

NOTAT

# MIDTVEJSNOTAT

DELPROJEKT 2 I EVALUERINGEN "PROJEKT  
MISBRUGSBEHANDLING FOR UDSATTE UNGE"

CECILIE DOHLMANN WEATHERALL  
TINA TERMANSEN  
HILMAR KASS JACOBSEN

KØBENHAVN 2014

MIDTVEJSNOTAT. DELPROJEKT 2 I EVALUERINGEN "PROJEKT  
MISBRUGSBEHANDLING FOR UDSATTE UNGE".  
Afdelingsleder: Mette Deding  
Afdelingen for kontrollerede forsøg

© 2014 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

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

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

SFI-notater skal danne grundlag for en faglig diskussion. SFI-notater er foreløbige resultater, og læseren bør derfor være opmærksom på, at de endelige resultater og fortolkninger fra projektet vil kunne afvige fra notatet.

# INDHOLD

<b>1</b>	<b>FORMÅL MED MIDTVEJSNOTATET</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>BAGGRUND OG CENTRALE BEGREBER</b>	<b>7</b>
	Baggrund for "Projekt misbrugsbehandling til udsatte unge"	7
	Den sociale stofmisbrugsbehandling	9
	Misbrug et kompliceret begreb	10
<b>3</b>	<b>DE TRE MODELLER</b>	<b>13</b>
	Behandlingsmodellerne	13
	MST-SA fra USA	14
	U-TURN fra København	15
	ÅKM fra Århus	17
	Implementeringen af MST-SA, U-turn og ÅKM	19
	Generelt om modellerne og implementeringen	20
<b>4</b>	<b>DATA OG METODE</b>	<b>23</b>
	Kvantitative data	23
	Kvalitative data	28
	Data på den Anonymrådgivning	30
	Metode for midtvejsstatus	30

<b>5</b>	<b>DE UNGE, DER STARTER I DE TRE BEHANDLINGSMODELLER</b>	<b>33</b>
	Baggrund for de unges forbrug af rusmidler	33
	De unges debut	34
	De unges forbrug ved behandlingsstart	36
	Rusmiddelbrug og andre problemer i dagligdagen	40
	Komplekse situationer	50
<b>6</b>	<b>TRE MISBRUGSBEHANDLINGER FRA START TIL SLUT</b>	<b>51</b>
	De Unge i de tre misbrugsbehandlinger	51
	At være i misbrugsbehandling	54
	Normalisering og reduktion af rusmidler	57
	Mulig årsagssammenhæng	59
<b>7</b>	<b>OPSAMLING PÅ MIDTVEJSSTATUS</b>	<b>61</b>
	De unge har problemer udover forbruget af rusmidler	62
	<b>LITTERATUR</b>	<b>65</b>

# FORMÅL MED MIDTVEJSNOTATET

SFI- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd skal i 2015 evaluere ”Projekt misbrugsbehandling for udsatte unge”, som løber fra 2011 til 2014. De tre behandlingsmodeller, som indgår i Socialstyrelsens (SOS) ”Projekt misbrugsbehandling for udsatte unge”, er MST-SA (Multi Systemic Therapy Substance Abuse)<sup>1</sup>, U-turn og Aarhusmodellen (ÅKM)<sup>2</sup>. Dette notat beskriver midtvejsstatus for de tre misbrugsbehandlingsmodeller til unge under 18 år i perioden medio 2011 til december 2013.

Modellerne er blevet implementeret i seks danske kommuner henholdsvis Horsens, Helsingør, Herning, Aarhus, Aalborg og Odense for dels at undersøge implementeringen og dels for at undersøge effekten af de tre slags behandlinger. I dette notat afdækker vi udelukkende midtvejsstatus for modellerne, som SFI har monitoreret fra projektets opstart medio 2011 og ca. to år frem. Notatet viser altså ingen resultater af den endelige effektevaluering, og det er vigtigt at understrege, at notatet skal danne grundlag for en faglig diskussion. Midtvejsnotatet er ikke omfattet af de procedurer for kvalitetssikring og redigering, som gælder for SFI-rapporter. Læseren bør derfor være opmærksom på, at de endelige resultater og fortolkninger fra projektet vil kunne afvige fra notatet, blandt andet fordi vi endnu ikke har indsamlet alt relevant data i forbindelse med den endelige effektevaluering.

I dette notat præsenterer vi følgende:

- Vi beskriver kort, hvad de tre behandlingsmodeller går ud på og deres implementering.

---

1. MST-SA er en nyere betegnelse, som erstatter modellens gamle navn MST-CM (Multi Systemic Therapy Contingency Management).

2. Modellerne beskrives i kapitel 2 og 3.

- Vi beskriver de unge, der starter i de tre misbrugsbehandlinger.
- Vi illustrerer forskellen på centrale faktorer før og efter, de unge har været i behandling.

For at kunne lave en midtvejsstatus på en social indsats er det vigtigt, at man først og fremmest sikrer sig, at indsatserne er implementeret. Implementeringsafdækningen er beskrevet i Implementeringsnotatet fra december 2013 (Weatherall, 2013).

Midtvejsnotatet kan ud fra det nuværende indsamlede datamateriale beskrive karakteristika på de unge, der starter i misbrugsbehandling. Datamaterialet er på nuværende tidspunkt ikke stort nok til at lave en effektanalyse, men det er muligt at illustrere de gennemsnitlige ændringer i centrale faktorer i de unges liv, som forbrug af rusmidler og skolegang, fra de unge startede i behandling, og til de sluttede.

## BAGGRUND OG CENTRALE BEGREBER

Den del af ”Projekt misbrugsbehandling for udsatte unge”, som vi præsenterer i nærværende notat, omhandler midtvejsstatus på tre velbeskrevne sociale stofmisbrugsbehandlinger i seks kommuner. I dette kapitel opridser vi kort baggrunden for ”Projekt misbrugsbehandling for udsatte unge” og de begreber, som er væsentlige i forbindelse med midtvejsstatus på modellerne.

### **BAGGRUND FOR ”PROJEKT MISBRUGSBEHANDLING TIL UDSATTE UNGE”**

Behandlingsmodellernes målgruppe i nærværende undersøgelse, er unge under 18 år. Når vi henviser direkte til de unge i undersøgelsen, er det således denne aldersgruppe, det dækker over. I andre undersøgelser af unge, som vi henviser til, kan målgruppens aldre variere, men det vil dog primært dreje sig om unge under 18 år, medmindre andet er nævnt.

Unge, der har et misbrug af rusmidler, kendetegnes ofte ved, at de har svært ved at få hverdagen til at fungere og gennemføre en uddannelse. De kendetegnes ofte også ved i forvejen at have en række sociale problemer, som gør behandlingen af deres misbrugsproblemer komplekse. Det estimeres, at gruppen af unge på 17 år og derunder, der har et problematisk forbrug af rusmidler i et omfang, der kan skade den unge fysisk, psykisk eller socialt, udgør 6.-8.000 i Danmark (Pedersen & Frederiksen, 2012).

Kommunernes indsatser på misbrugsbehandlingsområdet for unge er meget forskellige. Hvor nogle kommuner har flere typer af tilbud, har andre kommuner kun ganske få. Tilbuddene indbefatter typisk: Råd-

givning ved misbrugskonsulent, familierapi, behandlingstilbud i nær-området, individuel terapi, behandling uden fokus på misbruget, gruppe-terapi, samtalegrupper eller bolig i tilknytning til ambulante behandlingssted. I 80 pct. af tilfældene tilbydes den unge en misbrugskonsulent og rådgivning (Ehenreich m.fl., 2005).

Tidligere danske undersøgelser af unge i stofmisbrugsbehandling viser, at omkring en fjerdedel af de unge ikke havde noget forbrug af illegale stoffer seks måneder efter udskrivning fra behandlingen (Pedersen & Frederiksen, 2012). Der er dog ikke lavet nogen effektevaluering af hvert individuelt behandlingstilbud blandt unge i alderen 13 til 18 år i Danmark indtil nu. Kommunerne er derfor usikre på, hvordan de bedst hjælper målgruppen af unge under 18 år, der misbruger rusmidler. MST-SA, U-turn og ÅKM er nogle af de få behandlingstiltag til unge med misbrugsproblemer, hvis indhold og resultater dokumenteres systematisk, hvilket muliggør måling af effekter af de involverede misbrugsbehandlinger.

Formålet med den endelige evalueringsrapport, som udkommer i 2015, er, at afdække effekterne af de tre velbeskrevne misbrugsbehandlingsmodeller i Danmark; U-turn fra København, ÅKM fra Århus samt MST-SA, en model fra USA. De ansvarlige modelere fra de tre modeller har sammen defineret følgende overordnede fælles formål for deres behandling:

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

Selvom de tre modeller overordnet har det samme mål, så adskiller de sig fra hinanden med hensyn til målgruppe, visitation til indsats, implementering, forløb og målemuligheder. Disse forskelle vil vi berøre senere i notatet under beskrivelserne af modellerne. I den endelige evalueringsrapport i 2015 vil vi yderligere beskrive, hvilke specifikke udfaldsmål, relateret til ovennævnte mål som vi vælger at måle effekten af misbrugsbehandlingerne på.



## DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

Behandlingsmodellerne, som indgår i projektet, henholdsvis MST-SA, U-turn og ÅKM, befinder sig alle under den paraply, der betegnes som social stofmisbrugsbehandling (i modsætning til den medicinske behandling såsom fx metadonbehandling). Vores definition af social stofmisbrugsbehandling i boks 2.1 er baseret på Benjaminsen m.fl. (2009), som har skrevet om den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

---

### BOKS 2.1

#### Social stofmisbrugsbehandling

---

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

---

Kilde: Benjaminsen m.fl., 2009.

Benjaminsen m.fl. (2009) beskriver med henvisning til tidligere forskning (Laursen, 1995; Asmussen & Dahl, 2002; Houborg, 2006), at hovedparten af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark i dag hviler på *skadesreduktions*princippet modsat et tidligere overvejende fokus på stoffrihed (Benjaminsen m.fl., 2009). Skadesreduktion er behandling, der anerkender stoffrihed som et ideelt mål, men som også anerkender, at dette mål ikke vil være lige opnåeligt for hver person med et misbrug af rusmidler. I stedet arbejdes der derfor med alternative målsætninger i behandlingsforløbet og mod at nå et skridt nærmere en mindre risikabel og skadende misbrugsadfærd, som på sigt kan føre til reduceret forbrug eller ophør og en normaliseret hverdag (Benjaminsen m.fl., 2009).

Selvom de sociale behandlingstilbud har det til fælles, at de fokuserer på en helhedsorienteret tilgang til stofmisbruget og stofbrugeren, kan forløbene i de forskellige sociale tilbud være forskellige og behandlingselementerne variere. Dette skyldes ikke mindst den brede og forskelligartede målgruppe, som den sociale behandling på området skal imødekomme. En vellykket behandling afhænger derfor ofte af individuelt tilpassede forløb.

Den sociale misbrugsbehandlings mangeartethed og ofte helhedsorienterede tilgang til misbrugsbehandling betyder, at det kan være svært at definere én metode eller ét kernekomponent i behandlingsmodellerne.

## MISBRUG ET KOMPLICERET BEGREB

Det er udfordrende at definere begrebet misbrug, når det kommer til unge og deres brug af rusmidler, og særligt hvor grænsen går mellem forbrug og misbrug. Forståelsen af, hvad et misbrug indebærer, varierer og afhænger af, hvordan fænomenet anskues. Der er fx forskel på definitionen alt afhængig af, om man kigger på det sundhedsmæssige perspektiv både fysisk og psykisk eller på den unges sociale virkelighed<sup>3</sup>. Grænsen for, hvornår et forbrug bliver problematisk kan således være meget forskellig, alt efter hvilket perspektiv der anvendes. Socialstyrelsen, som anvender WHO's misbrugsdefinition, skriver følgende om stofmisbrug (jf. boks 2.2)<sup>4</sup>.

---

### BOKS 2.2

#### SOS' definition af stofmisbrug.

---

Stofmisbrug: " Et forbrug af rusmidler, der har et omfang og sker på en måde, at det medfører legemlige, psykologiske og/eller sociale skader for den misbrugende eller dens omgivelser.

---

WHO's misbrugsdefinition har fokus på, at forbruget af rusmidler har forårsaget fysisk eller psykisk skade. Det indebærer desuden, at misbrugeren vedbliver med at tage rusmidlet trods tydelige skader (WHO ICD-10, 2010). DSM-VI (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition) udgivet af American Psychiatric Association og anvendt af sundhedspraktikere verden over definerer misbrug i tråd med WHO med fokus på skadesvirkningerne af forbruget<sup>5</sup>.

WHO's definition af misbrug er relativt bred, og favner derfor overordnet den type af unge, som har et så problematisk forbrug af stoffer, at de modtager behandling i én af undersøgelsens tre indsatser. Det skal dog siges, at der ikke arbejdes stringent efter denne misbrugsdefinition i visitationen. Et problematisk forbrug eller misbrug kan, lige som graden af misbrug, variere, hvorfor vi understreger, at ikke alle unge, der modtager behandling i én af de tre modeller, nødvendigvis falder nøje ind under ovennævnte misbrugsdefinition. Denne definition er blot med til at belyse nogle af de generelle problematikker, der relaterer sig til et misbrug.

I dette midtvejsnotat ser vi på unge, der deltager i en misbrugsbehandling, der går under Serviceloven<sup>6</sup>, og som SOS har igangsat. De

---

3. Se også Socialstyrelsen, unges misbrug: <http://www.socialstyrelsen.dk/unges-misbrug/unge-og-rusmidler/viden/hvad-er-misbrug>.

4. <http://www.socialstyrelsen.dk/unges-misbrug/unge-og-rusmidler/viden/andre-forstaelser-af-misbrug>.

5. <http://allpsych.com/disorders/substance/substanceabuse.html>.

6. Se bilag 1 i Implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013) for en uddybning.

unge, der modtager behandling i disse modeller, må således antages i én eller anden udstrækning at have et misbrug af rusmidler (jf. boks 2.2) ellers kunne de ikke deltage i behandlingerne. Vi vil dog i dette midtvejsnotat kun beskrive forbruget af rusmidler blandt de unge i behandling og ikke diskutere, hvorvidt deres forbrug stemmer overens med forskellige misbrugsdefinitioner.



## DE TRE MODELLER

I dette kapitel beskriver vi de tre indsatser<sup>7</sup>: U-turn fra København; ÅKM fra Aarhus og MST-SA fra USA. Vi beskriver i dette notat modellerne kerneelementer, men henviser til implementeringsnotatet fra 2013 (Weatherall m.fl., 2013) for detaljer vedrørende modellerne. Beskrivelserne i dette midtvejsnotat tager udgangspunkt i modelbeskrivelser udarbejdet af medarbejdere tilknyttet de oprindelige behandlingsprogrammer i samarbejde med Rambøll Management. Vi berører desuden kort implementeringen af de tre modeller, men for detaljer vedrørende implementeringen i projektets to første år henviser vi også til det tidligere SFI-notat (Weatherall m.fl., 2013).

### BEHANDLINGSMODELLERNE

De tre modeller er forskellige, men har alle overordnet defineret samme mål, som er følgende:

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

---

7. Vi omtaler indsatserne både som modeller og indsatser, men betydningen er den samme.

Selvom de tre modeller overordnet har det samme mål, så adskiller de sig fra hinanden på visse områder. Vi beskriver i det følgende de forskellige modeller.

## MST-SA FRA USA

MST-SA<sup>8</sup> er en manualbaseret model, der arbejder multisystemisk. Indsatsen er et behandlingstilbud til unge med adfærdsvanskeligheder og problemer i forhold til forbruget af rusmidler, og der arbejdes primært med forældrene i behandlingen i modsætning til de øvrige to modeller, hvor der primært arbejdes med den unge.

### MÅLGRUPPE

MST-SA's målgruppe er unge i alderen 12-17 år med et behandlingskrævende rusmiddelforbrug. Der stilles i MST-SA krav til, at den unge bor sammen med sine forældre eller en anden permanent omsorgsgiver, da det er forældrene, som behandlerne primært arbejder med.

### VISITATION

Visitationen foregår i samarbejde mellem MST-SA-behandleren og den unges socialrådgiver. Man kan altså ikke henvende sig direkte fra gaden. Visitationen foretages blandt andet gennem screeningsværktøjer, som afdækker, om den unge benytter sig af rusmidler, omfanget af forbruget og konsekvensen af den unges rusmiddelbrug. Urintest og alkoholtest benyttes både i visitationen og løbende i behandlingen.

### BEHANDLINGEN

MST-SA-behandlingen kan opdeles i nogle kernekomponenter:

- 1) Lokaltet: Behandlingen foregår som udgangspunkt hjemme hos forældrene.
- 2) Fire faser:
  - a. I fase 1 introduceres og undervises familien i behandlingens elementer. Belønningssystemet udarbejdes, hvor behandlere, forældre og den unge indgår aftale om, hvilke belønninger der skal gives for rene urintest.
  - b. I fase 2, skal den unge holde sig stoffri i 10 uger. Her optjenes point for rene tests. Behandlerne, for-

---

8. MST-SA har tidligere heddet MST-CM. Modelejeren fra USA har dog valgt at skifte navnet af forståelsesmæssige hensyn. Herning og Aarhus anvender dog stadig navnet MST-CM.

- ældre og unge arbejder i denne forbindelse med en kontrakt, der opdeler urintestfasen i niveauer.
- c. I fase 3 skal den unge holde sig stoffri i yderligere 4 uger. Der optjenes stadig point for rene test. Her udarbejdes der vedligeholdelsesplaner for den unge og forældrene, som skal hjælpe den unge til at holde sig stoffri. Det er gennem faserne gradvist forældrene, der mere og mere tager over i forhold til vedligeholdelse af den unges stoffrihed.
  - d. I fase 4 afsluttes behandlingen. Den unge opfordres til at fastholde afslutningsaftaler i 6 måneder.
- 3) Pointsystem: urintest, opsparing af point og belønninger i forbindelse med ophørt eller reduceret forbrug (jf. Weatherall m.fl., 2013).
  - 4) Rusmiddelprotokol: Administrering af rusmiddeladfærd (jf. Weatherall m.fl., 2013).

Der arbejdes som nævnt aktivt med den unges forældre eller omsorgsgivere og deres roller og relation til den unge.

Behandlingen foregår som udgangspunkt hjemme hos familien, og behandlingstiden er typisk 3-5 måneders intensiv behandling.

Modellen er systemisk, idet der tages højde for at identificere ressourcerne og problemerne i de systemer, som den unge er en del af. Dette kræver, at aktørerne i den unges liv, såsom skolen, kammeraterne, arbejdet, lokalsamfundet, fritidsaktiviteter osv., samarbejder. Det afgørende er, at der skabes en kontekst omkring den unge, som støtter prosocial adfærd frem for antisocial adfærd.

Centralt for modellen er regelmæssige rusmiddeltest og belønningssystemet, som skal motivere de unge til at holde sig stoffri. Der indgås aftaler mellem forældre, behandlere og den unge om særlige motiverende belønninger, som de unge kan indløse, hvis de overholder aftalerne om stoffrihed. Derudover står MST-SA-behandlerne til rådighed 24 timer i døgnet for den unge og forældrene.<sup>9</sup>

## U-TURN FRA KØBENHAVN

U-turn er en model, der bygger på en systemisk, løsningsfokuseret og narrativ tilgang til den unge. Der arbejdes med en systemisk problemforståelse, hvor den unges problemer anskues som skabt og opretholdt gennem de systemer, som den unge indgår i. I U-turn ses rusmidlerne ofte som et symptom på de øvrige problemer i den unges liv, og model-

---

9. For yderligere uddybning af MST-SA, se implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013)

len bygger på en helhedsorienteret tilgang, hvor der tages udgangspunkt i hele den unges liv, udfordringer og ressourcer.

#### MÅLGRUPPE

U-turns målgruppe er unge i alderen 13-25 år<sup>10</sup>. Der stilles ikke særlige krav til de unge og deres familierelationer, udover tilstedeværelsen af et problemgivende rusmiddelforbrug.

#### VISITATIONEN

Ofte sker den første henvendelse fra de unge i den anonyme rådgivning på foranledning af forældre eller det professionelle netværk. I rådgivningen vurderes det, om den unge har behov for yderligere behandling i U-turn, om behandlingen kan afsluttes i rådgivningen, eller om den unge skal henvises til et andet tilbud. En andel af U-turns unge gennemgår kun et forløb i den anonyme rådgivning.

#### BEHANDLING

U-turn kan opdeles i følgende delkomponenter:

- 1) Anonym rådgivning: Til unge, forældre, pårørende og andre aktører, som har med den unge at gøre.
- 2) Individuel behandling: Samtaler og mindre forløb både dag og aften med blandede aktiviteter til den unge.
- 3) Daggrupper: Skoleundervisning, samtaler (individuel og i gruppe) og aktiviteter for unge, der ikke har andre skoletilbud.
- 4) Forældregrupper: Både for forældre, der har børn i behandling og ikke har børn i behandling.
- 5) Konsulent- og flyverfunktion: Rådgivning til relevante aktører, fx sagsbehandlere, skoler og fritidsordninger, herunder hjælp til udredning.

Indgangen til U-turn er den anonyme rådgivning, men grænsen mellem rådgivning og behandling er flydende.

Det er centralt for modellen, at de enkelte delelementer ikke ses isoleret fra hinanden. For at sikre, at den unge får den indsats, hun/han har behov for, er det væsentligt, at rådgiverne har et overblik over relevante samarbejdspartnere og aktører (skoletilbud, kontaktpersoner, UU-vejledning<sup>11</sup>, sagsbehandlere, praktik osv.), der har kontakt med den unge. Netværkssamarbejdet er derfor en stor del af behandlernes arbejde.

---

10. SFI undersøger dog kun effekten på de 13-18-årige.

11. Ungdommens uddannelsesvejledning, hvor unge kan få vejledning om uddannelse og fremtidigt erhverv.



Der ligger i U-turn også et netværkssamarbejde i deres flyverfunktion. Denne består af konsulenthjælp til relevante aktører, såsom ungemedarbejdere, myndighedssagsbehandlere, skole, politi osv.

Et af formålene med U-turn er, at den unge får opbygget et stabilt og pålideligt netværk. Derfor inddrages forældrene og den unges sociale netværk løbende i behandlingen i fx familiesamtaler, individuelle samtaler, deltagelse i forældrekurser, løbende telefonkontakt osv.

Vejledende for længden af de forskellige behandlingsforløb kan siges, at:

- Rådgivning består oftest af 3-5 rådgivningssamtaler.
- Daggrupperne er berammet til 6-8 måneder plus 2-4 måneders efterbehandling.
- Individuel behandling varer typisk 6-12 måneder.
- Forældregrupperne forløber adskilt fra den unges behandling over 4 aftener fordelt på 2 måneder samt et gensynsmøde 3 måneder senere.

Der lægges stor vægt på at integrere sportsaktiviteter, kost, musik, film osv. i behandlingsforløbet, som skal være med til at skabe et positivt og spændende miljø i behandlingsforløbet.<sup>12</sup>

## ÅKM FRA ÅRHUS

ÅKM er et tilbud til unge, der har et misbrug af rusmidler.<sup>13</sup> ÅKM benytter kognitive, dynamiske og adfærdsterapeutiske metoder. Modellens behandling er baseret på *best practice*, hvilket betyder, at behandlerne konstant holder sig opdateret på den aktuelt bedste viden på behandlingsområdet og kan tilpasse fremgangsmåder og metoder til denne viden (ofte forskningsbaseret, men også ekspertudsagn mv.).

---

12. For flere detaljer vedr. U-turn-modellen, henviser vi til Implementer-notatet (Weatherall m.fl., 2013).

13. I ÅKM arbejdes der med Mads Uffe Pedersens (Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet) kategorisering af unges forbrug, misbrug og afhængighed af rusmidler:

- **Forbrug:** Ingen sociale, psykiske eller fysiske problemer. Ingen afhængighed tilknyttet til forbruget. "Eksperimenterende forbrug".
- **Risikoforbrug:** Et forbrug, der kan knyttes til sociale og psykiske problemer, og som opfylder et eller to kriterier for afhængighed.
- **Misbrug:** Afføder synlige sociale, psykiske og eventuelt fysiske problematikker. Opfylder ikke nødvendigvis kriterier for afhængighed.
- **Afhængighed:** Opfylder mindst tre kriterier for afhængigt brug, men der er ikke nødvendigvis socialpsykologiske problematikker tilknyttet.

## MÅLGRUPPE

ÅKM's målgruppe er unge i alderen 13-18 år med et misbrug af rusmidler. Da der er tale om en kognitiv behandlingsmodel, er det afgørende, at de unge, der er tilknyttet tilbuddet, er i stand til at kunne indgå i og profitere af det ambulante og terapeutiske tilbud.

## VISITATION

De unge, forældrene eller andre aktører i de unges netværk kan henvende sig med en bekymring for de unge i behandlingens rådgivning. Via information og rådgivning beslutter den unge og forældrene, hvilken hjælp der er behov for. Behandlerne i rådgivningen sørger for den formelle kontakt til visitationsmyndigheden, hvorefter de unge kan visiteres til relevant behandling, herunder ÅKM.

## BEHANDLING

ÅKM behandlingen består af en række delkomponenter:

- 1) Rådgivning og udvidet rådgivning: 1-2 samtaler i rådgivningsdelen. Unge, som alene har et risikoforbrug af rusmidler, kan tilbydes en udvidet rådgivningsindsats, som består af 8 sessioner, hvor forældrene deltager i 2 rådgivningssamtaler med en forebyggelseskonsulent. Den unge deltager i 4 samtaler med en behandler fra misbrugstemaet. Forløbet afsluttes med 2 rådgivningssamtaler, hvor både den unge og forældrene deltager.
- 2) Udredning: 1-8 samtaler. Formålet er at undgå, at den unge, som ikke har et egentligt behandlingsbehov, kommer i behandling.
- 3) Individuel behandling og gruppeforløb: Varer ca. 6 måneder og indebærer håndtering af misbrug, netværksanalyse, rusmiddelreduktion etc.
- 4) Forældrekurser: Et frivilligt tilbud til forældre, som har et barn i behandling. Består af 4 vejlednings- og informationsmøder af 3 timers varighed for forældre.

Modellen har fokus på hjælp til selvhjælp, og målet er en tidlig indsats. Nogle unge stopper behandling efter rådgivning eller udredning, men selve behandlingsforløbet kan vare op til 6 måneder.

Rusmiddelforbruget anskues ofte som værende et symptom på andre problemer i den unges liv. I den anvendte terapiform i ÅKM arbejdes der i udgangspunktet kognitivt, hvilket kræver, at den unge er i stand til at reflektere over egen situation og indgå i en dialog for at kunne få udbytte af behandlingen. Derudover er det vigtigt, at den unges netværk inddrages i en helhedsorienteret indsats.<sup>14</sup>

---

14. For flere detaljer vedr. ÅKM, henviser vi til implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013).

## IMPLEMENTERINGEN AF MST-SA, U-TURN OG ÅKM

Vi har i et tidligere implementeringsnotat (Weatherall m.fl., 2013) beskrevet, at der er forskel på, hvordan det har kunnet lade sig gøre at implementere tre behandlingsmodeller under nye organisatoriske og strukturelle omstændigheder i seks kommuner. Vi har i forbindelse med af-dækningen af implementeringen interviewet både behandlere fra hver kommune og de oprindelige modelejere, som har stået for rådgivning og ugentlig supervision af behandlerne. Samtidig har vi deltaget i netværks- og koordineringsmøder med deltagelse af både modelejere, projektere og projektledere.

Det kan være udfordrende at vurdere, om en model er færdig-implementeret, og om den følger kravene opstillet for den, særligt fordi implementering ikke kan ses som en enkeltstående begivenhed, hvis afslutning kan fastlægges (Rønnov & Marckmann, 2010).

Implementeringen af de tre modeller har fundet sted i vidt forskellige kommuner, både hvad angår størrelse, befolkningssammensætning og behandlingstilbud. Sådanne forhold påvirker implementeringen af sociale indsatser som MST-SA, U-turn og ÅKM.

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

Primo 2013, hvor data til daværende implementeringsnotat blev indsamlet, tegnede der sig et overordnet billede af, at implementeringen i grove træk var færdig, og at behandlingerne kørte efter hensigten i de seks kommuner (hvis vi ser bort fra enkelte delelementer i U-turn-modellen). Vi kan således som evaluatorene stå inde for, at både modelejerne og behandlerne mener, at modellerne er tro mod modelbeskrivelserne. Dog har der været nogle generelle udfordringer i forbindelse med implementeringen af modellerne på tværs af kommunerne, hvilket har krævet tilpasning af modellerne i visse kommuner. Vi opsummerer her de væsentligste opmærksomhedspunkter vedrørende implementeringen:

- **Opstart:** Der vil højst sandsynligt være behov for ændringer og justeringer i modellerne i overførslen fra én kontekst til en anden. Sådanne eller lignende ændringer er også noget, som kan blive aktuelt, hvis modellerne rulles ud i flere kommuner. For eksempel har flere af kommunerne kæmpet med samarbejdsrela-

tioner, ligesom der er forskel på, hvor misbrugsbehandlingen er placeret, og dermed hvem modellerne skal samarbejde med. Desuden vil målgruppens størrelse variere fra kommune til kommune, hvilket vil have indflydelse på, fx hvor meget enkelte dele skal fylde i en model som U-turn eller ÅKM. For eksempel arbejdes der i Odense og Aalborg (ÅKM) ikke med gruppeforløb. Derudover er det vigtigt at være opmærksom på, at originalmodellerne har haft flere år til at etablere samarbejder, gøre sig synlige og finde sig til rette, mens kommunerne i nærværende projekt kun haft 1-2 år. Det har naturligvis betydning for, i hvor høj grad modellerne kan forventes implementeret og integreret i samme grad som originalmodellerne.

- **Kompleksitet:** Implementeringen af alle tre modeller har været langvarig og var i nogle kommuner ikke helt færdig primo 2013. Dog er de behandlingsmæssige komponenter implementeret. Flere behandlere, specielt i U-turn og ÅKM, har givet udtryk for, at det har været udfordrende at få dele af den nye behandlingstilgang ind under huden, da den indebærer et særligt menneskesyn og tilgang til de unge.
- **De kommunale rammer:** De fleste behandlerteam i kommunerne har haft udfordringer i forhold til at skulle etablere samarbejde opadtil i systemet og få den kommunale ledelse til at anerkende modellerne og engagere sig i dem. Problemet har været, at modellerne indtil videre rulles ud midlertidigt, og derfor ikke anses som en integreret og fast del af behandlingssystemet. Nogle behandlerteam i kommunerne føler, at det anses som et midlertidigt projekt, som ledelsen ikke behøver at involvere sig i.

## GENERELT OM MODELLERNE OG IMPLEMENTERINGEN

Vi har ovenfor præsenteret de tre modeller og de mest centrale behandlingskomponenter. Generelt tager alle modellerne udgangspunkt i en helhedsorienteret tankegang, hvor der ikke ses isoleret på den unges forbrug af rusmidler. Dog er der variationer i modellernes måder at gå til det helhedsorienterede på samt indsatserne, der skal bidrage hertil.

Det er vigtigt for ”Projekt misbrugsbehandling for udsatte unge”, at vi holder os for øje de forskelligheder, der eksisterer behandlingerne imellem. Vi opridser nedenfor væsentlige opmærksomhedspunkter vedrørende forskelle.

- De unge visiteres forskelligt i modellerne. I MST-SA kan de unge fx ikke visitere sig selv, mens dette er muligt i de andre modeller.

- Målgrupperne i de tre modeller er vanskelige at adskille skarpt fra hinanden, men det kan dog siges, at MST-SA, modsat de to andre modeller, har klare krav til den unges familie eller værge, mens ÅKM har ønsker til den unges kognitive færdigheder. U-turn har derimod ingen ultimative krav til deres målgruppe.
- Alle behandlingerne er helhedsorienterede, men der er forskel på behandlingstilgangen. MST-SA er fx opbygget i faste faser i såkaldte lineære forløb med visse elementer, der skal gennemgås i en bestemt rækkefølge, og som den unge skal gennemføre. ÅKM har en lignende tilgang, dog ikke helt så fastlåst, mens U-turn tilsyneladende ikke arbejder i deciderede lineære forløb. Selvom det næppe kan stilles så skarpt op, ser vi, at MST-SA, grundet sit meget faste behandlingsforløb, adskiller sig fra de andre to modeller. MST-SA fungerer på mange måder mere som et enkelt behandlingsforløb med fastsat handlingsforløb modsat de andre to, som er opdelt i flere elementer og med behandlingsforløb og indsatser, der i højere grad kan variere og tilpasses den unge.



## DATA OG METODE

Dette midtvejsnotat skal gøre status over de unge, som indtil nu har været i behandling i de tre behandlingsmodeller MST-SA, U-turn og ÅKM. Det vil sige, at vi laver vores beskrivelser ud fra det forhåndenværende datamateriale. I dette midtvejsnotat beskriver vi de unges situation ved at anvende indsamlet data til og med december 2013, som vedrører de unges forbrug af rusmidler og adfærd relateret hertil, tilknytning til uddannelse og arbejde samt sociale relationer.

Datagrundlaget består af elektroniske spørgeskemaer til de unge, registerdata på de unge og kvalitative data fra interview med de unge, modelejere, projektkommuner og behandlere.

### KVANTITATIVE DATA

Datagrundlaget består blandt andet af spørgeskemaer, som de unge, der får en indsats, skal udfylde elektronisk sammen med behandlerne i projektkommunerne. Det elektroniske system til de elektroniske skemaer kunne bruges fra maj 2012. Skemaerne består indtil videre af:

- Indskrivning (ved behandlings start)
- Udskrivning (ved behandlingens afslutning)

Det vil sige, at skemaerne udfyldes to gange; når den unge indskrives i behandling og ved behandlingens afslutning. Den unge skal besvare mange af de samme spørgsmål (indskrivningsskemaet er dog mere omfattende end afslutningsskemaet). Skemaerne giver mulighed for at følge og sammenligne den unges udvikling over tid fra behandlingsstart til be-

handlingen slutter. I fremtiden vil vi også forsøge at få de unge til at besvare opfølgningsskemaer 6 måneder efter afsluttet behandling.

De skemaer, som SFI anvender til evalueringen, tager udgangspunkt i dokumentationsredskabet UngMAP udarbejdet af Center for Rusmiddelforskning (CRF). UngMAP er et skema til kortlægning af unges brug af rusmidler og relaterede relevante ungdomstemaer og problemstillinger, såsom sociale relationer, familieforhold, skole, arbejde etc. SFI's spørgeskema indeholder en lang række af de samme spørgsmål, som indgår i UngMAP. På sigt kan de unge, der har besvaret UngMAP, bruges som kontrolgruppe i en sammenligning med de unge, der indgår i behandling i de tre modeller, som undersøges i nærværende evaluering.<sup>15</sup>

Derudover indeholder SFI's spørgeskemaer ekstra spørgsmål, som blandt andet er hentet fra det omfattende dokumentationsredskab SAUL (Struktureret Afdækning af Unges Levevilkår) anvendt af U-turn i København udarbejdet af Dan Orbe<sup>16</sup>. Kommunerne fik også mulighed for selv at tilføje ekstra spørgsmål, men denne mulighed fravalgte kommunerne, da de syntes, at skemaet var omfattende nok.

Hovedemnerne, der afdækkes i SFI's spørgeskemaer, er:

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

STATUS FOR IND- OG UDSKRIVNINGSSKEMAER DECEMBER 2013  
Tabel 4.1 og tabel 4.2 giver et overblik over antallet af unge, som projektkommunerne har haft i behandling, og hvor mange unge der har udfyldt et indskrivnings- henholdsvis udskrivningsskema fra maj 2012 til og med december 2013. Tabel 4.1, kolonne 3 viser, at kommunerne har haft

---

15. På nuværende tidspunkt samarbejder ca. 30 kommuner med CRF's UngMAP-ordning. UngMAP-spørgeskemaet er besvaret af 739 unge fra ca. 30 behandlingssteder fra 2008 til 2011. 263 af de unge kunne kontaktes i forbindelse med opfølgningsskemaet, da disse unge både havde givet samtykke til at blive kontaktet og havde været udskrevet i mindst 6 måneder. Ud af de 263 unge blev 182 unge interviewet.

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



287 unge i behandling fra januar 2011 til og med december 2013. Ud af de 287 unge har 200 udfyldt et skema (dvs. 70 pct.) fra maj 2012 til og med december 2013, hvor det elektroniske spørgeskema var implementeret i alle projektkommuner. Kolonne 4 og 5 viser antallet af udfyldte spørgeskemaer, fordelt på centrale oplysninger som indskrivningsdato og misbrugsoplysninger. 169 af indskrivningsskemaerne har oplysninger om de unges forbrug af rusmidler. Sammenlignes antallet af udfyldte indskrivnings- og udskrivningsskemaer med antallet af unge, som projektkommunerne har haft i behandling, så er der relativt mange, som ikke har fået udfyldt et indskrivningsskema. Nogle af forklaringerne på de manglende skemaer er blandt andet, at de unge, der ikke ønsker at udfylde skemaerne, stopper i behandlingen på grund af anbringelse, fængsel eller flytning. For 59 pct. af de unge mellem 13 og 18 år, der har været i behandling, er der et indskrivningsskema med rusmiddeloplysninger.

TABEL 4.1

Antal SFI-indskrivningsskemaer, fordelt på projektkommuner fra maj 2011 til december 2013. Antal unge 13 -18 år.

		Antal unge i behandling, 2011- dec. 2013	Antal unge i behandling med indskrivningsskema maj 2012-dec. 2013	Antal unge i behandling med ind- skrivningsskema og startdato maj 2012-dec. 2013	Antal unge i behandling med indskriv- ningsskema og misbrugsoplysninger maj. 2011-dec. 2013
MST-SA	Herning	27	14	12	11
	Aarhus	37	37	29	27
U-turn	Helsingør	39	17	14	15
	Horsens	56	34	30	29
Århusmodellen	Odense	87	57	47	47
	Aalborg	41	41	38	40
Total		287	200	170	169

Kilde: Projektkommuner og SFI spørgeskemaer.

TABEL 4.2

Antal SFI-udskrivningsskemaer fordelt på projektkommuner fra maj 2012 til december 2013. Antal unge 13 -18 år.

		Antal unge i behandling med udskrivnings- skema maj 2011-dec. 2013	Antal unge i behandling med udskrivnings- skema og slutdato maj 2012-dec. 2013	Antal unge i behandling med udskrivnings-skema og misbrugsoplysninger maj 2012-dec. 2013
MST-SA	Herning	8	8	6
	Aarhus	30	30	23
U-turn	Helsingør	3	3	0
	Horsens	20	20	14
Århusmodellen	Odense	31	31	19
	Aalborg	13	13	8
Total		105	105	70

Kilde: SFI spørgeskemaer.

Tabel 4.2 viser, at ud af de 200 indskrivningsskemaer er der 105 unge, der har udfyldt eller delvist udfyldt et udskrivningsskema. Her er det vigtigt at illustrere, at der vil være en vis forsinkelse i udskrivningsskemaerne. Det betyder fx, at 53 af de 200 unge, som er startet og har udfyldt et indskrivningsskema efter maj 2013, potentielt stadig kan være i behandling og derfor ikke har udfyldt et udskrivningsskema endnu.

Det er vigtigt for den videre evaluering, at udskrivningsskemaerne indeholder rusmiddeloplysninger ved udskrivningen, da vi derved har mulighed for at måle på udviklingen i de unges forbrug. I december 2013 er der kun rusmiddel oplysninger for 70 af de udskrevne unge. Det er vigtigt at understrege, at vi i det dette midtvejsnotat ikke kan beregne korrekte svarprocenter for udskrivningsskemaerne, da perioden for dataindsamlingen først ender december 2014.

Det er ikke noget problem, at ikke alle unge udfylder et skema, hvis de, der ikke udfylder, er et tilfældigt udsnit af de behandlede unge. Men desværre er det ikke en tilfældig gruppe, der ikke svarer. Vi ved fra interview med projektkommunerne, at fx unge i fængsel, anbragte unge eller unge, som er stærkt udadreagerende ikke udfylder skemaer i MST-SA. Men ud fra registerdata vil vi på sigt lave en frafaldsanalyse til den endelige rapport i 2015.

Det er også en udfordring, at projekterne har taget unge i behandling, før spørgeskemaerne var fuldt implementeret i maj 2012. Derved mister vi uundgåeligt informationer om de første unge, der deltager i indsatserne. I et forsøgsprojekt som ”Projekt misbrugsbehandling til udsatte unge” må vi acceptere en indkøringsfase med manglende informationer om de første projektdeltagere. Men vi forventer dog også, at indskrivningsprocenten stiger i resten af perioden, da indkøringsvanskelighederne ikke længere bør være en barriere.

## REGISTERDATA

Til dette midtvejsnotat har vi valideret vores spørgeskemadata ved at sikre os, at CPR-numre og centrale personlige karakteristika, som fx køn og alder stemmer overens med registeroplysningerne. Til den endelige evaluering indhenter vi yderligere information i Danmarks Statistiks registre fra 1994-2014 om alle unge, som deltager i de tre indsatser i perioden 2011-2014 samt deres forældre. Dette er muligt, fordi vi har indsamlet CPR-numre på de unge. De enkelte registre sammensættes til et paneldatasæt<sup>17</sup>, så vi kan følge de unges udvikling over tid og undgå det frafald, som vi har i spørgeskemaerne. I registrene får vi blandt andet informationer, om de unge kommer i misbrugsbehandling, uddannelsesforløb, beskæftigelse, medicinsk behandling eller på anden måde er i kontakt

---

17. Paneldatasæt indebærer, at stikprovens personer kan observeres i flere år.

med sundhedsvæsnet. Da der er en vis forsinkelse i indrapporteringen til diverse registre, bruger vi ikke registervariable i dette midtvejsstatusnotat.

## KVALITATIVE DATA

Vi har i forbindelse med evaluering af ”Projekt misbrugsbehandling for udsatte unge” løbende indsamlet kvalitative data fra marts 2011 til januar 2014. De kvalitative data er udledt af interview med både behandlere, modelejere og unge, som har modtaget behandling.

### AFDÆKNING AF IMPLEMENTERINGEN

I projektets indledende periode afdækkede vi implementeringen af de tre behandlingsmodeller via fokusgruppeinterview med behandlere og projektledere<sup>18</sup> samt telefoninterview med modelejere<sup>19</sup>, som har stået for rådgivning og ugentlig supervision af behandlerne. Resultaterne heraf kan findes i et tidligere udgivet Implementeringsnotat (Weatherall m.fl., 2013) og refereret i kapitel 3.

### INTERVIEW MED DE UNGE

Ultimo 2013 og primo 2014 har vi foretaget interview med unge, som har modtaget behandling i hver af modellerne i de seks kommuner. Det er blandt andet disse kvalitative data, vi anvender til nærværende notat.

De kvalitative data som anvendes i dette notat kommer fra seks enkeltpersonsinterview med to piger og fire drenge i alderen 14-19 år, der har været i behandling i de tre modeller samt et fokusgruppeinterview med fem unge fra en af U-turns daggrupper. Af anonymiseringshensyn kommer vores primære kvalitative data i dette notat fra enkeltpersonsinterviewene. Fokusgruppeinterviewet vil vi ikke henvise direkte til, men data derfra anvendes i de mere generelle beskrivelser af de unge.

Formålet med at inddrage kvalitative interview er at uddybe og udvide forståelsen for de unge, der indskrives i de ambulante behandlingstilbud, som vi skal evaluere, herunder deres oplevelser med forbrug af rusmidler, bevæggrundene for deres forbrug, motivation for behandling og deres oplevelser i forbindelse med behandling. De kvalitative interview skal således bruges til at uddybe, forklare og perspektivere resultaterne fra de kvantitative spørgeskema- og senere registerdata.

Derudover har vi også valgt at inddrage kvalitative interview allerede på nuværende tidspunkt i undersøgelsen for at afprøve metoden,

---

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

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

nærmere bestemt undersøge, i hvilken grad det er muligt at etablere kontakt til de unge, samt hvilket udbytte interviewene i så fald giver os.

Enkeltpersonsinterviewene med de seks unge er foretaget forskellige steder i Danmark. Fire interview er foretaget i behandlingsstedernes lokaler, mens et er foretaget hjemme hos den unge selv, og et er foregået på den unges arbejdsplads. Lokationen har vi ladet de unge selv bestemme. Interviewene har varet mellem en og to timer, og alle interviewene er optaget med diktafon. Efterfølgende er interviewene delvist transskriberet, dvs. optagelserne er lyttet igennem og væsentlige passager transskriberet, mens andre dele af interviewene er gengivet i referatform.

Udvælgelsen af de unge har fundet sted på baggrund af spørgeskemadata. Vi har bestræbt os på selv at kunne udvælge de unge til interviewene, da vi ønsker at undgå for stor medbestemmelse fra behandlerne (risiko for udvælgelse af unge med særligt ”vellykkede” behandlingsforløb). Vi opstillede nogle simple kriterier for udvælgelse, såsom hvorvidt de unge kunne antages at være udskrevet fra behandling – vi ønsker erfaringer fra unge, som har været igennem et behandlingsforløb og dermed kunne fortælle om den udvikling, de har oplevet hen over behandlingsforløbet. Derudover har vi ønsket at tale med både piger og drenge samt unge, hvis primære rusmiddel er hash. Til etableringen af kontakt fik vi hjælp af behandlerne. Vi oplevede dog hos flere af kommunerne, at det var nødvendigt at sende en liste med navne på flere unge, som vi eller de kunne prøve at kontakte. I en enkelt kommune har det ikke kunnet lade sig gøre at få fat på de unge, som vi selv udvalgte, hvorfor vi har været nødt til at inddrage behandlerne for at finde en ung, der ønskede at deltage i et interview. Dette scenarie er sandsynligvis svært at komme uden om. Desuden kommer vi heller ikke uden om, at interviewpersonerne med stor sandsynlighed alligevel repræsenterer de mere ressourcestærke unge, som har overskud og lyst til at stille op og fortælle om deres liv.

De kvalitative interview har været velegnede til at få åbnet op for aspekter af nogle af de unges livssituation og oplevelser med behandlingen, noget vi ikke i samme grad kan udlede af det kvantitative data fra spørgeskemaerne. Alle seks kvalitative interview og fokusgruppeinterviewet er foretaget ud fra semi-strukturerede interviewguides. Guiderne har indeholdt spørgsmål til overordnede temaer som dagligdag, forbrug af rusmidler, motivation for behandling, mål med behandling, udbytte af behandling og fremtidsplaner. Den semi-strukturerede tilgang er nyttig, idet den giver plads til, at interviewerens kan forfølge nye og væsentlige fortællinger, som opstår i interviewet (Kvale, 1997). Vi anvendte desuden en tidslinjeøvelse i interviewene. Tidslinjen er et metodisk redskab, der typisk anvendes i forbindelse med livshistorieinterview (Adriansen, 2012), men som også har vist sig givtig i kortlægningen af vigtige livsbegivenheder blandt fx unge (Thomsen m.fl., 2013). Vi beder altså de unge om at tegne udviklingen i deres stofforbrug ind på en linje. Vi bad dem

indledningsvist om at fortælle om den første gang, de prøvede rusmidler og derfra uddybe situationen. Dette fungerede som et godt udgangspunkt for en snak om udviklingen i deres forbrug samt konteksten for de unges forbrug. Vi skal understrege, at det kvalitative datamateriale er baseret på et lille udsnit af unge, der har modtaget behandling i de tre modeller, og at vi derfor ikke nødvendigvis får dækket den fulde variation af oplevelser med behandlingen. De unge, som vi har interviewet og citerer i nærværende midtvejsnotatet, er anonymiseret, og de navne, der fremgår i notatet, er således ikke deres rigtige navne, men pseudonymer.

Det kvalitative datagrundlag til dette notat er relativt begrænset, om end det giver et vigtigt indblik i nogle udvalgte unges liv og oplevelser med misbrugsbehandling. Frem mod den afsluttende evalueringsrapport vil vi dog, for at udvide og styrke det kvalitative datamateriale, foretage yderligere en række interview med både unge, behandlere og eksperter. Mere specifikt drejer det sig om enkeltpersonsinterview med ca. 30 unge (udover de seks, som allerede er foretaget) og hvert behandlerteam. Disse interview skal bruges til at give et mere endeligt og fyldestgørende billede af behandlingsforløbene, de unges udbytte heraf, samt hvad der har betydning for et eventuelt udbytte.

## **DATA PÅ DEN ANONYMRÅDGIVNING**

Horsens og Helsingør, som begge afprøver U-turn, har en stor gruppe af anonyme unge med et problematisk brug af rusmidler, som ikke bliver registreret via samme spørgeskemaer som de øvrige unge, da anonymiteten skal bevares. Dog har både Helsingør og Horsens løbende registreret antallet af henvendelser i deres anonyme rådgivning. Bare i 2013 havde Horsens 110 henvendelser i den anonyme rådgivning, hvor Helsingør havde 161 henvendelser i forbindelse med U-turn behandlingen for unge mellem 13 og 25 år. Fremadrettet i projektet vil den anonyme rådgivning blive yderligere dokumenteret, idet både Helsingør og Horsens netop har udviklet en registreringsmetode, der begge steder skal bruges systematisk på alle deres henvendelser. Dette skal sikre en grundigere dokumentation af den anonyme rådgivning, og de fremtidige registreringer vil blive behandlet i den endelige rapport i 2015.

## **METODE FOR MIDTVEJSSTATUS**

Nærværende midtvejsnotat er et statusnotat, som giver et her-og-nu-billede af de unge, som er startet i en af de tre behandlingsmodeller MST-SA, U-turn og ÅKM. Midtvejsnotat skal ses som en kortlægning af de unge, der modtager misbrugsbehandling, og deres udvikling fra de starter

i de tre behandlingsmodeller, til de slutter behandlingen. Det betyder, at alt kvantitativt data vil bero på krydstabeller, som ikke kan vise nogle kausale sammenhænge mellem behandlingerne og de unges adfærd efterfølgende. Derimod vil tabellerne illustrere de gennemsnitlige karakteristika for gruppen af behandlede unge, som har udfyldt henholdsvis indskrivning og udskrivningsskemaer i perioden maj 2012 til december 2013.

Den kvantitative kortlægning vil blive kombineret med de kvalitative oplysninger, og derved vil vi beskrive og illustrere, hvilke mulige kausale sammenhænge der kan være mellem de unges misbrugsbehandling og deres adfærd og udbytte af behandlingen. De fremkomne mulige forklaringer vil blive testet kvantitativt i den endelige effektevaluering i 2015.





## DE UNGE, DER STARTER I DE TRE BEHANDLINGSMODELLER

Til dette midtvejsnotat har vi indsamlet datamateriale, så vi kan beskrive de unge, som er startet i behandling i perioden 2011 til 2013 i de seks kommuner Helsingør, Herning, Horsens, Odense, Aalborg og Århus. I dette kapitel vil vi karakterisere de unge, som indtil videre har været i behandling i de tre modeller. Vi beskriver hele gruppen af unge ud fra de indsamlede elektroniske spørgeskemadata, som bliver beskrevet i foregående kapitel. Samtidig illustrerer vi ud fra de kvalitative interview med en gruppe af de unge nogle mulige forklaringer på de generelle tal vedrørende de unges forbrug af rusmidler og livssituation.

### BAGGRUND FOR DE UNGES FORBRUG AF RUSMIDLER

Tidligere undersøgelser viser, at unge, der misbruger rusmidler, ofte ikke kun har problemer, der direkte relaterer sig til forbruget af rusmidler, men at de også har andre store problemer med skole og familie (Pedersen & Vind, 2010; Hansen, 2007; Orbe, 2010). I mange tilfælde kan misbruget siges at være et symptom på andre problematikker, hvor de dog bliver gensidigt opretholdende. En del unge er debuteret meget tidligt med at prøve rusmidler og har problematiske sociale, familiære og bolig-mæssige forhold samt brudte skoleforløb. Hos nogle har forældrene et misbrugsproblem, ligesom de unges sociale liv er kendetegnet ved fællesskaber med andre unge, der er i stort set samme situation, hvorved samvær med voksne og andre, der ikke er en del af dette miljø, bliver sporadisk (Järvinen & Ravn, 2014; Järvinen, 2010; Ege, 2006). Her bliver rusmidlerne det, der skaber fællesskaber.

Nogle af de unge har problemer med kriminalitet samt deres fysiske og psykiske helbred. Studier viser fx, at flere af de unge har en dobbelt ”diagnose”, hvilket vil sige, at de udover et misbrugsproblem har en psykiatrisk diagnose såsom ADHD (Pedersen m.fl., 2009).

I dette kapitel, vil vi netop beskrive, hvilke andre udfordringer de unge, som har været i misbrugsbehandling i henholdsvis MST-SA, ÅKM og U-turn har udover forbruget af rusmidler. Vi vil blandt andet se på deres personlige baggrundskarakteristika, familieforhold, sygdomshistorie, kriminalitetshistorie, den unges netværk og detaljer i forhold til rusmiddelforbrug og rusmiddeladfærd. Som vi viser i nedenstående, er det primære rusmiddel, som de unge anvender, hash, og det vil derfor i mange tilfælde være de unge med et forbrug af hash, der vil være centrum for beskrivelserne.

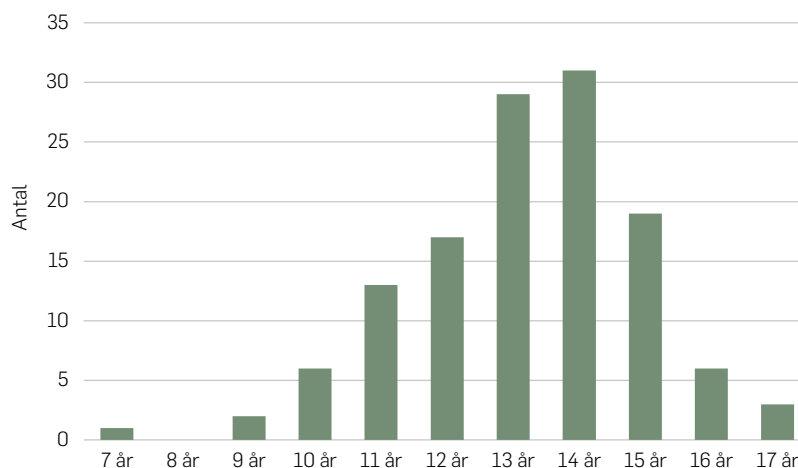
## DE UNGES DEBUT

Studier har vist, at unge, der ender med at få et problematisk brug af rusmidler, ofte er startet med deres forbrug i en tidlig alder (Ege, 2006). Figur 5.1 viser, at debutalderen for at prøve hash blandt de fleste unge fra de tre behandlingsmodeller er 13 og 14 år. Der er dog flere, der starter tidligere.

Fra det kvalitative materiale med de interviewede unge fremgår det, at hash er det første illegale rusmiddel, som de prøver. I lighed med spørgeskemadata er det fælles for de unge i de kvalitative interview, at de begynder at ryge hash i en relativt tidlig alder. De unge, som vi har foretaget kvalitative enkeltpersonsinterview med, fortæller alle, at de røg første gang enten som 12- eller 13-årige. Når de unge fortæller om, hvorfor de første gang prøver at ryge hash, er forklaringen i første omgang, at det er noget, der bare skete, fordi de var sammen med venner eller bekendte, der tilbød dem at ryge hash. De kvalitative interview peger således på, at det i høj grad er noget, der er foregået i sociale sammenhænge. Fælles for de unge er, at de har bevæget sig i en omgangskreds, hvor hash er tilstedeværende og derfor ikke fremmed. Desuden er det gennemgående, at nysgerrighed også har medvirket til de unges valg om at prøve hash første gang. De unges debutbeskrivelser stemmer overens med de debutbeskrivelser Järvinen & Ravn (2014) finder ud fra deres 30 kvalitative interviews med unge i misbrugsbehandling.

FIGUR 5.1

Debutalder for hash blandt unge mellem 13 og 18 år i de tre behandlingsmodeller. Antal og år.



Anm.: 169 personer, hvor 42 personer ikke har oplyst debutalder.  
Kilde: SFI spørgeskema.

Årsagen til, at de unge i de kvalitative interview ikke giver udtryk for at have gjort sig grundige overvejelser vedrørende deres debut med hash, kan skyldes hashens ry som relativt ufarlig sammenlignet med ”hårdere” rusmidler (Järvinen & Ravn, 2014). For eksempel beskriver de unge i de kvalitative interview hashen som noget meget let tilgængeligt, og noget flere af deres bekendte bruger. Tidligere forskning peger på, at mange unge ikke forbinder det at ryge hash med noget risikabelt på samme måde som andre og ”hårdere” rusmidler (Ravn & Demant i Møller & Demant, 2011). Endvidere viser tidligere studier, at unges forbrug af rusmidler oftest udvikler sig i en sekvens, der går fra lovlige og relativt ”normale” rusmidler som alkohol og nikotin over til hash og derfra videre til amfetamin, kokain, ecstasy og heroin, såfremt forbruget udvikler sig (Møller & Demant, 2011; Järvinen m.fl., 2010).

Hash er desuden det mest brugte illegale rusmiddel blandt unge i Danmark (Jespersen & Sivertsen, 2005). Blandt de seks interviewede unge i denne undersøgelse beskrives hashen da også som noget, der allerede eksisterede i deres omgangskreds, og dermed ikke forekom dem fremmed eller grænseoverskridende at prøve.

I det kvalitative datamateriale er det fælles for de unge, at deres forbrug af hash har udviklet sig over en længere periode. De er alle startet med at ryge hash af og til i sociale sammenhænge som fx til fester i weekenden og nogle gange med venner i hverdagene. Herfra har deres forbrug udviklet sig, om end i forskelligt tempo, til et mere intensivt og

oftere forbrug over i et dagligt forbrug med rygning af hash flere gange om dagen. For nogle af disse unge har overgangen fra weekendforbrug til dagligt forbrug været hurtigere end for andre. En enkelt angiver fx, at der fra første gang han ryger hash til, han begynder at ryge dagligt, kun går nogle måneder. For andre af de unge er denne udvikling sket over et års tid. Intensiteten har for nogle af disse unge også varieret, dvs. forbruget har ikke kun været stødt stigende, men har været større og mindre skiftevis i perioder.

Det er ikke usædvanligt, at unge teenagere prøver og eksperimenterer med rusmidler (Ege, 2006; Møller & Demant, 2011). For mange unge intensiveres forbruget dog ikke i en sådan grad, at det bliver et problem, men stoppes efter en kortere periode (Møller & Demant, 2011). Årsagerne til, hvorfor nogle unge fortsætter og intensiverer eller udvikler et forbrug i en sådan grad, at det bliver problematisk i forhold til at kunne passe almindelige dagligdagsaktiviteter, mens andre ikke gør, er der ikke ét svar på. Tidligere forskning har arbejdet med forskellige teorier om kausalitet, fx teorien om, at adgang til ét rusmiddel fører til øget tilgængelighed af andre rusmidler, at nogle unge er tilbøjelige til, psykologisk eller fysiologisk, at opleve større trang end andre, eller at der er tale om sociale processer, fx typen af omgangskreds og netværk, der er årsagen (Kandel i Møller & Demant, 2011). Et studie af unges alkoholforbrug viser desuden, at "heavy episodic drinking" i en ung alder er forbundet med et problematisk forbrug senere i livet (Bränström m.fl. i Møller og Demant, 2011). En forklaring kan være, at de unge, for hver gang de drikker, finder det mindre grænseoverskridende end forrige gang (Aas, 1995), ligesom at et øget forbrug således langsomt kan forekomme uden, at det virker grænseoverskridende. Noget tilsvarende kan antages at gøre sig gældende for nogle unge, når det kommer til andre rusmidler (Møller & Demant, 2011). Desuden peger studier på, at meget tidlig debut med hash hænger sammen med senere misbrug (Ege, 2006)

Der findes nok ikke én forklaring på, hvorfor nogle unge starter på at bruge og senere misbruge rusmidler, men nærmere en række, og muligvis skal årsagen hos nogle unge findes i kombinationen af forskellige faktorer. Som nævnt tidligere er det ikke usædvanligt, at unge med et problematisk forbrug af rusmidler har oplevet andre problemer i livet, hvilket også kan have betydning for arten og mængden af deres forbrug. Dette vil vi berøre yderligere senere.

## DE UNGES FORBRUG VED BEHANDLINGSSTART

Som nævnt ser vi, at forbruget af rusmidler blandt de interviewede unge i det kvalitative data, er noget, der udvikler sig over årene. Vi kan ikke i vores kvantitative spørgeskemadata se, hvornår de unges forbrug af rus-

midler har udviklet sig til et misbrug, men vi må konkludere, at de unge selv eller personer i deres omgivelser mener, at de har et misbrug eller et problematisk forbrug af rusmidler, idet de er startet i behandling i MST-CM, U-turn eller ÅKM. De unges forbrug af rusmidler, når de starter i behandling, kan vi beskrive, da de unge via indskrivningsskemaet bl.a. oplyser om frekvensen af deres forbrug af rusmidler. Tabel 5.1. viser, at næsten 80 pct. har taget rusmidler inden for den sidste måned.

TABEL 5.1

De unges seneste forbrug af rusmidler ved behandlingsstart. Antal og procent.

Sidst taget rusmidler	Antal	Procent
Indenfor de sidste 30 dage	132	78
1-2 måneder siden	21	12
3-4 måneder siden	11	7
5-6 måneder siden	1	1
7 måneder eller mere	4	2
I alt	169	100

Anm.: 169 personer.

Kilde: SFI spørgeskema.

Tabellen viser også, at lidt over 20 pct. stopper forbruget af rusmidler mere end en måned før indskrivningsskemaet. Det kan blandt andet skyldes, at flere unge starter i den anonyme rådgivning i fx U-turn, hvor de så stopper forbruget af rusmidler, og når de så udfylder indskrivningsskemaet i det egentlige behandlingsforløb, så har de allerede stoppet forbruget af rusmidler.

Som tabel 5.2 viser, og behandlerne har fortalt os ved flere lejligheder, er det i langt overvejende grad hash, der går igen som det mest problemgivende rusmiddel hos de unge, der er i behandling. Dette er også tilfældet for den lille gruppe af unge, vi har lavet kvalitative interview med. Af disse fortæller én, at han i en længere periode både har haft et misbrug af hash og amfetamin, mens de andre unge enten kun har røget hash eller på eksperimentel basis har prøvet andre stoffer enkelte gange.

Hos de unge fra de kvalitative interview er der ikke én gennemgående forklaring på, at de valgte at fortsætte deres forbrug af hash. Ligesom med deres debut med hash nævner de unge, lidt i tråd med ovenstående forklaring, at det som udgangspunkt er noget, der bare skete, fordi de tilbragte tid sammen med andre, der røg. Mikkel på 17 år fortæller, at han begyndte at ryge, fordi han en dag befandt sig i en situation, hvor han blev tilbudt at ryge.

TABEL 5.2

De unges primære rusmiddel de seneste 2 måneder inden behandlingsstart. Antal og procent.

Primære rusmiddel	Antal	Procent
Hash	124	73
Alkohol	10	6
Amfetamin	4	2
Kokain	3	2
Heroin	1	1
Piller og andet	2	1
Uoplyst	25	15
I alt	169	100

Anm.: 169 personer.

Kilde: SFI spørgeskema fra 2012-2013.

”Det var bare, hvor jeg var sammen med en af mine venner, og så mødtes vi med nogle andre, og så sad de og røg en joint, nogle der var lidt ældre, og så der, da den var ved at være slut, så spurgte de, om jeg ville havde det sidste, og sååå ... det ville jeg gerne”.

[...] ”Det var bare sådan i en skolegård om aftenen”.

[...] ”Og så sådan igennem sommerferien prøvede jeg så mere og mere, og så efter sommerferien var det stor set hver dag”.

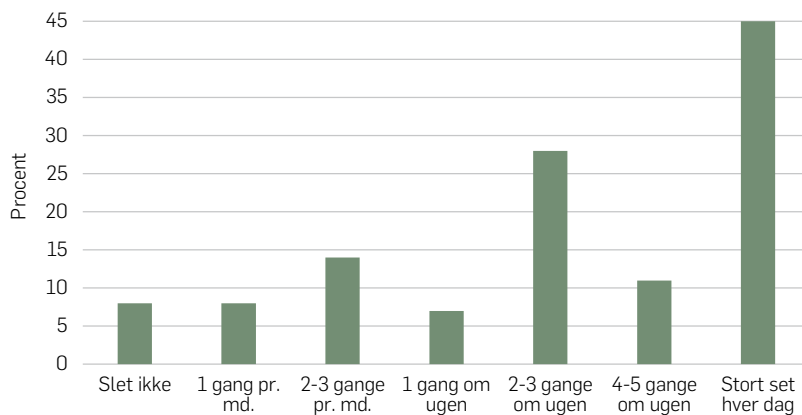
[...]. ”Lige pludselig var det bare hver dag”.

I Mikkel's udsagn beskrives det begyndende forbrug som noget, der er opstået i sociale sammenhænge, og som bare sker og langsomt udvikler sig. I de kvalitative interview fortæller de unge om deres fortsatte forbrug som noget naturligt, fordi de er i situationer, hvor det er tilgængeligt. Ligesom tidligere studier har vist, fremgår det, at en medvirkende årsag er, at én gang fører til den næste og så fremdeles, særligt fordi hashen er så tilgængelig og ikke bliver betragtet som farlig.

Flere af de unge fortæller derudover, at de efter en rum tid får følelsen af, at deres tolerance overfor hashen stiger, og de derfor langsomt sætter deres forbrug op for at mærke en virkning, noget andre studier også viser (se fx Järvinen & Ravn, 2014). Den lille gruppe af interviewede unge fortæller, at de, da deres forbrug er på sit højeste, har et dagligt forbrug af hash med rygning flere gange om dagen. Figur 5.2 viser, at over 40 pct. af alle de unge, som er startet i behandling i de tre modeller, ved behandlingsstart havde et dagligt forbrug af hash.

FIGUR 5.2

Hyppeghed af rusmiddelbrug i den seneste måned, inden de unge starter i misbrugsbehandling. Procent.



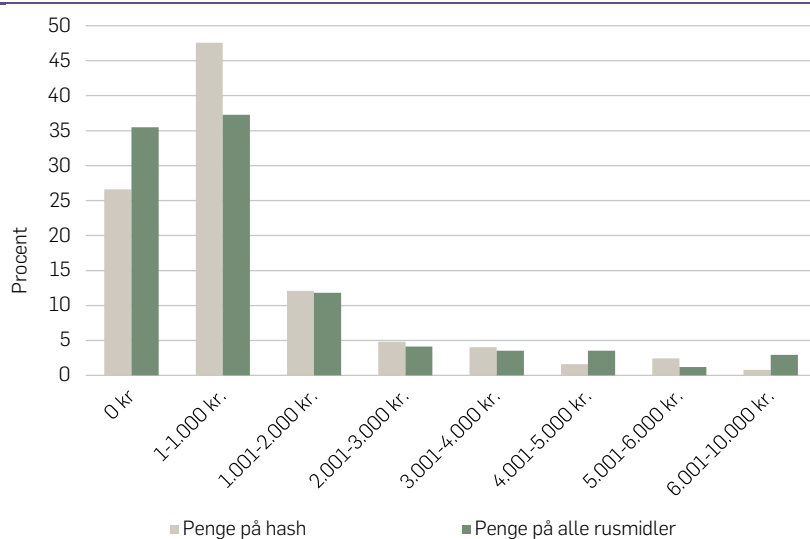
Anm.: 132 personer.  
Kilde: SFI spørgeskema.

Indikationer på, at hash er tilgængeligt og uproblematisk at få fat i for de unge ses også i figur 5.3, hvor over 25 pct. af de unge, som har et forbrug af hash, ikke bruger nogle penge i forbindelse med hashmisbruget. Næsten halvdelen af de unge hashbrugere køber hash for mindre end 1.000 kr. om måneden.

Som nævnt kan årsagen til, at så relativt få unge bruger mere end 1.000 kr. på hash om måneden, skyldes rusmidlets tilgængelighed. Dog ser vi også i ovenstående, at nogle unge har et meget stort pengeforbrug. Sådan et forbrug kan have konsekvenser, hvilket der er eksempler på i det kvalitative materiale. Her fortæller tre unge, at de har begået kriminalitet for at kunne finansiere deres forbrug af hash. To af disse har desuden oplevet at skylde større summer penge væk. For disse tre unge var hashen én af årsagerne til, at de begik kriminalitet. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at der er en direkte kausal sammenhæng. For eksempel har en af de unge, allerede inden han begyndte at ryge hash, begået kriminalitet. Ligesom med visse af de andre problemer, som unge kan opleve, kan det tænkes, at de unge i forvejen befinder sig i en livssituation, hvor risikabel adfærd, herunder kriminalitet, ikke ligger dem fjernt.

FIGUR 5.3

Antal kroner brugt på rusmidler i den seneste måned, inden de unge starter i behandling. Procent og antal kroner.



Anm.: 132 hashbrugere og 169 unge i forbindelse med alle rusmidler.  
Kilde: SFI spørgeskema.

## RUSMIDDELBRUG OG ANDRE PROBLEMER I DAGLIGDAGEN

I den lille gruppe af kvalitative interview er det gennemgående, at de unge på et eller andet tidspunkt har oplevet problemer i hjemmet eller skolen, og at de blandt andet bruger hashen som en slags virkelighedsflugt eller for at kunne slappe af. Det er for de unge noget, der kunne gøre hverdagen enten lidt sjovere eller bare udholdelig. Undersøgelser peger også på, at unge, der i alderen 12-15 år begynder at udvikle et problematisk forbrug af rusmidler, ofte har problemer på hjemmefronten, i skolen, psykisk og har lidt overlast, oplevet svigt eller overgreb (Ege, 2006). Vi vil i det følgende ud fra spørgeskemabesvarelsene vise, hvilke andre problemer, udover forbruget af rusmidler, som de unge har. Spørgeskemadata siger dog ikke noget om årsagssammenhænge mellem forbruget af rusmidler og andre forhold i de unges liv, hvorfor vi inddrager data fra de kvalitative interview med de unge til mulige forklaringer heraf.

### SKOLE OG ARBEJDE

Over 80 pct. af de unge, der starter i en af de tre misbrugsbehandlinger, er i gang med en eller anden form for uddannelse (jf. tabel 5.3). Dette er dog ikke ensbetydende med, at de unges skolegang er uproblematisk eller stabil. Som vi også ser af spørgeskemadata, har flere af de unges skole-



gang været præget af ustabilitet og problemer, idet 65 pct. har skiftet skole minimum tre gange og omkring en femtedel har gået en klasse om.

TABEL 5.3

Uddannelse og tidligere skoleforløb for de unge, der starter i behandling. Procent.

		Procent
Tager uddannelse	Folkeskole	41
	I lære	15
	Andet	25
	Uoplyst	18
Har skiftet skole minimum tre gange		65
Gået en klasse om		19

Anm.: 169 personer.

Kilde: SFI spørgeskema.

Fælles for de unge, i det kvalitative interviewmateriale, er også, at de alle har meget fravær fra skolen. De fortæller, at de har haft svært ved skolen, inden de begynder at ryge hash, og at mens deres forbrug er på sit højeste, er deres fravær størst. For én af de unge drenge, Alex, drejer det sig fx om, at de faste rammer er svære at håndtere, mens andre af de unge beskriver, at de ikke kunne finde sig til rette i den almindelige folkeskole, hvilket har resulteret i skænderier med lærere og forældre. Emilie på 17 år, der over flere år har haft meget fravær i skolen, fortæller, at hun havde svært ved at komme op og tage af sted i skolen. Hun beskriver det således:

”Jeg føler hele tiden, at der er så mange, der gokker mig oven i hovedet og siger ”du duer ikke”.

Emilie fortæller, at hun i stedet ofte valgte at blive hjemme og ryge hash.

Det er helt gennemgående, at den lille gruppe af interviewede unge ikke har brudt sig om skolen og endvidere har haft meget fravær eller helt har stoppet deres skoleforløb inden 9. klasse. Sammenhængen mellem regelmæssigt hashforbrug i en ung alder og afbrudte skoleforløb er tidligere blevet udforsket, og et studie af Fergusson m.fl. (2003) viser, at der især er en sammenhæng mellem det at være helt ung, regelmæssig hashryger og ophør med skolegang omkring 9. klasse. De påpeger dog endvidere, at der ikke er belæg for at påstå, at sammenhængen er kausal, men rettere, at der eksisterer flere sammenhængende faktorer, som er årsag til både hashforbrug og det mislykkede skoleforløb. For de interviewede unge, er skolen da også en udfordring, inden de begyndte at ryge hash. Dog har hashen medvirket til et øget fravær for dem alle. Flere fortæller, at hashen kan gøre det svært at komme af sted i skole, fx fortæller en ung dreng, Søren på 17 år, at han af og til kom meget sent i seng, for-

di han røg eller gik i byen til sent, hvorefter han ofte røg, når han kom hjem.

Alex begrundet også sit forbrug med blandt andet kedsomhed. Han fortæller, at han ikke passede ind i en normal skole med meget faste strukturer, og at han manglede noget at lave, når han pjækkede fra skole. Derudover var hashen en måde, hvorpå han kunne slappe af.

#### VENNER OG FAMILIE

Konfliktfyldte forældrerelationer i teenageårene kan være problematiske, men også en naturlig ting i unges livssituation, hvor de er ved at blive voksne og skabe deres eget liv. Selvom dialogen mellem voksne og børn kan være meget problemfyldt, er den almene holdning, at kontakten til forældre er vigtig og central i teenageårene. 80 pct. af de unge, der starter i et af de tre behandlingsprogrammer, bor hjemme hos deres forældre. Af tabel 5.4. ser vi, at næsten alle de unge har kontakt til deres mor og far, dog er der 8 pct. af de unge, der ikke har kontakt til deres far på indskrivningstidspunktet. Samtidig har knap en fjerdedel af forældrene et forbrug af rusmidler, det er dog ikke nødvendigvis et problematisk forbrug.

TABEL 5.4

Forældrenes situation i forhold til de unge, der starter i behandling. Procent og antal.

	Har ikke kontakt	Rusmiddelbrug	Betydning for den unges velbefindende
Mor	2	21	52
Far	8	25	40
Antal personer	169	169	169

Kilde: SFI spørgeskema.

Det betyder, at de fleste unge (75 pct.), der starter i behandling, ikke har forældre med et stofmisbrugsproblem.

Som nævnt er der mange af de unge, der starter i behandling, som har kontakt til minimum en forælder. Men spørger man de unge, om deres forældre har betydning for, om de har det godt, så synes halvdelen af de unge, at moren i nogen grad har betydning for, om de har det godt, hvor kun 40 pct. synes, at faren har en betydning. Hvad dette præcis indebærer, er uvist, men det tyder på, at ca. halvdelen af de unge, der har besvaret spørgeskemaerne, til en vis grad ikke har et forhold til én eller begge forældre, som nødvendigvis er positivt for deres velbefindende. Forældrerelationerne kan således tænkes at være relateret til nogle af de unges rusmiddelforbrug. Hvorvidt disse tal er et tegn på deciderede problematiske forældre-barn relationer, og i hvilken grad det i så fald er afledt af forbruget eller årsag til forbruget, kan vi ikke sige noget om. Dog giver de unge i de kvalitative interview udtryk for, at problemer i

hverdagen herunder også i hjemmet, har været medvirkende til deres forbrug af rusmidler. Emilie, som efter behandling har skåret meget ned på sit forbrug, fortæller, at hun stadig i dag kan falde i, især når hun har problemer derhjemme. Generelt for de unges fortællinger i de kvalitative interview er et ønske om at flygte fra virkeligheden og problemerne i hverdagen. Dette kommer til udtryk gennem beskrivelser af hashens virkning, og den følelse det giver dem, når de ryger. Emilie udtrykker det således:

”Jeg røg om morgenen, inden jeg skulle i skole, for så blev dagen lidt sjovere”.

Nogle af de andre unge fra de kvalitative interview begrundede også deres fortsatte forbrug med, at det var sjovt. Som det implicit fremgår af ovenstående citat, ligger der dog en hentydning til, at hashens funktion også er at skærme hende fra en ellers ikke så sjov eller kedelig hverdag. Hun beskriver senere, hvordan hun har haft store problemer med sin mor derhjemme, og derfor er blevet sendt på kostskole, hvor hun begynder at ryge hash. Hun fortæller videre, at hun stadig, efter at have skåret drastisk ned, kan få trangen til hash, når problemerne trænger sig på:

”Jeg kan relatere til nogle gange, at årh, for helvede, hvorfor kan jeg ikke bare ryge en joint, for min mor er bare helt vildt dum, eller jeg har det ad helvedes til. Og det går dårligt i skolen og vennerne, så føler man nogle gange, at det ville gøre det nemmere”.

Flere af de interviewede unge fortæller som sagt, at de starter med at ryge hash sammen med venner. Det er ydermere gennemgående fra de kvalitative interview, at de unge gennem den tid, de har røget hash, primært ryger i sociale sammenhænge, altså sammen med venner og bekendte. Det er ikke usædvanligt for unge at lade sig påvirke af deres omgangskreds, og indenfor misbrugsforskningen er det også velkendt, at venner og omgangskreds har en betydning for unges forbrug af rusmidler (Pasetti m.fl., 2008; Moriarty m.fl., 2012; Østergaard m.fl., 2010).

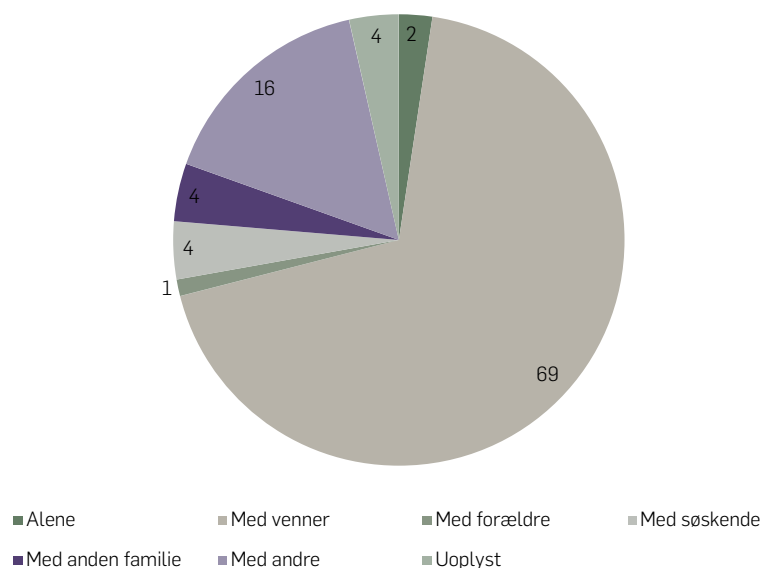
Spørgeskemabesvarelserne viser ligeledes, at venner spiller en rolle for de unges forbrug. Figur 5.4 viser, at de unge, der starter i en af de tre behandlinger, primært indtager rusmidler sammen med venner, og tabel 5.5 viser, at 75 pct. af de unges venner bruger rusmidler. Derimod er det kun 41 pct. af kæresterne, der bruger rusmidler.

Et grundlæggende fællestræk for de unge, både i det kvalitative datamateriale og i spørgeskemadata, er, at de ved indskrivning i behandling har flere venner, der ryger hash end venner, der ikke ryger. I vores kvalitative interview er det helt gennemgående, at de unge over en årræk-

ke har befundet sig i kredse, hvor hash er let tilgængeligt, dvs. deres primære vennekreds er andre unge som dem selv, der ryger, ikke passer skolen, måske har problemer i hjemmet og derfor bruger meget af deres tid på at ryge hash sammen med venner. Nogle af de unge fortæller, at deres stigende forbrug også har været med til at holde dem i vennekredse, hvor der ryges. Maria på 19 år forklarer fx, at de venner, der ikke ryger hash og passer skolen, fjerner sig fra hende, efter hun begynder at ryge meget og være meget væk fra skolen. Det får hende til i højere grad at søge hen i vennekredse, som består af unge, hun kan ryge hash sammen med. Hun forklarer, at det primært er hashen, der udgør fællesskabet, og at de andre unge, ligesom hende selv, heller ikke passer skolen.

FIGUR 5.4

De unge, der starter i behandling, indtager rusmidlerne med følgende personer. Procent.



Anm.: 169 personer.  
Kilde: SFI spørgeskema.

Den gruppe af unge, vi har interviewet kvalitativt, er unge, der i større eller mindre grad har haft en udfordrende ungdom enten pga. problemer psykisk adfærdsmæssigt, i hjemmet og/eller i skolen. Fælles er også, at de både inden og under deres forbrug af rusmidler distancerer sig yderligere fra forældre og skole og fokuserer deres tid på venner, som er ligesom dem selv, dvs. med højt skolefravær, og som de kan ryge hash med.

TABEL 5.5

Brug af rusmidler blandt venner og kærester. Procent.

	Procent
Nære venner	75
Kæreste <sup>1)</sup>	41

Anm.: 169 personer.

1. 49 har kærester.

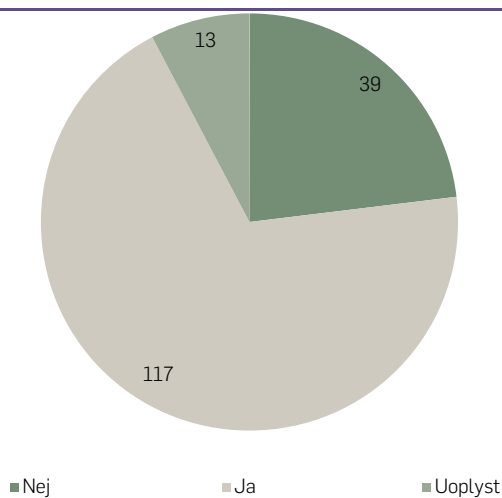
Kilde: SFI spørgeskema.

## KRIMINALITET

Undersøgelser, specielt blandt voksne misbrugere, har vist en sammenhæng mellem misbrug af hårde stoffer og kriminalitet (Sundhedsstyrelsen, 2006; Sundhedsstyrelsen, 2003). Figur 5.5 viser, at de unge, der starter i behandling, har stor erfaring med kriminalitet, da knap 70 pct. har begået kriminalitet.

FIGUR 5.5

Antallet af unge, der starter i behandling, fordelt på kriminalitets involvering. Antal.



Anm.: 169 personer.

Kilde: SFI spørgeskema.

Forklaringen på den høje kriminalitetsprocent kan umiddelbart tænkes at være, at den unge skal skaffe penge til rusmidlerne, men som tidligere vist, bruger de fleste mindre end 1.000 kr. på rusmidler om måneden, hvilket ikke nødvendigvis for alle bør være det store problem, når så mange af de unge bor hjemme, får lærlingeløn eller en regulær løn.

Tabel 5.6. viser, at over halvdelen af de unge, der starter i misbrugsbehandling, har været involveret i tyveri. Hvor mange af de unge har været involveret trafikforseelser, salg af rusmidler, hæleri og/eller

hærværk, så er det få af de unge, der har været involveret i hård kriminalitet som smugling af rusmidler, voldtægt og elle mord.

Som nævnt tidligere kan en forklaring på kriminaliteten være, at de unge opbygger et forbrug så stort, at de mangler penge til at finansiere det. Men som nævnt har mange unge med misbrugsproblemer over en årrække befundet sig i en livssituation og med en omgangskreds, hvor risikoadfærd ikke ligger dem fjernt. I flere af de kvalitative interview har kedsomhed fyldt meget for de unge, ligesom at de unge, der fortæller, at de har begået kriminalitet, i forvejen befandt sig i miljøer, hvor der blev begået kriminalitet. Mikkel fortæller også, at de mange penge, som han tjente ved at sælge hash, gjorde det tiltrækkende at fortsætte. Det er heller ikke utænkeligt, at det, at være påvirket af hash, har haft indflydelse på de unges dømmekraft og konsekvenstænkning. Emilie fortæller, at hashen gav hende en følelse af at være en anden, og at hun kunne alt. Hun eksemplificerer ved at fortælle, at hun havde følelse af, at hun kunne gå ned og røve en bank, uden at der skete noget.

TABEL 5.6

Kriminalitet de unge, der er i behandling, har været involveret i. Procent

	Procent
Trafikforseelser	28
Spirituskørsel	23
Smugling af rusmidler	11
Salg af rusmidler	43
Hærværk	43
Hæleri	25
Tyveri	52
Voldtægt	1
Vold	35
Mord	0
Andet	9
I alt	100

Anm.: 169 personer.

Kilde: SFI spørgeskemadata.

## HELBRED

Forskning viser, at der hos personer med et misbrug, og særligt et langvarigt misbrug, er i større risiko for psykiske symptomer<sup>20</sup> (Fergusson m.fl. i Ege, 2006). Sammenhængen mellem et misbrug af rusmidler og psykiske symptomer kan dog muligvis gå begge veje, hvor det enten kan være misbruget, der forårsager de helbredsmæssige problemer eller rusmidlet, der anvendes som selvmedicinering af helbredsmæssige problemer (Ege, 2006; Pedersen & Frederiksen, 2012).

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

TABEL 5.7

Psykiske og fysiske oplevelser i den måned, hvor den unge indskrives på en af de tre behandlingsmodeller. Procent.

Den sidste måned har du oplevet ...	Procent
Oplevet depression	33
Oplevet angst eller anspændthed	37
Oplevet besvær med at forstå, koncentrere sig eller huske	71
Oplevet hallucinationer	20
Oplevet besvær med at kontrollere aggressiv adfærd	53
Direkte skadet andre	15
Haft selvmordstanger	17
Forsøgt selvmord	4
Med vilje skadet dig selv	10
Genoplevet traumatiske oplevelser på en meget ubehagelig måde	12
Haft spiseforstyrrelser	11
Andet	11
Ingen	11

Anm.: 169 personer.

Kilde: SFI spørgeskema.

Der er 26 pct. af de indskrevne unge, der i spørgeskemaerne oplyser, at de har en psykiatrisk diagnose. Ser vi på tabel 5.7, har flere af de unge adskillige tegn på dårligt psykisk eller fysisk helbred. Manglende forståelse, koncentration og svært ved at kontrollere aggressiv adfærd er nogle af de helbredsmæssige oplevelser, som mange af de unge kan nikke genkendende til.

Maria fra de kvalitative interview fortæller omkring årsagerne til, at hun ryger hash:

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

Maria fortæller her, at hun har haft nogle psykiske problemer, hvad end det var selvtillidsproblemer eller problemer forårsaget af ADHD, som hun har brugt hashen til at håndtere. En anden ung, Rasmus, fortæller, at han har været vred hele sit liv, og at begge hans forældre har været misbrugere. Hans vrede gik ud over mange af de folk, han havde omkring. Han blev fx meget let aggressiv.

Det ”at slappe af” eller ”blive en anden” går igen, når den lille gruppe af interviewede unge skal beskrive, hvad de fik/får ud af at ryge hash, noget de ikke i samme grad følte sig i stand til uden hashen. Rasmus, der både havde et misbrug af hash og amfetamin, beskriver amfetaminens virkning på følgende måde:

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

De unge fra de kvalitative interview italesætter afhængigheden eller årsagen til deres fortsatte forbrug som funderet i en higen efter denne følelse af, at man kan alt. Det fremgår således, at forbruget og intensiveringen af forbruget er opstået, fordi det bidrager til en mere overkommelig hverdag, til at øge selvilliden og til at dulme nogle ellers belastende tanker og følelser. Rasmus fortæller senere i interviewet:

”Jeg har blandt andet meget svært ved at sove. Jeg falder i søvn kl. 7 hver morgen hver dag. Så der brugte jeg også hashen til at sove, og så fordi jeg har gået og været meget vred hele tiden”.

Det at ryge bliver for de unge fra de kvalitative interview et behov, der skal stilles for at kunne klare sig igennem en almindelig hverdag. For Rasmus, der er citeret ovenstående, fylder vrede meget i hans liv, hvilket han bruger som del af forklaringen på sit forbrug. For andre af de unge fra de kvalitative interview har psykiske problemer som lavt selvværd, angst eller depression fyldt så meget, at de har brugt hashen til at dulme følelserne og som nævnt tidligere få en følelse af, at de er en anden. De unge, der stadig ryger af og til, fortæller, at det sker, når de har en dårlig periode. Rasmus siger:

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

Emilie fortæller, at hun stadig kan blive meget stresset, når der er for mange mennesker omkring hende, og at hun har svært ved at finde ud af, hvem hun er og håndtere relationer til andre mennesker. Her taler hun om en følelse, der kan opstå, når hun bliver stresset på arbejdet:

”Så bliver jeg frustreret, og jeg ved ikke, hvor jeg er henne, og jeg kan næsten ikke vise, at det er mig, for jeg bliver sådan lidt. ’det her er ikke mig’, og det er mig, men det er ikke mig, så bliver jeg så helt forvirret og tænker, hvad er så mig, er det så mig, der ikke var i behandling, som bare tog stoffer og røg hash og sådan noget”.

Emilie er en af de unge, der bruger hashen til at blive ”en anden”. Hun har nu, efter næsten at være stoppet, svært ved at finde ud af, hvem hun er, når hun ikke ryger. Hun fortæller også, at hun stadig falder i, når hun



har det dårligt, for at slappe af. Det indikerer, at hashen for hende har fungeret som en form for selvmedicinering, der kunne give hende ro og en følelse af at være sig selv i pressede situationer

Emilie forklarer, at hun brugte og stadig af og til bruger hashen til at håndtere de frustrationer og den vrede, hun kan føle nogle gange:

”Der havde været lidt problemer på hjemmefronten, og der var blevet stukket af et par gange, og der var indblandet psykiater [...]”.

Hun har længe haft et meget dårligt forhold til sin mor og bliver hurtigt stresset. I stedet for fx at blive voldelig og vred på folk, ryger hun. Hun fortæller, at hun altid har tænkt for meget på andre, så hun bruger hashen til at glemme andre og ikke skulle tænke på deres følelser.

Hash beskrives i den lille gruppe af kvalitative interview i større og mindre grad som en eller anden form for selvmedicinering. Selvmedicineringshypotesen er udbredt inden for rusmiddelforskning, og det er da også tydeligt, at de interviewede unge på en eller anden måde har brugt hashen til at håndtere visse problemer og udfordringer i deres dagligdag. Det er dog vanskeligt at vurdere den præcise sammenhæng. Det er ikke unormalt at opleve psykiske vanskeligheder i ungdommen (Pedersen & Frederiksen, 2012), men årsagen til, at nogle unge vælger at bruge rusmidler til at dulme disse følelser, mens andre ikke gør, er uvis. Den findes sandsynligvis i en kombination af interrelaterede faktorer, som vi tidligere har været inde på.

#### FRITIDSINTERESSER

Som nævnt kommer flere af den lille gruppe af interviewede unge ind på, at kedsomhed er en af flere grunde til, at de har taget eller stadig bruger rusmidler. Denne kedsomhed kommer sig primært af, at de unge ikke bryder sig om skolen og enten har meget fravær eller slet ikke går i skole. I forlængelse heraf kan vi se i spørgeskemaundersøgelsen, at fritidsinteresser heller ikke fylder meget i de unges hverdag. Kun lidt over halvdelen af de unge, der starter i misbrugsbehandling, har en hobby eller interesse, som de dyrker (jf. tabel 5.8).

Denne mangel på fritidsinteresser blandt en del af de unge kan være medvirkende til den kedsomhed, som flere af de interviewede unge nævner. Derudover, går det også igen i de kvalitative interview, at hashen gør dem sløve og umotiverede til at foretage sig noget. Rasmus, der som 14-årig blev smidt ud af skolen og anbragt, fortæller følgende om sin hverdag:

Man gider ikke ligge og kede sig i 5 timer, så man mødes jo bare med dem, der ikke går i skole [og ryger]. Så der kørte tingene bare lidt skævt i min verden”.

TABEL 5.8

De unges fritidsinteresser ved indskrivning til behandling. Procent.

	Procent
Medlem af sportsklub	22
Medlem af andre klubber og foreninger	21
Har en hobby eller interesse du dyrker	56

Anm.: 169 personer.

Kilde: SFI-spørgeskema.

## KOMPLEKSE SITUATIONER

For den lille gruppe af interviewede unge har forbruget af hashen haft negative konsekvenser i form af skolefravær, kriminalitet og psykiske problemer. Dermed ikke sagt at hashen er årsag til disse problemer, men det lader til at være en enten medvirkende faktor eller en forstærkende faktor. Undersøgelser viser også, at særligt de unge, der meget tidligt begynder at ryge hash, er i større risiko for at blive afhængige senere hen og dermed i risiko for at opleve større negative konsekvenser af forbruget end andre (Ege, 2006). Et studie af Hall & Pacula (2003) viser, at de unge, der begynder at ryge hash i en tidlig alder, ofte er unge, der i forvejen, også inden de begyndte at ryge hash, var udsatte og i større risiko for at begå kriminalitet, udvikle psykiske problemer eller få det vanskeligt i skolen (Hall & Pacula, 2003). Hashen er således ikke nødvendigvis årsagen til disse problemer, men bidrager til dem og fastholder muligvis de unge i deres problemer (Ege, 2006). Som vi ser i spørgeskemadata, så har de fleste unge, der starter i misbrugsbehandling, mange andre problemer end forbruget af rusmidler, såsom afbrudte skoleforløb, manglende beskæftigelse, involveret i kriminalitet, psykiske problemer mm.

## TRE MISBRUGSBEHANDLINGER FRA START TIL SLUT

I dette midtvejsnotat gør vi status over de tre misbrugsbehandlinger MST-SA, U-turn, ÅKM. Det betyder, at vi både ser på de unge, som pt. er i behandling og unge, som har afsluttet behandling. Med det forhåndenværende data kan vi, som tidligere beskrevet i dataafsnittet, ikke lave nogen effektevaluering. Vi vil dog her beskrive de tendenser, vi ser i data fra spørgeskemabesvarelsenerne og de kvalitative interview, som vi har indsamlet. Vi vil således fra spørgeskemadata vise, hvordan de unge gennemsnitligt har udviklet sig over behandlingsperioden, herunder i forhold til deres skolegang, beskæftigelse og i deres forbrug af rusmidler. Derudover vil vi illustrere de unges opfattelse af og oplevelse med behandlingen via den lille gruppe af kvalitative interview.

### DE UNGE I DE TRE MISBRUGSBEHANDLINGER

Som vi beskrev i kapitel 3, er de tre misbrugsbehandlingsmodeller forskellige, og når man ser på de unge, som har modtaget behandling i de tre forskellige behandlingsmodeller, er de også gennemsnitligt signifikant forskellige på nogle punkter (jf. tabel 6.1). Tabel 6.1 viser dog, at der ikke er gennemsnitlige forskelle på de unge i de tre modeller med hensyn til kønsfordeling, alder og kontakten til forældrene.

Spørgeskemadata for de unge, der er startet i misbrugsbehandling, viser, at MST-SA i forhold til U-turn har færre unge, der angiver at have et problemgivende forbrug af alkohol, har flere unge med en psykisk diagnose, og flere af de unge bor hjemme. Men på alle andre karakteristika ligner MST-SA's unge gennemsnitlig de unge fra U-turn. De unge i MST-SA er også forskellige fra de unge i ÅKM på nogle områder.

De unge fra MST-SA har gennemsnitligt begået mere kriminalitet, har flere med en psykisk diagnose og bor i højere grad hjemme end de unge i ÅKM.

De unge i U-turn og ÅKM er gennemsnitligt forskellige i forhold til forbruget af hash og alkohol. Hvor andelen af unge med et uddannelses tilbud er større blandt U-turns unge, er beskæftigelsesandelen størst blandt de unge i ÅKM.

De fremkomne forskelle blandt de unge i de tre modeller kan skyldes de i kapitel 3 omtalte forskelle mellem behandlingsmodellernes målgruppe. Det er som før omtalt relevant, at en egentlig effektevaluering laves individuelt for henholdsvis MST-SA, U-turn og ÅKM. Dog er det nuværende datamateriale for spinkelt til, at vi kan opdele resultaterne for hver af de forskellige behandlingsmodeller til dette midtvejsnotat. I den følgende beskrivelse af de unges behandlingsoplevelser, samt før-og eftermålingen, vil behandlingsmodellerne derfor blive slået sammen.

TABEL 6.1

De unge, der starter i MST-SA, U-turn og ÅKM. Procent og antal.

	MST-SA (M)		U-turn(U)		ÅKM(Å)		Signifikant forskellige
	Gennemsnit	Standardfejl	Gennemsnit	Standardfejl	Gennemsnit	Standardfejl	
Gennemsnitligt hashforbrug i dage over 30 dage	17	13	19	13	14	12	U og Å M og U U og Å
Gennemsnitligt alkoholforbrug i dage over 30 dage	2	2	7	7	4	5	
Procent drenge	68	47	59	50	69	47	
Gennemsnitlig alder	15	12	15	1	15	1	
Procent, som har begået kriminalitet	86	36	76	44	70	46	M og Å M og U
Procent med psykisk diagnose	44	50	20	41	24	43	M og Å M og U M og Å
Procent, der bor hjemme	97	16	77	42	75	44	
Procent, der ikke har kontakt til mor	0	0	0	0	3	2	
Procent, der ikke har kontakt til far	8	4	7	4	8	3	
Procent, der er i uddannelsestilbud	92	27	96	21	85	36	U og Å
Procent, der er i beskæftigelse	3	16	0	0	7	26	U og Å
Antal observationer		38		44		87	

Anm.: 169 personer.

Kilde: SFI's Spørgeskema.

## AT VÆRE I MISBRUGSBEHANDLING

I det følgende vil vi beskrive de unge ud fra spørgeskemadata. Derudover vil vi forsøge at forklare, hvorfor de unge starter i behandling samt deres oplevelser med behandlingen.

### HVORFOR STARTER DE UNGE I BEHANDLING?

Den lille gruppe af interviewede unge giver forskellige historier på, hvad angår deres start i behandling. Dog italesætter de det alle som en begivenhed, der blev igangsat af andre personer end dem selv. Det var for dem alle en beslutning iværksat af autoriteter i deres liv, hvad enten det var forældre, SSP-medarbejdere, socialrådgivere, sagsbehandlere eller skolepersonale.

Flere af de unge fra interviewene fortæller, at de startede mere eller mindre modvilligt, eller fordi der ikke var andre muligheder for dem. De fleste nævner også, at de gik ind til behandlingen med en forestilling om, at de ikke havde behov for det, eller at det ikke kunne gøre dem gavn. De er således ikke alle gået velvilligt ind i behandlingsforløbet. Flere af behandlerne støtter op omkring dette, idet de ved forskellige lejligheder fortæller, at behandlingen ofte iværksættes på initiativ fra omsorgspersoner eller sagsbehandlere, der stærkt opfordrer de unge til at gå i behandling. Samtidig giver behandlerne i misbrugsbehandlingerne udtryk for, at behandlingen kun giver mening, hvis de unge deltager frivilligt.

### BEHANDLINGEN OG BEHANDLERNES BETYDNING

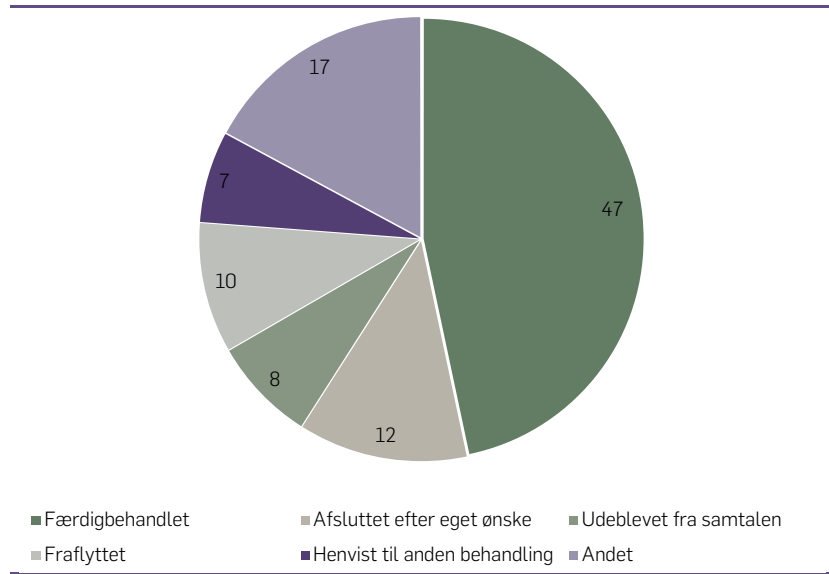
I de kvalitative interview fremgår det, at de unge relativt hurtigt har fået oplevelsen af at få noget ud af at komme til samtalerne med behandlerne. Selvom alle de unge ikke ved behandlingsstart har været lige positivt indstillede overfor tilbuddet, beskriver de alle behandlingen positivt i tilbageblik. Flere af de interviewede nævner også, at det først et godt stykke tid inde i behandlingen er gået op for dem, at de har fået noget ud af at komme der – noget de ikke kunne se, da de startede.

Tidligere studier har netop vist, at et af de centrale problemer for unge og voksne i misbrugsbehandlingsprogrammer er, at de springer fra, før de er færdigbehandlet og selv inden første samtale med en behandler (Pedersen & Pedersen, 2013). Dette frafald blandt unge i misbrugsbehandling ses til dels også blandt de unge i det nuværende kvantitative datamateriale for MST-SA, U-turn og ÅKM. Figur 6.1 viser, at ud af de 105 forløb, som der er et udskrivningsskema på, så er det ifølge behandlerne kun lidt under halvdelen af de udskrevne unge, der reelt er færdigbehandlede. Over en tredjedel af de unge, som er stoppet, skyldes at de

selv har ønsket at stoppe, at de ikke er mødt op til samtalen eller de er stoppet af andre årsager.

FIGUR 6.1

Behandlernes vurdering af grund for den unges udskrivning af behandling. Procent.



Anm.: 105 personer.

Kilde: SFI spørgeskema.

I den lille gruppe af kvalitative interview har vi kun unge, der har været eller er i behandling over en længere periode. Nogle af disse unge fortæller, at behandlingen er som et redskab eller et middel til at kunne håndtere de problemer, der har været medvirkende til deres misbrug. For eksempel fortæller Emilie, at behandlingen har givet hende nogle redskaber, som hun kan bruge til at rejse sig igen. Hun forklarer, at hun af og til stadig falder i efter behandlingens afslutning, når hun får en dårlig periode, men, at hun har lært at håndtere det og rejse sig igen. Hun fortæller, at behandlingen har lært hende at forstå, at hun skal og kan holde sig fra hashen. Fælles for de interviewede unge er, at de ikke har nogen beskrivelse af, hvad de konkret føler har hjulpet dem i behandlingen. Forklaringerne kredser meget om en følelse af at blive lyttet til, eller som Emilie formulerer det:

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

Rasmus, som stadig kommer i behandlingen siger:

”Jeg kunne ikke mærke mine følelser, da jeg startede [i behandlingen]. Jeg kunne ikke mærke min samvittighed, jeg kunne ikke mærke kærlighed.”

Han fortæller yderligere, at han har oplevelsen af, at de voksne er rare ”herinde” (i behandlingen), og at de ikke skælder ud. Dette indikerer, ligesom han selv fortæller på et andet tidspunkt i interviewet, at han tidligere har været vant til at møde voksne, som ikke er rare.

De interviewede unges positive fortællinger om behandlingen knytter sig i høj grad til behandlerne. Det er primært fortællinger om behandlerne som nogle voksne, der lytter til dem, der dominerer. Rasmus svarer fx følgende på et spørgsmål om, hvad der var det bedste ved behandlingen:

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

Maria siger således:

”Men ellers synes jeg, at det var super godt. De var gode til hele tiden at vise, at de brød sig om én og gik op i, at jeg fik det bedre.”

Søren fortæller, at han satte stor pris på, at hans behandler altid var til rådighed, og at han kunne dele alt med behandleren.

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

Noget der går igen i de kvalitative interview både enkeltpersonsinterviewene og fokusgruppen, er netop værdsættelsen af at kunne komme et sted og snakke åbent og ærligt med behandlerne uden at blive mødt med uforståenhed.

Der er blandt de interviewede unge en gennemgående tilfredshed med behandlingen, og ingen af de interviewede unge udtaler sig negativt om behandlingen. Nogle er dog mere konkrete og formulerer sig direkte positivt, mens enkelte har en mere nedtonet og neutral holdning



til behandlingen. Fælles for dem er dog deres tilfredshed med behandlerne. Udsagnene er en indikation på, at den personlige relation mellem ung og behandler er af betydning for de unges tilfredshed og udbytte. Særligt lægger de unge vægt på måden, hvorpå de bliver mødt af de voksne med interesse.

Forskning peger på, at målgruppens tilfredshed med et givent behandlingsforløb hænger sammen med resultatet af behandlingen. Det kan der være flere forklaringer på. Dels kan tilfredshed med behandlingen betyde, at den unge har fået noget ud af forløbet, men tilfredshed med et behandlingsforløb kan også tænkes at fastholde de unge, hvilket betyder, at de gennemfører et forløb, og derfor får det optimale ud af behandlingen (Hesse m.fl., 2012). Derudover kan tilfredshed betyde, at de unge er mere modtagelige over for behandling og den rådgivning og terapi, de modtager der. Det at blive mødt med forståelse og interesse af behandlerne kan således tænkes at have en fastholdende effekt på de unge, idet det formentlig skaber tillid og giver dem lyst til at fortsætte med at komme. Fastholdelse er en vigtig del af behandlingen, da et uafsluttet behandlingsforløb givetvis vil have mindre mulighed for at være virkningsfuldt end et gennemført forløb.

## NORMALISERING OG REDUKTION AF RUSMIDLER

Ud fra de få kvalitative interview tyder det på, at behandlingen hos nogle af de unge har hjulpet dem til at takle nogle af de årsager, der har været medvirkende til deres misbrug. Som nævnt tidligere har flere af de unge brugt hashen som en form for selvmedicinering, og altså som et middel til at kunne klare en ellers uoverskuelig hverdag på. Udsagn både fra de seks enkeltpersonsinterview og fokusgrupperne indikerer, at behandlingen i én eller anden udstrækning har givet dem noget.

Flere af de interviewede unge nævner, at de for at kunne skære ned eller stoppe deres forbrug har set sig nødsaget til at bryde venskaber med de venner, der stadig ryger hash. Som nævnt tidligere lader det til, at vennerne har stor betydning for de unges forbrug. Det er gennemgående i interviewene, at de unge, der helt eller næsten er stoppet med at ryge hash, ikke i samme grad som de, der stadig jævnlige ryger hash, ses med deres gamle venner – dem de tidligere røg sammen med. Søren fortæller, at han trods et ønske om at stoppe med at ryge ses med venner, der ryger hver dag. Han fortæller, at han ønsker at stoppe og allerede har skåret ned på sit forbrug, men stadig ryger, blandt andet fordi han har svært ved at lade være, når han er sammen med sine venner. Som han siger:

”Mange af dem, de ryger dagligt, så kommer m an lige op en weekend eller et eller andet, og så sidder man og ser en film, og så er det nemt, når den lige ryger rundt der og så hov, der var den sgu, så tager

man lige et par sug, og så ryger man bare resten af aftenen, for nu har man røget, og så kan man ligeså godt fortsætte”.

Hashen er i høj grad til stede i Søren's omgangskreds, hvilket gør det svært for ham at lade være med at ryge. Desuden fortæller han, at han stadig kan lide at ryge, fordi han elsker følelsen af at være skæv.

En anden dreng, Alex, fortæller også, at han har sat sit forbrug kraftigt ned, men stadig ryger hash ugentligt sammen med sine venner. Dette er vel og mærket de samme venner, som han har røget sammen med i mange år.

Der tegner sig igen et billede af, at omgangskredsen er af væsentlig betydning. Studier viser også, at der for unge, der har været i misbrugsbehandling, er i langt større risiko for tilbagefald, hvis de stadig omgås venner, der også bruger rusmidler efter behandlingens afslutning (Ciesla, 2010). Som nævnt arbejder de tre modeller, som indgår i dette midtvejsnotat, med et helhedsorienteret perspektiv, hvor der også arbejdes med de unges forhold til deres omgangskreds. Behandlingen kan således for nogle unge være medvirkende til, at de reducerer deres forbrug, idet de herigennem har fået hjælp til at tage beslutningen om at fjerne sig fra vennerne. Succes med dette arbejde er da også, som vi kan se af de unges fortællinger og forskningen afgørende for, hvilket udbytte de unge får af behandlingen.

De unge fortæller også i de kvalitative interview, at behandlingen eller begivenheder iværksat af behandlerne som fx en ung, der fik arbejde med hjælp fra sin behandler, har fungeret som en form for stedfortræder for deres forbrug af rusmidler. Maria fortæller ligeledes, at hun gennem behandlingen opdagede, at hun led af angst, hvilket blev forstærket gennem hendes forbrug. Dette har hun dog ikke oplevet siden, hun stoppede med at ryge. En dreng fortæller, at behandleren har hjulpet med at lægge en plan for hans uddannelsesforløb, da han i en alder af 17 år stadig ikke har taget sin 9. klasses eksamen.

Ét af hovedformålene med behandlingerne er som nævnt at sørge for, at de unge på sigt får en normaliseret hverdag med skolegang eller arbejde og reducerer forbrug af rusmidler. Tabel 6.2 viser den gennemsnitlige udvikling i forbrug af rusmidler, skolegang og beskæftigelse for de unge, som både har udfyldt et indskrivnings- og udskrivningsskema. De unge har, fra de startede i misbrugsbehandlinger til de stoppede, gennemsnitligt ændret deres forbrug af rusmidler og dagligdag med hensyn til uddannelse og beskæftigelse. Vi kan se, at blandt de 70 unge, som vi både har indskrivnings- og udskrivningsinformationer på, er forbruget af rusmidler reduceret undervejs i misbrugsbehandlingen. Hvor 79 procent havde brugt rusmidler inden for den sidste måned, inden de startede i behandling, så har 50 procent af de unge haft et månedligt forbrug af rusmidler, når de bliver udskrevet af behandlingen.

Tabel 6.2 viser også, at der er flere, der har fået beskæftigelse efter behandling, men ikke flere, der er startet i uddannelses tilbud. Grunden til, at andelen af de unge i uddannelses tilbud ikke har ændret sig, kan skyldes, at det tager tid, før man kan starte et uddannelses tilbud, også selvom man har besluttet sig for at søge. Man må forvente, at det går hurtigere med at finde beskæftigelse end at komme ind på uddannelser, hvilket tabel 6.2 også indikerer.

TABEL 6.2

Unge rusmiddelbrug, uddannelse og beskæftigelse før og efter behandling. Procent og antal.

	Indskrivning	Udskrivning
Har haft et rusmiddel forbrug de sidste 30 dage	78,46	49,23
Er i et uddannelsesforløb	87,69	87,69
Er i beskæftigelse	3,07	13,85
Antal unge	70	70

Anm.: 70 personer, og ingen unge fra Helsingør, da de ikke har udfyldt udskrivningskemaer.

Kilde: SFI spørgeskema.

## MULIG ÅRSAGSSAMMENHÆNG

I 6.2 ser vi, at der er markant færre unge efter behandling, der har brugt rusmidler inden for den sidste måned, end da de startede i behandling, hvilket understreger behandlingernes formål om rusmiddelreduktion. Tallene i tabel 6.2 giver dog langt fra et helhedsbillede af de unge, der har været i behandling, da vi kun har data på 70 ud af de 286, som MST-SA, U-turn og ÅKM har haft i behandling.

De kvalitative interview bekræfter det billede, vi ser fra spørgeskemadata. Hos alle de interviewede unge er forbruget af hash kraftigt reduceret eller ophørt efter, at de startede i behandling. Årsagerne til, at de er stoppet eller har reduceret deres forbrug er dog ikke helt tydelige. Flere af de unge nævner i de kvalitative interview ikke behandlingen eller konkrete oplevelser i behandlingen som den primære årsag til, at deres forbrug er reduceret eller ophørt.

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

At de unge fikserer årsagerne til beslutningen om at reducere eller ophøre deres forbrug på konkrete situationer eller relationer betyder dog ikke, at behandlingen ikke har været en medvirkende faktor i reduktionen af deres forbrug eller fastholdelsen af de unge i deres ønske om at stoppe eller reducere deres forbrug. I de kvalitative interview berører nogle af de unge nemlig, at disse erkendelser også er opstået under behandlingsforløbet, og at de gennem samtaler og gode råd fra behandlerne har været i stand til at holde fast i ønsket om at stoppe deres forbrug. Det er dog ikke til at pege på én ting, der overordnet har været årsag til reduktionen i deres forbrug. Som nævnt fortæller de unge, at deres beslutning er opstået som en kombination af behandlingsforløbet og begivenheder udenfor. Dette er måske heller ikke usædvanligt, idet de unge lever størstedelen af deres liv uden for behandlingsregi. Deres ønsker, motivation og behandlingsmodtagelighed vil således også blive påvirket af udefrakommende faktorer (Hesse m.fl., 2012).

Hvorvidt de unge, vi har snakket med, allerede fra starten har været særligt modtagelige eller motiverede for forandring, eller om det er noget, der er opstået i løbet af behandlingen, lader til at variere de unge imellem. Tilfredsheden blandt de seks unge og fokusgruppen af unge kan naturligvis også skyldes, at de unge, der vælger at stille op til interview, udgør en særlig gruppe af unge, der har haft positive oplevelser med behandlingen, og som derudover har lysten og evnen til at italesætte deres oplevelser.

## OPSAMLING PÅ MIDTVEJSSTATUS

Dette notat beskriver midtvejsstatus for de tre misbrugsbehandlingsmodeller MST-SA, U-turn og ÅKM. Vi ser på de unge mellem 13-18 år der er startet i misbrugsbehandling fra januar 2011 til december 2013 i de seks kommuner Helsingør, Herning, Horsens, Odense, Ålborg og Århus. Dette midtvejsstatus er et delprojekt af den endelige evaluering af ”Projekt misbrugsbehandling for udsatte unge”, som udkommer i september 2015. Det er derfor vigtigt at understrege, at resultaterne i dette midtvejsstatus skal danne grundlag for en faglig diskussion, og læseren bør derfor være opmærksom på, at de endelige resultater og fortolkninger fra projektet i 2015 kan afvige fra midtvejsnotatet, blandt andet, fordi vi endnu ikke har indsamlet alt relevant data endnu. Vi vil i nedenstående opridse de overordnede konklusioner for midtvejsstatus.

### TRE BEHANDLINGSMODELLER ER IMPLEMENTERET

Midtvejsnotatet bekræfter implementeringsnotatets konklusion, nemlig at de tre behandlingsmodeller er implementeret efter planen i de seks kommuner (Weatherall m.fl., 2013). De seks kommuner har haft kontakt til mange unge og fra 2011 til og med 2013 er næsten 300 unge startet i misbrugsbehandling i de tre modeller.

### UDFORDRENDE DATAINDSAMLING

Dette projekt har, lige som andre misbrugsbehandlingsprojekter til unge, udfordringer i forbindelse med fastholdelsen af de unge i misbrugsbehandlingerne. Dette er en udfordring for specielt den kvantitative elektroniske spørgeskemadataindsamling. Midtvejsnotatet bygger derfor hovedsageligt på 169 elektroniske indskrivningsskemaer med dertilhørende 70 elektroniske udskrivningsskemaer ud af de 286 unge, som er startet i

behandling i perioden 2011 til 2013. Dertil kommer 6 kvalitative interview og et fokusgruppeinterview med unge, der har gennemført eller er i gang med behandling. Datamaterialet til den endelige evaluering i 2015 forventes mere omfattende, da vi til den tid vil have registeroplysninger på alle de unge i misbrugsbehandling, herunder de unge, som ikke har udfyldt enten indskrivnings- eller udskrivningsskema. Samtidig er der en hvis forsinkelse i indsamlingen af udskrivningsskemaerne i forhold til indskrivningsskemaerne, da behandlingerne ofte kan tage op til seks måneder eller mere. Dette er dog ikke et problem for i den endelige evaluering i 2015.

## **DE UNGE HAR PROBLEMER UDOVER FORBRUGET AF RUSMIDLER**

Af data, kan vi indtil videre se, at de unge, der starter behandling i MST-SA, U-turn og ÅKM, hovedsageligt har et forbrug af hash. Det vil sige, at de problematikker, som midtvejsnotatet hovedsageligt fokuserer på, er relateret til de unges forbrug af rusmidlet hash. Både de kvantitative og kvalitative data viser, at unge, der starter i misbrugsbehandling, kan have mange andre problemer end forbruget af rusmidler, såsom afbrudte skoleforløb, manglende beskæftigelse, at være involveret i kriminalitet og psykiske problemer. For den lille gruppe af interviewede unge ser vi, at forbruget af hash kan have direkte negative konsekvenser i form af blandt andet skolefravær, kriminalitet og psykiske problemer. Dermed ikke sagt, at hashen nødvendigvis er årsagen til disse problemer, men den bidrager til og fastholder muligvis de unge i deres problemer.

## **MISBRUGSBEHANDLING ER ET GODT STED AT VÆRE**

Ud fra den lille gruppe af kvalitative interview og fokusgruppe interviewet blandt de unge ser vi, at de unge generelt ser tilbage på behandlingen og behandlerne i et positivt lys, også selvom de ikke nødvendigvis på eget initiativ valgte at starte i behandling. I de kvalitative interview fortæller nogle af de unge også, at de gennem behandlingen har fået nogle værktøjer til at håndtere svære perioder og til at holde forbruget af rusmidler nede. Samtidig er det vigtigt at understrege, at vi til dette midtvejsnotat kun har interviewet unge, der har gennemført eller har gennemført en stor del af et behandlingsforløb. Vi kan derfor ikke udelukke, at nogle af de unge, der er faldet fra behandlingen, netop er faldet fra, fordi misbrugsbehandlingens indhold ikke har tiltalt dem.

## **MULIG GENNEMFØRSEL OG REDUKTION I RUSMIDDEL BRUG**

Der er indtil videre i projektet udfyldt udskrivningsskemaer på 105 unge, men af disse har mindre end halvdelen, ifølge behandlerne, færdiggjort

behandlingsforløbet, hvilket udfordrer den endelige evaluering i 2015, da der tegner sig et billede af, at en stor andel af de unge slet ikke gennemfører behandlingen. Blandt de 70 unge, som vi både har indskrivnings- og udskrivningsskemaer på indeholdende rusmiddelbrug, er der efter behandling færre der har brugt rusmidler inden for den sidste måned, end da de startede i behandling. Samtidig er flere unge kommet i beskæftigelse ved behandlingens afslutning. Ud fra de få kvalitative interview tyder det da også på, at behandlingen har hjulpet dem til at takle nogle af de årsager, der har været medvirkende til deres forbrug af rusmidler, og at behandlingen i én eller anden udstrækning har bidraget til, at de har reduceret eller ophørt deres rusmiddelforbrug, søgt ind på en uddannelse eller søgt et job. De gennemsnitlige kvantitative tal og de kvalitative interview i dette midtvejsnotatet giver dog ikke nødvendigvis et helhedsbillede af de unge, der har været i behandling, da vi fx kun har kvantitative før- og efterdata på 70 ud af de 286 unge, som MST-SA, U-turn og ÅKM har haft i behandling. Til den endelige evaluering i 2015 er det derfor yderst vigtigt at øge dataindsamlingen både kvantitativt og kvalitativt.





## LITTERATUR

- Adriansen, H.K. (2012): Timeline Interviews: A Tool for Conducting Life History Research. *Qualitative Studies*, vol. 3, issue 1, s. 40.
- Asmussen, V. & H. Dahl (2002): ”Skadesreduktion som forebyggelse på stofmisbrugsområdet.” *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 19(4), s. 249-261.
- Benjaminsen, L., D. Andersen & M. Sørensen (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Ege, P. (2006): Enkelt er det jo ikke. *Stofbladet nr. 7*.
- Fergusson, D. M., L.J. Horwood & A.L. Beutrais (2003): Cannabis and Educational Achievement. Christchurch Health and Development Study and Canterbury Suicide Project, Christchurch School of Medicine and Health Sciences, Christchurch, New Zealand I: *Addiction*, volume 98, issue 12.
- Hall, W. & R.L. Pacula (2003): *Cannabis Use and Dependence*. Cambridge University Press.
- Hansen, S.P. (2007): *Et par år senere: Undersøgelse: De gamle unge fra daggrupperne*. Pihl Inklusive.
- Hesse, M, B. Thylstrup S. & Schrøder (2012): *Rapport om døgnbehandling af stofmisbrug*. Center for rusmiddelforskning. Aarhus Universitet.
- Houborg, E. (2006): *Stofmisbrug, metadon, subjektivering – Historiske og aktuelle fremstillinger af stofmisbrug*. København: Ph.d.-afhandling, Sociologisk Institut: 7-18, 175-230, 277-294.
- Järvinen, M. & S. Ravn (2014): “Cannabis Careers Revisited: Applying Howard S. Becker’s Theory to Present-day Cannabis Use”. *Social Science & Medicine*, 100, s. 133-140.

- Järvinen, M. (2010): Indledning: Stoffer og natteliv. I: *Stoffer og natteliv* (red. Järvinen, M., J. Demant & J. Østergaard). København: Hans Reitzels Forlag, Rockwool Fonden.
- Jespersen, C & M. Sivertsen (2005): *Unge sociale problemer – En forskningsoversigt*. København. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 05:21.
- Laursen, L. (1995): "Harm Reduction Strategy and the Drug Problem: Definitions and Applications in Denmark." *Nordic Alcohol Studies*, 12, s. 97-107.
- Moriarty, J., D. McVicar & K. Higgins (2012): *Peer Effects in Adolescent Cannabis Use: It's the Friends, Stupid*. Melbourne Institute Working Paper No. 27/12.
- Møller, K. & J. Demant (2011): *Unge påbegyndelse af illegalt rusmiddelbrug - Et litteraturstudie over den nordiske forskning*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M.U. & M.M. Pedersen (2013): *Effekten af hashbehandling – En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed behandling af hashmisbrug*. Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M.U., L. Vind & M. Bækbøl (2009): *13-17-årige piger der misbruger rusmidler, og den behandling de tilbydes*. Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M.U. & K. Frederiksen (2012): *Unge der misbruger rusmidler*. Center for rusmiddelforskning.
- Pedersen, M.U. & L. Vind (2010): *Behandling og andre sociale indsatser der tilbydes unge, der misbruger rusmidler: Strukturer, evidensorienteringer og tidlige identificeringer/indsatser i folkeskoler og ungdomsuddannelser*. København: Center for Rusmiddelforskning.
- Rønnoy, L. & B. Marckmann (2010): *Implementeringsforskning om forebyggelse: En baggrundsrapport*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2003): *Narkotikasituationen i DK*. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug.
- Sundhedsstyrelsen (2006): *Narkotikasituationen i DK*. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug.
- Thomsen, R., S. Ravn & J. Østergaard (2013): Tidslinjer som metodisk greb i studiet af vendepunkter i unges livsforløb. I: Visuelle tilgange og metoder i tværfaglige pædagogiske studier: En antologi baseret på erfaringer og indblik fra forskning udviklingsarbejde og undervisning (red. K. Rasmussen). Roskildes Universitetsforlag.
- Weatherall, C. D. & T. Termansen (2013): *Implementering af tre misbrugsbehandlinger for udsatte unge*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Notat.

WHO (2010): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO.

Østergaard, J., M. Røgeskov & P.S. Rasmussen (2010): Unge rusmiddelprofil. I: *Stoffer og natteliv*. M. Järvinen, J. Demant & J. Østergaard (red.). København: Hans Reitzels Forlag. Rockwool Fonden.

WEBSIDER:

Socialstyrelsen 2013:

<http://www.socialstyrelsen.dk/unges-misbrug/unge-og-rusmidler/viden/andre-forstaelser-af-misbrug>.

DMS-IV

on: <http://allpsych.com/disorders/substance/substanceabuse.html>.