligt at tilpasse forløb og samtaler til den unges behov.

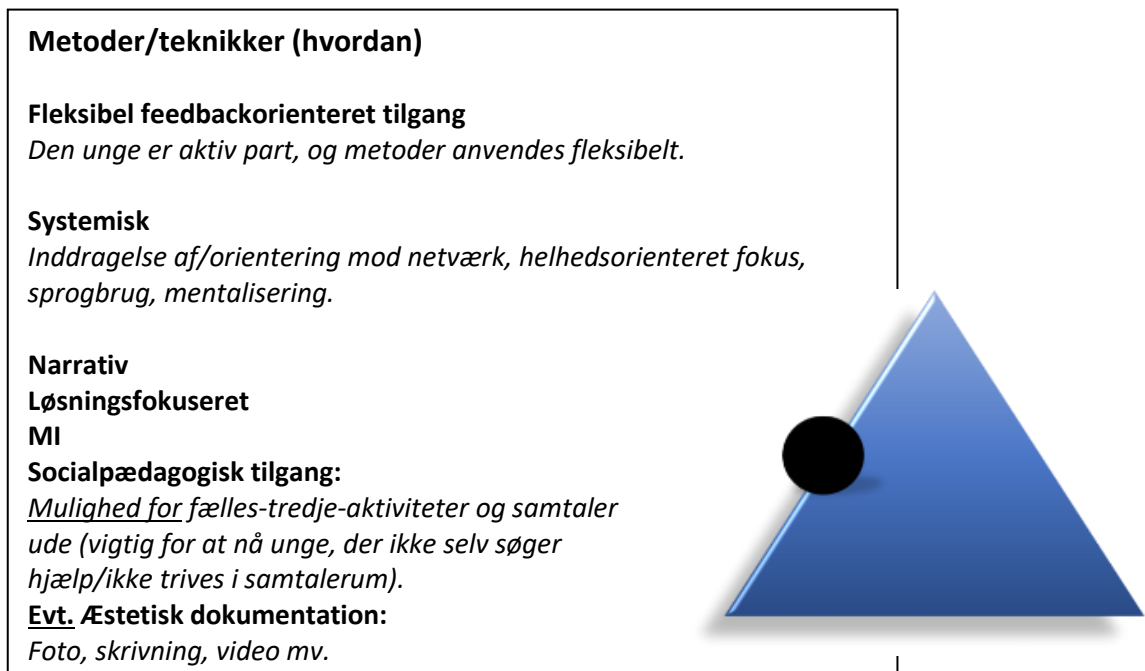


Figur 4. Kildemodellen U-turns beskrivelse af fundament

Ungesynet skal som fundament afspejles i alt arbejde med den unge, herunder også arbejdet omkring den unge med eksempelvis samarbejdspartnere og på netværksmøder. Det skal også afspejles i de fysiske rammer, hvor der bør være et fokus på at skabe en hyggelig og imødekommende stemning. Stedet bør have en central beliggenhed, som de unge forbinder med noget positivt, og det skal være et attraktivt tilbud. Det attraktive tilbud skal også ses i relation til variationen i mulige aktiviteter, og at der er forskellige tilbud til de unge (se strukturelle rammer). Nedenfor ses U-turns beskrivelse af deres fundament, hvor netop ungesyn og helhedssyn står øverst. Det er vigtigt at arbejde med andre aspekter i den unges liv og ikke blot rusmiddelproblematikken. Dette gælder også i forhold til at bringe den unges færdigheder i spil; enten i samtalerummet eller direkte som aktiviteter med den unge.

B. Metoder

I figur 5 nedenfor ses en liste af de metoder, som anvendes i kildemodellen U-turn. I kildemodellen arbejdes med mange forskellige behandlingsmetoder, og det væsentlige i denne sammenhæng er, at behandlerne tilpasser arbejdet med den enkelte unge i overensstemmelse med ungesyn og tilgang. Det forventes, at man anvender de nedenfor nævnte metoder, men det skal anvendes, så "de unge mødes af mennesker og ikke af en metode".



Figur 5. U-turns metoder

C. Strukturelle rammer

Her findes kildemodellens strukturelle rammer, se figur nedenfor. Det er de primære aktiviteter, som kommunerne registrerer, når de har aktiviteter med de unge (se bilag 1 og 2). Modelejerne understreger, at det skal være muligt at tilbyde de unge aktiviteter som en del af behandlingen, samtaler uden for behandlingsrummet, således det ikke udelukkende bliver samtaler i et behandlingsrum:

"hvis et behandlingstilbud ikke selv har faciliteter til at tilbyde forskellige aktiviteter, kan det have forskellige former og eksempelvis blot være muligheden for en samtale uden for samtalerummet (f.eks motiverende samtaler på skolen eller en café) og muligheden for at gå en tur eller et spil bordtennis og backgammon, mens der tales om skole, rusmidler og andre aktuelle problemstillinger" (modelejernes definition af kerneelementer).

Strukturelle rammer

Fleksibelt tilbud med mulighed for:

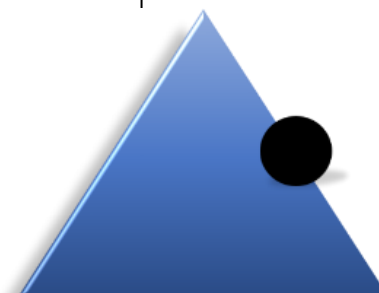
- Anonym rådgivning (let tilgængelig, hurtig behandling, mindste indgriben)
- Individuel behandling
- Rådgivning af/inddragelse af familie og netværk
- Rådgivning af/samarbejde med professionelle (skole mm.)
- Ad hoc-forældregruppe-forløb*
- Ad hoc-gruppebehandling/fællesaktiviteter for unge*

*Når der er unge/forældre nok

Konsulentfunktion

Fokus på dokumentation (jf. ungesyn/tilgang)

Min. tre medarbejdere



Figur 6. U-turn-kildemodellens strukturelle rammer

Det vigtigste er at have et fleksibelt tilbud med mulighed for at tilbyde forskellige aktiviteter. Ligeledes kan konteksten variere, som det nævnes ovenfor. Dette belyses i dataindsamlingen ved at spørge ind til konteksten for den enkelte aktivitet. Flexibiliteten er også vigtigt i forhold til, at den konkrete pakke af tilbud tilpasses den enkelte kommunes størrelse og muligheder. Et eksempel er, at forældregrupper og gruppebehandling/fællesaktiviteter kan holdes ad hoc, fordi det også kræver en vis volumen for at kunne samle unge eller forældre i en gruppe.

Slutteligt skal konsulentfunktionen nævnes som et element i U-turn-kildemodellen (se figur 7: implementeringstrappe). Denne funktion kommer i spil, når formålet er at klæde professionelle omkring den unge på, så de kan tage de første indledende og motiverende samtaler med de unge om rusmidler. Derudover bruges konsulentopgaverne også med det formål at lave opsøgende arbejde i forhold til unge, som ikke selv opsøger misbrugsbehandling.

U-turn København (modelejerne) fremhæver vigtigheden af at anvende dokumentation til at se nærmere på egen praksis, hvordan de strukturelle rammer anvendes og effekten heraf. Dette arbejde skal være i tråd med medarbejdernes ungesyn og fundamentet for indsatserne.

Implementeringsstrategi

Uddannelse og træning i kildemodellernes kerneelementer er afgørende for en succesfuld implementering, idet det er her implementeringsaktiviteterne formidles. I løbet af undervisningen har underviserne selv evalueret og tilpasset undervisningen. Evaluators har deltaget i undervisningen, men ikke deltaget i arbejdet med tilrettelæggelse, evaluering og tilpasning. U-turn-modelejerne planlagde og gennemførte undervisningen af behandlerne i projektkommunerne med fokus på modellen, ungesynet og kerneelementer.

Undervisningen i U-turn (16 dage i hvert forløb) foregik i løbet af projektperioden sideløbende med implementering og måling. Modelejerne af U-turn tilrettelagde undervisningen efter implementeringstrappen (se figuren nedenfor) og startede nedefra med at undervise i Åben anonym rådgivning og arbejdede sig op ad trappen. Der blev undervist i elementer som forældre-pårørendearbejde, tidlig opsporing, stofudvikling samt behandling gennem sport og aktivitet.



Figur 7. U-turns implementeringstrappe

U-turn-modelejerne underviste desuden i metodiske tilgange og specifikke metodiske redskaber, som behandlerne har kunnet trække på i arbejdet med de unge. Der er her udviklet en række guidelines og powerpoint præsentationer, som har udgjort en del af den systematiske undervisning og træning af behandlerne.

Ud over undervisning tilbød modelejerne løbende praktik til behandlerne, afholdt supervision (otte per kommune) og fire gange ledelsessupervision med fokus på implementering og anvendelse i de

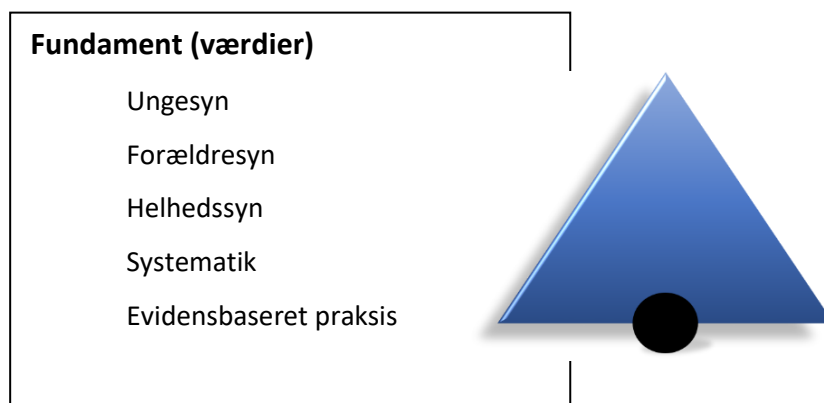
nye U-turn-tilbud. Adskillelsen i de to forløb skitseret i figur 1 har gjort det muligt at justere i undervisning og plan til kommunerne i forløb 2.

2.2.2. U18's kildemodell og implementeringsstrategi

I det følgende præsenteres kildemodellen U18 Aarhus med udgangspunkt i de kerneelementer, som er konkretiseret i projektperioden. Igen er beskrivelsen af kerneelementerne ikke et udtryk for den fulde kildemodell. Som nævnt tidligere kan en kildemodell ikke implementeres fuldt ud nogetsteds. Men det er muligt at implementere væsentlige kerneelementer. Kerneelementerne vil i det følgende igen blive opdelt i a) Fundament, b) Metoder og c) Strukturelle rammer (jf. figur 3).

A. Fundament

Nedenfor ses figuren, der illustrerer U18's værdier og fundamentet for modellen. U18 kildemodellen bygger på en udviklingsorienteret tilgang, som tager afsæt i den unges kognitive og følelsesmæssige niveau. Da unge betragtes som værende i en udvikling i forhold til deres kognition, følelser, sociale liv og fysikken, lægger tilgangen mere vægt på en kompetenceudvikling i behandlingsarbejdet end egentlig rehabilitering¹⁰. De unge skal træffe mange valg og gennemskue konsekvenserne heraf, ligesom de skal kunne omstille sig, begå sig i forskellige sociale sammenhænge og udvikle de rette kompetencer for at komme videre i livet¹¹.



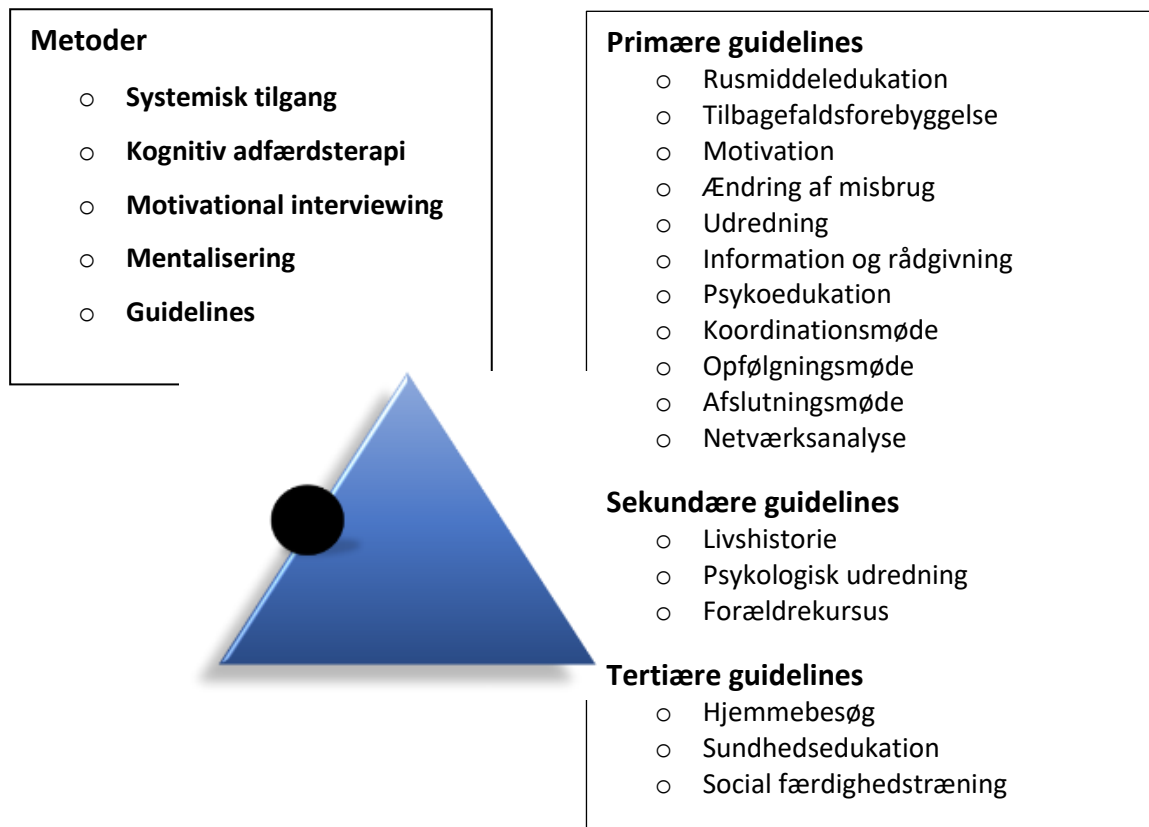
Figur 8. Kildemodellen U18's beskrivelse af fundament

Ungesynet omhandler, at den unge mødes med nysgerrighed og et helhedssyn. Behandleren bliver en koordinerende ankerperson, der samarbejder med og omkring den unge, eksempelvis med samarbejdspartnere, forældre og øvrigt netværk. I nogle tilfælde vil det være relevant i højere grad at fokusere behandlingsarbejdet på netværket omkring den unge end at have individuelle samtaler

med den unge. Det afhænger af den unges ønsker og behov. I U18-modellen lægges vægt på at af-dække og inddrage relevante temaer i den unges liv, og der er ikke fokus på rusmidlerne alene. Rus-middelbrug er kun ét område ud af mange, som de unge kan være udfordrede i forhold til. Der kan være problemer med skole, forældre, myndigheder og andre. På grund af de forskellige problemer, som kan knytte sig til forbruget af rusmidler, er det vigtigt med et helhedssyn. Behandlerne skal først og fremmest se de unge som unge og hjælpe dem med at holde fokus på det, som den unge oplever behov for. De forskellige problemer skal behandles og løses som en del af den unges samlede udfordringer¹¹. Desuden fremgår det, at der skal arbejdes systematisk og efter evidensbaseret praksis. Hertil opstilles i kildemodellen metoder og guidelines (se næste afsnit), som angiver, hvordan be-handleren arbejder systematisk, evidensbaseret og helhedsorienteret i forskellige situationer.

B. Metoder

Nedenfor ses U18-kildemodellens metoder og værktøjer (kaldet guidelines i U18-kildemodellen). Guidelines er inddelt i primære, sekundære og tertiære efter, hvor vigtige de er at implementere. De primære guidelines bør altid anvendes i et forløb, mens de sekundære og tertiære er tilstede i et for-løb, hvis det giver mening og kan eventuelt ellers løses i et andet regi med samarbejdspartnere. For at arbejde med modellens kernelementer skal såvel samtalemeter som guidelines anvendes, og som vi så det ovenfor, stiller kildemodellen også krav til en vis systematik for at sikre helhedssynet. For en beskrivelse af de specifikke metoder og guidelines henvises til materiale udarbejdet af U18-modelejerne ^{10,11}.

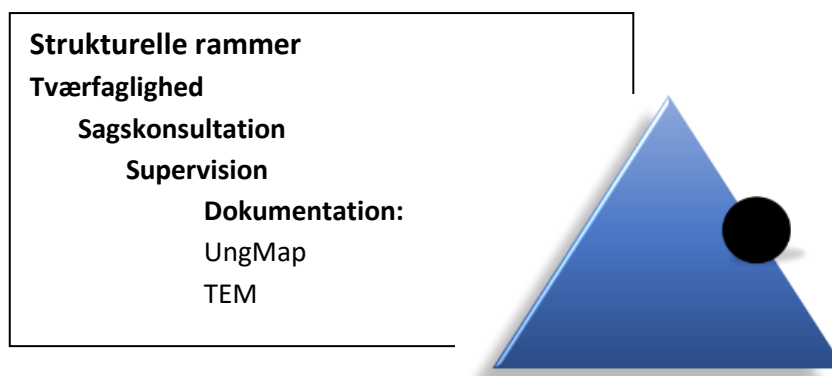


Figur 9. U18 Metoder og guidelines

Der er også en guideline for gruppeforløb, men denne kan oprettes ad hoc og er ikke en obligatorisk del af U18, derfor analyseres gruppeforløb ikke nærmere i implementeringsanalysen. Dette element kan også handle om at ansøre den unge til at deltage i gruppebaserede aktiviteter i andre af kommunens tilbud.

C. Strukturelle rammer

I nedenstående figur ses U18 kildemodellens strukturelle rammer. Til forskel for U-turns kildemodell er der i kildemodellen U18 ikke samme fokus på forskellige kontekster såsom bygningens placering, lokalernes udseende og muligheder for andre aktiviteter. Strukturelle rammer bliver fortolket anderledes af U18 modelejerne sammenlignet med U-turn-modelejerne. Således er aktiviteterne fortolket mere som en del af behandlingsmetoden og som en understøttende struktur for behandlingen, og i mindre grad som en del af de strukturelle rammer, som er understøttende aktiviteter. I U18-kildemodellen foregår mødet mellem den unge og behandleren hovedsagligt i samtalerum.



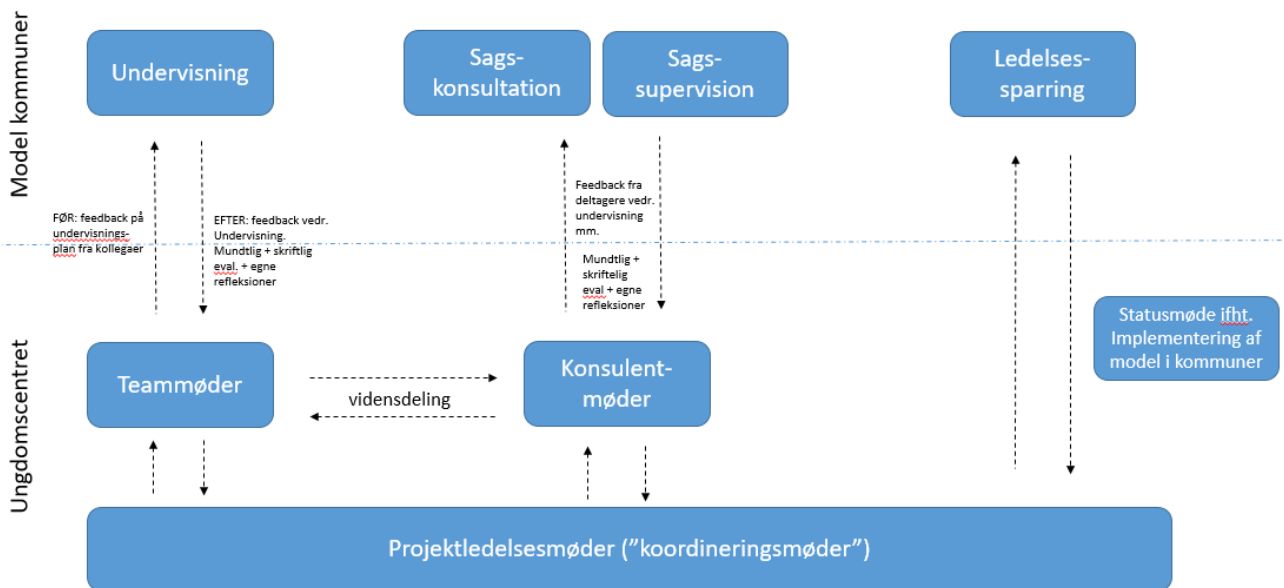
Figur 10. U18 Strukturelle rammer

En del af U18 kildemodellens strukturelle rammer er sagskonsultation og supervision, som er to kernelementer i U18, der er med til at sikre, at de enkelte behandlere arbejder systematisk og evidensbaseret. Desuden var sagskonsultation og supervision en del af projektets ramme, hvor modelejerne superviserede og understøttede projektkommunerne i deres implementering af kildemodellen og kerneelementerne. Antallet af forskellige strukturelle rammer er dog forholdsvis begrænset i U18 modellen.

En del af kildemodellens strukturelle rammer er også dokumentation, herunder brug af redskaberne UngMap og TEM, som også anvendes i evalueringen.

Implementeringsstrategi U18

Modelejerne har fra starten af projektet haft en implementeringsstrategi, som både bestod af undervisningsforløb, supervision, konsulentbistand og løbende kontakt med projektkommunerne. Nedenstående figur viser de forskellige elementer i U18 modelejernes implementeringsstrategi:



Figur 11: U18's implementeringsstrategi

2.3. Dataindsamling til implementeringsevalueringen og effektevalueringen

Selve evalueringen er opdelt i en implementeringsevaluering og en effektevaluering. Nedenfor skitseres først de dataindsamlingsredskaber, der 1) anvendes til at afdække kommunernes brug af kerneelementerne samt kommunernes interne og eksterne betingelser til *implementeringsevalueringen* og dernæst de redskaber, der 2) anvendes til *effektevalueringen* til at indsamle informationer om de unge, der indgår i evalueringen.

2.3.1. Data til implementeringsevalueringen

De enkelte måleredskaber i tabellen nedenfor indsamler data specifikt til implementeringsevalueringen. Ved at anvende forskellige datakilder er det muligt at belyse implementeringen af kildemodellerne fra forskellige aspekter. Således giver både logbogsregistreringer og de kvalitative lederinterviews indblik i implementeringen af kerneelementerne og herunder de strukturelle rammer. Optagelserne af behandlingssamtaler giver indblik i behandlernes anvendelse af de forskellige samtalemetoder og ungesynet. Og slutteligt giver behandlersurvey og lederinterviews indblik i eksterne og interne betingelser for implementeringen af kildemodellen. Indholdet i hvert enkelt redskab uddybes yderligere efter tabellen.

Tabel 1. Datagrundlag til implementeringsevalueringen

Måleredskab: hvornår/hvem	Kerneelementer og betingelser	Målgruppe	Indhold
Logbog (alle aktiviteter løbende) Behandlerne	Strukturelle rammer	Alle aktiviteter med/omkring de unge + f.eks konsu- lentfunktion	Se bilag 1 og 2: Monitorering af de forskellige typer af aktiviteter samt gennemførte og afly- ste samtaler i et behandlingsforløb. Antal samtaler og varighed.
Behandlersurvey (før projektstart og efter projektets afslutning) CRF	Interne betin- gelseser	Alle behandlere	Se bilag 3 og 4: Oplysninger om uddannelse, erfaring og engagement samt en opfølgende undersøgelse i slutningen af projektperioden omkring erfaringer med og oplevelse af mo- dellerne.
Kvalitative interviews (før projektstart og efter projektets afslutning) CRF	Kerneelemen- ter. Interne og eks- terne betingel- ser	Ledere/projektle- dere	Se bilag 5 og 6: Før projektstart om tilbuddets interne og eksterne betingelse samt forvent- ninger til projektet. I slutningen af projektet om, hvordan behand- lingen er implementeret og organiseret og in- terne/eksterne betingelser for implemente- ring og effekt.
Optagelser af behandlings- samtaler (udvælgelse af en-to samta- ler) Behandlerne	Anvendte samtalemeto- der	Alle behandlere i UU-turn og U18 kommuner	Kodeguiden, som giver indblik i behandlernes brug af samtaleelementer.

Logbog

Logbogen (anvendes også til dataindsamling i effektevalueringen) er et elektronisk spørgeskema i SurveyXact, som behandlerne har udfyldt efter hver aktivitet med en registrering af blandt andet følgende oplysninger (se bilag 1 og 2):

- typen af aktivitet
- status (gennemførelse, udeblivelse eller aflysning mv.)
- dato
- hvem aktiviteten knytter sig til
- kontekst for aktivitet
- hvem er til stede

Det er en registrering af alle aktiviteter, hvor det også blev registreret, hvis en aktivitet var aflyst, eller hvor den unge udeblev. De indskrevne unge skulle ligeledes udskrives via logbogen med udskrivningsdato og -årsag.

Der blev udarbejdet to logbøger, da de to kildemodeller har forskellige kerneelementer (se bilag 1 og 2). Logbogen er blevet tilpasset i samarbejde med modelejerne. Dette er beskrevet nærmere i afsnittene; "U-turns kildemodel" og "U18's kildemodel". Registreringerne i logbogen skal bruges til at vise,

hvordan projektkommunerne har arbejdet med kerneelementernes strukturelle rammer i implementeringsevalueringen.

Spørgeskema

Alle deltagende behandlere blev inviteret til at svare på et spørgeskema før projektstart, som afdækker deres baggrund før den uddannelse og træning, som de modtog i projektperioden, køn, alder, arbejdstid, anvendelse af metoder og brug af forskellige strukturelle elementer.

Efter projektafslutning fik behandlerne et spørgeskema, hvor formålet var at afdække, hvordan projektet og kildemodellen havde påvirket praksis. Her blev behandlerne spurgt til, hvor ofte de anvendte elementerne i slutningen af projektet, om de var anvendelige, samt om modellens overordnede betydning.

Tabel 2: Antal behandlere, som besvarede de to surveys

	Antal behandlere U-turn-kommuner	Antal behandlere U18-kommuner
Før projektstart	21	18
Efter projektafslutning	23	14

Tidspunkterne for, hvornår det er "før projektstart" og "efter projektafslutning" for de to forløb, varierer og skal forstås som før start og efter afslutning på hver af de to runder.

Kvalitative interviews

Projektledere og behandlingsledere blev interviewet to gange i projektforsløbet, i starten og slutningen af projektperioden. Formålet med disse interviews var at identificere det enkelte steds fundament, metoder og strukturelle rammer, herunder særligt de interne og eksterne betingelser for at kunne implementere kerneelementerne. Det første interview, før de startede deres projektperiode, varede halvanden til to timer, og formålet var at afdække, hvordan deres tilbud så ud før implementering, samt hvilke forventninger de havde til projektet. Efter projektkommunernes afslutning blev de igen interviewet for at afdække deres erfaringer i projektperioden og med selve implementeringen. Interviewene blev transskriberet og kodet. De første interviews bliver primært anvendt i analysen som grundlag til at beskrive kommunerne og deres vilkår og betingelser for opstart. Andet interview med ledere anvendes primært til at nuancere og udfolde forskellige muligheder og barrierer i implementeringen af kildemodellerne.

Projektkommunerne har løbende samarbejdet med modelejerne for at justere for eventuelle vanskeligheder i implementeringsprocesserne i de enkelte kommuner og for at sikre, at processerne blev rettet ind i forhold til kildemodellernes kerneelementer. Desuden blev modelejerne interviewet om deres erfaringer med undervisning og implementering. Dette materiale har dels været anvendt som grundlag for at beskrive kildemodellerne og kerneelementer, men der er også fremhævet enkelte erfaringer fra projektperioden i selve implementeringsanalysen.

Optagelser af behandlingssamtaler

Én af datakilderne er optagelser af behandlingssamtaler, som behandlerne blev bedt om at indsamle. Formålet var at få indblik i, hvordan behandlerne anvendte specifikke samtaleelementer (metoder) i deres samtaler med unge. Hver behandler skulle indlevere en-to selvvalgte optagelser (lyd eller video). Behandlerne i forløb 1 har ikke været forpligtet til at levere optagelser, mens det var en betingelse i udbuddet til kommunerne i forløb 2.

Tabel 3: Antal optagelser

Model	Antal
U-turn	11
U18	9

Optagelserne blev efterfølgende kodet af medarbejdere på CRF med fokus på anvendelsen af forskellige kerneelementer såsom en åben, spørgende tilgang, der lagde vægt på den unges udsagn, og hvor behandleren gerne skulle være samarbejdende og empatisk samt anvende forskellige redskaber.

Kodeguiden (se Frederiksen et al., 2018) er opbygget i tre dele, hvor den første del undersøger positiv behandleradfærd og er en vurdering af enkelte terapeutiske elementer over hele samtalen. Det er eksempelvis åbne spørgsmål, refleksioner og rådgivning, samt om behandleren italesætter rusmidler og forbrug på en ordentlig måde. I denne del scores 0, 1 eller 2. 0 betyder, at adfærden ikke er til stede i samtalen, 1 at adfærden er til stede og 2, at adfærden er til stede og demonstreres godt. Del to er negativ behandleradfærd, og her tælles hver gang, koderne hører et udsagn, der strider mod positiv behandleradfærd, eksempelvis hvis behandleren udtaler sig fordømmende om den unges adfærd, sætter dagsordenen i modstrid med, hvad den unge lige har sagt eller er meget konfronterende. Sidste del måler på graden af samarbejde og empati, som behandleren demonstrerer i løbet af den givne samtale.

Koderedskabet er primært bygget op omkring elementer i kognitiv adfærdsterapi og den motive- rende samtale og kan i højere grad anvendes til at undersøge anvendelsen af enkelte elementer i kil- demodellerne snarere end som et redskab til at måle implementeringsfidelitet og overensstemmelse med kildemodellerne. Relevante elementer er aftalt med modelejerne, som har suppleret kodningen med kvalitative beskrivelser af to samtaler, som de har lyttet igennem med henblik på at beskrive, hvad der var udtryk for kildemodellen, og hvad der var i modstrid med den.

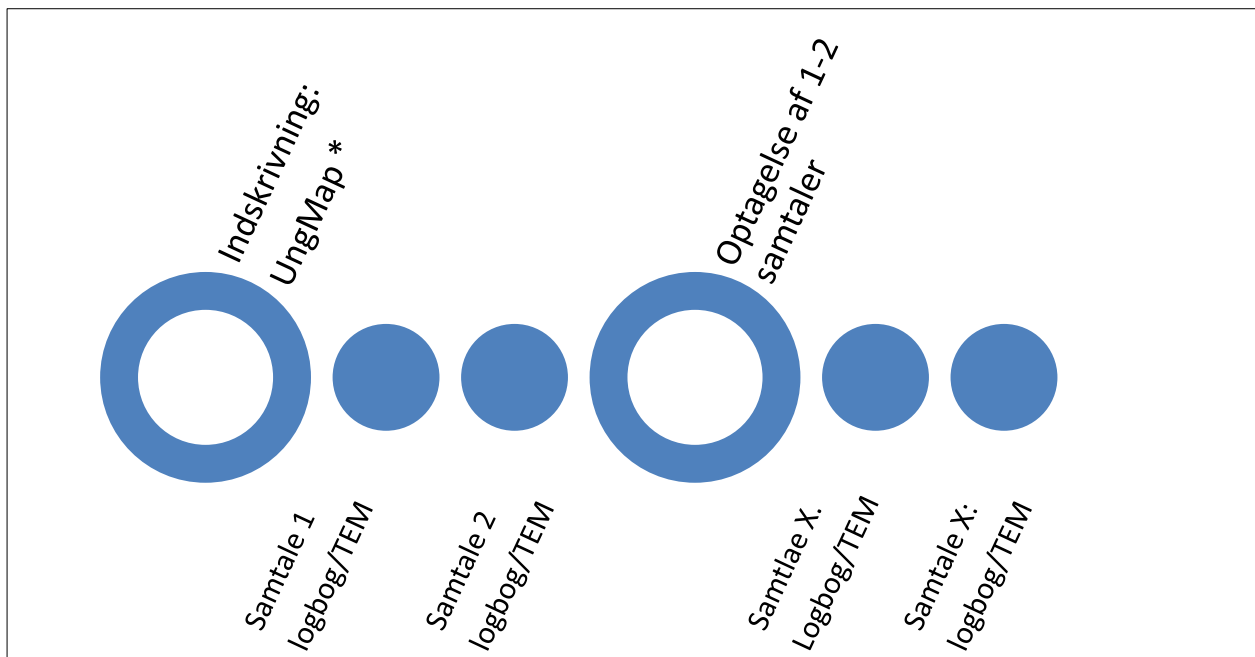
2.3.2. Dataindsamling effektevaluering

I det følgende skal data indsamlet til effektevalueringen beskrives nærmere. De enkelte datakilder fremgår af nedenstående tabel. Indholdet i hvert enkelt redskab uddybes efter tabellen.

Tabel 4. Datagrundlag effektevalueringen, målgruppe og formål

Måleredskab: hvornår/hvem	Målgruppe	Indhold
UngMap (ved indskrivning) Behandlerne	Alle, som indskrives i et behandlingsforløb	Se bilag 7. Spørgsmål om forbrug af rusmid- ler, internaliserende og eksternaliserende problemer samt skolespørgsmål.
Opfølgningsinterviews (tre og ni måneder efter indskrivning) CRF	Indskrevne unge med samtykkeerklæring	Samme spørgsmål som i UngMap for at kunne sammenligne den unges udvikling over tid.
Mini-UngMap (ved opstart af anonyme forløb i UU- turn)	Unge i anonyme forløb i UU-turn	Se bilag 1 og 2: Ni baggrundsspørgsmål om køn, alder, hovedstof, uddannelse mv.
Logbog (alle aktiviteter løbende) Behandlerne	Alle aktiviteter med og omkring de unge samt eksempelvis konsulent- funktion	Se bilag 1 og 2: Monitorering af de forskellige typer af aktiviteter samt gennemførte og afly- ste samtaler i et behandlingsforløb. Antal samtaler og varighed.
TEM (trivsels- og effektmonitorering) (løbende i behandlingsforløbet) Behandlerne	Unge i anonyme forløb i UU-turn Alle unge, som indskri- ves i U18-forløb	Se bilag 8. Forbrug af rusmidler, trivsel og ek- sekutive funktioner.

Anvendelse af de enkelte redskaber kan illustreres i forhold til, hvornår behandlerne skulle anvende de forskellige redskaber i løbet af et behandlings/rådgivningsforløb. En behandler skal således som noget af det først udfylde et UngMap-skema sammen med den unge, og det sker kun den ene gang ved opstarten. Derefter registrerer behandleren TEM ved hver samtale ud fra den unges svar og en logbog omhandlende, hvilke aktivitetstyper der netop er blevet afviklet. Derudover skulle behand- lerne som tidligere nævnt optage en-to behandlingssamtaler.



**Figur 12. Behandlernes registreringer i løbet af et rådgivnings/behandlingsforløb
(* Mini-UngMap ved anonyme forløb)**

De indskrevne: UngMap (begge modeller)

UngMap (se bilag 7) er et spørgeskema bestående af 70-90 spørgsmål, der udfyldes sammen med den unge ved indskrivning til behandling. UngMap er med til at afdække forskellige områder i den unges liv¹²:

- Rusmidler
- Bolig/forsørgelse
- Sociale netværk
- Skole/arbejde
- Adfærd og psykiske problemer
- Helbred
- Traume/stress

UngMap har til formål at understøtte a) en helhedsorienteret afdækning af den unges problemer og behov samt den efterfølgende b) planlægning af behandlingsforløbet og en eventuel behandlingsplan. UngMap er tænkt som både et afdækningsredskab og et feedbackredskab og anvendes som sådan i kildemodellen U18. UngMap anvendes ikke som et systematisk feedbackredskab med henblik på udarbejdelse af behandlingsplan i U-turn-kildemodellen. I følge U-turn København (kildemodellen) bør UngMap dog altid udfyldes sammen med den unges behandler, og de tematikker, som er i UngMap, bør efterfølgende blive brugt til at tage forskellige emner op i samtaleforløbene, men altid ud fra hvad den unge finder vigtigst at tale om, og ikke hvad skemaet finder vigtigst at tale om.

Nogle unge modtog i dette projekt samtaler, før de blev indskrevet i behandling, fordi U-turn-modellen havde et tilbud om anonym rådgivning, og U18 havde info-rådgivningssamtaler, som var med til at afgøre, hvad den unge havde behov for i behandlingsforløbet (se om dette senere i effektdelen). UngMap-spørgsmålene er altså ikke nødvendigvis stillet ved første kontakt, men så vidt muligt i forbindelse med indskrivning i behandling.

Fire ungeprofiler

UngMap generer opsamlende tabeller med en række barrierer og ressourcer, som kan virke fremmende eller hindrende i det kommende rådgivnings/behandlingsforløb. Her i blandt kategoriseres de unges eksternaliserende og internaliserende problemer i fire forskellige profiler alt efter problemernes art og omfang. De fire profiler vil blive inddraget i effektanalysen, da det tidligere er påvist meget store forskelle i effekten af behandlingen^{13,14}.

Internalisering er tendensen til at vende problemer indad og opleves som angst og depression. Til gruppen, der har internaliserende problemer, knytter sig adfærdsformer som social tilbagetrækning, lavt selvværd, mangel på selvtillid, selvskade, selvmordstanker og selvmordsforsøg. **Eksternalisering** er tendensen til at vende problemerne udad og opleves som vrede og uretfærdighed. Til gruppen, der har eksternaliserende problemer, knytter sig adfærdsformer som aggression og vold, kriminalitet, stofbrug og konflikter med omgivelserne. De fire profiler, som de unge inddeles i, er følgende:

- LAV** En **lav** grad af internaliserende og eksternaliserende problemer.
- SIP** **Svære** internaliserende **p**roblemer. Borgere, der er præget af f.eks. angst, depression, lavt selvværd, selvmordstanker/selvordsforsøg
- SEP** **Svære** eksternaliserende **p**roblemer. Borgere hvis skolegang har været præget af konflikter med lærerne, bortvisning og fravær/pjækkeri, og som i højere grad er kriminelle.
- SEIP** **Svære** eksternaliserende og internaliserende **p**roblemer. Det vil sige, borgere, der både oplever konflikter med omverdenen og har svært ved at tilpasse sig samfundets regler og normer samtidig med, at de har det psykisk svært.

Risikogrupper (Risk0, Risk1, Risk2 og Risk3)

Ud over de fire profiler, som inddrages i effektanalysen, inddeles de unge ligeledes i et såkaldt "risi-

koindeks”, som danner fire grupper: Risk0, Risk1, Risk2 og Risk3. Disse fire grupper er dannet på baggrund af, hvorvidt de unge har en stofbelastningsscore på 12 eller derover (giver 1 point i indekset). Stofbelastningsscore er en score fra 0-100, der indikerer, hvor stor en belastning et stofforbrug udgør for personen. En høj score indikerer en stor belastning. En høj stofbelastning indikerer en større risiko for frafald fra behandling, og der kan således være et større behov for et mere intensivt behandlingsforløb.²

Derudover spørges der til, om de har fået stillet en psykiatrisk diagnose af en psykiater (giver ligeledes 1 point i indekset), og hvorvidt de har profilen SEIP (1 point):

RISK0=0 point
 RISK1=1 point
 RISK2=2 point
 RISK3=3 point

Risikoindekset gennemgås i effektdelen.

Opfølgningsinterviews efter tre og ni måneder (begge modeller)

De unge udfyldte ved indskrivning i behandling en samtykkeerklæring med tilladelse til at kontakte dem tre og ni måneder efter indskrivning og kontaktoplysninger. For at indgå i effektevalueringen har det været en forudsætning, at der både forelå samtykkeerklæring og en UngMap for den unge. I nedenstående tabel vises det antal unge, der indgår i evalueringen, og som alle har givet samtykke til opfølgning og har gennemført et UngMap interview (kolonne 1).

Tabel 5: Antal indskrevne unge og samtykkeerklæringer

	Indgår i analyserne*	Mangler samtykker	Nej til at indgå i registrering
U-turn-kommunerne	137	17	52
U18-kommunerne	138	22	17
Total	275	39	69

* Unge med et udfyldt UngMap-skema og samtykkeerklæring

Kolonne to i tabellen viser antallet af unge, der gennemførte UngMap-interviewet, men hvor der ikke kunne fremskaffes et samtykke. Den sidste kolonne viser de unge, der sagde nej til at være med i undersøgelsen, og som der derfor ikke var informationer om.

Opfølgningsinterviewene gør det muligt at se, hvilke forhold der har forandret sig siden indskrivning,

² Metoden til at udregne stofbelastning gennemgås i effektkapitlet.

eksempelvis beskæftigelse, forbrug af rusmidler og psykiske problemer. Alle unge blev kontaktet telefonisk og inviteret til at svare på spørgsmålene enten via link til SurveyXact eller over telefonen af en ansat hos CRF. De unge modtog et gavekort på 100 kr. per interview. I næste tabel ses svarprocenten.

Tabel 6: Antal unge i opfølgingsundersøgelsen samt svarprocent

	Indgår i analyserne*	Svarprocent 3 mdr.	Svarprocent 9 mdr.
U-turn-kommunerne	137	65 % (88)	61 % (79)
U18-kommunerne	138	65 % (90)	66 % (85)
Total	275	65 % (178)	64 % (164)

*Unge med et udfyldt UngMap-skema og samtykkeerklæring

De anonyme: Mini-UngMap (U-turn)

Mini-UngMap var ligeledes et elektronisk skema i SurveyXact og integreret i logbogen (se bilag 1). De unge fik et anonym-ID, som gjorde, at de ikke kunne identificeres, men kunne følges i logbog og TEM (se nedenfor). For at vide mere om de unge, der modtager anonym rådgivning, blev de unge ved første samtale stillet ni spørgsmål, f.eks. køn, alder, hovedstof/sekundært stof, uddannelse, boform og indtægt. 336 besvarede Mini-UngMap. Derudover var 77 anonyme registrerede i logbog, men uden Mini-UngMap.

Logbog

Logbogen (samme som indsamler data til implementeringsevalueringen) er et elektronisk spørgeskema i SurveyXact, som behandlerne udfyldte efter hver aktivitet. Se den første beskrivelse under "Data til implementeringsanalysen".

Registreringerne i logbogen skal i effektevalueringen bruges til at afdække antal samtaler, indskrivningslængde, udskrivningsårsag m.m. for de forskellige typer af forløb.

Trivsel- og Effekt Monitorering (U-turn: anonym rådgivning, U18: alle)

Trivsels- og Effekt Monitorering (TEM) er et skema med ni spørgsmål angående den unges forbrug af rusmidler, trivsel (personlig, social og generel trivsel), samt de såkaldte eksekutive funktioner (koncentration og planlægning) (se bilag 8). TEM står for Trivsels- og Effekt Monitorering, og skemaet be-

svares af den unge ved hver behandlingsaktivitet. I løbet af behandlingsforløbet vil den enkeltes udvikling blive afbilledet i grafer, hvis behandlerne taster den unges svar i TEM-programmet.

Nogle behandlere har anvendt papir, og én projektkommune har indtastet TEM i SurveyXact. I U-turn-projektkommunerne har TEM været anvendt som registrering af hver samtale med unge i anonym rådgivning, men det har ikke været anvendt som behandlingsredskab, fordi redskabet ikke er en del af kildemodellen. U18-kommunerne har anvendt TEM som samtaleredskab i alle samtaler, fordi TEM er en integreret del af kildemodellen i U18. Brugen af TEM både som et samtaleredskab og som monitoreringsredskab bliver belyst i implementeringsanalysen, blandt andet ved at se nærmere på de forskellige aktiviteter som de unge tilbydes i løbet af et behandlingsforløb (eksempelvis anonym behandling, behandling og familiesamtaler). Data fra TEM-skemaerne anvendes i effektanalysen til at belyse udviklingen i de unges forbrug og trivsel.

2.3.3. Datasikkerhed

UngMap-skemaer, logbog og opfølgingsinterviews blev indsamlet via spørgeskemaer opsat i SurveyXact. Hvert behandlingstilbud havde hver deres unikke adgang til UngMap-skemaerne og logbøgerne. Behandlingsinstitutionerne havde ikke selv adgang til databasen, men kunne efter forespørgsel få leveret udtræk på aggregerede data og havde ligeledes adgang til rapporter sat op i SurveyXact, som løbende blev opdaterede.

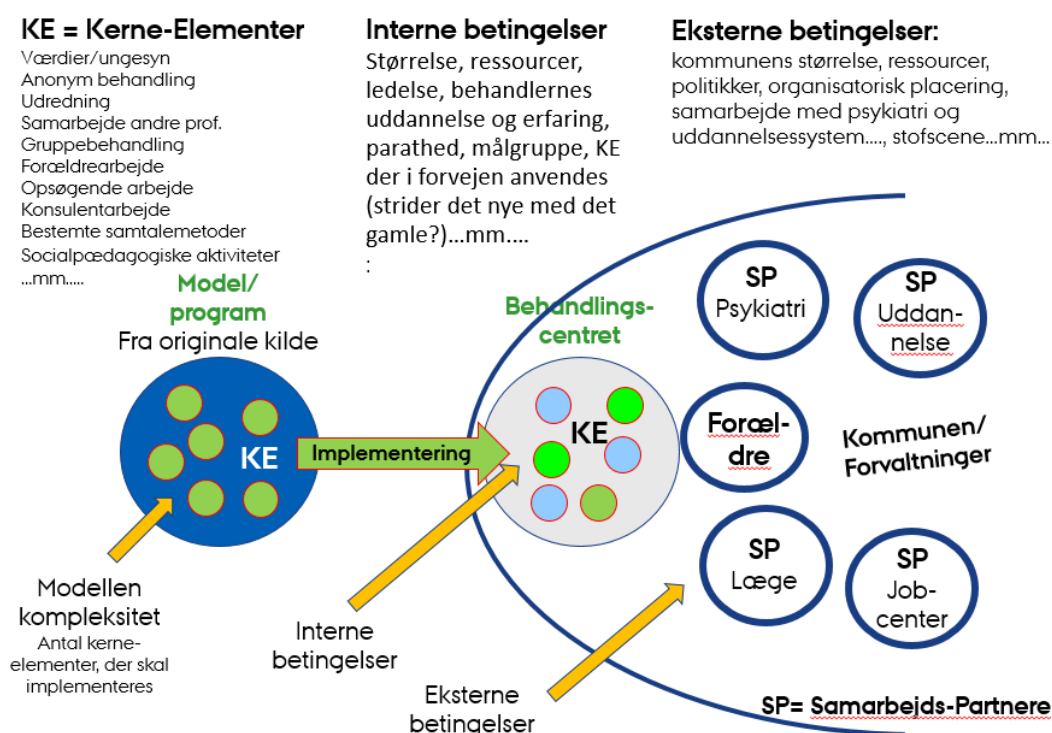
TEM-skemaerne blev indtastet i TEM-programmet, som CRF selv har udviklet. TEM-programmet har en tofaktor-løsning og krævede derfor, at behandlerne blev oprettet som brugere med unikke brugernavne og adgangskoder. Derfor skulle de ligeledes underskrive en fortrolighedserklæring til CRF. Der blev indgået en databehandlaftale mellem CRF og den enkelte kommune for, at de kunne anvende TEM-programmet.

Lydoptagelserne og interviews blev optaget og opbevaret på sikkert drev. Alle interviewuddrag og analyser på baggrund af lydoptagelser er anonymiseret.

2.4. Sammenfatning: analyseplan

Kerneelementerne er illustreret ved hjælp af trekanten (fig. 3), som er et centralt begreb i forhold til evalueringsdesignet og giver mulighed for at analysere, hvorledes kildemodellerne implementeres lokalt i kommunerne. Her er kommunernes interne og eksterne betingelser ligeledes væsentlige i analyserne af såvel implementering som effekten af behandlingen. I begge analysedele refereres til kerneelementerne som de interne og eksterne betingelser.

I figuren nedenfor er kerneelementerne illustreret i den originale kildemodel som små grønne pletter mod den blå baggrund. Ved implementering vil de ofte tage en lidt anden farve (illustreret ved farveskift) i de behandlingscentre, som de implementeres i, da der er forskellige betingelser, der påvirker en implementering. Samtidig vil der være andre kerneelementer i organisationen (de blå i behandlingscentret), som måske kan virke forstyrrende eller befordrende i implementeringen af de nye kerneelementer.



Figur 13. Illustration af kerneelementer

Dertil kommer, at de interne betingelser på forskellige behandlingscentre er forskellige (størrelse, ledelse, ressourcer, antal medarbejdere, normering og deres uddannelse, timer til implementering,

målgruppe m.m.), og ligeledes kan de eksterne betingelser såsom forvaltningens placering, politiske opbakning, kommunens stofscene, kommunens ressourcer være vidt forskellige.

Bevægelse fra den kilde, man ønsker at implementere, og til det, som i sidste ende bliver den lokale praksis i de forskellige projektkommuner (interventionsaktiviteter), er således underlagt en lang række vilkår, som kan gøre det mere eller mindre besværligt at implementere kerneelementer i den form, som oprindeligt var hensigten i henhold til den originale kildemodell. Der skal igennem resten af rapporten vendes tilbage til disse betingelser, som også diskuteres i kapitlet om effekt.

I det følgende vil implementeringsanalysen se nærmere på implementeringen af kerneelementerne i de to kildemodeller ved at inddrage erfaringerne både fra ledere og medarbejdere samt data på de enkelte behandlingsforløb med logbogsdata og optagelserne af behandlingssamtalerne. Analysen vil undersøge, hvorledes og i hvilken grad de enkelte kerneelementer er blevet implementeret i projektkommunerne (den såkaldte implementeringsfidelitet jf. Fixsens begreber).

Effektevalueringen vil inddrage data fra opstarten af rådgivnings/behandlingsforløbene ved hjælp af UngMap-skemaerne, og forholde det til data på de enkelte forløb ved hjælp af logbogsdata og udfyldte TEM-skemaer samt i forhold til opfølgingsinterviewene med de unge tre og ni måneder efter indskrivningen.

Del 3: Implementeringsevaluering, forankring af modellerne

I første del af implementeringsevalueringen undersøges arbejdet i U-turn-projektkommunerne med at implementere U-turn-kildemodellen. Dernæst følger U18-projektkommunernes arbejde med implementeringen af U18-kildemodellen. Begge dele er struktureret på samme måde med følgende overskrifter:

- Kommunernes betingelse for implementering
- Organisation og ledelsesmæssig opbakning
- Målgruppe og rekrutteringsgrundlag
- Kommunens størrelse og udgangspunkt for at etablere et lignende tilbud
- Samarbejdspartnere
- Behandlernes uddannelsesniveau før projekt

I implementeringsanalysen kombineres forskellige datakilder: lederinterviews, lydoptagelser af behandlingssamtaler, logbogsdata og behandlerspørgeskema. Det er et væsentligt vilkår i forhold til læsning af implementeringsevalueringen, at uddannelse og opkvalificering er foregået sideløbende med, at der er indsamlet data til evalueringen. Der måles således på en periode, hvor interventionsaktiviteterne løbende læres og introduceres i den lokale praksis og ikke en periode, hvor alle aktiviteter er lige meget på spil i alle kommuner fra starten af måletidspunktet.

3.1. U-turn-kommunerne

Som beskrevet i kapitlet *Evalueringdesign og -metode* er der en række interne og eksterne betingelser, som er afgørende for, hvor effektiv en implementering er. Det kan for eksempel være, hvor hurtigt kommunerne kunne påbegynde arbejdet med specifikke aktiviteter, og eventuelle faktorer der udfordrede arbejdet med aktiviteterne. Der skelnes mellem interne og eksterne betingelser (se også figur 2 i kapitlet *Evalueringdesign og -metode*). Interne betingelser kan være kommunens øvrige ressourcer til behandling ud over projektmidler, behandlernes erfaring, målgruppe for tilbuddet, projektledelse med mere. Eksterne betingelser kan være organisatorisk placering, samarbejde med eksterne samarbejdspartnere, byens stofscene med mere (se også illustrationen sidst i kapitlet *Evalueringdesign og -metode*).

Formålet med at beskrive kommunernes betingelser er ikke at afdække alle betingelser i alle kommuner, men at beskrive eksempler på betingelser, der har været en styrke eller barriere for implementeringen af kildemodellen U-turn inden for dette projekts rammer (for beskrivelse af projektets rammer, se *Baggrund, formål og opgave* i indledningen). De datakilder, der vil blive anvendt, er dels 1) kvalitative interviews med ledere ved projektstart med fokus på tilbuddet før implementering og forventninger til implementeringen, 2) kvalitative interviews med ledere ved projektafslutning med fokus på erfaringer med implementeringsperioden, og hvordan ungetilbuddet og interventionsaktiviteterne er ved projektafslutning samt 3) spørgeskema sendt til behandlerne før projektstart, hvor de blev spurgt til baggrundsoplysninger som uddannelsesbaggrund, nuværende anvendte behandlingsmetoder og anciennitet.

3.1.1. Organisation og ledelsesmæssig opbakning

Det er afgørende for implementeringens fidelitet, hvor stabil og sammenhængende organisationen er, herunder en opbakning opad i systemet, hvor projektet prioriteres både i og efter projektperioden. Jo større stabilitet, sammenhæng i de enkelte organisationer og ledelsesmæssig opbakning, desto nemmere vil det være at lære, udvikle og implementere forandringer ind i eksisterende rammer og hverdag.

Et eksempel på forhold, der har været en barriere for implementeringen, er udfordringerne i to projektkommuner i forhold til ledelsen. En af kommunerne har haft skiftende ledelse i projektperioden, og det har udfordret at få medarbejdere og ledere til at arbejde i samme retning. Det er dog lykkedes hen i mod slutningen af projektet at samle medarbejdergruppe og ledelse, men det har påvirket, hvordan medarbejderne tog projektet og ikke mindst registreringsværktøjerne til sig fra starten. En anden kommune har også oplevet ledelsesmæssige udfordringer i forhold til prioritering, hvilket betød, at behandlerne måtte varetage projektledelsesopgaver og ikke kunne fokusere alene på at praktisere kerneopgaverne forbundet med at praktisere et ungetilbud. Oplevelsen var, at tilbuddet ikke blev prioriteret af ledelsen, fordi der var en uoverensstemmelse mellem grundforståelsen ledelse og behandlere imellem af, hvad tilbuddets fokus skulle være, og om det skulle være et behandlingstilbud til unge eller et socialpædagogisk ungetilbud. I sidste ende blev projektet lukket ned i slutningen af projektperioden. Dette er to eksempler på barrierer, men prioritering af ressourcer kan også være en fordel, fordi det medfører, at ledelsen har kendskab til projektets aktiviteter og elementer i kommunens egne rammer.

Det betyder på den ene side, at ikke alle elementer er tydelige i implementeringsanalysen; men på den anden side har den ledelsesmæssige prioritering vist sig positiv i forhold til behandlernes fokus og arbejde med interventionsaktiviteterne i sidste ende. Det ledelsesmæssige fokus har ofte stor betydning for, hvad der i sidste ende kommer til at virke godt.

3.1.2. Målgruppe og rekrutteringsgrundlag

U-turn København (kildemodellen) er et rådgivnings- og behandlingstilbud til unge mellem 14 og 24 år, og i projektets regi var målgruppen defineret til at være inden for aldersspændet 15-25 år. Kommunerne havde imidlertid mulighed for at ansøge, hvilken målgruppe de ønskede, at deres tilbud skulle henvende sig til. Det kunne eksempelvis være, at de før implementeringen allerede havde et etableret tilbud, der henvendte sig til unge i alderen 18-25 år. Af de fem U-turn-kommuner har fire kommuner rekrutteret unge i alderen 15-25 år, mens en kommune rekrutterede unge i alderen 15-18 år. Når man henvender sig til den fulde målgruppe, bliver rekrutteringsgrundlaget også større, fordi der er flere aldersgrupper i kategorien, men også fordi der er en tendens til, at flere unge (eller deres omgivelser) oplever, at deres problemer vokser sig for store, når de er over 18 år. Når et tilbud henvender sig til unge under 18 år, gælder en anden lovgivning og andre behov for og krav til inddragelse af forældre og pårørende, hvorfor arbejdet omkring den enkelte unge kan være større.

Målgruppen har også betydning for effekt af behandling i forhold til rusmiddelbrug, idet det er lidt sværere at opnå effekt i målgruppen over 18 år end ved unge under 18 år (dette vil blive udfoldet i Effektevalueringen).

3.1.3. Kommunens størrelse og udgangspunkt for at etablere tilbuddet

Kommunerne har haft til opgave at implementere et tilbud, som oprindeligt blev udviklet og etableret i landets største kommune. Det betyder, at der var store forskelle mellem projektkommunerne og kildemodellen (U-turn København), hvad angik såvel optagsgrundlag, ressourcer og i forvejen eksisterende kerneelementer. Kommunerne og modelejerne har derfor skullet skalere deres forventninger til, hvad de enkelte kommuner har kunnet tilbyde de unge, da kildemodellen havde andre muligheder for at skabe et varieret tilbud. Dette har været en læring undervejs, da kommunerne gik ind til projektet med et ønske om at etablere kopi af modellen, men måtte indse at dette var for ambitiøst inden for deres rammer.

To projektkommuner har ikke tidligere været vant til at tilbyde behandling, hvorfor de i projektperioden dels skulle godkendes til behandling, og dels skulle lære lovgivning/krav samt hvad selve behandlingsarbejdet indebar. De har haft anden erfaring, som de har bygget læringen ovenpå, eksempelvis socialpædagogiske aktiviteter og familiesamtaler. Det har også betydet, at der har været konkurrerende kommunale behandlingstilbud til unge, som de har skullet samarbejde med i forhold til eksempelvis visitation, men også i forhold til at få berettigelse som behandlingstilbud og en bevilling til at fortsætte efter projektperioden. Et af de to tilbud har samtidig arbejdet hårdt på at etablere nye lokaler, samarbejde på tværs i kommunen og et fuldt behandlingstilbud til unge sideløbende med kommunens øvrige rusmiddeltilbud, men er blevet lukket ned, inden evalueringsresultaterne forelå, fordi kommunen ikke havde midler til at fortsætte med begge tilbud (tilbuddet er dog genåbnet i 2020).

3.1.4. Samarbejdspartnere

Hvor etableret samarbejdet med relevante samarbejdspartnere var fra projektstart, var i høj grad afhængigt af tiden op til projektstart. Var der allerede etableret samarbejde eller skulle det først grundlægges i projektperioden? Hvordan var historikken med samarbejde på tværs i kommunen? Og hvilke samarbejdspartnere blev anset som de mest relevante af det enkelte tilbud?

Det har været et sigte, at kommunerne fik etableret kontakt til relevante samarbejdspartnere. Dette skulle dels sikre et fokus på, hvordan der samarbejdes med unge og rusmidler, og dels give mulighed for at få kontakt til unge, som ikke selv søgte behandling, eller ikke havde søgt behandling endnu. Dette skete blandt andet ved at lave en strategi for, hvilke samarbejdspartnere der var mest relevante at inddrage eller ved at lave en arbejdsfordeling, hvor en enkelt behandler varetog konsulentfunktionen, som omfattede så vel rusmiddelfaglige oplæg til samarbejdspartnere (konsulentfunktion) samt fremskudt behandling. Alle fem kommuner har arbejdet med det i forskelligt omfang. Fordelen er, at det kan øge kendskab, rekruttering og tidlig indsats, men ulempen er, at det i relativt små kommuner kan fjerne fokus fra behandling som den egentlige kerneopgave, fordi ressourcerne først og fremmest er allokeret til at tilbyde behandling.

3.1.5. Behandlernes uddannelsesniveau før projektet

Behandlernes anciennitet, uddannelsesniveau og brug af metoder før projektstart vil i det følgende blive belyst for at få et billede af det faglige udgangspunkt ved projektets opstart og undervisningsforløbet i U-turn-modellen.

Kun 4,8 % af behandlerne havde mindre end et års erfaring med behandling, mens 61,9 % havde arbejdet med behandling i minimum fem år. Desuden havde 61,9 % været i deres nuværende stilling i mere end fem år, mens 28,6 % har været i stillingen mellem et og fem år (gennemsnit på 7,5 år).

Tabel 7: Behandlerkarakteristika med alder og anciennitet

U-turn-kommunerne (n=21)	
Behandlernes gennemsnitlige alder	46,8 år
Antal år med behandling	10,1 år
Under 1 år	4,8 %
1-5 år	33,3 %
5+ år	61,9 %
Antal år i nuværende stilling	7,5 år
Under 1 år	9,5 %
1-5 år	28,6 %
5+ år	61,9 %

Behandlerstaben i de fem U-turn-kommuner lader derfor til at være præget af stabilitet samt et fundament for at arbejde med behandling (10,1 års erfaring med behandling i gennemsnit). Det leder os videre til at undersøge behandlernes faglige udgangspunkt før undervisning, se tabel 8.

Det faglige udgangspunkt har en betydning for læring og anvendelse af interventionsaktiviteterne i kildemodellen. Langt hovedparten af behandlerne har en mellemlang grunduddannelse som enten pædagog (38,1 %) eller socialrådgiver (38,1 %), som er suppleret med terapeutisk efteruddannelse primært i form af kortere kurser og seminarer (80 % af samtlige 21 behandlere, der har svaret på spørgeskemaet før projektstart). 60 % har en terapeutisk uddannelse på mellem et og to år, mens 35 % har en terapeutisk efteruddannelse på mere end to år (fire af de syv behandlere, der udgør 35 %, indgår ligeledes i listen over terapeutisk uddannelse på mellem et og to år).

Tabel 8: Hvordan så behandlernes uddannelsesbaggrund ud før projektet?

Grunduddannelse	n=21	Efteruddannelse	n=21
Pædagog	38,1 %	Kortere kurser/sem. (terapi)	80,0 %
Socialrådgiver	38,1 %	Udd. på 1-2 år, (terapi)	60,0 %
Psykolog	4,8 %	Udd., min. 2 år, (terapi)	35,0 %
Andet	19 %	Diplom/master (ikke terapi)	42,9 %

Kategorien "andet" dækker over eksempler som erhvervsuddannelse, lærer- og kandidatuddannelse. Det faglige udgangspunkt påvirker også niveauet og relevansen af det, der undervises i, hvilket påpeges af både modelejere og behandlere. Her skriver en behandler i det afsluttende behandlerspørgeskema:

"det, der var relevant for en anden kommune at fokusere på eller opkvalificere, var ikke så relevant for os og omvendt. Dermed har der været meget hensyntagen og "spildtid", som jeg oplever er gået ud over det udbytte, vi kunne have haft af forløbet".

Dette relaterer sig også til matchning af de kommuner og dermed behandlere, der fik undervisning i samme undervisningsforløb. Var det et rusmiddelbehandlingstilbud eller klubtilbud? Havde de erfaring med individuelle samtaler, socialpædagogiske aktiviteter eller ej?

I forlængelse af den faglige uddannelse blev behandlerne spurgt om, hvilke metoder de anvendte før projektstart ud fra en liste med 26 valgmuligheder (ingen har svaret/uddybet 'andet'). I tabellen nedenfor vises et udvalg af de metoder, der er mest relevante for U-turn-kildemodellen (se også beskrivelse af kildemodellen U-turn, Del 2). 18 af 20 behandlere (90 %) svarede, at de allerede anvendte narrativ terapi forud for projektstart, desuden løsningsfokuseret terapi (80 %), motiverende samtaler (60 %) og systemisk teori (70 %). Svarene siger ikke noget om, hvor meget og hvordan de blev anvendt, men i højere grad at behandlerne før undervisning havde et kendskab til de specifikke metoder, som kildemodellen bygger på.

Tabel 9: Anvender du nogen af følgende metoder?

Metoder	Antal	%
Narrativ terapi	18	90%
Løsningsfokus./problemløs. terapi	16	80%
Motiverende samtaler	12	60%
Systemisk teori	14	70%
Social færdighedstræning	9	45%
Støttende og rådgivende samtaler	13	65%
Mindfulness	10	50%
Motion	5	25%
Kunstterapi	4	20%

Desuden er nogle af metoderne i ovenstående tabel eksempler på måder, hvor behandlerne allerede før projektstart arbejdede på en anden måde med den unge end med individuelle samtaler, eksempelvis social færdighedstræning (45 %) og motion (25 %) og kunstterapi (20 %), hvilket er i tråd med kildemodellen.

Behandlernes svar fordeler sig over 22 af 26 metoder. Det giver et billede af, at der i praksis er en spredning i forhold til anvendelsen af metoder behandlerne imellem, men også at de enkelte behandlere trækker på et udvalg af metoder og dermed er vant til at trække på forskellige metoder snarere end at være *metodetro* over for en-to specifikke metoder i mødet med de unge. Dette svarer også til kildemodellen.

3.1.6. Undervisning og implementering

Generelt oplevede modelejerne et engagement fra behandlerne i undervisningen (interview med modelejerne U-turn om undervisningen). Undervisningen blev løbende evalueret og tilpasset, og responsen fra projektkommunerne var særligt positiv over for øvelser, hvor underviserne demonstrerede praksis. Undervisningen var spredt ud over to år, hvilket gav underviserne mulighed for løbende at følge op på specifikke elementer i undervisningen i den efterfølgende supervision samt at arbejde med at implementere elementer løbende, jf. implementeringstrappen. Modelejerne har fulgt kommunerne tæt i hele projektperioden og har også understøttet implementering af interventionsaktiviteterne.

Nogle kommuner har valgt at implementere kerneelementerne ud fra undervisningsforløbet og implementeringstrappen, mens andre har taget elementerne i den rækkefølge, der gav mening for deres tilbud og udvikling. Nogle elementer har også været en integreret del af tilbuddene forud for projektet, eksempelvis gruppebehandling eller individuelle samtaler, hvor de i højere grad har kunnet lade sig inspirere og lave om end at skulle opbygge alle elementer fra bunden.

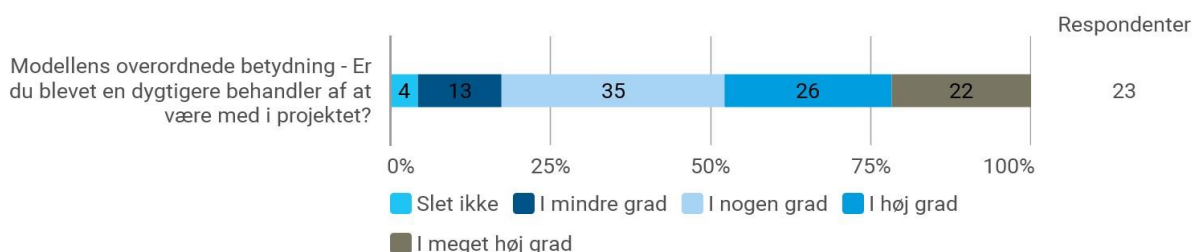
Under projektperioden har modelejerne og de fleste behandlere givet udtryk for, at der er opstået et fællesskab mellem parterne, og at de har engageret sig i hinanden og hinandens praksis. Her beskriver en behandler i spørgeskemaet fra slutningen af projektperioden:

”Det er et stort løft at få et fælles afsæt som behandlingsteam, et fælles fokus, og den efterfølgende fælles faglige refleksion!” (kommentar fra afsluttende spørgeskema).

I supervisionen har der været meget fokus på implementering, fordi det har fyldt meget i projektperioden, og derfor ikke været så meget tid til supervision på sager og konkretisering af, hvordan undervisningen skulle omsættes til praksis. Den oplevelse er delt af kommuner og modelejere. Nogle kommuner har haft svært ved at oversætte U-turns praksis til egen praksis og kunne have gavn af mere undervisning i, hvordan de kunne arbejde helt konkret med de samme elementer i deres egne kontekster. Her kunne de ønske sig mere konkrete anvisninger, som var tilpasset de individuelle organisatoriske rammer. Dette er måske også baggrunden for, at det især er den undervisning, der har været hands-on og praktisk, der er blevet rost. Her fortæller en leder om underviserne:

”Fagligt dygtige og inspirerende undervisere. De har en palette af ideer og lader sig også inspirere, og det er tydeligt også, at de er gennemsyret af det her menneskesyn, som modellen et eller andet sted er”.

Behandlerne oplevede desuden, at de var blevet opkvalificerede i løbet af projektet. I det afsluttende spørgeskema skulle de svare på, om de var blevet dygtigere behandlere:



Figur 14. Er du blevet en dygtigere behandler af at være med i projektet?:

Næsten halvdelen svarede, at de ”i høj grad/i meget høj grad” var blevet dygtigere behandlere af at være med i projektet. Hvordan der svares, afhænger i høj grad af det metodiske afsæt for undervisning, hvor en stor del af U-turn-behandlerne havde terapeutisk efteruddannelse på mere end et år. Nogle ledere fremhæver, at behandlerne har lænet sig meget op ad de metoder, som de har haft med sig fra tidligere uddannelse snarere end metoder tilegnet sig gennem undervisningen. Desuden har behandlerne arbejdet med behandling i 10,1 år i gennemsnit og været 7,5 år i gennemsnit i samme stilling (se afsnit Behandlernes uddannelsesniveau før projekt ovenfor), og det kan måske gøre det sværere at tage ny praksis til sig.

3.1.7. Implementering af kerneelementer

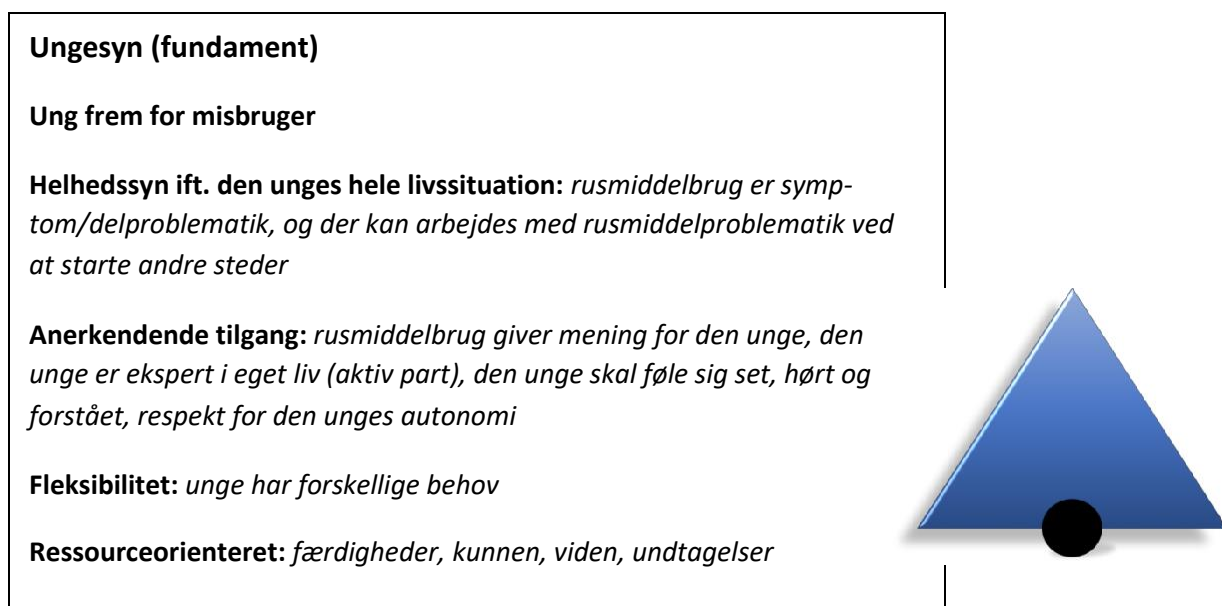
I det følgende vil det blive undersøgt, hvorledes kommunerne har arbejdet med kerneelementerne, og hvilke dele der er blevet implementeret. De forskellige datakilder vil løbende blive inddraget til at belyse forskellige aspekter i denne proces, herunder logbogsanalyser, spørgeskema sendt til behandlere sidst i projektperioden, interviews med ledere efter projektafslutning og analyse af behandlingssamtaler (lydoptagelser).

Det er, som tidligere nævnt, ikke de respektive kildemodeller, der afprøves i denne evaluering, men kildemodellens kerneelementer i den kontekst, som den implementeres i. Og den kontekst er forskellig fra kommune til kommune, som beskrevet i afsnittet U-turn-kommunernes betingelser for implementering. Desuden er det kendt af evaluatoren, at de forskellige implementeringsaktiviteter ikke alle er anvendt fra starten af projektperioden, fordi undervisningen har forløbet i hele projektets løbetid sideløbende med dataindsamling til evalueringen (se også afsnittet Baggrund, formål og opgave i indledningen). Implementeringsevalueringens sigte er derfor at belyse, hvordan projektkommunerne har arbejdet med de forskellige kerneelementer, som er beskrevet i kapitlet Evalueringssign og -metode.

A. *Fundament, U-turn-kommunerne*

Den første side i trekantsinddelingen af kerneelementer er fundament, som beskriver de værdier, som er centrale for alle aktiviteter i den model, der skal implementeres. Dette vil særligt blive belyst igennem interviews med ledere og spørgeskema til behandlere, begge sidst i projektperioden, for at illustrere, hvordan der arbejdes med værdier og fundament. Her vil være et særligt fokus på ungesyn,

og hvordan dette også leves ud i at skabe nogle hyggelige og stemningsfulde rammer for behandlingen. Helhedssyn og fleksibilitet skal ses i forhold til, at der ikke nødvendigvis er ét tilbud, som de unge skal passe ind i. Det er snarere, at der arbejdes på forskellige måder med de unge efter de unges behov og rettet mod hele den unges livssituation. Disse kerneelementer vil blive analyseret nærmere i de følgende afsnit omhandlende b) metoder og de c) de strukturelle rammer. I figuren illustreres kerneelementerne i U-turn-kildemodellens fundament:



Figur 15. Fundamentet som kerneelement i U-turn

Ungesyn

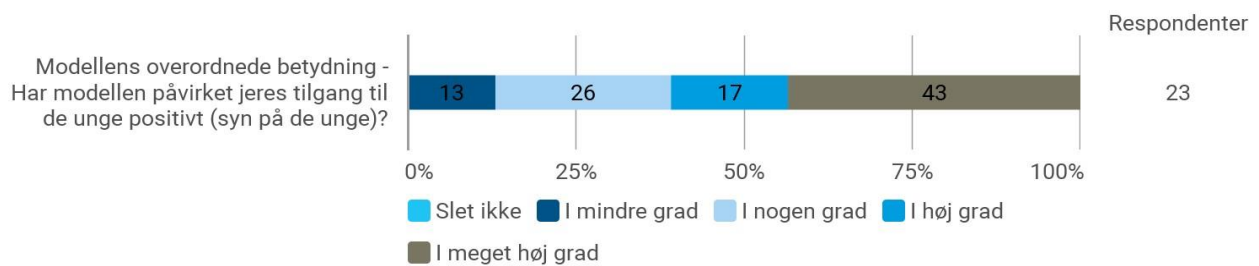
Ungesyntet, som kommer til udtryk i projektkommunernes version af modellen, har især fokus på, hvordan den unge bliver mødt. Det er vigtigt, at den enkelte unge mødes åbent og af en behandler, som lytter til og anerkender den unge. En leder fortæller her om grundlaget for deres tilgang:

"Det handler rigtig meget om det her med menneskesynet i det. At møde borgeren i øjenhøjde og hele fænomenologien bagved at møde og lytte og mærke det menneske, man sidder overfor og tage udgangspunkt i der, hvor de er i forhold til at tilrettelægge deres behandlingsplan, så er der selvfølgelig nogle metodiske ting, som også ligger i modellen, men lige det, det er det helt grundlæggende, at møde mennesket i øjenhøjde og der, hvor de er" (lederinterview i U-turn-projektkommune).

En anden leder fortæller, at for dem handler ungesynet om at have den unge *"i centrum og undersøger hele vejen rundt, hvilke særlige udfordringer den unge har"*. Det er vigtigt at følge den unge,

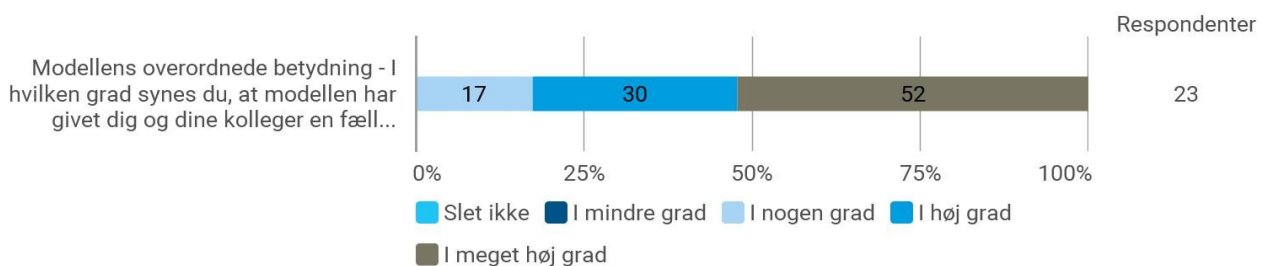
skabe tillid og udvise anerkendelse. Ungesyntet afspejles hos flere af kommunerne ved at have et let tilgængeligt tilbud med anonym rådgivning.

U-turn-projekt-kommunerne anser generelt ikke ungesynet for at være modstridende med deres ståsted før projektperioden, men at det er blevet forstærket positivt igennem arbejdet med U-turn-modellen. Nedenfor ses, at kildemodellens ungesyn har påvirket tilbuddenes ungesyn på en positiv måde. Dette ses i nedenstående spørgsmål. Således svarede 60 % af behandlerne til sidst i projektperioden, at kildemodellens ungesyn i høj grad/i meget høj grad har påvirket dem.



Figur 16. Modellens betydning for ungesynet

Fundamentet er formuleret i kildemodellen som en fælles tilgang til de unge på tværs af hele tilbudet. Spørgsmålet er, om det var oplevelsen hos behandlerne i projektkommunerne. I spørgeskemaet blev de spurgt om, hvorvidt de havde fået en fælles referenceramme med deres kollegaer.



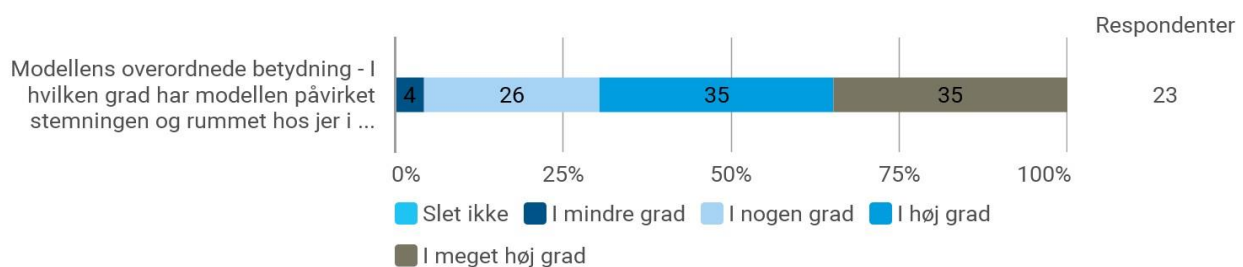
Figur 17. Har modellen givet jer en fælles referenceramme?

82 % svarede, at de "i høj grad eller i meget høj grad" havde fået en fælles referenceramme i slutningen af projektperioden. Det indikerer, at implementeringen af kildemodellen har givet behandlerne en oplevelse af et fælles udgangspunkt at arbejde ud fra, om end ungesynet er en abstrakt størrelse, der er svær at måle i forhold til fidelitet.

Ungesyntet inkluderer også et syn på den unges netværk, herunder et syn på forældre og samarbejdet med disse og andre pårørende. Forældresynet kan også ses som en del af det helhedssyn som U-turn lægger på den unges totale livssituation. Samarbejdet med forældrene er derfor en væsentlig del af fundamentet.

Stemning, lokaler og beliggenhed

Ungesyntet kommer også til udtryk i indretningen af behandlingsstedet og den stemning, der blev etableret. Alle kommuner arbejdede på forskellig vis med at etablere nye lokaler eller gøre de eksisterende rammer mere hyggelige og mindre institutionelle, som også er et kerneelement i kildemodellen beslægtet til ungesyn at skabe "et sted der er deres [de unges]". Nedenfor ses en opgørelse fra det opfølgende spørgeskema i slutningen af projektperioden, hvor behandlerne generelt angav, at de arbejdede med stemningen og rummet i deres tilbud. 70 % svarede "i høj grad/i meget høj grad":



Figur 18. Modellens overordnede betydning

Nogle kommuner valgte at holde fast i eksisterende lokaler, enten fordi de allerede havde attraktive lokaler og beliggenhed, eller fordi de vægtede andre hensyn:

"Det vigtigste for os er, at vi kan arbejde efter en tilgang, som siger, vi skal have en anden samtale med de unge omkring rusmidler. Vi skal have fokus på, hvordan trives de, vi skal prøve at inddrage de professionelle. Vi skal prøve at inddrage det sociale netværk, familie og venner. Vi skal prøve så vidt muligt at vække så stor tillid, at hvis de unge ikke har lyst til at være her efter en eller to gange, så kan det være, de har lyst til at komme igen efter et halvt år. Det er det allervigtigste" (lederinterview til sidst i projektperioden).

Her blev relation, ungesyn og helhedssyn vægtet som det bærende. Desuden fremhævede lederen, at det var en fordel at være samlet med den øvrige drift på rusmiddelområdet, eksempelvis når der er behov for at etablere kontakt til husets læge. Denne kommune havde som udgangspunkt udskudt

det at finde en mere attraktiv beliggenhed og i første omgang forsøgt at arbejde med at gøre eksisterende rammer hyggeligere i selve projektperioden for at fokusere deres arbejde med at udvikle et godt tilbud.

Det kræver et arbejde, når der skal skabes hyggelige rammer eller etableres helt nye lokaler, men det opleves også, at det gør en forskel i forhold til de unges adgang til behandling. En leder fortalte, at det gav flere unge i målgruppen under 18 år, *"fordi de unge er blevet en del af huset"*. En anden leder fortalte desuden, at, *"vi blev opmærksomme på, hvor meget det egentlig betyder det her med at have nogle hyggelige og uformelle rammer, hvor de unge kan komme ind og smide sig på sofaen og få en kop kaffe"*.

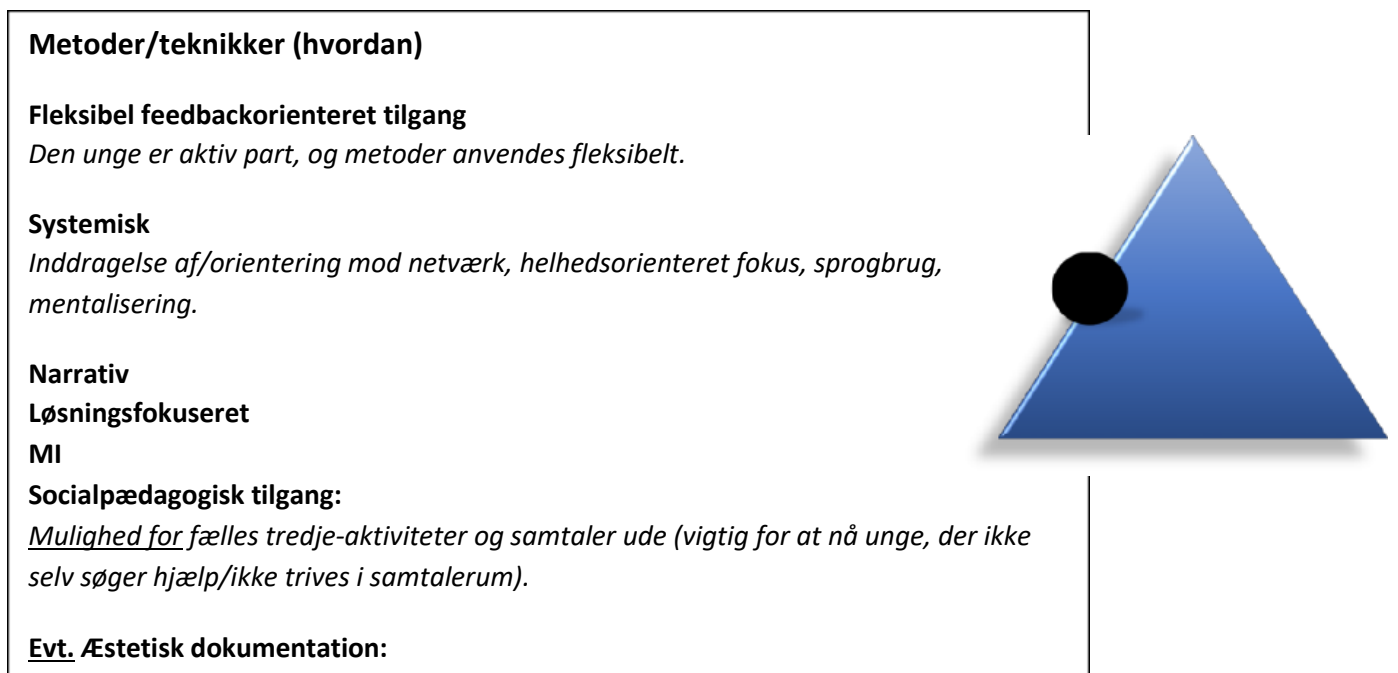
I de følgende afsnit om metoder og strukturelle rammer skal vi også se, om fundamentet kommer til udtryk i, hvordan der arbejdes med kildemodellens øvrige elementer, for eksempel om der er etableret et fleksibelt tilbud, hvor der arbejdes på forskellige måder med de unge og også inddrages forældre og pårørende i aktiviteterne.

Implementeringsfidelitet

Det kan konkluderes, at kommunerne har arbejdet med et ungesyn, der ligner ungesynet i U-turn-kildemodellen og efter bedste evne forsøgt at implementere det. Der er også en oplevelse af et fællesskab omkring fundamentet i modellen på tværs af behandlerne, selvom det ikke her er muligt at vise, om den faktiske anvendelse stemmer overens med kildemodellens.

B. Metoder, U-turn-kommunerne

Trekanten, som illustrerer kerneelementerne i U-turn-kildemodellen, har de "metoder", som blev vist i kapitlet *Evalueringdesign og -metode*. I det følgende skal det undersøges nærmere, hvordan projektkommunerne har arbejdet med kildemodellens metoder.



Figur 19. Metoder som et kerneelement i U-turn

Det er her mere væsentligt, at metoderne vælges i overensstemmelse med fundamentet, herunder ungesynet, end at behandlerne arbejder stringent ud fra konkrete metoder. Først og fremmest kommer mødet med den enkelte borger, og dernæst kommer fokus på de metodiske redskaber. En leder udtrykte det således: *"det helt grundlæggende [er] at møde mennesket i øjenhøjde og der, hvor de er. Dernæst kommer det narrative og det løsningsfokuserede"*. Valget af enkelte metoder i møderne med de unge er altså ikke afgørende for, om der arbejdes i overensstemmelse med U-turn-kildemodellen, så længe metoder og metodevalg er i overensstemmelse med ungesynet og fundamentet. I det følgende vil fokus således ikke være på, om behandlerne anvender specifikke metoder, men hvordan der arbejdes med og tales om metoder i projektkommunerne. Her undersøges først specifikke elementer i en behandlingssamtale ved at inkludere analysen af optagelser af behandlingssamtaler.

Evaluators analyse af optagelser af behandlingssamtaler (se beskrivelse af metode i afsnittet *Data til implementeringsevalueringen og effektevalueringen* i kapitlet *Evalueringsdesign og -metode*) tog afsæt i elementer fra den motiverende samtale og kognitiv adfærdsteori. Hvert samtaleelement fik en værdi fra 0-2 i forhold til, hvor synligt elementet var i samtalen. Ved scoren 0 anvendte behandleren slet ikke elementet, mens scoren 1 gives, hvis det er anvendt. 2 gives, hvis elementet anvendes ofte eller med høj kvalitet.

Derefter har modelejerne været med til at udvælge de elementer, som var tro mod U-turn-kildemodellen. Her blev fremhævet elementer såsom brugen af åbne spørgsmål (som blandt andet sikrer, at den unge får lov til at definere, hvilken retning svaret skal gå), refleksioner (som viser, at behandleren har forstået, hvad den unge lige har fortalt), opsummeringer (som tilføjer en analyse af den unges frembragte udsagn) og italesættelse af ubehag hos den unge eller bekymring fra behandlerens side (hvis den unge har fortalt om noget ubehageligt, er det vigtigt, at behandleren forholder sig til det). Disse fire elementer i kodningen er udvalgt, fordi det er de elementer, hvor behandlerne fik de højeste scorere, som er et udtryk for, at elementerne er blevet implementeret og anvendt på tværs af de kodede samtaler:

Tabel 10: Elementer, hvor behandlerne scorer højt

Positiv behandleradfærd (0-2)	Kodningsresultat gennemsnit	Standardafvigelse
Åbne spørgsmål	1.8	0.12
Refleksioner	1.8	0.12
Opsummeringer	1.55	0.21
Italesætte ubehag og/eller bekymring for den unge	1.3	0.27

Som et tillæg til den kvantitative kodning af samtalerne har modelejerne kvalitativt gennemgået to samtaler, som er interessante at inddrage, fordi det bliver en gennemgang af, hvordan netop specifikke elementer af interventionspraksissen kommer til udtryk. Modelejerne fremhæver ligeledes, at en god måde at møde den unge på er, at man som behandler viser interesse for den unge ved eksempelvis at stille mange åbne spørgsmål og være nysgerrig på den unges hverdag og eksempelvis fritidsinteresser. Her fremdrages et eksempel fra en U-turn-samtale, hvor modelejerne fremhæver behandlerens spørgeteknik:

”Behandler dvæler og spørger uddybende ind til oplevelsen og de gode ting i livet for den unge. Der ledes efter værdier. Fortykning³ af fortællinger om værdier og musikkens betydning i den unges liv samt familiens betydning” (U-turn Københavns gennemgang af behandlingssamtalerne).

En del af kildemodellen er således at være nysgerrig og stille åbne spørgsmål, hvilket hjælper den unge til at reflektere, men det bliver også afgørende, at det vedrører den unge og omhandler noget,

³ Et narrativt begreb, der handler om at understøtte de fortællinger, der har en god betydning for den unge.

der er vigtigt for den unge:

"Hvad gør den unge, når vedkommende er glad, ønsker, drømme og værdier, her kan eksempelvis også anvendes skalaspørgsmål til at spørge ind til, hvor den unge er i forhold til ønske/drøm (ressource- og løsningsorienteret)" (U-turn Københavns gennemgang af behandlingssamtalerne).

Her er det også vigtigt at tænke over positive og konstruktive ordvalg samt at tilstræbe ikke at være belærende. Samtidig kan det give anledning til at præsentere nye perspektiver for at hjælpe den unge til en anden forståelse og håndtering. En væsentlig del af kildemodellen er, at det skal efterstræbes, at behandlerne sprognært anvender den unges ord og udtryk. Disse greb kan også bruges, når der trækkes tråde til tidligere samtaler og laves opsamlinger, der kan hjælpe den unge med at opnå erkendelse. Når der anvendes en tavle, bør behandleren være opmærksom på ikke at skrive for mange detaljer og for lange sætninger, men snarere kerneformuleringer, som kan give et fælles fokus.

I kodningen af behandlingssamtalerne blev de tre emner "relevant information" (0.27), "respektfuld rådgivning" (0.5) og "tale om rusmidler på en ordentlig måde" (1.1) scoret lavest blandt de forskellige elementer i kodningen. Det betyder ikke nødvendigvis, at det har været en dårlig U-turn-samtale med en "uordenligt tone", men i højere grad at der ikke blev talt om rusmidler. Kildemodellen lægger ikke vægt på, at der spørges systematisk til rusmiddelbrug i de enkelte samtaler, men at talen omkring rusmidler i højere grad "kommer ind ad bagvejen". Fokus bør ifølge modelejerne i høj grad være på det, som ligger bag ved forbruget:

"Men overordnet fungerer det godt, at behandler begynder med at forstå og anerkende den unge og ender med at forstyrre den unges forståelse af sit forbrug af rusmidler" (U-turn Københavns gennemgang af behandlingssamtalerne).

Det er således vigtigt ifølge kildemodellen at lade den unge selv definere rusmidlet som et problem. Behandleren skal i højere grad anerkende og være åben over for den unges forbrug med en ikke-fordømmende tilgang til forbrug.

Rådgivning kan være en del af samtalerne og kan være forskellige emner, som eksempelvis psyko-, sundheds-, stof- og seksualundervisning og seksualoplysning og -rådgivning. Behandlerne er blevet undervist i de forskellige elementer i projektperioden. Modelejernes gennemgang af behandlingssamtaler fremhævede et eksempel på, hvordan rådgivningsdelen kan ske i en behandlingssamtale:

"Til sidst i samtalen snakker behandler lidt edukativt om følelser, hvor [behandler] træder i ekspertposition på et godt tidspunkt, som viser omsorgsfuldhed, og det er rart for den unge at høre om i denne følsomme situation. Hjælper med at sprogliggøre og anerkende svære følelser, som ligger bag ved brugen af rusmidler" (U-turn Københavns gennemgang af behandlingssamtalerne).

Som tidligere nævnt understreger modelejerne vigtigheden af, at mennesket skal komme før metoden. Hvis det er *"metoden før mennesket"*, er der risiko for, at samtalen opleves som uvedkommende for den unge, og at behandleren glemmer at lytte til den unge på grund af det stringente metodefokus og egen plan for samtalen.

I henhold til kildemodellen bliver behandlerne ikke præsenteret for ét metodeapparat eller sæt metoder i løbet af undervisningen. En behandler beskrev de nye redskaber, som var blevet en del af samtalerne:

"[jeg har fået] mange små samtalemodeller. Et eksempel på noget nyt: Det er noget med at bruge billede- og videodokumentation, hvor vi har lavet videoer sammen med de unge" (kommentar fra det afsluttende spørgeskema).

En leder fortæller også, at de har samlet de forskellige redskaber *"og lavet en redskabsmappe"* (lederinterview). De oplever, at undervisningen har givet behandlerne hos dem en øget metodebevidsthed:

"det har gjort, at vi har fået sat nogle ord på, hvad det er, vi gør. Selvom aktiviteter er vigtige, så er det også vigtigt at tale med de unge" (lederinterview).

Mens denne leder fortæller, at deres behandlere er blevet mere metodebevidste efter undervisningen, efterspørger en anden leder mere metodik i undervisningen:

"hvis du tænker på metodikker, så tænker jeg, der har været meget lidt. Der har været en hel dag om narrativ, men det var jo ikke decideret hvordan. Der fik vi en smule træning, men ligefrem at sige, at vi er undervist, så man kan gå ud og bruge det. Det tænker jeg ikke. Så på den måde tænker jeg faktisk, at det nærmest er en præmis for at kunne gå ind i en U-turn-model. [...] at [behandlerne] på forhånd var uddannet i løsningsfokuserede samtaler, kognitiv metode og systemisk tilgang" (lederinterview).

Modellen fordrer således ifølge denne leder, at behandlerne er veluddannede på forhånd, fordi undervisningen i høj grad går på modellens strukturelle elementer og rammer, og hvad U-turn-modellen

tilbyder, mens det er komplekst at jonglere metoderne i kildemodellen i møderne med de unge. Behandlerne på tværs af de fem tilbud har forskellige baggrunde, som også er forankret i karakteren af det tilbud, som skal udvikles i de forskellige kommuner, hvor nogle tilbud i udgangspunktet er mere samtaleorienterede og funderet i en behandlingsorganisation, er andre mere socialpædagogisk eller familieorienterede i deres møder med de unge før projektstart. Det er altså forskelligt, hvad behandlerne kommer med som udgangspunkt for læring og anvendelse af specifikke samtaleelementer i mødet med de unge. Eksempelvis har nogle behandlere en narrativ og familieorienteret tilgang, men har været udfordret i forhold til samtaler om rusmidler og stof-education.

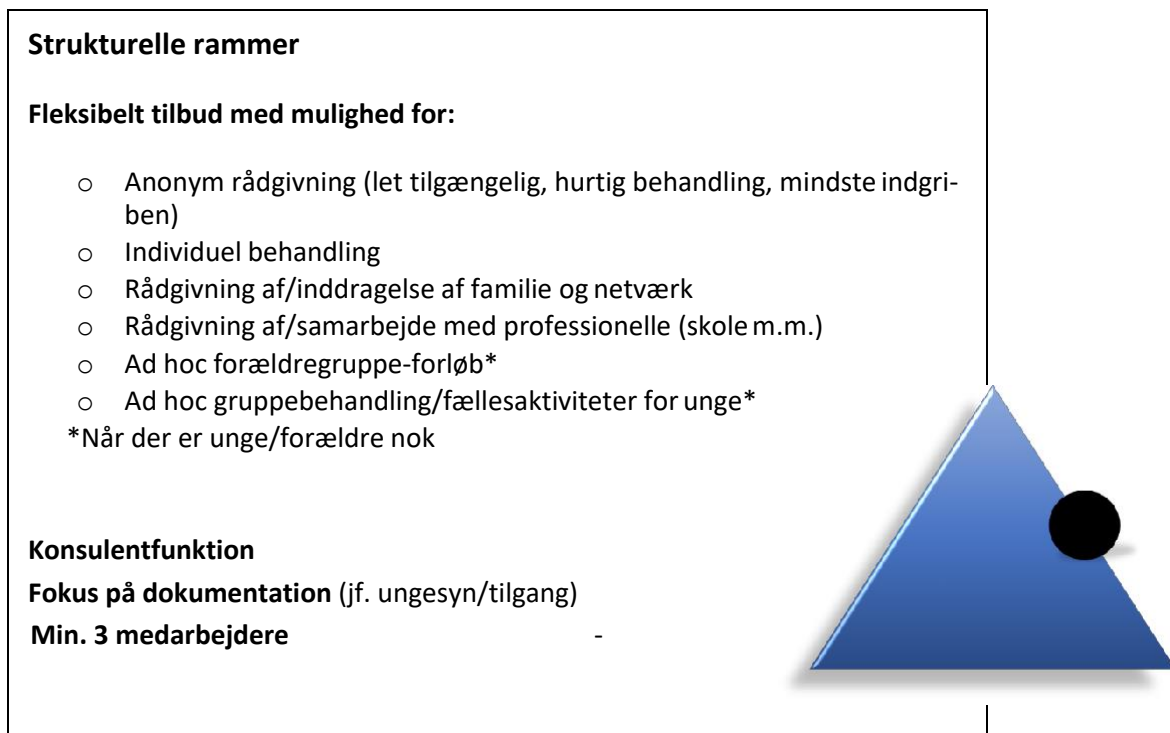
Implementeringsfidelitet

I undervisningen blev behandlerne præsenteret for forskellige metodiske samtalemodeller, der kunne anvendes i tråd med kildemodellens ungesyn/fundament. I ovenstående analyse blev det tydeligt, at nogle af elementerne fra undervisningen blev implementeret i kommunernes praksis om end på forskellig vis behandlerne i mellem. Når vi skeler til de metoder, som behandlerne angav, at de anvendte før undervisningen, ses det også, at behandlerne er bekendte med metoderne i kildemodellen, og spredningen i antal anvendte metoder tyder også på, at de er vant til at anvende et udvalg af metoder. Det kræver dog også et rigtig godt fagligt og metodisk stærkt fundament hos den enkelte behandler, når denne i praksis skal kunne jonglere med forskellige metoder i overensstemmelse med kildemodellens ungesyn, hvor mennesket kommer før metoden.

Den socialpædagogiske tilgang er også et vigtigt metodisk greb i kildemodellen. Dette er ikke behandlet i dette afsnit, men beskrives i følgende afsnit, hvor de strukturelle rammer undersøges.

C. Strukturelle rammer, U-turn-kommunerne

I dette afsnit undersøges, hvordan behandlerne anvender de strukturelle rammer som en del af kerneelementerne. De strukturelle rammer i U-turns-kildemodellens udgøres af de forskellige tilbud til de unge, og det er særligt vigtigt at have et fleksibelt, varieret og attraktivt tilbud, så den unge ikke kun mødes på én måde, eksempelvis i det klassiske samtalerum. Der bør være anonym rådgivning, individuel behandling, inddragelse af pårørende og professionelle, gruppeforløb og forældregruppe:



Figur 20. Strukturelle rammer som et kernelement i U-turn

Disse forskellige typer af aktiviteter med unge, forældre eller pårørende er registreret i logbogen (Se beskrivelse af logbogen i *Evalueringdesign og -metode*), hvorfor analyserne i dette afsnit vil inddrage analyse af logbogsdata. I logbogen blev behandlerne spurgt om konteksten for aktiviteten, hvilket kan belyse de forskellige måder at mødes med de unge. Behandlerne i slutningen af projektet blev spurgt om anvendelse af de enkelte strukturelle rammer. Dette inddrages også i analyserne. Anvendelse af elementerne vil derfor blive belyst både via logbog, som afspejler hele projektperioden, og ved spørgeskema, som afspejler slutningen af projektperioden. Begge dele er relevant, fordi nogle elementer kan være introduceret i løbet af projektperioden, da undervisningen i U-turn-modellen foregik under hele projektperioden.

I første omgang skal implementeringen af de forskellige aktivitetstyper belyses ud fra, hvilke aktiviteter behandlerne angiver, de anvender til sidst i projektperioden (se spørgeskema, bilag 4). Følgende tre aktiviteter angives at være de mest anvendte aktiviteter.

Tabel 11: Hvor ofte anvender du disse elementer i dag?

Tre mest anvendte	Meget ofte/altid* (n=23)
Individuelle samtaler	83 %
Inddragelse af andre professionelle	48 %
Anonym rådgivning	44 %

*Svarmulighederne er aldrig, en gang i mellem, ofte, meget ofte, altid eller ikke relevant

Individuelle samtaler var således den aktivitetstype, som i størst omfang blev anvendt, da 83 % af behandlerne svarer, at de "meget ofte" eller "altid" havde denne aktivitet i forbindelse med et behandlingsforløb. Halvdelen af behandlerne (48 %) inddrog "meget ofte"/"altid" andre professionelle og næsten det samme i forhold til anonym rådgivning.

Men én information er, at det blev anvendt ofte, hvilket er interessant i forhold til implementeringsgraden, men noget andet er, om behandlerne anså den enkelte aktivitet for anvendelig og brugbar. At aktiviteterne også blev oplevet som brugbare, vil formentligt sikre, at de videreføres efter projektets afslutning. De tre mest anvendelige elementer ifølge behandlernes besvarelser var "individuelle samtaler", "inddragelse af pårørende" og "inddragelse af andre professionelle". Ud over disse tre elementer kan det tilføjes, at 83 % også svarer, at anonym rådgivning i høj grad/i meget høj grad er anvendeligt og brugbart.

Nedenstående tabel viser, at alle tre elementer anvendes i alle kommuner (fem af fem kommuner i kolonne 3). Dernæst ses antallet af unge i anonym rådgivning (kolonne 4), som har fået de tre typer af aktiviteter. Dette tal viser, at anonym rådgivning anvendes rigtig meget som element, da antallet af unge i anonym rådgivning er stort sammenlignet med det samlede antal af indskrevne (= 137 fra tabel 6). U-turn-kildemodellen angiver da også, at anonym rådgivning er indgangsdøren for de fleste, og at en del færdigbehandles her – dvs. at projektkommunerne arbejder med en tidlig indsats og en mindste indgriben forståelse. Til sidst ses, hvor mange af de unge indskrevet i behandling der har fået de tre aktivitetstyper, mens sidste kolonne viser, hvor mange procent af det samlede antal indskrevne det svarer til, som har fået aktiviteten, eksempelvis inddragelse af pårørende.

Tabel 12: Logbogsdata

Top 3 elementer	Anvendelighed: I høj grad /i meget høj grad	Kommuner	Antal unge anonyme (logbog total)	Antal unge indskrevne (logbog total)	% af de ind- skrevne som har fået ele- mentet
Individuelle samtaler	96 %	5	342 (751)*	129 (1010)	92,8 %
Inddragelse af forældre/pårørende	91 %	5	127 (430)	33 (99)	23,7 %
Inddragelse af andre professionelle	83 %	5	34 (78)	54 (216)	38,8 %

*Tallene i anonyme inkluderer ikke første samtale, da det ikke registreres, hvorvidt denne foregår i samtalerum eller pr. telefon. Der har derfor reelt været et højere antal anonyme samtaler, end det fremgår af tabellen.

Der blev givet individuelle samtaler til flere unge i anonym rådgivning end til indskrevne (se øverste række i tabel 12). Her ses det, at 342 unge fik 751 samtaler. Der var ligeledes flere unge i anonym rådgivning end blandt de unge indskrevet i behandling, som fik pårørendeinddragelse (anden række). Nogle af de indskrevne kan dog have fået pårørendeinddragelse, før de blev indskrevet i behandling. Her tilbød nogle af kommunerne op til 10 anonyme samtaler. Dette er udtryk for, hvor forskelligt tilbuddene blev indrettet. Desuden kan behovet for pårørendeinddragelse også være et spørgsmål om alder, hvor jo yngre en målgruppe er, desto større vil behovet for pårørendeinddragelse også være. Der var flere blandt de indskrevne, der fik inddragelse af professionelle (38,8 %). Såvel pårørendeinddragelse som inddragelse af netværk vil blive uddybet yderligere i det følgende.

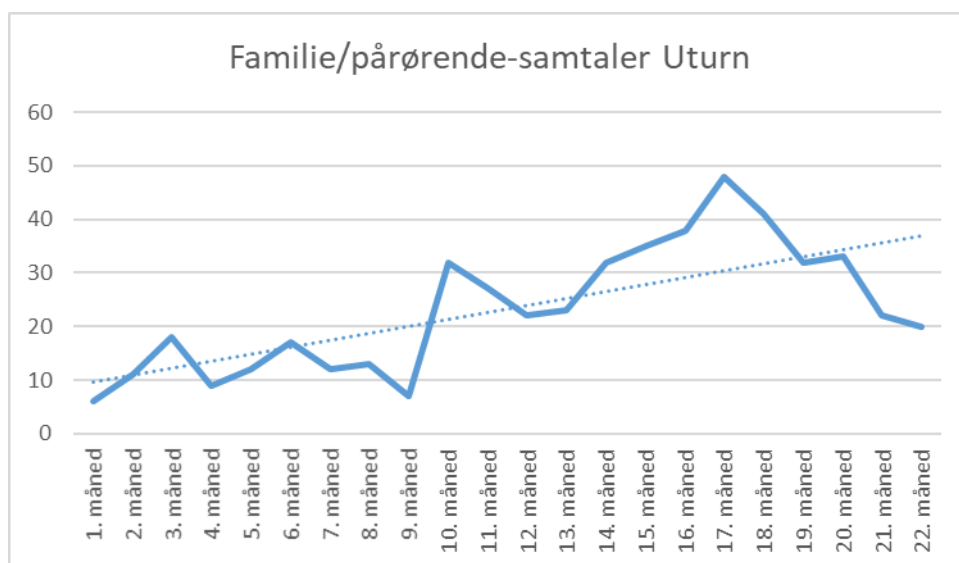
Inddragelse af familie og netværk

Som nævnt er en væsentlig del af U-turns fundament (ungesyn, helhedssyn) at inddrage familie og pårørende i behandlingen. Dette belyses, som vist ovenfor, ved hjælp af registreringer i logbog. At der kun blev inddraget forældre/pårørende for 23,7 % af de indskrevne unge (tabel 12 ovenfor) virker som et lavt tal, hvis det sammenholdes med, at 91 % af behandlerne mente, at elementet i høj grad/i meget høj grad var anvendeligt. Der var 55 (af de 137 indskrevne), der var hjemmeboende⁴ ved indskrivning i behandling, og heraf fik 32,7 % minimum én gang inddraget pårørende i løbet af indskrivningsforløbet.

Nedenfor er det derfor undersøgt, hvornår behandlerne har registreret "inddragelse af familie og netværk" som en aktivitetstype i løbet af projektperioden. Baggrunden for, at det er interessant, er,

⁴ Har angivet hjemmeboende som boform i UngMap ved indskrivning

at undervisningen i de forskellige aktivitetstyper er sket løbende med projektet. Dermed er behandlere først blevet undervist i nogle af aktivitetstyperne senere i projektperioden, og det giver derfor mening, hvis det ikke er fra starten af projektet, at der er sket en implementering af den enkelte aktivitet. Desuden er det også almindeligt, at det tager lidt tid fra undervisning, til behandlere bliver komfortable med at anvende enkelte elementer. I nedenstående figur er forløb 1 og 2 kommuner slået sammen, så vi får et samlet billede af en projektperiode og dermed en større volumen. I grafen ses både registreringer for anonyme og indskrevne forløb med en stigende tendenslinie (min. seks og max. 48 på en måned i alle fem kommuner).



Figur 21. Antallet af samtaler med pårørende

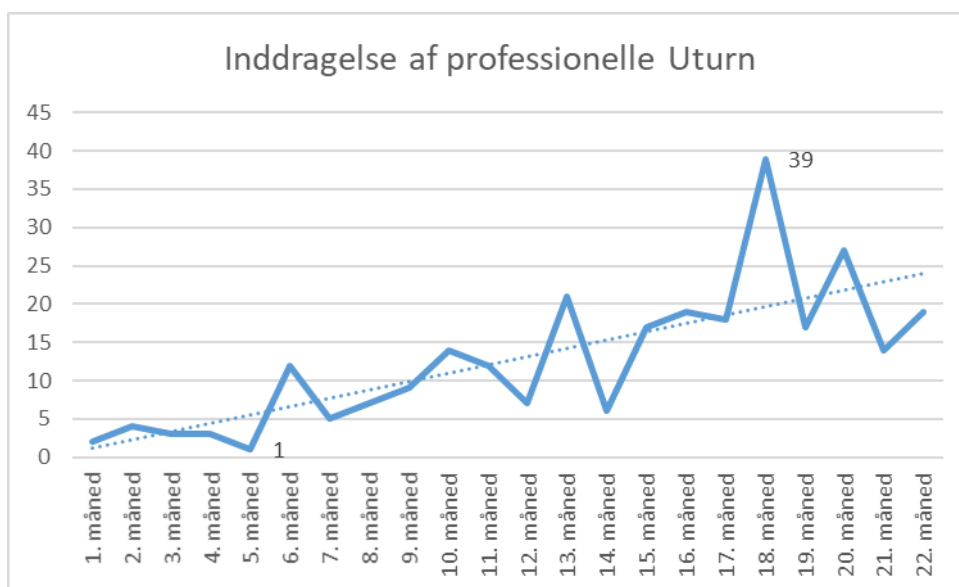
Det ses tydeligt, at elementet blev anvendt fra start, men også at der skete en stigning i projektets 10. måned, hvor elementet faktisk blev anvendt i højere og højere grad (se tendenslinie). Det ser ud til at dykke hen imod projektførløbet 22. måned, hvilket kan have skyldtes sommerferie, hvor der typisk er en generel nedgang i aktiviteterne. Inddragelse af netværk kan være konkret inddragelse, som det ses ovenfor, hvor pårørende inviteres ind som deltagere. Det kan dog også være, at det indgår i en samtale som tema, hvor der tales om netværket, når eksempelvis en mor inviteres med til en samtale. Et eksempel på netværksinddragelse i en anden form var en U-turn-samtale, som model-ejerne fremhævede, da behandleren inddrog netværk således:

"[Behandleren] introducerer ensomhed og prøver at snakke venner, f.eks betydning, brug af venner, omgang med venner osv. Trækker tråde til tidligere samtaler, som indikerer, at venner/ensomhed er et relevant tema." (Modelejernes gennemgang i behandlingssamtalerne).

Inddragelse af professionelle

Et andet kerneelement er inddragelse af professionelle, som er blevet implementeret på den måde, at behandlerne som tidligere nævnt brugte det meget og fandt det meget anvendeligt (tabel 12). 39 % af de indskrevne i U-turn-kommunerne (n=137) har fået min. én registrering med inddragelse af professionelle i logbogen.

I figuren nedenfor anvendes samme analyse som ovenfor vedrørende inddragelse af familie og netværk, fordi det giver mulighed for at se, hvornår i projektperioden netop denne aktivitet anvendes. Der er medtaget registreringer i både anonyme forløb og indskrevne forløb. Der ses et min. af registreringer i projektets femte måned (1) og et max. på 39 i projektets 18. måned (alle kommuner).



Figur 22. Antallet af gange, hvor samarbejdspartnere er inddraget

Figuren viser, at inddragelse af professionelle først for alvor blev implementeret i slutningen af projektperioden. Der var mindre end fem aktiviteter i projektets fem første måneder. Det er også tydeligt, at inddragelsen øges mere og mere i løbet af projektperioden (stigende tendenslinje), så der sker mere inddragelse af professionelle, som projektet skrider frem. Figuren viser altså, at det tager lidt tid at starte elementet op, måske også fordi kommunerne har mange nye arbejdsgange, der skal introduceres samtidig. Men der er blevet arbejdet med elementet, og elementet implementeres.

Et forløb for en ung, U-turn-kommunerne

Udover at se på hvornår aktiviteterne implementeres i projektkommunerne, kan anvendelsen af de

forskellige aktivitetstyper anskues ved at se nærmere på de unges behandlingsforløb, og hvilke aktiviteter de fik. Det kan give et billede af indholdet af de unges U-turn-forløb, herunder både hvad der typisk blev tilbudt, og hvornår det kom i spil. Logbogsregistreringerne viser, at der var stor variation i, hvor mange kontakter og aktivitetstyper de unge havde i et behandlingsforløb. I denne analyse opdeles aktivitetstyperne i følgende kategorier:

1. Individuelle samtaler
2. Familiesamtaler
3. Kontakt med andre professionelle sammen med den unge
4. Kontakt med andre professionelle uden den unges tilstedeværelse

I nedenstående er der fokuseret på de første 10 kontakter for hver ung for at se, om der sker en udvikling i aktivitetstyperne. Det er udregnet på den måde, at alle de unges første kontakt samles ud fra deres første logbogsregistrering, samt hvilken type aktivitet denne første kontakt var. Det kan være, den unge fik en individuel samtale, eller at familien allerede blev inddraget ved første kontakt. Nedenstående tabel er således tal for, hvor mange unge der eksempelvis fik individuelle samtaler ved den første kontakt og frem til den tiende kontakt. Der var unge, som stoppede i behandlingen allerede efter kontakt nummer to eller efterfølgende, og dermed ikke møder op flere gange i U-turn. Tallene skal læses således, at den første kontakt for 116 af de unge var en individuel samtale. Seks af de unge havde en familiesamtale som den første kontakt, mens der for 10 unge var inddragelse af andre professionelle, og for to unge var der kontakt med andre professionelle, uden at den unge var tilstede. Efter data var blevet bearbejdet og organiseret på denne måde, var der logbogsregistreringer på 134 unge, som indgår i nedenstående tal.

Tabel 13: Aktivitetstyper for de unge i forløbene (n=134)

Antal unge og aktivitetstypen i hver kontakt					
	Individuel samtale	Familie/pårørendesamtale	Prof. m/ung	Prof. u/ung	Frafald (stoppet i behandling)
1	116	6	10	2	0
2	106	7	7	5	9
3	103	7	2	3	19
4	90	9	4	3	28
5	82	7	7	3	35
6	81	7	3	5	38
7	77	3	6	3	45
8	76	4	5	0	49
9	66	0	6	2	60
10	58	0	5	5	66

Tabellen viser for det første, at der ikke er nogen aktiviteter, som især ligger i starten af eller senere i behandlingsforløbet. Det, som er langt størstedelen af kontakterne, er de individuelle samtaler. Inddragelse af professionelle sker i højere grad sammen med den unge, og sker lidt løbende i løbet af de første 10 kontakter. Der er ikke et tidspunkt, hvor denne form for kontakt fylder mere overordnet set. Samtaler med familie og pårørende ligger for de fleste kontakter vedkommende i starten af forløbene inden den niende kontakt, herefter dukker de mere uregelmæssigt op.

Fleksibelt tilbud og socialpædagogiske aktiviteter

Ud over disse aktivitetstyper er en central del af de strukturelle rammer, at der blev etableret et fleksibelt tilbud i forhold til, hvordan de unge mødes. Unge, der ikke profiterede af samtaler i et samtalerum, kunne således i stedet indgå i socialpædagogiske aktiviteter. I analysen inddrages først behandlernes angivelser af, hvor meget de har anvendt de enkelte elementer. Dernæst inddrages konteksten for aktivitetstypen, som er registreret i logbogen. Denne analyse skal vise de forskellige kontekster for behandlernes møder med de unge i løbet af projektperioden.

Behandlernes angivelser af disse elementer viser, at det var en del, som kun i mindre grad blev implementeret. Faktisk viser tallene i tabel 14, at elementerne var blandt de mindst anvendte og mindst anvendelige. Blandt de tre mindst anvendte elementer var således det at være sammen om

en aktivitet og at arbejde kreativt med de unge (i begge tilfælde anvendte 52 % det "aldrig"/"sjældent"). Det kan tyde på, at elementet i mindre grad er implementeret. De er også blandt de elementer, som behandlerne vurderer som mindst anvendelige. Det kan også skyldes, at det er svære elementer at anvende i praksis.

Tabel 14: Tre mindst anvendte elementer samt hvor anvendelige behandlerne ser elementerne (n=23)

	Aldrig/engang i mellem	Tre laveste anvendelighed	Slet ikke/i mindre grad
Forældregrupper	65 %	Sammen om aktivitet	17 %
Sammen om aktivitet	52 %	Arbejde kreativt med de unge	17 %
Arbejder kreativt med de unge	52 %	Mødes i andre kontekster	13 %

For at belyse dette yderligere inddrages analyse af logbogsdata, hvor det er muligt at se, hvad behandlerne har registreret i løbet af projektperioden. I næste tabel ses angivelse af kontekst for kontakten med den unge i enten anonym rådgivning eller indskrevet forløb. I kolonnen kommuner ses antallet af kommuner, der har registreret den enkelte kategori i logbogen. Dernæst ses antallet af unge i anonym rådgivning, som fik en aktivitet i pågældende kontekst (f.eks. er 342 unge blevet registreret 751 gange i samtalerum), og sidst hvor mange unge indskrevet i behandling der mødtes med behandler i den pågældende kontekst (f.eks. er 129 unge blevet registreret 1010 gange i samtalerum).

Tabel 15: Kontekst for mødet mellem ung og behandler

	Kommuner	Unge i anonym rådgivning (antal logbogsregistreringer)	Indskrevne unge (antal logbogsregistreringer)
Samtalerum	5	342 (751)	129 (1010)
Værksted	3	15 (18)	18 (73)
Gåtur	4	18 (31)	37 (103)
Cykeltur	1	3 (5)	1 (2)
Hjemmebesøg	4	20 (28)	10 (22)
Biltur	3	3 (7)	12 (37)
Træning	4	3 (5)	10 (19)
Samtale udendørs	4	8 (9)	14 (36)
Madlavning	2	2 (2)	4 (33)
Anden kontekst	5	28 (49)	36 (216)

Kategorien "andet" er særlig stor for de indskrevne og afspejler, at listen over mulige kontekster

(måder at møde den unge) er udtømmelig, idet det enkelte møde defineres af behandleren og den unge. I de anonyme rådgivningssamtaler er totalen for øvrig kontekst end samtalerum 154, mens den er 541 for de indskrevne. Det er altså hovedsagligt i de indskrevne forløb, at der tages andre aktiviteter/kontekster i brug end samtalerum, og tallene viser også, at behandlerne træder ud af samtalerummet og mødes med de unge på andre måder.

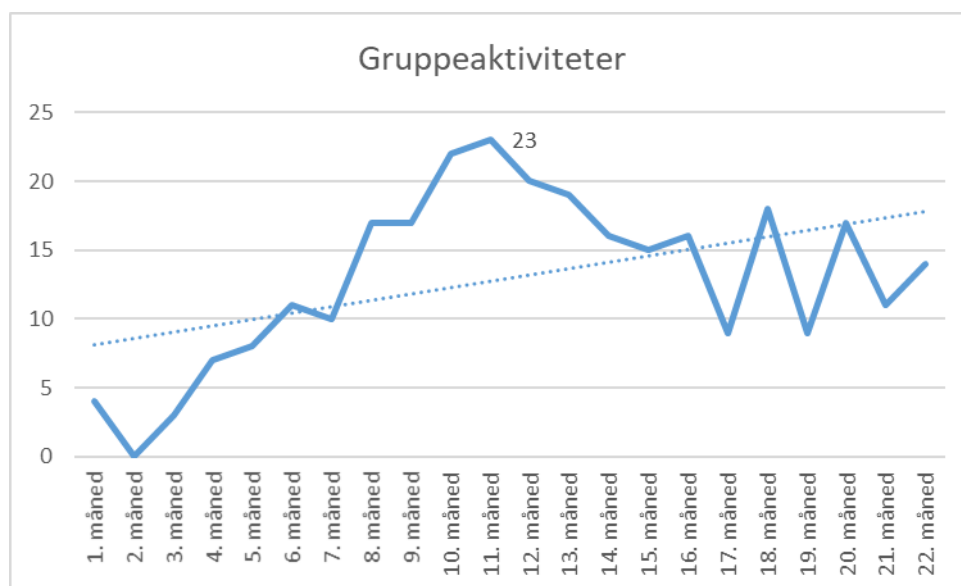
En leder uddyber, at det også handler om, hvordan behandlerne har været vant til at arbejde:

"Det handler også om medarbejdernes præferencer, hvor nogle har haft det godt med at sidde i terapirummet, men nu er alle begyndt at tage del i aktiviteter" (lederinterview).

Medarbejdernes præferencer spiller også ind på selve implementeringen, og det at det tager tid at tage nye elementer til sig for behandlere, som har deres erfaring, faglighed og arbejdsgange, som den nye læring skal tale ind i. Som før beskrevet har nogle behandlere i dette projekt i højere grad været vant til at arbejde med behandling i et samtalerum, mens andre har mest erfaring i at mødes med unge om socialpædagogiske aktiviteter.

Gruppeaktiviteter, fælles og anden kontekst

I forlængelse af kontekst er det relevant at inddrage gruppeaktiviteter som element, som også belyses ved at se på analyser af logbogsregistreringer. Det kan i nogle kommuner være en udfordring at matche nok unge til en hel gruppe, da der også skal være unge nok, der vil indgå i gruppen. I følge kildemodellen er det vigtigt, at gruppe- eller fællesaktiviteter oprettes ad hoc, når der er unge til det og interesse for det. Nedenfor ses en figur, der viser spredningen af gruppeaktiviteter i løbet af projektperioden for alle fem kommuner:

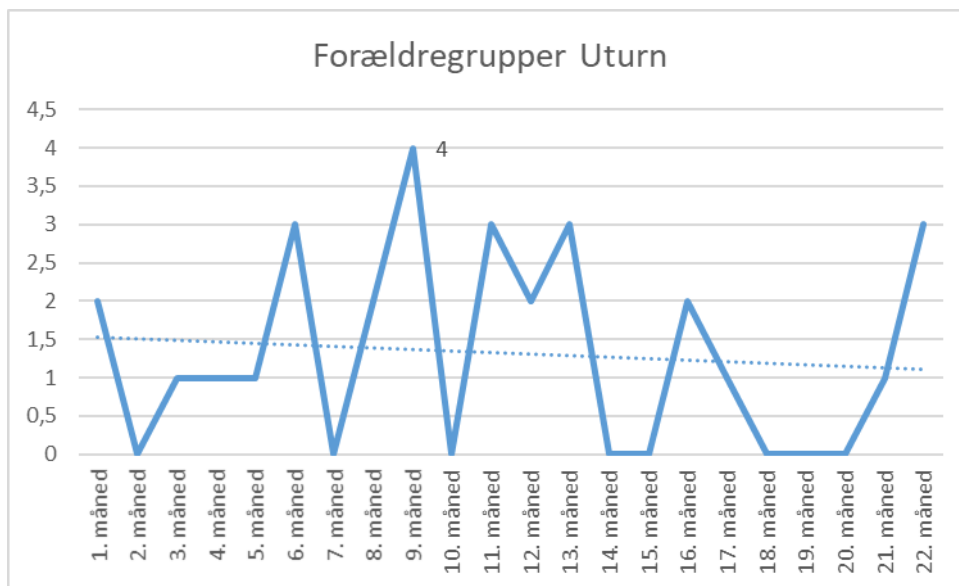


Figur 23. Gruppeaktiviteter i projektførløbet

Igen ses det, at det tog lidt tid at få elementet i gang, og antallet af grupper steg løbende særligt i projektperiodens første år (igen er data fra begge forløb inddraget for at give større volumen). Elementet havde færrest registreringer i starten og steg i løbet af projektperioden. Stigninger og fald kan være et udtryk for, at gruppeaktiviteterne ikke alle er implementeret som ugentlige grupper, men at der også er andre typer af fællesaktiviteter, som eksempelvis et arrangement eller en udflugt. Med et minimum på ni forskellige fællesaktiviteter vil der formentligt gemme sig enkelte faste grupper fra de større tilbud, mens de små tilbud vil have sværere ved at oprette faste ugentlige gruppeaktiviteter. Elementet kan derfor siges at blive anvendt i kommunerne med max. 23 registreringer i projektets 11. måned. Der var altså 23 registreringer af fællesaktiviteter, hvor der deltog mere end to unge fordelt på fem kommuner.

Forældregrupper

Forældregruppe er et tilbud til forældre, når der er forældre nok til at lave en gruppe. Er der ikke nok til at have det som en fast aktivitet, kan forældregruppe oprettes ad hoc. Analysen nedenfor tager udgangspunkt i registreringer i logbogen. Som grafen viser, var der kun få registreringer på forældregrupper, og det ligger gennemsnitligt mellem en-to forældregruppe pr. måned fordelt på fire kommuner. Disse fire kommuner har registreret min. én forældregruppe og har altså afprøvet elementet i et eller andet omfang, men vi kan ikke identificere en fast frekvens i de fem kommuner. Der er afholdt i alt 25 samlinger af forældre i grupper i fire af de fem kommuner.



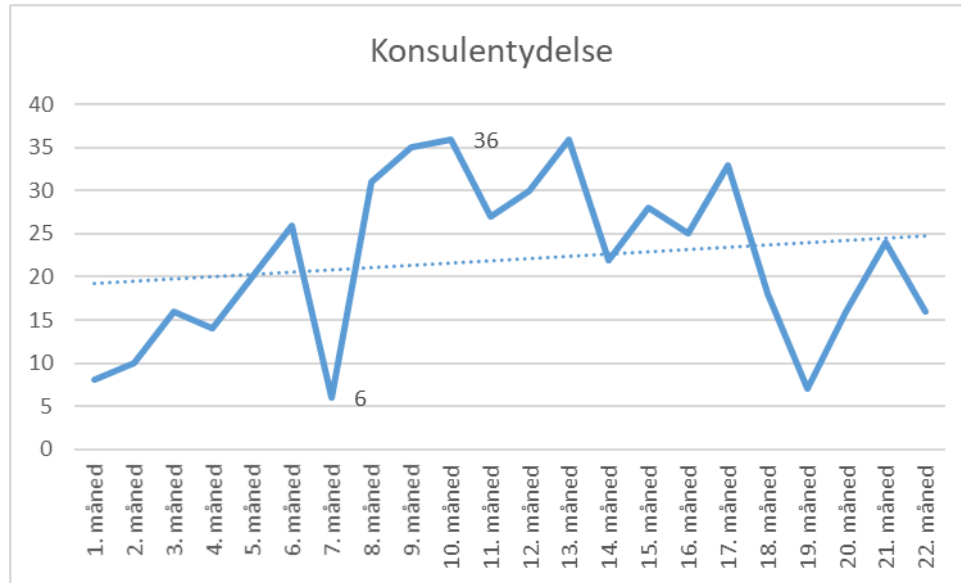
Figur 24. Antallet af forældregrupper

Når behandlerne spørges til anvendelighed i spørgeskemaet til sidst i projektperioden, angiver de fleste, at elementet er brugbart, selvom vi ikke kan se det implementeret som fast element i undersøgelsesperioden. Nogle ledere forklarer, at det er et element, behandlerne er undervist i til sidst i projektperioden, eller at behandlerne har fokuseret på andre elementer først og derfor er kommet sent i gang med at implementere. Andre, at de ikke har fået registreret forældregrupper, selvom de har haft gruppegange. Der blev lavet et evalueringsskema, hvor forældrene kunne evaluere forældregruppertilbuddene, men det har desværre ikke givet data nok til at lave analyser.

Overordnet er der tilløb til at starte forældregrupper, men elementet har udfordret inden for projektets rammer og er derfor ikke blevet implementeret som et fast tilbud i de fem kommuner.

Konsulentydelse

Konsulentydelse er blandt kildemodellens strukturelle rammer og en del af undervisningsforløbene. I logbogen har behandlerne kunnet angive alle konsulenttydelser og nedenfor ses, hvordan de fordele sig i hele projektperioden for begge forløb og altså for alle fem kommuner.



Figur 25. Antallet af konsulenttydelser

Konsulentydelse kan være oplæg, dialog eller sparring på uddannelsesinstitutioner eller andre steder, hvor de unge er, og afholdes efter efterspørgsel. Formålet er, ud over vidensformidling, at komme ud, hvor de unge er, herunder at få fat i de unge, der ikke selv søger tilbuddet. Spredningen i figuren viser, at der har været arbejdet med elementet fra starten af projektperioden og fortsat bliver det hen imod projektafslutning.

Aktiviteten dykker til seks og syv i henholdsvis første og andet projektsårs sommerferie. Der er max. 36 registreringer i en måned i de fem kommuner, hvilket må anses for at være rigtig højt, når det tages i betragtning, at det er registreringer fra fem kommuner, hvor nogle er relativt små steder, samt det at medarbejderne også skal varetage andre opgaver som at møde de unge. Det er således et element som i høj grad er implementeret.

Fokus på dokumentation

Et led i kildemodellen er, at der er fokus på at dokumentere, og at dokumentationen anvendes aktivt til at se på praksis. Alle fem U-turn-kommuner har været gode til at indsamle data til evalueringsdelen af dette projekt. Det har været muligt for kommunerne at anvende de indsamlede data i behandlingsarbejdet. Om dette har fundet sted kan ikke afgøres. F.eks. har UngMap ikke været anvendt til systematisk at afdække behov til formulering af en behandlingsplan, og TEM har ikke været anvendt til at monitorere trivsel og rusmiddelforbrug for de indskrevne.

Implementeringsfidelitet

Spørgsmålet om implementeringsfidelitet i dette afsnit handler dels om, hvorvidt kommunerne anvender de enkelte elementer, og dels om ungetilbuddene er varierede i deres brug af aktiviteter og mødes med unge på forskellige måder og også inddrager pårørende og professionelle. Analyserne viser, at alle fem kommuner har arbejdet med de forskellige typer af aktiviteter rettet mod de unge: anonym rådgivning, individuel behandling og gruppeaktiviteter. Analyserne viser også, at behandlere arbejder med inddragelse af pårørende og professionelle, og at det tager lidt tid, før elementerne bliver en fast del af praksis. Det tager særligt tid, når helt nye elementer skal introduceres, som eksempelvis forældregrupper, som vi ikke kan vise, er blevet en fast del af implementeringsperioden, selvom behandlere anser det som et relevant element.

Der ses mange registreringer af konsulenttydelserne. Dette kan være udtryk for fremskudt rådgivning, og at konsulenterne arbejder på at gøre behandlingstilbuddet synligt for den potentielle målgruppe i en opstartsfasen. De mange registreringer vidner dog også om, at det er vigtigt, at alle tilbud sikrer en balance mellem konsulenttydelser og den individuelle behandling.

Aktiviteter såsom individuelle samtaler samt inddragelse af forældre/pårørende og andre professionelle er både blevet implementeret set i forhold til, at behandlere ofte har anvendt disse typer af aktiviteter, og samtidigt har anset dem for anvendelige og brugbare. Derimod er aktiviteter som forældregrupper, kreativt arbejde med de unge og mere aktivitetsbaseret samvær kun i mindre grad afprøvet og implementeret.

3.1.8. Sammenfatning: U-turn-kommunerne

De enkelte analyser og implementeringsfidelitet i de tre delanalyser viser en generel loyalitet over for elementerne i kildemodellen blandt ledere og behandlere i arbejdet med kerneelementerne i U-turn-modellen. Behandlere ser således en høj grad af anvendelighed af kerneelementerne i kildemodellen. Analyserne viser, at langt de fleste elementer er anvendt i praksis, men også at det tager tid at komme i gang med nye elementer, som der løbende undervises i (forældregrupper dog kun i meget lille grad og slet ikke som et fast element). Det er imidlertid sværere at spore det specifikke indhold af samtalerne/møderne med de unge, og hvordan dette har ændret sig i projektperioden. Selvom det har haft stort fokus i undervisningen, så er det svært at se, at det gøres på en bestemt måde på tværs af kommunerne, og hvordan det har flyttet sig. I tillæg hertil er det blevet påpeget, at selve supervisionen i højere grad har gået på implementeringsstøtte som det mest umiddelbare

behov, hvorfor der ikke har været samme supervision på sager og konkret anvendelse af den viden, som er formidlet i undervisningen.

Metode, ungesyn og fagligt fundament: Behandlerne præsenteres for en stor kompleksitet i forhold til at skulle praktisere ungesyn og samtalemetoder i praksis, idet der ikke er specifikke måder at gøre det på, men snarere er tale om et metodisk fundament, der skal bevæge og udvikle sig, alt efter hvad den unge og mødet med den unge kalder på.

Kildemodellen stiller således store krav til behandlernes øvrige erfaring med metoder og evne til at tænke og foretage valg. Behandlerne skal have et stort metodisk kendskab og være dygtige for at kunne tage metodevalg (metodejonglering) i de enkelte møder og situationer med de unge i overensstemmelse med fundament og metoder. På denne måde kommer metode og praktisk udførelse af fundament også til at afhænge af den enkelte medarbejders præferencer og kompetencer, som kan være fordrende for behandlerens engagement i mødet med den enkelte unge og give variation og fleksibilitet i tilbuddet, men også udfordre kvaliteten. Dette kan ikke mindst være en stor udfordring for et behandlingssystem, som har en høj grad af personaleflow og i særlig grad i et projekt som dette, hvor der er en kort tidsramme som betingelse, fordi det tager tid at mestre og kvalificere.

Interne betingelser: En stabil organisation har stor betydning for, hvor hurtigt og hvor effektivt elementer implementeres. Flere organisationer i U-turn-delen har været udfordret organisatorisk, enten fordi de først skulle godkendes som tilbud, skulle kæmpe for at eksistere parallelt med andre tilbud i kommunen eller som følge af ledelsesmæssige udfordringer. Desuden er to af fem tilbud lukket ned, selvom selve tilbuddene har haft ønske om at fortsætte (ét af disse er opstået igen i 2020). Ustabiliteten kan forklares med, at der har været en forskel på ideen om, hvad tilbuddets kerneopgave skulle være på tværs af medarbejdere, ledelse, organisation og modelejere. Kun en af de fem projektkommuner kan siges at have haft en stabil organisation i projektperioden, hvilket kan have stor betydning i forhold til en effektiv implementering.

Eksterne betingelser: Den interne ustabilitet kan også skyldes eksterne betingelser, såsom finansiering, politisk/forvaltningsmæssig understøttelse og lignende. Dette er dog ikke nærmere undersøgt i evalueringen.

Sammenfattende er Implementeringen af U-turn i de fem kommuner sket i meget varierende grad. Flere af kommunerne har oplevet såvel personalemæssig som økonomisk ustabilitet i deres organisationer, begrænsede ressourcer og for alle en kort implementeringstid. Dette kan have haft betydning for implementeringen. Andre har haft udfordringer med at rumme og implementere ugesyn og de mange strukturelle elementer, der skulle implementeres. Der kunne have været mere fokus på, hvor meget de enkelte kerneelementer skal fylde i organisationer af meget forskellig størrelse og betingelser. Samlet set har der været stor loyalitet til arbejdet med metoden i projektperioden.

3.2. U18-kommunerne

Som beskrevet i Del 2: *Evalueringdesign og -metode* er der en række interne og eksterne betingelser, som er afgørende for, hvor effektiv implementeringen er. Det har for eksempel at gøre med, hvor hurtigt kommunerne kan påbegynde arbejdet med specifikke aktiviteter, og om der er faktorer, der udfordrer, hvor let og svært det er at arbejde med aktiviteterne. Der skelnes mellem interne og eksterne betingelser (se også illustrationen af kerneelementer og betingelser sidst i kapitlet *Evalueringdesign og -metode*). Interne betingelser kan være kommunens øvrige ressourcer til behandling ud over projektmidler, behandlernes erfaring, målgruppe for tilbuddet, projektledelse med mere. Eksterne betingelser kan være organisatorisk placering, samarbejde med eksterne samarbejdspartnere, byens stofscene med mere.

Formålet med at beskrive kommunernes betingelser er ikke at afdække alle betingelser i alle kommuner, men at beskrive de betingelser, der har været en styrke eller barriere for implementeringen af kildemodellen U18 inden for dette projekts rammer (for beskrivelse af projektets rammer (se *Formål og rammer* i indledning). De datakilder, der vil blive anvendt, er dels 1) kvalitative interviews med ledere ved projektstart med fokus på tilbuddet før implementering og forventninger til implementeringen og 2) kvalitative interviews med ledere ved projektafslutning med fokus på erfaringer med implementeringsperioden, samt hvordan ungetilbuddet og interventionsaktiviteterne er ved projektafslutning samt 3) spørgeskema sendt til behandlerne før projektstart, hvor de blev spurgt til baggrundsoplysninger som uddannelsesbaggrund, nuværende anvendte behandlingsmetoder og anciennitet.

3.2.1. Organisation og ledelsesmæssig opbakning

Det er afgørende for implementeringen, hvor stabil og sammenhængende organisationen er, herunder en opbakning opad i systemet, hvor projektet prioriteres både i og efter projektperioden. Jo større stabilitet, sammenhæng i de enkelte organisationer og ledelsesmæssig opbakning, desto nemmere vil det være at lære, udvikle og implementere forandringer ind i eksisterende rammer og hverdag.

Et eksempel på, hvordan ledelsesaspektet kan virke fremmende eller hindrende, er problemstillinger relateret til det at have (eller ikke at have) en projektleder med erfaring fra behandlingsarbejde. I U18-kommunerne blev en projektleder ansat, men det var forskelligt, hvorvidt vedkommende havde

erfaring med behandlingsarbejdet. Dette havde forskellige betydninger. På den ene side var der aktiviteter knyttet til at implementere driften af projektet, som krævede en projektleder tæt på dagligdagen, således at behandlerne kunne fokusere på behandlingsaktiviteter, men på den anden side var det også vigtigt ifølge behandlerne, at de havde en projektleder, som var tæt på praksis og med indsigt i behandlingsarbejdet.

Der har været udskiftning af medarbejdere i projektgruppen i flere af kommunerne, og en kommune har også ændret på rollefordelingen og ansat ny projektleder. Dette har ifølge lederne forstyrret læringen og systematikken. Oplevelsen var, at jo mere ro der var i medarbejdergruppen og jo flere timer, de havde til at lære og afprøve elementerne i den nye indsats, desto bedre forløb implementeringen.

3.2.2. Målgruppe og rekrutteringsgrundlag

U18 Aarhus (kildemodellen) er et behandlingstilbud til unge under 18 år. Den fulde målgruppe i projektet er 15-25 år. Kommunerne har ansøgt, hvilken målgruppe de ønsker, at deres tilbud skal henvende sig til. Tre ud af de fem kommuner havde en målgruppe under 18 år, mens to kommuner ønskede at afprøve modellen på unge mellem 15-25 år. Når tilbuddet henvender sig til unge under 18 år, mindskes rekrutteringsgrundlaget, fordi der er færre i denne alderskategori. Når et tilbud henvender sig til unge under 18 år, gælder en anden lovgivning og andre krav til inddragelse af forældre og pårørende, hvorfor arbejdet omkring den enkelte unge kan være større.

Målgruppen har også betydning for effekt af behandling i forhold til rusmiddelbrug, idet det kan være vanskeligere at opnå effekt i målgruppen over 18 år end ved unge under 18 år.

3.2.3. Kommunens størrelse og udgangspunkt for at etablere tilbuddet

De fem projektkommuner har arbejdet med at implementere et ungetilbud, som er udviklet og etableret i landets andenstørste kommune. De fem kommuner er væsentligt mindre og har et mindre grundlag for rekruttering af unge. Kommunerne og modelejerne har derfor skullet skalere deres forventninger til, hvad de enkelte kommuner har kunnet tilbyde de unge, da kildemodellen har andre organisatoriske muligheder (og udfordringer) for at skabe variation i tilbuddet. Dette har krævet justeringer og fokusering undervejs i projektperioden, efterhånden som projektledere og behandlere fandt ud af, hvad der var muligt inden for deres rammer.

Det har været en styrke for U18-kommunerne, at fire af fem af projektkommunernes nye tilbud har været direkte tilknyttet til kommunens etablerede rusmiddelbehandlingstilbud. Det er således medarbejdere og en organisatorisk sammenhæng, som allerede arbejder med behandlingsindsatser. Derudover kan det tænkes, at der er bedre forudsætninger for kontakt til relevante samarbejdspartnere, end hvis der skal etableres et nyt rusmiddelbehandlingstilbud. Den sidste kommune har i stedet været tilknyttet myndighed og haft andre rammer, som kildemodellen skulle implementeres i.

3.2.4. Samarbejdspartnere

Kildemodellen er baseret på et tæt samarbejde med myndighedsniveauet, da modelejerne helt konkret var placeret i samme hus. Kun én af de fem kommuner har haft samme vilkår, og det har udfordret i større og mindre grad. I nogle mindre kommuner har afstanden til myndighed ikke været så stor, og arbejdet med at etablere tæt kontakt til myndighed har været uproblematisk, mens det for andre har været et stort arbejde, som kræver et vist fokus, og som nemt bliver personbåret og dermed afhængigt af samarbejdet mellem nuværende medarbejdere. Det kræver derfor et løbende fokus og særlig opmærksomhed ved medarbejderskift.

En enkelt kommune arbejder også med unge på tværs af andre kommunegrænser, hvilket betyder, at de har mange potentielle samarbejdspartnere:

”Vi [tilbuddet] tilhører ikke den samme kommune, som vi har adresse i. Vi har fem tætte samarbejdskommuner, og vi har et sted mellem 10 og 15 kommuner, der køber behandling her i huset. Det giver rent styringsmæssigt nogle helt forskellige vilkår. Vi har ikke én børne- og familieafdeling, vi samarbejder med, når vi snakker dem under 18 år. Vi har mindst fem og sandsynligvis nogle flere” (lederinterview).

Det fremhæves som tidskrævende at skabe gode kontakter til myndighed og samarbejdspartnere, hvis disse ikke er etableret på forhånd, men også som en stor fordel for arbejdet og arbejdsfordeling omkring den unge, når det lykkes. Som eksempelvis i en mindre kommune, hvor de oplever, at det tætte samarbejde gør, at de får mere fokus på kerneopgaven, fordi de fra start får lavet en god arbejdsdeling.

3.2.5. Behandlernes uddannelsesniveau før projektet

Først vises behandlernes anciennitet for behandling og dernæst uddannelse og brug af metoder før

projektstart. Det fortæller os om det faglige udgangspunkt for læring af indholdet i U18-modellen. Kun 11,1 % har under et års erfaring med behandling, mens 61,1 % har arbejdet med behandling i minimum fem år. Desuden har 66,7 % været i deres nuværende stilling i mellem et år og fem år, mens 22,2 % har været i stillingen i mere end fem år (gennemsnit på 3,21 år).

Tabel 16. Behandlerkarakteristika med alder og anciennitet

U18-kommunerne (n=18)	
Behandlernes gennemsnitlig alder	40,7 år
Antal år med behandling	7 år
Under 1 år	11,1 %
1-5 år	27,8 %
5+ år	61,1 %
Antal år i nuværende stilling	3,2 år
Under 1 år	11,1 %
1-5 år	66,7 %
5+ år	22,2 %

Behandlerstaben i de fem U18-kommuner lader derfor til at være præget af en vis stabilitet samt fundament for at arbejde med behandling.

Det faglige udgangspunkt har en betydning for læring og anvendelse af interventionsaktiviteterne i kildemodellen. Langt hovedparten af behandlerne har en mellemlang grunduddannelse som enten pædagog (44,4 %) eller socialrådgiver (27,8 %), som er suppleret med terapeutisk efteruddannelse, primært i form af kortere kurser og seminarer (73,9 % af samtlige 18 behandlere, der har svaret på spørgeskemaet før projektstart). 38,9 % har taget en terapeutisk efteruddannelse af minimum et års varighed, og varigheden på uddannelsen har været over to år for 17,4 % af de 18 behandlere.

Tabel 17. Hvordan så behandlernes uddannelsesbaggrund ud før projektet?

Grunduddannelse	n=18	Efteruddannelse	n=18
Pædagog	44,4 %	Kortere kurser/sem. (terapi)	73,9 %
Socialrådgiver	27,8 %	Terapeutisk udd. på 0-1 år	38,9 %
Sygeplejerske	5,6 %	Terapeutisk udd., min. 2 år	17,4 %
Psykolog	4,2 %	Diplom/master (ikke terapi)	21,7 %
Andet	16,7 %		

Desuden blev behandlerne før deres respektive projektstart spurgt til, hvilke metoder de anvendte i behandlingsarbejdet. De fik en liste med 26 valgmuligheder, hvoraf der er svaret på 19, desuden

har fire svaret andet. Nedenfor er en liste over de metoder, som er mest relevante i forhold til metoderne i U18-kildemodellen (se også beskrivelse af kildemodellen, Del 2).

Tabel 18. Anvender du nogen af følgende metoder?

Metoder	N=18
Kognitiv adfærdsterapi	88,9 %
Motivational interviewing	88,9 %
Støttende og rådgivende samtaler	88,9 %
Social færdighedstræning	61,1 %
Psykoedukation	55,6 %
Systemisk teori	38,9 %

Vi kender ikke de specifikke faglige udgangspunkter for at anvende metoderne i praksis, og heller ikke hvor meget eller hvordan de anvendes, men det tyder på, at der er et særligt kendskab til to af de fire fremhævede metoder i kildemodellen, kognitiv adfærdsterapi (88,9 %) og motivational interviewing (88,9 %), mens systemisk teori (38,9 %) og mentalisering også anvendes, men ikke af lige så stor en andel af behandlerne (bemærk at mentalisering ikke fremgik af listen). Desuden har en behandler angivet familieorienteret behandling, og to har angivet mentalisering under andet, som også er en del af kildemodellen U18.

3.2.6. Undervisning og implementering

Modelejerne har forestået undervisningen i U18-kildemodellen og kerneelementer. I den forbindelse har de oplevet en stor forskellighed i det faglige udgangspunkt, hvilket har udfordret i forhold til at ramme et fælles fagligt niveau i undervisningen, så det så vidt muligt opkvalificerede alle. Her fortæller U18-modelejerne:

"Det er jo faktisk dér, hvor rigtig mange komplikationer opstår [...] vi havde egentlig [...] en forventning om, at det var terapeuter, vi skulle ud til og også lidt lagt den forventning ind i U18-kontrakten, at de skulle hyre folk, der havde terapeutisk erfaring [...] Men det er måske også et vilkår [...] Havde vi stillet et krav til ét års kognitiv grunduddannelse, havde vi nok heller ikke fået så mange ansøgninger".

Dette er også bemærket af behandlere, hvor ikke alle dele undervisningsgange og detaljeringsgrad er oplevet lige relevante. Grunden til, at et krav om en et-årig kognitiv grunduddannelse formentligt ikke havde givet så mange ansøgninger, er, at behandlernes udgangspunkt for at arbejde med

metoderne i U18 i dette projekt afspejler feltet af kommunale behandlere i Danmark. Der findes ikke ét uddannelsesspor til at blive behandler, og derfor er feltet spredt med en høj andel, der har mellemlange grunduddannelser som pædagog og socialrådgiver suppleret med terapeutiske kurser.

I løbet af undervisningen har underviserne selv evalueret og tilpasset undervisningen. Evaluator har deltaget i undervisningen, men ikke deltaget i arbejdet med tilrettelæggelse, evaluering og tilpasning. Undervisningen i U18 er foregået i løbet af projektperioden sideløbende med implementering og måling. Undervisningen har taget udgangspunkt i UngMap, samtalemeter og guidelines (10/13 undervisningsdage). Desuden har sagskonsultation og supervision været en del af U18's implementeringspakke og er også en fast del af U18's strukturelle ramme, se figur 33. Her er sager, guidelines og implementering blevet drøftet. Desuden er afholdt ledelsessupervision med hver kommune. Det fordelte sig i første år af projektet med 11 supervisioner, 17 sagskonsultationer, 2 ledelsessparringer, 10 undervisningsdage i teoretisk fundament og guidelines, samt 3 ad hoc dage, hvor sidstnævnte havde fokus på det, som gav problemer i kommunerne. Det andet år var der lidt færre sagskonsultationer og undervisningsdage med 11 supervisioner, 11 sagskonsultation, 2 ledelsessparringer, 5 undervisningsdage i teoretisk fundament, samt 2 ad hoc dage.

Modelejerne fremhæver, at de generelt set har oplevet engagement fra behandlerne i undervisningen. De har løbende evalueret og tilpasset undervisningen og særligt øvelser, hvor underviserne demonstrerer praksis, har de fået god respons på. De har været glade for, at undervisningen var spredt ud over et år, hvilket har givet mulighed for at lære behandlerne at kende og tilpasse undervisningen. Det gør det mere fokuseret og nemmere at gå hjem og øve enkelte elementer i praksis, end hvis den fulde model skulle læres på kort tid:

"Det her lægger ikke op til, at man kan tage et kursus på fem eller 10 dage, du er nødt til at lære det undervejs" (U18-modelejerne).

Lederne i projektkommunerne oplever det ikke som samme fordel, fordi de løbende er nødt til at afsætte timer og ressourcer til undervisning, som går fra den øvrige drift. Derudover får behandlerne undervisning sent i perioden på elementer, der måles på fra starten af projektperioden. Lederne kan godt se fordelene i forhold til læring, fordi behandlerne har haft mulighed for at tage elementer i brug før undervisning, hvilket i stedet har givet praksiserfaring, som de kunne tage med ind i undervisningen.

Modelejerne har arbejdet på at fokusere læringen til de enkelte kommuner ved hjælp af supervision og sagskonsultationer, hvor sigtet har været at arbejde med specifikke udfordringer og kultur i de enkelte kommuner. Supervision blev anvendt af modelejerne som en implementeringsstøtte rettet mod deres specifikke udfordringer. Sagskonsultationer var dog et vigtigt "udviklingsrum" i kildemodellen ifølge underviserne:

"Man fremlægger som udgangspunkt nye sager, så der kommer et fælles kendskab til dem, og der kommer tværfaglige øjne på" (interview med U18-underviserne).

Den enkelte behandler fik et skema til at fremlægge og afslutte sager struktureret og systematisk. Dermed var der også et fælles forum for at tale om udfordringer og mulige veje at gå i forhold til konkrete ungesager.

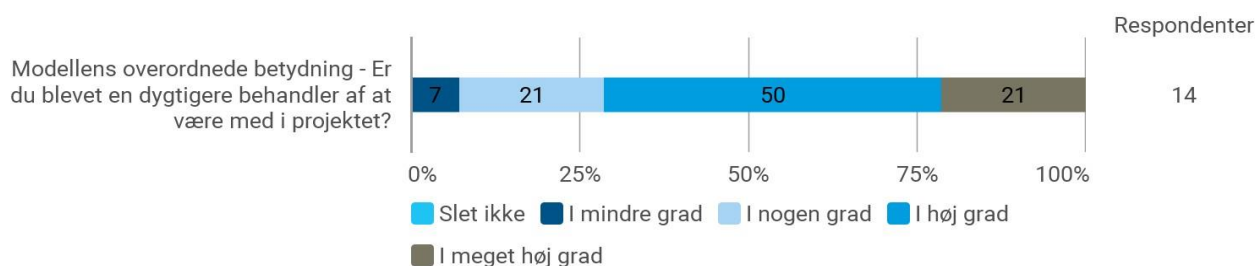
Underviserne oplevede i starten, at flere behandlere reagerede negativt på systematikken. Det var både i forhold til at praktisere interventionsaktiviteterne og systematikken i sagskonsultation. Dette ændrede sig dog i løbet af projektet, hvor modelejerne fik mere og mere positiv feedback fra behandlerne (interview med U18-underviserne). Modelejerne fremhævede i interviewet, at der var store forskelle på kommunerne og deres kulturer, hvilket også spillede ind på muligheden for at anvende samme grad af systematik, som kildemodellen indebar. Dette påvirkede ifølge modelejerne sagskonsultation og supervision, som måtte tilpasses de enkelte kommuner.

Set fra projektkommunernes side har modelejernes ønske om systematik været en stor del af implementeringen på godt og ondt. En projektleder fortalte følgende i opfølgingsinterviewet om deres reaktion på systematikken:

"Til tider kunne de [modelejerne/underviserne] være rigide i deres metode. [...] Og den her systematiske gennemgang med sagerne og tage dem op og diskutere dem og snakke om dem og undervisningen og metoden har jo været med til at være den her ekstra indsats, som man har brug for i en implementeringsfase, så på den måde er det godt. Så når jeg siger lidt rigid, er det faktisk positivt ment, fordi det har der været brug for" (lederinterview),

Det har således forstærket implementeringen af kildemodellen, at der har været en systematisk gennemgang af sagerne og løbende mulighed for supervision. Spørgsmålet er så, hvorvidt medarbejderne har opkvalificeret deres behandlingsindsats. Behandlerne svarede selv på, hvorvidt de oplevede, at de i slutningen af projektperioden var blevet dygtigere behandlere af at deltage i projektet. Som det kan ses af nedenstående figur, har 71 % af de 14 behandlere svaret, at de "i høj grad

eller i meget høj grad” er blevet dygtigere behandlere.



Figur 26. Er du blevet en dygtigere behandler af at være med i projektet?

Selvom det er relativt få svarpersoner, er der i denne delgruppe enighed om, at de har oplevet en opkvalificering og hovedparten en stor opkvalificering.

3.2.7. Implementering af kerneelementer

I dette afsnit vil vi undersøge, hvordan U18-kommunerne har arbejdet med kerneelementerne. Her anvendes den tidligere præsenterede trekant, som illustrerer de tre vigtigste aspekter af kerneelementerne. Det er kildemodellens a) fundament, b) metoder og c) strukturelle rammer. I det følgende inddrages forskellige kilder til at nuancere den praktiske anvendelse af de enkelte elementer, herunder særligt logbogsanalyser, spørgeskema sendt til behandlerne sidst i projektperioden, interviews med ledere efter projektafslutning og analyse af samtaler (lydoptagelser).

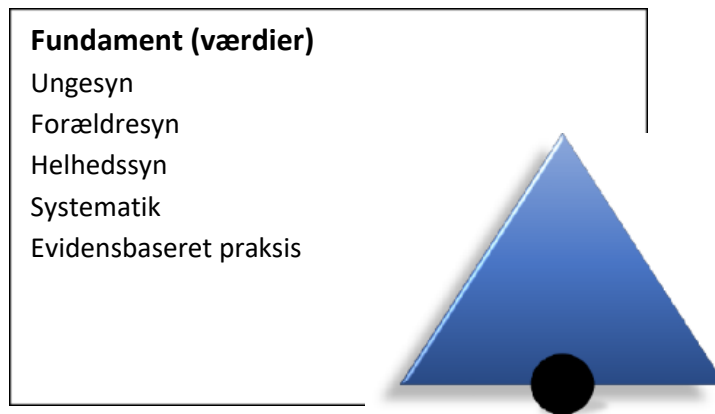
Det er ikke de respektive kildemodeller, der afprøves i denne evaluering, men kildemodellens kerneelementer i den kontekst, som modellen implementeres i. Den kontekst er, som beskrevet i afsnittet U18-kommunernes betingelser for implementering, forskellig fra kommune til kommune. Desuden er de forskellige implementeringsaktiviteter som nævnt ikke alle anvendt fra starten af projektperioden, fordi undervisningen har forløbet i hele projektets løbetid sideløbende med dataindsamling til evalueringen. Implementeringsevalueringens sigte er derfor at belyse, hvordan projektkommunerne har arbejdet med de forskellige kerneelementer.

Hvert af de nedenstående tre afsnit afsluttes med at samle op på implementeringsfidelitet. Fundene sammenfattes desuden til sidst i denne delanalyse.

Fundament, U18-kommunerne

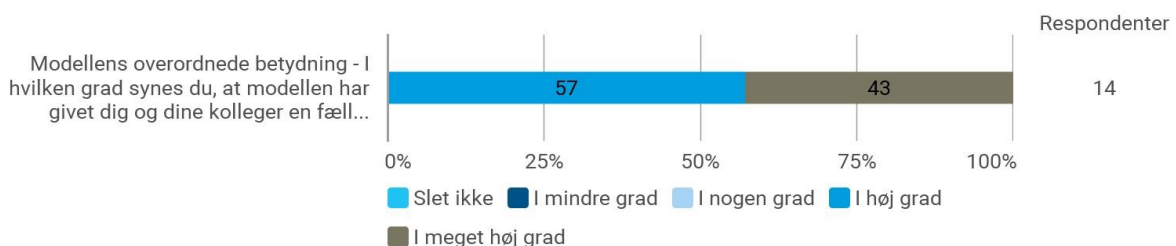
Kildemodellens fundament udgør som tidligere nævnt et ud af tre aspekter af kerneelementerne. Det er kildemodellens værdier, som gennemgående ligger til grund for den praksis, som implemen-

teres. U18-kildemodellen præciserer det værdimæssige indhold til ungesyn, forældresyn, helhedssyn, systematik og evidensbaseret praksis. Da der her er tale om værdier, vil analysen inddrage interviews med ledere og behandlere for at undersøge, hvordan ungesyn, forældresyn, helhedssyn og systematik har påvirket kommunernes praksis.



Figur 27. Fundament som et kerneelement i U18

Når der er tale om fundament og værdier, er det interessant at undersøge nærmere, om der er skabt et fælles fundament ved at implementere U18-kildemodellen. 14 behandlere i U18-kommunerne besvarede spørgeskema i slutningen af projektperioden, og selvom gruppen ikke er større, viser deres svar et entydigt billede, da de alle har svaret, at de "i høj grad eller i meget høj grad" har fået en fælles referenceramme. Med modellen oplever behandlerne i U18-kommunerne altså, at de har fået en fælles ramme og en fælles metode at arbejde ud fra, når de arbejder med de unge.



Figur 28. Har modellen givet en fælles referenceramme?

At der er skabt et fælles fundament blandt behandlerne, blev også fremhævet af en behandler/projektleder. Her fortæller projektlederen om, at de med U18's værktøjskasse har fået skabt et metodefællesskab:

"Det er jo sådan med et behandlingssystem, at hvis du ikke har noget, du går frem efter, så gør vi jo også det, der giver mening for os selv. Så det, at vi sidder rundt omkring samme bord og

diskuterer ud fra samme ramme og snakker om de samme opgaver og de samme udviklingspunkter omkring de unge, gør, at vi får samme sprog og samme tankegang i forhold til at være tro mod den metode, vi har implementeret" (lederinterview).

Ungesyn

Ungesynet er en vigtig og central del af kildemodellens fundament og er udtryk for, hvordan behandlerne ser de unge og deres problemer både i det første møde, under behandlingsforløbet og i mødet med samarbejdspartnere. Behandlere og ledere oplever ikke at være udfordrede i forhold til ungesynet i kildemodellen, men beskriver snarere, at deres ungesyn lignede modelejernes før opstart. Således er der forskellige udsagn fra lederne såsom:

"Vi vil rigtig gerne forstå de mennesker, der kommer, for jo bedre vi forstår dem, desto bedre kan vi hjælpe dem. Det, synes jeg, er den tilgang, vi har rigtig meget". "Kernen er rusmidlerne, men der kan være andre forhold f.eks i familien, som man må adressere" og her kommer helhedssynet også ind, hvor det drejer sig om at være nysgerrige, og "at vi skal tilpasse vores indsats til den unge, og ikke omvendt".

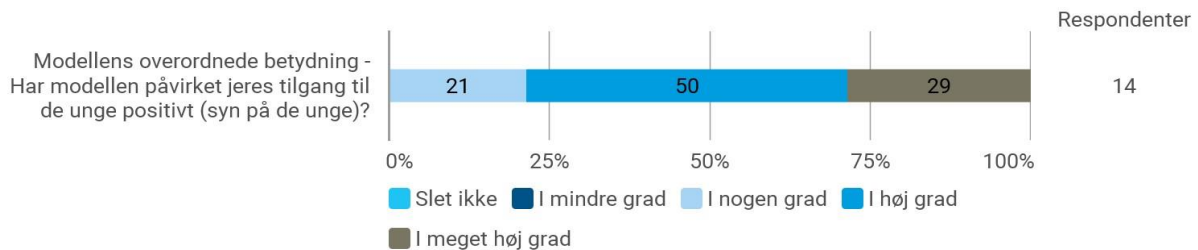
En anden leder fortæller, at medarbejderne er:

"blevet mere bevidste om, at vi ikke nødvendigvis skal behandle alle ens. Det kan godt være, modellen er ens, men indsatsen skal måske nuanceres lidt mere. For at behandle alle rigtigt, skal vi behandle dem forskelligt".

Der er ligeledes eksempler, fremhævet i lederinterviewene, på, at projektet har givet mulighed for at påvirke samarbejdspartneres ungesyn. Det fremhæver en leder på et af behandlingscentrene, hvor de er afhængige af, at samarbejdspartnere henviser unge til behandlingstilbuddet. Derfor har behandlingscentret haft stort fokus på at forklare forskellige samarbejdspartnere selve fundamentet og ungesynet for tilbuddet. Det har medført, at de unge allerede oplever kildemodellens tilgang og ungesyn, fra de møder ind hos eventuelle samarbejdspartnere og videre, når de henvises til behandlingen. Denne indsats fra det respektive behandlingscenters side opleves som vigtigt i forhold til at have et fælles fundament og undgå sammenstød med samarbejdspartnere, eksempelvis i forhold til myndighed, hvor tilgangen til unge og rusmidler traditionelt set har været en anden, som udfordres af ungesynet i kildemodellen.

At der er sket en udvikling i behandlingsstedernes ungesyn, kommer ligeledes til udtryk i det afslut-

tende spørgeskema, hvor behandlerne har svaret på, om U18-modellen har haft en positiv påvirkning af deres tilgang til de unge. Tilgangen til de unge dækker over selve ungesynet, og hvordan der arbejdes med de unge. Hovedparten af de 14 behandlere (79 %) svarede, at modellen ”i høj grad eller i meget høj grad” havde påvirket tilgangen til de unge positivt.



Figur 29. Har modellen påvirket jeres tilgang til de unge positivt?

Det er således særligt behandlerne, der fremhæver, at ungesynet er blevet påvirket, mens lederne fortæller i de afsluttende lederinterviews, at de oplever ungesynet i tråd med den tilgang og ungesyn, som også prægede deres tilbud ved opstart. Lederne oplever i høj grad, at de i projektperioden har arbejdet med ungesynet udadtil og i forhold til samarbejdspartnere, som gør, at den unge i højere grad mødes af samme ungesyn på tværs af kommunen.

Forældresyn og forældrearbejde

Et centralt aspekt af U18-modellens fundament er, at netværket omkring den unge inddrages i behandlingsforløbene. Særligt forældrene anses for væsentlige aktører, som skal inddrages i et samarbejde med behandleren. Det er et aspekt, som blev fremhævet som væsentligt i lederinterviewene. Her fortalte en leder blandt andet om, hvordan de har implementeret forældrearbejdet hos dem:

”Selvfølgelig efter accept fra den unge, men hvor det er forældrene, der har haft dialogen med vores behandlere eller deres mentor. Det er ligesom at arbejde rundt om den unge i et forsøg på at korrigere konfliktniveauet i hjemmet eller andre måder at være sammen på, eller hvad det nu kan være. Hvor man ligesom forsøger på en anden måde at få den unges omgivelser til at forstå, hvordan de skal se sig selv og den unges adfærd. Hvor nogle unge faktisk ikke har villet snakke med nogen” (lederinterview).

Det er en del af behandlingsarbejdet, som ifølge en projektleder var svært at tydeliggøre i forhold til, hvor meget det egentlig fyldte som indsats. Det var ifølge vedkommende ikke kun et spørgsmål

om at få forældrene med til behandlingssamtalerne, men også en del motivationsarbejde:

"Der ligger en proces, hvor man motiverer, og hvor man gør en hel masse, hvor man trækker forældrene ind og forsøger at få relationerne til at lægge sig og for at få et grundlag til at vokse frem" (lederinterview).

Projektlederen fremhævede, at forældrearbejdet har fyldt mere hos dem sammenlignet med deres forventning til arbejdet med modellen. En behandler/projektleder fortæller, at arbejdet med modellen har givet redskaber til at inddrage forældrene som medspillere, hvor behandleren før havde svært ved at inddrage forældrene på en positiv måde (lederinterview i U18-kommune). Nogle unge profiterede ifølge behandlere og ledere ikke af samtaler, og her oplevede behandlerne, at det i stedet gav mening at arbejde med netværket omkring den unge, også i bredere forstand end forældre/pårørende, som vi så ovenfor. En projektleder fortalte for eksempel om, at det kunne være et arbejde med at skabe en bedre relation til en ungevejleder i stedet for forældrene, og hvor det gav mere mening at bygge videre på deres relation og for behandleren at fokusere på en samarbejdsrelation. Dette kunne være situationer, hvor forældrene var svære at samarbejde med, og hvor der derfor blev inddraget andre i den unges netværk.

Dette leder frem til det helhedssyn, der er i forhold til de unge, og som behandles nærmere i næste afsnit. I afsnittet "strukturelle rammer" undersøges den konkrete anvendelse af familiesamtaler nærmere ved at analysere data fra logbogen.

Helhedssyn: Arbejde omkring den unge

Forældrearbejdet og netværksinddragelse er en del af U18-modellens fundament, som lægger vægt på inddragelse af den unges øvrige liv. Men derudover formuleres andre aspekter under begrebet "helhedssyn". Det kan eksempelvis være et fokus på de unges fritidsliv. En leder fortalte eksempelvis, om hvordan de på behandlingscentret kan snakke med den unge om denne del af behandlingsarbejdet:

"Vi vil rigtig gerne have, at du har en fritidsaktivitet eller finder en fritidsaktivitet, og så støtter vi at komme i gang med det. Hvis du har nogle venner, lad os lave en analyse af dem, og lad os finde ud af, hvem skal du være mindre sammen med, og hvem skal du være mere sammen med. Det er det, vi godt kan lide ved metoden. Den tager konkrete stillinger til nogle ting og nogle problematikker og involverer den unge i at tage nogle beslutninger om at gøre noget andet" (lederinterview, U18-projektkommune).

Behandlernes arbejde med helhedssynet bliver således understøttet af implementeringen af fundamentet i U18. I afsnittet "strukturelle rammer" undersøges det nærmere, hvordan professionelle inddrages i de unges forløb.

Systematik

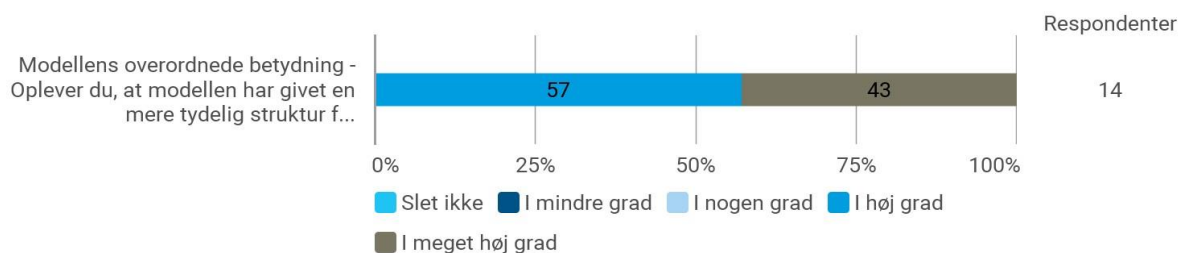
Systematikken beskrives som en væsentlig del af U18-modellens fundament, hvilket af flere ledere er blevet fremhævet som noget nyt for behandlingscentrenes indsats. Som det før har været nævnt, kunne det i starten af projektet opleves rigtigt, særligt af medarbejderne i de forskellige kommuner, hvor der har været en større eller mindre grad af modstand mod netop det systematiske og rigiditeten, som modelejerne har stået fast på. I slutningen af projektet havde denne oplevelse imidlertid ændret sig, og blev fremhævet som et positivt aspekt i alle kommuner:

"Den systematiske gennemgang er jo også en kvalitetssikring, både i forhold til den lovgivning, vi skal overholde i de enkelte sager, men også det, at der er progression i sagerne" (lederinterview i U18-projektkommune). En anden behandler/projektleder siger: *"den metode, hvor vi hele tiden systematisk sikrer, at vi kommer hele vejen rundt, den er god. Især når det handler om rusmidler"* (lederinterview i U18-projektkommune).

Behandleren/projektlederen, fortæller også, at samtalerne var blevet langt mere systematiske i løbet af projektet:

"Jeg er langt bedre klædt på til at arbejde med den målgruppe. Jeg famlede meget før ved at sidde med en 16-årig eller 15-årig, fordi min primære behandling lå på 18+, og det var bare ikke de samme værktøjer, man kunne anvende altid" (lederinterview i U18-projektkommune).

Heri ligger også, at der i systematikken er nogle nye værktøjer at gribe til, som passer bedre til målgruppen. I spørgeskemaet til sidst i projektperioden blev behandlerne spurgt til, om de havde fået mere struktur på behandlingsforløbene. Her er svarene også entydige, da alle 14 behandlere svarede, at de enten "i høj grad eller i meget høj grad" havde fået en tydeligere struktur i behandlingsforløbene ved hjælp af U18-modellen.



Figur 30. Oplever du, at modellen har givet en mere tydelig struktur for behandlingsforløbene?

Der er således både set fra ledelses- og medarbejderniveauet sket en implementering af modellens systematik, hvilket har givet mere struktur for behandlingsforløbene, både i forhold til hvilke redskaber behandlerne kan anvende i den konkrete samtale og i forhold til forløbene i behandlingsindsatsen.

Evidensbaseret praksis fremhæves også som en vigtig værdi af lederne i interviewene til sidst i projektperioden. De ønsker i høj grad, at arbejdet med og omkring den unge er baseret på evidensbaserede metoder og en systematik, der kvalificerer arbejdet omkring den unge.

Implementeringsfidelitet

Ovenstående analyser viser således, at projektkommunerne har arbejdet med kildemodellens fundament og oplever at have ændret praksis. Særligt systematikken giver en oplevelse af en fælles referenceramme, mere fokuserede ungeforløb samt et kendskab til, hvilke af modellens redskaber der skal gribes til hvornår. Systematikken fremhæves som positiv i forhold til kvalitetssikring og bliver derfor også styrkende for implementering af de enkelte elementer i modellen.

Det kræver et stort fokus at arbejde helhedsorienteret og være tovholdere på de forskellige aspekter af den unges liv. Her er oplevelsen, at det giver mening, også fordi det kan lede til større fokusering på egen kerneopgave, når ansvaret tidligt gives til den rigtige part, og at det giver en mulighed for at arbejde med forskellige aspekter af den unges liv mere direkte.

A. Metoder, U18-kommunerne

Metoder udgør trekantens side B, når vi undersøger kerneelementer nærmere. Det henviser til det specifikke indhold i aktiviteterne og eksempelvis det, der fortæller behandlerne, hvilke værktøjer og

samtaleelementer de skal anvende, når de møder en ung. Først undersøges de fire samtalemetoder, som der undervises i: kognitiv adfærdsterapi, motiverende samtale, mentalisering og systemisk teori. Her inddrages spørgeskemaet til sidst i projektperioden, som spørger til anvendelsen ved projektafslutning. Det suppleres med analyser af optagelser af samtaler, som er lavet undervejs i projektet. Dernæst følger en analyse af brugen af guidelines, som kombinerer data fra logbogen, interviews med lederne til sidst i projektperioden og spørgeskema til behandlerne, fordi anvendelsen belyses bedst, når vi anskuer den fra forskellige vinkler. Nedenfor udfoldes først guidelines, derefter de fire samtaleteknikker.



Figur 31. Metoder som et kerneelement i U18

Guidelines

Guidelines er en vigtig del af kildemodellens værktøjskasse og dermed det materiale, som behandlerne blev præsenteret for til undervisningen. I det følgende skal vi se nærmere på, hvilke guidelines behandlerne anvender i slutningen af projektperioden, hvor al undervisningen er gennemført. Der er som tidligere vist 19 guidelines (se også afsnittet "Metoder"). 11 guidelines er fremhævet af modeljerne som de primære guidelines: Rusmideledukation, Tilbagefaldsforebyggelse, Motivation, Ændring af misbrug, Udredning, Information og rådgivning, Psykoedukation, Koordinationsmøde, Opfølgingsmøde, Afslutningsmøde og Netværksanalyse. Da det bliver omfattende at analysere brugen af alle guidelines, har vi valgt at fokusere på først de tre mest anvendte og top tre mest anvendelige guidelines og derefter på de tre mindst anvendte og de tre mindst anvendelige guidelines. Dette belyses gennem det spørgeskema, som behandlerne besvarede, efter at de havde gennemført al undervisning og afprøvet elementerne i praksis. Desuden inddrages citater fra lederinterviews for at øge forståelsen af anvendelsen af de enkelte guidelines samt data fra logbogen, som belyser den faktiske registrering af aktiviteter i projektperioden.

Behandlerne har svaret på, hvor ofte de anvender hver enkelt guideline, som kan fortælle os noget om, hvor nemme de er at implementere. Det skal ses i sammenhæng med antallet af kommuner, der har registreret faktisk anvendelse, og antallet af unikke unge, der har modtaget den enkelte guideline (sidstnævnte er logbogsdata).

Tabel 19. De tre mest anvendte guidelines

	Meget ofte/altid	Unikke unge	Kommuner
Motivation til forandring	88 %	137	5
Tilbagefaldsforebyggelse	75 %	83	5
Rusmideledukation	75 %	103	5

Alle fem kommuner har arbejdet med de ovenstående tre guidelines. At to af de ovenstående guidelines er anvendt på mere end 100 unikke unge, viser også, at det er hyppigt anvendte guidelines i praksis. Derudover er guidelinen for Info/rådgivningen registreret for 105 unikke ungeforløb, så logbogen afspejler, at det også er en hyppigt anvendt guideline. Denne guideline anvendes i starten af et behandlingsforløb og er med til at afdække, hvilken indsats den unge skal tilbydes. Disse tre guidelines er primære guidelines, som ifølge modelejerne altid bør anvendes i et forløb, hvilket også gælder for de tre guidelines, som behandlerne anfører som mest anvendelige i nedenstående tabel.

Den mest anvendelige guideline er behandlingsplanlægning, som ligger helt i top, når behandlerne spørges til, hvor anvendelige de forskellige guidelines er i praksis. Dette ses i nedenstående tabel 20. Der er ingen behandlere, der svarer, at de aldrig bruger behandlingsplanlægning, så dette element er bredt implementeret.

Tabel 20. De tre mest anvendelige guidelines

	I høj grad eller/ meget høj grad	Unikke unge	Kommuner
Behandlingsplanlægning	93 %	105	5
Rusmideledukation	93 %	103	5
Tilbagefaldsforebyggelse	86 %	83	5

Rusmideledukation og tilbagefaldsforebyggelse så vi også blandt de mest anvendelige elementer. De er anvendt i henholdsvis 103 og 83 unikke ungeforløb.

Nedenfor gennemgås først de tre mindst anvendte guidelines, derefter de tre mindst anvendelige guidelines ifølge behandlerne, da de blev spurgt til sidst i projektperioden for at undersøge, om disse guidelines i mindre grad er implementeret, fordi de har udfordret, eller fordi behandlerne ikke ser dem som anvendelige. De tre mindst anvendte er psykologisk udredning, gruppeforløb og forældrekursus. Det vil sige der, hvor flest behandlere har svaret, at de aldrig eller engang imellem anvender guidelinen. Dette er dog også tertiære guidelines, som ifølge modelejerne *kan* inddrages eller eventuelt kan løses i andet regi. Nedenfor uddybes hver af de tre guidelines for at undersøge, hvad der har udfordret implementeringen.

Tabel 21. De tre mindst anvendte guidelines

	Aldrig/engang imellem
Psykologisk udredning	81 %
Gruppeforløb	56 %
Forældrekursus	50 %

Flere kommuner italesætter besværet med psykologisk udredning i lederinterviewene, enten fordi det bliver et stort apparat at iværksætte systematisk og derfor anvendes efter behov, eller fordi kommunen har lettere adgang til psykiater end psykolog. En projektleder fortæller:

"Så det ikke sådan, at vi starter op og tager dem ind og starter op på en udredning. Vi tager dem bare ind og starter dem op efter U18, og de indgår i U18, og hvis der så er nogle ting i deres historie, som giver nogle udfordringer, så er det klart, at de skal udredes, og det er klart, at de skal i psykiatrien, så vi har den liggende og bruger den, hvis der er et incitament til at bruge den, fordi det kan vi se på den unges historik af udfordringer".

Det ligger også fint i tråd med U18-kildemodellen, at der udredes ved behov, og at guidelinen tilpasses indretningen i det enkelte tilbud, som for eksempel hvis der anvendes psykiater i stedet for psykolog. En behandler kommenterer efter spørgeskemaet:

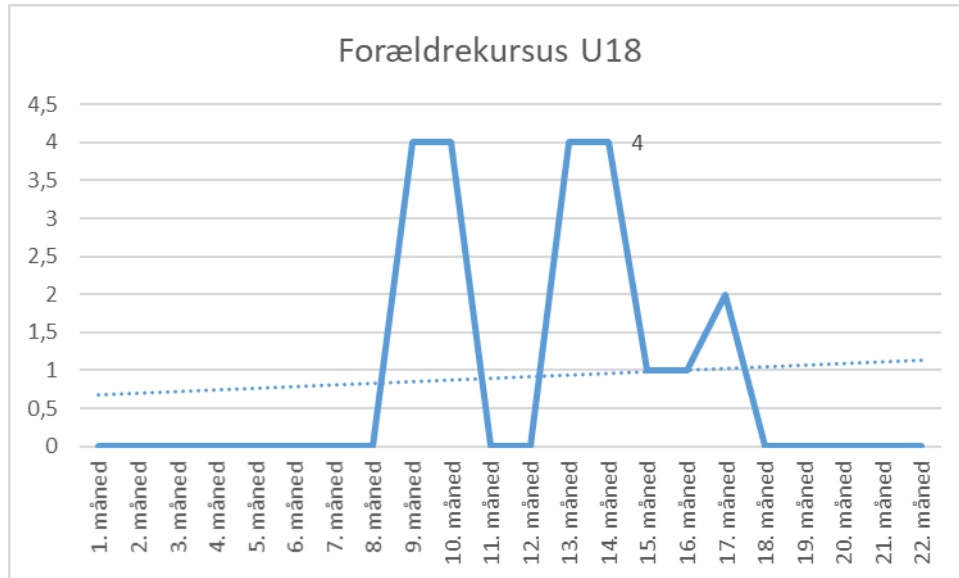
"Styr på guidelines: psykologisk udredning er et sted, vi halter en smule, det har vi ikke prioriteret ret højt, og der kunne vi godt være opmærksomme fremover."

Det tyder derfor på, at der arbejdes med elementet i et omfang, men også at det er et element, der fortsat kan kigges på i kommunerne for at undersøge, om det har den opmærksomhed, som det bør

have. Generelt kan siges, at der er et stort udredningsbehov i målgruppen, og hvis behovet er der, er det vigtigt at etablere kontakt til det rette hjælpesystem. Én kommune har gruppeforløb integreret som en del af deres tilbud og har gode erfaringer med det, mens fire kommuner oplever, at det er vanskeligt at parre de unge, de har i behandling samtidig. *"De unge gider ikke, det har ikke givet mening"*. En kommune ville gerne have afprøvet aktivitetsture og fælles aktiviteter i højere grad, men det har været svært at afsætte tid og ressourcer til det.

Gruppeforløb er ikke en væsentlig guideline i henhold til kildemodellen og skal tilpasses mulighederne i de enkelte kommuner. Modelejerne anbefaler, at behandlerne i stedet forsøger at ansøre til en fællesskabsorienteret aktivitet andetsteds, for eksempel på et af kommunens andre tilbud og følger det til dørs, som *koordinerende ankerperson*. En behandler kommenterer til sidst i spørgeskemaet: *"Social færdighedstræning synes vi ikke, vi har gjort ret meget, og det er fordi, vi tænker på, at det er den opgave, som ungevejlederne går ind og varetager, det er jo dem, der er mest sammen med de unge – koordinerer til dem."* Det behøver altså ikke være aktiviteter, der varetages af behandlerne selv for at kunne sige, at elementet anvendes. Dette skal tilpasses de unges behov og mulighederne i de enkelte tilbud.

Forældrekursus belyses videre ved at se på, hvor mange gange elementet er registreret i logbogen. To af de fem kommuner har registreret forældrekursus, og der ses i alt 20 afholdte sessioner til forældre i hele projektperioden. I nedenstående figur ses spredningen af registreringerne, hvor elementet er afprøvet i efteråret af første projektår samt foråret af andet projektår. Lederne i lederinterviewene fortæller også, at de har fokuseret på elementet sent i projektperioden, hvor en kommune ved det afsluttende interview netop har startet en gruppe. Desuden fortæller en projektleder, at de også har god erfaring med at oprette foredrag til forældre og samarbejdspartnere. Nogle af kommunerne oplever vanskeligheder ved at få forældre nok til et kursus.

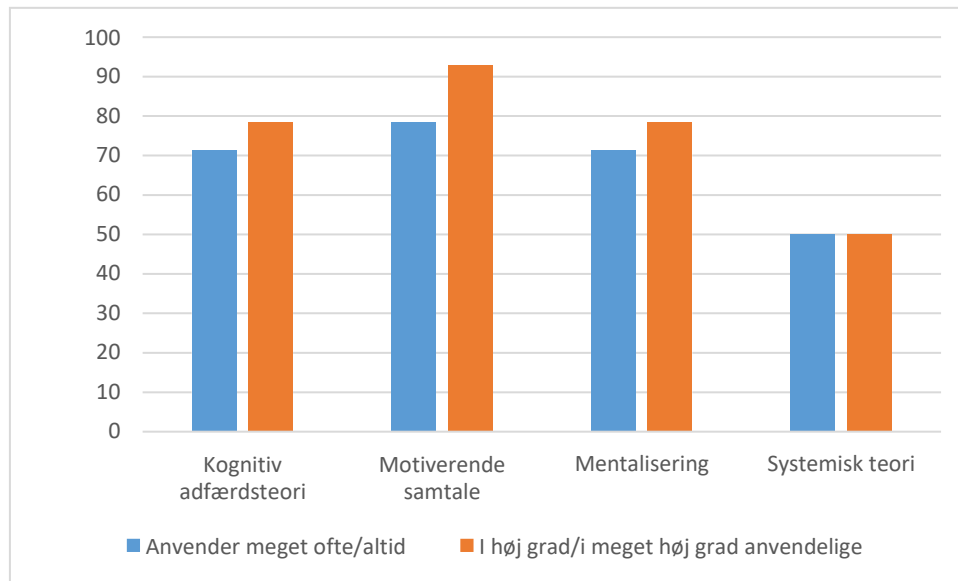


Figur 32. Antallet af forældrekurser

71 % af behandlerne svarer i spørgeskemaet fra slutningen af projektperioden, at forældrekursus i høj grad/i meget høj grad er anvendeligt, mod 21 %, der ikke finder elementet anvendeligt. Generelt udtrykker kommunerne et ønske om at arbejde videre med forældrekursus, så det er muligvis et element, der bliver implementeret mere i kommunerne efter projektperioden og afspejler, at det ikke har været muligt at give alle elementer lige meget fokus i løbet af projektperioden.

Samtaleteknikker

I figuren nedenfor ses, at de fleste behandlere anvender de fire metoder ofte eller altid (blå søjler) og også finder metoderne meget anvendelige (orange søjle). Faktisk scores der lidt bedre i forhold til anvendelighed og særligt MI anses i høj grad for at være anvendeligt af mere end 90 procent af de 14 behandlere, der har svaret på spørgeskemaet til sidst i projektperioden.



Figur 33. U18's fire metoder (n=14)

Ingen behandlere angiver, at de aldrig anvender en eller flere af metoderne, og der er heller ingen, der svarer, at de fire samtaleteknikker ikke er anvendelige. De fleste behandlere var allerede bekendte med kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtale før projektstart, mens færre arbejdede med mentalisering og systemisk teori (se afsnittet "Behandlernes uddannelse og erfaring med metoderne før U18-undervisning"). Lederne fremhæver også i det afsluttende lederinterview, at de fire samtaleteknikker ikke er så fremmede for behandlerne, men det er forskelligt, hvilke metoder behandlerne er erfarne i fra tidligere, hvor nogle behandlere er erfarne i kognitiv adfærdsterapi og eventuelt den motiverende samtale, er andre stærke i systemisk teori.

Det undersøges ikke, i hvor høj grad de enkelte metodiske samtaleelementer anvendes i praksis. I stedet er indsamlet en mindre stikprøvesamling på optagelser af samtaler, der kan anvendes til at undersøge om modellens metoder ses anvendt. I den ene delanalyse af optagelser af samtaler har modelejerne lavet kvalitative beskrivelser af to samtaler, hvor de har noteret elementer i overensstemmelse med kildemodellen og bemærker for eksempel, at "*Behandleren bruger mange dele fra U18-værktøjskassen [ændringscirklen, fordele/ulempeskema, skalaspørgsmål, udfolder ambivalens, edukerer på en respektfuld måde].*" (U18-modelejerne, kvalitativ gennemgang af to lydoptagelser). I øvrigt beskriver modelejerne en høj grad af overensstemmelse mellem det specifikke indhold, de hører i samtalerne, og de metoder og værdier, der er i kildemodellen.

I evaluators kodning af stikprøver (lydoptagelser af samtaler) scores behandlerne 0-2 på elementer

fra kognitiv adfærdsteori og motiverende samtale, som er en del af kildemodellen U18. Det er desuden aftalt med modelejerne, hvilke af de enkelte elementer fra kodeguiden, som var direkte kompatible med kildemodellen U18 – de fire af dem, som fik den højeste score i kodningen er følgende:

Tabel 22. CRF's kodning af positiv behandleradfærd

Positiv behandleradfærd (0-2)	Kodningsresultat, gennemsnit	Standardafvigelse
Refleksioner	1.9	0.11
Tale om rusmiddelbrug på en ordentlig måde	1.7	0.17
Åbne spørgsmål	1.7	0.17
Bekræftelse og opmuntring	1.6	0.24

Disse elementer ses på tværs af samtalerne og anvendes meget, idet gennemsnittet er 1.6 eller derover. Derimod er *hjemmearbejde* og *respektfuld rådgivning* to elementer, som vi ser mindst på tværs af samtalerne i stikprøverne. Begge elementer må gerne være til stede, men vil formentligt ikke være til stede i alle samtaler. Modelejerne understreger dog, at der kan være et større behov for rådgivning og education, jo yngre den enkelte unge er.

I U18 udelukkes ikke øvrige samtalemetoder, som stemmer overens med den unges behov og kildemodellens fundament. Flere i lederinterviewene fremhæver, at det er vigtigt at kunne inddrage forskellige samtalemetoder, og at modelejerne ikke afviser relevansen af andre, hvis de fire ovenstående ikke viser sig tilstrækkelige i løbet af forløbene:

"Og hele konceptet er også, at vi er nysgerrige, det har også været ret effektivt, f.eks hvis der er kommet nogle unge, der ikke har profiteret af noget som helst af det, vi præsenterer, og så må vi prøve noget andet" (lederinterview U18-kommune).

I den forstand er det åbent at bruge alle metoder, så længe behandleren vurderer, at det stemmer overens med fundamentet. Ulempen herved er, at det også åbner op for, at behandlerne fortsat kan anvende samtaleteknikker som før projektstart, hvor vi så, at 19 forskellige metoder var i anvendelse på tværs af alle behandlere (se "3.2.5 Behandlernes uddannelsesniveau før projektet"). Metoderne skal tilpasses målgruppen; det er anderledes at have en samtale med de unge og kræver både tid, tålmodighed og andre ord end ved de voksne. Her siger en behandler/projektleder om kognitiv adfærdsterapi:

"det, der er udfordringen, er for eksempel, at det er så unge mennesker, man har med at

gøre [...], at nogle af dem er udfordret på deres funktionsniveau, og andre, hvad skal man sige, er reduceret på baggrund af deres stofforbrug, og så vågner de lidt op efterhånden. Men de har jo heller ikke mange erfaringer at bygge på. Det der med at sige, hvor ser du dig selv om ti år? Puhh altså, det er alt for abstrakt” (lederinterview i slutningen af projektperioden).

Modelejerne fremhæver også, at metoderne skal tilpasses målgruppen, eksempelvis bør der være en opmærksomhed på, hvordan åbne spørgsmål og refleksioner bruges og virker på den unge. Modelejernes erfaring er, at graden af åbne spørgsmål afhænger af alder; jo yngre de unge er, desto færre åbne spørgsmål samt refleksioner vil behandleren typisk kunne anvende, fordi det kan være svært for de unge at afkode. (U18-modelejerne, kvalitativ gennemgang af 2 lydoptagelser).

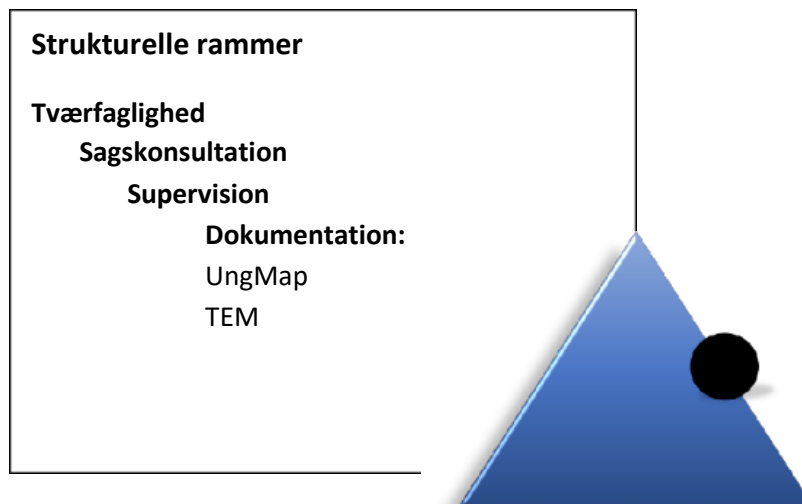
Det, vi kan konkludere, er, at behandlerne arbejder med metoderne, som de er præsenteret for på undervisningen.

Implementeringsfidelitet

Det er svært at afgøre behovet for brugen af de enkelte guidelines og dermed spore en særlig systematik i anvendelse, når vi ikke kender de unges specifikke behov, men analysen af guidelines viser, at guidelines og dermed værktøjskassen er taget i anvendelse, og særligt de primære guidelines anvendes i alle fem kommuner. Dette bakkes op af analysen af samtaleteknikker, hvor vi ikke analyserer i hvilken grad metoderne anvendes, men kan konkludere at de primære samtaleelementer er taget i anvendelse, både i forhold til behandlerens og ledernes oplevelse, men også når vi inddrager kodninger af de optagne samtaler.

B. Strukturelle rammer: U18 kommunerne

I figuren nedenfor ses U18's strukturelle elementer, som trekantens side C. Det, som i U18-kildemodellen placeres i strukturelle rammer, relaterer sig til tværfaglighed, de faglige udviklingsrum som sagskonsultation og supervision samt dokumentation. Der er altså ikke samme fokus på elementer og kontekstuelle faktorer, som vi så det i U-turn-kildemodellen. Først vil vi se nærmere på kerneelementerne nedenfor. Dernæst vil vi undersøge familiesamtaler og inddragelse af pårørende for at belyse nærmere, hvem der inddrages i unges forløb i U18, og om de inddrages specifikt i møder med den unge, som kildemodellen foreskriver. Her anvendes registreringer i logbogen for at belyse den faktiske anvendelse.



Figur 34. Strukturelle rammer som kerneelement i U18

Tværfaglighed er først nævnt som strukturel ramme i modellen, og en projektleder fortæller, at det for dem er hele grundlaget i deres U18. I følgende citat ses et eksempel på, hvordan tværfagligheden spiller ind allerede i starten af et ungeforløb:

"når vi har en info- og en rådgivningssamtale, så afdækker vi noget historik omkring den unge, og på baggrund af det fremlægger man den unge på vores næste møde, hvor gruppen er til stede, og der afgør vi, ud fra de oplysninger man har her, hvad kalder denne her sag på? Og det er jo klart, at hvis sagen drejer sig om incest eller andre meget voldsomme ting, så er det jo en fordel, at det er en psykolog, der har denne her sag. Men hvis det er en ung, der har meget sociale problemer, "hvor kommunen og familien", og "hvor skal jeg bo?", og "skal jeg anbringes?", eller "hvad sker der her?", så er en socialrådgiver meget kvalificeret. Det kalder jo noget på en faglighed, men det, som er styrken her, det er, at vi har tværfagligheden til stede på vores teammøder. Og det vil sige, at vi fremlægger de problematikker, vi har i sagerne, og så spiller vi bold omkring, hvad for en indsats der skal til, så man sidder ikke alene med den".

Her er *det koordinerende blik* også centralt i U18-modellen. Det stiller krav til behandlerne om at kigge ud over den unges liv og i høj grad være en *koordinerende ankerperson* fremfor blot at uddelegere til andre aktører. Dette kan også komme til udtryk i samtalerne, hvor der gerne skal nævnes andre aktører, og behandleren skal være den koordinerende person; det kan være i forhold til forældreinddragelse, netværksinddragelse eller som et eksempel fra en af lydoptagelserne, hvor behandleren samler op på en sundhedssamtale og derefter tilbyder at tage med derhen (U18-model-ejerne, kvalitativ gennemgang af lydoptagelser). Det koordinerende blik kan også være i forhold til

at give den unge relevant information.

Sagskonsultation og **supervision** er faste elementer i kildemodellen og har været afholdt med mødelejerne (se også afsnittet U18: Undervisning og implementering). Begge elementer har resulteret i et samarbejde mellem behandlere og undervisere, hvor repræsentanter for kildemodellerne er kommet helt tæt på kommunernes praksis og kultur. Supervision har i høj grad været anvendt som implementeringsstøtte, mens sagskonsultation har sikret en systematisk drøftelse af sager, som har givet anledning til en fælles drøftelse af, hvordan modellen kunne bruges i praksis, se også afsnittet U18: Undervisning og implementering. Her beskrives det, hvordan sagskonsultation og undervisere blev oplevet som rigide til en start, men at behandlere og ledere kom til at værdsætte netop rigiditet og systematik med tiden, fordi det gav en kvalificering af, at der blev arbejdet med de elementer fra modellen, som var relevante i relation til den unge.

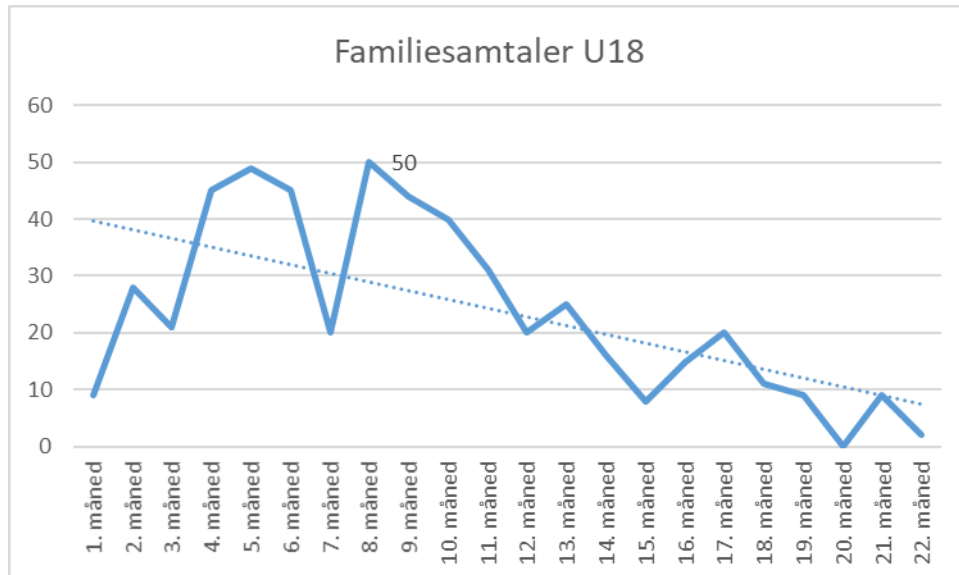
UngMap og TEM, som anvendes til registrering til evalueringen, er også en del af kildemodellens egne **dokumentationsredskaber** og anvendes også som redskaber til at indsamle data til evalueringen, og når disse er en del af kildemodellen, anvendes de også som de behandlingsmetoder, de er lavet som. I kodningerne af optagelser så vi eksempelvis, at TEM fik et gennemsnit på tværs af samtalerne på 1,7 ud af 2. Det betyder, at TEM i høj grad er anvendt som et behandlingsredskab i stikprøvesamtalerne til at tale om den unges forbrug og udvikling, hvorfor der i samtalerne med de unge også vedvarende er et fokus på trivsel, forbrug og de eksekutive funktioner. UngMap er en betingelse for at indgå i evalueringen, så alle indskrevne har besvaret UngMap. I effektevalueringen vil begge redskaber anvendes dels til at beskrive de unge, dels til at undersøge de unges udvikling over tid.

Familiesamtaler

I det følgende ses nærmere på, hvem der inddrages ved konkrete møder med de unge, hvilket er registreret af behandlerne i logbogen, efter hver aktivitet der inkluderer en given ungt. Inddragelsen kan også foregå som et tema i de enkelte interaktioner med unge. En behandler kan eksempelvis følge op på eventuelle problemstillinger med forældrene, uden at forældrene fysisk er til stede. Dette kan dog ikke belyses kvantitativt.

Det beskrives altså som positivt at inddrage forældrene i arbejdet med de unge og særligt de unge, der er hjemmeboende. Implementeringsgraden af forældrearbejdet kan belyses nærmere ved hjælp af logbogsdata, hvor behandlerne har registreret, når de har haft samtale med familie enten med eller uden den unge⁵. Nedenfor ses aktiviteterne angivet i logbogen, hvor familie og pårørende har været inddraget i den unges forløb. Nedenstående graf viser antallet af logbogsregistreringer af familiesamtaler i de enkelte måneder under projektperioden. Det ses, at elementet tages i anvendelse fra første måned og er stigende frem til projektets 8. måned (måned 7 er sammenfald med sommerferie, hvor vi ofte ser et fald). Denne stigning afspejler, at data indsamles fra starten af projektperioden, hvor elementet tages i anvendelse, og unge først er ved at blive indskrevet til projektet.

Figur 35. Fordeling af logbogsregistreringer af familiesamtaler på de to projektår



Det høje antal registreringer i projektets første år kombineret med et stort fald i projektets andet år kan primært forklares ved, at medarbejdere i to af projektkommunerne er stoppet med at registrere, fordi de ikke længere er en del af projektet (fra projektperiode n1). Dette peger derfor også på forskelle i registreringspraksis i kommuner og medarbejdere imellem.

54,6 % af de hjemmeboende⁶ (n=88) har fået minimum én gang med inddragelse af pårørende/familie, mens de har været indskrevet i behandling. Tidligt i de enkelte unges forløb ses flere pårørendesamtaler registreret uden deltagelse af den unge, end hvor den unge selv deltager, mens der senere i de unges forløb ses flere familiesamtaler med den unge end uden den unge – dette kan være

⁵ Det er registreret som pårørendeinddragelse med eller uden ung i Info/rådgivningssamtaler og familiesamtaler med eller uden ung i indskrevne forløb.

⁶ Angivet hjemmeboende som boform i UngMap i starten af behandlingsforløbet.

et tegn på, at der for nogle unge skal lidt andet arbejde til først, før de alle sidder omkring samme bord.

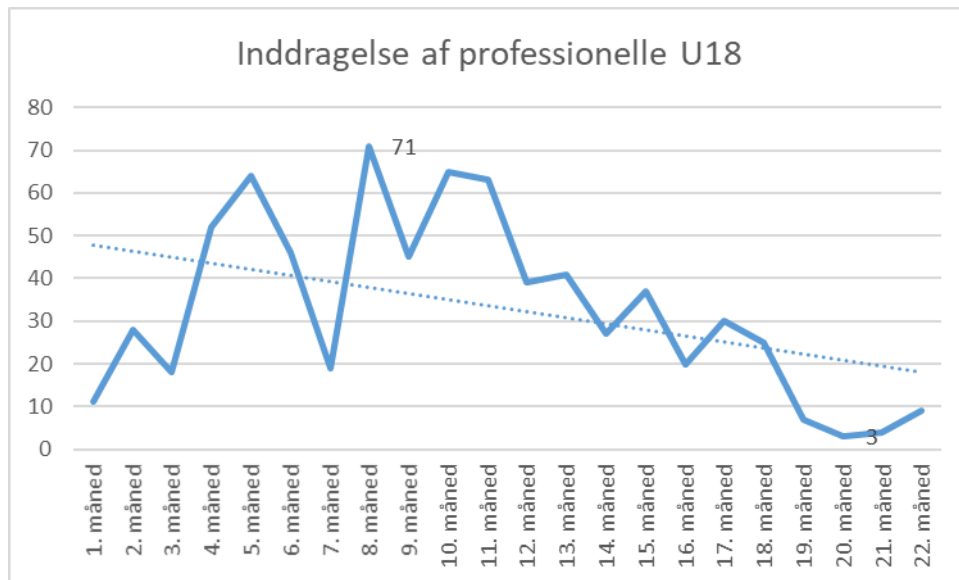
Alle fem U18-projektkommuner har arbejdet med forældre eller andre pårørende, enten direkte i samtalerne, eller som en leder formulerede det mere indirekte i det øvrige arbejde ud over samtalerne, at *"skrue på knapperne i miljøet omkring ham"* (interview med leder U18-kommunerne). Det kunne eksempelvis være det motivationsarbejde, som en projektleder formulerede ovenfor eller ved at tale med forældrene og reducere et eventuelt konfliktniveau, selvom dette ikke er i direkte samtale med den unge.

Inddragelse af professionelle

Behandlernes arbejde med helhedssynet bliver således understøttet af implementeringen af fundamentet i U18, og som citatet viser, kan en implementering af dette aspekt eksempelvis ske ved en netværksanalyse, hvor behandlerne sammen med den unge analyserer netværket og kredsen af venner. I denne analyse er det muligt for behandlerne at arbejde med øvrige aspekter ud over brugen af rusmidler. Netværksanalysen i U18-projektkommuner har været anvendt 110 gange og på 57 unge, så det er et hyppigt anvendt redskab. Desuden vil vi nedenfor analysere anvendelsen ved at se på inddragelse af professionelle, som også viser, hvordan den unges øvrige liv inddrages i forløbene.

Inddragelse af samarbejdspartner er en del af den helhedsorienterede indsats i kildemodellen, og lederne i projektkommunerne fortalte, at de har arbejdet meget med at etablere samarbejde og samarbejdsaftaler med de parter, som var relevante at inddrage. Lederne fortæller om forskellige udfordringer, som ofte har hængt sammen med, at deres organisation er opbygget anderledes end modelejernes, hvor eksempelvis ungeindsatsen U18 Aarhus er en del af et ungehus med mange af kommunens indsatser i samme hus, hvorfor de er placeret tæt på en del af de potentielle samarbejdspartnere. De nye projektkommuner har i højere grad skullet opbygge et netværk af potentielle samarbejdspartnere placeret på flere forskellige lokationer i projektperioden. Det kræver et løbende fokus, også for at sikre at samarbejdet ikke kun bæres frem af enkeltstående medarbejdere. Dette er derfor et element, der skal tilpasses de enkelte kommuners virkelighed og muligheder samt hele tiden vedligeholdes og evt. af en stabsmedarbejder og ikke af en behandler.

I denne forbindelse er særligt registreringen af inddragelse af professionelle samt anvendelsen af koordinationsmøde (en guideline) interessante. Koordinationsmøde er registreret anvendt ved 55 unikke forløb med unge. Der er mellem 3 og 71 registreringer per måned i de fem kommuner og lavest i månederne omkring sommer/lige efter sommer.



Figur 36. Fordeling af logbogsregistreringer af inddragelse af professionelle på de to projekt år

Det høje antal registreringer i projektets første år kombineret med et stort fald i projektets andet år kan primært forklares ved, at medarbejdere i to af projektkommunerne er stoppet med at registrere, fordi de ikke længere er en del af projektet (projektforløb 1). Dette peger derfor også på forskelle i registreringspraksis kommuner og medarbejdere imellem.

Der er 52 unikke indskrevne (af i alt 138), hvor der er angivet mindst én gang med inddragelse af professionelle i info/rådgivning eller under indskrivning. I følgende citat fortæller en projektleder, at inddragelse af rådgivere er blevet mere systematisk:

"Før havde vi ikke nødvendigvis kontakt med rådgivere. Det gør vi med det samme nu, enten for at orientere eller for at bede om samtykke, hvis det er en behandling, der bliver iværksat. Og det gør, at vi allerede der får skabt de her samarbejds møder for at sikre, at vi arbejder den samme vej. Og hvem tager sig af hvad. Det letter sagsgangen, og det gælder også følelsen af at kunne dele frustrationen, når det er svært"

Det handler om at lære at bruge hinanden og fordele opgaverne, så man ikke skal løbe med alle boldene. Det opleves generelt som konstruktivt at samarbejde med relevante samarbejdspartnere. Men det pointeres også, at tæt samarbejde er personbåret og kræver et vedvarende fokus for at blive holdt i live. Det er vigtigt at finde ud af, hvem der er de relevante samarbejdspartnere, rollefordeling, og hvordan ressourcerne anvendes bedst muligt. Samarbejdspartnere er også vigtige i forhold til at skabe kontakt mellem de unge og behandlingsstederne (rekruttering). Nogle samarbejdspartnere er så vigtige, at det kan være relevant at undervise dem i modellen, for eksempel myndighed, som mange har fået mere samarbejde med som en del af projektet. Andre har fokuseret på at samarbejde med skoleområdet og SSP. I følgende citat ses også, at der er mange potentielle samarbejdsflader, hvorfor det kan være nødvendigt at fokusere særligt på det samarbejde, som ikke går på en konkret ung/behov:

”Vi har utrolig mange samarbejdsflader; det kan jo være beskæftigelsesområdet, det kan være skoleområdet eller Kriminalforsorgen. Vi har også et større ansvar i forhold til indberetning. Det vil sige, familien skal inviteres indenfor, sagsbehandlere skal inviteres, og der skal holdes fællesmøder, og der skal være en opmærksomhed på, nu bruger jeg et begreb som trivsel. Men det er meget det, det handler om. Hvordan er det i familien? Hvordan er det i skolen? Hvad er det for nogle udfordringer, de unge har? Og det er vi nødt til at arbejde med. Der skal vi jo som tovholdere i det her, når vi møder den unge, få inviteret de rigtige parter ind og få lavet et samarbejde med dem, som har indflydelse.”

Et forløb for en ung

Logbogsregistreringerne kan vise de forskellige aktiviteter, som tilbydes de unge i løbet af et behandlingsforløb. Behandlernes logbøger kan give et billede af indholdet af de unges U18-forløb, herunder både hvad der typisk tilbydes, og hvornår det kommer i spil. Dette er gjort ved at se nærmere på, hvor stor en andel der eksempelvis har fået individuelle samtaler ved den første kontakt og frem til den 10. kontakt. Det er således en opgørelse af den enkelte aktivitets andel i den første registrering af et behandlingsforløb. Anden kontakt er den næste kontakt med en ny dato. Der er unge, som falder fra allerede efter anden kontakt eller efterfølgende, fordi de stopper med behandlingen.

Unge, som er stoppet, fremgår i sidste kolonne ”Frafald”. Der er stor variation i, hvor mange kontakter og aktiviteter de unge tilbydes i et behandlingsforløb, og enkelte unge har over 100 aktiviteter

registrerede. I nedenstående er der som nævnt fokuseret på de første 10 kontakter for at se, om der sker en udvikling i typerne af aktiviteter.

Nedenstående tabel skal læses således, at den første kontakt var for 101 af de unge en individuel samtale, for otte unge en familiesamtale, og for tre unge har familiemedlemmer været i kontakt med behandleren uden den unges tilstedeværelse. Derudover har der været kontakt med samarbejdspartnere for fem unge, som også var til stede, og ni af de unge uden at de var tilstede. Efter data var blevet bearbejdet og organiseret på denne måde, var der logbogsregistreringer på 126 unge, som indgår i nedenstående tal.

Tabel 23. Aktivitetstyper for de unge i forløbene (n=126)

Antal unge og aktivitetstypen i hver kontakt						
	Individuel samtale	Familie m/ung	Familie u/ung	Prof m/ung	Prof u/ung	Frafald
1	101	8	3	5	9	0
2	95	9	3	2	11	6
3	96	4	5	2	9	10
4	88	8	6	4	6	14
5	80	7	10	8	4	17
6	84	4	8	5	4	21
7	69	11	5	7	7	27
8	71	5	5	6	9	30
9	59	5	6	11	8	37
10	61	3	8	4	5	45

Tabellen viser for det første, at det er de individuelle samtaler, som er den mest hyppige aktivitet. Rent andelsmæssigt udgør de individuelle samtaler mellem 50-70 % af aktivitetstyperne i hver kontakt. For det andet er der ikke nogen tendenser i forhold til aktivitetstyper, som kommer i spil på særlige tidspunkter af forløbet. Det kunne eksempelvis tænkes, at nogle af aktiviteterne uden den unge især var henlagt i starten af eller senere i behandlingsforløbet. Det kunne eksempelvis være, at der i starten sker mere arbejde direkte i relation til den unge, mens der senere i forløbene sker et større arbejde omkring den unge med inddragelse af familie og professionelle, men det ser ud til, at inddragelse af familie og professionelle, hvor den unge også deltager, sker løbende, og der er ikke en særlig udvikling i løbet af de første 10 kontakter.

Implementeringsfidelitet

Analysen af inddragelse af familie og professionelle viser, at elementerne er i anvendelse i alle fem kommuner (belyst via behandlernes registreringer i logbogen). Systematikken, som er et vigtigt fundament i U18-kildemodellen, kan dog være sværere at spore i selve registreringerne af forældre- og pårørendeinddragelse (se figur 34). En del af forklaringen skal findes i registreringspraksis; som ovenstående analyse viste, kan der være store variationer i kommuners og medarbejderes registreringspraksis. I afsnittet om et forløb for en ung demonstreres også variationer i forhold til inddragelse af familie og pårørende og mængden af samtaler, hvilket også skal forklares med forskellige behov hos den unge. Der ses dog en tendens til, at individuelle samtaler fylder mest i starten af de unges forløb og inddragelse af familie og pårørende stiger, mens inddragelse med deltagelse af den unge er mere konstant i de første 20 kontakter.

Sagskonsultation som kerneelement skal fremdrages som en styrke i forhold til implementeringen af de øvrige kerneelementer i kildemodellen, da netop systematikken og den faglige drøftelse har en stor betydning for at sikre den rette inddragelse af faglige kompetencer (tværfaglighed) og værktøjer (metoder og guidelines) i arbejdet med den unge. Når dette sker sammen med medarbejdere fra kildemodellen, vil denne drøftelse også være i tråd med kildemodellens fundament og værdier. Dermed bliver sagskonsultation også en sikring af, at modellens kerneelementer tages i anvendelse.

3.2.8. Sammenfatning: U18-kommunerne

De enkelte analyser og implementeringsfidelitet i de tre delanalyser viser en høj grad af fidelitet over for elementerne i kildemodellen blandt ledere og behandlere i arbejdet med kerneelementerne i U18-modellen, og at behandlerne ser en høj grad af anvendelighed af kerneelementerne i kildemodellen. De fem kommuner har arbejdet med de forskellige metoder og elementer og oplever at have ændret praksis. Alle fem kommuner er efter projektets afslutning fortsat med at anvende U18 som behandlingsmodel.

Ungesyn og systematik er vigtige for fundamentet i U18-kildemodellen og fremhæves i særlig grad på tværs af projektkommunerne. Fundamentets kerneelementer giver en oplevelse af en fælles referenceramme, hvor systematikken giver mere fokuserede ungeforløb samt en viden om, hvilke redskaber kan inddrages hvornår. Systematikken fremhæves som positiv i forhold til kvalitetssikring og bliver derfor også styrkende for implementering af de enkelte elementer i modellen. Det kan

dog være sværere at spore i selve registreringerne, hvor vi også så i analysen, at der er forskel på registreringspraksis medarbejderne igennem. Det viser sig dog, at det kan være særligt væsentligt, at inddragelse af familie og professionelle i højere grad sker sammen med den unge i starten, mens det senere i den unges forløb i højere grad kan ske som arbejde omkring den unge.

Sagskonsultation har været fordrende for implementeringen af modellens øvrige kerneelementer, fordi det har givet en systematisk gennemgang af konkrete sager og den lokale praksis i projektkommunerne samt en drøftelse af, hvilke elementer der skulle anvendes i de enkelte ungeforløb. Hermed sker en fokusering på værktøj, men også på øvrige kerneelementer som ungesyn og tværfaglighed, der sikrer såvel fokusering, som at de rette kompetencer inddrages. Desuden giver det mulighed for lokal drøftelse af interventionsaktiviteterne, fundament med mere, som nok kan udfordres og lokaliseres, men som i sagskonsultationerne i projektperioden løbende bliver forhandlet med medarbejdere fra kildemodellen. Særligt i starten har systematik og struktur udfordret behandlere, men det har været med til at ændre deres praksis og kvalificere deres arbejde med de unge.

De *interne og eksterne betingelser*, der særligt har udfordret i U18-kommunerne har været medarbejderflow, som også kan være meget udfordrende i forhold til at sikre en effektiv implementering. At der stadig er oplevelsen af ét metodisk fællesskab kan forklares med systematikken, som kan gøre det nemmere for nye medarbejdere at overtage i en projektperiode. En anden forklaring kan være, at der har været tale om behandlingsinstitutioner, der har ønsket at udvikle deres behandlingstilbud til unge med opbakning fra alle involverede parter. Det tyder også på, at der har været en fælles ide om tilbuddets kerneopgave på tværs af behandlere, ledelse, relevante kommunale organisationer og modelejere. Dette ses bl.a. også ved, at alle kommunerne såvel har fået mulighed for som har ønsket at fortsætte med at arbejde ud fra U18-modellen.

Del 4. Hvem er de unge i Udbredelsesprojektet?

I dette afsnit skal de unge fra U-turn og U18 beskrives på en sådan måde, at det bliver muligt at sammenstille de to undersøgelsesgrupper. Til at sammenstille de unge fra U18- og U-turn-kommunerne anvendes data, som i tidligere undersøgelser på forskellige områder enten forudsagde behandlingseffekten og/eller anvendes som effektmål¹⁴. Det var oprindeligt hensigten at belyse, om de unge fra de 10 kommuner i denne undersøgelse repræsenterer unge generelt indskrevet i samme 10 kommuner. Til dette formål har vi ønsket at bruge oplysninger fra Stofmisbrugsdatasen (SMDB)⁷. Det var imidlertid ikke muligt, fordi registreringen af ikke mindst de under 18-årige i SMDB har været mangelfuld, og fordi enkelte kommuner slet ikke/eller i meget begrænset omfang har registreret deres borgere i SMDB. Dette skyldes blandt andet, at nogle kommuner ikke har behandlet deres unge under § 101 i serviceloven. Vi vil dog senere alligevel sammenholde de unge, der har deltaget i dette projekt med nationale tal fra SMDB, eksempelvis i forhold til køn, alder og udskrevet som færdigbehandlet.

Data, som præsenteres i det følgende, er fra UngMap-interviewet (opstart), og som alle unge i undersøgelsen har besvaret (se beskrivelse af UngMap i del 2 og bilag 7 for alle UngMap-spørgsmålene). UngMap har som tidligere nævnt dannet grundlag for de senere opfølgingsundersøgelser. De data, der præsenteres i det følgende, er derfor også selvrapporterede data.

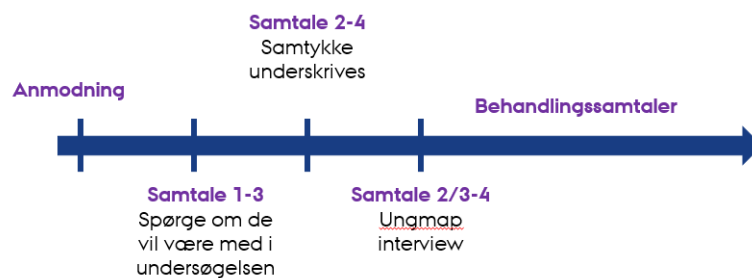
4.1. Hvordan kom de unge med i undersøgelsen?

Der er to måder, hvorpå de unge kan komme med i denne undersøgelse. Henholdsvis a) ved at være indskrevet i behandling og b) ved at modtage anonym rådgivning og derved også være anonym i undersøgelsen.

De indskrevne

Ved en af de første kontakter blev unge, der blev indskrevet, spurgt, om de ville medvirke i en undersøgelse. De blev informeret om undersøgelsens karakter, at det var frivilligt at deltage, og at et "nej" ikke ville have konsekvens for det behandlingstilbud, som de blev tilbudt. Nedenstående figur viser den typiske proces i denne indskrivning.

⁷ Stofmisbrugsdatabasen (SMDB) er den nationale database til registrering af stofbrugere i behandling.



Figur 37. Processen fra anmodning til at være med i undersøgelsen

Anonym rådgivning

Dette er i særlig grad et kerneelement i U-turn-kommunerne. Unge i anonym rådgivning besvarede ved første (eller anden) samtale et mindre spørgeskema, hvor der blev spurgt ind til hovedrusmiddel, sekundære rusmiddel, skolegang, indtjening og bolig (se bilag 1). Dertil besvarede de ved hver samtale Trivsels- og Effekt Monitorering/TEM (se del 2 og bilag 8 for spørgsmålene i TEM). De unge i anonym rådgivning har på intet tidspunkt været kendt af forskerne og kunne af gode grunde ikke underskrive et samtykke. Vi har forsøgt at skelne mellem de unge, der modtog anonym rådgivning, før de blev indskrevet, og de, der alene modtog anonym rådgivning. Dette er gjort ved at spørge unge, der blev indskrevet, om de forud for indskrivning havde modtaget anonym rådgivning.

Hvor mange indskrevne

I alt gav 137 unge fra U-turn samtykke til, at vi kunne kontakte dem igen tre og ni måneder efter UngMap-interviewet (opstart). Dertil kommer 69, som besvarede UngMap, men som enten ikke ønskede at deltage i selve undersøgelsen (opfølgningen), eller hvor vi ikke modtog et samtykke. For U18 var der samtykke fra 138. Dertil kommer 39 unge, som havde besvaret UngMap, men som enten ikke ønskede at deltage i selve undersøgelsen, eller hvor vi ikke modtog et samtykke.

I det følgende er det de 137 i U-turn-kommunerne og de 138 i U18-kommunerne, der er i fokus.

4.2. Hvem er de indskrevne unge?

I den første tabel ses køn og alder for de to undersøgelsesgrupper.

Tabel 24. Køn og alder for unge i U-turn- og U18-behandling.

		U-turn	U18	
	Antal			Antal
Indskrevet	137			138
Alder (gns)		⁸ **19,9 år	19,0 år	
Under 18 år	31	⁹ **22,6 %	41,3 %	57
18+ år	106	77,4 %	58,7 %	81
Kvinder	47	34,3 %	27,5 %	38

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Gennemsnitsalderen for unge fra U-turn-kommuner var 19,9 år og 19,0 år for unge fra U18-kommunerne. De unge fra U18-kommunerne er signifikant yngre end de unge fra U-turn. Dette er vist ved de to **. Det betyder, at der kun er 1 % sandsynlighed for, at det er tilfældigt, at unge fra U18 er yngre end unge fra U-turn ($p = \text{sandsynligheden} < \text{mindre end } 0,01 = 0,01 \%$). Fra U18-kommunerne er 41,3 % af de unge under 18 år, mens det for U-turn-kommunerne er 22,6 %. Generelt opnår unge under 18 år ofte bedre effekt, målt som stoffrihed, end ældre unge (se ¹⁴). Dette afhænger dog af, hvor belastede de unge er. Slutteligt viser tallene, at der er flest mænd, og at U-turn-kommunerne har flere kvinder indskrevet end U18-kommunerne. Forskellen er ikke signifikant.

På landsplan er gennemsnitsalderen for unge, der indskrives i behandling, 20,7 år. Det skyldes, at ikke alle unge under 18 år registreres i SMDB. Enten fordi de får rusmiddelbehandling uden for Servicelovens § 101-regi (hvilket er tilfældet for to af herværende kommuner), eller fordi man ikke troede, at de under 18-årige i rusmiddelbehandling skulle registreres i SMDB. Nationalt er det 25,4 % af de indskrevne mellem 15 og 25 år, som er kvinder. Altså lidt mindre end vi ser blandt U-turn-kommunerne.

De unge har ved UngMap-interviewet oplyst, om de har fået en diagnose af en psykiater (selvrapporteret), og nedenstående tabel viser, at 48,2 % af de unge fra U-turn-kommunerne havde fået en psykiatrisk diagnose ved indskrivning, mens det samme var tilfældet for 35,5 % fra U18-kommunerne. Forskellen er ikke signifikant, men dog markant. Der skelnes desuden mellem ADHD-diagnose og an-

⁸ $t(273) = 2.61, p = 0.01, d = -0,90$

⁹ $t(271) = 2.45, p = 0.001, d = -0,18$

den diagnose. Med anden diagnose henvises der helt overvejende til depression (affektive forstyrrelser) og angst (nervøse og stressrelaterede tilstande), men også til f.eks. personlighedsforstyrrelser og Aspergers syndrom. Andelen af unge med ADHD-diagnose er også højere i U-turn-kommunerne, men ikke signifikant. Derimod er der signifikant flere med en anden diagnose i U-turn-kommunerne end i U18-kommunerne. Unge med en psykiatrisk diagnose har generelt vanskeligere ved at blive stoffri end unge uden psykiatrisk diagnose (se ^{13,14}).

Tabel 25. Psykiatrisk diagnose fordelt på unge i U-turn- og U18-behandling

	Antal	U-turn %	U18 %	Antal
Psyk diagnose	66	48,2	35,5	49
ADHD	33	24,1	18,2	25
Anden diagnose	52	^{10*} 38,0	23,2	32

* p<0,05 ** p<0,01

I nedenstående tabel ses de unges stofbelastning ved indskrivning, og om de har oplevet omsorgs- svigt og overgreb tidligere i deres liv. Stofbelastningen er et indeks, som går fra 0 til 100 og er udreg- net ved hjælp af nedenstående formel:

$$(((\text{cannabis}+\text{amfetamin}+\text{kokain}+\text{ecstasy}/\text{MDMA}+\text{andre rusmidler})/150)*100)$$

Formlen skal forstås som følger: For alle stofgrupperne er det antal dage sidste måned, der indgår i scoren. Det kan f.eks. være 30 dages brug af cannabis sidste måned, 1 dag amfetamin, 5 dage ko- kain, 2 dage ecstasy og 2 dage andre stoffer. Alle dage sidste måned. Når dette lægges sammen, gi- ver det 40. Summen kan maksimalt være 150 (5 stofgrupper á 30 dage om måneden). Derfor divide- res de 40 med 150. Resultatet ganges med 100, således at der ikke skal forveksles med en ASI-score (Addiction Severity Index). I eksemplet giver det 26,7, som er langt over 12+ grænsen (ASI-score ud- regnes efter næsten samme princip).

Når der sættes et cut på 12+, er det, fordi vi i Metodeprogrammet har vist, at 56 % af de unge med en score på under 12 var stoffri ved ni måneders opfølgning, mens 29 % af de unge med en score på 12 eller mere var stoffri ni måneder efter indskrivning. Sammenhængen gælder også i denne under- søgelse. Således er det i herværende undersøgelse 42 % af dem, der scorede under 12, der var stof- fri ni måneder efter indskrivning, mens det samme var tilfældet for 28 % af de unge, der havde en

¹⁰ Log.reg.: OR=1,84. P=0,034. CI95 1,05 – 3,24 vægtet og kontrolleret for køn og alder.

stofbelastningscore på 12+. Stofbelastningen for U-turn- og U18-unge ved indskrivning er den samme.

Tabel 26. Stofbelastning, omsorgssvigt og overgrebshistorik ved indskrivning

	Antal	U-turn %	U18 %	Antal
Stofbelastning 12 +	67	48,9	48,6	67
Omsorgssvigtet (Meget/rigtig meget)				
Alle	45	32,9	26,8	37
Seksuelt overgrebet (Mindst 1 gang)				
Alle	33	24,1	19,6	27
Kvinder	27	57,5	57,5	22
Mænd	6	6,7	5,0	5
Fysisk overgrebet (Mindst 4 gange)				
Alle	46	33,6	31,9	46
Kvinder	23	48,9	29,0	11
Mænd	23	25,6	33,0	33

Med omsorgssvigtet menes, at den unge har oplevet at blive omsorgssvigtet i sin opvækst. Der er ingen signifikant forskel mellem U18- og U-turn-kommunerne. Der ses heller ingen signifikante forskelle mellem U18- og U-turn-kommunerne i andelen, der har været udsat for seksuelle eller fysiske overgreb.

Såvel U18- og U-turn-kommuners unge har dog været langt oftere udsat for såvel omsorgssvigt end danske unge generelt. Således var det i 2015 i en national stikprøveundersøgelse blandt 15-25-årige a) 2,9 % af mændene og 6,6 % af kvinderne, der i høj/meget høj grad havde oplevet omsorgssvigt, b) 1,4 % af mændene og 9,2 % af kvinderne, der mindst én enkelt gang havde oplevet seksuelle overgreb, og c) 6,0 % af mændene og 6,0 % af kvinderne, der mindst én enkelt gang havde oplevet fysiske overgreb¹¹. Selvom spørgsmålene i 2015-undersøgelsen ikke svarer til UngMap i dette projekt, siger det meget om, hvor meget belastet denne gruppe er. Unge, der har været udsat for overgreb (omsorgssvigt og/eller seksuelt/fysisk overgreb), har ofte vanskeligere ved at profitere af behandlingen. Selvom der ses visse forskelle mellem U-turn og U18, er de ikke signifikante.

¹¹ Upubliceret materiale fra UngMap nationale survey 2015.

I beskrivelsen af de unge deler vi dem op i unge med Svære Internaliserede Problemer (SIP), Svære Eksternaliserende Problemer (SEP), Svære Internaliserede og Eksternaliserende Problemer (SEIP) og lav score i internaliserede og eksternaliserende problemer (LAV). Internaliserede problemer inkluderer symptomerne *ensomhed, depression, angst, selvmordstanker, spiseforstyrrelser og selvskade*. Eksternaliserende problemer inkluderer adfærd primært i folkeskolen, såsom at *pjække fra skole, være ballademager, være forstyrrende i timerne, have konflikt med lærer, komme i slagsmål og bortvisning fra skole*. Resultater fra Metodeprogrammet viste, at unge med profilen LAV klarer sig oftest bedst, dernæst kommer unge med profilerne SIP og SEP og til sidst unge med profilen SEIP. For LAV var det 45,4 %, mens det for SEIP var 26,0 %, der var stoffri ni måneder efter indskrivning (se ¹⁴). I næste tabel er de unge opdelt i de fire profiler fordelt på U-turn og U18.

Tabel 27. Profiler fordelt på unge i U-turn- og U18-behandling

	Antal	U-turn %	U18 %	Antal
Lav	26	19,0	29,0	40
SIP	35	25,5	23,2	32
SEP	40	29,2	33,3	46
SEIP	36	*26,3	14,5	20

* p<0,05 ** p<0,01

De unge fra U-turn har signifikant flere med profilen SEIP end unge fra U18 (kontrolleret for køn og alder)¹².

I denne undersøgelse deler vi de unge op i fire risikokategorier. Kategorierne konstrueres på følgende måde.

Psykiatrisk diagnose	= 1 point
Stofscore på 12+	= 1 point
Profilen SEIP	= 1 point

Undersøgelser i tre store kommunale behandlingstilbud har fundet meget stærke sammenhænge mellem de her anvendte risikogrupper og såvel stoffrihed som trivsel. I nedenstående tabel ses, hvor mange unge fra de forskellige risikogrupper som blev indskrevet i henholdsvis de fem U18-kommuner og de fem U-turn-kommuner.

¹² U-turn versus U18: Log.reg.: OR=2,05, P=0,024, CI95 1,10 – 3,80 vægtet og kontrolleret for køn.

R0 står for Risikogruppe 0 (de mindst belastede), mens R3 står for Riskogruppe 3 (de mest belastede). Som det ses i tabellen, er der flere unge i R2 og R3 i U-turn-kommunerne, end der er i U18-kommunerne.

Tabel 28. Unge opdelt i risikogrupper for U18 og U-turn kommunerne

	Antal U18	% U18	% U-turn	Antal U-turn
R0	37	28,8	24,8	34
R1	72	52,2	38,7	53
R2	23	16,7	24,8	34
R3	6	4,4	11,7	16

U-turn-kommunernes unge kan derfor betragtes som mere mere belastede end U18-kommunernes unge.

I næste tabel er det vist, hvor mange og hvilke uddannelsesforløb de unge følger. For U18 var det 84 (60,9 %), der var i gang med et uddannelsesforløb ved indskrivning (herunder praktik og lærlingeforløb). For U-turn var det 65 (47,4%). Forskellen skyldes, at de unge fra U18 er yngre end de unge fra U-turn. Tallene er for små til, at forskellene er signifikante.

Tabel 29. Uddannelsesforløb fordelt på unge i U-turn- og U18-behandling

(OBS! Alle opgørelser, der indeholder under 5 personer, er slettet)

Uddannelse	U18		Uturn	
	Antal	%	%	Antal
8. klasse				
9. klasse	14	16,7	15,4	10
10. klasse	10	11,9	4,6	3
Efterskole				
Gymnasium, STX, HHX, HTX, EUX	9	10,7	7,7	5
HF (fuld HF eller enkeltfag)	5	6,0	3,1	2
VUC (fuld uddannelse eller enkeltfag)				
Produktionsskole	13	15,5	12,3	8
Teknisk skole	5	6,0	16,9	11
I lære: Har læreplads/skolepraktik	8	9,5	4,6	3
I praktik, ikke lærlingeforløb				
Kort videregående uddannelse				
Mellemlang videregående uddannelse				
Lang videregående uddannelse				
Anden uddannelse	6	7,1	10,8	7
STU				

I nedenstående tabel vises samlivsforhold for U18- og U-turn-unge, og heri hvor mange unge der var

bosiddende med begge forældre, med én forælder alene, med én forælder og stedfar/stedmor osv. Den bedste effekt har unge, der bor hos mindst én forælder. Der er betydeligt flere fra U18-kommunerne, der stadig bor hos deres forældre, og der er betydeligt flere fra U-turn-kommunerne, der bor alene. Forskellene skyldes, at der er flere unge under 18 år fra U18-kommunerne. Derudover ses der ikke store forskelle.

Tabel 30. Samlivsforhold fordelt på unge i U-turn- og U18-behandling

(OBS! Alle opgørelser, der indeholder under 5 personer, er slettet)

	U18		U-turn	
	antal	%	%	antal
Med begge forældre	29	21,0	8,0	11
Med én forælder	36	26,1	24,8	34
Med én forælder og én stedfar/ stedmor	23	16,7	7,3	10
Alene	20	14,5	29,2	40
Alene med barn/ børn				
Med kæreste/ partner	9	6,5	9,5	13
Med kæreste/ partner og barn/ børn				
Med anden familie (angiv hvem)				
Med plejefamilie				
Med venner	6	4,3	5,8	8
Institution/opholdssted				
Andre (angiv hvem)				

4.3. Hvem er de unge, der modtager anonym rådgivning?

Et kerneelement i U-turn er den anonyme rådgivning, hvor de unge kan komme "fra gaden" og få rådgivning uden at blive registreret. Nogle unge kommer i anonym rådgivning i forbindelse med, at behandlere fra rusmiddelcentrene har været ude på uddannelsesinstitutioner, og hvor de unge kunne henvende sig til behandlerne.

De anonyme unge svarede på henholdsvis *Mini-UngMap* (oplysninger om hovedstof/sekundært stof, uddannelse, boligforhold og indtægt), *TEM* (løbende monitorering af rusmiddelforbrug og trivsel ved hver samtale), og der blev ført logbog på de enkelte unge (registrering af om en given aktivitet var en anonym samtale). 336 anonyme unge fra U-turn har udfyldt Mini-UngMap. Dertil kommer en gruppe på 77, som modtog anonym behandling, men som ikke udfyldte Mini-UngMap (i alt 413 anonyme unge). Vi har derfor data om primære og sekundære stof, uddannelse, boligforhold og indtægter for 336 af de 413, der modtog anonym rådgivning. 185 af de 413 har løbende udfyldt TEM (Trivsels og Effekt Monitorering).

Vi ønskede derudover at undersøge, hvor mange af de unge der havde modtaget anonym rådgivning, som efterfølgende blev indskrevet i behandling. Derfor blev alle indskrevet i behandling spurgt, om de forinden havde modtaget anonym rådgivning. Af samtlige 206, som besvarede UngMap (med eller uden samtykke for at blive kontaktet senere), var det 116, der rapporterede at have modtaget anonym rådgivning (56,6 %). Af de 137, der accepterede at deltage i den fulde undersøgelse (gav samtykke til at blive kontaktet tre og ni måneder efter indskrivning), var det 42 (31 %), der med sikkerhed først havde været i anonym behandling. Der kan være flere unge, som har modtaget anonym rådgivning, inden de startede i behandling. I så fald har de ikke ønsket at være med i undersøgelsen og ikke besvaret UngMap. Under alle omstændigheder er det de fleste af de unge, der modtager anonym rådgivning, som ikke bliver indskrevet i behandling. I nedenstående opgørelse sættes der fokus på de 336, som modtog anonym rådgivning, og som besvarede Mini-UngMap. Senere i effektafsnittet sættes der fokus på de 185, der besvarede TEM, og de 42, der først havde modtaget anonym rådgivning, og som senere accepterede at deltage i undersøgelsen og derfor blev søgt interviewet tre og ni måneder efter indskrivning.

I den første tabel ses køns- og aldersfordelingen for de 336 i anonym behandling, som besvarede Mini-UngMap. Mens gennemsnitsalderen var 19,9 år for de indskrevne, er den 19,6 år for de anonyme. 25,9 % af de anonyme var under 18 år, hvilket var tilfældet for 22,6 % af de indskrevne. 30,7 % er kvinder mod 34 % for de indskrevne. Unge, der modtager anonym rådgivning, er med andre ord

ikke meget forskellige, hvad angår køn og alder, fra unge, der indskrives.

Tabel 31. Køn og alder for 336 unge i anonym rådgivning

Mini-UngMap	Antal	%
Alder	19,6 år	
Under 18 år	87	25,9
18+ år	247	74,1
Kvinder	103	30,7
Mænd	233	69,4

I næste tabel ses de anonymes hoved- og sekundære stof. De indskrevne bliver ikke spurgt på samme måde. De indskrevne spørges således ikke om hovedstof, men om hvor mange dage de har brugt de forskellige stoffer den seneste måned. Derudover bliver de ikke spurgt på samme tid. De anonyme bliver typisk spurgt ved første samtale, mens de indskrevne typisk bliver interviewet to-tre uger inde i forløbet.

Tabel 32. Hovedstof og sekundært stof for 336 anonyme unge
(Opgørelser under 5 er taget med, da de unge er anonyme)

	Hovedstof		Sekundært stof	
	Antal	%	Antal	%
Intet		-	149	44,4
Alkohol	19	5,7	52	15,5
Cannabis	244	72,6	19	5,7
Kokain	46	13,7	32	9,5
Amfetamin	2	0,6	7	2,1
MDMA/xtc	4	1,2	9	2,7
Heroin/opioider	0	0	0	0
Hallucinogener	0	0	2	0,6
Sove/beroligende	0	0	1	0,3
Andet	6	1,8	8	2,4
Ved ikke	15	4,5	57	17

Blandt de indskrevne har 79,6 % brugt cannabis den seneste måned. Blandt de anonyme har 72,6 % rapporteret, at cannabis var deres hovedstof (19 % har det som sekundært stof). Kokain er det næstmest populære stof. Blandt de anonyme er det 13,7 % der har kokain som hovedstof, og 32 % som har det som sekundært stof. Blandt de indskrevne var det 28,7 %, der havde haft et forbrug af kokain den seneste måned. Også blandt disse var kokain det næstmest populære stof.

Det overordnede stofmønster er det samme for de anonyme som for de indskrevne. Det er dog ikke

muligt helt at sammenligne deres forbrug pga. forskellige spørgsmål, og fordi de spørges på forskellige tidspunkter.

I næste tabel vises igangværende uddannelsesforløb for de 336 anonyme.

Tabel 33. Igangværende uddannelse for anonyme unge
(Opgørelser under 5 er taget med, da de unge er anonyme)

	Antal	%
Er ikke under uddannelse	111	33,0
8 klasse	7	2,1
9 klasse	30	8,9
10 klasse	20	6,0
Produktionsskole	20	6,0
Gymnasie, HF el. lign.	48	14,3
Erhvervsfaglig uddannelse	46	13,7
Kortere videregående	5	1,5
Mellemlang videregående		
Lang videregående		
Andet (angiv hvilken)	25	7,4
Ved ikke	20	6,0

Mens 67 % af de anonyme er under uddannelse, er det samme tilfældet for 47 % af de indskrevne. Dette er i overensstemmelse med, at nogle af U-turn-kommunerne har rekrutteret unge fra uddannelsesinstitutionerne (opsøgende konsulentarbejde).

I nedenstående tabel opstilles de unges boligsituation. Langt de fleste unge bor enten hos deres forældre eller i lejlighed. Helt de samme spørgsmål stilles ikke i UngMap, men det er helt den samme andel blandt de indskrevne, som bor sammen med forældre.

Tabel 34. Boligsituation for 336 anonyme unge
(Opgørelser under 5 er taget med, da de unge er anonyme)

	Antal	%
Uden bolig	10	3,0
Lejlighed	115	34,2
Værelse	5	1,5
Studiebolig	10	3,0
Hos forældre	134	39,9
Anden familie	9	2,7
Institution	18	5,4
Andet	19	5,7
Uoplyst	2	0,6
Ved ikke	14	4,2

I den sidste tabel for de anonyme vises de unges indtægtsgrundlag.

Tabel 35. Indtægt for anonyme unge
(Opgørelser under 5 er taget med, da de unge er anonyme)

Indtægt	Antal	%
Lommepege	45	13,4
Lønarbejde fuldtid	48	14,3
Lønarbejde deltid	36	10,7
Produktionsskoleløn	16	4,8
SU	61	18,2
Egen virksomhed	6	1,8
Aktivering etc		
Dagpenge		
Sygedagpenge		
Ingen indkomst	10	3
Uddannelseshjælp	55	16,4
Andet	14	4,2
Ved ikke	50	14,9

Den store forskel i indtægt mellem de anonyme og de indskrevne er andelen, der modtager uddannelseshjælp. Blandt de anonyme var det 16,4 %, mens det for de indskrevne var 32,1 %. Der er også lidt flere på SU blandt de anonyme end blandt de indskrevne.

Forskellen mellem de anonyme og de indskrevne er derfor ikke mindst, at der var betydeligt flere blandt de indskrevne, der modtog uddannelseshjælp, og at der var betydeligt flere blandt de anonyme, der gik i gymnasiet. Dette er i overensstemmelse med, at et af U-turn-kerneelementerne er konsulentarbejde i form af opsøgende arbejde ude på uddannelsesinstitutionerne. På andre variable synes de ikke at afvige fra de indskrevne.

Del 5. Effekten af behandlingen

I det følgende skal effekten af behandlingen for såvel de indskrevne unge som for de unge i anonym rådgivning beskrives. Effekten af behandlingen i U-turn-kommunerne og U18-kommunerne præsenteres i hvert sit afsnit.

5.1. De indskrevne

I denne del 5 rapporteres effekter for, hvor mange der var stoffri ved opfølgingsinterviewene, hvor mange der havde reduceret deres forbrug af stoffer, deres forandring i graden af trivsel, ændringer i illegale aktiviteter, forandringer i uddannelses/beskæftigelsesforhold, forandringer i boligforhold, forandringer i samlivsforhold samt forandringer i støtte fra og konflikt med forældre.

Dertil kommer, at der i U18-kommunerne blev anvendt Trivsels- og Effekt Monitorering (TEM), se Del 2 "Evalueringdesign og metode", med hvilket det er muligt at følge forbruget af rusmidler, trivsel og hverdagsfunktion fra samtale til samtale. Med denne metode gives der for alle de unge et tal for, hvor mange der havde været stoffri den sidste uge før den respektive behandlingssamtale.

Tre og ni måneders opfølgning

Unge indskrevet i behandling blev som nævnt interviewet ved indskrivning (af behandlerne) samt tre og ni måneder efter *indskrivning* (af forskere fra CRF). Når de ikke følges tre og ni måneder efter *udskrivning*, er det med følgende begrundelser:

- 1) At følge de unge tre og ni måneder efter udskrivning vil betyde, at nogle unge skal interviewes f.eks. ni måneder efter et 12 måneders forløb (altså 21 mdr. efter indskrivning), mens det for andre vil være ni måneder efter én måned i behandling (10 måneder efter indskrivning). I et 2-årigt projekt vil vi få meget få med, der har været længe i behandling, hvilket vil give problemer med at etablere en repræsentativ opfølgingsgruppe. Dertil kommer, at der ikke kan nå at komme så mange med i opfølgningen.
- 2) De unge, der har været længst i behandling, er nogle gange dem, der har klaret sig bedst – nogle gange dem, der har klaret sig dårligst. Dem vil der være færre af i en opfølgingsundersøgelse, hvis der følges op efter udskrivning. Dette kan betyde et skævt billede af effekten, og det er heller ikke hensigtsmæssigt at udelade dem, der har været længst tid i behandling i en økonomisk evaluering.

- 3) Endelig er det ikke ligegyldigt, om der er gået 10 eller 21 måneder mellem indskrivningsinterviewet og ni måneders opfølgingsinterviewet. Der sker meget i de unges liv på 11 måneder. De to kan derfor ikke sammenlignes.

I alt blev 275 unge fulgt tre og ni måneder efter indskrivning (138 fra U-turn og 137 fra U18). Svarprocenten for de 137 fra U-turn ved ni måneders interviewet var 61 %, mens det for de 138 fra U18 var 66 %.

5.2. De anonyme

De anonyme kan af gode grunde ikke, som de indskrevne, kontaktes af forskere efter afsluttet anonymt rådgivningsforløb. I stedet anvendes TEM til at følge forbruget af rusmidler, trivsel og hverdagsfunktion fra samtale til samtale. For de anonyme er der som vist også ved første samtale indhentet grundlæggende oplysninger om hovedstof/sekundært stof, uddannelse, boligforhold og indtægt (Mini-UngMap).

I alt blev 336 anonyme unge fulgt fra U-turn-kommunerne (336 fik lavet Mini-UngMap, og 185 blev fulgt med TEM).

5.3. Fortolkning af effekterne

Det skal fremhæves, at dette ikke er en lodtrækningsundersøgelse. Der er derimod tale om fem + fem kommuner, der selv har ønsket at afprøve en af de to kildemodeller (U-turn eller U18). Der er altså ikke tale om, at to forskellige grupper af unge (U-turn og U18) bliver fordelt vilkårligt i den samme kontekst (f.eks. 10 i én kommune får U-turn, og 10 i samme kommune får U18). Eftersom der er tale om implementering af et samlet program(model) i relativt små kommuner, vil en sådan lodtrækningsmodel næppe være mulig.

Dette betyder, at der kan være mange andre forhold end den implementerede model, som kan forklare effekten. I designafsnittet nævnes, ud over modellen der skal implementeres, de interne og eksterne betingelser. Netop sammenhængen mellem interne og eksterne betingelser samt kildemodellens (programmets) kompleksitet kan være afgørende for udfaldet af behandlingen. F.eks. vil belastningsgraden for de unge, der søger behandling, være afgørende. Her er det tidligere vist, at unge fra U-turn var ældre og på flere områder mere belastede end unge fra U18.

Dette kan have betydning for effektstørrelsen. Også behandlerflow, ledelsesskift, forvaltningsmæssig opbakning og programmets fremtidsudsigter kan være afgørende. Der ses således i mange af kom-

munerne et meget stort behandlerflow i evalueringsperioden, ledere er blevet udskiftet, og to behandlingsprojekter er ophørt med at eksistere som projekt inden evalueringens ophør (ét er efterfølgende opstået i 2020). To-tre kommuner har ikke tidligere været vant til at arbejde med egentlig behandling, men har mere været socialpædagogiske eller forebyggende indsatser. Også kommunens og behandlingscentrets ressourcer (bemanding) samt centrets muligheder for samarbejde med psykiatrien kan være afgørende. Dette er blot nogle af de interne/eksterne betingelser, som kan have betydning for udfaldet af behandlingen.

Ovenstående skal forholdes til, hvilken kildemodell – forstået som hvilke kerneelementer – der skal implementeres. Hvor mange kerneelementer skal implementeres? Og hvor komplekse og ressourcekrævende er de?

U-turn-kommunerne har haft anonyme samtaler (kerneelement) med mindst 336 unge og haft indskrevet 206 unge i behandling. At så mange unge får anonym rådgivning kan til dels forklares med, at opsøgende arbejde på blandt andet ungdomsuddannelser er et af U-turns kerneelementer. En del af de unge, der får anonym rådgivning, bliver senere indskrevet (se senere), og her kan den anonyme rådgivning være en form for forbehandling. En relativt stor gruppe bliver dog ikke indskrevet i behandling, hvilket der kan være gode begrundelser for. Her kan den anonyme rådgivning måske være en form for forebyggende arbejde målrettet unge, som er i gang med en ungdomsuddannelse, og som har relativt gode ressourcer. Således får kommunen ikke bare et behandlingssted, men også en anonym rådgivning som, qua det opsøgende arbejde, kan inkludere unge, der ellers ikke ville søge behandling. For en lille kommune kan et sådant anonymt tilbud kombineret med opsøgende arbejde skabe et arbejdspress, hvor behandlingscentrets ressourcer bliver udfordret. Endelig – og meget væsentligt – kommer 53 % af opfølgningsinterviewene tre og ni måneder efter indskrivning fra to kommuner. Tilfældigvis har hver model haft én stor kommune (mange unge med i undersøgelsen) og fire mindre kommuner (relativt få unge med i undersøgelsen). Der skal vendes tilbage til denne problematik i sammenfatningen af resultaterne for hver enkelt model.

De følgende resultater kan derfor ikke blot tilskrives kildemodellen, der skal implementeres. Der kan være eksterne og interne betingelser, som har påvirket resultaterne. Det kan også være, at kildemodellen er effektiv, hvis de interne og eksterne betingelser er til rådighed, men blot ikke passer til en given projektkommunes organisatoriske virkelighed.

I det følgende vil effekten af behandlingen blive gennemgået først for U-turn-kommunerne og herefter for U18-kommunerne. Afsnittene er skrevet, så de kan læses særskilt.

5.4. U-turn-kommunerne

I alt fem meget forskellige kommuner har valgt at implementere U-turn-modellen. De fem kommuner kom med i undersøgelsen i to runder (tre i første og to i anden). De kommuner, der kom med i anden runde, har af gode grunde haft kortest tid til at få unge med i opfølgingsundersøgelsen. *Første runde:* De tre kommuner, der var med i første runde, fik 70, 23 og 22 unge med i opfølgingsundersøgelsen. *Anden runde:* Den ene kommune deltog med et socialpædagogisk tilbud, som ikke tidligere havde været godkendt til behandling. Denne godkendelse kom så sent, at de kun nåede at få fire unge med i opfølgingsundersøgelsen. Den anden kommune fik 18 unge med i opfølgingsrunden. Ud over det socialpædagogiske tilbud, (som senere blev godkendt til behandling) var ét tilbud knyttet til en familieafdeling og havde i projektperioden et stærkt fokus på opsøgende indsatser, bl.a. ude på ungdomsuddannelserne. Der har i alle kommuner været et stort behandlerflow.

I det følgende vises effekten først for de indskrevne og dernæst for de anonyme. Til slut diskuteres resultaterne i en sammenfatning.

5.4.1. Unge indskrevet i behandling

Udskrivningsårsag

I alt var 108 af de 137 unge udskrevet ved dataindsamlingens afslutning. De øvrige var fortsat i behandling.

Tabel 36. Udskrivningsårsag for 108 udskrevne
(Opgørelser under 5 er ikke taget med af hensyn til anonymitet)

Udskrivningsårsag	Antal	%
1 Færdigbehandlet	33	30,6
2 Ud efter egen anmodning	18	16,7
3 Udeblevet	28	25,9
4 Død		
5 Flyttet	5	4,6
6 Udskrevet til andet tilbud		
7 Udskrevet til hospital		
8 Bortvist		
9 Overgået til kriminalforsorg		
10 Anden årsag	19	17,6

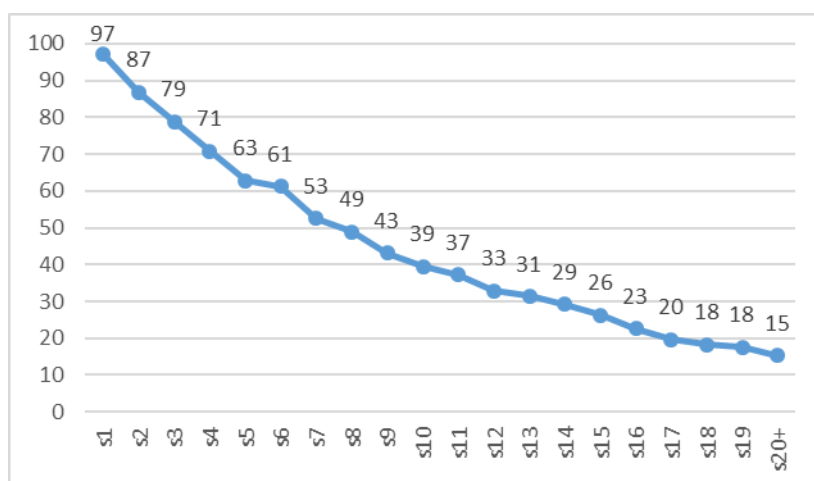
30,6 % gennemførte som planlagt. For de 20 unge under 18 år var det 40 %, der gennemførte som

planlagt (færdigbehandlet), mens det samme var tilfældet for 28,4 % af de 88 unge på 18 år og derover. Det kan skyldes, at der er mere støtte og kontrol fra forældre og måske også mere myndighedskontrol. Forskellen er dog ikke signifikant (fordi gruppen under 18 år kun inkluderer 20 unge).

For kvinder var det 32,4 %, der gennemførte som planlagt (n=37), mens det for mænd var 29,6 % (n=71). I den nationale Stofmisbrugsdatabase (SMDB) var det i 2016 af de udskrevne 28,6 %, der blev udskrevet som færdigbehandlet (27,4 % for mænd og 32,5 % for kvinder). Andelen, der færdigbehandles i U-turn-kommunerne, svarer altså nogenlunde til, hvor mange der færdigbehandles i samme aldersgruppe i Danmark generelt.

Antal samtaler (indskrevne)

I gennemsnit fik de 108 udskrevne 10,9 samtaler. 29 unge er fortsat indskrevet. De har foreløbigt i gennemsnit modtaget 13,1 samtaler. I næste graf er vist, hvor mange samtaler de unge gennemførte i løbet af deres behandlingsforløb. Her er alle 137 unge medregnet (ikke kun de udskrevne).



Figur 38. Antal samtaler for alle unge (n=137)

Grafen skal læses som følger: 97 % fik som nævnt mindst én samtale. UngMap-interviewet regnes ikke for en samtale. Det betyder, at 3 % gennemførte UngMap-interviewet og herefter udeblev. 87 % fik mindst to samtaler, 79 % fik mindst tre samtaler osv. 15 % fik mindst 20 samtaler. 50 % får mindst syv samtaler, 50 % får otte eller flere samtaler (median = syv samtaler). I gennemsnit havde alle 137 unge modtaget 11,4 samtaler.

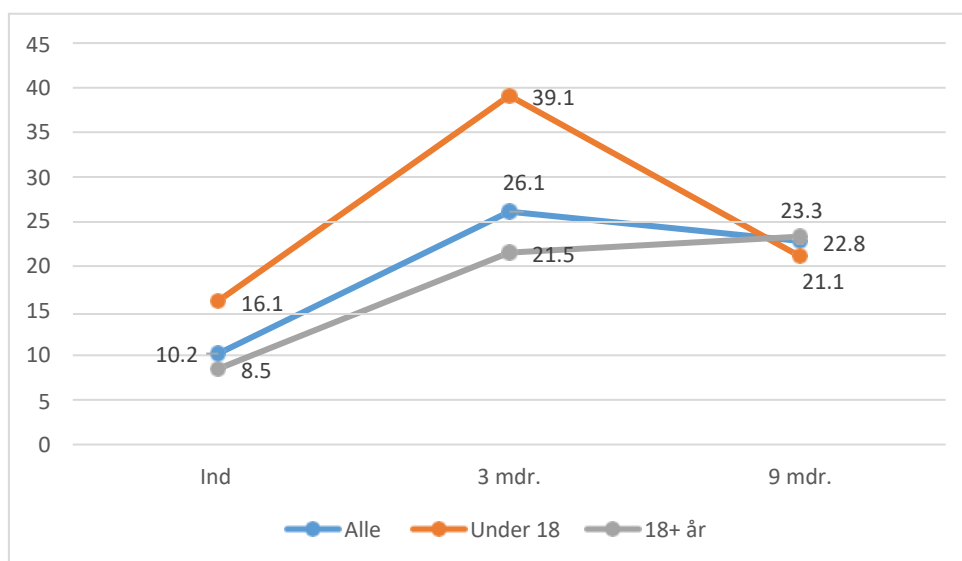
De helt unge under 18 år fik i gennemsnit 8,5 samtaler (median = 6), mens de ældre unge fik 12,2 samtaler i gennemsnit (median 8). Her får de yngste unge altså færrest samtaler. Mændene fik i gennemsnit 10,3 samtaler (median = syv), mens kvinderne i gennemsnit fik 13,5 samtaler (median = syv).

Indskrivningslængde

Den gennemsnitlige indskrivningslængde var 234 dage for de 108, der var blevet udskrevet. For mænd var det 227 dage (n=71) og for kvinder 246 dage (n=37). For 15-17-årige var det 199 dage (n=20) og for 18-25-årige 242 dage.

Stoffrihed

Den klassiske, og mest gennemskuelige, metode til at måle effekten på i stofbehandling, er ved at måle, hvor mange der havde været stoffri den seneste måned ved opfølgingsinterviewet (selvrapporteret). I nedenstående figurs blå (midterste) graf (alle interviewede) ses det, at 10,2 % var stoffri ved første interview (UngMap), 26,1 % ved tre-måneders opfølgningen og 22,8 % ved ni-måneders opfølgningen. Ved UngMap-interviewet deltog alle 137 (100%), ved tre-måneders interviewet 88 (64 %) og ved ni- måneders interviewet 79 af 129 mulige (de sidste otte kunne ikke interviewes, fordi der ikke var gået ni måneder efter indskrivning, da dataindsamlingen blev afsluttet). Svarprocenten ved 9-måneders interviewet var derfor 61 %.



Figur 39. Stoffrihed tre og ni måneder efter indskrivning (alle, <18 og 18+)

Den øverste graf viser, hvor mange af dem under 18 år der var stoffri ved indskrivning, tre og ni måneder efter indskrivning. Ved indskrivning (eller UngMap-interviewet) var 16,1 % stoffri. Det steg til fine 39,1 % ved tre måneders interviewet, men falder så til 21,1 % ved ni måneders interviewet. For de ældste unge er det 8,5 %, der er stoffri ved indskrivning, hvilket stiger til 21,5 % ved tre-måneders interviewet og stagnerer til 23,3 % ved ni-måneders interviewet. For kvinderne var det 27,6 %, der var stoffri ni måneder efter indskrivning (n=29), mens det for mændene var 20 % (n=50).

De unge, der var stoffri, havde været indskrevet i 164 dage, mens de unge, der stadig tog stoffer, havde været indskrevet i 271 dage. Dette kan måske forklares med, at de unge, der hurtigt bliver stoffri, ikke synes, det er nødvendigt at være i behandling mere, mens de unge, der fortsat tager stoffer, fastholdes i behandling. Ovenstående er i overensstemmelse med, at de unge, der var stoffri ved ni-måneders interviewet, i gennemsnit havde modtaget 6,8 samtaler, mens de, der ikke var stoffri, i gennemsnit havde modtaget 13,3 samtaler. Af de unge, der var stoffri, havde 72 % gennemført behandlingen, mens det var 24 % af dem, der stadig tog stoffer, der havde gennemført behandlingen.

Der tegner sig her et billede af, at de unge, der bliver stoffri, er kortest tid indskrevet, får færrest samtaler, men gennemfører alligevel meget oftere behandlingen som planlagt end de, der stadig tager stoffer. Der er med andre ord en stærk sammenhæng mellem at tage stoffer, lang indskrivningstid, mange samtaler og lav gennemførelsesprocent. Dette kan der være logik i. De, der hurtigt stopper med at tage stoffer, har ikke brug for at være i behandling så lang tid og afsluttes som færdigbehandlet. Men det kan også være farligt. I netop U-turn-kommunerne ser det ikke ud til at være hensigtsmæssigt, idet der ses et stort tilbagefald efter tre-måneders interviewet – ikke mindst blandt de yngste unge.

Stofreduktion

Det er ikke enkelt at måle stofreduktion. Dette skyldes ikke mindst to forhold:

- 1) Baseline skal måles så hurtigt i forløbet som muligt. Hvis det f.eks. først måles tre-fire uger efter første kontakt, vil den unge ofte allerede have reduceret sit forbrug betragteligt. Dermed bliver det vanskeligere at påvise reduktion.
- 2) Man kan ikke betragte en reduktion fra 29 dage med brug af cannabis om måneden til 26 dage ni måneder efter som en reduktion. Det kan være et tilfældigt udsving.

For at imødegå ovenstående har vi konstrueret en særlig måde at vurdere graden af reduktion på. For det første har vi, som tidligere vist, konstrueret et stofbelastningsindeks, som går fra 0 til 100. Herefter opstilles fem kategorier af belastninger, som ses i nedenstående tabel med eksempler på, hvor stort et forbrug der kendetegner den enkelte kategori.

En stofbelastning på 0 = stoffrihed. En stofbelastning på 1 = f.eks. højst fire dages forbrug af et stof sidste måned osv.

Tabel 37. Fem kategorier af stofbelastning (Stofb.)

Gruppe	Belastningscore	Benæv-	Eksempler
Stofb. 0	0	Stoffri	F.eks.: Ikke taget stoffer den sidste måned.
Stofb. 1	Over 0, under 2	Lav	F.eks.: Højst fire dages forbrug af et stof på en måned.
Stofb. 2	2, under 5	Moderat	F.eks.: Otte dages forbrug af hash og to dages forbrug af kokain.
Stofb. 3	5, under 12	Risiko	F.eks.: 20 dages forbrug af cannabis og ikke andet.
Stofb. 4	12 og derover	Belastet	F.eks.: 30 dages forbrug af cannabis eller 20 dages forbrug af cannabis og otte dages forbrug af kokain.

For U-turn-unge, der blev interviewet ni måneder efter indskrivning (n=79), ses nedenstående resultat (forklaring efter tabel):

Tabel 38. Stoffrihed eller stof reduktion fra indskrivning til ni måneder efter indskrivning

UngMap	0	1	2	3	4	Total
0	5	1	0	0	1	7
1	3	0	3	0	2	8
2	3	4	2	1	2	12
3	2	0	4	3	5	14
4	5	4	3	6	20	38
Total	18	9	12	10	30	79

Ved indskrivning



Ni mdr. efter indskrivning



De 79 unge, der deltog både ved indskrivningsinterviewet og ni-måneders interviewet, indgår i tabellen. Ved indskrivning placerer 7 sig i kategori 0 (intet stofforbrug) og 8, 12, 14 og 38 sig i de øvrige fire kategorier. Det var altså 38 unge, der ved indskrivning var mest belastet af stoffer.

Ved ni-måneders interviewet var andelen af unge, der var stoffri 18 (mod 7 ved indskrivning). Det er 30 unge, der hører til den mest belastede kategori (38 ved indskrivning). Det gule felt nederst til højre viser, der var 20 af de 79, som placerede sig i kategori 4 både ved indskrivning og ni måneder efter. 6 havde skiftet fra kategori 4 til 3 (hvilket ikke regnes for effekt), mens 3 havde skiftet fra kategori 4 til kategori 2 (effekt). 5 havde skiftet fra kategori 4 til kategori 0 (fra svært belastet til stoffri). Det grønne områder viser de unge, der har reduceret på en sådan måde, at de er sprunget over

mindst én kategori. Derudover regner vi også en ung, der er skiftet fra kategori 1 til kategori 0 som effekt, og ligeledes unge, der befandt sig i kategori 0 både ved indskrivning og ni måneder efter. Dette er vist ved den øverste cirkel i tabellen.

De røde felter viser de unge, der har sprunget mindst et felt over i negativ retning. I alt 5 unge har forværret deres stofforbrug (sammentælling af de røde felter). Hvis tallene i de to cirkler (grønne område og øverste cirkel) lægges sammen giver det 25. Det er altså 25 af de 79 unge, som har opnået at reducere deres forbrug eller er stoffri ni måneder efter indskrivning.

I alt har 31,6 % derfor reduceret deres forbrug eller er stoffri ved ni-måneders interviewet.

Omend udregningen er noget omstændelig, giver den mulighed for at vurdere ikke bare stoffrihed og reduktion, men også hvor mange der har forværret deres forbrug eller stadig har et meget stort forbrug.

Stoffrihed, stofreduktion eller lavt forbrug

I U-turn-modellen er stoffrihed ikke nødvendigvis målet. Et mindre forbrug kan også være målet. Derfor har vi også udregnet effekten på en sådan måde, at et vist forbrug accepteres. I tabellen nedenfor ses, hvor mange der har reduceret deres forbrug til enten stoffrihed eller et moderat forbrug (forklaringen nedenfor).

Tabel 39. Stoffrihed, lavt forbrug eller reduktion fra indskrivning til ni måneder efter indskrivning

UngMap	0	1	2	3	4	Total
0	5	1	0	0	1	7
1	3	0	3	0	2	8
2	3	4	2	1	2	12
3	2	0	4	3	5	14
4	5	4	3	6	20	38
Total	18	9	12	10	30	79

Ved indskrivning ↓

Ni mdr. efter indskrivning →

Hvis en ung i tabellen placerer sig i kategori 1 ved ni-måneders interviewet, regnes det for en effekt (Kategori 1 er f.eks. højst fire dages forbrug af et stof på en måned). Dertil plusses de 3, som havde reduceret deres forbrug med mere end én kategori (grøn), og dermed har i alt 30 af de 79 opnået en effekt af behandlingen. *Det giver en effektprocent på 38,0 %.*

Stoffrihed og gennemført som planlagt.

Af de unge fra U-turn kommunerne som gennemførte behandlingen som planlagt, var 54,2% stoffri 9 måneder efter indskrivning. For de unge der afbrød behandlingen var 12,8% stoffri samme tid.

Trivsel

Graden af trivsel (eller mistrivsel) måles i denne undersøgelse på to måder. Henholdsvis ved at udregne en score for *internaliserende problemer* (ensomhed, depression, angst og selvmordstanker = **IP4**) den *sidste måned* og ved at anvende Trivsels og Effekt Monitorering (TEM-trivsel) ved hver samtale.

Spørgsmålene ser ud som vist nedenfor.

Har du været påvirket af ensomhed de sidste 30 dage?	0 Slet ikke 1 Lidt 2 En del 3 Meget 4 Rigtig meget
Hvor meget har du været påvirket af depressive symptomer de sidste 30 dage?	Samme
Hvor meget har du været påvirket af angst de sidste 30 dage?	Samme
Hvor meget har du været påvirket af selvmordstanker i de sidste 30 dage?	Samme

IP4 er en sammenhængende og stabil skala, der har været anvendt i en lidt anden form i en række danske undersøgelser og undersøgelser i Grønland og i Norge. Valideringen og brugen af den er indgående beskrevet i artiklerne^{12,15}. De tre TEM-spørgsmål, der anvendes, ses nedenfor.

Svar på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder virkelig dårligt, 5 er midten, og 10 betyder virkelig godt (sidste uge)

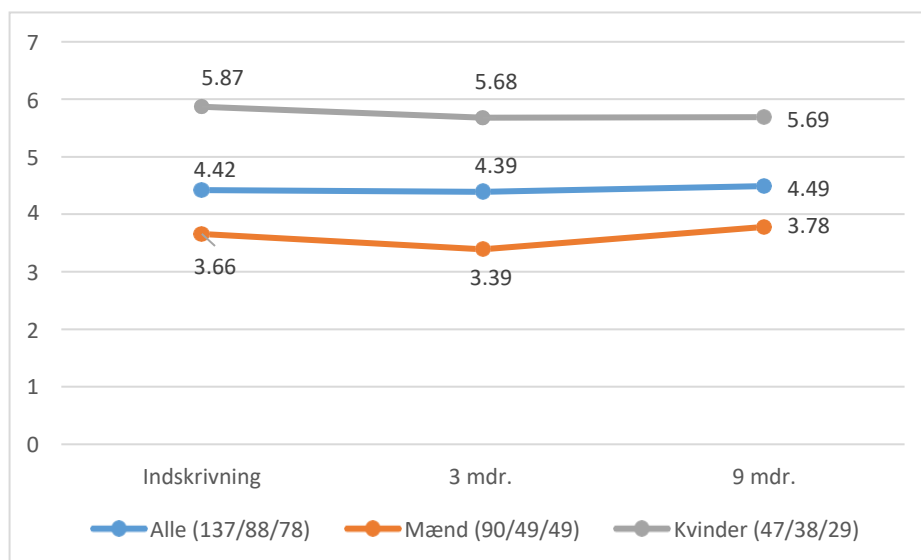
0	Virkelig dårlig (t)	1	2	3	4	5 Midten	6	7	8	9	10 Virkelig god(t)
Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner, i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De tre spørgsmål, der indgår i TEM, er næsten enslydende med trivselsspørgsmålene i Feedback Informed Treatment metoden (FIT). For effekter og begrænsninger ved denne metode se^{16,17}. Også i FIT spørges der ind til trivsel siden sidste samtale, med nogenlunde samme spørgsmål.

IP4 scoren er blevet anvendt ved de indskrevne (her blev TEM-trivsel ikke anvendt), mens TEM blev anvendt på unge i anonym rådgivning (her blev IP4 ikke anvendt).

IP4 er blevet anvendt i opfølgingsundersøgelsen (indskrivning og tre og ni måneder efter). Med en score fra 0 til 4 i hvert spørgsmål kan der højst scores 16 i de fire spørgsmål. Gennemsnitsscoren for U-turn-unge var 4,0, mens den for danske unge generelt er 1,9.

I nedenstående figur ses udviklingen i internaliserende problemer (manglende trivsel) fra indskrivning til ni måneder efter målt med IP4 for alle og for mænd og kvinder. I figuren ses det, at for alle (blå graf) blev 137, 88 og 78 interviewet ved indskrivning og tre og ni måneder efter indskrivning. Der ses ingen signifikante forskelle i internaliserede problemer mellem de tre målepunkter, med hvilket der menes, at scoren over tid hverken stiger eller falder for hverken mænd eller kvinder. Det er, som det ses i alle de undersøgelser, hvor denne test er anvendt, kvinderne, der scorer højest i internaliserede problemer.



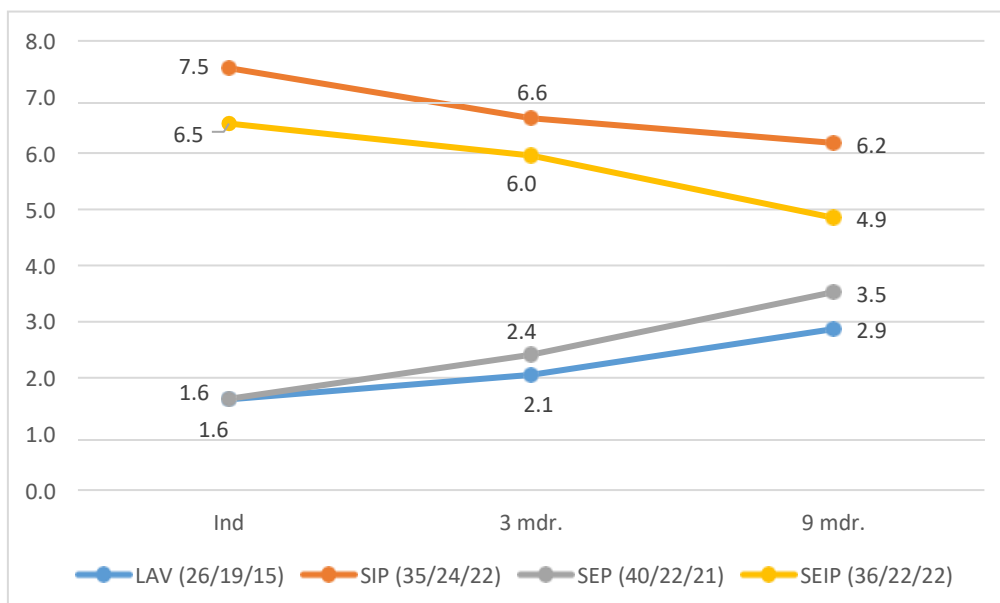
Figur 40. Internaliserede problemer ved indskrivning til ni måneder efter indskrivning

Unge under 18 år (ikke vist i graf) øger deres internaliserede problemer fra 2,7 (indskrivning, 31 deltog) til 4,3 (ni-måneders interview, 19 deltog). Det kan skyldes, at de 19 unge, der deltog ved ni-måneders interviewet, også havde en lavere trivsel ved indskrivning. Men hvis vi alene tager de 19 unge under 18 år, der besvarede alle spørgsmål ved indskrivning og ni måneder efter, er resultatet

det samme. Stigningen i internaliserede problemer er dog ikke signifikant. De internaliserede problemer øges specielt mellem tre og ni mdr. Dette er i overensstemmelse med, at det var i samme tidsrum, der finder et stort tilbagefald til brug af stoffer sted hos denne aldersgruppe. For de ældre unge (18+ år) var scoren på de tre måletidspunkter 4,9; 5,1 og 4,6. Heller ikke her nogen signifikant forskel.

Profilerne og trivsel

I beskrivelsen af de unge delte vi dem op i unge med Svære Internaliserede Problemer (SIP), Svære Eksternaliserende Problemer (SEP), Svære Internaliserede og Eksternaliserende Problemer (SEIP). Der henvises til Del 2: Evalueringsdesign og metode (se "Fire Ungeprofiler"). Nedenfor ses trivselscoren for de fire grupper ved de tre måletidspunkter. I figuren ses det, at de internaliserede problemer stiger for LAV og SEP (samlet en signifikant stigning¹³), mens de falder for SIP og SEIP. Det er ikke ualmindeligt, at de internaliserede problemer i IP4 stiger en smule for LAV og SEP (som udgangspunkt scorer de lavere end danske unge generelt, som var 1,9). Ofte har disse unge "fart på" og tænker ikke så meget over konsekvenserne af deres handlinger. Det kommer de ofte til at gøre, når de kommer i behandling og vender blikket lidt indad. Faldet eller stigningerne er ikke signifikante.



Figur 41. IP4 score ved tre måletidspunkter for fire profiler

¹³ Wilcoxon signed-rank test $z = 2,575$, $p=0.01$

Profilerne og stoffrihed

I den næste tabel er det vist, hvor mange fra hver profil der var stoffri ved indskrivning og tre og ni måneder efter indskrivning. For unge med profilen LAV (hverken internaliserede eller eksternaliserende problemer) er det 33,3 %, der er stoffri ni måneder efter indskrivning, for unge med profilen SIP er det 22,7 %, der er stoffri på samme tidspunkt, for unge med profilen SEP er det 13,6 %, der er stoffri på samme tidspunkt, og endelig er det 25,0 % af de unge med SEIP, der er stoffri ni måneder efter indskrivning. De unge, der klarer sig dårligst, er altså unge med profilen SEP. Denne gruppe af unge er ofte meget svære at fastholde i behandling. Det er da også kun 20 % af disse unge, der gennemfører behandlingen som planlagt (45 % for LAV, 32 % for SIP og 29 % for SEIP).

Tabel 40. Stoffrihed tre og ni måneder efter indskrivning fordelt på fire profiler (procent)

	Antal med	Ind	3 mdr.	9 mdr.
LAV	(26/19/15)	23,1	36,8	33,3
SIP	(35/24/22)	14,3	25,0	22,7
SEP	(40/23/22)	5,0	17,4	13,6
SEIP	(35/22/20)	2,8	27,3	25,0

Psykiatrisk diagnose

Nedenstående tabel viser andelen af unge med og uden psykiatrisk diagnose, og hvor mange der var stoffri ved indskrivning og tre og ni måneder herefter. Ved indskrivning var det 6,1 %, der var stoffri. Ved ni-måneders opfølgning var det 8,6 %, der var stoffri. De unge uden psykiatrisk diagnose klarer sig betydeligt bedre. At de unge med psykiatrisk diagnose har vanskeligere ved at blive stoffri, ses i de fleste kommuner¹³.

Tabel 41. Stoffri blandt unge med og uden psykiatrisk diagnose

	Ind/3md/9md	Ind	3 mdr.	9 mdr.
Psykiatrisk diagnose	(66/45/35)	6,1	15,6	8,6
Ingen psykiatrisk diagnose	(71/43/44)	14,1	37,2	34,1

Risikogrupper: Stoffrihed og trivsel

I denne undersøgelse deler vi de unge op i fire risikokategorier. Kategorierne konstrueres på følgende måde.

Psykiatrisk diagnose	= 1 point
Stofscore på 12+	= 1 point
Profilen SEIP	= 1 point

Tidligere undersøgelser har fundet en meget stærk sammenhæng mellem de her anvendte risikogrupper og såvel stoffrihed som trivsel. I nedenstående tabel ses, hvor mange unge fra de forskellige risikogrupper som var stoffri tre og ni måneder efter indskrivning.

Tabel 42. Stoffrihed tre og ni måneder efter indskrivning fordelt på tre risikogrupper (procent)

	Antal	Ind	3 mdr.	9 mdr.
R0	(34/20/18)	29,41	50,00	55,56
R1	(53/38/35)	5,66	23,68	11,43
R2	(34/21/20)	2,94	14,29	15,00
R3	(16/9/6)	0,00	11,11	16,67

Som det ses, er det i høj grad de mest belastede, der ikke profiterer af behandlingen. Effekten mellem indskrivning og ni-måneders interviewet er ikke signifikant. Andelen, der er stoffri efter ni måneder for R0, er signifikant og nogenlunde det samme, som vi har fundet i andre undersøgelser¹⁴. Andelen, der er stoffri i R1 og R2, er lavere, end vi har fundet i andre kommuner. Andelen, der er stoffri i R3, er nogenlunde det samme, som vi ser i andre undersøgelser, men her er antallet af unge der er med lavt (kun seks deltager i ni-måneders opfølgningen). Samlet er det ikke mindst R1, R2 og R3 tilsammen, der bidrager til den lave effekt.

Illegale aktiviteter

Andelen af unge involveret i illegale aktiviteter den sidste måned henholdsvis ved indskrivning og tre og ni måneder herefter er vist i nedenstående tabel.

Tabel 43. Illegale aktiviteter sidste måned fordelt på fire profiler

	Antal	Ind	3 mdr.	9 mdr.
LAV	(26/19/15)	3,9	0,0	0,0
SIP	(35/24/22)	8,6	6,7	9,1
SEP	(40/22/21)	20,0	9,1	14,3
SEIP	(36/22/22)	33,3	23,8	20,0
Alle	(137/85/78)	17,5	12,9	11,5

I tabellen er alle unge inddraget i analysen. Hvis vi alene inddrager dem, der blev interviewet både ved indskrivning og ni måneder efter, var det for U-turn 78 unge, og her var det 18,0 % af de 78, der havde været involveret i illegale aktiviteter ved indskrivning, og 11,5 % ni måneder efter. Forskellen

¹⁴ $t(17) = 2.557, p = .0,02, d = -0.28$

er signifikant¹⁵.

Det er unge med eksternaliserende adfærd (SEP og SEIP), der oftest er involveret i illegale aktiviteter. Dette ses også i andre undersøgelser¹⁸. Det er altså unge med adfærdsproblemer og en udtalt risikoadfærd (E'et (eksternaliserende) i profilen), som er mest kriminelle, såvel ved indskrivning som ni måneder efter. Hos disse unge ses der dog en god reduktion. Forskellene er dog ikke signifikante.

Uddannelse

Uddannelse opdeles i følgende kategorier.

- 0) Ikke U - Ikke i uddannelse
- 1) FOLK - Folkeskole/efterskole
- 2) GYM - Gymnasium (STX, HTX, HHX, EUX)
- 3) KKU - Korte kompetencegivende uddannelser (HF, HG, VUC, social og sundhed/SOSU/pædagogisk assistent, teknisk skole, læreplads/skolepraktik)
- 4) STU - Særligt tilrettelagt uddannelse, produktionsskole, praktik uden læreplads
- 5) VG - Videregående uddannelser
- 6) Anden U - Anden uddannelse

Med anden uddannelse henvises der ofte til STU-lignende uddannelsesforløb eller korte KKU-uddannelser. En uddannelse, der nævnes flere gange, er KUU (Kombineret ungdomsuddannelse). KUU er en toårig ungdomsuddannelse, der giver titlen erhvervsassistent. Formålet med uddannelsen er at gøre den unge klar til et job eller til at læse videre på en anden ungdomsuddannelse.

Tabel 44. Aktive uddannelsesforløb ved indskrivning og tre og ni mdr. efter for alle interviewede
(Antal under 5 er ikke vist)

	Antal			Ind	3 mdr.	9 mdr.
Ikke U	72	43	33	52,6	48,9	41,8
FOLK	16	6	6	11,7	6,8	7,6
GYM	5			3,7		
KKU	16	17	19	11,7	19,3	24,1
STU	12	10	10	8,8	11,4	12,7
VG	9	5	6	6,6	5,7	7,6
Anden U	7	6		5,1	6,8	
	137	88	79			

Ovenstående tabel viser, at af de 137 interviewede ved indskrivning fra U-turn-kommunerne var

¹⁵ Log.reg.: OR=6,18, P=0,028, CI95 1,21 –31,49, kontrolleret for køn og alder.

52,6 % ikke under uddannelse ved indskrivning. Ved ni-måneders opfølgningsinterviewet deltog 79 unge. Af disse var det 41,8 %, der ikke var under uddannelse.

Nedenstående tabel viser uddannelsesforløbene for de 79 unge, som blev interviewet både ved indskrivning og ni måneder efter (altså de samme 79 unge ved begge måletidspunkter).

Tabel 45. Aktive uddannelsesforløb ved indskrivning og ni mdr. efter

(Antal under 5 er ikke vist)

	Ind n=79	9 mdr. n=79
Ikke U	46,8	41,8
FOLK	7,6	7,6
GYM		
KKU	13,9	24,1
STU	10,1	12,7
VG	8,9	7,6
Anden	7,6	

Udviklingen i andelen, der starter et uddannelsesforløb, er positivt. For de 79 unge er det ikke mindst en øgning i unge, der kommer i gang med en KKU. Næsten en fjerdedel af de 79 er i gang med en KKU. Ved indskrivning var det 13,9 % af de samme 79. Der har samtidig fundet et lille fald sted i unge, der ikke er under uddannelse.

Indtægt og arbejde

I den næste tabel er det de unges indtjeningsgrundlag (og beskæftigelse), der er vist ved de tre måletidspunkter. Som det ses, er der ni måneder efter indskrivning betydeligt flere, der får SU, og der er betydeligt færre, der modtager uddannelseshjælp. Dette kan antageligt forklares med, at flere kommer i uddannelse, herunder ikke mindst KKU (se forrige tabel). Ligeledes er der betydeligt færre, der får lommepenge. Det skyldes antageligt, at de unge bliver ældre eller kommer under uddannelse (og får SU).

Tabel 46. De unges indtægtsgrundlag ved indskrivning og tre og ni måneder herefter

	Ind % (n=137)	3 mdr. % (n=88)	9 mdr. % (n=79)
Lomme penge (fra familie og lignende)	16,1	9,1	8,9
Lønnet arbejde, deltid (inkl. fritidsarbejde)	6,6	9,1	13,9
Lønnet arbejde (fuldtid)	13,1	11,4	15,2
SU	13,1	18,2	22,8
Aktivering, løntilskud eller revalidering		2,3	
Arbejdsløshedsdagpenge	0,7		
Sygedagpenge eller barseldagpenge	1,5	3,4	1,3
Uddannelseshjælp	32,1	29,6	22,8
Førtidspension			
Andet:	9,5	8,0	5,1
Produktionsskoleløn, skoleydelse	2,9	8,0	7,6
Tjener ingen penge	4,4	1,1	2,5

Samlivsforhold

I næste tabel er det samlivsforhold ved de tre måletidspunkter, der er vist. Samlet ses et lille fald i andelen, der bor med mindst én forælder (de tre øverste i tabellen) fra 40,1 til 36,7 %. Det kan skyldes, at de unge bliver ældre. Der ses et fald i unge, der bor på institution/opholdssted eller har boet hos anden familie. Der er dog tale om relativt små grupper, så det kan være svært at konkludere på udviklingen. Flere bor enten alene eller sammen med kæreste. Dette kan være et udtryk for en naturlig udvikling over tid. Andelen, der bor med venner, er begrænset, men uændret. Netop at bo med venner kan være en risikofaktor, fordi vennerne ofte bruger stoffer.

Samlet set er andelen, der bor med mindst én forælder (de tre øverste i tabellen) faldet markant – ikke mindst mellem tre og ni måneders opfølgningen (samlet fra 63,8 til 43,0%). Det kan være en naturlig udvikling over tid.

Såvel uddannelses-, indtægts-, som samlivsanalysen viser, hvor turbulent en tid disse unge befinder sig i.

Tabel 47. Samlivsforhold ved indskrivning og tre og ni mdr. efter

	Ind, % (n=137)	3 mdr. % (n=88)	9 mdr. % (n=79)
Med begge forældre	8,0	8,0	3,8
Med én forælder	24,8	21,6	26,6
Med én forælder og én stedfar/ stedmor	7,3	5,7	6,3
Alene	29,2	37,5	34,2
Alene med barn/ børn	0,0	0,0	0,0
Med kæreste/ partner	9,5	8,0	13,9
Med kæreste/ partner og barn/ børn	1,5	1,1	0,0
Med anden familie (angiv hvem)	5,1	1,1	2,5
Med plejefamilie	0,7	1,1	0,0
Med venner	5,8	8,0	5,1
Institution/opholdssted	5,8	4,6	1,3
Andre (angiv hvem)	2,2	3,4	6,3

Støtte fra og konflikt med forældre

Støtte fra forældre blev målt på en fem-punktskala fra 0 til 4.

- 0 Slet ikke
- 1 I mindre grad
- 2 I nogen grad
- 3 I høj grad
- 4 I meget høj grad

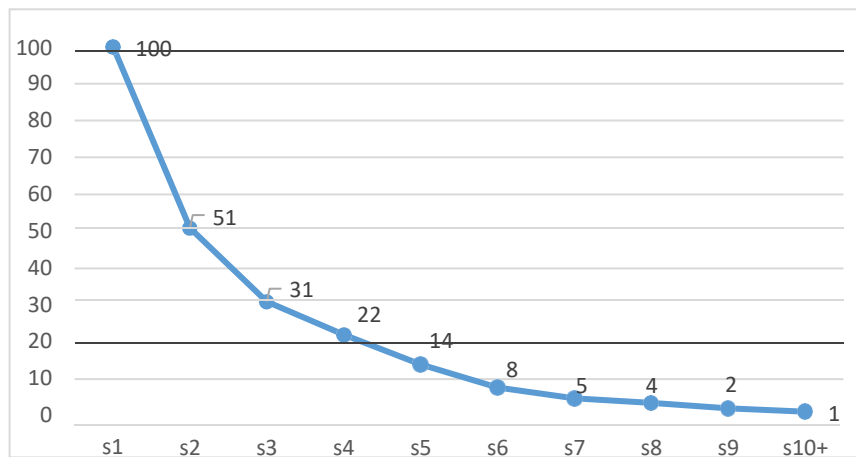
Der opdeles i det følgende i støtte fra og konflikt med far og mor. Mens hverken støtte eller konflikt kan relateres til brug af stoffer, kan det til gengæld relateres til trivsel. Støtten fra moderen er, som vi ser i andre undersøgelser, signifikant højere end fra faderen (3,45 vs 2,78)¹⁶, mens konflikterne er større med moderen (mor: 1,22, far: 0,90)¹⁷. Det skyldes antageligt, at det overvejende er moderen, der har den daglige kontakt til den unge. Støtte fra faderen ændrede sig ikke mellem indskrivning og ni måneder efter (fra 2,9 til 2,8 for dem der havde kontakt = 46). Heller ikke graden af konflikter med fædre ændrede sig (fra 0,6 til 0,7). For mødre var der heller ingen forskel i støtte (fra 3,5 til 3,4, kontakt = 57) – måske fordi den i forvejen var høj og derfor vanskelig at forbedre. Derimod har konflikter med moderen været faldende mellem indskrivning og ni måneder efter (fra 1,2 til 0,9). Dog kun næsten signifikant. Det sidste skyldes, at den unge for det første har mest kontakt med sin mor, og at reduktion/afholdenhed fra stoffer er konfliktreducerende.

¹⁶ Wilcoxon signed-rank test $z = 3.784$, $p < 0.0001$

¹⁷ Wilcoxon signed-rank test $z = 2.263$, $p < 0.02$

5.4.2. Unge i anonym rådgivning

Andelen af anonyme rådgivningssamtaler, de unges forbrug af rusmidler og deres trivsel blev monitoreret ved hjælp af TEM (Trivsels- og Effekt-Monitorering). I alt 185 unge i anonym behandling besvarede TEM. Vi har dog data på, hvor mange samtaler de 336 unge, der udfyldte Mini-UngMap modtog. I nedenstående graf ses det, hvor mange anonyme rådgivningssamtaler de unge modtog.



Figur 42. Antal rådgivningssamtaler de unge i anonym behandling modtager (n=336)

Grafen skal læses som følger: 100 modtog mindst én samtale. 51 % modtog to samtaler. 14 % modtog fem samtaler, og én procent modtog 10 samtaler eller flere. I gennemsnit modtog de 185 unge 2,5 samtaler med en median på to (50 % to eller færre samtaler og 50% tre eller flere samtaler).

De unge mellem 15-17 år modtog i gennemsnit 2,3 samtaler (median to). 82,6 % fra denne aldersgruppe modtog 1-3 samtaler, 12,8 % 4-6 samtaler og 4,6 modtog 7-12 samtaler (fire unge). De 18+ årige modtog i gennemsnit 2,5 samtaler (median to). 76,5 % modtog 1-3 samtaler, 18,6 % modtog 4-6 samtaler og 4,8 % modtog 7+ samtaler. Der var ingen nævneværdige forskelle mellem kvinder og mænd.

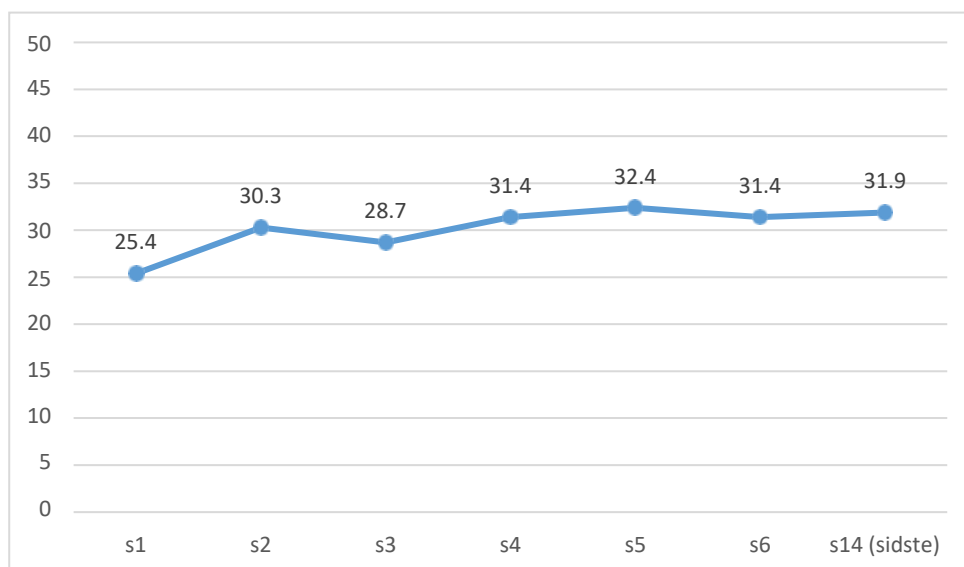
I næste graf er det stoffrihed i ugen op til hver samtale, der er vist. Her inddrages alene de unge, der har svaret på TEM (n=185). Grafen er vist som en LOCF (Last Observation Carried Forward) graf. Med LOCF-analyse menes der, at sidste besvarelse føres videre, hvis værdierne er ukendte. Metoden kan illustreres med nedenstående figur, hvor deltagerens svar på, hvor mange dage de har brugt cannabis den sidste uge, videreføres, hvis ikke de deltog i det følgende interview (f.eks. fordi de udeblev fra samtalen).

	Samtale 1	Samtale 2	Samtale 3	Samtale 4
Ung 1	7 dage	5 dage		1 dag
Ung 2	6 dage	6 dage	5 dage	
Ung 3	7 dage	7 dage		
Ung 4	3 dage			0 dage

Figur 43. Principperne bag LOCF

Ved ung 1 i figuren blev TEM udfyldt ved samtale 1 og 2, men ikke ved samtale 3, men så igen ved samtale 4. Samtale 2 resultatet overføres til samtale 3. Ved ung 2 gennemførte deltagerne ikke fjerde samtale og får måske ikke flere samtaler. Her bliver 3. samtale den sidste samtale i forløbet (overføres til 4. samtale) og dermed udtryk for cannabisforbrug ved udskrivning (sidste samtale).

Med denne metode får vi dermed et mål for stoffrihed ved sidste samtale – en form for udskrivningsstatus. Det kan ikke her afgøres, om de 31,9 %, der er stoffri ved sidste samtale, er et højt tal. Dette er, så vidt vi ved, den første undersøgelse af sin slags. Umiddelbart er 30,3 % stoffri sidste uge ved samtale 2 udmærket. Det skal fremhæves, at der allerede var 25,4 % stoffri ved samtale 1, hvilket kan være et udtryk for den motivation, som den unge i forvejen udviser ved bare at møde op til samtalen.



Figur 44. Stoffrihed sidste 7 dage op til samtale (LOCF)

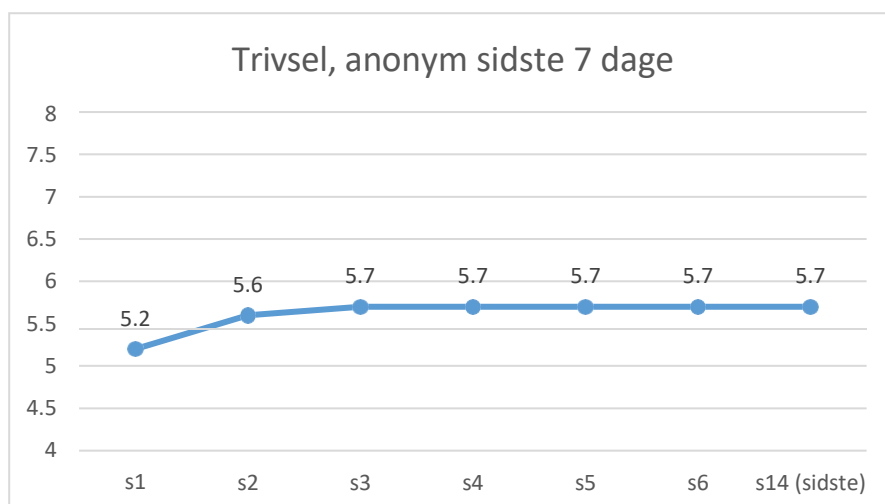
Trivsel blev som nævnt målt med TEM ved hver samtale med nedenstående tre spørgsmål, som er inspireret af Feedback Informed Treatment/FIT (se tidligere under analysen af indskrevne).

Svar på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder virkelig dårligt, 5 er midten og 10 betyder virkelig godt (sidste uge)

	Virkelig dårlig (t)	1	2	3	4	5 Midten	6	7	8	9	10 Virkelig god(t)
Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner, i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ved at stille disse tre spørgsmål ved hver samtale med den unge, kan der tegnes en graf over den unges trivselsudvikling gennem behandlingsforløbet. Igen anvendes en LOCF graf. Det sidste trivselsmål kan derfor betragtes som trivsel ved rådgivningens ophør.

I nedenstående graf ses, hvordan trivsel udvikler sig fra 5,1 til 5,7. For danske unge er den gennemsnitlige trivsel målt på samme måde 7,5. Igen er det vanskeligt at afgøre, hvad der kan forventes. I andre undersøgelser har vi fundet en trivselsscore på omkring 6,5 ved udskrivning (sidste samtale) fra et behandlingsforløb. Nedenfor er der dog alene tale om relativt korte forløb, hvorfor der antageligt ikke kan forventes en højere stigning i trivsel.

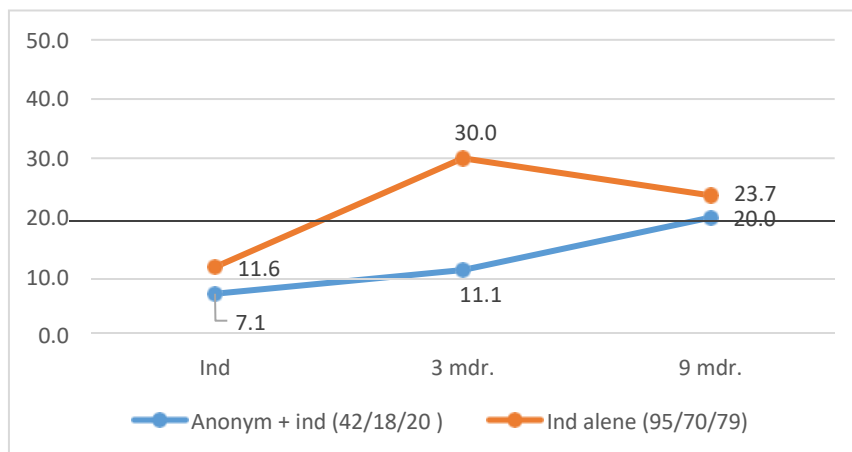


Figur 45. Trivsel sidste 7 dage op til samtale (LOCF) for unge i anonym behandling

Fra anonym til indskrevet: Som tidligere nævnt havde 42 af de 137 unge, der deltog i opfølgingsundersøgelsen, været i et indledende anonymt rådgivningsforløb. Der er flere indskrevne, der har

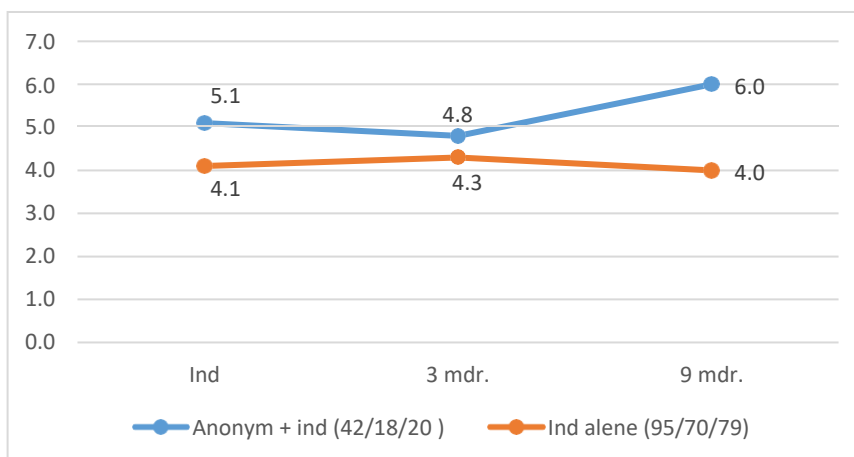
været i anonyme forløb, men de har enten ikke ønsket at deltage i undersøgelsen og/eller ikke udfyldt UngMap. I nedenstående figur ses det, at alle 42 gennemførte UngMap-interviewet (indskrivning), at 18 deltog i tre-måneders interviewet og 20 i ni-måneders interviewet. Dette er en lav svarprocent (43 og 48 %). Dette kunne indikere, at der er tale om en mere belastet gruppe eller måske generelt vanskeligere at få med i en sådan undersøgelse. Der er færre med profilen LAV (ingen/få internaliserede og eller eksternaliserende problemer) i gruppen af anonyme end i gruppen af indskrevne (14,3 % mod 21,1 %). Det er, som tidligere vist, LAV gruppen, der klarer sig bedst i denne type undersøgelser. De 42 fordeler sig dog på samme måde i risikoindekset som de øvrige indskrevne.

I den blå graf i nedenstående figur er det vist, hvor mange af de anonyme der var stoffri ved indskrivning og tre og ni måneder efter indskrivning i behandling. I den orange graf er det vist, hvor mange af de unge, der ikke havde haft et forudgående anonymt forløb, der var stoffri. Ni måneder efter indskrivning er der ikke stor forskel på de to grupper (20 % og 23,7 % var stoffri).



Figur 46. Stoffrihed for dem, der var i anonym rådgivning før indskrivning

De unge fra gruppen af anonyme (de 42) har ved indskrivning en betydeligt højere mistrivsel målt med IP4 (internaliserede problemer). Dette ses i nedenstående graf. I grafen ses det, at der har fundet en forværring sted mellem tre og ni måneders interviewet for dem, der har været i anonym behandling inden indskrivning (jo højere der scores, desto mere mistrivsel). Den højere belastning ved ni-måneders interviewet skyldes ikke mindst fem meget belastede unge, som scorer højt såvel ved indskrivning som ved ni-måneders opfølgningen. Hvis analysen indsnævres til de 20, der svarede såvel ved indskrivning som ni måneder efter (altså de samme unge), var scoren 5,5 ved indskrivning og 6,0 ved ni- måneders opfølgningen.



Figur 47. Problemer med trivsel for dem, der var i anonym rådgivning før indskrivning

5.4.3. Sammenfatning U-turn

Effekten af den behandling, der er blevet tilbudt de unge i U-turn-kommunerne, må betragtes som under middel (se den samlede effekt-sammenfatning til sidst i dette kapitel). En effektrate på 22,8 for 79 unge (der udgør en svarprocent på 61) må derfor betragtes som lav. At ændre kriteriet fra stoffrihed til reduktion eller accept af, at målet kan være et lavt forbrug, ændrer ikke ved denne konklusion. Som det blev nævnt i indledningen til dette kapitel, kan der opstilles flere hypoteser til forklaring af denne lave effekt.

Der var mange belastede unge i U-turn-kommunerne. F.eks. var det 48 % af de indskrevne unge, der havde en psykiatrisk diagnose. Belastningsgraden kan dog alene forklare en relativt lille del af den samlede effekt. Effekterne i risikogrupperne 1 og 2 (herunder unge med psykiatrisk diagnose) er således betydeligt lavere, end vi har set i andre kommuner¹⁸. Heller ikke alder forklarer den lave score. De helt unge bliver typisk hurtigt stoffri, men falder ofte tilbage i forbrug af stoffer efter tre måneder.

En hypotese kunne være, at det er et stort behandlingscenter, der trækker effekten ned. Dette er delvis en forklaring. Fire behandlingscentre har en effektprocent på under 30 %, mens ét center har en effekt på 37,5 %. Det center, som har flest unge med i undersøgelsen, har den laveste effektprocent. En anden hypotese kunne være organisatoriske udfordringer. Der var et stort personaleflow i alle kommuner, og i den største kommune var der en udskiftning af ledelsen. To af kommunerne ophørte med at eksistere som egentlige U-turn-kommuner før evalueringsresultaterne forelå. Dette kan dog ikke tilskrives U-turn-modellen, men må alene tilskrives kommunale organisatori-

ske/bevillingsmæssige strategier. Ikke desto mindre medfører det usikkerheder for hele personalegruppen. Én af kommunerne er som nævnt genopstået i 2020.

En anden organisatorisk hypotese kunne være håndteringen af de to centrale kerneelementer i U-turn – anonym rådgivning og opsøgende arbejde. Som nævnt under ”hvem er de anonyme”, kunne vi identificere 413 unge, der modtog anonyme samtaler under evalueringsforløbet, mens 206 blev indskrevet i behandling. Det sidste tal (206) er antageligt højere. Alle indskrevne har næppe udfyldt UngMap. 57 % af de 206, der senere bliver indskrevet, har forud for indskrivning modtaget anonym rådgivning. Der er altså en meget stor gruppe, som ikke bliver indskrevet (måske mellem 250 og 300 i projektperioden). Hvis denne gruppe får 2,5 samtaler i gennemsnit, svarer det til godt 600 anonyme samtaler for de fem kommuner. Vi vender tilbage til, hvad dette kan betyde i forhold til effekten af behandlingen.

En hel del af de anonyme unge er antageligt rekrutteret fra det opsøgende arbejde. Således var det som tidligere vist 67 % af de anonyme, der er under uddannelse, mens det samme var tilfældet for 47 % af de indskrevne. Derudover var der færre på uddannelseshjælp end blandt de indskrevne unge.

En behandlingsleder udtaler i et interview følgende:

”Jeg kunne jo godt tænke mig, at man for eksempel i de nationale retningslinjer havde meget mere omkring ungebehandling, og meget mere omkring hvad kan man i § 11 og 101. Fordi det er en eneste måde, vi kan få flere ressourcer til at lave § 11.... Det er virkelig en stor udfordring. Vi skal jo selv finde ressourcerne”.

De fem kommuner, som har implementeret U-turn, har lagt stor vægt på konsultativt arbejde med opsøgende arbejde i forhold til unge, som man formoder ellers ikke ville have opsøgt hjælp i behandlingssystemet, og på at give konsultativ støtte til professionelle, som møder de unge i hverdagen. Når man ser på effekttallene, kan man imidlertid have en hypotese om, at den store aktivitet ift. konsultativt arbejde og anonym rådgivning har krævet mange ressourcer i den samlede behandlingsindsats.

Tillige består U-turn-modellen af flere andre komplekse tilbud, der skal implementeres. Herunder forældregrupper, ungegrupper og aktivitetstilbud. Hvis organisationen i forvejen måske er udfordret og mangler ressourcer, kan implementeringen tænkes at blive vanskelig. Dertil kommer, at implementeringsperioden er kort og altid særligt arbejdskrævende i starten. Det kunne være en rigtig god strategi at integrere forebyggelses- og behandlingsindsats kombineret med hjælp til de berørte

familier. Men det vil fordre den nødvendige tid og de nødvendige ressourcer.

Andelen af unge, der rapporterede illegale aktiviteter, var 17,5 % ved indskrivning, hvilket faldt til 12,3 % ved ni-måneders interviewet. Hvis vi alene inddrager de 78, der såvel svarede på UngMap ved indskrivning og ni-måneders interviewet, var reduktionen i illegale aktiviteter signifikant. Endelig fandt vi, at andelen, der ikke var under uddannelse, faldt fra 46,8 % til 41,8 %. I stedet steg andelen, der startede på en kort kompetencegivende uddannelse (KKU), fra 13,9 % til 24,1 %.

5.5. U18-kommunerne

Som ved U-turn er det også fem meget forskellige kommuner, der valgte at implementere U18-modellen. De fem kommuner kom også her med i undersøgelsen i to runder (to i første og tre i anden). De kommuner, der kom med i anden runde, har af gode grunde haft kortest tid til at få unge med i opfølgingsundersøgelsen. *Første runde:* Én kommune havde overvejende før været et socialpædagogisk tilbud, mens den anden kommune havde været et etableret behandlingssted længe. De to kommuner, der var med i første runde, fik henholdsvis 14 og 75 unge med i undersøgelsen. *Anden runde:* To af de tre kommuner, der kom med i anden runde, samarbejdede om projektet. Fra disse to kommuner kom henholdsvis 16 og 27 unge med. Fra den sidste kommune kom seks med i undersøgelsen. I alt deltog 138 unge fra de fem kommuner i selve opfølgingsundersøgelsen.

U18-modellen har ikke en egentlig anonym indsats, men har en info-rådgivning, som betragtes som en form for introduktion og afklaring inden indskrivning (se implementeringsanalysen). Info-rådgivningen synes anvendt forskelligt af de forskellige kommuner, men fylder i nogle kommuner relativt meget. Dette skal der vendes tilbage til sidst i dette afsnit.

I U18 er et kerneelement hjemmebesøg hos de unge, der er indskrevet. Forebyggende arbejde efter § 11 er ikke en del af U18's kerneelementer. U18-kommunerne varetager heller ikke, som i U-turn, udadrettede konsulentopgaver. Gruppebehandling af unge tilbydes ikke i U18, men forældrekurser er et kerneelement. Endelig er der i U18-modellen et særligt fokus på en systematisk screeningsbaseret udredning med heraf følgende formulering af en behandlingsplan.

Som tidligere vist havde U18-kommunernes unge en gennemsnitsalder på 19,0 år, 41,3 % var under 18 år, og 27,5 % var kvinder. Alle fem kommuner, der havde til opgave at implementere, har eksiste-

ret indtil evalueringens afslutning og ønsker at fortsætte med at anvende U18-modellen. I det følgende vises effekten for de 138 unge, der blev indskrevet i U18-behandlingstilbudene, og som accepterede at blive kontaktet igen tre og ni måneder efter indskrivning.

5.5.1. De indskrevne

Udskrivningsårsag

I alt var 120 udskrevet ved lukning af dataindsamling. De øvrige var fortsat i behandling.

Tabel 48. Udskrivningsårsag for 120 udskrevne

Udskrivningsårsag	antal	procent
Færdigbehandlet	60	50,0
Ud efter egen anmodning	12	10,0
Udeblevet	15	12,5
Død	0	0
Flyttet	13	10,8
Udskrevet til andet tilbud	10	8,3
Udskrevet til hospital	0	0
Bortvist	0	0
Overgået til kriminalforsorgen		
Anden årsag	7	5,8
	120	

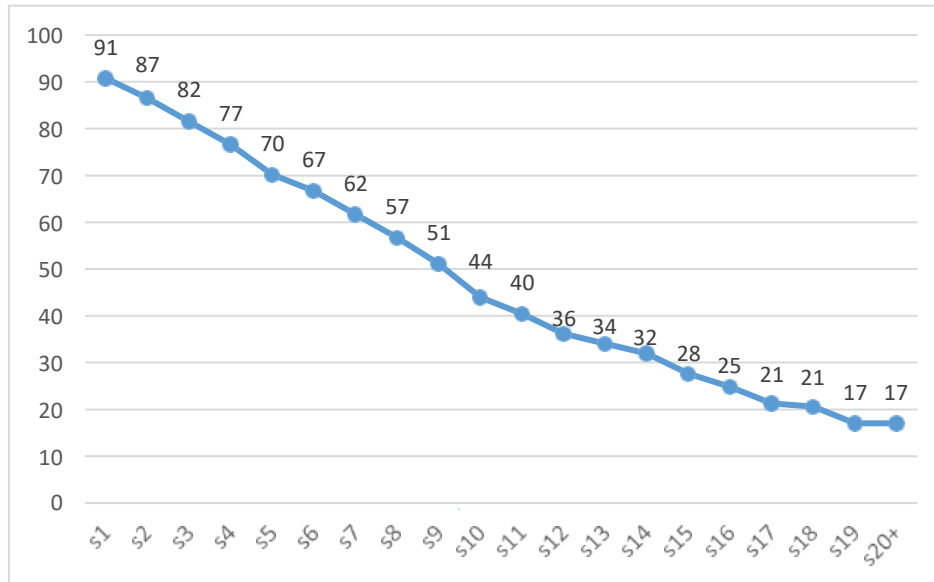
50,0 % af de 120 gennemførte som planlagt. For de 48 unge under 18 år gennemførte 58,3 % som planlagt (færdigbehandlet), mens det samme var tilfældet for 44,4 % af de 72 unge på 18 år og derover. For kvinder var det 51,7 %, der gennemførte som planlagt (n=29), mens det for mænd var 49,5 % (n=91). De 50 % er en betydeligt højere gennemførelsesprocent end den, vi finder for samme aldersgruppe i Stofmisbrugsdatabasen (28,6).

Antal samtaler (indskrevne)

I næste figur er vist, hvor mange samtaler de unge gennemførte i løbet af deres behandlingsforløb. 91 % af de 138 fik én samtale (UngMap-interviewet regnes ikke for en behandlingssamtale). Det betyder, at 9 % fik lavet UngMap og herefter udeblev.

120 unge er blevet udskrevet fra U18-kommunerne ved dataindsamlingens ophør. Disse 120 havde i gennemsnit fået 10,9 samtaler. De unge, der fortsat er i behandling, har indtil videre fået 13,9 samtaler (ved udgangen af 2019). I gennemsnit har alle 138 unge fået 11,3 samtaler. Medianen er ni, hvilket betyder, at 50 % får ni samtaler eller mindre, mens 50 % får mere end ni samtaler (se

streg i grafen). Når medianen er mindre end gennemsnittet på 11,3, er det, fordi relativt få får rigtigt mange samtaler og relativt mange noget færre samtaler (ikke normalfordelt). De helt unge under 18 fik i gennemsnit 14,1 samtaler (median 10), mens de ældre unge fik 9,3 samtaler i gennemsnit (median otte). Her får de yngste altså flest samtaler.



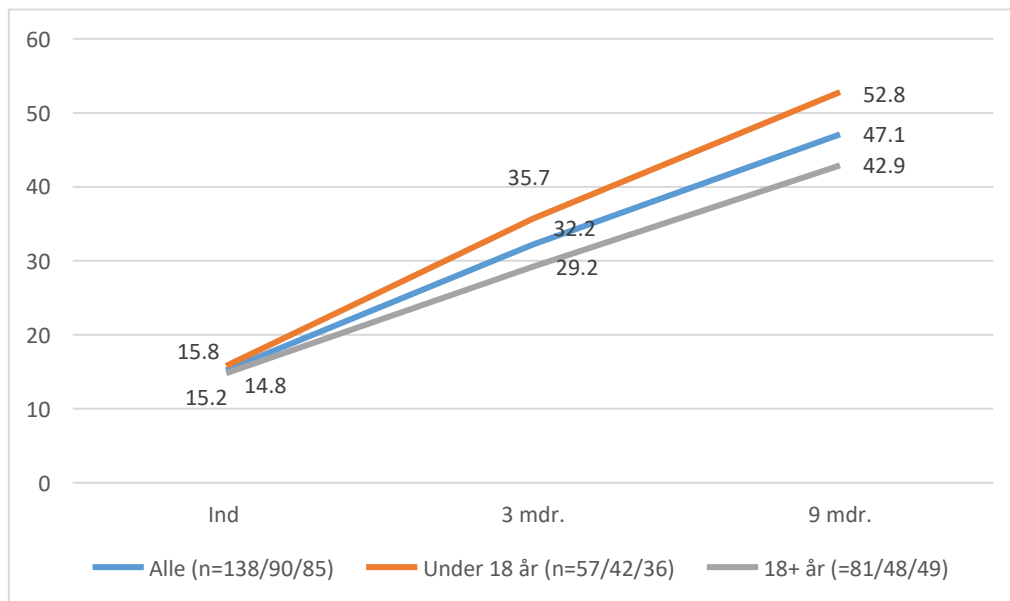
Figur 48. Antal samtaler for alle U18-unge (n=138)

Indskrivningslængde

Den gennemsnitlige indskrivningslængde var 230 dage for de 120, der var blevet udskrevet (det samme som i U-turn-kommunerne). For mænd var det 224 dage (n=91) og for kvinder 250 dage (n=29). For 15-17-årige var det 269 dage (n=48) og for 18-25-årige 204 dage (n=72).

Stoffrihed

I nedenstående blå graf (alle) ses det, at 15,2 % var stoffri ved første interview (UngMap), 32,2 % ved tre måneders opfølgningen og 47,1 ved ni måneders opfølgningen. Ved UngMap-interviewet deltog alle 138 (100 %), ved tre-måneders interviewet 90 (65 %) og ved ni-måneders interviewet 85 af 128 mulige (de sidste 10 kunne ikke interviewes, fordi der ikke var gået ni måneder efter, de var indskrevet, da dataindsamlingen blev afsluttet). Svarprocenten ved ni-måneders interviewet var derfor 66 %.



Figur 49. Stoffrihed tre og ni måneder efter indskrivning (alle, <18 og 18+)

For de unge under 18 år er det 52,8 %, der er stoffri ni måneder efter udskrivning, mens det er 42,9 % af de 18+ årige. Af dem, der var udskrevet ved ni-måneders interviewet (n=72 af 81 mulige), havde de, der var stoffri, været i behandling i 236 dage, mens de, der stadig tog stoffer, havde været indskrevet i 259 dage. De, der var stoffri, havde i gennemsnit fået 13,1 samtaler, mens de, der stadig tog stoffer, havde fået 13,0 samtaler. Måske skyldes den vedvarende udvikling i andelen, der bliver stoffri, at de, der bliver stoffri, fortsætter i behandlingen næsten lige så længe som de, der ikke bliver stoffri, og at de to grupper får lige mange samtaler. At udskrive en ung, der under forløbet bliver stoffri hurtigt, kunne være u hensigtsmæssigt. Det kan øge risikoen for tilbagefald. Af mændene var det 48,2 %, der var stoffri ni måneder efter indskrivning, mens det for kvinder var 45,2 %.

Ovenstående mønster er meget forskellig fra det mønster, vi så i U-turn-kommunerne.

Stofreduktion

Det er ikke enkelt at måle stofreduktion. Dette skyldes ikke mindst to forhold:

- 1) Baseline skal måles så hurtigt i forløbet som muligt. Hvis det f.eks. først måles tre-fire uger efter første kontakt, vil den unge ofte allerede have reduceret sit forbrug betragteligt. Dermed bliver det vanskeligere at dokumentere egentlig reduktion.
- 2) Man kan ikke betragte en reduktion fra 29 dage med brug af cannabis om måneden til 26 dage ni måneder efter som en reduktion. Det kan været et tilfældigt udsving.

For at imødegå ovenstående har vi konstrueret en særlig måde at vurdere graden af reduktion på. For det første har vi, som tidligere vist, konstrueret et stofbelastningsindeks, som går fra 0 til 100. Herefter opstilles fem kategorier af belastninger, som ses i nedenstående tabel med eksempler på, hvor stort et forbrug der kendetegner den enkelte kategori.

En stofbelastning på 0 = stoffrihed. En stofbelastning på 1 = f.eks. højst fire dages forbrug af et stof sidste måned osv.

Tabel 49. Fem kategorier af stofbelastning (Stofb.)

Gruppe	Belastningsscore	Benævnelse	Eksempler
Stofb. 0	0	Stoffri	F.eks.: Ikke taget stoffer den sidste måned.
Stofb. 1	Over 0, under 2	Lav	F.eks.: Højst fire dages forbrug af et stof på en måned.
Stofb. 2	2, under 5	Moderat	F.eks.: Otte dages forbrug af hash og to dages forbrug af kokain.
Stofb. 3	5, under 12	Risiko	F.eks.: 20 dages forbrug af cannabis og ikke andet.
Stofb. 4	12 og derover	Belastet	F.eks.: 30 dages forbrug af cannabis eller 20 dages forbrug af cannabis og otte dages forbrug af kokain.

En stofbelastning på 0 = stoffrihed. En stofbelastning på 1 = f.eks. højst fire dages forbrug af et stof sidste måned osv. For U18-unge, der blev interviewet ni måneder efter indskrivning (n=85), ses nedenstående resultat (forklaring efter tabel).

Tabel 50. Stoffrihed eller stof reduktion fra indskrivning til ni måneder efter indskrivning

	0	1	2	3	4	Total	Ved indskrivning
0	9	1	1	1	0	11	↓
1	3	1	2	0	0	6	
2	5	1	2	1	2	11	
3	6	1	2	1	6	16	
4	17	3	4	2	15	41	
Total	40	6	11	5	23	85	
Ni mdr. efter indskrivning	→						

De 85 unge, der deltog både ved indskrivningsinterviewet og ni-måneders interviewet, indgår i tabellen. Ved indskrivning placerer 11 sig i kategori 0 (intet stofforbrug) og 6, 11, 16 og 41 sig i de øvrige fire kategorier. Det var altså 41 unge, der ved indskrivning var mest belastet af stoffer.

Ved ni-måneders interviewet var andelen af unge, der var stoffri 40 (mod 11 ved indskrivning). Det er 23, der hører til den mest belastede kategori (41 ved indskrivning). Det gule felt nederst til højre viser, der var 15 af de 85, som placerede sig i kategori 4 både ved indskrivning og ni måneder efter. To havde skiftet fra kategori 4 til 3 (hvilket ikke regnes for effekt), mens fem havde skiftet fra kategori 4 til kategori 2 (effekt). 17 havde skiftet fra kategori 4 til kategori 0 (fra svært belastet til stoffri).

Det grønne område viser de unge, der har reduceret på en sådan måde, at de er sprunget over mindst én kategori. Derudover regner vi også en ung, der er skiftet fra kategori 1 til kategori 0 som effekt, og ligeledes unge, der befandt sig i kategori 0 både ved indskrivning og ni måneder efter. Dette er vist ved den øverste cirkel i tabellen. I alt har 48 ud af de 85 opnået effekt af behandlingen.

I alt har 56,5 % derfor reduceret deres forbrug eller er stoffri ved ni-måneders interviewet.

De røde felter viser de unge, der har sprunget mindst et felt over i negativ retning. I alt har fire unge forværret deres stofforbrug (samentælling af de røde felter). Omend udregningen er noget omstændelig, giver den mulighed for at vurdere ikke bare stoffrihed og reduktion, men også hvor mange der har forværret deres forbrug eller stadig har et meget stort forbrug.

Stoffrihed, stofreduktion eller lavt forbrug

I næste tabel er vist effekten af behandlingen, når der accepteres et mindre forbrug af rusmidler.

Tabel 51. Stoffrihed, lavt forbrug eller reduktion fra indskrivning til ni måneder efter indskrivning

UngMap	0	1	2	3	4	Total	
0	9	1	1	1	0	11	Ved indskrivning ↓
1	3	1	2	0	0	6	
2	5	1	2	1	2	11	
3	6	1	2	1	6	16	
4	17	3	4	2	15	41	
Total	40	6	11	5	23	85	

Ni mdr. efter indskrivning →

Hvis en ung placerer sig i kategori 1 ved ni-måneders interviewet, regnes det for en effekt (Kategori 1 er f.eks. højst fire dages forbrug af et stof på en måned). Hvis vi dertil lægger de fire, som havde reduceret deres forbrug med mere end én kategori (grøn), bliver det i alt 50 af de 85, som har opnået en effekt af behandlingen. *Det giver en effektprocent på 58,8 %.*

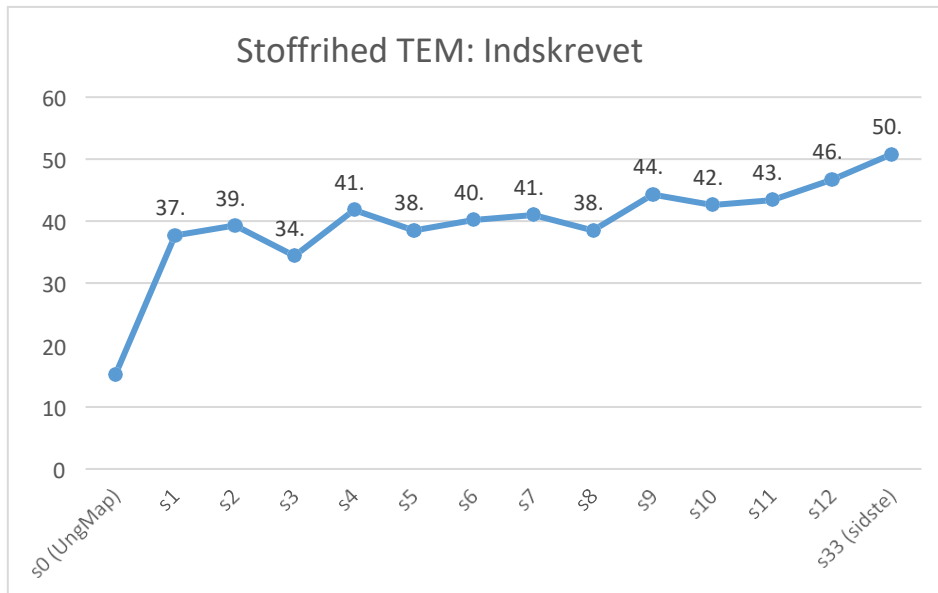
Stoffrihed og gennemført som planlagt.

Af de unge fra U18 kommunerne som gennemførte behandlingen som planlagt, var 55,0% stoffri 9 måneder efter indskrivning. For de unge der afbrød behandlingen var 40,6% stoffri samme tid.

Stoffrihed gennem behandlingsforløbet.

I U var det også muligt at følge stoffrihed gennem behandlingsforløbet. I alt 122 af de 138, der var med i undersøgelsen, svarede på TEM ved hver samtale.

I nedenstående figur ses det, at 15,2 % havde været stoffri den sidste uge op til første samtale, og at 50,8 % havde været stoffri sidste uge op til den sidste samtale. Dette må anses som et rigtigt godt resultat.



Figur 50. Stoffrihed målt med TEM under behandlingsforløbet

Trivsel

Graden af trivsel (eller mistrivsel) måles i denne undersøgelse på to måder. Henholdsvis ved at udregne en score for *internaliserede problemer* (ensomhed, depression, angst og selvmordstanker = **IP4**) den *sidste måned* og ved at anvende Trivsels og Effekt Monitorering (TEM-trivsel) ved hver

samtale. Spørgsmålene ser ud som vist nedenfor.

Har du været påvirket af ensomhed de sidste 30 dage?	0 Slet ikke 1 Lidt 2 En del 3 Meget 4 Rigtig meget
Hvor meget har du været påvirket af depressive symptomer de sidste 30 dage?	Samme
Hvor meget har du været påvirket af angst de sidste 30 dage?	Samme
Hvor meget har du været påvirket af selvmordstanker i de sidste 30 dage?	Samme

IP4 er en sammenhængende og stabil skala, der har været anvendt i en lidt anden form i en række danske undersøgelser og undersøgelser på Grønland og i Norge. Valideringen og brugen af den er indgående beskrevet i artiklerne^{12,15}. De tre TEM- spørgsmål, der anvendes, ses nedenfor:

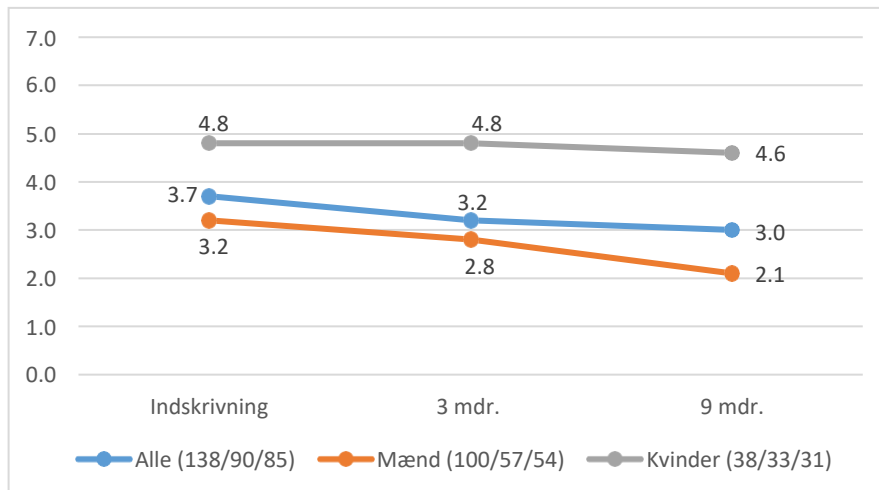
Svar på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder virkelig dårligt, 5 er midten og 10 betyder virkelig godt (sidste uge).

0	Virkelig dårlig (t)	1	2	3	4	5 Midten	6	7	8	9	10 Virkelig god(t)
Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner, i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De tre spørgsmål, der indgår i TEM, er næsten enslydende med trivselsspørgsmålene i Feedback Informed Treatment metoden (FIT). For effekter og begrænsninger ved denne metode se^{16,17}. Også i FIT spørges til trivsel siden sidste samtale med nogenlunde samme spørgsmål.

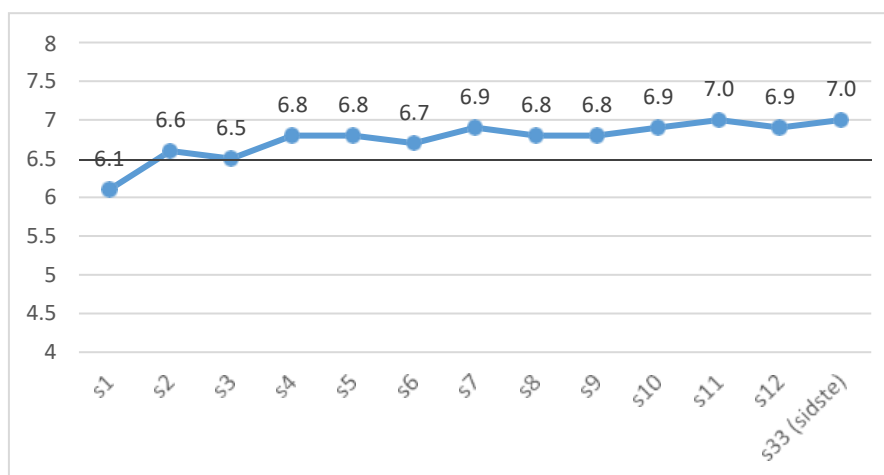
Såvel IP4 som TEM er blevet anvendt ved de indskrevne i U18-kommunerne. IP4 er blevet anvendt i opfølgingsundersøgelsen (indskrivning og tre og ni måneder efter). Med en score fra 0 til 4 i hvert spørgsmål kan der højst scores 16 i de fire spørgsmål. Gennemsnitsscoren for danske unge generelt er 1,9. I nedenstående figur ses udviklingen i internaliserede problemer (manglende trivsel) fra indskrivning til ni måneder efter. Den samlede reduktion i internaliserede problemer fra 3,7 til 3,0 er

signifikant¹⁸, og ligeledes er reduktionen i internaliserede problemer hos mændene signifikant¹⁹. Den lille reduktion hos kvinderne er ikke signifikant. Det er med andre ord mændene, der bærer en stor del af den samlede reduktion i internaliserede problemer. Det er specielt de 18+ årige, der reducerer deres ensomhed/depression/angst/selvmodstanker (fra 4,3 til 2,9, hvilket er signifikant²⁰).



Figur 51. Internaliserede problemer ved indskrivning til ni måneder efter indskrivning

U18 anvendte også TEM til måling af de unges trivsel under behandlingsforløbet. Udviklingen i trivsel blandt de 122 af de 138 unge, som var mulige at følge i TEM, ses i næste graf. Grafen nærmer sig gennemsnittet for danske unge på 7,5.



Figur 52. Trivsel målt med TEM fra indskrivning til sidste samtale

¹⁸ Wilcoxon signed-rank test $z = 2.460$, $p=0.0139$

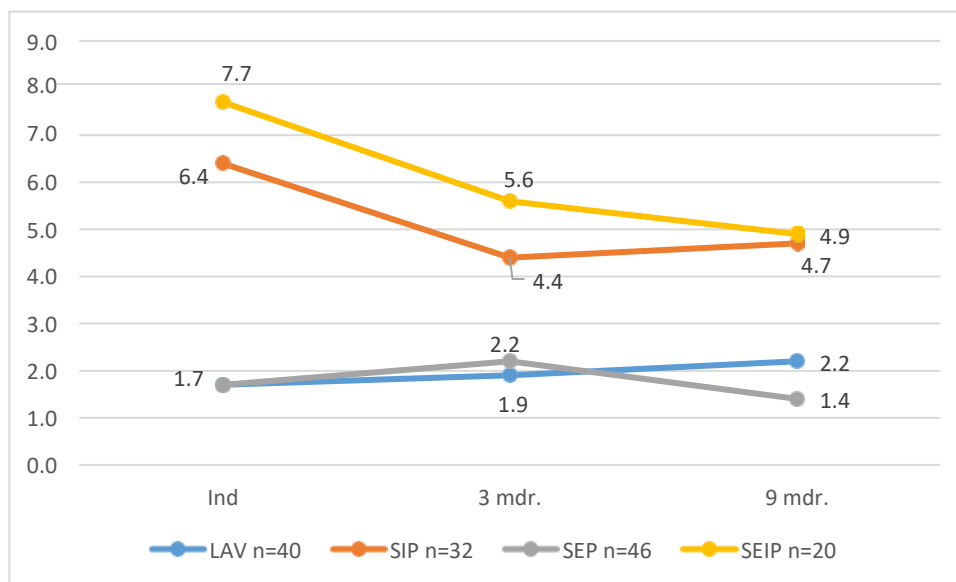
¹⁹ Wilcoxon signed-rank test $z = 2.656$, $p=0.0079$

²⁰ Wilcoxon signed-rank test $z = 3.002$, $p=0.0027$

Profiler og trivsel

I beskrivelsen af de unge delte vi dem op i unge med Svære Internaliserede Problemer (SIP), Svære Eksternaliserende Problemer (SEP), Svære Internaliserede og Eksternaliserende Problemer (SEIP) og lav score i internaliserede og eksternaliserende problemer (LAV). Se Del 2: *Evalueringdesign og metoder "Fire ungeprofiler"*, se desuden bilag 9.

Nedenfor ses trivselscoren for de fire grupper ved de tre måletidspunkter. I figuren ses det, at de internaliserede problemer stort set er uændret for LAV og SEP, mens de falder signifikant for SIP og SEIP samlet²¹.



Figur 53. IP4 score ved tre måletidspunkter for fire profiler

Profiler og stoffrihed

I den næste tabel er det vist, hvor mange fra hver profil der var stoffri ved indskrivning og tre og ni måneder efter indskrivning.

Tabel 52. Stoffrihed tre og ni måneder efter indskrivning fordelt på fire profiler (procent)

	Antal med	Ind	3 mdr.	9 mdr.
LAV	(40/28/25)	15,0	35,7	40,0
SIP	(32/23/21)	25,0	21,7	47,6
SEP	(46/25/25)	13,0	40,0	48,0
SEIP	(20/14/14)	5,0	28,6	57,1

²¹ Wilcoxon signed-rank test $z = 2,857$, $p < 0.0043$

For unge med profilen LAV (hverken internaliserede eller eksternaliserende problemer) er det 40 %, der er stoffri ni måneder efter indskrivning, for unge med profilen SIP er det 47,6 %, der er stoffri på samme tidspunkt, for unge med profilen SEP er det 48 %, der er stoffri på samme tidspunkt, og endelig er det 57,1 % af de unge med SEIP, der er stoffri ni måneder efter indskrivning. At så mange med profilen SEIP klarer sig så godt er bemærkelsesværdigt. Denne profil klarede sig ikke godt i nogle af de fire grupper, der var med i Metodeprogrammet.

Psykiatrisk diagnose

Nedenstående tabel viser andelen af unge med og uden psykiatriske diagnoser, der var stoffri ved indskrivning og tre og ni måneder herefter. Ved indskrivning var det 16,9 %, der var stoffri. Ved ni måneders opfølgning var det 32,3 %, der var stoffri. De unge uden psykiatrisk diagnose klarer sig betydeligt bedre ni måneder efter indskrivning (55,6 % er stoffri), hvilket vi også ser i andre undersøgelser.

Tabel 53. Stoffrihed blandt unge med og uden psykiatrisk diagnose

	Antal med	Ind	3 mdr.	9 mdr.
Psykiatrisk diagnose	(49/61/35)	16,9	31,0	32,3
Ingen psykiatrisk diagnose	(89/29/44)	12,2	32,8	55,6

Risikogrupper: Stoffrihed og trivsel

Som tidligere vist deler vi de unge op i fire risikokategorier. Kategorierne konstrueres på følgende måde: Hvis en ung ikke har hverken psykiatrisk diagnose, en stofscore på over 12+ eller en SEIP profil, placeres den unge i risikogruppe 0 (R0). Hvis den unge har én af nedenstående belastninger, placeres vedkommende i risikogruppe 1 (R1) osv.

Psykiatrisk diagnose	= 1 point
Stofscore på 12+	= 1 point
Profilen SEIP ²²	= 1 point

Tidligere undersøgelser har fundet en meget stærk sammenhæng mellem de her anvendte risikogrupper og såvel stoffrihed som trivsel. I nedenstående tabel ses, hvor mange unge fra de forskellige risikogrupper, der var stoffri tre og ni måneder efter indskrivning.

²² I Metodeprogrammet blev i stedet for SEIP også anvendt kontant/uddannelseshjælp. Denne risikokategorisering er vanskelig at anvende, når der deltager mange unge under 18 år i undersøgelsen.

Tabel 54. Stoffrihed tre og ni måneder efter udskrivning fordelt på tre risikogrupper

	Antal med	Ind	3 mdr.	9 mdr.
R0	(37/24/20)	37,8	33,3	65,0
R1	(72/49/48)	9,7	36,7	43,8
R2	(23/14/13)	0	21,4	30,8
R3	(6/3/4)	For få med i R3		

Som det ses, er det de mest belastede, der profiterer mindst af behandlingen, men der fastholdes dog alligevel en effektrate på 43,8 % og 30,8 % for R1 og R2 9 måneder efter indskrivning, hvilket er en effektstørrelse over middel for disse grupper. For R3 er færre end fem unge med, og resultatet vises derfor ikke. Effekten for R0 er tæt på signifikant ($p=0.055$). Derimod er effekten signifikant for R1²³ og R2.

Illegale aktiviteter

I næste tabel er vist andelen af unge involveret i illegale aktiviteter sidste måned henholdsvis ved indskrivning og tre og ni måneder herefter.

Tabel 55. Illegale aktiviteter sidste måned fordelt på fire profiler (procent)

	Antal	Ind	3 mdr.	9 mdr.
LAV	(40/28/25)	2,5	7,1	16,0
SIP	(32/23/21)	12,5	4,3	9,5
SEP	(46/25/25)	23,9	16,0	12,0
SEIP	(20/14/14)	25,0	14,3	14,3
Alle	(138/90/85)	15,2	10,0	12,9

Der ses en ikke-signifikant reduktion i illegale aktiviteter fra 15,2 % til 12,9 %. Her inkluderes alle unge i analyserne (138, 90 og 85). Hvis vi alene inddrager de 85 unge, der både besvarede UngMap ved indskrivning og deltog i ni- måneders interviewet, var det 15,3 %, der var involveret i illegale aktiviteter ved indskrivning og 12,9 % ni måneder efter. Forskellen er ikke signifikant.

Det er unge med eksternaliserende adfærd, der har flest illegale aktiviteter (SEP og SEIP). Dette ses også i alle andre undersøgelser. Det er dog umiddelbart bemærkelsesværdigt, at unge med profilen LAV er involveret i flere illegale aktiviteter ni måneder efter indskrivning, end de var ved indskrivning. Det er dog kun 25 unge fra gruppen LAV, der både svarede på UngMap-indskrivningsinter-

²³ $t(47) = 5,077, p = .0,0000, d = -0.35$

viewet og ni-måneders interviewet. Ved indskrivning var det én ud af disse 25, der havde været involveret i illegale aktiviteter, mens det samme var tilfældet for fire af de samme 25 unge ni måneder efter indskrivning. Der er tale om en så lille gruppe, at der statistisk ikke er nogen forskel.

Uddannelse

Uddannelse skal opdeles i følgende kategorier.

- 1) IU - Ikke i uddannelse
- 2) FOLK - Folkeskole/efterskole
- 3) GYM - Gymnasium (STX, HTX, HHX, EUX)
- 4) KKKU - Korte kompetencegivende uddannelser (HF, HG, VUC, social og sundhed/SOSU/pædagogisk assistent, teknisk skole, læreplads/skolepraktik).
- 5) STU - Særligt tilrettelagt uddannelse, produktionsskole, praktik uden læreplads.
- 6) VG - Videregående uddannelser
- 7) Anden U - Anden uddannelse

Med anden uddannelse henvises der ofte til STU-lignende uddannelsesforløb eller korte KKKU-uddannelser. En uddannelse, der nævnes flere gange, er KUU (Kombineret ungdomsuddannelse). KUU er en toårig ungdomsuddannelse, der giver titlen erhvervsassistent. Formålet med uddannelsen er at gøre den unge klar til et job eller til at læse videre på en anden ungdomsuddannelse.

Tabel 56. Aktive uddannelsesforløb ved indskrivning og tre og ni mdr. efter for alle interviewede

	Antal			Ind	3 mdr.	9 mdr.
IU	54	3	39	39,1	36,7	45,9
FOLK	27	1	4	19,6	14,4	4,7
GYM	9	6	5	6,5	6,7	5,9
KKKU	21	1	17	15,2	18,9	20,0
STU	19	1	12	13,8	13,3	14,1
VG		2				
AU	6	8	5	4,4	8,9	5,9
	138	9	85			

Ovenstående tabel viser, at af de 138 interviewede ved indskrivning fra U18-kommunerne var 39,1 % ikke under uddannelse ved indskrivning. Ved ni-måneders opfølgingsinterviewet deltog 85 unge. Af disse var det 45,9 %, der ikke var under uddannelse. Især er andelen, der går i folkeskole/på efterskole, reduceret (fra 19,6 % til 4,7 %). Dette tilskrives, at de unge er blevet ældre.

Hvis vi alene inddrager de 85 unge, der blev interviewet både ved indskrivning og ni måneder efter, ser vi, at af 16 unge, som gik i folkeskole ved indskrivning, havde 12 forladt folkeskolen ni måneder efter. Fem af disse 12 havde ikke påbegyndt et nyt uddannelsesforløb og havde ikke nogen lønnet indtægt. To fik dog produktionsskoleløn/skoleydelse, men havde ikke krydset af ved, at de var startet på produktionsskole/FGU.

Indtægt og arbejde

I den næste tabel er det de unges indtjeningsgrundlag (og beskæftigelse), der er vist ved de tre måletidspunkter. Andelen, der modtager lommepenge, falder markant blandt U18's unge. Det er naturligt, at dette reduceres over tid for denne aldersgruppe. Andelen, der modtager skoleydelse/produktionsskoleløn, stiger markant, og andelen, der modtager SU, fordobles næsten, og ligeledes stiger andelen, der kommer i lønnet arbejde fra 12,1 % til 20,9 %. Uddannelseshjælpen holdes på et konstant niveau.

Tabel 57. De unges indtægtsgrundlag ved indskrivning og tre og ni måneder herefter
(Opgørelser under 5 er ikke taget med for at sikre anonymitet)

	Antal			Ind	3 mdr.	9 mdr.
Lommepenge (fra familie og lignende)	27	15	5	19,6	16,5	5,8
Lønnet arbejde, deltid (inkl. fritidsarbejde)	29	29	16	21,0	31,9	18,6
Lønnet arbejde (fuldtid)	19	11	18	13,8	12,1	20,9
SU	15	8	14	10,9	8,8	16,3
Produktionsskoleløn, skoleydelse						
Aktivering, løntilskud eller revalidering						
Arbejdsløshedsdagpenge						
Sygedagpenge eller barselsdagpenge						
Uddannelseshjælp	18	10	11	13,0	11,0	12,8
Førtidspension						
Tjener ingen penge	7	8	8	5,1	8,8	9,3
Andet	19	3	4	13,8	3,3	4,7

Samlivsforhold

I næste tabel er det samlivsforhold ved de tre måletidspunkter, der er vist.

Tabel 58. Samlivsforhold ved indskrivning, 3 mdr. og 9 mdr.

(Opgørelser under 5 er ikke taget med, for at sikre anonymitet)

	Ind (n=138)	3 mdr. (n=90)	9 mdr. (n=85)
Med begge forældre	21,0	21,7	14,0
Med én forælder	26,1	23,9	17,4
Med én forælder og én stedfar/ stedmor	16,7	9,8	11,6
Alene	14,5	17,4	24,4
Alene med barn/ børn			
Med kæreste/ partner	6,5	6,5	16,3
Med kæreste/ partner og barn/ børn			
Med anden familie (angiv hvem)	1,5	0	0
Med plejefamilie			
Med venner	4,4	4,4	5,8
Institution/opholdssted	5,8	4,4	2,3
Andre (angiv hvem)	2,9	8,7	5,8

Samlet set er andelen, der bor med mindst én forælder (de tre øverste i tabellen), faldet markant – ikke mindst mellem tre og ni måneders opfølgningen (samlet fra 63,8 til 43,0 %). Det kan være en naturlig udvikling over tid. Der ses et fald i unge, der bor på institution/opholdssted. Der er dog tale om så få unge, at det er vanskeligt at konkludere på denne udvikling. Andelen, der bor med kæreste, er mere end fordoblet, og andelen, der bor alene, er også steget markant. Dette kan være en del af en naturlig udvikling over tid. Andelen, der bor med venner, er begrænset og næsten uændret. Netop at bo med venner kan være en risikofaktor, fordi vennerne ofte bruger stoffer.

Såvel uddannelses-, indtægts-, som samlivsanalysen viser, hvor turbulent en tid disse unge befinder sig i.

Støtte fra og konflikt med forældre

Støtte fra forældre blev målt på en fem-punktskala fra 0 til 4.

- 0 Slet ikke
- 1 I mindre grad
- 2 I nogen grad
- 3 I høj grad
- 4 I meget høj grad

Støtte fra faderen ændrede sig ikke mellem indskrivning og ni måneder efter (fra 3,1 til 3,3 for dem,

der havde kontakt = 54). Derimod falder konflikten med faderen signifikant (fra 1,1 til 0,7)²⁴. For moderen var der heller ingen forskel i støtte mellem indskrivning og ni måneder efter indskrivning (fra 3,3 til 3,4, kontakt = 80). Derimod har konflikter med moderen været næsten signifikant faldende ($p=0.054$) mellem indskrivning og ni måneder efter (fra 1,4 til 1,1). Det synes med andre ord mest at være i en reduktion af konflikter, at vi kan aflæse, at relationen mellem forældre og børn er blevet forbedret. Graden af støtte var dog høj i forvejen og derfor vanskeligere at øge.

5.5.2. Info-rådgivning

Info-rådgivninger er ikke at sammenligne med U-turns anonyme rådgivning. U-turns anonyme rådgivning betragtes som en rusmiddelrådgivning efter mindste indgribens princippet og kan sammenlignes med korttidsbehandling. U18's info-rådgivning kan derimod betragtes som en form for introduktion og afklaring inden indskrivning. I alt 137 unge modtog info-rådgivning. 72 af disse gik videre i behandling. Det betyder, at 65 ikke blev indskrevet i rusmiddelbehandling. I gennemsnit blev der givet 1,6 samtaler pr. ung (median 1). For de unge, der ikke blev indskrevet, bliver der i de fem kommuner derfor givet godt 100 samtaler til unge, som ikke går videre i behandling (65 gange 1,6). Hvad der er årsagen til, at de ikke går videre i behandling, findes der ikke data om.

5.5.3. Sammenfatning U18

Effekten af den behandling, der blev givet i U18-kommunerne, må betragtes som høj, herunder både for unge under 18 år og for de voksne unge 18+ årige. U18-kommunerne var også rigtigt gode til at få en høj effekt blandt risikoung, herunder unge med psykiatriske diagnoser. Således var det 43,8 %, der blev stoffri fra risikogruppe 1 (R1) og 30,8 % fra risikogruppe 2 (R2), hvilket for begge grupper er en høj effektrate. Ligeledes var det 8 af 14 med profilen SEIP, som var stoffri ni måneder efter indskrivning, hvilket er et rigtigt godt resultat. 32,3 % af de unge med psykiatrisk diagnose var stoffri ni måneder efter indskrivning, hvilket må anses som et godt resultat.

Det skal også nævnes, at 15,2 % af de unge ved indskrivningen rapporterede illegale aktiviteter, hvilket faldt til 12,9 % ved ni-måneders interviewet. Forskellen er ikke signifikant, men må betragtes som under middel. Endelig fandt vi, at andelen, der ikke var under uddannelse, steg fra 35,3 % ved indskrivning til 45,9 % ni måneder efter for de 85 unge, som deltog i begge interviews. Fokus bør her ikke mindst være på de folkeskoleelever, som ikke kommer i gang med et uddannelsesforløb eller

²⁴ Wilcoxon signed-rank test $z = 2,789$, $p < 0.0053$

på anden måde bliver beskæftigede.

Udover at U18-modellen ser ud til at have været en rigtig god model for de fem U18-kommuner, kan der også være andre forhold, som skal tages i betragtning. Således er det ikke mindst én stor kommune, der trækker effekten op. Dette er dog kun en delvis forklaring. Generelt har tre af de fem behandlingscentre en høj effektrate (over 40 % stoffri), én kommune en middel effektrate (i 30'erne) og én kommune en lav effektrate (under 30 % stoffri).

Et andet forhold, der bør tages i betragtning, er, at U18-behandlingscentrene har været ret stabile. Ganske vist har alle haft udskiftning af behandlere, men de har ikke haft ledelsesskift, og deres fremtidige eksistens har ikke på samme måde være på spil, som vi ser hos to af U-turn-kommunerne.

Et forhold, der også skal tages i betragtning, er, at U18-modellen ikke lægger så mange opgaver uden for selve behandlingen af de indskrevne. Således hører opsøgende arbejde (f.eks. på uddannelsesinstitutioner), konsulentydelse, gruppebehandling og aktivitetstilbud ikke til U18-modellens kerneelementer. Derudover har U18-kommunerne ikke tilbudt egentlig anonym rådgivning. Pårørenderådgivning og forældrekurser er en væsentlig del af U18-modellen, og ledere/behandlere oplever det da også som meningsfuldt. Det italesættes bl.a. som vist nedenfor.

”Vi har nemlig en pårørenderådgivning, og det er ikke noget, vi skal have, det er ikke noget, vi får penge til, men det er noget, som giver så god mening i huset her. Og det betyder i virkeligheden, at man som forældre eller søskende eller noget kan henvende sig her i huset uden at have en ung, der er i behandling. Og som kan få støtte til familiedelen fra starten af, og det kan i virkeligheden være vejen ind i huset. Fordi nogle gange, når man skubber til familierne, så skubber man til hele familien, altså til hele strukturen.”

Det har ikke været muligt for evaluatoren at monitorere, hvor meget pårørenderarbejdet/forældregrupper har fyldt.

Generelt har implementeringen af U18-modellen været en succes, som må forklares med modellen og dens afgrænsning og behandlingstilbuddenes relative stabilitet og engagement i opgaven.

Del 6: Sammenfatning af rapportens resultater: Dette projekt og tidligere danske projekter

I dette sidste afsnit vil vi sammenfatte implementerings- og effektevalueringerne og sammenstille dem med resultater fra andre danske evalueringsprojekter.

Implementering

Vi startede evalueringsprojektet med, sammen med de to kildemodeller, at bestemme, hvad de betragtede som kildemodellens kerneelementer (eller de kerneelementer de ønskede som minimum skulle implementeres i kommunen, for at kommunernes praksis kunne kaldes for en U18-model eller en U-turn-model). Det betyder at vi i implementerings-evalueringen ikke måler på de samme kerneelementer, fordi modellerne i deres helhed til dels defineres gennem forskellige kerneelementer. Det har derfor heller ikke været intentionen at sammenligne de to kildemodeller med hinanden. De to kildemodeller har således haft fokus rettet forskellige steder, hvilket dog ikke betyder, at der ikke er fælles omdrejningspunkter.

U18

Blandt U18-kommunernes behandlere har 100 % i høj eller meget høj grad oplevet, at modellen har skabt et fælles fagligt fundament. 71 % har i høj eller meget høj grad oplevet, de er blevet opkvalificeret, og 79 % oplevede, at modellen i høj grad eller i meget høj grad havde påvirket tilgangen til de unge positivt. Endelig har 100 % i høj grad eller i meget høj grad oplevet, at modellen har gjort deres behandlingsarbejde mere struktureret.

Brugen af kerneelementerne blev vurderet ved a) at spørge behandlerne gennem survey, om hvor meget de anvendte et givent kerneelement, og i hvor høj grad de fandt det anvendeligt og b) ved at monitorere brugen af kerneelementer ved hjælp af en logbog.

U18 har i deres implementeringsstrategi i særlig grad lagt vægt på deres 11 primære guidelines. De mest anvendte guidelines var Motivation til forandring, Tilbagefaldsforebyggelse og Rusmideledukation. U18-behandlerne oplevede, at de mest anvendelige guidelines var Behandlingsplanlægning, Rusmideledukation og Tilbagefaldsforebyggelse. Mindst anvendelige, oplevede behandlerne, var guidelines for Psykologisk udredning, Gruppeforløb og Forældrekursus.

Alle behandlerne er blevet introduceret for de fire samtaleteknikker, som anvendes i U18-modellen (kognitiv adfærdsterapi, motiverende samtale, mentalisering og systemisk teori). Alle teknikkerne er

blevet anvendt og findes anvendelige, men det er især Motivational Interviewing (MI), som anses for anvendelig (90 % i høj/meget høj grad).

Alle behandlerne er blevet introduceret for de fire samtaleteknikker, som anvendes i U18-modellen (kognitiv adfærdsterapi, motiverende samtale, mentalisering og systemisk teori). Alle teknikkerne er blevet anvendt og findes anvendelige, men det er især Motivational Interviewing (MI), som anses for anvendelig (90 % i høj/meget høj grad).

Det beskrives som positivt at inddrage forældrene i arbejdet med de unge og særligt de unge, der er hjemmeboende. Dette er blevet registeret ved hjælp af logbogsdata. 54,6 % af de hjemmeboende har minimum én gang fået inddraget pårørende/familie, mens de har været indskrevet i behandling. Alle fem U18-projektkommuner har arbejdet med forældre eller andre pårørende, en-ten direkte i samtalerne eller mere indirekte i det øvrige arbejde.

Inddragelse af samarbejdspartnere har været en del af den helhedsorienterede indsats i U18-kilde-modellen, og lederne i projektkommunerne fortæller, at de har arbejdet meget med at etablere samarbejde og samarbejdsaftaler med de parter, som var relevante at inddrage.

Sagskonsultation og supervision har været faste elementer i kildemodellen. Begge elementer har resulteret i et samarbejde mellem behandlere og undervisere, hvor repræsentanter for U18 Aarhus (kildemodellen) er kommet helt tæt på kommunernes praksis og kultur. Supervision har i høj grad været anvendt som implementeringsstøtte, mens sagskonsultation har sikret en systematisk drøftelse af sager, som har givet anledning til en fælles drøftelse af, hvordan modellen kunne bruges i praksis.

U-turn

Hos U-turn-kommunerne har 82 % af behandlerne i høj grad eller i meget høj grad oplevet, at de havde fået en fælles referenceramme. 60 % af behandlerne har oplevet, de i høj eller meget høj grad er blevet påvirket af modellens ungesyn, og omkring halvdelen har oplevet, at de i høj eller meget høj grad er blevet dygtigere behandlere af at være med i projektet.

Et væsentligt element i U-turn-modellen har været arbejdet med at indrette behandlingsstedet og skabe en god stemning. Alle kommuner arbejdede på forskellig vis med at etablere nye lokaler eller gøre de eksisterende rammer mere hyggelige og mindre institutionelle. 70 % af medarbejderne angav således, at de i høj eller meget høj grad havde arbejdet med rummet og stemningen i deres til-

bud.

Det konkluderes i rapporten, at kommunerne har arbejdet med et ungesyn, der ligner ungesynet i U-turn-kildemodellen og efter bedste evne forsøgt at implementere det. Der har også været en oplevelse af et fællesskab omkring fundamentet i modellen på tværs af behandlerne.

Vedrørende samtaletekniske metoder har det i U-turn-modellen været væsentligt, at metoderne vælges i overensstemmelse med fundamentet, herunder ungesynet. Først og fremmest kommer mødet med den enkelte borger, og dernæst kommer fokus på de metodiske redskaber. Det har derfor også været væsentligt for evaluatoren at undersøge, hvordan dette ungesyn kom til udtryk i samtalerne med de unge.

Evaluators analyse af optagelser af behandlingssamtaler har derfor bl.a. taget afsæt i de elementer som modelejerne (U-turn København) anså som tro mod U-turn-kildemodellen. Her blev fremhævet elementer såsom brugen af åbne spørgsmål, refleksioner (som viser, at behandleren har forstået, hvad den unge lige har fortalt), opsummeringer (som tilføjer en analyse af den unges frembragte udsagn) og italesættelse af ubehag hos den unge eller bekymring fra behandlerens side (hvis den unge har fortalt om noget ubehageligt, er det vigtigt, at behandleren forholder sig til det). Kodningen af samtalerne viste, at ikke mindst åbne spørgsmål, refleksioner og opsummeringer blev anvendt i udstrakt grad.

For U-turn-kommunerne var de mest anvendte kerneelementer de individuelle samtaler, anonym rådgivning og inddragelse af andre professionelle. Det, behandlerne fandt mest anvendeligt, var igen de individuelle samtaler (herunder anonym rådgivning), inddragelse af forældre/pårørende og inddragelse af andre professionelle.

Mindst anvendte var forældregrupper, socialpædagogiske aktiviteter og det at arbejde kreativt med de unge. Det mindst anvendelige var for behandlerne de socialpædagogiske aktiviteter, kreativt arbejde med de unge og desuden at mødes med den unge i andre kontekster.

Endelig finder vi igennem projektperioden en stigende grad af familie/pårørende-samtaler og inddragelse af andre professionelle.

Interne og eksterne betingelser

I rapporten er det vist, at der er forskelle mellem de fem U18- og de fem U-turn-kommuners interne og eksterne betingelser. Af forskelle kan bl.a. nævnes, at U18-kommunerne har flere helt unge og

færre kvinder i behandling end U-turn-kommunerne; U18-kommunernes unge er mindre belastede end U-turn-kommuners unge; U18-kommunerne har haft til opgave at implementere en mere afgrænset model end U-turn-kommunerne, med hvilket der menes, at modellen i mindre grad inkluderer opgaver, som ligger uden for §101-stofbehandling (herunder konsulenttydelser/opsøgende arbejde og anonym rådgivning), og heller ikke elementer som socialpædagogiske aktiviteter eller grupper har været en del af U18-modellen. Der har i U18-kommunerne været fokus på en afdækning ud fra et afdækningsredskab (UngMap), hvor oplysningerne systematisk skulle indgå i behandlingsplanlægningen. U18-kommunerne har brugt Trivsels og Effekt Monitorering (TEM) ved hver samtale for de indskrevne. U-turn-kommunerne har ikke systematisk anvendt et afdækningsredskab til at formulere en behandlingsplan, og TEM alene er anvendt for unge i anonym rådgivning. To af U-turn-kommunerne er ophørt med at eksistere som U-turn-tilbud før evalueringens resultater forelå (én er opstået igen i 2020), hvilket kunne tyde på manglende finansiel/kommunal støtte til projektet, som ikke kan tilskrives U-turn-kildemodellen. Det skal også nævnes, at to af U-turn-kommunerne ikke var behandlingsinstitutioner, før projektet startede, og at der har været ledelsesmæssig udskiftning og stort behandlerflow. Stort personaleflow er også set i U18-kommunerne.

Effekt-evalueringen. Fem hypoteser til forståelsen af forskelle i effekt.

I rapporten ses det, at 47 % var stoffri ni måneder efter indskrivning af de unge, der var indskrevet i de fem U18-kommuner. For unge, der var indskrevet i de fem U-turn-kommuner var det 23 %, som var stoffri samme tid. Hvis vi i stedet for et stoffrihedskriterium anvendte et reduktionskriterium, ville forskellen ikke ændre sig.

Det kan konstateres, at U-turn- og U18-kommunernes eksterne såvel som interne betingelser har været vidt forskellige. Der kan derfor også formuleres forskellige hypoteser til anskueliggørelse af den meget store forskel i andelen af unge, der var stoffri ni måneder efter indskrivning. Nedenfor er opstillet fem hypoteser, der kunne bidrage til forståelse af effektforskellene mellem U18- og U-turn-kommunerne. Nedenfor diskuteres de fire hypoteser yderligere.

- | | |
|------------|---|
| Hypotese 1 | <i>Forskelle i de unges belastning:</i> U18-kommunernes unge var mindre belastede end U-turn-kommunernes unge. Herunder kunne stofscenerne i U-turn-kommuner være mere belastede end i U-18-kommunerne. |
| Hypotese 2 | <i>Kommunernes størrelse:</i> Både blandt U18 og U-turn kommunerne var der især én af de fem kommuner, der havde rekrutteret mange unge. Tilsam- |

men bidrog de to kommuner med omkring halvdelen af de unge i evalueringen. Resultaterne afhænger derfor meget af effekterne i de to kommuner.

Hypotese 3

De eksterne og interne betingelser: De to x fem forsøgskommuner var meget forskellige. Herunder havde mindst to U-turn-kommuner ikke tilstrækkelig økonomisk/kommunal støtte til at fortsætte implementeringen til resultatet af evalueringen forelå. To U-turn-kommuner havde ikke tidligere arbejdet direkte med behandling under §101. Der havde været ledelsesskift i U-turn-kommuner, og stort medarbejderflow (det sidste i både U-turn- og U18-kommunerne)

Hypotese 4

Modellernes særlige fokus: Der er flere strukturelle elementer, som rækker ud over selve behandlingsarbejdet i U-turn-kildemodellen, end der er i U18-kildemodellen. Herunder ikke mindst opsøgende arbejde, konsulent-ydelser og anonym rådgivning. Derudover forældregrupper, socialpædagogiske aktiviteter og grupper. Herunder hører også de generelle forskelle, der er mellem de to kildemodellers perspektiver og tilgange.

Hypotese 5

Implementering versus evaluering: Implementeringsperioden var for kort, og evalueringen og implementeringen foregik parallelt. Det er altså ikke en færdigimplementeret model, der evalueres. Det kan, ikke mindst set i lyset af hypotese 4, have være en væsentlig udfordring for ikke mindst U-turn-kommunerne.

Ingen af hypoteserne kan alene forklare den store forskel i effekten, men forskellige kombinationer kunne bidrage til forståelsen af den store forskel.

Hypotese 1: At U-turn-unge var mere belastede end U18-kommunernes unge er evident og forklarer noget af effektforskellen. De mere belastede unge fra risikogrupperne 1 til 3 (R1 til R3) havde dog også god effekt af behandlingen i U18-kommunerne. Blandt U-turn-kommunerne var det ikke mindst unge fra R1 og R2 (herunder ikke mindst unge med en psykiatrisk diagnose), som havde ringe effekt af behandlingen.

Hypotese 2: Den største U18-kommune udgjorde 55 % af de unge i opfølgingsundersøgelsen fra U18-modellen. Over 40 % af deres unge var stoffri ni måneder efter indskrivning. For to andre U18-tilbud var det også over 40 %, der var stoffri på samme tid, mens det for én kommune var mellem 30-40 %, der var stoffri og for én kommune under 30 %, der var stoffri samme tid.

Den største U-turn-kommune udgjorde 59 % af de unge i opfølgingsundersøgelsen fra U-turn-modellen. Under 30 % af deres unge var stoffri ni måneder efter indskrivning. For to andre var det ligeledes under 30 % der

var stoffri, mens det for én kommune var mellem 30-40 %, der var stoffri. For én kommune deltog kun én ung i ni-måneders opfølgningen, fordi kommunen meget sent kom med i denne del af undersøgelsen.

Der er ingen tvivl om, at disse to store kommuner bidrager til de store forskelle i effektresultaterne. Ikke desto mindre ser vi, at for de øvrige mindre fire U18-behandlingstilbud var det samlet 50 %, der var stoffri ni måneder efter indskrivning, mens det for de øvrige mindre fire U-turn-behandlingstilbud samlet var 27 %, der var stoffri samme tid.

Hypotese 3-5: De fem U-turn-kommuner var mere udfordret, hvad angår interne og eksterne betingelser end U18-kommunerne. Set i sammenhæng med hypotese 3 og 4 kan dette have været en stor udfordring for U-turn-kommunerne. Selvom U-turn-kommunerne generelt var glade for U-turn-modellen, havde to af dem ikke den fornødne kommunale opbakning, og to behandlingstilbud havde ikke tidligere arbejdet med behandling af stofbrug under §101. Set i sammenhæng med den korte implementeringsperiode (hypotese 5) kan dette tænkes at have været en udfordring for ikke mindst U-turn-kommunerne. Dertil kommer for ikke mindst U-turn-kommunerne, at de opgaver/strukturelle elementer, der skulle implementeres, i højere grad befandt sig uden for det felt, som behandlingstilbuddene normalt varetog. Herunder ikke mindst anonym rådgivning, som blev omfattende for de fem kommuner, og derudover opsøgende arbejde (f.eks. på uddannelsesinstitutioner), konsulenttydelser og forældrekurser (til forældre der ikke nødvendigvis har haft unge indskrevet i behandling).

Resultaterne sammenlignet med andre evalueringer

Et helt andet spørgsmål er, hvorledes resultaterne fra denne evaluering ser ud i lyset af andre større danske evalueringer og internationale undersøgelser.

I det følgende gives en kort gennemgang af tidligere danske effektevalueringer, som "forsigtigt" sammenstilles med denne evaluering. Når vi bruger ordet "forsigtigt", er det, fordi de projekter, der vil blive nævnt, som udgangspunkt er forskellige. De unge i andre danske undersøgelser er ofte ældre end de unge, vi ser i denne undersøgelse, og det er ofte stoffrihed ved udskrivning, der udgør effektgrundlaget. Det er tidligere vist, at det at gennemføre behandlingen som planlagt, har været helt afgørende i U-turn-kommunerne. Således var 54,2 % af dem, der gennemførte behandlingen, stoffri fra U-turn-kommunerne (12,8 % af dem, der ikke gennemførte). For U18-kommunerne var det 55 %, der var stoffri af dem, der gennemførte, mens det var 40,6 % af dem, der ikke gennemførte. Af dem, der gennemførte, har U18- og U-turn-kommunerne altså den samme andel af unge, der blev stoffri. Forskellen udgøres derfor ikke mindst af dem, der ikke gennemførte behandlingen

som planlagt, og derudover var der flere, der gennemførte behandlingen i U18-kommunerne, end i U-turn-kommunerne (50 % mod 30,6 %). Alene at måle effekten for de unge, der gennemfører, kan derfor være et stort problem. Det ville det være i herværende undersøgelse.

Ikke desto mindre er bemærkelsesværdigt, at andelen af stoffri ved udskrivning (eller længere frem) i andre danske undersøgelser ligner hinanden rigtigt meget, med enkelte undtagelser. Ud over danske undersøgelser inddrages desuden en udenlandsk metaanalyse.

Vi har fundet seks nyere effektevalueringer, som "forsigtigt" kan sammenstilles med herværende evaluering. Den ene af de seks evalueringer er af en størrelse og metodisk forskellighed, så den kan betragtes som fire adskilte effektevalueringer. Vi vil i det følgende kort gennemgå resultaterne fra disse seks evalueringer og sammenstille dem med herværende evaluering, med de forbehold dette må give.

Hash og Centralstimulerende Stoffer (HCS) projektet¹⁹.

HCS-projektet blev i to kommuner tilbudt borgere, som havde udviklet et problematisk forbrug af hash og/eller centralstimulerende stoffer (primært kokain, amfetamin og ecstasy). Deltagerne i projektet havde en gennemsnitsalder på 28,7 år i kommune 1 og 25,5 år i kommune 2. Alle blev tilbudt gruppebehandling.

Kriteriet for at deltage i HCS var en samlet ASI-score²⁵ på 0,30 eller derunder. Scoren udregnes ved at sammenlægge belastningsscoren for stoffer, alkohol, kriminalitet, økonomi, fysisk og psykisk belastning. Den gennemsnitlige ASI-score for en person i ambulant misbrugsbehandling i Danmark er 0,35, mens den for deltagere i HCS-projektet er 0,17. 80 % i kommune 1 og 88 % i kommune 2 var enten i arbejde eller under uddannelse. Meget få af deltagere havde været involveret i illegale aktiviteter for at skaffe penge i måneden op til indskrivning. Der var indskrivningsdata på 92 af deltagere. Borgerne i HCS-projektet var derfor højst sandsynligt mindre belastede end de unge i denne undersøgelse. 47 gennemførte programmet (51,1 %). 34,1 % af dem, der gennemførte behandlingen, var stoffrie de sidste 30 dage op til udskrivning. Hvis de borgere, der ikke gennemførte behandlingen, var blevet inddraget i opgørelsen, ville andelen, der var stoffri, antageligt være lavere, måske endda meget lavere.

Hash og kokain-projektet²⁰

Hash og kokain-projektet fandt sted mellem 2007 og 2010 i Københavns kommune. Også i dette

projekt blev deltagerne udvalgt ud fra en samlet ASI-score, som ikke måtte være højere end 0,30. 189 borgere deltog, aldersgrænsen for deltagelse var 25 år, og behandlingen kunne foregå anonymt. I evalueringen fandt man, at 38 % var stoffrie op til udskrivning. Her var det alene de, der afsluttede behandlingen som planlagt, der blev interviewet ved behandlingens ophør. Igen ville andelen, der ville være stoffri, antageligt være lavere, hvis de unge, der ikke gennemførte behandlingen, var blevet inddraget i opgørelsen. Måske endda meget lavere og igen er der tale om moderat belastede unge.

Projekt Anonym Ambulant Stofmisbrugsbehandling (PAS)²¹

Målgruppen for PAS var borgere, der havde et problematisk forbrug af illegale stoffer, men som ikke tidligere havde opsøgt behandlingssystemet. Målgruppen blev karakteriseret som værende ressourcestærke personer, der var i arbejde eller uddannelse, men som samtidig havde et stort forbrug af rusmidler, som de oplevede som problematisk, og levede et belastende dobbeltliv, hvor familie og arbejdsplads ikke var klar over misbruget. De så ikke sig selv som brugere af et rusmiddelbehandlingstilbud, og muligheden for at få behandling anonymt var afgørende for, at de henvendte sig.

430 borgere fra to store kommuner deltog i projektet. Gennemsnitsalderen for deltagerne var 31 år. En femtedel af deltagerne i PAS var mellem 18 og 24 år. 59 % gennemførte behandlingen. Af de deltagere, der havde gennemført behandlingen, havde 39 % ikke brugt stoffer de sidste 30 dage inden udskrivning. De deltagere, der stadig brugte stoffer ved udskrivning, havde kraftigt reduceret deres forbrug. Igen en relativt moderat belastet gruppe, og de 39 % ville antageligt være mindre, hvis de, der ikke gennemførte behandlingen, blev inddraget. Der var dog mange, der gennemførte behandlingsprogrammet som planlagt.

CDOI-projektet²²

CDOI står for Client-Directed-Outcome-Informed Treatment. Navnet er en forløber for FIT (Feedback-Informed Treatment). 100 personer blev indskrevet i behandling for deres problematiske forbrug af hash. De 100 blev fordelt ved lodtrækning (randomiseret) til en eksperimentgruppe (E-gruppen), som modtog Client-Directed-Outcome-Informed/CDOI (FIT) behandling (n=51), og en kontrolgruppe (K-gruppen), som modtog standardbehandling (n=49). Af de 85, der blev fulgt i undersøgelsen, var 35 % stoffrie seks måneder efter indskrivning. Her indgik såvel de, der afbrød behandlingen, som de, der

afsluttede som planlagt.

U18-/U-turn-undersøgelsen fra 2011-2014

Fra 2011-2014 afprøvede Socialstyrelsen tre lovende behandlingsmodeller i seks kommuner. De tre modeller var MST-SA26 (udviklet i USA), U-turn (udviklet i København) og U18 (udviklet i Aarhus). Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) stod for evalueringen. Formålet med evalueringen var at undersøge modellernes virkning, dels på de unges rusmiddelforbrug, og dels på de unges trivsel og hverdagsliv. Målene lænede 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. Målgruppen var her unge under 18 år. En tredjedel af deltagerne var piger. Ved indskrivning i behandling passer 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. I MST-SA er 79 % af de unge, som indgår i evalueringen, færdigbehandlede, mens det samme gør sig gældende for 40 % af de unge i U-turn og 42 % fra U18.

Det er umiddelbart vanskeligt at sammenstille herværende effektevaluering med effektevalueringen fra 2014. Generelt blev de unges belastning reduceret på en lang række områder. Et sted i rapporten finder vi, at for U-turn er det 72 %, der har taget rusmidler inden for den seneste måned (altså 28 % der ikke havde taget rusmidler) ved udskrivningen, mens det for U18 er 55 %, der har taget rusmidler ved udskrivning (45 % der ikke havde taget rusmidler). Det er dog vanskeligt at gennemskue om dette inkluderer alkohol. I sammenfatningen står der, at "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"

Metodeprogrammet^{13,18,23}

I Metodeprogrammet blev 460 unge i alderen 15-25 år fordelt ved lodtrækning til fire grupper.

- a) Motivational Interviewing (MI) + Kognitiv Adfærdsterapi (KAT). 12 samtaler. 114 unge.
- b) MI+KAT, gavekort ved hvert andet fremmøde. 12 samtaler. 113 unge.
- c) MI+KAT, SMS-påmindelser. 12 samtaler + to x tre måneders efterbehandling, der primært bestod af telefonsamtaler, og som gradvist blev udfaset. 112 unge.
- d) MOVE: MI+KAT, SMS-påmindelser + gavekort ved hver andet fremmøde. 12 samtaler + to x tre måneders efterbehandling, der primært bestod af telefonsamtaler og som gradvist blev udfaset. 121 unge.

I gruppe a) var 36 % stoffri ni måneder efter indskrivning, i gruppe b) var 31 % stoffri samme tid, i gruppe c) 32 % og i gruppe d: MOVE) var 50 % stoffri ni måneder efter udskrivning.

I gruppe a) gennemførte 25 % primær behandlingen (12 samtaler), gruppe b) 46 %, gruppe c) 39 % og gruppe d: MOVE) 49 %.

I gruppe a) var der helt atypisk 29,6 % af dem, der gennemførte, der var stoffri ni måneder efter indskrivning, og 40,9 % af dem, der afbrød. For gruppe b) var det 36,2 % for gennemførte og 20 % for afbrudte. For gruppe c) var det 38,2 % for gennemførte og 25,7 % for afbrudte. For gruppe d: MOVE) var det 53,0 % for gennemførte og 45,7 % for afbrudte. Bortset fra gruppe a) var det de unge, der gennemførte, der oftest var stoffri. Her målt på samme måde som i herværende evaluering.

Der var kun 60 unge under 18 år med i Metodeprogrammet (13 i MOVE). 10 af de 13 fra MOVE blev interviewet ni måneder efter indskrivning, og 60 % (n=6) var stoffri. Det er så lille en gruppe, at resultatet skal tages med forbehold. Samlet var det i Metodeprogrammet 49 % ud af 41 interviewede under 18 år, der var stoffri ni måneder efter indskrivning for de fire grupper. For U18-/U-turn-kommunerne var det 55, der samlet blev interviewet ni måneder efter indskrivning (svarprocenten 63 % i denne undersøgelse og 68 % i metodeprogrammet). 41,8 % var stoffri samlet for U18/U-turn samlet. For U18 var det 52,8 %, der svar stoffri af de helt unge (n=36), mens det var 21,1 % fra U-turn-kommunerne (n=19).

Af 255 unge mellem 18 og 25 år var samlet 36 % stoffri ni måneder efter indskrivning i Metodeprogrammet. For MOVE var 49 % stoffri ni måneder efter indskrivning. I dette projekt var det 32,4 % af de 18-25-årige, der var stoffri ni måneder efter indskrivning (42,9 % for U18-kommunerne og 23,7 % for U-turn-kommunerne).

I nedenstående tabel er effekten målt som stoffrihed vist for de forskellige danske projekter.

Tabel 59. Opsummering af stoffrihed for fire danske evalueringer af misbrugsbehandling

Projekt	Andel stoffrie op til udskrivningstidspunktet (de 30 dage forinden)
HCS-projektet (2017), DK	Målt for gennemførte ved udskrivning 34 % (gennemsn. 28,7 år og 25,5 i to kom.)
Hash og kokain-projektet (2010), DK	38 % (<26 år)
PAS (2013), DK	39 % (1/5 18-24 år, resten ældre)
CDOI-projektet (2013)	Målt 6 måneder efter indskrivning 35 % (18-30 år)
Metodeprogrammet samlet	Målt 9 måneder efter indskrivning. 38 % (15 til 25 år)
MOVE (Metodeprogrammet)	50 % (15-25 år)

Endelig skal nævnes en enkelt udenlandsk undersøgelse. Gates et al., 2017²⁴ finder i deres Cochrane Review otte studier, som opgør stoffrihed de sidste 30 dage, at 37 % var stoffri ved behandlingens ophør. Dette er i overensstemmelse med de fleste af ovenstående undersøgelser. Samme Gates et al. konkluderer i samme review af otte studier, at de, der modtager højintensiv behandling defineret som 5+ samtaler, der foregår over mindst én måned, er de mest effektive, og at færre samtaler (0-4) ikke er bedre end "ingen-aktiv-behandling" (ibid: 16).

Afslutning

I såvel U-turn-kommunerne som U18-kommunerne ses en loyalitet over for kerneelementerne i de respektive kildemodeller, og at alle fem kommuner i hver model har arbejdet med at implementere elementerne i praksis. For grupper og forældregrupper dog i mindre grad, hvilket både skal forklares med længden på projektperioden, samt kommunernes størrelse og dermed grundlag for at oprette grupper. Kommunerne har generelt alle været glade for forløbet og den undervisning og træning, de har modtaget.

Det skal fremhæves, at det ikke i evalueringen har været muligt at afgøre, hvorvidt det er "lykkedes" for kommunerne at implementere, hverken de enkelte kerneelementer eller de to kildemodeller i deres helhed. Vi har ikke haft nogle klare kriterier for, hvordan "lykkedes" skal bestemmes, og det vil antageligt også være

betinget af den virkelighed, de enkelte kommunale behandlingstilbud arbejder under.

De interne og eksterne betingelser for U18- og U-turn-kommunerne har været vidt forskellige. Der opstilles derfor fem hypoteser til forklaring af de store forskelle, der blev fundet i andelen af unge, der var stoffri ni måneder efter indskrivning. Ingen af disse hypoteser kan alene forklare forskellene.

7. Referencer

1. Socialstyrelsen. Udbud af evaluering af projekt: Udbredelse af behandlingsmodeller til unge i misbrug. Odense: Socialstyrelsen; 2016.
2. Termansen T, Dyrvig T, Niss NK, Pejtersen JH. *Unge i misbrugshandling. En evaluering af tre behandlingsindsatser*. København: SFI - det nationale forskningscenter for velfærd; 2015.
3. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM. Implementation research: a synthesis of the literature. 2005.
4. Damschroder LJ, Hagedorn HJ. A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2011;25(2):194-205.
5. Blase K, Fixsen D. Core Intervention Components: Identifying and Operationalizing What Makes Programs Work. ASPE Research Brief. *US Department of Health and Human Services*; 2013.
6. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*. 2009;4:50.
7. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation Research: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida; 2005.
8. Blase KA, Fixsen DL. *Core intervention components: Identifying and operationalizing what makes programs work*. Washington, DC 20201: US Department of Health and Human Services; 2013.
9. Ogden T. *Evidensbaseret praksis i arbejdet med børn og unge*. Aarhus: Forlaget KLIM; 2013.
10. Lima Sd, Lund DS, Dam H. *U18-modellen for misbrugsbehandling*. Aarhus kommune Ungdomscenter. Aarhus: Socialstyrelsen; 2015.
11. Lima Sd, Lund DS, Dam H. *U18-modellen for misbrugsbehandling. Metodehæfte*. Aarhus kommune, Aarhus: Socialstyrelsen; 2015.
12. Pedersen MU, Thomsen KR, Pedersen MM, Hesse M. Mapping risk factors for substance use: Introducing the YouthMap12. *Addictive Behaviors*. 2017;65.
13. Pedersen MU, Pedersen MM. *MOVE. 21 måneder efter indskrivning*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, School of Business and Social Sciences, Aarhus Universitet; 2018.
14. Pedersen MU, Pedersen MM, Jones S, Holm KE, Frederiksen KS. *Behandling af unge der misbruger stoffer. En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, School of Business and Social Sciences, Aarhus Universitet; 2017.
15. Pedersen MU, Thomsen KR, Heradstveit O, Skogen JC, Hesse M, Jones S. Externalizing behavior problems are related to substance use in adolescents across six samples from Nordic countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2018.
16. Østergård O, Randa H, Hougaard E. The effect of using the Partners for Change Outcome Management System as feedback tool in psychotherapy – A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*. 2018;30.
17. Østergård ORK. *Feedback Informed Treatment: Effectiveness and Moderators*. Aarhus: Department of Psychology and Behavioural Sciences. School of Business and Social Science, Aarhus University; 2019.
18. Pedersen MU, Pedersen MM, Jones S, Holm KE, Frederiksen KS. *Behandling af unge der misbruger stoffer. En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, School of Business and Social Sciences, Aarhus Universitet; 2017.
19. Holm KE, Frederiksen KS, Pedersen MM, Pedersen MU. *Projekt hash og centralstimulerende stoffer : Effekten af gruppebehandling*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, School of Business and Social Sciences, Aarhus Universitet; 2017.
20. Pedersen D. *Rapport om gruppebehandling af hash og kokainmisbrug. Målgrupper, metode og resultater*. København: Socialforvaltningen, Københavns kommune; 2010.
21. Lauridsen M, Nyboe J. *Evaluering: Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling*. Odense:

Socialstyrelsen; 2013.

22. Pedersen MU, Pedersen MM. *Effekten af hashbehandling. En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed behandling af hashmisbrug*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, School of Business and Social Sciences, Aarhus Universitet; 2013.
23. Jacobsen RH, Kloppenborg HS, Pedersen MM. *Økonomisk evaluering af MOVE. VIVE-Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd*. 2019.
24. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2016(5):Cd005336.

8. Bilagshæfte

Bilag 1: Logbog og Mini-UngMap for Utturn

Type

- Anonym
Alle anonyme aktiviteter omkring specifikke unge både på tilbuddets fysiske adresse og som udgående indsats fx på en uddannelsesinstitution.
- Indskrevet
Alle aktiviteter omkring specifikke unge, der er indskrevet i behandling efter §§ 52 eller 101 både på tilbuddets fysiske adresse og som udgående indsats fx hjemmebesøg
- Konsulentydelse
Oplæg eller undervisning omkring unge og rusmidler, sparring til professionelle omkring unge, fx SSP eller UU
- Udskrivning
Kun indskrevne

Aktivitetstype

- Ung uden pårørende
- Ung med pårørende
- Pårørende uden ung
- Individuel samtale
- Andre professionelle uden ung
- Andre professionelle med ung (f.eks. netværksmøder)
- Forældregrupper
- Familie/pårørende-samtale
- Gruppe eller gruppebaseret aktivitet
Her registreres både strukturerede og ustrukturerede gruppeaktiviteter for indskrevne unge
- Gruppebaseret aktivitet (hvor der deltager mere end 2 unge)

- Første samtale
- Efterfølgende samtale

Behandler

- X1
- X2
- X3
- X4
- X5
- X6
- X7
- X8

Hvem udførte opgaven

- X1
- X2
- X3
- X4
- X5
- X6
- X7
- X8

kun for de anonyme - bruges til at aktivere mini-ungmap ved kryds i "Første samtale"

Den unges navn

Den unges CPR-nummer (f.eks. 120212-0001)

Ung initialer/fødselsår/ køn (f.eks. nn90 1=mand 2=kvinde)

Professionel (skriv hvem)

Dato for aktivitet (dd-mm-åååå)

Dato for indgåelse af opgaven (dd-mm-åååå)

Hvem var modtager af opgaven?

Hvad bestod opgaven i?

Forberedelsestid (minutter)

Status for opgaven

- Gennemført
- Aflyst af ordregiver
- Aflyst af leverandør (jer)

Deltagere

Hvor mange kvinder er knyttet til gruppen i alt? _____

Hvor mange mænd er knyttet til gruppen i alt? _____

Hvor mange af dem er tilknyttet gruppen som par? _____

Hvor mange kvinder var til stede? _____

Hvor mange mænd var til stede? _____

Hvor mange var til stede som par? _____

Er der tale om en ung i anonym rådgivning?

- Ja
- Nej

Status for samtale/aktivitet

- Samtale/aktivitet gennemført
- Udeblevet
- Aflyst af ung/anden
- Aflyst af behandler
- Aflyst af forælder

Aflyst (Ingen unge mødte op)

Deltager den unge i samtalen

- Ja
 Nej

Var gruppeaktiviteten

- Struktureret
 Ustruktureret
 Daggruppe

Pårørende (mulighed for flere svar)

- Far
 Mor
 Anden pårørende (skriv hvem, f.eks. stedfar, søster) _____

Dato for udførelse af opgaven (dd-mm-åååå)

Konsultationstid (minutter)

Gruppenummer

info om gruppebehandling starter her

Hvem deltog

Navn

Deltager
1 _____
Deltager
2 _____
Deltager
3 _____
Deltager
4 _____
Deltager
5 _____
Deltager
6 _____
Deltager
7 _____
Deltager
8 _____

Forventet antal deltagere

Samtaletype

- Telefonisk
 Ansigt til ansigt
 Internettet

Kontekst (Fx samtalerum med behandler og ung, gåtur, under forskellige aktiviteter

m.fl.)

- Samtalerum
 Værksted
 Gåtur
 Cykeltur
 Hjemmebesøg
 Biltur
 Træning (skriv evt. hvilken form) _____
 Samtale udendørs
 Madlavning
 Anden kontekst _____

Henvendelse fra

- Ung
 Forældre
 Andre pårørende
 Sagsbehandler/kontaktperson
 Kriminalforsorg
 Anden professionel/anden aktør (angiv hvem) _____

**Her starter mini-ungmap.
Ved anonyme forløb, hvor det er den
1. samtale med den unge.**

Slutter ved spm. "Videre forløb"

Hvordan har du hørt om tilbuddet

- Venner
 Familie
 Nettet
 Professionelle
 Andet (skriv hvordan) _____

Køn ung

- Mand
 Kvinde

Alder ung

Boform

- Uden bolig
 Lejlighed
 Værelse
 Studieboli
 Hos forældre
 Anden familie
 Institution
 Andet (angiv hvilken) _____
 Uoplyst
 Ved ikke

Igangværende uddannelse

- Er ikke under uddannelse
 8 klasse

- 9 klasse
- 10 klasse
- Produktionsskole
- Gymnasie, HF el. lign.
- Erhvervsfaglig uddannelse
- Kortere videregående uddannelse
- Mellemlang videregående uddannelse
- Lang videregående uddannelse
- Andet (angiv hvilken) _____
- Ved ikke

Hvad tjente du penge ved sidste måned (sæt gerne flere krydser)?

- Lomme penge
- Lønarbejde fuldtid
- Lønarbejde deltid (herunder fritidsjob)
- Produktionsskoleløn/skoleydelse
- SU/uddannelsesstøtte
- Egen virksomhed
- Aktivering/løn med tilskud/revalidering
- Dagpenge
- Sygedagpenge
- Ingen indkomst
- Kontanthjælp
- Andet (angiv med tekst) _____
- Ved ikke

Hovedstof

- Alkohol
- Cannabis
- Kokain
- Amfetamin
- MDMA/ecstasy
- Heroin/andre opioider
- Hallucinogener (fx svampe, LSD)
- Sove/beroligende medicin
- Andet (angiv hvilket) _____
- Ved ikke

Sekundært stof

- Intet
- Alkohol
- Cannabis
- Kokain
- Amfetamin
- MDMA/ecstasy
- Heroin/andre opioider
- Hallucinogener (fx svampe, LSD)
- Sove/beroligende medicin
- Andet (angiv hvilket) _____

- Ved ikke

Videre forløb

- Ny tid aftalt
- Ingen ny tid aftalt
- Afsluttet

Afslutningsstatus

- Afsluttet som planlagt
- Indskrevet i behandling
- Henvist til andet tilbud _____
- Udeblevet

Udskrivningsskema for de anonyme

Var tilbuddet lige det du havde brug for?

- Nej, passede ikke rigtigt til mig
- I nogen grad det jeg havde brug for
- I høj grad det jeg havde brug for
- I meget høj grad det jeg havde brug for
- Ved ikke/uoplyst

Tidsforbrug (minutter)

Notat

Den unges navn

Udskrivningsskema for de indskrevne unge i behandling

Den unges cpr-nummer

Udskrivningsårsag

- Klient færdigbehandlet
- Klient's anmodning
- Klient udeblevet
- Klient død
- Klient flyttet
- Klient udskrevet til andet tilbud
- Klient udskrevet til hospital
- Klient bortvist
- Klient overgået til kriminalforsorgen
- Anden årsag til afsluttet behandling _____

Evt. yderligere kommentarer: _____

Bilag 2: logbog og Mini-UngMap for U18

Type

- Info/rådgivning (anonym)
- Udredning selvstændig
- Udvidet rådgivning
- Indskrevet
- Udskrivning
- Opsøgende arbejde

Aktivitetstype

- Ung uden pårørende
- Ung med pårørende
- Pårørende uden ung
- Andre professionelle med ung
- Andre professionelle uden ung
- Forældrekursus
- Individuel samtale
- Familiesamtale med ung
- Forældre/pårørendesamtale (uden ung)
- Gruppe

- Første samtale
- Efterfølgende samtale

Behandler

- X1
- X2
- X3
- X4
- X5
- X6
- X7
- X8
- X9
- X10

Navn ung

cpr-nummer (f.eks. 010102-0001)

Ung initialer/fødselsår/ køn (f.eks. nn90 1=mand 2=kvinde)
(Hvis ukendt ung skrives xx00)

Hvem, professionel (f.eks. studievejleder eller sagsbehandler)

Dato for aktivitet (f.eks. 01-05-2017)

Gruppenummer

Status for samtale

- Samtale/aktivitet gennemført
- Udeblevet
- Aflyst af ung
- Aflyst af behandler
- Aflyst af anden
- Aflyst af forælder
- Aflyst (ingen unge mødte op)
- Forgæves forsøgt kontakt

Samtaletype

- Telefonisk
- Ansigt til ansigt
- Internettet

Hvilke pårørende deltog i samtalen? (mulighed for flere svar)

- Far
- Mor
- Anden pårørende (fx stedfar, søster) _____

Henvendelse fra

- Ung
- Forældre
- Andre pårørende
- Sagsbehandler/kontaktperson
- Kriminalforsorg
- Anden professionel/anden aktør _____

**Her starter Mini-UngMap for anonyme (=info/rådgivning)
Slutter efter spørgsmålet "Sekundært stof"**

Hvordan har du hørt om tilbuddet?

- Venner
- Familie
- Nettet
- Professionelle
- Andet _____

Køn (ung)

- Mand
- Kvinde

Alder (ung)

Biform

- Uden bolig
- Lejlighed
- Værelse
- Studieboli
- Hos forældre
- Anden familie
- Institution
- Andet _____
- Uoplyst
- Ved ikke

Uddannelse

- Er ikke under uddannelse
- 8 klasse
- 9 klasse
- 10 klasse
- Gymnasie, HF el. lign.
- Erhvervsfaglig uddannelse
- Produktionsskole
- Kortere videregående uddannelse
- Mellemlang videregående uddannelse
- Lang videregående uddannelse
- Andet _____
- Ved ikke

Hvad tjente du penge ved sidste måned (sæt gerne flere krydser)?

- Lømmepenge
- Lønarbejde fuldtid
- Lønarbejde deltid (herunder fritidsjob)
- SU/uddannelsesstøtte
- Produktionsskoleløn/skoleydelse
- Egen virksomhed
- Aktivering/revalidering/job med løntilskud
- Dagpenge
- Sygedagpenge
- Kontanthjælp/uddannelsesstøtte
- Pension
- Ingen indkomst
- Andet _____
- Ved ikke

Hovedstof

- Alkohol
- Cannabis
- Kokain
- Amfetamin
- MDMA/ecstasy
- Heroin/andre opioider

- Hallucinogener (fx svampe, LSD, +++)
- Sove/beroligende medicin
- Andet _____
- Ved ikke

Sekundært stof

- Alkohol
- Cannabis
- Kokain
- Amfetamin
- MDMA/ecstasy
- Heroin/andre opioider
- Hallucinogener (fx svampe, LSD, +++)
- Sove/beroligende medicin
- Andet
- Ved ikke
- Intet

Guidelines anvendt (sæt gerne flere x)

- Koordinationsmøde
- Hjemmebesøg
- Behandlingsplanlægning
- Forældrekursus
- Motivation til forandring
- Psykologisk udredning
- Psykoedukation
- Netværksanalyse
- Ændring af misbrug
- Rusmideledukation
- Tilbagefaldsforebyggelse
- Opfølgingsmøde
- Sundhedsedukation
- Livshistorie
- Social færdighedstræning
- Gruppeforløb
- Udskrivningsmøde
- Andet (f.eks. socialfagligt arbejde) _____
- Info/rådgivning
- Udredning

Metoder anvendt (sæt gerne flere x)

- Kognitiv terapi
- Motiverende samtale (MI)
- Mentalisering
- Systemisk terapi
- Andet (skriv hvilket) _____

Her slutter Mini-UngMap

Kontekst (Fx samtalerum med behandler og ung, gåtur, under forskellige aktiviteter m.fl.)

- Samtalerum
 Anden kontekst (skriv Hvilken) (f.eks. gåtur, cafe e.lign.) _____

Videre forløb

- Ny tid aftalt
 Ingen ny tid aftalt
 Afsluttet
 Indskrevet i behandling
 Henvist til andet tilbud _____

Er det her et tilbud du kan bruge?

- Nej, synes ikke det passer til mig nu!
 Det skal jeg tænke over!
 Jo, men det passer dårligt lige nu!

Tilknyttet forældregruppe

Hvor mange forældre er knyttet til gruppen? _____

Hvor mange kvinder? _____

Hvor mange mænd? _____

Deltager forældregruppe

Hvor mange forældre var til stede? _____

Hvor mange kvinder? _____

Hvor mange mænd? _____

Forældrenes unge

- Forældre med unge i behandling
 Forældre som ikke har unge i behandling

Deltagere

Navn

Ung1 _____
 Ung2 _____
 Ung3 _____
 Ung4 _____
 Ung5 _____
 Ung6 _____
 Ung7 _____
 Ung8 _____
 Ung9 _____
 Ung10 _____
 Ung11 _____
 Ung12 _____

Forventet antal deltagere _____

**Her starter skemaet for forældregrupper.
 Aktiveres kun ved kryds i "forældrekursus"**

Blev samtalen delt op, så du talte alene med den unge eller den pårørende/professionelle?

- Ja
 Nej

Tidsforbrug, selve aktiviteten (minutter)

Tidsforbrug på forberedelse og journal (minutter)

Hvor har du lavet opsøgende arbejde?

Tidsforbrug (minutter) inkl. forberedelse og transport

Notat

Behandler

- X1
 X2
 X3
 X4
 X5
 X6
 X7

Navn ung

CPR ung (f.eks. 010102-0001)

Udskrivningsdato (dd-mm-åååå)

Evt. kommentar

**Her starter udskrivningsskemaet.
 Aktiveres i første spørgsmål
 "Type"=Udskrivning**

Udskrivningsårsag

- Klient færdigbehandlet
- Klientens anmodning
- Klient udeblevet
- Klient død
- Klient flyttet
- Klient udskrevet til andet tilbud
- Klient udskrevet til hospital
- Klient bortvist
- Klient overgået til kriminalforsorgen
- Anden årsag til afsluttet behandling _____

Udskriv skemaet ved at trykke på printerikonet. Færdiggør besvarelsen ved at trykke "Afslut".

Bilag 3. Behandlersurvey udsendt i projektets opstart

Alder: _____

Køn

- (1) Mand
(2) Kvinde

Hvor mange hele timer arbejder du om ugen?

Hvor mange hele timer har du direkte kontakt med borgerne pr. uge (cirka)

Har du ledelsesfunktioner?

- (1) Ja
(2) Nej

Faglig grunduddannelse

- (1) Pædagog
(2) Socialrådgiver
(3) Sygeplejerske
(4) Psykolog
(5) Andet - i så fald hvilken: _____

Hvor mange år har du arbejdet med misbrugsbehandling?

Hvor mange år har du været ansat i din nuværende stilling?

Har du godkendte diplomer/master uddannelser (ikke terapiuddannelser)?

Eksempelvis diplomuddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse, diplomuddannelse i ledelse, master i social integration, master i narkotikaindsatser, master in public health.

- (1) Ja (skriv hvilke(n)) _____
(2) Nej

Har du uddannelser der ikke kræver professionsbachelor?

Eksempelvis misbrugsvejlederuddannelsen i Kolding og DAC uddannelsen v. Frederiksbergcentret?

- (1) Ja (skriv hvilke(n)) _____
(2) Nej

Har du terapeutiske uddannelser/træning?

Eksempelvis terapi-uddannelser i kognitiv metode, systemterapi, gestalt terapi og lignende

	Ja	Nej
Kortere kurser, seminarer i forskellige metoder (dokumentation kræves ikke)	(1) <input type="checkbox"/> _____	(2) <input type="checkbox"/>
Af 1 til under 2 års varighed (mindst 15 dage træning, supervision og undervisning i bestemt metode). Kan dokumenteres	(1) <input type="checkbox"/> _____	(2) <input type="checkbox"/>
Af mindst 2 års varighed (ex. i kognitiv terapi eller systemterapi). Kan dokumenteres.	(1) <input type="checkbox"/> _____	(2) <input type="checkbox"/>

Hvor ofte modtager du supervision af eksterne supervisorer baseret på sager, som du har ansvaret for?

- (1) 1 eller flere gange om ugen
- (2) 2 gange om måneden
- (3) 1 gang om måneden
- (4) 1 gang hver anden måned
- (5) 1 gang hver tredje måned
- (6) Sjældnere
- (7) Slet ikke

Hvilken terapiretning eller metoder superviserer din supervisor dig ud fra?

Hvilke aldersgrupper kan modtage behandling på jeres center?

- (1) Kun unge under 18 år
- (2) Kun unge over 18 år
- (3) Såvel unge under 18 år som over 18 år

Hvor mange af borgerne som er indskrevet på jeres behandlingscenter tilbydes efter din vurdering:

	0 %	25 %	50 %	75 %	100 %
1. Individuel samtale/rådgivning/støtte?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
2. Gruppebehandling?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
3. Familiesamtaler/rådgivning/støtte?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
4. Familierapi (egentlig psykoterapi)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
5. Inddragelse af kæreste/partner?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
6. Inddragelse af skole?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
7. Inddragelse af venner?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
8. Inddragelse af andet netværk	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Hvilket andet netværk inddrages i behandlingen?

Hvor mange samtaler med unge har du cirka om ugen (gennemsnit):

Indskrevne? _____

Anonyme? _____

Har den unge en fast person/kontaktperson, som vedkommende kommer til samtale hos i sit forløb?

	Nej	Nogle gange	For det meste	Ja, altid
Indskrevne	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Anonyme	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

Er det dig, der gennemfører screenings- og udredningsarbejdet med de unge, du har samtaler med (med f.eks. ASI, UngMap eller andet)?

- (1) Nej
- (2) Nogle gange
- (3) Ofte
- (4) Ja altid

Anvender du nogle af følgende metoder? (mulighed for flere svar)

- (1) Anger Management/Vredes-kontrol
- (2) 12-trins behandling/Minnesota
- (3) Adfærdsterapi
- (4) Afspændingsterapi
- (5) Akupunktur (NADA eller andet)
- (6) Gestaltterapi
- (7) Interpersonel psykoterapi
- (8) Gorski tilbagefaldsbehandling
- (9) Kognitiv adfærdsterapi
- (10) Narrativ terapi
- (11) Kropsterapi
- (12) Kunstterapi
- (13) Løsningsfokuseret/ problemløsende terapi
- (14) Massage

- (15) Meditation
- (16) Mindfulness
- (17) Motion
- (18) Motivational Interviewing (MI)
- (19) Motiverende samtaler, uspecificeret
- (20) Neurolingvistisk programmering (NLP)
- (21) Psykodynamisk terapi
- (22) Psykoedukation
- (23) Social færdighedstræning
- (24) Støtte kontakt person
- (25) Støttende/rådgivende samtaler, uspecificeret
- (26) Systemisk terapi
- (27) Andet 1: _____
- (28) Andet 2: _____
- (29) Andet 3: _____

Bilag 4. Behandlersurvey udsendt i slutningen af projektet

Udsendt til alle behandlere tilknyttet projektet i foråret 2019

Hvilket model var du tilknyttet?

(1) Uturn

(2) U18

Hvor ofte anvender du følgende guidelines i dag?

	Aldrig	Engang i mellem	Ofte	Meget ofte	Altid	Ikke relevant
Info/rådgivning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Udredning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Psykologisk udredning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Behandlingsplanlægning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Motivation til forandring?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Psykoedukation?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Rusmiddeledukation?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Sundhedsedukation?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Ændring af misbrug?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Tilbagefaldsforebyggelse?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Netværksanalyse?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Livshistorie?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Social færdighedstræning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Gruppeforløb?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Opfølgingsmøde?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Koordinationsmøde?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Inddragelse af forældre eller andre pårørende i et samtaleforløb?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Aldrig	Engang i mellem	Ofte	Meget ofte	Altid	Ikke relevant
Forældrekursus?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Hjemmebesøg?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Udskrivningsmøde?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

I hvilken grad synes du, at følgende var brugbare og anvendelige?

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Info/rådgivning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Udredning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Psykologisk udredning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Behandlingsplanlægning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Motivation til forandring?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Psykoedukation?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Rusmiddeledukation?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Sundhedsedukation?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Ændring af misbrug?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Tilbagefaldsforebyggelse?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Netværksanalyse?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Livshistorie?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Social færdighedstræning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Gruppeforløb?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Opfølgingsmøde?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Koordinationsmøde?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Inddragelse af forældre eller andre pårørende i et samtaleforløb?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Forældrekursus?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Hjemmebesøg?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Udskrivningsmøde?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Hvor ofte anvender du disse metoder i dag?

	Aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte	Altid	Ikke relevant
Kognitiv adfærdsteori	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Motiverende samtale	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Mentalisering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Systemisk teori	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

I hvilken grad synes du, at følgende metoder var brugbare og anvendelige?

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Kognitiv adfærdsteori	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Motiverende samtale	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Mentalisering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Systemisk teori	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Hvor ofte anvender du?

	Aldrig	En gang i mellem	Ofte	Meget ofte	Altid	Ikke relevant
UngMap til screening/udredning af de unge?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
UngMap til feedback til de unge?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Målsætninger i arbejdet med de unge?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
TEM som et aktivt element i behandling af de unge (modsat ren registrering)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Interne møder i medarbejdergruppen for at holde fast i praksis?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

I hvilken grad synes du, at følgende var brugbare og anvendelige?

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
UngMap til screening/udredning af de unge?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
UngMap til feedback til de unge?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Målsætninger i arbejdet med de unge?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
TEM som et aktivt element i behandling af de unge (modsat ren registrering)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Holder I interne møder i medarbejdergruppen for at holde fast i praksis?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Hvor ofte anvender du disse elementer i dag?

	Aldrig	Engang i mellem	Ofte	Meget ofte	Altid
Afholder individuelle samtaler?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Inddragelse af andre professionelle?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Inddragelse af forældre eller andre pårørende i et samtaleforløb?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Møder den unge i andre kontekster end et samtalerum?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Afholder gruppe?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arbejder kreativt sammen med de unge (fx lave en film, musik, digt, male)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Er sammen med de unge om en aktivitet (fx idræt, træning, mad)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	Aldrig	Engang i mellem	Ofte	Meget ofte	Altid
Konsulentfunktion	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Anonym rådgivning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Forældregrupper?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

I hvilken grad synes du, at følgende var brugbare og anvendelige?

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Afholder individuelle samtaler?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Inddragelse af andre professionelle?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Inddragelse af forældre eller andre pårørende i et samtaleforløb?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Møder den unge i andre kontekster end et samtalerum?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Afholder gruppe?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arbejder kreativt sammen med de unge (fx lave en film, musik, digt, male)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Er sammen med de unge om en aktivitet (fx idræt, træning, mad)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Konsulentfunktion	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Anonym rådgivning?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Forældregrupper?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Er der andre elementer, du har taget til dig i løbet af projektperioden, som ikke er afdækket her?

Modellens overordnede betydning

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
I hvilken grad synes du, at modellen er anvendelig i behandlingen af de unge?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
I hvilken grad synes du, at modellen har givet dig og dine kolleger en fælles referenceramme?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Oplever du, at modellen har givet en mere tydelig struktur for behandlingsforløbene?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Har modellen påvirket jeres tilgang til de unge positivt (syn på de unge)?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
I hvilken grad har modellen påvirket stemningen og rummet hos jer i en positiv	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

retning?

Er du blevet en dygtigere behandler af at være med i projektet?

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
--	-----------	---------------	--------------	------------	------------------

(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

I hvilken grad synes du, at måden at arbejde på passer ind i egne arbejdsgange?

(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

I hvilken grad synes du, at måden at arbejde på passer med din egen tilgang til behandling?

(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Jeg er tilfreds med den måde, der er blevet taget hensyn til mig og mine behov i processen?

(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

I hvilken udstrækning oplever du, at du og dine kolleger har ændret praksis?

(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

I hvilken grad synes du, at I har de ressourcer, der kræves for at fortsætte med at bruge modellen?

(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Har du kommentarer til din deltagelse i projektet? (ros, kritik, spændende refleksioner, andet?)

Tak for hjælpen!

Bilag 5: Interview med leder før projektstart

1. Intro.
 - a. Hvad skal interviewet bruges til (implementeringsmodellen med. Analyse af eksterne og interne betingelser).

1. Som en del af analysen vil vi indhente oplysninger om antal klienter indskrevet i 2015 (eller 2016). Vi indhenter disse data gennem SMDB (såvel 18+ som under 18-årige).
 - a. Mener du 2015 (eller 16) data er dækkende – dvs. i hvor høj grad har I fået alle klienter, der anmodede om at komme i behandling registreret?
 - b. I hvor høj grad har I fået registreret hvilke tilbud og ydelser de har fået?

2. SMDB
 - a. Hvis I har haft problemer med SMDB og derfor ikke har fået alle indskrevet, er det så muligt for at få data fra jeres eget registreringssystem?
 - b. Hvis de ikke findes nogen steder (hverken i SMDB eller i jeres egne registreringssystemer), hvad er forklaringen så på dette?

3. Har i en servicedeklaration/kvalitetsstandard ?
 - a. kan vi finde servicedeklarationen på Internettet?

4. Har centeret en hjemmeside?

5. Hvor mange klienter mellem 18-25 år har i aktuelt indskrevet (kan evt. eftersendes)?28

6. Hvor mange klienter under 18 år har i aktuelt indskrevet (kan evt. eftersendes)?3

7. Hvor mange behandlere er ansat til at behandle de unge på jeres center? 6
 - a. Er det de samme behandlere, der har de under 18-årige og de 18-25-årige eller er de opdelt? Er det de samme behandlere der har de 26+ årige?de har dem op til 30 år

8. Hvor mange klienter har hver behandler (uanset hvilken aldersgruppe de er i)?

9. Er det svært eller nemt at få ansat erfarne socialarbejdere når I slår en stilling op?

10. Er det den samme kerne af behandlere i har haft i mange år eller er der et stort behandlerflow?

11. Synes du I har de fornødne ressourcer til at tilbyde den nødvendige behandling til de unge?

Organiseringen

12. Hvordan er behandlingen af de unge under 18-år og de 18-25-årige organiseret. Kommer de i samme center, ind ad samme dør. Foregår det samme sted som behandlingen af de 26+ årige?

13. Under hvilken forvaltning hører behandlingscentret. Er det samme forvaltning for unge under 18 som for de 18-25-årige. Hvordan vil du beskrive misbrugscentrets kommunale placering(er)?

14. Har I været udsat for nedskæringer indenfor det seneste år?

15. Hvor meget har embedsmænd og politikere opmærksomhed på misbrugsbehandling af unge i jeres kommune (fra slet ikke til rigtigt meget)?

Indskrivningen

16. Hvordan indskrives den unge (processen) – fra anmodning til påbegyndelse?

17. Kan behandlingsgarantien overholdes og når den ikke kan – hvad er så begrundelserne?

Målinger

18. Hvordan registrerer/screener i de unge under **18 år (før projektets opstart)**. Hvilke registrerings/screeningsredskaber bruger i (ASI eller andet)? Asi & kl basisscreener
 - a. Hvem registrerer/screener/interviewer. Er det centralt, kontaktpersonen eller andet?
 - b. Hvad bruges registreringen/screeningen til?
 - c. Har I selv adgang til tallene og bruger I dem?

19. Hvordan registrerer/screener i de unge mellem **18-25 år**. Hvilke registrerings/screeningsredskaber bruger i (ASI eller andet)
 - a. Hvem registrerer/screener/interviewer. Er det centralt, kontaktpersonen eller andet.
 - b. Hvad bruges registreringen/screeningen til
 - c. Har I selv adgang til tallene og bruger I dem?

20. Hvad mener du om registrering/screening: Er det for meget, unødvendigt, tidsspild, rigtigt godt, nødvendigt, brugbart e.a.?

21. Har alle indskrevne en skriftlig behandlingsplan?
 - a. Hvornår påbegyndes den og hvornår foreligger den?
 - b. Inddrages de pårørende i formuleringen af behandlingsplanen?
 - c. Er behandlingsplanen gensidigt accepteret. Er den fx underskrevet af klienten?
 - d. Hvor ofte justeres den og har i procedurer for dette?

Samarbejdsflader

22. I hvilken grad involveres læge og psykiater?
 - a. Har I læge og/eller psykiater ansat på centret?
 - i. Hvis ikke, hvordan sikrer i så at psykiatriske behov bliver dækket?
23. Behandler i psykiatriske problemer her på stedet eller sker de et andet sted
 - a. Læge: Hvordan og hvornår foregår samtalerne?
 - b. Psykiater: Hvordan og hvornår foregår samtalerne?
 - i. Hvordan afgøres det hvem der tilbydes udredning/samtale?
 - c. Har I en skriftlig samarbejdsaftale med psykiatrien?
 - d. Hvordan oplever du samarbejdet med psykiatrien?
 - e. Hvor lang tid tager det for at en ung kan blive udredt for fx ADHD?
 - f. Hvordan samarbejder i med uddannelse/beskæftigelses-systemet?
24. Indeholder indsatsen fremskudte aktiviteter (fx ude på skoler, arbejdspladser/arbejdsmarked mm)?
 - a. Hvis JA skoler/uddannelsessteder: hvordan er dette organiseret og hvordan fungerer dette samarbejde?
 - b. Hvis JA arbejdspladser/arbejdsmarked: Hvordan er dette organiseret og hvordan fungerer samarbejdet?

Behandling

25. Hvor længe er en behandling planlagt til at vare? – har I forskellige programmer?
26. Hvor ofte tilbydes de unge kontakt til behandlere
 - a. Andel individuelle kontakter (evt. med pårørende)
 - i. Hvor ofte?
 - b. Andel i gruppe
 - i. Hvor ofte?
 - c. Andel dagbehandling
 - i. Hvor ofte?
27. Følger I op på klienten efter denne er udskrevet?

28. Vurderer i klienternes tilfredshed med behandlingen?

29. Evaluerer i behandlingen af de unge.

- a. Hvis JA – hvordan _____

30. Måler I forandring/effekt?

- a. Hvis Ja hvordan: _____

31. Har I særlige strategier til fastholdelse?

- i. fx ringer I til den unge hvis denne ikke møder op (eller andre proaktive strategier)?
- ii. Henter i de unge?
- iii. Får nogle unge særlige privilegier hvis de overholder aftale?
 1. Hvis ja, hvilke: _____

Kerne-elementerne

32. Hvordan vi du overordnet beskrive jeres behandling (værdigrundlag, filosofi, forståelse af forandring, hvad der skal til for forandring med mere).
33. Hvor vil i placere jeres indsats som vist nedenfor (ark der definerer disse).
 - a. Socialpædagogisk indsats
 - b. Socialpædagogisk indsats med enkelte psykoterapeutiske elementer
 - c. Socialpædagogisk indsats med en del psykoterapeutiske elementer
 - d. Lige fordelt
 - e. Psykoterapeutisk behandling med en del socialpædagogiske elementer
 - f. Psykoterapeutisk behandling med nogle socialpædagogiske elementer
 - a. Psykoterapeutisk behandling afhængig af klientens behov
34. Hvis i anvender psykoterapeutiske metoder – hvilke? Fx kognitiv terapi, tolvttrin, løsningsfokuseret eller andet (hvis andet beskriv/definer)?
35. Hvad kræves af en samtale med en ung, hvis den skal kunne accepteres eller placeres indenfor rammen af U-Turn/U18 modellen (uanset i hvilken kontekst den foregår). Anvender vatar gruppen til undervisning og supe
36. Hvordan opbygger i en relation til den unge? Hvad skal der til
37. Bør samtalen have bestemte kendetegn?

38. Bruger I særlige samtale-teknikker

39. Bruger i konkrete redskaber (fx tests, genogram, kompas eller andet)

40. Har i en uddannelses/trænings politik for jeres medarbejdere (fx tilbud om uddannelse i en bestemt behandlingsmetode)?

i. Supervision (hvem superviserer).

ii. Hvor ofte tilbydes supervision

iii. Superviseres der i de metode behandlerne uddannes?

Bilag 6: Interviewguide med lederne (U-turn/U18)

Interviews gennemført i slutningen af projektet omkring implementeringen

Interviewet skal bruges til at afdække, hvordan det er gået med implementeringen af U-Turn/U18 modellen. Hvilke udfordringer, gevinster og ulemper har rammerne i modellen givet og hvilken betydning har U-Turn/U18 haft for jeres behandling, de unge, metodisk og organisatorisk?

Modellen

1. Hvad går U-Turn/U18 modellen ud på? (kernen/kerneelementer, tilgangen, indhold)
2. Hvordan vil du beskrive U-turn/U18, som det ser ud hos jer i dag?
 - a. Hvordan har udviklingen været?
 - b. På hvilken måde har modellen levet op til forventningerne? På hvilken måde ikke?
3. Hvordan har tilbuddet påvirket behandlingstilbuddet til de unge hos jer? (hvis du sammenligner med jeres ordinære tilbud)
 - a. Hvilken betydning har det haft for jer i forhold til...?
 - i. behandlernes træning/metodebevidsthed
 - ii. Jeres behandlingstilbud
 - iii. Intensitet i behandlingen
 - iv. Tilgang/synet på de unge, tilgang/synet på rusmidler?
 - v. adgang for de unge (lokation, tilgængelighed)
 1. Hvordan har projektet påvirket indskrivningsprocessen – fra anmodning til påbegyndelse? Hvordan er det gået med at imødekomme dels behandlingsgaranti, dels efterspørgsel fra unge/forældre/andre?

Kerneelementer

1. Samtaleteknikker
 - a. Har i arbejdet med samtaleteknikker præsenteret på undervisningen? Hvilke, på hvilken måde?
 - b. Har i ændret praksis? Hvad gør i anderledes? Oplever i en opkvalificering?
 - c. Har i optaget samtaler? Brugt det i supervision?

2. Hvilke elementer fra U-turn/U18 har i arbejdet med? Anvend trekant

- a. Hvordan har i arbejdet med elementerne? Alle fra start eller gradvis implementering?
 - b.
3. Har i fået arbejdet med de elementer, som i gerne ville? Hvordan er det gået?
 - a. Hvad er gået godt? Og på hvilken måde?
 - i. Hvilke elementer har været nemme at implementere?
 - b. Hvad har udfordret? Og på hvilken måde
 - i. Er der elementer, I har udskudt eller droppet
 - c. Hvad er jeres tanker om at skulle implementere en hel model som på dette projekt?

Målinger

1. Hvordan har I arbejdet med UngMap? (behandlerværktøj el ren registrering?)
2. Hvordan har I arbejdet med TEM? (behandlerværktøj el ren registrering?)
3. Hvordan har UngMap og TEM fungeret sammen med U-turn/U-18-modellen?
4. Hvordan har I oplevet arbejdet med det? Hvordan har de unge taget i mod det?
5. På hvilken måde har registreringsgangen påvirket Jeres arbejds gange? (positive og negative)
 - a. Har i anvendt ekstra tid eller er ungmap, logbog, tem gået i stedet for anden registrering?
6. Har i benyttet jer af aggregeret data fra TEM/ungmap – fx i organisatoriske beslutningsprocesser?
 - a. Hvad er jeres behov, hvad er godt for jer at vide noget om?

Implementering

1. Hvordan har I oplevet implementeringen af modellen?
 - a. Hvad har været godt?
 - b. Hvilke barriere/udfordringer har der været set fra din stol?
2. Hvordan har I oplevet understøttelsen fra henholdsvis:
 - a. underviserne/supervisorernes side?
 - i. Hvad har de gjort godt? Er der noget i ville ønske havde været anderledes? Hvad kan vi lære/blive bedre til?
 - b. Socialstyrelsens?

i. Hvad har de gjort godt? Er der noget I ville ønske havde været anderledes? Hvad kan vi lære/blive bedre til?

c. CRF's side?

i. Hvad har de gjort godt? Er der noget I ville ønske havde været anderledes? Hvad kan vi lære/blive bedre til?

d. Jeres overordnet ledelsesmæssige og politiske opbakning?

i. Hvad har de gjort godt? Er der noget I ville ønske havde været anderledes? Hvad kan de lære/blive bedre til?

Organiseringen

1. Hvilken betydning har U-Turn/U18 haft for jeres behandling organisatorisk?
2. Hvordan er behandlingen af de unge under 18 år og de 18-25-årige organiseret i dag? Har det ændret sig siden projektets start i 2017 (runde 2: 2018)? (Kommer de i samme center, ind ad samme dør. Foregår det samme sted som behandlingen af de 26+ årige?)
3. Hvordan er U-Turn/U18 organisatorisk placeret i jeres organisation? Er det det primære behandlingstilbud for borgere under 25 år?
 - a. Hvilke andre tilbud har I til den samme målgruppe?
 - b. Hvor stor en andel udgør indskrevne i U-Turn/U18 af de unge, I har i behandling?
4. Vil U-Turn/U18 behandlingsformen forblive et behandlingstilbud i jeres center? Er der elementer fra U-Turn/U18 I helt sikkert beholder? Er der dele, I ikke vil køre videre med?

Samarbejdsflader

1. Hvordan har U-Turn/U18 fungeret i forhold til jeres samarbejdspartnere?
 - a. Læge
 - b. Psykiatri
 - c. Beskæftigelse
 - d. Uddannelsessystemet?
 - e. andre?

Bilag 7. UngMap

A. Baggrund

Har den unge været i et rådgivende forløb?

- Ja
 Nej

Deltager den unge i projektet?

- Ja (samtykke)
 Nej (ikke samtykke)

A1. Hvor er du født?

- Jeg er født i Danmark
 Jeg blev født i et andet land

A1.1. I hvilket land er du født?

A2. Hvor kommer dine forældre fra?

- De er begge født i Danmark
 Min mor er født i et andet land
 Min far er født i et andet land
 De er begge født i et andet land

A2.1. I hvilket land er din mor født:

A2.2. I hvilket land er din far født:

A3. Har du under din opvækst boet andre steder end hos dine forældre (f.eks. på børnehjem, institution, hos plejefamilie eller andet)?

- Ja
 Nej

A3.1. Hvor har du boet?

A3.2. Hvor længe har du boet der (antal år)?

A4. Hvem bor du sammen med nu?

- Med begge forældre
 Med én forælder
 Med én forælder og én stedfar/ stedmor
 Alene
 Alene med barn/ børn
 Med kæreste/ partner
 Med kæreste/ partner og barn/ børn
 Med anden familie (angiv hvem) _____
 Med plejefamilie
 Med venner
 Institution/opholdssted
 Andre (angiv hvem) _____

B. Uddannelse/arbejde

B1. Har du været i gang med skole, en uddannelse, et praktikforløb eller en læreplads i løbet af de sidste 30 dage?

- Ja
 Nej

B2. Hvilken uddannelse er du i gang med? / Hvilken uddannelse har du lige været i gang med?

7. klasse
 8. klasse
 9. klasse
 10. klasse
 Efterskole
 Højskole

- Gymnasium, STX, HHX, HTX, EUX
 HF (fuld HF eller enkeltfag)
 STU (Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse)
 VUC (fuld uddannelse eller enkeltfag)
 Produktionskole
 Teknisk skole
 I lære: Har læreplads eller i skolepraktik
 Social- og sundhedshjælper (grundforløb eller praktik)
 Handelsskole, HG
 I praktik, ikke lærlingeforløb
 Kort videregående uddannelse, f.eks. social- og sundhedsassistent, datamatiker, akademiuddanne
 Mellemlang videregående uddannelse, f.eks. pædagog sygeplejerske, socialrådgiver, Professions-BA-uddannelser
 Lang videregående uddannelse, f.eks. forskellige universitetsuddannelser efter BA
 Anden uddannelse _____

B3. Hvad tjente du flest penge ved den sidste måned?

- Lomme penge (fra familie og lignende)
 Lønnet arbejde, deltid (inkl. fritidsarbejde) (skriv hvilket) _____
 Lønnet arbejde (fuldtid) (skriv hvilket) _____
 SU
 Aktivering, løntilskud eller revalidering
 Produktionskoleløn, skoleydelse
 Arbejdsløshedsdagpenge
 Sygedagpenge eller barseldagpenge
 Kontanthjælp
 Fortidspension
 Andet – Skriv hvad: _____
 Tjener ingen penge

B4. Hvor mange dage har du været fraværende fra skole eller arbejde den sidste måned?

C. Rusmidler

C1. Hvor mange dage har du røget cigaretter inden for de sidste 30 dage?

C2. Hvor mange dage har du drukket alkohol inden for de sidste 30 dage?

C2.1. Hvor ofte drikker du 5 genstande eller mere ved én enkelt lejlighed?

- Aldrig
 Én gang om måneden eller sjældnere
 2-3 gange om måneden
 1 gang om ugen
 2 gange om ugen
 3-4 gange om ugen
 5 eller flere gange om ugen

C3. Hvor mange dage har du brugt hash, pot, skunk eller andre typer cannabis indenfor den de sidste 30 dage?

C3.1. Hvor mange gange om dagen har du brugt hash, pot, skunk eller andre typer cannabis i den sidste uge?

Mandag: _____
Tirsdag: _____
Onsdag: _____
Torsdag: _____
Fredag: _____
Lørdag: _____
Søndag: _____

C4. Hvor mange dage inden for de sidste 30 dage har du brugt følgende?

- C4.1. Amfetamin _____
C4.2. Kokain _____
C4.3. Ecstasy/MDMA _____
C4.4. Andre rusmidler (f.eks. svampe, ketamin, LSD, fantasy, sniffe lim eller andre opløsningsmidler, heroin, stesolid, ritalin som ikke er ordineret af læge eller andet) _____

C4.4.1. Hvilke andre stoffer

	Hvilket stof?	An
Andet stof 1	_____	_____
Andet stof 2	_____	_____

C5. Bor du sammen med nogen, der har alkoholproblemer?

- Ja
 Nej
 Ønsker ikke at svare

C6. Bor du sammen med nogen, der bruger illegale rusmidler?

- Ja
 Nej
 Ønsker ikke at svare

D. Fysik, søvn og dagligdag

D1. Hvor mange dage inden for de sidste 30 dage har du brugt smertestillende håndkøbsmedicin, du kan købe uden recept (f.eks. panodil, kodimagnyl, Ipren, Ibuprofen eller lignende)?

D2. Hvor mange dage inden for de sidste 30 dage har du brugt medicin mod fysiske problemer, som er ordineret af læge?

D2.1. Hvad er navnet på medicinen? (kun ordineret medicin)

Medicin 1 _____

Medicin 2 _____

D3. Hvor mange dage har du haft kontakt til din praktiserende læge indenfor de sidste 3 måneder?

D4. Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer, de sidste 30 dage? (f.eks. udtalt træthed, kvalme, hovedpine, smerter i ryg og led, influenza, Halsbetændelse og lign.)

D4.1. Hvilke type problemer:

- 1 _____
 2 _____
 3 _____

D5. Hvordan vil du selv beskrive kvaliteten af din egen søvn?

- Meget god
 God
 Vekslende
 Dårlig
 Meget dårlig

D6. Hvordan er du til at komme op om morgenen?

- Meget god
 God
 Vekslende
 Dårlig
 Meget dårlig

D7. Hvordan er du til at få ryddet op?

- Meget god
 God
 Vekslende
 Dårlig
 Meget dårlig

D8. Hvordan vil du beskrive din kondition?

- Meget god
 God
 Vekslende
 Dårlig
 Meget dårlig

D9. Hvordan vil du beskrive dine madvaner?

- Meget sund
 Sund
 Vekslende
 Usund
 Meget usund

E. Nære venner

E1. Hvor mange af dine venner opfatter du som nære venner?

Støtte og konflikt

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
E2. Hvis du oplevede problemer i dag (ikke økonomiske) i hvor høj grad tror du så dine nære venner ville støtte dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3. I hvilken grad har du haft konflikter med dine nære venner? (tænk på sidste 30 dage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E4. Hvor mange af dine nære venner tror du har brugt cannabis eller andre rusmidler end cigaretter og alkohol i løbet af de sidste 30 dage?

F. Kæreste

F1. Har du haft en kæreste?

- Ja
 Nej

F2. Har du en kæreste for tiden?

- Ja
 Nej

Støtte og konflikt

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
F3. Hvis du oplevede problemer i dag (ikke økonomiske) i hvor høj grad tror du så din kæreste ville støtte dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. I hvilken grad har du haft konflikter med din kæreste? (tænk på sidste 30 dage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F5. Tror eller ved du, at din kæreste har brugt cannabis eller andre rusmidler end cigaretter og alkohol i løbet af de sidste 30 dage?

- Ja
 Nej

G. Forældre

G1. Ser du din far?

- Ja
 Nej
 Ikke i live

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
G1.1. Hvis du oplevede problemer i dag (ikke økonomiske) i hvor høj grad tror du så din far ville støtte dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G1.2. I hvilken grad har du haft konflikter med din far? (tænk på sidste 30 dage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G2. Ser du din mor?

- Ja
 Nej
 Ikke i live

Støtte og konflikt

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
G2.1. Hvis du oplevede problemer i dag (ikke økonomiske) i hvor høj grad tror du så din mor ville støtte dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2.1. I hvilken grad har du haft konflikter med din mor? (tænk på sidste 30 dage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bor dine forældre sammen?

- Ja
 Nej

G3. Har en af dine forældre nu eller tidligere haft et misbrug af alkohol eller andre rusmidler bortset fra cigaretter?

- Ja
 Nej
 Ønsker ikke at svare

G3.1. Hvem af dine forældre?

- Far
 Mor
 Begge
 Ønsker ikke at svare

G4. Finder du høj grad af støtte hos andre end dine forældre, nære venner eller kæreste? (fx søster, onkel, plejeforældre).

- Ja (skriv hvem) _____
 Nej

H. Fritidsinteresser

H1. Dyrker du nogen form for sport (sidste måned)

- Ja
 Nej

H1.1. Hvilken type sport:

Sport 1 _____
 Sport 2 _____
 Sport 3 _____

H1.2. Hvor mange dage har du dyrket din sport eller sportsgrene i de sidste 30 dage?

H2. Har du andre fritidsinteresser/hobber? Kommer du f.eks. i ungdomsklub, andre aktiviteter på skolen efter skoletid, computer, X-box, musik, parkour eller andet?

- Ja
 Nej

H2.1. Hvilken type fritidsinteresse/hobber (skriv gerne flere)? (hvis ja H2)

Hobby	An
Hobby 1 _____	_____
Hobby 2 _____	_____
Hobby 3 _____	_____

I. Hvordan jeg har det (sidste 30 dage).

I1. Har du været påvirket af ensomhed de sidste 30 dage?

- Slet ikke
 Lidt
 En del
 Meget
 Rigtig meget

I2. Har du været påvirket af depressive symptomer de sidste 30 dage? (Oplevet håbløshed, skyld, tristhed, tungsindighed, manglende interesse for alt o.lign.)

- Slet ikke
 Lidt
 En del
 Meget
 Rigtig meget

I3. Har du været påvirket af symptomer på angst de sidste 30 dage? (Fx angstanfald i bestemte sociale situationer, dødsangst, oplevet dig som meget anspændt, slet ikke at kunne slappe af)

- Slet ikke
 Lidt
 En del
 Meget
 Rigtig meget

I4. Har du haft besvær med at kontrollere aggressioner eller temperament de sidste 30 dage? (Oplevet dig selv som opfarende, bliver nemt vred og udskældende, svært vred at styre dine impulser)

- Slet ikke
 Lidt
 En del
 Meget
 Rigtig meget

I5. Har du været påvirket af selvmordstanker de sidste 30 dage? (Tanker om at tage dit eget liv)

- Slet ikke
 Lidt
 En del
 Meget
 Rigtig meget

I.6. Har du fysisk skadet dig selv i de sidste 30 dage? (Skåret, brændt, pillet hul på/lavet sår, pillet hår ud o.lign. med vilje (ikke selvmordsforsøg, i affekt slået hånden ind i en mur, leget jack Ass, kommet til skade ved at gøre vilde ting)

- Slet ikke
 Lidt
 En del
 Meget
 Rigtig meget

I.7. Har du været påvirket af spiseforstyrrelse i de sidste 30 dage? (Sultet dig selv med vilje selvom du vejer mindre end andre unge i din alder, fået det dårligt psykisk, når du spiste, fremprovokeret opkastning, overspisning)

- Slet ikke
 Lidt
 En del
 Meget
 Rigtig meget

I8. Har du nogensinde været oppe at slås? (Direkte slagsmål med en anden/andre fra "tjatten ud efter" til direkte beskadigelse på den anden/dig selv, hvor det ikke har været et uheld eller for sjov)

- Aldrig
 Sjældent
 Nogle gange
 Ofte
 Meget ofte

I8.1 Hvor mange gange har du været oppe at slås de sidste 30 dage? (Direkte slagsmål med en anden/andre fra "tjatten ud efter" til direkte beskadigelse på den anden/dig selv, hvor det ikke har været et uheld eller for sjov)

- 0 gange
 1 gang
 2 gange
 3 gange
 Flere end 3 gange

I9. Har du nogensinde forsøgt at begå selvmord?

- Ja
 Nej

I9.1. Har du forsøgt at begå selvmord inden for de sidste 30 dage?

- Ja
 Nej

I10. Har du nogensinde fået medicin mod psykiske problemer?

- Ja
 Nej

I10.1. Hvor mange dage har du taget medicin mod psykiske problemer i de sidste 30 dage?

I10.2. Hvilken medicin?

Medicin 1 _____
 Medicin 2 _____
 Medicin3 _____

I11. Er du diagnosticeret med ADHD af en psykiater?

- Ja
 Nej

I1.1. Får du medicin for ADHD?

- Ja
- Nej

I12. Har du nogensinde fået en anden psykiatrisk diagnose af en psykiater? (F.eks. depressionsdiagnose, angstdiagnose, personlighedsforstyrrelse (fx borderline), OCD, skizofreni, psykose)

- Ja (skriv hvilken diagnose) _____
- Nej

J. Skolen og fremtiden

- J1. I hvilken grad var/er du og dine venner nogle ballademagere?
- J2. I hvilken grad havde/har du konflikter med lærerne?
- J3. I hvilken grad var/er du forstyrrende i timerne?
- J4. I hvilken grad var/er du god til at løse opgaver?
- J5. I hvilken grad var/er du god til at regne?
- J6. I hvilken grad var/er du god til at læse?
- J7. I hvilken grad var/er du målrettet?
- J8. I hvilken grad pjækkede/ pjækker du fra timerne i folkeskolen?

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J12. Er du nogensinde blevet bortvist fra skolen pga. din opførsel?

- Ja
- Nej

K. Kriminalitet

K1. Hvor mange dage har du været involveret i illegale aktiviteter for at skaffe penge, stoffer eller andet, de sidste 30 dage? (ikke brug af stoffer)

K2. Venter du i øjeblikket på at blive tiltalt, indkaldt til retten eller på at afsone straf?

- Ja
- Nej
- Ønsker ikke at svare

L. Stressfyldte oplevelser

L1. Blev du mobbet i skolen?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget
- Rigtig meget

L2. Har du nogensinde været udsat for omsorgssvigt?

- Slet ikke
- Lidt
- En del
- Meget
- Rigtig meget

L3. Har du nogensinde været udsat for seksuelt overgreb?

- Aldrig
- 1 gang
- 2 gange
- 3 gange
- Flere gange

L4. Har du nogensinde været udsat for fysisk overgreb?

- Aldrig
- 1 gang
- 2 gange
- 3 gange
- Flere gange

L5. Har du nogensinde været udsat for at blive truet på liv og helbred?

- Aldrig
- 1 gang
- 2 gange
- 3 gange
- Flere gange

L6. Har du nogensinde været udsat for andre hårde og stressfyldte oplevelser?

- Aldrig
- 1 gang
- 2 gange
- 3 gange
- Flere gange

Hvilke andre hårde og stressfyldte oplevelser har du været udsat for (jf. spm L6)?

M. Trivsel nu

M.Trivsel

M1. Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 30 dage?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Virkelig dårligt					Midt					Virkelig godt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M2. Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner, i de sidste 30 dage?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

M3. Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 30 dage?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

M. Koncentration og planlægning

M4. Hvordan har du generelt været til at koncentrere dig i de sidste 30 dage?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Virkelig dårligt					Midt					Virkelig godt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M5. Hvordan har du generelt været til at overholde aftaler og planlægge din dag i de sidste 30 dage?


<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Alkohol og stoffer	Beskyttelse/neutral	Risiko
Cigaretter, dage sidste måned	dage	dag(e)
Alkohol, dage sidste måned	dage	dag(e)
Alkohol, 5+ genstande	AldrigMax. en gang om måneden2-3 gange om månedenEn gang om ugen	2 gange om ugen3-4 gange om ugen5+ gange om ugen
Cannabis, dage sidste måned	dage	dag(e)
Cannabis, gange sidste uge	0 gange	gang(e)
Amfetamin	dage	dag(e)
Kokain	dage	dag(e)
Ecstasy/MDMA	dage	dag(e)
Andre stoffer	dage	dag(e) (,)
Misbrug, forældre	NejØnsker ikke at svare	Ja. FarMorBeggeVil ikke sige hvem
Stofbrugende venner	IngenIkke aktuelt	Ja (ven(ner) af ven(ner))
Stofbrugende kæreste	NejHar ikke kæreste	Ja
Bor med stofbruger(e)	NejIkke aktueltØnsker ikke at svare	Ja

Psykisk/adfærd	Beskyttelse/neutral	Risiko
Eksternalisering (0-7)	0	(ballademager, konflikt med lærerne, forstyrrende element i timerne, pjækkede fra skole, bortvist fra skole, vold de sidste 30 dage, aggression)
Internalisering (0-7)		3 (ensomhed, depression, angst, selvmordstanker, selvskade, spiseforstyrrelse, selvmordsforsøg (tidligere)selvmordsforsøg (sidste 30 dage))
Type	Lav	SIPSEPSEIP
Psykiatrisk diagnose	Ingen	ADHD, anden psykiatrisk diagnoseAnden psykiatrisk diagnose ()
Kriminelle aktiviteter	Ingen	Afventer sigtelse, dom eller afsoning
Traumatiske oplevelser (0-6)		6 (mobning, omsorgssvigt, seksuelt overgreb, fysisk overgreb, truet på liv og helbred, andre hændelser ())
Medicin, psykiske problemer	Ingen dage	dag(e) (, ,)
Holde aftaler og planlægge (0-10, norm 7,7)		
Koncentration (0-10, norm 6,2)		
Personlig trivsel (0-10,		

norm 7,2)		
Sociale relationer	Beskyttelse/neutral	Risiko
Venner	venner. NogenHøjMeget høj grad af støtte.	ven(ner). NogenHøj grad af konfil IngenMindre grad a
Kæreste	Har ikke kæreste(har ikke haft kæreste tidligere) (Har haft kæreste tidligere)NogenHøjMeget høj grad af støtte.	NogenHøjMeget høj konflikt. IngenMindre grad a
Mor	Har kontakt. Ikke i liveNogenHøjMeget høj grad af støtte	Ingen kontakt. Nogen høj grad af kon IngenMindre grad a
Far	Har kontakt. Ikke i liveNogenHøjMeget høj grad af støtte.	Ingen kontakt.Nogen høj grad af kon IngenMindre grad a
Andre personer, meget støtte	Ja. ()	Nej
Trivsel, nære relationer (0-10) (Norm 7,9)		
Velfærd og uddannelse		
Bor med	Begge forældre+AleneKæreste/partnerAlene m. børn/barnKæreste/partner og børn/barnPlejefamilieEn forælder og en stedforælderInstitution/opholdsstedEn forælderAndre ()	Anden familie ()Mec
Boet andre steder	Nej	Ja ()
Hovedindtægt	Lomme pengeFuldtidsarbejdeDeltidsarbejdeSUSyge/barselsdag pengeAndet ()Arbejdsløshedsdag pengeAktivering/revalidering/løntilskudProduktionsskoleløn/skoleydelse	KontanthjælpFørtidspei ingen penge
Arbejde/uddannelse	Under uddannelse (7. klasse8. klasse9. klasse10. klasseEfterskoleHøjskoleGymnasium, STX, HHX, HTXHF, fuld HF eller enkeltfagVUC, fuld uddannelse eller enkeltfagProduktionsskoleTeknisk skoleI lære, har læreplads/praktikSocial- og sundhedshjælper, grundforløb eller praktikHandelsskole, HGI praktik, ikke læringeforløbKort videregående uddannelseMellemlang videregående uddannelseLang videregående uddannelseSTUAnden uddannelse,) Har fuldtidsarbejde.Har deltidsarbejde.	Ikke under uddannelse
Skolekompetencer	I nogenI højI meget høj grad god til at læse I nogenI højI meget høj grad god til at regne I nogenI højI meget høj grad god til at løse opgaver I nogenI højI meget høj grad målrettet	Slet ikkeI mindre grad læse Slet ikkeI mindre grad regne Slet ikkeI mindre grad løse opgaver Slet ikkeI mindre grad
Skolekonflikter	Slet ikkeI mindre grad ballademager Slet ikkeMindre grad af konflikt med lærerne Slet ikkeI mindre grad forstyrrende IngenMindre grad af pjækkeri	I nogenI højI meget ballademager I nogenI højI meget konflikt med lære I nogenI højI meget forstyrrende i tim NogenHøjMeget høj pjækkeri Har været bort dag(e)Ikke i arbejd uddannelse
Fravær, skole/arbejde	0 dage	
Hobbyer	, dag(e) , dag(e) , dag(e)	Ingen
Trivsel, job/uddannelse/kollegaer (0-10, norm 7,5)		

Fysisk og egenomsorg	Beskyttelse/neutral	Risiko
Fysiske problemer, md.	Ingen	dag(e) (,)
Håndskøbsmedicin, dage sidste md.	Ingen	dag(e)
Ordineret medicin	Ingen	dag(e) (,)
Motion	Dyrker sport	Dyrker ikke sport
Kondition	GodMeget god	VekslendeDårligMeget dårlig
Søvn	GodMeget god	VekslendeDårligMeget dårlig
Komme op om morgenen	GodMeget god	VekslendeDårligMeget dårlig
Rydde op	GodMeget god	VekslendeDårligMeget dårlig
Madvaner	SundMeget sund	VekslendeUsundMeget usund

Tak for din besvarelse. Du kan udskrive skemaet ved at trykke på printerikonet. 

Bilag 8: Trivsel og Effekt Monitorering (sidste uge).

Svar på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder virkelig dårligt, 5 er midten og 10 betyder virkelig godt (sidste uge).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Virkelig dårlig (t)					Midten					Virkelig god(t)
Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner, i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Virkelig dårlig					Midten					Virkelig god
Hvordan har du generelt været til at koncentrere dig i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt været til at overholde aftaler og planlægge din dag i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange gange har du røget hash i den sidste uge?

	Antal gange pr dag
Mandag:	_____
Tirsdag:	_____
Onsdag:	_____
Torsdag:	_____
Fredag:	_____
Lørdag:	_____
Søndag:	_____

Hvor mange genstande har du drukket i løbet af den sidste uge?

	Antal genstande
Mandag:	_____
Tirsdag:	_____
Onsdag:	_____
Torsdag:	_____
Fredag:	_____
Lørdag:	_____
Søndag:	_____

Hvor mange dage har du taget andre stoffer end hash i den sidste uge?

Dage _____

Bilag 9: Spørgsmål om internaliserende og eksternaliserende problemer

Spørgsmål internaliserede problemer.

1	Har du haft en periode i dit liv, hvor du har følt dig <u>ensom</u> ?	Thyp1	<ul style="list-style-type: none"> 1 Aldrig 2 Sjældent 3 Nogle gange 4 Ofte 5 Meget ofte 6 Ønsker ikke at svare
2	Har denne ensomhed påvirket dig i de sidste 30 dage?	Tpaavirk1	<ul style="list-style-type: none"> 1 Slet ikke 2 Lidt 3 En del 4 Meget 5 Rigtig meget 6 Ønsker ikke at svare
3	Har du haft en periode i dit liv, hvor du har oplevet <u>depression</u> ?	Thyp1	
4	Hvor meget har du været påvirket af depressive symptomer de sidste 30 dage?	Tpaavirk1	
5	Har du haft en periode i dit liv, hvor du har oplevet <u>angst</u> ?	Thyp1	
6	Hvor meget har du været påvirket af angst de sidste 30 dage?	Tpaavirk1	
7	Har du haft en periode i dit liv, hvor du har haft <u>selvmordstanker</u> ?	Thyp1	
8	Hvor meget har du været påvirket af selvmordstanker i de sidste 30 dage?	Tpaavirk1	
9	Har du nogensinde med vilje fysisk <u>skadet dig selv</u> , f.eks. skåret eller brændt dig selv eller lignende?	Thyp1	
10	Hvor mange gange har du fysisk skadet dig selv i de sidste 30 dage?	THyp2	<ul style="list-style-type: none"> 0 0 gange 1 1 gang 2 2 gange 3 3 gange

			<ul style="list-style-type: none"> 4 Flere end 3 gange 5 Ønsker ikke at svare
11	Har du haft en periode i dit liv, hvor du har oplevet spiseforstyrrelse, f.eks. undgået at spise eller kastet op med vilje?	Thyp1	
12	Hvor meget har du været påvirket af spiseforstyrrelse de sidste 30 dage?	Tpaavirk1	

Spørgsmål eksternaliserende problemer

I1_a	Tænk på dine oplevelser i folkeskolen. I hvilken grad var/er du og dine venner nogle ballademagere?	TGrad2	<ul style="list-style-type: none"> 1 Slet ikke 2 I mindre grad 3 I nogen grad 4 I høj grad 5 I meget høj grad 6 Ønsker ikke at svare
I1_b	Tænk på dine oplevelser i folkeskolen. I hvilken grad havde/har du konflikter med lærerne?	TGrad2	
I1_c	Tænk på dine oplevelser i folkeskolen. I hvilken grad var/er du et forstyrrende element i timerne?	TGrad2	
I1_j	Tænk på dine oplevelser i folkeskolen. I hvilken grad pjækkede/ pjækker du fra timerne i folkeskolen?	TGrad2	
I2	Er du nogensinde blevet bortvist fra skolen pga. din opførsel?	JNO	