

*13-17-årige piger der misbruger rusmidler,
og den behandling de tilbydes*

**13-17-årige piger der misbruger rusmidler,
og den behandling de tilbydes**

Mads Uffe Pedersen

Leif Vind

Marianne Bækbøl

Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet
2009

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2009
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København
ISBN: 978-87-89029-75-7

Center for Rusmiddelforskning
Nobelparken, bygning 1453
Jens Chr. Skous Vej 3
8000 Århus C
Tlf.: 89 42 69 30
Fax: 89 42 69 35
www.crf.au.dk
E-mail: crf@crf.au.dk

Indhold

Forord.....	7
Indledning	9
Sammenfatning af hovedresultater	13
1. Hvad er et misbrug?.....	23
2. Monitoreringsprogrammet og kortlægningsskemaet UngMAP.....	29
3. 13-17-årige med et misbrug af rusmidler – et spørgsmål om sam- eksistens.....	33
4. Piger indskrevet i ambulat stofmisbrugsbehandling.....	43
4.1. Pigerne.....	43
4.2. Pigeres sociale netværk.....	52
5. Pigerne før og efter den ambulante behandling. 10 cases	71
Christina	71
Helena.....	74
Ida.....	76
Isabella	79
Liv	81
Sara.....	83
Maibritt.....	86
Karina	88
Betty	90
Kathrine.....	92
6. Organiseringen af den misbrugsindsats, der tilbydes 13-17-årige i Danmark	95
6.1. Forvaltningstyper og særlige enheder rettet mod de helt unge.....	96
6.2. De mest belastede kommuner og tilbud til unge, der misbruger rusmidler	101
7. En screening af 20 behandlingstilbud for unge med misbrugs- problemer	105
7.1. Teknologibegrebet som analyseværktøj	106
7.2. Transformationsteknologi	107
7.3. Transformationsteknologiens grundelementer	108
7.4. En analyse af transformationsteknologierne i de 20 behandlings- tilbud	111
7.5. Sammenfatning og konklusion	126
Litteratur.....	131
Bilag 1. Bekendtgørelse.....	139

Forord

Dette er den første af en række publikationer fra Center for Rusmiddelforskning (CRF) med fokus på 13-17-årige unge, som har udviklet et problematisk forbrug af rusmidler. I denne publikation er der særligt fokus på 73 piger, deres psykiske og adfærdsmæssige problemer/ressourcer og deres sociale liv generelt. Derudover gives der en indledende beskrivelse af den behandlingsindsats, der tilbydes disse unge i Danmark. CRF vil gerne takke Indenrigs- og Socialministeriet, som har muliggjort påbegyndelsen af projektet. Ligeledes skal de kommunale behandlingscentre og de døgninstitutioner, der har stillet sig til rådighed, takkes for deres imødekommenhed og åbenhed og endelig, men ikke mindst, skal de 212 unge, der foreløbigt har deltaget i første interviewrunde, og de foreløbig 50, der har stillet sig til rådighed seks måneder efter udskrivning, takkes for deres åbenhed og vilighed til at fortælle om deres liv på godt og ondt. Projektet fortsætter endnu mindst to år og vil blive efterfulgt af både rapporter og artikler med fokus på såvel de unge som den behandling, de tilbydes.

Projektet er designet og ledet af centerleder Mads Uffe Pedersen, som også har skrevet indledning, sammenfatning og kapitlerne 1,2,3,4 og 6. Lektor Leif Vind har skrevet kapitel 7, mens projektmedarbejder Marianne Bækbøl har skrevet kapitel 5.

Indledning

Denne rapport er den første i en række af publikationer, som vil udkomme fra Center for Rusmiddelforskning (CRF) med det formål at sætte fokus på behandling af 13-17-årige unge med et problematisk forbrug af rusmidler. At CRF har valgt netop dette satsningsområde er ikke mindst, fordi der ikke tidligere har været særskilt fokus på netop denne gruppe, som ikke alene har udviklet et problematisk forbrug af rusmidler, men som også er belastet af en lang række sociale og psykiske problemer.

Satsningen kan deles op i tre faser:

1) I den første fase fik CRF via en bevilling fra Socialministeriet mulighed for at etablere et monitoreringssystem/program (UngMAP), bl.a. med henblik på at identificere og følge en gruppe unge piger før, gennem og efter et behandlingsforløb. UngMAP er nu etableret og foreløbig er 73 piger blevet registeret. Denne rapport vil bl.a. beskrive denne gruppe, herunder 10 case-beskrivelser af anonymiserede piger før og efter behandlingen.

2) I den anden fase vandt CRF sammen med Statens Institut for Folkesundhed, Bispebjerg Hospital og Roskilde Universitet et udbud fra Servicestyrelsen med det formål at afdække unges sociale problemer og de sociale indsatser, der tilbydes disse unge. Med denne bevilling har det været muligt a) at udvide UngMAP (i dag har 22 centre implementeret redskabet), b) udvide ungegruppen til også at indbefatte drenge og til i alt at inkludere omkring 500 unge under 18 år, som vil blive fulgt seks måneder efter udskrivning, og c) at afdække organiseringen og indholdet af den behandlingsindsats, der tilbydes denne gruppe unge i Danmark.

I denne rapport vil de 73 piger blive sammenlignet med de første 139 drenge, som er registreret i UngMAP, og den første indledende analyse af organiseringen og indholdet af behandlingsindsatsen vil blive præsenteret. Anden runde i analysen af behandlingsindsatsen er gået i gang og forventes publiceret næste år ved samme tid.

Når analysen af organiseringen og indholdet af behandlingsindsatsen er indledende, er det, fordi den har vist sig at rejse mindst lige så mange spørgsmål, som den har besvaret. Anden del vil derfor komme til at omhandle følgende:

- Det har vist sig, at kommunerne varetager behandlingsgarantien meget forskelligt (se kapitel 6). Dette vil vi i detaljer undersøge ved at udvælge

fire-fem kommuner, som varetager opgaven vidt forskelligt. Her vil det blive undersøgt, hvordan de unge med misbrug af rusmidler identificeres, hvordan de rekrutteres/motiveres til behandling, hvordan de visiteres, hvilke ”stier” der anvendes (f.eks. fra skole over SSP til behandlingscenter eller noget helt andet). Dette forholdes bl.a. til, hvor mange unge med misbrug kommunen identificerer.

- I denne undersøgelse har det vist sig, at en af de helt store udfordringer for misbrugsbehandlingen af unge er at skabe sammenhæng mellem udredning og behandling (se kapitel 7). Til dette knytter sig også hele evidensspørgsmålet. Netop disse spørgsmål vil i anden del af behandlingsanalysen blive nuanceret.
- Endelig er der de senere år udviklet kvantitative redskaber til vurdering af, hvilke elementer der er indeholdt i de forskellige tilbud. En sådan undersøgelse vil blive gennemført på samtlige ambulante behandlingssteder, der behandler unge under 18 år, som har udviklet et misbrug af rusmidler.

3) I den tredje fase har CRF fået midler til et ph.d. stipendium, som vil have fokus på denne gruppe af unges identitetsdannelse i et sociologisk perspektiv. Den ph.d. studerende er fundet og påbegynder studiet 1. januar 2010.

I Danmark lever der i 2009 i følge Danmarks Statistik 353.372 unge i alderen 13-17 år. Langt de fleste af disse unge lever et godt liv i gode familier med alle de glæder, frustrationer og sorger, som ungdomslivet nu giver. En mindre gruppe – antageligt omkring 10 % (se kapitel 3) – lever derimod et liv belastet af tydelige adfærdsmæssige, psykiske og sociale problemer. Mange af disse har et for stort forbrug af rusmidler; nogle har svære koncentrationsvanskeligheder, som måske kan skyldes ADHD, ADD eller anden kognitiv forstyrrelse; nogle er angstede, depressive og har selvmordstanker; en ikke ringe del af dem har forsøgt at tage deres eget liv; nogle skader sig selv på forskellig måde (skærer i sig selv, holder op med at spise eller andet), andre er udadreagerende, voldelige og kriminelle, mens andre har været overgrebet fysisk, psykisk eller seksuelt og har i forbindelse med det udviklet symptomer på posttraumatisk stress. Og der kunne såmænd nok nævnes en række andre belastninger.

I denne rapport er det den gruppe af 13-17-årige, som har udviklet et problematisk forbrug af rusmidler, der skal være i fokus. Som det skal vises i kapitel 4, kan problemer med rusmidler dog ikke anskues isoleret. Således hører det til undtagelsen at se en på alle andre områder velfungerende 16-årig ung pige, der søger hjælp for sit problematiske forbrug af rusmidler.

Når der er problemer med rusmidler, er der næsten altid også andre adfærdsmæssige, sociale og/eller psykiske problemer i spil.

Rapporten vil blive opdelt i syv kapitler. Efter denne indledning følger en sammenfatning af nogle af de væsentligste resultater fra undersøgelsen. Herefter følger selve rapporten, hvor det i *kapitel 1* nærmere indkredses, hvad det vil sige at have udviklet et misbrug af rusmidler. I *kapitel 2* præsenteres monitoreringssystemet og kortlægningskemaet UngMAP. *Kapitel 3* vil blive en analyse af, hvilke problemer denne gruppe af unge har som sameksisterer med deres problematiske forbrug rusmidler. Denne analyse er baseret på en gennemgang af metaanalyser og reviews af internationale undersøgelser. I *kapitel 4* rettes fokus mod de foreløbigt 73 piger i alderen 13-17 år, som var blevet registreret i UngMAP pr. 1. maj 2009. Formålet med denne analyse er ikke mindst at identificere de risiko- og beskyttelsesfaktorer, som kan knyttes til pigernes alkohol- og stofforbrug og psykiske belastning. Denne analyse bygger alene på interviewene ved indskrivningen til det ambulante behandlingsforløb og er rent statistisk. I *kapitel 5* udvides denne analyse til også at indbefatte tiden efter den ambulante behandling og kvalitative data. Dette gøres gennem en beskrivelse af 10 cases, som illustrerer de forskelle og ligheder, der findes i pigernes liv såvel før som efter den ambulante behandling. Der er tale om anonymiserede cases, som også på andre måder er sløret for at umuliggøre identificering af konkrete personer. I *kapitel 6* gives der et begyndende overblik over, hvordan de 98 danske kommuner har valgt at organisere den ambulante behandling, de qua behandlingsgarantien er forpligtiget til at tilbyde. Dette efterfølges af det afsluttende *kapitel 7*, hvor 20 behandlingssteder er blevet nærmere undersøgt med henblik på beskrivelse af deres behandlingsmodeller (forandringsmodeller), konkrete metoder og strategier med mere.

Sammenfatning af hovedresultater

Undersøgelsens hovedresultater fokuserer på følgende:

- Identificering af risiko- og beskyttelsesfaktorer for 73 piger i alderen 13 til 17 år, som er/har været indskrevet i behandling for deres misbrug af rusmidler.
- En mere kvalitativ beskrivelse af pigerne før og efter behandlingen gennem 10 cases.
- En analyse af, hvordan behandlingstilbudet til disse piger (og drenge) overordnet er organiseret i Danmark.
- Karakteren/indholdet af den konkrete behandling, der tilbydes disse piger (og drenge).

Inden gennemgangen af hovedresultaterne er det via en gennemgang af internationale undersøgelser blevet belyst, i hvilken grad misbruget af rusmidler sameksisterer med andre adfærdsmæssige, psykiske og sociale problemer. Resultaterne fra disse internationale undersøgelser er i udpræget grad genkendelige i disse 73 pigers liv.

Et spørgsmål om sameksistens: Pr. 1/1 2009 var der i Danmark 353.372 unge i alderen 13 til 17 år (begge inklusive). Ved at overføre resultater fra tysk og amerikansk forskning estimeres det, at der i Danmark findes omkring 21.000 mellem 13 og 17 år, som har udviklet et misbrug af rusmidler. Den definition, der anvendes på misbrug her, er hentet ud fra DSM-IV, som er diskuteret i kapitel 1.

Herefter følger en gennemgang af nogle af de psykiske og adfærdsmæssige problemer hos unge, som oftest kan knyttes sammen med misbrug af rusmidler. Der er tale om ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), forskellige adfærdsforstyrrelser (oftest diagnosticeret som Conduct Disorder), selvmordstanker og selvmordsforsøg, selvskadende adfærd (andet end selvmordsforsøg), vold og overgreb med PTSD (Post-traumatic Stress Disorder) som konsekvens. For hver af disse estimeres det, hvor mange danske 13-17-årige der kan have udviklet disse problemer, hvis de udenlandske resultater skal tages for troende.

For eksempel kan det estimeres, at omkring 20.000 af de 13-17-årige kan gives diagnosen ADHD, og at omkring en tredjedel af dem, der er i behandling for misbrug af rusmidler, har ADHD. Samtidig er ADHD ikke i sig selv en risikofaktor for udvikling af misbrug – den skal sædvanligvis sameksistere med tidlig adfærdsforstyrrelse (Conduct Disorder = CD), hvilket da også meget hyppigt er tilfældet. CD findes ligeledes hos ca. en tredjedel af de unge, der kommer i behandling for et misbrug af rusmidler.

Ud fra internationale undersøgelser kan det forventes, at omkring 70.000 danske unge i alderen 13-17 år har haft tanker om at tage deres eget liv. I denne undersøgelse er det 58 % af pigerne, der har haft tanker om at tage deres eget liv, mens det er 40 %, der faktisk har prøvet på at realisere disse tanker.

Det estimeres, at ca. 10 % af de 13-17-årige (30-40.000) lever et liv med svære adfærdsmæssige, psykiske og/eller sociale problemer. Af disse har omkring halvdelen udviklet et misbrug af rusmidler, hvortil kommer en mindre gruppe, som har udviklet et misbrug af rusmidler, uden at der umiddelbart kan identificeres psykiske og sociale problemer. Endelig opstilles der en liste over risikofaktorer for udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler.

De 73 piger: Ud over de 73 piger vil der som sammenligningsgrundlag indgå 139 drenge i alderen 13-17 år i denne foreløbige opgørelse (indskrivninger monitoreres fortsat). De er alle indskrevet i behandling for deres misbrug af rusmidler. Pigerne i undersøgelsen er yngre end drengene, og så har de meget oftere end drengene en kæreste. Pigerne oplever sig som bedre til at læse end drengene, men de oplever også i højere grad at blive mobbet i skolen. Drenge oplever, de er bedre til sport end pigerne, og så ser de sig selv oftere end pigerne som nogle "ballademagere" i skolen. Såvel pigerne som drengene har stort set uden undtagelse haft en problematisk oplevelse med skoletiden – men i varieret omfang. Dette hænger ikke nødvendigvis sammen med, at de er dårlige til de boglige fag. Dette ses ikke alene statistisk, men kommer også klart til udtryk i casebeskrivelserne.

Pigernes debutalder for afprøvning af de forskellige typer rusmidler er ikke forskellig fra drengenes; de har også prøvet de samme typer stoffer og stort set taget de samme stoffer som drengene i måneden op til indskrivning. Enkelte undtagelser er dog, at flere drenge end piger har røget hash i måneden op til indskrivningen; at de piger, der bruger beroligende medicin, oftere har taget dette end de drenge, der bruger samme, og at drenge drikker flere genstande alkohol end piger, når de drikker. Dette er forskelle, som vi også har identificeret blandt voksne alkohol og stofmisbrugere. Der til kommer, at drenge bruger næsten dobbelt så mange penge som pigerne til alkohol og stoffer pr. måned. Det kan dog her være, at pigerne i langt højere grad får stoffer/alkohol foræret, mens det modsatte er tilfældet for drengene (som jo også indtager større mængder). Pigerne er da også mindre kriminelle end drengene.

Hvad angår psykisk belastning adskiller piger og drenge sig mere klart fra hinanden. Flere piger end drenge har haft selvmordstanker, forsøgt at tage deres liv, været selvskadende, depressive og angste. Således har

40,2 % af de 67 piger, der har svaret på dette spørgsmål, forsøgt at tage deres eget liv på et tidspunkt i deres liv (14,6 % af drengene) og 61,2 % af pigerne har skåret i sig selv (24,4 % af drengene).

Pigerne blev opdelt i følgende tre forbrugskategorier (vurderet ud fra den sidste måned op til indskrivning):

- moderat forbrug (alkohol og hash);
- middelsvært forbrug (alkohol, hash og CSS=centralstimulerende stoffer) og
- svært (multi)forbrug (stort forbrug af alkohol, hash, CSS og andre typer illegale stoffer).

Svært (multi)misbrug kan på forskellige måder knyttes tæt sammen med angst, hallucinationer, aggression, PTSD-lignende symptomer og selvmordstanker. Det konkluderes, at psykisk belastning kan forudsige et problematisk forbrug af rusmidler, men at det modsatte lige så sandsynligt er tilfældet.

I det følgende skal der opstilles en række risikofaktorer for piger, der indskrives i behandling for deres rusmiddelforbrug. Der er ikke tale om risikofaktorer for prognose, men derimod for graden af stof, alkohol og psykisk belastning ved indskrivning. Dette kunne tænkes at betyde noget for prognosen, hvilket senere skal undersøges.

Risikofaktorer

Piger, der kommer fra familier med et stort alkohol og/eller stofforbrug, er særligt belastede. De har et større forbrug af hårde stoffer, flere er voldelige/aggressive, har selvmordstanker, forsøgt at begå selvmord og har på anden måde skadet sig selv. Det samme gælder for piger, der kommer fra plejefamilier. Måske fordi de netop kommer fra kaotiske opvækstvilkår.

Forbrug af rusmidler og psykisk belastning kan knyttes tæt sammen. De mest psykisk belastede har således oftere end andre piger prøvet forskellige typer stoffer og haft et større forbrug op til indskrivning. Der er antageligt tale om en vekselvirkning, således at psykiske problemer fører til et problematisk forbrug af rusmidler og et problematisk forbrug af rusmidler fører til psykiske problemer. Jo tidligere pigerne debuterer med deres forbrug, desto flere psykiske problemer har de senere.

Piger, der har en kæreste, har oftere prøvet forskellige typer stoffer end andre piger. Flere af dem er op til indskrivningen angste, og flere af dem har i deres liv forsøgt at begå selvmord. Jo mere konflikt de har med kæresten, desto mere voldelige er disse piger. De piger, der har det sværest psykisk, ses mest med deres kæreste – måske fordi de ikke kan finde støtte andre

steder. Drengene med kæresten er mere voldelige/aggressive end andre drenge, hvilke kunne indikere, at der er tale om meget umodne forhold.

Jo mere kontakt pigerne har til en stedfar, desto større forbrug af amfetamin, opiat og jo tidligere debut med brug af CSS. Flere af disse piger er desuden depressive, aggressive, har forsøgt selvmord og har PTSD-lignende symptomer. Forholdet til stedfaren er komplekst. Således er der eksempler på, a) at mor nok er støttende, men helt har opgivet de mere strukturerede opdragelsesmæssige relationer over for pigen, hvilket b) stedfaren forsøger at påtage sig, hvilket c) bevirker, at pigen afviser stedfaren og fortæller ham, at han ikke skal komme her og spille far. Et eksempel på noget sådant er f.eks. pigen på 15 år, der sover ude ca. 15 dage om måneden, hvilket stedfaren synes er for meget, men som moren ikke reagerer på. Der er dog også eksempler på en helt misforstået adfærd fra stedfarens side.

De, der har flest nære venner/kammerater, er dem, der tager de hårdere stoffer og drikker mest alkohol. De piger, der har flest kammerater, er dem, som hyppigst beskriver sig selv som aggressive og voldelige. Flere af de piger, der prioriterer at tage rusmidlerne sammen med nære venner eller kammerater, har prøvet amfetamin, kokain, andre mere sjældent brugte illegale stoffer og opiat. Jo flere forskellige typer settings, pigerne har indtaget rusmidler i, desto flere rusmidler har de prøvet/forbruger de. Det er også dem, der oftest oplever sig selv som skolens "ballademagerne", "skoletrætte" og hyppigst har været ude for skoleskift. De, der primært foretrækker private fester som forbrugs-setting, er de mest rusmiddelbelastede i måneden op til indskrivning

Hvis pigerne har venner, der bruger nogle bestemte rusmidler, så bruger de dem også selv. Der er altså stor risiko for, at en ung pige, der er sammen med andre unge, der tager CSS, også selv tager det. De piger, der fortæller, at deres primære aktivitet sammen med deres venner er at drikke, ryge hash og tage andre stoffer, er dem, der oftest har prøvet forskellige typer stoffer og op til indskrivningen har haft det største forbrug af alle typer stoffer. De er også debuteret tidligere end andre piger med alle typer illegale stoffer, og så er de op til indskrivningen mere voldelige end andre piger.

Jo mere pigerne beskriver sig som "ballademagere" i skolen (konflikt med læreren, forstyrrende i timerne, kunne ikke sidde stille mv.), desto flere typer stoffer har de prøvet i livet/forbrugt op til indskrivning. De, der har oplevet at være blevet mobbet, har hyppigere gennem livet haft et forbrug af beroligende medicin. Ballademagerne er altså de mest aggressive og volde-

lige (livstid), mens de mobbede hyppigere har haft selvmordstanker, forsøgt selvmord samt oplevet PTSD-lignende symptomer (livstid).

De unge, der aktuelt modtager et skoletilbud med specialundervisning/eneundervisning, er langt mere psykisk belastede end unge, der går i almindelig skole. F.eks. har de piger, der modtager specialtilbud, alle været aggressive og voldelige, mens det samme er tilfældet for under halvdelen af dem, der går i almindelig skole.

Beskyttelsesfaktorer

Jo mere pigerne har kontakt med far og desto mindre konflikt i denne kontakt, desto mindre forbrug af illegale stoffer, og desto færre af dem er aggressive, har selvmordstanker, er selvskadende eller har PTSD-lignende symptomer. Jo mere støtte fra mor i måneden op til indskrivning, desto mindre forbrug af CSS i samme tidsrum, og desto færre af pigerne har forsøgt selvmord.

De unge, der foretrækker at indtage rusmidler i det offentlige rum (centre, parker, udenfor – oftest skjult for andre), er klart de mindst belastede af rusmidler, ikke bare op til indskrivning, men også i forhold til hvilke typer rusmidler de har prøvet. Der er antageligt tale om en gruppe med begrænsede bevægelsesmuligheder; som måske ikke har mange venner, der tager rusmidler, eller som ikke bryder sig om at vise deres forbrug åbenlyst.

De piger, der oplever sig selv som målrettede og kompetente i skolen, og som godt kunne lide at gå i skole, har prøvet færre typer stoffer (liv og aktuelt) end andre piger, og de piger, der er i del-/fuldtidsbeskæftigelse og/eller praktik, bruger ikke andre illegale stoffer op til indskrivning end hash. At opleve sig selv som dygtig i skolen (og kunne lide at gå i skole) og/eller være i del-/fuldtidsbeskæftiget/praktik ser ud til at virke beskyttende over for brug af andre illegale stoffer end hash.

Endelig er de piger, der ses mest med deres skolelærer i måneden op til indskrivningen, dem, der har det mindste forbrug af illegale stoffer. Dette kan ikke forklares med alder. De, der ses mest med deres lærer, er dem, der modtager almindeligt skoletilbud (typisk 9-10. klasse), efterskole og produktionsskole, og som samtidig ikke pjækker fra timerne.

Interview med pigerne 6-12 måneder efter udskrivning. 10 cases: De 10 cases, der gennemgås, er i sig selv at betragte som sammenfatninger, og der skal derfor henvises til kapitel 4. Her skal blot nævnes, at stort set alle de piger, der er blevet gen-interviewet efter udskrivning, er inde i en positiv proces. Der mærkes dog også blandt de fleste af dem en stor skrøbelighed,

som fordrer fortsat støtte, ikke bare fra pigernes eget sociale netværk, men også fra et eller flere professionelle hjælpesystemer.

Den overordnede organisering af den misbrugsbehandling der tilbydes disse unge i Danmark: De 353.372 danske 13-17-årige har bopæl i 98 kommuner. Disse kommuner har med virkning fra 1/10 2005 pligt til at sørge for, at disse unge kan komme behandling for deres stofmisbrug i særlige tilfælde (se bilag 1). Tilbuddet skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen.

Målgruppen er unge, som på grund af stofmisbruget har alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer, der medfører, at den unge ikke kan fungere i forhold til familie, uddannelse, arbejde eller skole. Der er tale om unge med sociale, fysiske og/eller psykiske skader forårsaget af stofmisbruget.

Den sociale behandlingsgaranti dækker kun i de særlige tilfælde, hvor stofmisbruget har udviklet sig sådan, at den unge ikke kan modtage den almindelige støtte efter reglerne for børn og unge i lovens kapitel 8, førend der er sat en social behandling i gang i forhold til stofmisbrugsproblemet. Fortolkningen af, hvem der hører under målgruppen, er særdeles vanskelig og diskuteres i kapitel 6.

Der blev pr. 1/7 2009 identificeret 34 ambulante behandlingscentre med egne fysiske rammer, som har den særlige opgave at tilbyde misbrugsbehandling til unge under 18 år. Det er helt overvejende de store og mellemstore kommuner, som har etableret et sådant behandlingscenter. I en enkelt stor og visse mellemstore kommuner (med mellemstore byer) findes der dog intet misbrugsbehandlingscenter, der specifikt tilbyder netop de 13-17-årige behandling. Dette betyder dog ikke nødvendigvis, at disse kommuner ikke lever op til behandlingsgarantiens krav. Typisk køber disse kommuner ydelsen af andre kommuner, af regionen eller af private udbydere (f.eks. døgninstitutioner). Dertil kommer, at målgruppen kan fortolkes på forskellig måde.

I de kommuner, hvor misbrugsbehandlingen af de under 18-årige hører under ”*Skole-, undervisnings-, kultur- og fritidsforvaltningen(erne)*”, er der ringe chancer for, at der er etableret en behandling af denne gruppe i selvstændige rammer. Af de 30 kommuner, hvor dette er tilfældet, er der således etableret fysiske enheder, der tilbyder behandling til netop denne gruppe i fire kommuner. Der er dog også her overvejende tale om små kommuner, som køber deres ydelse i andre kommuner. I den helt anden ende af skalaen finder vi kommuner, som har placeret misbrugsbehandlingen under ”*Sundheds-, social- og arbejdsmarkedsforvaltningen*”. I 26 af disse 30

kommuner (87 %) er der etableret fysiske enheder, der tilbyder misbrugsbehandling til de under 18-årige.

Det er almindeligt at tilbyde en eller anden form for anonym rådgivning. Det er således kun otte kommuner, som har valgt ikke at have en sådan rådgivning. Et egentligt behandlingsforløb kan dog ikke være anonymt i nogen kommuner.

Opsøgende medarbejdere findes i alle de store byer (helt op til 12 i Aalborg) og i nogen udstrækning i mellemstore byer. Nogle relativt store kommuner har dog ikke opsøgende medarbejdere.

I kapitlet opstilles der en model for, hvordan særligt belastede kommuner kan identificeres. Kommuner opdeles herefter i lavt belastede, mellem belastede og højt belastede kommuner. Til de mellem belastede kommuner hører stort set alle de store kommuner. Disse kunne med fordel opdeles i mindre enheder. Der findes dog lige så mange af de kommuner, der er lavt belastede, som har etableret en egentlig behandling, som der findes i de højt belastede (selvom de ikke er større. De er til gengæld rigere).

De små kommuner, der ikke har etableret noget egentligt misbrugsbehandlingstilbud til de under 18-årige, tilbyder ikke nødvendigvis denne gruppe en dårligere behandling end de større kommuner. Nogle køber det således hos nabokommunen eller hos regionen, og fordi en stor kommune har etableret et misbrugsbehandlingscenter for de under 18-årige, betyder det jo ikke, at kapaciteten er højere end hos dem, der køber det i andre kommuner.

En screening af 20 behandlingstilbud for unge med misbrugsproblemer:

Analysen af de 20 behandlingstilbud tager udgangspunkt i identificeringen af den såkaldte transformationsteknologi, der anvendes i organisationerne. Begrebet transformationsteknologi refererer til den viden og de handlinger, organisationens medarbejdere tager i anvendelse for at give klienten den ydelse, som klienten selv eller andre aktører omkring klienten har anmodet organisationen om at give. Transformationsteknologien består af fem grundelementer:

1. Klientkarakteriseringsteknologien (f.eks. udredningskapacitet)
2. Videnteknologien (f.eks. behandlingsmetoder)
3. Interaktionsteknologien (f.eks. hvem der styrer/tager hovedansvaret)
4. Klientkontrolteknologien (f.eks. overvågning og monitorering af engagement)
5. Serviceimplementeringsteknologien (herunder koblingen mellem forskellige elementer, f.eks. udredning og behandling)

Klientkarakteriseringsteknologien: For de fleste tilbuds vedkommende er der tale om en forholdsvis lav og ofte ikke standardiseret udredningskapacitet. De fleste tilbud skal rekvirere specialiseret udredning eksternt, hvilket tidligere undersøgelser har vist, virker hæmmende i forhold til at identificere problematikker som eksempelvis psykiske lidelser.

Videnteknologien: Generelt anvendes i dag en vifte af metoder, hvor man tidligere i misbrugsbehandlingen så mono-metodiske behandlingskulturer. De mest anvendte metoder er samtidig også de metoder, der i dag er mest evidensbaserede (se tabel for, hvilke metoder der anvendes i kapitel 7). Disse metoder har imidlertid primært spredt sig i de ambulante, kommunale tilbud. Til videnteknologien hører også, hvilken forandringsmodel der anvendes, herunder hvilken viden om årsagsrelationer der ligger til grund for de valgte metoder. Centrene/institutionerne deles her op i forskellige typer forandringsmodeller (fra klart gennemtænkte forandringsmodeller, der hænger sammen med valgte behandlingsmetoder, til selvopfundne forandringsmodeller, der finder deres begrundelse i den lokale praksis).

Interaktionsteknologien: Der ses blandt de deltagende behandlingstilbud en glidende overgang mellem to typer interaktionsmønstre: et mønster, hvor de professionelle tager hovedansvaret for styringen af behandlingen, og et mønster, hvor behandlerne forventer, at klienten ikke blot er involveret, men også aktiv i beslutningstagningen omkring processens fremtidige forløb.

Klientkontrolteknologien: Overvågningen eller monitoreringen af klienternes behandlingsengagement synes generelt at foregå intuitivt, og ingen interviewede behandlingstilbud beretter om anvendelse af teknologi i denne sammenhæng. Kun en fjerdedel af de deltagende behandlingstilbud beskriver at anvende egentlig teknologi til påvirkning af engagementet i form af teknikkerne i f.eks. den motiverende samtale.

Serviceimplementeringsteknologien: Der synes mange steder at være en løs kobling mellem behandlingens enkelte elementer, tydeligst set mellem udredning og behandling. Dette beskrives i litteraturen som værende nærmest et grundvilkår inden for socialt arbejde. Hver enkelt individuelle behandlingsdel har en tendens til at få sit eget liv, sin egen organisering, og det er en vedvarende kamp at opnå sammenhæng mellem eksempelvis udredning og behandling.

Konklusion

Den samlede konklusion på denne foreløbige undersøgelse er, at 13-17-årige piger i behandling for deres misbrug sjældent har deres misbrug som deres primære problem. De risiko- og beskyttelsesfaktorer, som beskrives i internationale undersøgelser, kan således også identificeres hos denne relativt lille gruppe. Som det vil fremgå, har den ambulante behandling for langt de fleste piger startet en positiv proces. Til gengæld er der for de fleste piger dog også tale om en høj grad af skrøbelighed, som, hvis livet igen går dem mere imod, måske igen vil give dem psykiske og adfærdsmæssige problemer, problemer med at fastholde et arbejde, for meget alkohol, flugt ind i et forbrug af stoffer eller noget helt andet.

Måden, kommunerne overholder behandlingsgarantien på for denne gruppe af unge, er meget forskellig og svært gennemskuelig. Der blev pr. 1/7 2009 identificeret 34 kommuner, som havde etableret ambulante misbrugsbehandlingscentre for de under 18-årige. De øvrige kommuner køber ydelserne af andre kommuner, regioner eller private udbydere. De enkelte behandlingstilbud har i dag store problemer med at skabe sammenhæng mellem ikke mindst udredning og behandling, hvilket må betragtes som en hjørnesten i enhver behandling.

1. Hvad er et misbrug?

I denne rapport anvendes termen misbrug ofte til at beskrive de unges forhold til rusmidler. Der er ofte rejst kritik af anvendelsen af denne term, når unges forbrug af rusmidler skal beskrives, hvilket den følgende gennemgang viser ikke nødvendigvis er helt ubegrundet. Ikke desto mindre skal termen misbrug anvendes i denne rapport, fordi det nu engang er den term, langt de fleste anvender, når de beskriver denne gruppe unges forbrug. Til gengæld fordrer det en kort gennemgang af, hvad der egentlig menes med misbrug.

Misbrug kan anskues ud fra forskellige perspektiver. De fire perspektiver er henholdsvis 1) det sundheds-psykologiske, 2) det sociale, 3) det juridiske og 4) hverdagsforståelsen.

1) Misbrug som en sundheds-psykologisk diagnose finder vi i WHO's diagnosesystem ICD-10. Definitionen er vist nedenfor i sin korte form.

Et brugsmønster af et psykoaktivt stof, som medfører, at helbredet skades. Skaden kan være fysisk (som ved hepatitis efter injektionsmisbrug) eller psykisk (f.eks. episoder med depression efter svært drikkeri):

- a. Fysisk og psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd).
- b. Skaden klart påviselig.
- c. Varighed mindst 1 måned eller gentagne gange inden for et år.
- d. Afhængighedssyndrom udelukkes, og det udelukkes ligeledes, at der er tale om psykisk eller adfærdsmæssig lidelse eller forstyrrelse, uspecificeret fremkaldt af alkohol eller andre rusmidler.

I Danmark anvendes ICD-10-kriterierne til at diagnosticere skadeligt brug af rusmidler. Selv om der i ICD-10 alene tales om skadeligt brug og ikke om misbrug, så anvendes disse to ofte som synonyme og behandles da også ofte som sådan af andre forfattere (se Jung 2001:45).

ICD-10-definitionen på skadeligt brug (misbrug) er helt fokuseret på det individuelle, idet den alene har fokus på den psykiske og fysiske tilstand hos den person, der indtager rusmidlet. Det sociale perspektiv er fuldstændigt udeladt. En person, hvor der (endnu ikke) kan påvises fysiske og psykiske skader af brug af f.eks. alkohol, men som arbejdsmæssigt, familiemæssigt eller på anden måde er socialt dysfunktionel som en konsekvens af sit rusmiddelforbrug, vil altså ikke nødvendigvis blive identificeret som havende et misbrug, hvis ICD-10 anvendes. Referencen til "skadet dømmekraft og adfærd" kan måske i nogen grad indirekte anvendes som en so-

cial markør. Der skal dog være tale om klart påviselig skadet dømmekraft og adfærd, og varigheden må betragtes som rækkende ud over selve beruelsen.

2) Misbrug som en *socialdiagnose* finder vi i det amerikanske diagnosesystem DSM-IV. Det er dette system, der anvendes i stort set alle internationale undersøgelser af misbrug. Nedenstående er dette diagnosesystems definition på misbrug vist.

- A) Et dårligt tilpasset brugsmønster af et eller flere rusmidler, som fører til en klinisk signifikant funktionsnedsættelse, manifesterende sig ved én (eller flere) af følgende kendetegn inden for en 12 måneders periode:
- (1) *Tilbagevendende indtagelse af et eller flere rusmidler medfølgende manglende evne til at indfri betydelige forpligtigelser på arbejdet, i skolen eller i hjemmet (f.eks. gentaget fravær eller ringe arbejdspræstation relateret til indtagelse af rusmidlet(erne); rusmiddelrelateret fravær, suspendering eller bortvisning fra skole; forsømmelse af børn og familie/husstand).*
 - (2) *Tilbagevendende brug af et eller flere rusmidler i situationer, hvor det er fysisk farligt (f.eks. at køre bil eller betjene en maskine, mens man er hæmmet af rusmidlet(erne)).*
 - (3) *Tilbagevendende rusmiddelrelaterede juridiske problemer (f.eks. anholdelse for rusmiddelrelateret forstyrrelse af offentlig ro og orden).*
 - (4) *Fortsat indtagelse af et eller flere rusmidler på trods af varige eller tilbagevendende sociale eller interpersonelle problem forårsaget af dette/disse rusmidler (f.eks. konflikter med ægtefælle om konsekvenser af beruselse, fysiske slagsmål).*
- B) Symptomerne har aldrig opfyldt kriterierne for rusmiddelfafhængighed.

[Forfatterens oversættelse af DSM-IV 1995:186-7]

I modsætning til ICD-10-diagnosesystemets individ-definition på skadeligt brug er DSM-IV-systemets definition på misbrug at betragte som en socialdiagnose, der ikke direkte fokuserer på psykiske og fysiske skader. Kriterium 3 – *Tilbagevendende rusmiddelrelaterede juridiske problemer* – skal her forstås således, at det er juridiske problemer forbundet med selve rusen (og ikke fremskaffelse af rusmidlet), som hører under dette kriterium. Om dette er en officiel forståelse, er dog vanskeligt at gennemskue.

Det er ikke sært, det har været vanskeligt at finde overensstemmelse mellem klienter diagnosticeret med ICD-10-diagnosen for skadeligt brug og DSM-IV-diagnosen for misbrug (Jung 2001:49). Forholdet mellem DSM-IV og ICD-10 er bl.a. undersøgt af Schuckit et al. (1994). Interviewere diagnosticerede her de samme 1922 personer ud fra såvel DSM-IV og ICD-

10. Man fandt her, at DSM-IV fandt langt flere med misbrug, end ICD-10 fandt med skadeligt brug. Når DSM-IV blev anvendt, fandt man således f.eks., at 35,7 % havde et misbrug af cannabis, mens det var 8,7 %, der blev givet denne diagnose, når ICD-10 blev anvendt. Ikke nok med at DSM-IV metoden fandt langt flere med misbrug end ICD-10 metoden – dem, de fandt, var heller ikke de samme. Det er derfor forståeligt, når nogle praktikere kan have meget svært ved at finde ud af, hvornår nogle unge misbruger stoffer eller bruger stoffer.

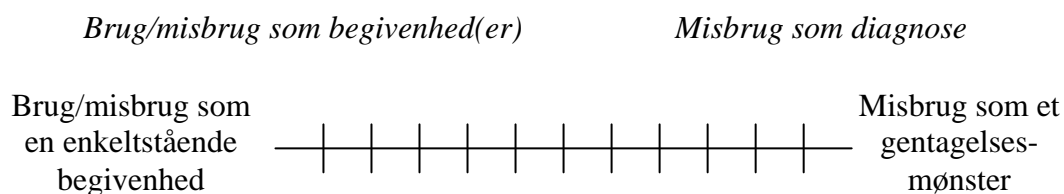
3) Ovenstående problem kunne løses ved at anvende den juridiske forståelse af misbrug:

I en international kontrolpolitisk sammenhæng forstås misbrug som indtagelse af et hvilket som helst psykoaktivt stof, som er under international kontrol [som kan indtages illegalt], hvor formålet med indtagelsen ikke er medicinsk eller videnskabeligt, herunder indtagelse der ikke er ordineret, i større doser end angivet eller over en længere periode end angivet (jf. Demand Reduction: A glossary of terms, 2000).

At definere al indtagelse af illegalt fremskaffede stoffer som misbrug har været ret almindeligt inden for international kontrolpolitik. Enhver indtagelse af f.eks. hash, ecstasy og amfetamin vil ud fra en sådan opfattelse blive betragtet som misbrug, mens man til gengæld godt kan tale om brug af alkohol. En sådan forståelse afviser altså, at vi overhovedet kan tale om brug af illegale stoffer. Samtidig afstedkommer diagnosen for dem, der ser misbrug ud fra et socialt og/eller sundhedsmæssigt perspektiv, en række svært acceptable konsekvenser. Det må jo f.eks. indebære, at personen, der hver dag indtager benzodiazepiner, som er ordineret af egen læge, per automatik bruger benzodiazepiner – også selv om bruget afstedkommer svære psykiske og sociale problemer, mens personen, der hver dag indtager benzodiazepiner, som vedkommende har skaffet sig illegalt, per automatik misbruger benzodiazepiner. Ud fra et kontrolperspektiv bruger den første altså dette rusmiddel, mens den anden misbruger rusmidlet – dette uanset om de indtager samme mængde, og om indtagelsen løser eller giver de samme problemer. Det vil også betyde, at en person, der indtager tre genstande om dagen, bruger alkohol, mens en person, der ryger en pibe hash lørdag aften og ellers ikke indtager rusmidler, misbruger hash.

4) *Misbrug som hverdagsforståelse*: Når man til daglig taler om misbrug, bruger vi det oftest på samme måde, som når man i England og USA taler om addiction, substance abuse og substance misuse. Altså som en samlebetegnelse for ”*et tilbagevendende forbrug, der afstedkommer fysiske, psy-*

kiske og/eller sociale problemer” (ICD-10 og DSM-IV lagt sammen). For ansatte inden for sundheds- og socialsektoren vil det juridiske perspektiv almindeligvis ikke blive anvendt. Spørgsmålet er så, hvad der skal lægges i ordet ”tilbagevendende”. En ung, der har drukket så meget alkohol, at vedkommende må til udpumpning, kan de fleste jo nok blive enige om, har misbrugt alkohol ud fra en hverdagsterminologi. Men her er der tale om et misbrug som en begivenhed, ikke nødvendigvis som et tilbagevendende fænomen. Som vist nedenfor, kan man derfor se misbrug på et kontinuum fra ”misbrug som en enkeltstående begivenhed” til ”misbrug som et gentagelsesmønster”.



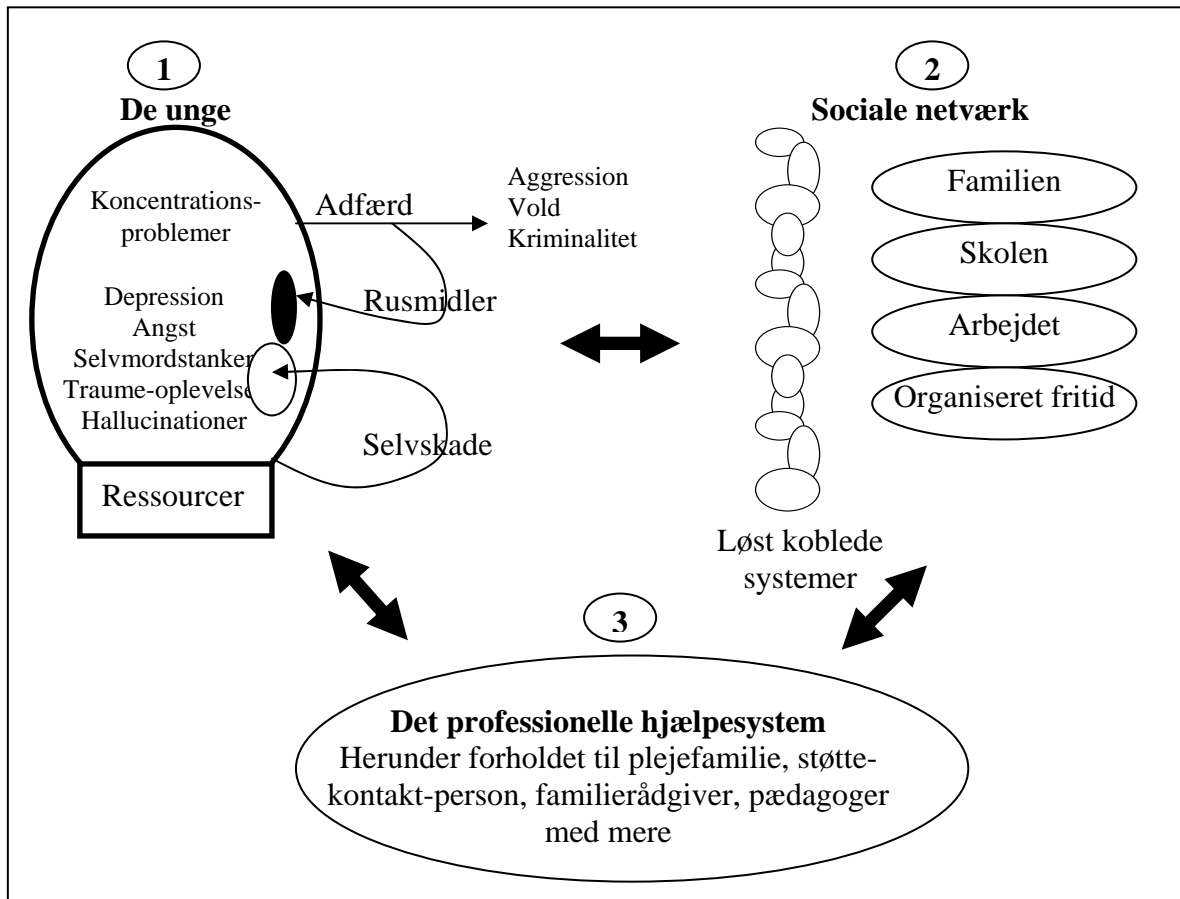
Dette løser naturligvis ikke problemet med entydigt at definere misbrug. Hvor meget skal der f.eks. til, før der er tale om et misbrug? Nogle foreslår f.eks. fem genstande (binge drinking). I så fald har rigtig mange danskere et misbrug (både som begivenhed og gentagelsesmønster). Hvor ofte kan man bruge/misbruge rusmidler, før det bliver et misbrug som et mønster af gentagelser? Er to dage om ugen nok, eller skal vi op på fire. Er det forskelligt for forskellige stoffer? Ja, det er det, men hvordan?

I denne rapport er det, hver gang der henvises til internationale undersøgelser, DSM-IV-forståelsen, der skal anvendes (den sociale forståelse), ganske enkelt fordi det er den definition af misbrug, som anvendes i langt de fleste forskningsprojekter. Når der videre i rapporten tales om de unges misbrug af rusmidler, skal det forstås i hverdagsforståelsen, hvor der er tale om ”*et tilbagevendende forbrug, der afstedkommer fysiske, psykiske og/eller sociale problemer*”. Der er ikke så mange problemer med at tale om, at denne gruppe af unge har et misbrug – helt primært af hash – idet de fleste af dem i perioder ryger hash fem-syv dage om ugen. Det må klart ses som et gentagelsesmønster, der har negative fysiske, psykiske og sociale konsekvenser. Dertil kommer, at mange af dem lejlighedsvis eksperimenterer med andre illegale stoffer, herunder først og fremmest amfetamin, kokain og ecstasy. Dette er for de fleste dog fra få gange om måneden til endnu mindre. For enkelte af de unge, der misbruger hash og/eller alkohol, kan der være tale om afhængighed. Afhængighed af rusmidler andet end hash ses derimod stort set ikke (med et par undtagelser ud af 212 unge).

Der vil aldrig blive talt om ”misbrugere”, idet misbrug af rusmidler ikke kan ses som en personlighedsdiagnose.

2. Monitoreringsprogrammet og kortlægningskemaet UngMAP

I nedenstående figur 2.1 er de områder, der er i fokus i UngMAP, billedgjort.



Figur 2.1. Fokusområder i UngMAP

Som det ses, er der i UngMAP fokus på henholdsvis *den unge*, det generelle *socialt netværk*, som den unge indgår, og på det *professionelle hjælpesystem*, som den unge er i kontakt med. UngMAP består af et spørgeskema (kortlægningskemaet) og et tilhørende computerprogram, som data kan tages ind i. CRF modtager disse data løbende og hjælper i nogle tilfælde med at få dem tastet ind her i opstartsfasen.

Hvad angår *de unge*, vil der være særligt fokus på deres psykiske og adfærdsmæssige problemer, men der vil også være opmærksomhed på deres ressourcer (om de er gode til at læse, gode til sport, kreative, gode til at få kammerater mere). Nedenstående er det vist, hvilke områder der spørges

ind til. Som det ses, er der en del overvægt på problemer/belastninger, men der spørges dog også direkte ind til ressourcerne. Derudover vil der uden tvivl senere – og som det allerede nu kan læses i kapitlet om pigerne – findes en række beskyttende faktorer, som også kan betragtes som ressourcer.

Psykisk og fysisk funktion og destruktiv/selvdestruktiv adfærd

<ul style="list-style-type: none"> ○ Forbrug af rusmidler/medicin <ul style="list-style-type: none"> - Alkohol - Illegale stoffer - Ordineret medicin ○ Kriminelle aktiviteter ○ Adfærd og funktion i skolen ○ Anden adfærd <ul style="list-style-type: none"> - Manglende selvkontrol - Voldelig adfærd/skadet andre - Hyperaktivitet (O) - Selvmordsforsøg - Selvskadende adfærd ○ Oplevet overgreb (O) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Psykiske problemer <ul style="list-style-type: none"> - Depression - Angst/anspændthed - Hallucinationer - Koncentrationsproblemer - Opmærksomhedsforstyrrelse (O) - Selvmordstanker - Flash backs af traumatiske oplevelser ○ Psykiatrisk diagnose ○ Fysiske problemer – hvilke (O) ○ Oplevede ressourcer (herunder boglige, kropslige, kreative og sociale ressourcer).
--	--

(O) = spørgsmålet findes for alle i opfølgingsundersøgelsen og for nogle ved indtag. Hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelse er begge en del af DSM-IV-diagnosen ADHD.

Til de *socialle netværk*, som den unge indgår i, hører, som vist, familien, skolen, arbejdet, den organiserede fritid og alle de løst koblede systemer, som de indgår i. Med løst koblede systemer henvises der til de sociale systemer, som mange af disse unge bruger det meste af deres fritid i – og en del af dem har endog særdeles megen fritid. Der er sædvanligvis tale om vennegrupper, som kan være alt fra skatervennerne, X-box-vennerne, musikvennerne til stof- og kriminalitetsvennerne, hvor alle aktiviteterne i de sidste tilfælde handler om at skaffe og bruge rusmidler, begå kriminalitet og hærværk og ballade.

Til det professionelle hjælpesystem hører tilknytning til plejefamilie, støttekontakt-person med mere. For alle de sociale systemer, den unge potentielt kunne indgå i, undersøges det, a) hvorvidt de er inkluderet i sådanne systemer, b) hvor ofte de deltager i systemerne, og c) hvor stor støtte og hvor meget konflikt der er forbundet med disse sociale systemer (for en teoretisk forståelse se Pedersen 2005 og Pedersen 2009).

Nedenfor er de områder, der spørges ind til om de unges sociale netværk, opstillet.

Deltagelse i sociale systemer, der undersøges

<p style="text-align: center;"><i>Basisystemer</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Familie mm. <ul style="list-style-type: none"> - Forældre (biologiske eller adoptiv) - Evt. stedfar og stedmor - Søskende - Anden familie - Evt. kærestes familie - Familiesammenkomster - Dage sidste måned for alle - Støtte/konflikt for alle - Boform - Forsørgelsesforhold 2. Skolen <ul style="list-style-type: none"> - Hvilken type skole - Dage i skole sidste måned - Udeblivelser/"pjæk" - Gået år om - Faglige kompetencer - Venner i skolen - Forholdet til lærere og klassekammerater - Adfærd i skolen - Bortvist pga. adfærd 3. Foreningsliv <ul style="list-style-type: none"> - hvilke og hvor ofte og sammen med hvem, herunder også klub og forholdet til klubmedarbejdere - Støtte/konflikt for alle 4. Beskæftigelse/arbejde <ul style="list-style-type: none"> - Lønnet arbejde - Frivilligt arbejde - Praktik - Aktivering - Dage sidste måned for alle – Støtte/konflikt for alle - Andet 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Med i trosfællesskab (O) <ul style="list-style-type: none"> - Hvis ja, hvilket <p style="text-align: center;"><i>Løst koblede vennesystemer</i></p> 6. Venner <ul style="list-style-type: none"> - Nære venner - Bekendte - Hvor ofte sammen med venner - Aktivitet sammen med venner - Støtte fra venner - Stofbrug sammen med venner - Hvem rusmidler indtages samme med - Hvis nogen - i hvilke sociale sammenhænge indtages rusmidlerne <p style="text-align: center;"><i>Professionelle hjælpesystem</i></p> 7. Plejefamilie <ul style="list-style-type: none"> - Hvor ofte, støtte og konflikt med 8. Andre professionelle <ul style="list-style-type: none"> - Støtte-kontakt-person - Pædagoger - Opsøgende medarbejdere - Psykolog - Familierådgivere - Klubmedarbejdere - Erhvervsvejleder - Andre - For alle spørges der om, hvor ofte kontakt, støtte og konflikt i kontakten
--	--

Pr. 1/6 2009 er der registreret 212 unge i alderen 13-17 år. Heraf er 73 piger og 139 drenge. Af disse er foreløbig 50 blevet geninterviewet seks måneder efter, de har forladt behandlingen, hvilket svarer til ca. 70 % af dem, der har forladt behandlingen.

3. 13-17-årige med et misbrug af rusmidler – et spørgsmål om sameksistens

De helt unge, der har udviklet et misbrug af rusmidler, har sjældent rusmidlerne som deres eneste problem. Såvel internationale undersøgelser som resultaterne i denne rapport viser tydeligt, at sameksisterende adfærdsmæssige, psykiske og sociale problemer for disse unge er mere reglen end undtagelsen. I dette kapitel skal nogle af de reviews og metaanalyser gennemgås, som har undersøgt graden af sameksistens mellem et problematisk forbrug af rusmidler og forskellige psykiske og sociale problemer. Der findes ingen danske undersøgelser med dette fokus, og der findes heller ingen danske undersøgelser af, hvor mange under 18 år der har udviklet et misbrug eller en afhængighed af rusmidler. De følgende estimeringer bygger derfor på internationale undersøgelser, og man kan jo her altid diskutere, om disse uproblematisk kan overføres på danske forhold. I det følgende skal følgende spørgsmål belyses:

- 1) Hvor mange danske unge under 18 år har udviklet et misbrug/en afhængighed af rusmidler?
- 2) Hvor mange danske unge under 18 år med et misbrug af rusmidler har en sameksisterende ADHD?
- 3) Hvor mange danske unge under 18 år med et misbrug af rusmidler har sameksisterende adfærdsforstyrrelse (Conduct Disorder/CD og Oppositionel Defiant Behavior/ODD)?
- 4) Hvor mange danske unge under 18 år med et misbrug af rusmidler har sameksisterende selvmordtanker og selvmordsforsøg?
- 5) Hvor mange danske unge under 18 år med et misbrug af rusmidler har sameksisterende selvskadende adfærd ud over selvmordsforsøg?
- 6) Hvor mange danske unge under 18 år med misbrug af rusmidler har været udsat for vold og overgreb?
- 7) Hvor mange danske unge under 18 år med et misbrug af rusmidler har sameksisterende Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)?

Ad 1) Hvor mange danske unge under 18 år med misbrug af rusmidler har udviklet et misbrug/en afhængighed af rusmidler?

I en større repræsentativ undersøgelse fra USA fandt Harford et al. (2005), at 3,5 % af drengene og 3,7 % af pigerne mellem 12 og 17 år havde udviklet et misbrug af rusmidler. 1,6 % af både drenge og piger kunne diagnosticeres som afhængige (tilsammen altså 5,1 og 5,3 % misbrug + afhængighed). Misbrug og afhængighed blev her, som i stort set alle undersøgelser, bestemt ud fra diagnosesystemet DSM-IV (socialdiagnose). I en tilsvarende

undersøgelse fra München-området fandt Nelson & Wittchen (1998) blandt 14-17-årige resultater, der ikke var langt fra de amerikanske (se også Vind 2006:17). Hvis vi overfører disse resultater til danske forhold, betyder det, at mellem 17-21.000 danske unge under 18 år har et problematisk forbrug af alkohol, og at næsten alle disse er mellem 13-17 år. Det betyder, at mellem 5-6 % af danske unge mellem 13-17 år (begge inklusive) har et problematisk forbrug af alkohol, og heri er ikke medregnet illegale stoffer.

Hvis der alene fokuseres på cannabis, viser MULD-undersøgelsen fra 2006 (Rheinländer & Nielsen 2007), at 10,8 % af drengene har indtaget cannabis inden for den seneste måned, mens det samme er tilfældet for 4,9 % af pigerne. Dette kan ikke defineres som hverken misbrug eller afhængighed ud fra DSM-IV. Det er vanskeligt at finde repræsentative undersøgelser af cannabismisbrug og afhængighed, som kan overføres til danske 13-17-årige. Det nærmeste er umiddelbart Stinson et al.s undersøgelse fra 2006, som viser, at 4,4 % af de 18-29-årige enten havde et misbrug eller var afhængige. Tallet er antageligt mindre for de 13-17-årige, og dertil kommer, at et problematisk forbrug af alkohol også sameksisterer med et problematisk forbrug af cannabis, hvorfor de ikke bare kan sammenlægges. Man må forvente, at de unge, der har et misbrug/afhængighed af andre illegale stoffer end hash, næsten alle også har et problematisk forbrug af alkohol og hash.

I det følgende skal der forholdsvis konservativt regnes med, at 6 % af de 13-17-årige, svarende til ca. 21.000, har udviklet et misbrug af rusmidler (ud fra DSM-IV diagnosen).

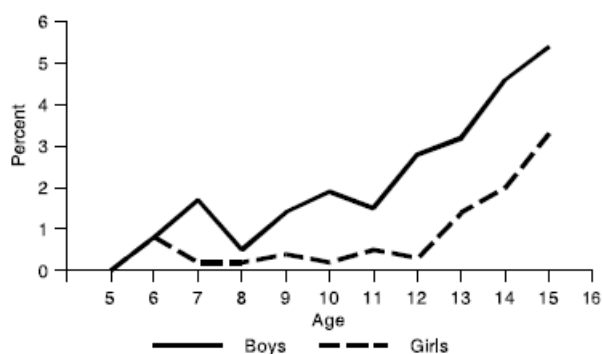
Ad 2) Hvor mange danske unge under 18 år med et misbrug af rusmidler har en sameksisterende ADHD?

I et forsøg på at udregne en worldwide prævalens for ADHD kom Polanczyk et al. (2007) frem til, at 5,29 % af børn og unge under 18 år kan gives diagnosen ADHD. I en opdatering af undersøgelser fra 2009 fandt Dopheide & Pliszka, at mellem 6-9 % af amerikanske børn og unge kunne gives diagnosen ADHD. Ohlmeier et al. (2008) fandt i en mindre undersøgelse, at omkring en tredjedel af voksne personer i behandling for stof- og alkoholmisbrug kunne gives diagnosen ADHD. I en lille undersøgelse på Ungdomscentret i Århus fandt en psykiater ligeledes, at ca. en tredjedel af de unge i behandling for deres misbrug af primært hash kunne gives diagnosen ADHD. Shubiner et al. (2000) fandt, at 24 % af unge i behandling for misbrug af rusmidler kunne gives diagnosen ADHD. Biederman et al. (1995) estimerede i en lidt ældre undersøgelse, at omkring 50 % af alle med en ADHD-diagnose, som fortsætter ud over barndommen, på et tidspunkt i deres liv får problemer med rusmidler.

Med disse tal kan det estimeres, at ca. 20.000 danske unge mellem 13-17 år har ADHD. Af disse vil måske helt op til halvdelen på et tidspunkt få et problematisk forbrug af rusmidler. Endelig kan det estimeres, at ca. 5-7.000 af dem, der har et problematisk forbrug af rusmidler, kan gives diagnosen ADHD. Dette kunne stærkt indikere, at ADHD er en risikofaktor for at udvikle misbrug/afhængighed af rusmidler. Meget tyder dog på, at ADHD'en skal sameksistere med svære adfærdsproblemer (Conduct Disorder = CD), hvis dette skal være tilfældet (Flory & Lynam 2003). Mere om dette i næste afsnit.

Ad 3) Hvor mange danske unge under 18 år med et misbrug af rusmidler har sameksisterende adfærdsforstyrrelse (Conduct Disorder/CD og/eller Oppositionel Defiant Behavior/ODD)?

I et review af Maughan et al. (2004) fandt man, at mellem 6 og 14 % af 15-18-årige drenge kunne gives diagnosen Conduct Disorder (CD), mens det samme var tilfældet for mellem 3 og 8 % af pigerne i samme aldersgruppe. Det svarer til, at mellem 4 og 11 % af unge 15-18-årige kan gives diagnosen CD. I Maughan et al.s eget studie fra samme år fandt man i et repræsentativt sample på 5212 amerikanske drenge og 5226 amerikanske piger nedenstående forekomst af CD.



Figur 3.1. Forekomsten af CD blandt 5-16-årige amerikanske drenge og piger

Kilde: Maughan et al. 2004

Af de 16-årige er det samlet for drenge og piger omkring 4 %, som kan gives diagnosen CD. Vi må regne med, at omkring 15.000 danske unge mellem 13-17 år kan gives diagnosen CD. For Oppositionel Defiant Behavior/ODD går kurven nærmest den anden vej (ikke vist her). Der er flere med ODD, når de er børn end senere hen i livet. Diagnosen ODD er dermed mindre væsentlig for denne undersøgelse, og noget kunne tyde på, at først gives diagnosen ODD, så CD og til sidst – i voksenalderen – ASPD

(Antisocial Personality Disorder). Denne logik er dog ikke altid helt så enkel, som man kunne tro. For nogle afløses CD-diagnosen således af en ADHD-diagnose, mens andre måske i stedet får en depressionsdiagnose. Shubiner fandt i en undersøgelse af 201 vilkårligt udtrukket unge i behandling for deres misbrug af rusmidler, at 22 % kunne gives diagnosen CD alene, 7 % diagnosen ADHD alene, mens 17 % blev diagnosticeret som både CD og ADHD (Shubiner et al. 2000). Altså kunne i alt 46 % af de unge gives diagnosen CD eller ADHD (eller begge). CD og ADHD er, som det ses, meget ofte sameksisterende og er, når de eksisterer sammen, en af de stærkeste prædiktorer for udvikling af misbrug/afhængighed af rusmidler (se f.eks. Button et al. 2007 og Knop et al. 2009). I en mindre undersøgelse på Ungdomscentret i Århus fandt en psykiater, at det var 1/3 der kunne gives diagnosen adfærdsforstyrrelse (CD), hvilket er meget godt i overensstemmelse med ovenstående.

Ad 4) Hvor mange danske unge under 18 år med et misbrug af rusmidler har sameksisterende selvmordstanker og selvmordsforsøg?

Det er relativt vanskeligt at vurdere, hvor mange der gennem deres liv har haft selvmordstanker, og hvor mange der rent faktisk har forsøgt (uden det er lykkedes). Den umiddelbart mest overbevisende gennemgang af dette er gennemført af Nock og kollegaer (2008). Der er enighed om, at selvmord oftere lykkes for mænd end for kvinder, og at selvmordstanker og selvmordsforsøg oftere ses hos kvinder end hos mænd. Desuden synes selvmordstanker og forsøg nærmest at eksplodere i 15-19-årsalderen, hvorefter følger et ret så kontinuerligt fald over de næste 60 år. Selvmordstanker forekommer hos mellem 15-29 % af unge 12-17-årige, og selvmordsforsøg blandt 3,1 til 10,6 % af samme aldersgruppe (se Alaimo et al. 2002, Eisenberg et al. 2003, Waldrop et al. 2007, O'Donnell et al. 2004 og Center for Disease Control and Prevention 2007).

Der er altså god grund til at antage, at omkring 70.000 danske unge i alderen 13-17 år har haft tanker om at tage deres eget liv (omkring 20 %), og at 11-18.000 faktisk har prøvet på at gøre det (omkring 3-5 %). Blandt 190 unge, som har besvaret dette spørgsmål i denne undersøgelse, er det 44 %, der har haft tanker om at tage deres eget liv – 58 % af pigerne og 36 % af drengene (livstid). Altså en meget stærkt forhøjet risiko hos denne gruppe. Det er også i denne undersøgelse pigerne, der er i størst risiko. 40 % af pigerne har prøvet at tage deres eget liv (livstid). 4 af pigerne har forsøgt at tage deres liv mindst 10 gange, 7 mellem 2-9 gange og de resterende en enkelt gang.

Ad 5) Hvor mange danske unge under 18 år med et misbrug af rusmidler har sameksisterende selvskadende adfærd ud over selvmordsforsøg?

Selvskadende adfærd inkluderer sædvanligvis ikke selvmordsforsøg eller selvmord. Der er dog en hårfin grænse mellem disse, og det er en kendsgerning, at der blandt selvskadende unge ses en signifikant overrepræsentation af selvmord og selvmordsforsøg (se Skegg 2005, Portzky & van Heeringen 2007).

12-måneders prævalensen for selvskadende adfærd andet end selvmordsforsøg er af forskellige forfattere blevet estimeret til mellem 5-9 % (Ystgaard 2003, Skegg 2005 og Brunner 2007). Livstidsprævalensen synes at befinde sig mellem 13 og 30 % (Pearce & Martin 1994, Nada-Raja et al. 2004). De danske undersøgelser, der findes på området, differentierer ikke mellem selvskadende adfærd og adfærd med intention om selvmord. I en undersøgelse af Jessen et al. (1996) fandt man selvskadende adfærd hos 15 % af 3.042 unge 15-24-årige under uddannelse (livstidsprævalens), mens man i en anden stor undersøgelse af 5.240 unge fandt selvdestruktiv adfærd blandt 16,9 % af pigerne og 4,6 % af drengene (Zøllner 2002).

I en norsk undersøgelse fandt man, at 75 % af de selvskadende var piger (Ystgaard 2003). Overført til de 13-17-årige danske unge betyder det, at der er ca. 25.000 af de 13-17-årige, der bevidst skader sig selv, og at de 20.000 af disse er piger. Herunder er selvmordsforsøg ikke medregnet, men man kan forvente, at det er stærkt sameksisterende med anden selvskade. Dette ses bl.a. i denne undersøgelse. Af pigerne var det 41 af 67, der i deres liv havde skåret i sig selv (61,2 %). 27 af de samme 67 havde forsøgt at tage deres eget liv (40 %). Af disse 27 havde 22 ligeledes skåret i sig selv. Det var altså ”kun” fem piger, som alene havde forsøgt at begå selvmord uden at have skåret i sig selv. Det er altså 46 af de 67 piger (68,7 %), som enten har skåret i sig selv eller forsøgt at tage deres eget liv (livstid, men gennemsnitsalderen for disse piger er kun 16,2 år).

For drengene var det 30 af 123 (24,4 %), der havde skåret i sig selv, mens 18 af de samme 123 havde forsøgt at tage deres eget liv. 8 af de 18 havde ikke skåret i sig selv, hvilket betyder, at 38 af de 123 drenge (30,9 %) enten havde skåret i sig selv eller forsøgt at tage deres eget liv (livstid).

Der er næppe tvivl om, at selvskadende adfærd kan ses som en risikofaktor for udvikling af misbrug/afhængighed af rusmidler (Deas & Brown 2006), men misbrug/afhængighed af rusmidler hos den unge eller i dennes sociale netværk kan ligeledes ses som en risikofaktor for at udvikle af selvskadende adfærd (Skegg 2005, Hayaki et al. 2006).

Ad 6) Hvor mange danske unge under 18 år med misbrug af rusmidler har været udsat for vold og overgreb?

I USA er det estimeret, at mellem 76-82 % af unge voksne på et eller andet tidspunkt har været udsat for vold eller anden fysisk overlast (fællesbetegnelse her: overgreb), og at mellem 93-96 % har været vidne til noget sådant (Scarpa 2003). De fleste har med andre ord på et tidspunkt i deres liv været udsat for vold, hvilket jo ikke nødvendigvis betyder, at de hermed udvikler et misbrug af rusmidler. Overgrebets karakter må derfor være afgørende for om der senere udvikles f.eks. misbrug af rusmidler, PTSD eller anden psykisk lidelse. Det er vanskeligt at give noget samlet overblik over, hvor mange unge der har været udsat for overgreb. I det følgende skal der gives enkle eksempler på forskellige typer overgreb.

I en undersøgelse af 12-17-årige fandt man, at 2,7 % af pigerne og 0,7 % af havde været udsat for seriøs dating-vold (Hickman et al. 2004). Andre forfattere estimerer andelen til at være meget højere (Young et al. 2008).

I en webbaseret undersøgelse af 1.160 unge i alderen 13-18 år fra et skoledistrikt i Sydøstmichigan, USA, fandt man, at 25,9 % af pigerne havde oplevet sig tvunget til egentlig seksuel aktivitet (sexual assault: oral sex, samleje eller andet) (Young et al. 2008). Hvorvidt der var rusmidler involveret, var bl.a. betinget af, hvor overgrebet fandt sted (i hjemmet, til en fest, i det offentlige rum eller andet).

”Hate-crime” er en anden form for vold, der måske er mere udbredt end almindeligt antaget. ”Hate-crime” kan adskilles fra andre former for overgreb/vold ved, at årsagen til overgrebet skal findes i offerets symbolske status. Det kan være begrundet i seksuel orientering, race, religion, nationalitet, handicap, politisk holdning eller måske medlemskab af en konkurrerende fanklub (hooliganisme). ”Hate-crime” er altså ikke et overgreb på et individ, men på en specifik gruppering med særlige karakteristika (Steinberg et al. 2003). Det estimeres, at 17-26 % af al ”hate-crime” i USA begås af unge under 18 år. F. eks. viser en undersøgelse, at omkring 20 % af homo- og biseksuelle har været udsat for ”hate-crime” (Herek 1989 og 2009).

Den form for vold/overgreb, som klarest kan knyttes til udvikling af misbrug/afhængighed af rusmidler, er de seksuelle overgreb (Skegg 2005, Deas 2006). Her kan man tilføje: – og omvendt. Et liv med et misbrug/afhængighed af rusmidler udgør uden tvivl en stærkt forøget risiko for at blive seksuelt overgrebet. I en dansk undersøgelse af 93 heroinafhængige kvinder fandt vi, at næsten halvdelen (48 %) havde været udsat for seksuelle overgreb. For 24 % af de 93 kvinder var det et nært familiemedlem, der havde seksuelt forgrebet sig på dem (Pedersen & Dahl 2008:58).

Generelt er det jo ikke overgrebet i sig selv, men derimod konsekvensen af overgrebet, der er en risikofaktor for udvikling af misbrug/afhængighed af rusmidler. Én af konsekvenserne er Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD).

Ad 7) Hvor mange danske unge under 18 år med et misbrug af rusmidler har sameksisterende Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)?

Det estimeres, at omkring 3-8 % af den amerikanske befolkning kan gives diagnosen PTSD (se Kessler et al. 1995, Brunello et al. 2001 og Rimmö et al. 2005). I samme undersøgelser estimeres det, at mellem 8-20 % af de personer, der udsættes for svære traumer, udvikler PTSD. Kvinder er mere udsatte for udvikling af PTSD end mænd, hvilket ikke mindst synes at kunne relateres til seksuelle overgreb.

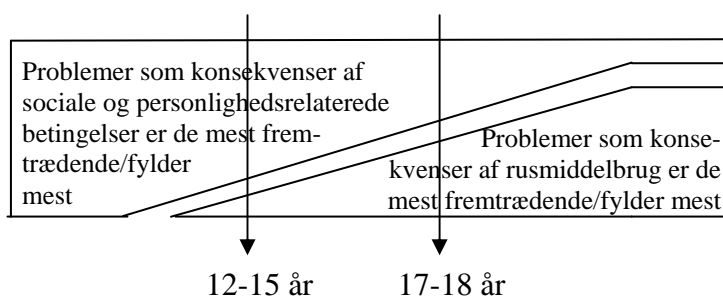
Det har ikke været muligt at finde nationale undersøgelser af forekomsten af PTSD hos de under 18-årige, men i en amerikansk lokalsamfundsundersøgelse af 490 16-22-årige fra et amerikansk forstadsskoledistrikt i South Carolina (Cuffe et al. 1998) fandt man, at 3 % af pigerne og under 1 % af drengene fuldt levede op til en egentlig PTSD-diagnose. Det var dog 80 af de 490 unge (16,3 %), som rapporterede, at de havde været udsat for traumatiske oplevelser i deres liv (piger 18,6 % og drenge 13,3 %), herunder 6 % for voldtægt eller andet seksuelt misbrug (9 % af pigerne og 2 % af drengene). Af de piger, der havde oplevet traumatiske begivenheder, var det omkring 60 %, som undgik aktiviteter, der kunne lede tanker hen på traumat, og 40 %, der stadig fik flashbacks om traumat (delelementer i PTSD-diagnosen).

I undersøgelser af voksne alkohol- og stofafhængige er der fundet PTSD forekomster på mellem 20-48 % blandt alkoholmisbrugere, på 8-22 % blandt forbrugere af kokain og på 41 % i en undersøgelse af heroinafhængige. I undersøgelser, hvor der ikke skelnes mellem rusmidlerne, er der fundet forekomster på mellem 23-32 %. Hvis perspektivet bliver vendt om (undersøgelser af personer med PTSD), er der fundet stof- og/eller alkoholproblemer blandt helt op til halvdelen af undersøgelsesdeltagerne.

Ovenstående er bare nogle af de problematikker, som kan ses i tæt sammenhæng med udvikling af et problematisk forbrug af rusmidler. Hvis de alle tælles sammen, ville det betyde, at omkring halvdelen af de 13-17-årige går rundt med selvmordstanker, adfærdsforstyrrelser, PTSD, ADHD eller andre svære problemer. Det er naturligvis ikke tilfældet. Mange af disse problemer er således stærkt sameksisterende. Et løseligt estimat vil være, at omkring 10 % af de 13-17-årige unge lever et liv med tydelige adfærdsmæssige, psykiske og/eller sociale problemer, hvilket svarer til 30-40.000

unge fra denne alderskategori. Af disse har omkring halvdelen udviklet et misbrug af rusmidler, hvortil kommer en mindre gruppe, som har udviklet et misbrug af rusmidler, uden der umiddelbart kan identificeres psykiske og sociale problemer (endnu).

Misbruget af rusmidler kan være et produkt af bl.a. ovenstående adfærdsmæssige, psykiske og sociale problemer, men det kan også være stofferne i sig selv eller det liv, der kan knyttes til et misbrug, som kan være forklaringen på de adfærdsmæssige, psykiske og sociale problemer. Man kan sige, at jo yngre personer der er tale om, desto nemmere er det at gennemskue de psykosociale problemer, der ligger til grund for udviklingen af misbruget, mens det hos ældre personer ofte er livet i misbruget/afhængigheden som fuldstændigt skygger for de problemer, der gik forud for rusmiddelproblemerne. Dette er forsøgt vist i nedenstående figur (Kilde: Pedersen 2005:12).



Figur 3.2. Problemer knyttet til rusmidlerne hos unge

En ung mellem 12 og 15 år, som er ved at udvikle et problematisk forbrug af rusmidler, har – som det også vil fremgå i denne rapport – næsten altid problemer med skole, forældre, myndigheder mm. Opvæksten har ofte været præget af såvel psykologiske problemer (som kan være medfødte eller udviklet over tid) og/eller sociale problemer i relation til brud, tab, svigt, overgreb eller anden stress. At fokusere alt for megen energi på misbrug/afhængighed af rusmidler ville være en fejltagelse, selv om dette selvfølgelig må indgå i en samlet forståelse af indsatsen. Hvis den unge bliver ved med at have et stort problematisk forbrug af rusmidler, så vil de problemer, der direkte er forbundet med forbruget, på et tidspunkt overstige eller overskygge andre problemer. For ældre afhængige af såvel alkohol som andre rusmidler har problemerne med rusmidlerne og det liv, der følger med, således ofte aktuelt oversteget/skygget for de problemer, som var stærkt medvirkende til, at det problematiske forbrug overhovedet startede. Her kan et mere direkte fokus alene på afhængigheden og det liv, der er knyttet til denne, bedre begrundes. De mere grundlæggende (distale) pro-

blemer har dog stadig en påvirkende kraft på misbruget/afhængigheden, hvilket bl.a. ses ved, at psykiske og sociale problemer ikke blot forsvinder ved afholdenhed/stoffrihed.

Dette kapitel skal afsluttes med en opstilling af de risikofaktorer, som kan knyttes til udvikling af misbrug af rusmidler (kilde: Simkin 2002).

1. Kulturelt/socialt

- Lovgivning, der er accepterende over for brug af stoffer
- Sociale normer, der er accepterende over for brug af stoffer
- Tilgængelighed (herunder hvor svært det er at skaffe, priser m.m.)
- Ekstrem økonomisk deprivation
- Disorganiseret lokalsamfund

2. Interpersonelt

- Interpersonelle faktorer i barndommen
 - o Adfærd og holdninger i forhold til alkohol og stoffer i familien
 - o Svag og inkonsistent styring/organisering af familien
 - o Forældrepersonlighed og lignende karakteristika
 - o Konflikter i familien
 - o Fysisk og seksuelt misbrug
- Interpersonelle faktorer i ungdommen
 - o Stressende begivenheder i livet (f.eks. flytninger)
 - o Kammeraters afvisning/mobning i skole og i andre sammenhænge
 - o Samvær med stofbrugende unge

3. Psykologisk og adfærdsmæssigt

- Adfærd og psykiske funktioner i opvæksten og ungdommen
 - o Tidlige og vedvarende adfærdsproblemer.
 - o Manglende succes i skolen
 - o Lav grad af engagement i skolen
- Sen-ungdomsfaktorer
 - o Utilfredshed med beskæftigelse
 - o Manglende evne til at påtage sig multiple rolleforpligtigelser
 - o Manglende tilegnelse af forventninger til køn (herunder kønsidentitet)
 - o Manglende evne til at indgå i intime relationer
 - o Manglende evne til at opfylde uddannelsesmæssige og økonomiske forventninger

- Forudgående psykologiske og adfærdsmæssige konsekvenser gennem livet
 - Fremmedgørelse, oprørstrang og antisocial personlighed
 - Spændings-søgende adfærd (sensation-seeking)
 - Psykopatologi (depression, angst med mere).
 - Acceperende indstilling til brug af stoffer
 - Kognitiv motivation for og forventninger til brug af stoffer
 - Manglende evne til at udsætte behovstilfredsstillelse

4. Biogenetisk

- Medfødt modtagelighed/tilbøjelighed til brug af stoffer
- Psykofysiologisk sårbarhed over for effekterne af stofforbrug

4. Piger indskrevet i ambulant stofmisbrugsbehandling

I UngMAP er der i maj 2009 foreløbigt registreret 73 piger og 139 drenge. Pigerne udgør med andre ord 34,4 % af de 13-17-årige, som er blevet indskrevet på de 12 behandlingscentre, der foreløbigt har indleveret data til databasen. Langt de fleste af disse kommer dog fra Århus (n=106) og Svendborg (n=38). De øvrige 10 behandlingscentre er kommet senere med. I det følgende skal der være særligt fokus på de 73 piger, som alle var mellem 13-17 år, da de blev indskrevet i behandling for deres misbrug. For at sætte resultaterne i perspektiv vil denne gruppe dog ofte blive sammenlignet med drengene.

Der vil i det følgende særligt være fokus på henholdsvis *pigerne*, deres *soziale netværk* og det *professionelle hjælpenetværk*, som de har kontakt til. Med pigerne menes der her deres indre psykiske liv (evnen til at koncentrere sig, depressive tanker med mere) og deres adfærd, som henholdsvis kan være rettet mod andre eller mod dem selv (det sidste f.eks. gennem indtag af rusmidler og selvskade). Der vil også være fokus på de ressourcer, de har oplevet i forbindelse med deres skolegang, f.eks. om de har oplevet sig selv som gode til at læse med mere.

Med det sociale netværk menes der pigernes deltagelse i løst koblede systemer, familien, skolen, arbejdet og i en organiseret fritid (f.eks. i klubber).

Senere i undersøgelsen skal også pigernes deltagelse i trosfællesskaber, og hvorvidt de har været udsat for seksuelle overgreb (eller andre typer overgreb) inddrages mere systematisk. Det sidste berøres i denne rapport kun i enkelte casebeskrivelser (kapitel 5).

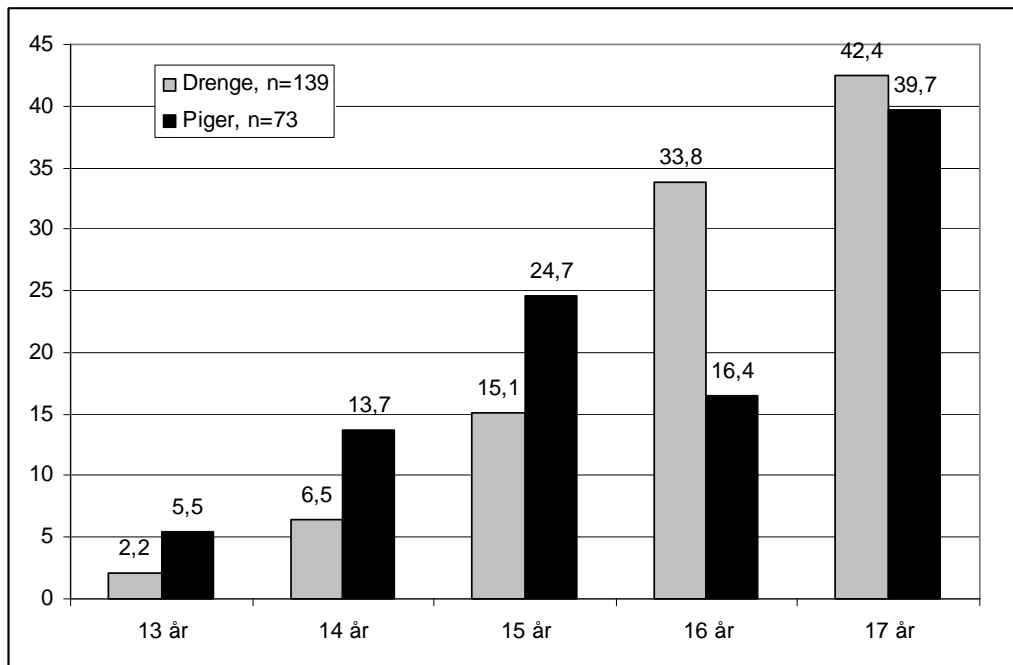
4.1. Pigerne

De 73 piger, der deltager i denne undersøgelse, er signifikant yngre end drengene (drengenes 16,6 år mod pigernes 16,2 år, $p=.007^1$). I histogrammet på næste side er henholdsvis drengenes og pigernes aldersfordeling opstillet.

I histogrammet ses det, at 5,5 % af pigerne er 13 år ved indskrivning, mens det samme er gældende for 2,2 % af drengene. I alt er 43,8 % af pi-

¹ En p. værdi på .05 betyder, at der er 5 % sandsynlighed for, at sammenhængen, der beskrives, er vilkårlig. Hvis p. værdien er .007 betyder det, at der er 0,7 % sandsynlighed for, at sammenhængen, der beskrives, er vilkårlig. En p.værdi på <.05 betyder, at sammenhængen er signifikant. Ofte vil der blive anvendt termen ”tendens”, hvilket her betyder en p.værdi under .10, men over .05.

gerne, der indskrives, er 13-15 år, mens det samme er tilfældet for 23,7 % af drengene. Herefter ændres det således, at der blandt de 16-årige findes en klar overvægt af drenge.



Figur 4.1. Aldersfordelingen mellem piger og drenge

Bopæl op til indskrivning: De 212 er blevet spurgt om, hvorvidt de bor derhjemme eller er udeboende. 62 af de unge rapporterer, de er udeboende (20 piger og 42 drenge), 142 at de er hjemmeboende, mens 8 er uoplyste. De 20 udeboende piger svarer til 27,4 % af pigerne.

Det, der her er mest interessant, er måske den mangel på forskelle, der findes mellem ude- og hjemmeboende. Andelen af drenge og piger er den samme, og der er heller ingen forskel på dem i alder. Det er klart, at de udeboende ikke er så meget sammen med mor og far som andre unge, men de oplever ikke mindre støtte fra deres forældre af den grund. Til gengæld er der en tendens til, at de oplever mindre konflikt. De udeboende har ikke et andet forbrug op til indskrivningen end de hjemmeboende, og de har heller ikke flere psykiske problemer. De har samme antal nære venner og kammerater og ser dem lige så ofte som andre. De har ikke flere venner, der er forbrugere af illegale stoffer end andre, og de indtager også rusmidlerne de samme steder, om end flere af dem prioriterer at tage stofferne derhjemme (hvilket altså ikke her er det samme som hjemme hos familien).

Flere af de udeboende piger oplever sig selv som kompetente i skolen (ikke mindst gode til at læse, $p < .05$). For drengene er det nærmest omvendt. Fle-

re af dem er blevet smidt ud af skolen ($p < .01$). De udeboende piger pjækker til gengæld mere end andre piger – også mere end piger, der bor hjemme. Det modsatte er tilfældet for de drenge, der bor hjemme og går i skole. Flere af de udeboende piger modtager dog et særligt skoletilbud med specialundervisning/eneundervisning (21 % mod 6 %). Ingen af de udeboende piger har lønnet arbejde, praktikplads eller fritidsarbejde.

De udeboende piger har signifikant hyppigere tilknyttet en SKP end andre piger (55 % mod 10 %, $p < .001$), og de har oftere tæt kontakt til pædagoger (40 % mod 0 %, $p < .00001$).

Man kan altså sige, at pigerne, der bor ude, nogle endda på institution, på mange områder er sammenlignelige med de piger, der bor derhjemme. Lige bortset fra at deres sociale netværk i højere grad end for andre piger består af professionelle socialarbejdere.

Forbrug af rusmidler

Af de oplysninger, der foreløbigt er opgjort, findes der gyldige oplysninger fra 201 uf af de 212 unge (de sidste 11 har ikke ønsket at svare på netop disse spørgsmål).

Tabel 4.1. Prøvet rusmidler gennem livet

Rusmidler	Piger, n=69	Drenge, n=132	P.værdi
Alkohol	97,1 %	100,0 %	$p < .05$
Hash	95,7 %	100,0 %	$p < .05$
Cigaretter	94,2 %	95,5 %	ns
Amfetamin	75,4 %	72,7 %	ns
Kokain	63,8 %	59,1 %	ns
Ecstasy	58,0 %	59,1 %	ns
Opløsningsmidler	42,0 %	37,9 %	ns
Beroligende medicin	36,2 %	38,6 %	ns
Svampe	26,1 %	28,8 %	ns
Hallucinogener	24,6 %	22,0 %	ns
GHB/fantasy	18,8 %	17,4 %	ns
Opiater (ikke heroin)	13,0 %	15,2 %	ns
Heroin	13,0 %	6,1 %	ns
Khat	7,2 %	16,7 %	ns
Ketamin	4,3 %	12,9 %	ns
Doping	4,3 %	10,6 %	ns

Som det ses i ovenstående tabel, er der ikke meget forskel på, hvor mange drenge henholdsvis piger der har prøvet forskellige typer rusmidler. Ganske vist er der tale om signifikante forskelle på, hvor mange der har prøvet alkohol og hash, men forskellene er alligevel procentmæssigt små.

Det er måske tankevækkende i sig selv, at pigerne, der indskrives i behandling, i lige så høj grad som drengene har prøvet forskellige typer stoffer, men det er umiddelbart måske mere tankevækkende, at 13 % af pigerne har prøvet heroin, mens dette gælder for 6,1 % af drengene. Det er pigerne fra København, Randers og Århus, der skaber denne forskel. Denne gruppe udgør 42 piger (17 % af disse har prøvet heroin). Af de øvrige 27 piger i analysen er der to piger, der har prøvet heroin.

Heller ikke hvad angår debutalder, er der den store forskel. Hvis der alene fokuseres på de stoffer, hvor vurderingsgrundlaget er mindst 40 personer (cigaretter, alkohol, hash, amfetamin, kokain, ecstasy), så er der absolut ingen forskel i debutalder. Den eneste signifikante forskel er debutalderen for indtagelse af opiater/heroin. Her findes der tilsyneladende en hård kerne af piger, som er startet meget tidligt med et forbrug af hårde stoffer.

Tabel 4.2. Debutalder

Rusmidler	Har prøvet		Har prøvet		p.værdi
	n	Dreng	Piger	n	
Khat	21	13,3	11,5	6	.02
Cigaretter	120	12,1	11,8	67	
Alkohol	129	12,6	12,2	69	
Opløsningsmidler	49	13,1	13,3	31	
Beroligende medicin	51	14,5	13,3	27	
Hash	130	13,3	13,4	68	
Opiater/heroin	20	15,2	13,9	12	
Svampe	38	14,9	14,0	17	
GHB/fantasy	24	14,8	14,0	14	
Hallucinogener	30	15,0	14,4	16	
Amfetamin	93	14,5	14,6	53	
Kokain	76	14,9	14,8	43	
Ecstasy	75	14,7	14,8	40	
Ketamin	16	16,4	15,5	2	
Doping	14	15,6	15,5	2	

En forskel, der måske senere vil vise sig at blive mere holdbar, er debutalderen for brug af beroligende medicin. De 51 drenge, der havde prøvet dette, var i gennemsnit 14,5 år første gang, de prøvede, mens de 27 piger var 13,3 år.

Hvad angår forbruget af rusmidler i måneden op til indskrivning, ser der heller ikke ud til at være den store forskel. Dog tyder noget på, at flere drenge end piger har haft et forbrug af hash i måneden op til indskrivning, og der er en tendens til, at de piger, der har haft et forbrug af hash, ikke har

haft et forbrug så mange dage som drengene. Dette er helt i overensstemmelse med andre undersøgelser, som også viser, at drenge har et større forbrug af hash end pigerne (se Pedersen og Dahl 2008). Derudover tyder noget på, at drenge lige så hyppigt som piger har haft et forbrug af beroligende medicin (helt primært benzodiazepiner), men til gengæld er der en tendens til, at de piger, der har et forbrug af beroligende medicin, har et større forbrug end drengene (10 dage sidste måned for pigerne mod 4 dage for drengene).

Hvad angår alkohol, synes drengene og pigerne umiddelbart at drikke lige hyppigt. Drenge drikker dog signifikant flere genstande, når de drikker end piger (dette ses ikke i tabellen).

Tabel 4.3. Forbrug af rusmidler sidste måned inden behandlingsstart

Rusmidler	Prøvet sidste måned		p. værdi	Dage sidste måned for dem, der har prøvet		p. værdi	Median piger prøvet
	Drenge n=132	Piger n=68		Drenge	Piger		
Cigaretter	89 %	93 %		29	29		30
Alkohol	72 %	81 %		7	7		5
Hash	83 %	71 %	.04	18	15		15
Amfetamin	37 %	34 %		5	6		5
Kokain	20 %	25 %		3	5		2
Ecstasy	20 %	21 %		3	3		1
Beroligende	14 %	12 %		4	10	.06	5,5
GHB/fantasy	4 %	4 %		2	1		1
Opløsningsmidler	4 %	4 %		3	2		7
Heroin	1 %	3 %		1	2		1,5
Andre rusmidler	3 %	3 %		2	16		16
Ketamin	5 %	3 %		4	2		1
Khat	2 %	1 %		4	2		2
Svampe	5 %	1 %		4	1		1
Hallucinogener	3 %	1 %		3	1		1
Andre opiater	2 %	1 %		2	1		1

Umiddelbart er der stærke indicier på, at de forskelle og ligheder i forbrugsmønstre, som vi finder hos ældre stofmisbrugere, synes at kunne findes hos de helt unge, som har et problematisk forbrug af rusmidler. Således ryger drengene mere hash, mens pigerne har et større forbrug af beroligende medicin. For andre stoffer er der stort set ingen forskel, og der er heller ingen forskel i andelen, der har drukket alkohol, eller i antal dage, der er drukket (de, der har drukket). Dog drikker drengene flere genstande end pigerne, når de drikker. Endelig har drengene et dobbelt så stort for-

brug af penge til alkohol og stoffer end pigerne (732 DKK for pigerne pr. måned og 1552 DKK for drengene). Det kan dog her være, at pigerne i langt højere grad får stoffer/alkohol end drengene, mens det er omvendt for drengene. Alt sammen et mønster vi også finder hos ældre stofmisbrugere (se ibid).

De unges forbrug kan ved hjælp af en såkaldt clusteranalyse opdeles i tre forbrugstyper:

- 1) Moderat forbrug
- 2) Middelsvært forbrug
- 3) Svært (multi)forbrug

I nedenstående tabel ses det, hvor mange dage den sidste måned de har prøvet forskellige stoffer (og alkohol), og hvor mange der har prøvet de forskellige stoffer (livstid).

Tabel 4.4. Tre typer forbrugsmønstre

	Moderat n=123	Middel n=42	Svært n=35
Sidste måned dage			
Alkohol	4	6	8
Hash	12	15	17
CSS*	0	4	8
Beroligende	0	1	2
Prøvet			
CSS	68 %	100 %	100 %
Andre stoffer**	37 %	44 %	71 %
Opioider	16 %	22 %	37 %
	Procent	Procent	Procent
Piger	61	21	18
Drenge	63	19	18

* CSS = Centralstimulerende stoffer

**Andre stoffer er GHB/Fantasy, ketamin, svampe og andre hallucinogener.

I tabellen ses det, at de moderate forbrugere alene har haft et forbrug af alkohol og hash i måneden op til indskrivning, og at det også er blandt disse moderate forbrugere, der er færrest, der nogensinde har prøvet centralstimulerende stoffer, opioider og andre typer stoffer. Af de i alt 200 unge, der indgår i denne analyse, er der 35, som kan kategoriseres som havende et svært misbrug. I gennemsnit har disse unge røget hash i 17 dage i måneden op til indskrivning, de har drukket alkohol i 8 dage, taget centralstimulerende stoffer i 8 dage og beroligende medicin i 2 dage. Som det også ses, er

det 71 % af disse, der har prøvet andre typer stoffer, og 37 %, der har prøvet opioider. Eftersom der ikke tidligere er fundet store forskelle mellem drenge og pigers forbrug, er det ikke overraskende, at kønsfordelingen er den samme i de tre grupper.

Senere skal det vises, at disse grupper kan knyttes stærkt til en række andre problemstillinger, herunder en række psykiske problemer gennem livet.

Kriminalitet: Sluttelig skal det nævnes, at drengene synes at være mere kriminelle end pigerne. Således har 46 % af drengene været kriminelle i måneden op til indskrivning, mens det samme gælder for 29 % af pigerne. 7 % af pigerne havde været kriminelle i mere end 7 dage i måneden op til indskrivning, mens det for drengenes vedkommende var 26 %. Kriminalitetsanalysen er meget foreløbig. Foreløbig har kun 54 drenge og 41 piger besvaret dette spørgsmål. Grunden til dette var nogle indledende fejl i spørgeskemaet. Der vil senere være flere typer af data om kriminalitet.

Pigernes psykiske belastning

Ikke overraskende er pigerne belastet af en række psykiske problemer. Det er dog nok overraskende, hvor massive disse psykiske problemer har vist sig at være.

Tabel 4.5. Psykiske problemer – livstid

	Piger n=67	Drenge n=123	p.værdi
Depression	50,7 %	35,8 %	.045
Angst	52,2 %	35,0 %	.02
Selv mordstanker	58,2 %	35,8 %	.003
Selv mordsforsøg	40,2 %	14,6 %	.00005
Selv skadende adfærd	61,2 %	24,4 %	.000000
Aggressiv adfærd	58,2 %	56,9 %	
Voldelig adfærd	55,2 %	59,3 %	
Koncentrationsproblemer	55,2 %	56,1 %	
Hallucinationer	37,3 %	46,3 %	
Traume-oplevelser	41,8 %	30,1 %	
Psykiatrisk diagnose	11,9 %	12,2 %	

I ovenstående tabel ses det, at 58,2 % af pigerne har haft selvmordstanker på et tidspunkt i deres liv, og at 40,2 % oplever, de har forsøgt at tage deres liv. 61,2 % har skåret i sig selv (cutting), mens 55,2 % har været voldelige over for andre. Pigerne adskiller sig fra drengene, hvad angår depression,

angst, selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvskadende adfærd. Altså på de mere indadrettede psykiske problemer. Ikke på andre variable.

Tabel 4.6. Psykiske problemer – sidste måned

	Piger n=67	Drenge n=123	p.værdi
Depression	32,8 %	25,2 %	
Angst	35,8 %	23,6 %	
Selvmordstanker	26,9 %	12,2 %	.01
Selvmordsforsøg	6,0 %	1,6 %	
Selvskadende adfærd	17,9 %	4,9 %	.003
Aggressiv adfærd	53,7 %	39,8 %	
Voldelig adfærd	25,4 %	26,0 %	
Koncentrationsproblemer	70,1 %	66,7 %	
Hallucinationer	47,8 %	19,5 %	.00003
Traume-oplevelser	37,3 %	14,6 %	.0003

I ovenstående tabel er det vist, hvor mange af pigerne der har haft psykiske problemer i måneden op til indskrivningen. Som det ses, havde 26,9 % af pigerne haft selvmordstanker i måneden op til indskrivningen, mens 37,3 % havde haft PTSD-lignende symptomer (spørgsmål: *Har du genoplevet traumatiske oplevelser på en meget ubehagelig måde (f.eks. drømme, intense erindringer, flashbacks eller fysiske reaktioner)*). Pigerne har op til indskrivningen i signifikant højere grad oplevet, de har haft selvmordstanker, selvskadende adfærd, hallucinationer og traume-oplevelser.

Lægeordineret medicin mod psykiske problemer

13 af de 67 piger har fået ordineret medicin mod psykiske problemer i deres liv. Denne gruppe er en særlig udsat gruppe. 5 af de 13 piger, der har modtaget lægeordineret medicin med psykiske problemer, har en psykiatrisk diagnose, mens det samme er tilfældet for 3 af de 54, der ikke har fået den type medicin. Det samme med de fleste andre psykiske problemer (livstid). Disse er ikke overraskende stærkt overrepræsenteret hos piger, der modtager/har modtaget medicin mod psykiske problemer. De eneste psykiske problemer eller adfærd, der ikke kan knyttes til denne form for medicinsk behandling, er koncentrationsbesvær, aggression og voldelig adfærd. At modtage ordineret medicin mod psykiske problemer (livstid) er altså for denne gruppe af unge piger en god variabel til at forudsige mere indadrettede psykiske problemer og selvskadende adfærd (men ikke koncentrationsvanskeligheder eller udadrettet destruktiv adfærd). Alt sammen i et livstidsperspektiv. Ordineret medicin tidligere i livet kan derimod ikke forudsige aktuelle problemer. Til gengæld kan medicin aktuelt mod psykiske

problemer godt forudsige visse psykiske problemer gennem livet (herunder psykiatrisk diagnose).

Forholdet mellem stoffer og psykiske problemer

Som tidligere nævnt kunne der identificeres tre forbrugsgrupper af unge – en gruppe der havde et moderat forbrug op til behandlingens start (hash og alkohol), en gruppe der havde et middelstort forbrug (hash, alkohol og i mindre grad centralstimulerende stoffer) og en gruppe med et svært (multi) forbrug, ikke mindst inkluderende et stort forbrug af centralstimulerende stoffer og andre typer illegale stoffer.

Gruppen med det *svære forbrug* (såvel piger og drenge) adskiller sig på næsten alle de psykiske og adfærdsmæssige problemområder fra de mere moderat/middelstort forbrugende unge – såvel i et livstidsperspektiv som aktuelt.

De 12 af 65 piger, der er de sværeste/mest multimisbrugende af de unge i måneden op til indskrivningen, har igennem livet været signifikant mere angste (83 % mod 29 %) og oplevet hallucinationer (75 % mod 25 %). På alle mulige andre områder er de også mere belastede, ikke mindst har de været mere aggressive (83 % mod 54 %) og har haft PTSD-lignende symptomer (67 % mod 37 %). De sidste to dog ikke signifikant ($p < .06$).

Den samme gruppe af multimisbrugende 12 piger har i måneden op til indskrivningen desuden været mere angste (75 % mod 27 %), mere aggressive (83 % mod 48 %) og i højere grad haft selvmordstanker (50 % mod 21 %). Også på andre psykiske belastningsområder er de mere belastede end de øvrige piger, dog ikke signifikant.

Man kan altså sige, at forbruget forudsiger mange psykiske og adfærdsmæssige problemer. Men man kan dog lige så vel sige det omvendt – at det er de psykiske problemer, der forudsiger forbruget. F.eks. kan der igen ved hjælp af clusteranalyse udskilles to grupper – én med unge (drenge + piger) der gennem livet har haft alle mulige typer psykiske og adfærdsmæssige problemer, herunder ikke mindst problemer med angst, aggression/vold, selvmordstanker/forsøg, selvskade og flashback på traumer ($n=116$), og én gruppe som stort set aldrig har haft disse problemer ($n=67$). De, der har haft psykiske og adfærdsmæssige problemer gennem livet, har signifikant oftere prøvet kokain, beroligende og smertestillende medicin og prøvet andre stoffer (herunder svampe, GHB og khat). De har desuden i signifikant hyppigere grad end de øvrige haft et forbrug af amfetamin og kokain i måneden op til påbegyndelsen af den ambulante behandling. Så forbrug i måneden op til behandlingsstart kan forudsige psykiske og adfærdsmæssige problemer gennem livet (og aktuelt), men psykiske og adfærdsmæssige problemer gennem livet kan også forudsige brug af central-

stimulerende stoffer den sidste måned inden behandlingsstart. Hvad der kom først, kan ikke afgøres her.

Hvis der alene fokuseres på pigerne, ses den præcis samme tendens. F.eks. er det 32 % af dem, der har haft svære psykiske og adfærdsmæssige problemer gennem livet, som har prøvet kokain i måneden op til indskrivning, mens det samme gælder for 17 % af dem, der ikke har haft sådanne problemer. Af dem, der har haft svære psykiske og adfærdsmæssige problemer, har 80 % røget hash i måneden op til indskrivning, mens det samme er tilfældet for 58 % af de øvrige.

Sammenfattende kan det konkluderes, at der findes stærke signifikante sammenhænge mellem psykiske problemer og forbrug af rusmidler. Det kan ikke umiddelbart afgøres, hvad der kom først – problemerne med rusmidler eller de psykiske problemer. Det er helt primært de centralstimulerende stoffer og andre illegale stoffer (khat, ketamin, GHB, svampe og andre hallucinogener), der kan knyttes til de psykiske problemer. Pigerne forbrug af alkohol i måneden op til indskrivningen kan dog sættes i signifikant forhold til vold og aggression såvel aktuelt som livstid. Forbrug af hash i måneden op til indskrivning kan alene knyttes signifikant til koncentrationsproblemer i samme måned. Der ses i øvrigt ingen sammenhænge mellem svære psykiske problemer og debut for forbrug af de forskellige typer stoffer.

Sammenfatning – pigerne

Af de 67 piger, som har besvaret spørgsmål om psykiske problemer, kan 42 (63 %) betragtes som svært psykisk belastede. 63 % har PTSD-lignende symptomer (mod 4 % af de øvrige), 56 % har forsøgt selvmord (mod 13 % af de øvrige), 80 % oplever sig selv som voldelige (mod 8 % af de øvrige) med mere. Disse piger har oftere prøvet kokain, beroligende og smertestillende medicin og prøvet andre stoffer (herunder svampe, GHB og khat). De har desuden i signifikant hyppigere grad end de øvrige haft et forbrug af amfetamin og kokain i måneden op til påbegyndelsen af den ambulante behandling.

4.2. Pigerne sociale netværk

Det første sociale netværk, der skal fokuseres på, er pigerne familie. I alt har 176 besvaret alle de spørgsmål, der relaterer sig til familienetværket. Heraf er de 61 piger.

Af de 61 piger, der har besvaret disse spørgsmål, har ses følgende fordeling:

- 93 % kontakt til deres mor (99 % af drengene, 4 piger helt uden kontakt),
- 80 % kontakt til deres far (71 % drenge),
- 36 % kontakt til en stedfar (34 % drenge) og
- 23 % kontakt til en stedmor (17 % drenge).

For dem, der har kontakt, er intensiteten den sidste måned op til indskrivning følgende:

- 21 dage kontakt til mor (21 dage drenge)
- 17 dage kontakt til far (15 dage drenge)
- 15 dage kontakt til stedfar (17 dage drenge)
- 8 dage kontakt til stedmor (8 dage drenge).

Af dem, der har kontakt, opleves denne som konfliktfyldt og/eller støttende som følger (0 = ingen konflikt/støtte; 1 = en del konflikt/støtte og 2 = meget konflikt/støtte):

- Mor konflikt 0,69 og støtte 1,1
- Far konflikt 0,65 og støtte 0,81
- Stedfar konflikt 0,28 og støtte 0,89
- Stedmor konflikt 0,15 og støtte 1,0

Der findes ikke i forhold til ovenstående mål nogle signifikante forskelle mellem drenge og piger, med undtagelse af støtte fra far. Drengene oplever således signifikant mere støtte fra far end pigerne gør ($p < .05$). Piger og drenge oplever derimod lige meget støtte fra mor.

I det følgende skal forbrug af rusmidler, psykiske problemer og kriminalitet forholdes til a) om pigerne har kontakt til nogen af ovenstående, b) hvor meget de har kontakt (dage i måneden op til indskrivning) og c) støtte og konflikt i denne eventuelle kontakt. Som det vil fremgå, er det specielt kontakten med far og stedfar, der kan knyttes til forbrug af rusmidler og psykiske problemer.

Kontakt til far: De piger, der aktuelt har kontakt med deres far, har i mindre grad haft et forbrug af amfetamin i måneden op til indskrivning, og jo mere de har set ham (jo flere dage den sidste måned), desto færre dage har de indtaget amfetamin ($p < .05$). Der er en tendens til, at de piger, der har mest kontakt til deres far op til indskrivningen, er de mindst belastede, hvad angår stoffer. De piger, der har oplevet mest konflikt med deres far i måneden op til indskrivningen, er også de piger, der flest dage har haft et forbrug af hash ($p < .01$), og generelt kan de, der har haft mest konflikt med deres far

den sidste måned, oftere placeres i kategorien ”svært (multi)belastet stofmisbrug” i måneden op til indskrivning.

De piger, der har kontakt til far, er de mindst aggressive (livstid $p < .01$ og aktuelt $p < .01$). Det er også dem, der har færrest selvmordstanker, ikke mindst ses det, at jo flere dage sammen med far i måneden op til indskrivning, desto færre selvmordstanker ($p < .01$). Endelig er det de piger, der har kontakt til far, som gennem livet har været mindst selvskadende ($p < .01$) og oplevet færrest PTSD-lignende symptomer ($p < .01$).

Kontakt til stedfar: De piger, der har kontakt til en stedfar, har i større grad haft et forbrug af amfetamin i måneden op til indskrivning ($p < .05$). De har desuden i højere grad end andre piger prøvet opiater, såvel gennem livet ($p < .05$) som inden for den sidste måned ($p < .001$). Det er også de piger, der tidligst debuterer med såvel amfetamin som kokain ($p < .05$). Jo mere konflikt der er med stedfar, desto tidligere debuterer de med amfetamin og kokain ($p < .05$).

De piger, der har kontakt til stedfar er dem, som gennem livet oftest har oplevet depression ($p < .05$), aggression ($p < .05$), forsøgt selvmord ($p < .05$) og haft PTSD-lignende symptomer ($p < .05$).

Kontakt til mor: De piger, der har flest dage med kontakt til mor inden indskrivning, er også dem, der har røget hash flest dage i samme tidsrum ($p < .05$). Jo større forbrug af hash, desto flere koncentrationsproblemer. De piger, der har mest kontakt til deres mor, er da også dem der har flest koncentrationsproblemer i måneden op til indskrivning ($p < .05$). Jo mere støtte fra mor i måneden op til indskrivning, desto mindre forbrug af centralstimulerende stoffer i samme tidsrum. Endelig, jo mere kontakt til mor, desto mindre forsøgt selvmord.

Kontakt til stedmor: De piger, der har flest dage med kontakt til stedmor inden indskrivning, er også dem, der flest dage har drukket alkohol i samme tidsrum ($p < .05$). Endelig er det dem, der er mindst selvskadende ($p < .05$).

Umiddelbart kunne disse sammenhænge indikere, at far er helt nødvendig, mens ikke mindst tilstedeværelsen af en stedfar kan være problematisk. Det vil uden tvivl være en forhastet overgeneralisering. Ikke desto mindre er det fundet i en række undersøgelser, at fars tilstedeværelse og engagement har en positiv indflydelse på de unges sociale, adfærdsmæssige og psykologiske funktion (Sarkadi et al. 2008 og Flouri 2008), mens stedfarens tilstedeværelse derimod kan knyttes til forskellige typer problemer hos de unge. Flouri konkluderer således at ”...this study showed that, compared

with their peers in biological father families, adolescents in stepfather families are perceived to be at higher risk of behaviour problems". Endelig finder Bjarnason et al. (2003), at unge "... living with both biological parents engaged less frequently in heavy alcohol use than those living in any other arrangements". I denne undersøgelse kan dette ikke findes. Men det kan findes, at piger, der har haft tæt kontakt til både mor og far i måneden op til indskrivning (mindst 20 dage for begge), har et signifikant mindre forbrug af amfetamin/ $p < .05$ (tæt på signifikant for centralstimulerende stoffer samlet), og så er de mindre depressive, angste og har færre selvmordstanker ($p < .05$) end andre piger. Ovenstående forfattere fremhæver dog også, at forklaringen på disse sammenhænge er uklare. Der er således selvfølgelig mange stedfædre, som er til stor støtte for deres "bonus-børn". Og så er morens rolle over for stedfaren måske alt for dårligt belyst. Således findes der eksempler på, a) at mor nok er støttende, men helt har opgivet de mere strukturerede opdragelsesmæssige relationer over for pigen, hvilket b) stedfaren forsøger at påtage sig, hvilket c) bevirker, at pigen giver stedfaren fingeren og fortæller ham, at han ikke skal komme her og spille far. Et eksempel på noget sådant er f.eks. pigen på 15 år, der sover ude ca. 15 dage om måneden, hvilket stedfaren synes er for meget, men som moren ikke reagerer på. Der er der dog også eksempler på en helt misforstået adfærd fra stedfarens side. Problematikken er med andre ord kompleks.

Sluttelig skal pointeres, at der i denne undersøgelse er tale om en klinisk population, mens der i ovennævnte undersøgelser er tale om generelle populationer. Det siger så nok blot noget om, at det er de samme risiko- og beskyttelsesfaktorer, der er på spil hos disse unge som hos alle andre unge.

Problemer med alkohol og stoffer i familien: 121 af de unge har oplyst, i hvor høj grad deres forældre drikker alkohol og har et forbrug af illegale stoffer. Hvad angår det sidste er det kun hash, der er interessant i denne sammenhæng (stort set ingen forbrug af andre typer illegale stoffer end hash rapporteres). Af de 121 oplyser 27, at deres forældre meget ofte drikker alkohol. Denne gruppe af unge hører i signifikant højere grad end andre unge til dem, der har et svært (multi)forbrug i måneden op til indskrivning ($p < .01$). Ikke mindst har de et større forbrug af centralstimulerende stoffer ($p < .05$), og de har oftere prøvet opiater ($p < .05$). Derudover er de i måneden op til indskrivning signifikant mere voldelige ($p < .05$), oftere haft selvmordstanker ($p < .05$), forsøgt selvmord ($p < .01$) og været hallucinerede ($p < .01$). I deres liv oplever de sig selv som mere aggressive ($p < .05$) og mere selvskadende ($p < .05$). Pigerne adskiller sig ikke meget fra den samlede gruppe af drenge + piger. De piger, der kommer fra hjem med et stort alkoholforbrug (11 af 51 der har svaret), har ligeledes signifikant hyppigere end

andre et svært (multi)forbrug op til indskrivning (ikke mindst centralstimulerende stoffer og opiater), og så er de på næsten alle parametre mere psykisk belastede end de andre piger. Ikke mindst oplever de mere at have PTSD-lignende symptomer op til indskrivning ($p < .01$).

11 af de 121 unge rapporterer, at deres forældre ryger hash. Denne gruppe adskiller sig fra andre unge stort set på samme måde som de unge, der havde forældre, der meget ofte drak alkohol. Det skyldes bl.a., at stort set alle disse forældre også har et meget stort alkoholforbrug (sameksistens). 7 af de 51 piger kommer fra et sådant hjem.

Betydningen af en kæreste: Af de 176, der har svaret på dette spørgsmål, har 29 % en kæreste. 61 af pigerne har svaret på spørgsmålene om kæreste. 30 af dem rapporterer at have en kæreste svarende til 49 %. Derimod er det kun 18 % af drengene, der har en kæreste. De piger, der har en kæreste, oplever mere støtte fra denne end de drenge, der har en kæreste ($p < .053$). Drenge og piger ses dog lige hyppigt med deres kæreste (dem der har) – mellem 22-24 dage i den sidste måned op til indskrivning.

De piger, der har en kæreste, har oftere prøvet beroligende medicin ($p < .05$), kokain ($p < .05$) og andre illegale stoffer ($p < .01$) (khat, svampe, GHB, ketamin, andre hallucinogener) end andre piger. Drenge med kæreste har oftere prøvet opiater.

Pigerne med kæreste er op til indskrivning mere angstede ($p < .05$), og de har igennem livet oftere end de øvrige piger forsøgt at begå selvmord ($p < .05$). Jo mere konflikt de har med kæresten, desto mere voldelige er pigerne.

Drenge med kæreste har igennem livet været mere aggressive og voldelige ($p < .05$), oftere haft selvmordstanker ($p < .01$) og oftere været selvskadende ($p < .01$). De er også op til indskrivning mere aggressive ($p < .05$). Generelt kan man sige, at de drenge, der har flest psykiske problemer (tidligere nævnte cluster-kategorisering), oftere har en kæreste ($p < .05$). Således er det 24 % af de drenge, der har flest psykiske problemer, der har en kæreste, mens det samme er tilfældet for 7 % af dem, der har færrest psykiske problemer.

Tendensen er den samme for pigerne, men her ikke signifikant. 55 % af dem, der har flest psykiske problemer har en kæreste, mens det er 39 % af dem, der ikke har svære psykiske problemer, som har en kæreste. Til gengæld ses de piger, der har det svært psykisk, hyppigere med deres kæreste end de piger, der har en kæreste, men som ikke har så store problemer psykisk.

Sammenfattende synes de piger, der har en kæreste, at have prøvet flere forskellige typer illegale stoffer end andre piger. De er dog ikke mere forbrugende op til indskrivning. De er måske en smule mere psykisk belastede end andre piger, men det er mere usikkert. De, der er mest psykisk belastede, ses dog hyppigere med deres kæreste end de piger, der ganske vist har en kæreste, men som ikke er så psykisk belastede. Til gengæld er drenge med kærester betydeligt mere psykiske belastede end andre drenge – ikke mindst udadreagerende i kraft af aggression og vold, men også hvad angår selvmordstanker, selvskade og selvmordsforsøg (sidste tæt på signifikant).

Hvem indtages rusmidlerne sammen med: De unge blev spurgt om, hvem de indtog rusmidlerne med, og hvem de havde som første og anden prioritet. Der kunne vælges mellem alene, nære venner, kammerater (venner, men ikke nære venner), bekendte (hverken kammerater eller venner) eller familie. Førsteprioritet blev fordelt som vist nedenfor.

- Alene: 7 % (piger 7 %)
- Nære venner: 45 % (44 %)
- Kammerater: 40 % (36 %)
- Bekendte: 6 % (11 %)
- Familie: 2 % (2 %)

Der er ingen signifikante forskelle i, hvem piger og drenge prioriterer at indtage rusmidler sammen med.

De, der prioriterer at tage rusmidlerne sammen med nære venner eller kammerater, har oftere prøvet amfetamin ($p < .05$) og kokain ($p < .05$) end andre. Desuden har de hyppigere prøvet andre og mere sjældent brugte illegale stoffer ($p < .05$), og de har hyppigere prøvet opiater ($p < .05$). Et forbrug sammen med nære venner og kammerater kunne betyde en større berøring med forskellige typer stoffer. Ovenstående mønster er lige så markant for pigerne. En lidt særlig kategori er de unge, der tager rusmidler hjemme (uanset prioritering). De drikker mere alkohol, ryger mere hash, har et hyppigere forbrug af beroligende medicin og opiater – alt sammen signifikant. Hos pigerne ses det samme.

Det skal pointeres, at prioriteringen i denne analyse er vigtig. Mange af de unge tager f.eks. rusmidler, når de er alene (58 % af pigerne og 69 % af drengene). Men det prioriteres sjældent højest. Hvis pigerne prioriterer at indtage rusmidler sammen med nære venner og kammerater, men samtidig har et forbrug, når de er alene, så er deres forbrug endog meget stort. Faktisk mere end dobbelt så stort som for andre grupper, hvad angår såvel alkohol, hash, centralstimulerende stoffer og opiater. I øvrigt skal det frem-

hæves, at 69 % af pigerne forbruger sammen med nære venner, mens det samme er tilfældet for 84 % af drengene ($p < .05$). Måske har piger flere nære venner, der ikke bruger illegale stoffer? Det skal senere undersøges.

At indtage rusmidler alene kan for pigerne knyttes til oftere gennem livet at have oplevet angst ($p < .05$), været aggressiv ($p < .01$), voldelig ($p < .001$), haft selvmordstanker ($p < .05$) og været selvskadende ($p < .01$). Billedet er her i øvrigt det samme, uanset om pigerne prioriterer at indtage alene eller ej. Det er altså klart de mest psykisk belastede piger, der indtager rusmidler alene uanset prioritering ($p < .01$). For drengene ses præcis det samme ($p < .05$).

Hvor indtages rusmidlerne: Der skelnes her mellem følgende steder:

Tabel 4.7. Hvor indtages rusmidlerne

	Piger n=64	Drengene n=125
- Derhjemme	53 %	62 %
- Udenfor, på gaden, offentligt center e.l.	56 %	80 %***
- I klub (sport eller ungdom)	9 %	20 %
- Hashklub	17 %	36 % **
- På barer, værtshuse	25 %	25 %
- Til private sammenkomster	83 %	82 %
- Til private fester	86 %	85 %
- På dansesteder, diskoteker, parties, festivals	52 %	50 %
- Skole, job eller uddannelse	38 %	42 %

Der, hvor pigerne adskiller sig fra drengene, er ved, at de i mindre grad end drengene indtager rusmidler i det offentlige rum (udenfor på gaden, offentligt center mv.), og at de ikke så hyppigt kommer i hashklubber. De piger, der har prøvet settings, der ikke er de mest almindelige (i klub, hashklub, på barer/værtshuse og i skolen) har på forskellig vis haft et større forbrug af forskellige typer rusmidler. De, der indtager i klubber (ungdom/sport, $n=5$), er dem, der aktuelt oftest har haft et forbrug af beroligende medicin og heroin. Det samme er tilfældet for de 10, der har prøvet at være i hashklub, mens de 14, der har været på værtshuse, i højere grad har haft et forbrug af centralstimulerende stoffer. Endelig har de 19 piger, der har indtaget rusmidler i klubber, haft et større forbrug af alkohol og hash end andre. Man kan sige, at nogle er mere "garvede" i de forskellige rusmiddel-settings end andre. Jo flere forskellige typer settings pigerne har indtaget rusmidler i, desto flere rusmidler har de prøvet/forbruger de. De har således hyppigere prøvet centralstimulerende stoffer og hyppigere haft et forbrug af alkohol,

hash, beroligende medicin og heroin i måneden op til indskrivningen. De har desuden hyppigere prøvet andre typer illegale stoffer end de mest almindeligt brugte.

Endelig skal det nævnes, at de, der senere skal identificeres som skolens "ballademagerne", "skoletrætte", og de, der havde været ude for skoleskift, er de piger, som havde prøvet flest rusmiddel-settings ($p < .01$), og det er også dem, der oftest har indtaget rusmidler på jobbet/i skolen.

Ud over ovenstående havde de unge en mulighed for at krydse af ved "andet". Her blev bl.a. nævnt parker, skove, på gåtur med hunden, vaskehuset, på færgen, i bilen, skjulesteder, ved stranden, på et solcenter, hos pusher, på ferie, hos kæresten med mere. Intet mønster kunne her identificeres.

De unge blev også anmodet om at prioritere, hvor de foretrak at indtage stofferne. 156 svarede på dette (50 piger og 106 drenge). Resultat ses i nedenstående tabel.

Tabel 4.8. Førsteprioritet for, hvor rusmidlerne indtages i procent

	Piger n=50	Drenge n=106
Derhjemme	10	14
Udenfor, på gaden, offentligt center e.l.	26	32
I klub (sport eller ungdom)	0	2
Hashklub	0	1
På barer, værtshuse	0	1
Til private sammenkomster	36	24
Til private fester	22	16
På dansesteder, diskoteker, parties, festivals	4	5
Skole, job eller uddannelse	0	0
Andet (herunder forskellige kombinationer)	2	6

Det er klart fire settings, der er de foretrukne blandt de 13-17-årige. Henholdsvis derhjemme (ikke nødvendigvis hos familien), i det offentlige rum, til private sammenkomster og private fester. Det skal fremhæves, at disse unge er under 18 år, og derfor har vanskeligt ved at deltage i værtshus- og bylivet. Samtidig med at der er 38-42 %, der indtager rusmidler på arbejdet/i skolen, så er det aldrig det foretrukne sted. Heller ikke klubben foretrækkes rigtig af nogen.

Der er ingen forskel mellem drenge og piger i foretrukne setting, men der ses i høj grad settings, som i højere grad kan knyttes med et storforbrug end andre settings. Således er de unge, der foretrækker det offentlige rum,

klart de mindst belastede af rusmidler, ikke bare op til indskrivning ($p < .01$), men også i forhold til hvilke typer rusmidler de har prøvet. Ikke mindst har de ikke så ofte prøvet centralstimulerende stoffer (65 % mod 83 %, $p < .01$), men de har også haft et mindre forbrug af dem i måneden op til indskrivning ($p < .0001$). For pigerne ses det præcist samme mønster. Helt modsat forholder det sig med dem, der foretrækker private fester som forbrugs-setting. Disse unge er de mest rusmiddelbelastede i måneden op til indskrivning ($p < .01$). Tendensen er klart den samme for de 11 piger, der foretrækker fest-settingen, om end ikke signifikant. Disse piger er da også dem, der hyppigst har indtaget amfetamin (64 % mod 31 %, $p < .05$) og beroligende medicin (36 % mod 5 %, $p < .05$) i måneden op til indskrivning. De, der foretrækker fest-settingen, er desuden de piger, der op til indskrivning er mest angst og oftest har haft selvmordstanker ($p < .05$). Nogenlunde det samme gælder for drengene. I et livstidsperspektiv er de, der foretrækker fest-settingen, dem, der har været deprimerede (82 % mod 42 %), dem, der har fået medicin mod psykiske problemer (55 % mod 12 %), har haft selvmordstanker (91 % mod 48 %) og har haft PTSD-lignende symptomer (73 % mod 37 %). Også her ses nogenlunde det samme billede for drengene.

De, der foretrækker dance-setting, er dem, der har det største forbrug af ecstasy og amfetamin. Men der er alene tale om seks personer.

Vennerne: Der blev i første omgang skelnet mellem nære venner og venner generelt (kammerater). 191 af de 212 undersøgte besvarede disse spørgsmål, og tendensen er umiddelbart, at drenge ikke mindst har flere kammerater end pigerne. Denne tendens skyldes dog, at en mindre gruppe af drengene (13 %) har mere end 60 kammerater, mens det samme er tilfældet for 3 % af pigerne. For det store flertal af såvel drenge (87 %) som piger (97 %) er mønsteret dog det samme (omkring 19 kammerater i gennemsnit, normalfordelt). For de nære venner er billedet stort det samme. En mindre gruppe af drengene (14 %) og pigerne (7 %) har mere end 10 nære venner. De resterende har i gennemsnit 4,3 nære venner (drenge) og 4,6 nære venner (piger). Begge normalfordelt.

Jo flere nære venner, desto oftere har de unge prøvet kokain og opiater, og jo mere har de drukket den sidste måned (antal dage og antal genstande) og haft et forbrug af beroligende medicin. Det er også dem, der op til indskrivning har prøvet andre, mere sjældent anvendte rusmidler. Med andre ord er det dem, der tager de hårdere stoffer og drikker mest alkohol. Nogenlunde det samme ses, når antallet af kammerater forholdes til forbruget (prøvet og den sidste måned). For de 63 piger, der har besvaret dette spørgsmål, forholder det sig ikke anderledes. Det er de piger, der har flest

kammerater, som har det hyppigste forbrug af centralstimulerende stoffer, opiater og alkohol op til indskrivning. Antallet af, hvor mange nære venner pigerne har, forudsiger næsten samme forbrug, dog knap så udtalt.

De, der har flest nære venner, er de mest aggressive og voldelige. Dette ses dog kun hos drengene. Hvis der derimod alene er fokus på antallet af kammerater, så er det de piger, der har flest kammerater, som er mest aggressive og voldelige (hvilket ikke ses hos drengene). Det er også de piger, der har flest kammerater, som hyppigst indtager rusmidlerne ved private fester og sammenkomster (altså sammen med mange andre).

Vennernes forbrug af rusmidler: Hvis vennerne tager et bestemt rusmiddel, så gør de unge også. Dette er grundreglen i sammenhængen mellem de unges og deres venners forbrug. Dette er forsøgt vist skematisk i nedenstående tabel, hvor 172 unge piger og drenge mellem 13-17 år har fortalt om, hvilke rusmidler deres venner har et forbrug af, hvilket sammenholdes med et tidligere spørgsmål om deres eget forbrug i måneden op til indskrivningen.

Tabel 4.9. Korrelationssammenhænge mellem 172 unges og deres venners forbrug

Vennerne	Cig.	Alko	De unge i undersøgelsen				Andre**	Opioid
			Hash	CSS*	Berol.			
Cigaretter	.02							
Alkohol		.007						
Hash			<.000001	.001				
CSS*				<.000001	.001	.00005	.002	
Beroligende				.0009	.03		.002	
Andre**				.02	.03	.0003	.00002	
Opioider								

* CSS = Centralstimulerende stoffer

** Andre = Ketamin, khat, GHB, svampe og andre hallucinogener.

I tabellen ses det, at hvis de unge har røget cigaretter i måneden op til indskrivningen, så ryger deres venner også. Dette er signifikant med en p.værdi på .02 (2 % risiko for, at sammenhængen er vilkårlig). Til gengæld findes der ikke sammenhænge mellem forbrug af cigaretter og forbrug af andre typer rusmidler. At de unge har røget i måneden op til indskrivningen betyder altså ikke nødvendigvis, at de har været sammen med venner, der f.eks. ryger hash eller taget andre stoffer. Det samme med alkohol. De, der har drukket alkohol i måneden op til indskrivning, har også venner, der drikker alkohol, men det betyder ikke, at de har venner, der tager andre typer stoffer. Ligeledes igen med hash, og her er sammenhængen endog særdeles tydelig (0,0001 % risiko for, at sammenhængen er vilkårlig).

Eksempel 1: Af de 172 unge har 139 (80 %) røget hash i måneden op til indskrivningen.

88 % af de 139, der ryger hash op til indskrivningen, har venner der ryger hash. Derimod er det 51 % af de 33, der *ikke* ryger hash, der har venner, der ryger hash. 80 % af de piger, der ryger hash op til indskrivningen, har venner, der også ryger hash. 40 % af de piger, der *ikke* har røget hash op til indskrivningen, har venner, der ryger hash.

De unge, der har haft et forbrug af CSS i måneden op til indskrivningen, har også venner, der har haft et forbrug af CSS.

Eksempel 2: Af de 172 unge har 76 haft et forbrug af CSS op til indskrivning (44 %).

76 % af dem, der har haft et forbrug af CSS op til indskrivning, har venner, der har et forbrug af CSS. 33 % af dem, der *ikke* har haft et forbrug af CSS op til indskrivning har venner, der har et forbrug af CSS.

78 % af de piger, der har indtaget CSS op til indskrivningen, har venner, der også bruger CSS. 25 % af de piger, der *ikke* har indtaget CSS op til indskrivningen, har venner, der også bruger CSS.

Desuden ses det i tabellen, at de unge, der har haft et forbrug af CSS op til indskrivningen, ud over at have venner, der indtager CSS, især også har venner, der ryger hash, tager beroligende medicin og andre illegale stoffer (ketamain, khat, GHB, svampe og andre hallucinogener).

De unge, der har prøvet andre typer illegale stoffer (ketamain, khat, GHB, svampe og andre hallucinogener), har venner, der især har et forbrug af CSS og andre illegale stoffer.

Eksempel 3: Af de 172 unge har 18 haft et forbrug af andre illegale stoffer op til indskrivning (11 %).

94 % af dem, der har haft et forbrug af andre illegale stoffer op til indskrivning, har venner, der har et forbrug af andre illegale stoffer. 41 % af dem, der *ikke* har haft et forbrug af andre illegale stoffer op til indskrivning, har venner, der har et forbrug af andre illegale stoffer.

83 % af de piger, der har indtaget andre illegale stoffer op til indskrivning, har venner, der har et forbrug af andre illegale stoffer. 47 % af de piger, der *ikke* har indtaget andre illegale stoffer op til indskrivning, har venner, der har et forbrug af andre illegale stoffer.

Der er altså relativt langt flere, der bruger et givent stof, når de også har venner, der bruger det. Dette dog undtaget opioider (herunder heroin). Fordi en ung har haft et forbrug af opioider, betyder det ikke, at vedkommende har venner, der også har et sådant forbrug. Det kan skyldes, at det er meget

få af de unge i denne undersøgelse, der har haft et sådant forbrug i måneden op til indskrivningen.

At nogle ryger cigaretter, drikker alkohol eller ryger hash siger altså ikke umiddelbart noget om, hvorvidt de har venner, der tager andre rusmidler end netop cigaretter, alkohol og hash. At ryge hash i måneden op til indskrivningen betyder altså ikke, at de unge i denne undersøgelse nødvendigvis har mange venner, der tager CSS eller andre illegale rusmidler. Men det betyder, at de næsten altid har venner, der ryger hash. Når det handler om CSS, opioider og beroligende medicin, så er det, som om "farlighedskriteriet" udvider sig. De, der har haft et forbrug af CSS i måneden op til indskrivning, har således særligt mange venner, der ikke alene tager CSS, men også andre illegale stoffer og beroligende medicin.

Der skal senere forsøges med mere nuancerede analyser af netop disse sammenhænge. Her skal det blot konkluderes, at har de unge (herunder pigerne) et forbrug af et bestemt type rusmiddel i måneden op til indskrivning, så er det overvejende sandsynligt, at de også har venner, der har et forbrug af samme type rusmidler. Noget tyder altså på, at bestemte rusmidler er tilstedeværende i særlige forbrugskulturer, mens de ikke findes i andre forbrugskulturer. Uanset om der tales om drenge eller piger.

Hvis det alene er pigerne, der er i fokus, og andre rusmidler end cigaretter, alkohol, og hash defineres som "hårde" stoffer, så fremkommer nedenstående nydelige model.

Tabel 4.10. Sammenhænge mellem 59 pigers og deres venners forbrug

Vennerne	De unge i undersøgelsen			
	Cigaretter	Alkohol	Hash	Hårde
Cigaretter				
Alkohol		.04		
Hash			.004	
Hårde*				.001

* Hårde = CSS, opioider, beroligende og andre (ketamain, khat, GHB, svampe og andre hallucinogener).

Hvis pigerne har et forbrug af alkohol op til indskrivningen, så har de også venner, der bruger alkohol, men ikke nødvendigvis venner, der bruger andre rusmidler.

Hvis pigerne har et forbrug af hash op til indskrivningen, så har de også venner, der ryger hash, men ikke nødvendigvis venner, der bruger andre rusmidler.

Hvis pigerne har et forbrug af hårde stoffer op til indskrivningen, så har de også venner, der bruger hårde stoffer, men ikke nødvendigvis venner, der bruger andre rusmidler.

Fritidsaktiviteter: Dette defineres i første omgang som en aktivitet, der foregår regelmæssig (mindst én gang om ugen) inden for nogle organiserede rammer. Ud af 179, som har svaret på dette spørgsmål, er der 19, der kan leve op til dette kriterium. 6,7 % af de 60 piger dyrker en fritidsinteresse mindst én gang om ugen, mens det samme er tilfældet for 12,6 % af de 119 drenge, der har svaret på spørgsmålene. De fritidsinteresser, disse 19 dyrker, er følgende:

Spejder	Boksning
Springgymnastik	Hestesport
Styrketræning	Håndbold
Fodbold	Ishockey
Indendørs fodbold	Guitarstil
Amerikansk fodbold	Skydning
Parkour	Fægtning
Basket	

Tendensen er, at denne gruppe på 19 drikker lidt mere end de andre, men til gengæld ikke bruger illegale stoffer helt så mange dage som de øvrige. Men det er en ret så uklar tendens. Lidt overraskende har disse 19 været signifikant mere psykisk belastede i deres liv end de øvrige. 26 % har således en psykiatrisk diagnose (mod 10 % af de øvrige), 58 % har været selvskadende mod 33 % af de øvrige, 68 % har været angste mod 36 % af de øvrige med mere.

Hovedkonklusionen må dog være, at de unge i denne undersøgelse i meget ringe grad dyrker nogen form for organiseret fritidsinteresse. Dette indtryk forstærkes ved, at 36,5 % af de unge (helt ligeligt fordelt mellem piger og drenge) fortæller, at deres primære aktivitet sammen med deres venner er at drikke, ryge hash og tage andre stoffer. Denne gruppe ryger da også i måneden op til indskrivningen signifikant mere hash ($p < .05$) og har i same tidsrum et signifikant større forbrug af andre illegale stoffer end hash ($p < .05$). De har også signifikant oftere prøvet kokain ($p < .01$), andre illegale stoffer (ketamin, khat, GHB, svampe og andre hallucinogener, $p < .05$) og beroligende medicin ($p < .01$). De er også debuteret tidligere med et forbrug af hash (12,8 år mod 13,7 år, $p < .001$), med ecstasy (13,8 år mod 15,0 år,

$p < .001$) og kokain (14,2 år mod 15,5 år, $p < .01$). Endelig er de op til indskrivningen oftere voldelige ($p < .05$) og angste ($p < .05$).

Skolen: Det, der adskiller pigernes og drengenes skoleoplevelser, er, at pigerne i signifikant højere grad end drengene føler sig gode til at læse, og at de i signifikant højere grad oplever, de bliver mobbet. Dette ses blandt andet ved, at 52 % af pigerne klart oplever, de er gode til at læse, mens det samme er tilfældet for 32 % af drengene. 37 % af pigerne oplever, de er blevet mobbet, mens det samme er tilfældet for 18 % af drengene.

Til gengæld oplever drengene i signifikant højere grad end pigerne, at de er gode til sport, og at de er nogle ballademagere. Således oplever 31 % af pigerne slet ikke, de var gode til sport, mens det samme er tilfældet for 13 % af drengene. 24 % af pigerne oplever slet ikke, de var ballademagere i skolen, mens det samme er tilfældet for 9 % af drengene.

Det er specielt, hvilke typer stoffer de har prøvet gennem livet, der kan ses i forhold til deres skolegang. Cigaretter, alkohol og hash kan ikke ses i nogen relation til skolegang, fordi de alle har prøvet dette igennem deres liv. Derimod ses der stærke sammenhænge mellem skolegangen, og hvorvidt de har prøvet amfetamin, beroligende medicin og andre typer stoffer (khat, svampe, GHB, ketamin og andre hallucinogener). Jo mere de unge beskriver sig som "ballademagere" i skolen (konflikt med læreren, forstyrrende i timerne, kunne ikke side stille mv.), desto flere typer stoffer har de prøvet. Det gælder for såvel piger som drenge. Blandt de unge, der har oplevet sig som bogligt kompetente, og som godt kunne lide at gå i skole, er tendensen den modsatte, men ikke signifikant. (for drengene er den dog signifikant). De, der har oplevet at være blevet mobbet, har hyppigere gennem livet haft et forbrug af beroligende medicin. For pigerne og drengene adskilt er det en tendens, samlet er det signifikant. De mobbede drenge har prøvet alle mulige andre typer stoffer hyppigere end de drenge, der ikke oplever, de er blevet mobbede. Dette gælder ikke for pigerne, hvor oplevelsen af mobning som tidligere nævnt er et hyppigere fænomen.

De piger, som har oplevet sig selv som ballademagere, har signifikant hyppigere drukket alkohol og røget hash i måneden op til indskrivning end andre piger, mens de, der har oplevet sig selv som målrettede og kompetente i skolen, ikke så ofte som andre har haft et forbrug af hverken alkohol eller centralstimulerende i måneden op til indskrivning. Dette kunne være gode prognostiske tegn. Tendensen er den samme hos drengene, men ikke så kraftigt (ikke signifikant).

Der findes også en del signifikante sammenhænge mellem skoleoplevelser og psykiske problemer. Ballademagerne er de mest aggressive og voldelige (livstid), de mobbede har hyppigere haft selvmordstanker, forsøgt selvmord samt oplevet PTSD-lignende symptomer (livstid). De, der har oplevet skoleskift, har hyppigere selvmordstanker og får hyppigere medicin mod psykiske problemer (livstid). De, der var stille i skolen, har ikke oplevet sig selv som voldelige eller aggressive (livstid), de, der kunne lide at gå i skole og var målrettede, er ikke så deprimerede eller aggressive (måneden op til indskrivning), de, der ingen konflikter havde med deres skolekammerater, er ikke så aggressive og voldelige (måneden op til indskrivning) med mere. Piger og drenge sammen er dette signifikant, hver for sig tendenser.

De unge, der aktuelt modtager et skoletilbud med specialundervisning/eneundervisning (n=21) er langt mere psykisk belastede end unge, der går i almindelig skole (n=30). Dette gælder ikke mindst for pigerne (men næsten lige så meget for drengene). F.eks. har de piger, der modtager specialtilbud, alle været aggressive og voldelige, mens det samme er tilfældet for under halvdelen af dem, der går i almindelig skole. Af såvel drenge som piger er det 57 % af dem, der modtager specialtilbud, som har PTSD-lignende symptomer, mens det samme gælder for 10 % af dem, der går i almindelig skole. Nogle lignende mønstre ses ved alle psykiske problemer (nogle dog mere udtalte end andre). Til gengæld kan der ikke identificeres forskelle i forbrugsmønstre blandt disse to grupper.

Endelig skal det nævnes, at de unge, der ses mest med deres lærer i måneden op til indskrivningen, er dem, der har det mindste forbrug af andre illegale stoffer end hash, og for pigerne gælder det stort set alle illegale stoffer. Det kunne være, fordi det er de yngste, der ses med deres lærer, men det er ikke tilfældet. De, der ses mest med deres lærer, er dem, der modtager almindeligt skoletilbud (typisk 9-10. klasse), efterskole og produktionsskole, og som samtidig ikke pjækker fra timerne.

Sammenhængene mellem skoleoplevelser, forbrug af rusmidler og psykiske problemer er komplekse og skal senere undersøges mere nuanceret. Der er dog næppe tvivl om, at forskellige fremtrædelsesstile kan være større risikofaktorer for udvikling af et særligt forbrugsmønster og for den videre prognose. Dette vil opfølgingsundersøgelsen forhåbentligt i højere grad kunne afdække.

Arbejde: De unge blev opdelt i to kategorier: 1) De, der aktuelt var i praktik eller havde del- eller fuldtidsarbejde, og 2) de, der enten ikke var beskæftigede, de, der havde fritidsarbejde og andet (lidt efter behov, som flere skriver). Færre af de 34 unge, der aktuelt enten er i praktik eller i del-/ fuldtids-

beskæftigelse, har op til indskrivning haft et forbrug af andre illegale stoffer andet end hash ($p < .05$). Otte piger hører til denne kategori, og af dem er der ingen, der har haft et forbrug af andre illegale stoffer end hash i måneden op til indskrivningen, mens det er 51 % af de øvrige ($p < .01$).

At være del-/fuldtidsbeskæftiget eller i praktik ser med andre ord ud til at reducere forbruget af andre illegale stoffer end hash.

Kontakt til det professionelle hjælpesystem

Plejefamilie: 10 af de unge bor ved interviewet i en plejefamilie. To af dem er piger.

Ni af 10 har besvaret spørgsmålene om forbrug af rusmidler. Disse ni har signifikant oftere prøvet andre illegale rusmidler (GHB, ketamin, khat, svampe og andre hallucinogener, $p < .05$), og de har signifikant hyppigere prøvet beroligende medicin (78 % mod 34 %, $p < .01$). Op til indskrivningen har de i signifikant flere dage haft et forbrug af CSS ($p < .01$), opioider ($p < .05$) og beroligende medicin ($p < .0001$). Det sidste indikerer, at de hyppigere også får ordineret medicin mod psykiske problemer, hvilket da også er tilfældet ($p < .01$). Tendensen er da også, at de gennem livet har været deprimerede ($p < .058$), angste ($p < .058$), haft koncentrationsbesvær ($p < .084$), været hallucinerede ($p < .084$) og oplevet PTSD-lignende symptomer ($p < .098$).

Det ser altså ud, som om denne gruppe af unge såvel forbrugsmæssigt som psykisk er mere belastede end andre unge. Dette må dog indtil videre tages med forbehold.

De 10 unge i plejefamilie ser ikke overraskende langt sjældnere deres biologiske far og mor end andre unge. Deres forældre har desuden oftere et problematisk forbrug af rusmidler (drikker meget ofte og ryger ofte hash). De er hyppigere end andre unge smidt ud af skolen; de har hyppigere haft konflikt med deres lærer, og de oplever ikke, de har været dygtige i skolen. De ni af de 10 unge fra plejefamilie har desuden signifikant flere nære venner og signifikant flere kammerater end andre unge, og de indtager signifikant oftere rusmidler i klubber, hashklubber og i skolen/på jobbet.

Det umiddelbare indtryk er altså, at der her er tale om en særlig belastet gruppe. Det synes også at gælde for de to piger.

Støtte-kontakt-person: 58 af 212 unge har tilknyttet en støtte-kontakt-person (SKP). Af 73 piger er det tilfældet for 17 (23 %). Disse 17 har oftere end andre unge piger prøvet beroligende medicin i deres liv (67 % mod 28 %, $p < .01$). Dette kunne indikere, at de også oftere har fået ordineret medicin mod psykiske problemer i deres liv. Dette er da også tendensen, men ikke signifikant (33 % mod 16 %, $p < .10$). Op til indskrivningen har de ikke

et hverken større eller mindre forbrug af rusmidler end andre piger. Til gengæld rapporterer disse piger oftere end andre piger, at de har været voldelige i deres liv (76 % mod 48 %, $p < .05$). De synes dog ikke generelt gennem livet eller op til indskrivning at være mere eller mindre psykisk belastede end andre piger.

Der er tale om en gruppe af piger, som ikke har så meget kontakt til deres mor som andre piger (13 dage sidste måned mod 23 dage for andre piger, $p < .01$). Derfor er der en stærk tendens til, at de får mindre støtte fra deres mor end andre piger. Det kunne jo skyldes, der var tale om lidt ældre piger, der var flyttet hjemmefra, men det er ikke tilfældet. Det er en gruppe af piger, der oftere har oplevet skoleskift end andre, men ellers har de ikke særlige problemer med skolen sammenlignet med de andre piger i denne undersøgelse. Disse piger har ikke lønnet arbejde, og de er heller ikke i noget praktiktilbud. Det er generelt en gruppe uden noget rigtigt beskæftigelses tilbud, samtidig med at der ikke er flere af dem, der går i skole. Den videre undersøgelse vil forhåbentligt give et mere nuanceret billede af denne gruppe.

Psykolog: 12 af de 73 piger har op til indskrivningen været i behandling hos en psykolog. Det samme er tilfældet for 14 af de 139 drenge. Altså er lidt flere piger i psykologbehandling op til indskrivning end drenge – men ikke signifikant flere.

Lidt interessant er det måske, at der ikke er nogen tendenser til, at denne gruppe af piger har eller har haft det dårligere psykisk end andre piger. Lidt anderledes med drengene. Flere af de drenge, der modtager psykologbi-stand op til indskrivningen, er depressive og modtager medicin mod psykiske problemer. Flere af dem har gennem livet haft PTSD-lignende symptomer. Dette er altså ikke tilfældet for pigerne.

De piger, der modtager psykologhjælp, er generelt debuteret senere med et forbrug af rusmidler end andre piger – ikke mindst hvad angår CSS, men også alkoholdebuten er senere. Den samme tendens ses hos drengene, men ikke så markant. Op til indskrivningen har pigerne, der modtager psykologhjælp, ikke et større forbrug af rusmidler end andre piger, men hos drengene ses der et større forbrug af CSS op til indskrivningen hos dem, der modtager psykologhjælp.

Hvad angår venner, er tendensen, at piger, der modtager psykologhjælp, har færre venner end andre piger. Der er også en tendens til, at flere af dem har nære venner, der tager hårdere illegale stoffer. Der er faktisk ikke rigtig noget, der markant definerer denne gruppe – måske lige ud over at signifikant flere af dem har tilknyttet en SKP end andre piger ($p < .05$).

Pædagog: 23 af de 212 unge i undersøgelsen har op til indskrivningen haft en tæt kontakt med en pædagog. Af disse 23 er otte piger. Fem af disse piger har haft kontakt med en pædagog 30 dage den sidste måned, 1 i 25 dage, en i otte dage og en i fire dage. Ingen af disse unge er hjemmeboende, mens det samme er tilfældet for 80 % af dem, der ikke har så tæt en kontakt til en pædagog. Det betyder ikke overraskende også, at de ser mindre til deres far (5 dage mod 15 dage, $p=.056$) og mor (5 dage mod 22 dage, $p<.001$), og at de oftere har tilknyttet en SKP (63 % mod 20 % af de øvrige, $p<.01$). De modtager ofte enten et specialskoletilbud eller går på produktionsskole (tilsammen 63 % mod 14 % af de andre piger). Flere af disse piger indtager rusmidler alene ($p<.05$), og de tager dem ofte derhjemme ($p<.05$), hvilket her ikke er ensbetydende hjemme hos deres forældre.

Derudover ses der ikke rigtig nogen forskelle mellem denne gruppe og andre piger. Der er således tale om en så forholdsvis lille gruppe, at vi ikke endnu kan sige, om der er tale om en særlig risikogruppe.

Familierådgiver: 59 af de 212 har i måneden op til indskrivning haft kontakt til en familierådgiver. 19 af disse er piger. Hvem der har kontakt til en familierådgiver, er uafhængigt af køn og alder.

De piger, der har kontakt til en familierådgiver, drikker i måneden op til indskrivningen mere end andre piger, mens de har prøvet de samme rusmidler, og deres debutalder også er den samme. Flere af pigerne med familierådgiver er angste (74 % mod 44 % livstid, $p<.05$), og flere af dem oplever PTSD-lignende symptomer (63 % mod 27 % aktuelt, $p<.01$).

De prioriterer at tage rusmidler sammen med kammerater ($p<.01$), og de har også mange skolekammerater ($p<.05$). De indtager oftere end andre unge piger rusmidler i klubber og på værtshuse ($p<.05$), men de prioriterer at tage dem derhjemme ($p<.01$). De har oftere skiftet skole ($p<.05$), gået år om ($p<.001$), blevet bortvist ($p<.01$), og så pjækker de mere end andre piger ($p<.01$) – også mere end andre piger, der går i skole. Endelig modtager flere af dem et specialskoletilbud (21 % mod 5 % af de øvrige).

Måske får denne gruppe af unge piger en familierådgiver, fordi det går så skidt i skolen. Hvad det betyder, vil forhåbentligt senere blive muligt at svare mere nuanceret på.

Støtte: Hvem oplever de unge, der støtter dem mest. Dette er beregnet ud fra en score, der siger 2 = meget støttende, 1 = noget støttende og 0 = ingen støtte. I tabel 4.11 ses det, at for pigerne ligger kæresten i top. Det var da også langt flere piger, der havde en kæreste end drenge. De drenge, der har en kæreste, oplever derimod ikke så meget støtte (tæt på signifikant, $p=.053$). Drengene oplever til gengæld signifikant mere støtte fra deres far

og deres støtte-kontakt-person (SKP) end pigerne. Måske er drengenes SKP (og pædagog) en mand? Som det ses, kommer far ret langt nede i rækken af de personer, pigerne oplever mest støtte fra. Måske derfor spiller det netop en rolle, når faren endelig er tilstedeværende og støttende over for pigerne. Dette gælder dog ikke mindst for drengene, hvor der findes stærke signifikante sammenhænge mellem farens støtte i måneden op til indskrivning og forbrug af hårde stoffer i samme tidsrum.

Tabel 4.11. Hvem støtter drengene og pigerne mest

	n	Piger Støtte	Dreng Støtte	n	p.værdi
Kæreste	30	1,47	1,10	21	.007
Psykolog	12	1,25	1,14	14	
Nære venner	57	1,21	1,17	103	
Mor	56	1,13	1,18	11	
Pædagoger	5	1	1,40	10	
Støtte-kontakt-person	18	0,94	1,43	40	
Stedmor	14	0,93	0,68	19	
Lærer	36	0,92	0,84	49	
Stedfar	19	0,84	0,90	40	
Far	50	0,82	1,14	84	
Fritidsaktivitet	11	0,82	0,72	25	
Klubmedarbejder	5	0,8	1,24	17	
Kammerater	50	0,76	0,78	95	
Familierådgiver	21	0,67	1,03	40	
Arbejdsplads	13	0,69	0,97	33	

Samtidig er far dog også én af de personer, som såvel drenge som piger har mest konflikt med. Han må dog dele dette med mor, og for pigerne vedkommende med kæresten. De, der betyder mest (er tættest på), er altså også dem, der er mest konflikt med. Hjælpepersoner som SKP, pædagoger og psykologer glimrer ved høj støtte og moderat til lav konflikt. Også de nære venner hører til denne kategori.

5. Pigerne før og efter den ambulante behandling. 10 cases

I det følgende skal pigerne, og hvordan det er gået dem efter afsluttet ambulante behandling, beskrives gennem 10 cases. Pigerne er blevet anonymiseret og sløret ved at bytte om på visse oplysninger hist og pist, men der er ikke nogen af de piger, der beskrives, som ikke kunne være virkelige piger.

De 10 cases bygger på de første 12 opfølgingsinterview, som alle er en delmængde af de 73 piger, der blev analyseret i sidste kapitel.

Som det vil fremgå, har den ambulante behandling for langt de fleste piger startet en positiv proces, som samtidig med, at de er blevet ældre og den dertil knyttede modning, har betydet, at de fleste oplever at være på ”rette vej” – om end der er store individuelle forskelle. For de fleste af pigerne er der dog også tale om en skrøbelighed, som, hvis livet igen går dem mere imod, måske igen vil give dem psykiske og adfærdsmæssige problemer, problemer med at fastholde et arbejde, for meget alkohol, flugt ind i et forbrug af stoffer eller noget helt andet. Man får en fornemmelse af, at intet endnu er sikkert, selvom det for nogle ser forholdsvis godt ud. Det kommer an på, hvad livet byder, herunder den struktur, støtte og ro de vil komme til at opleve, om de fortsætter med at få erfaringer med at lykkes, mening med det, de gør osv. Mange af dem har brug for hjælp til dette. Først og fremmest fra deres sociale netværk, men for de fleste bestemt også fra et professionelt hjælpesystem.

Interviewene er gennemført efter udskrivningen, hvorfor 6 af de 10 i dag er mindst 18 år.

Christina

Christina er en 18-årig ung kvinde, der umiddelbart virker lidt genert, men er meget venlig og imødekommende, når hun først kommer i gang med at snakke. Christina bor alene i en etværelses ungdomsbolig, som hun er meget glad for, selvom hun på et tidspunkt gerne vil have lidt mere plads.

Skolegang og uddannelse

Hun fortæller, at hun er ved at være færdig som social- og sundhedshjælper og den 1. april starter på at læse videre til assistent. Lige nu er hun i praktik i et ældrecenter og er meget glad for det. Afvekslingen mellem skole og praktikforløb passer hende rigtig godt. Hun lever af sin løn og er ikke nødt til at have andet arbejde ved siden af. Hun synes selv, at det er utroligt, at

hun trives så godt på uddannelsen, for mange af hendes år i folkeskolen var præget af at føle sig udenfor og blive mobbet, og hun hadede skolen, selv om hun var god til det faglige. Senere blev hendes had mere tydeligt udtrykt gennem at være forstyrrende og urolig i timerne, have konflikter med både de andre i klassen og lærerne og blive en generel ballademager. Dette blev på et tidspunkt så omfattende, at hun blev smidt ud af skolen.

Rusmidler

Christina begyndte at ryge cigaretter og smage på alkohol, da hun var 14. Fra 16-års alderen tog hun igennem ca. halvandet år en del feststoffer, især amfetamin og kokain. Amfetamin tog hun næsten hver weekend og kokain noget sjældnere, fordi det var så dyrt. Da hun var 17, tog hun i en afgrænset periode på ca. to-tre måneder også ecstasy 10-15 dage om måneden, op til 10 piller pr. gang. Dengang hun tog feststoffer, oplevede hun ind i mellem hallucinationer, og hun havde også nogle gange besvær med at kontrollere aggressiv og voldelig adfærd. Aktuelt ryger hun cigaretter og hash dagligt og bruger i alt ca. 1800,- på cigaretter, alkohol og hash om måneden. Hun har drukket tre gange inden for den sidste måned, så det er ikke så tit, hun drikker. Når hun gør det, går hun til gengæld til den, og den dag, hun drak mest, fik hun alene drukket to flasker champagne, fem Somersby og en halv flaske Malibu-rom. Christinas kæreste, som hun lige har mødt, drikker alkohol en sjælden gang i mellem og tager ingen stoffer. Hun fortæller, at da hun søgte behandling, var det for at stoppe med at tage amfetamin, og at det også lykkedes, men at hun nu i stedet altså ryger hash stort set dagligt, hvad hun kun gjorde meget sjældent førhen. Christina er stoppet helt med at tage amfetamin for fire måneder siden, to måneder efter endt behandling og har ikke lyst til det mere. Dengang hun tog feststoffer, havde hun en omgangskreds på ca. tyve venner, hvoraf alle drak alkohol, halvdelen tog amfetamin, og omkring en fjerdedel ind i mellem tog kokain og ecstasy. Kun tre af de tyve venner røg hash. Christina har i dag brudt helt med sin gamle omgangskreds og har kun én veninde. Det, de gør mest sammen, er at ryge hash – en til to joints næsten hver dag ”og *kun* om aftenen”, siger hun.

Familie og venner – graden af støtte og kontakt

Christinas opvækst var præget af mange konflikter og mange flytninger, dels med enten den ene eller anden af forældrene, og dels forældrene i mellem. Christina ville helst bo hos sin mor, men konflikter med stedfaren gjorde ind i mellem tilværelsen så hård psykisk, at hun måtte bo hos sin far i perioder. Det var til gengæld også svært, for faren havde fået ny familie, og Christina følte sig noget overflødig og i vejen for hans nye lykke. Før i

tiden, da hun var yngre, følte hun slet ikke, at faren interesserede sig for hende, og det sårede hende meget – der var hverken støtte eller konflikter – bare ligegyldighed. I dag har hun både nogle konflikter med far, men får også en del støtte fra ham. Hun er glad for, at han på den måde med sit engagement viser hende noget opmærksomhed og interesse. Hendes stedfar føler hun decideret ikke kan lide hende og aldrig har kunnet. Han har altid kun henvendt sig til hende for at skælde ud, og sådan er det stort set stadig, når de ses. Af øvrige familiemedlemmer har hun kontakt med sin mor dagligt. Der er en del konflikter med mor, men også meget støtte fra hende. I dag har hun droppet alle sine gamle misbrugsvenner og har kun én nær veninde. Hende oplever Christina at få meget støtte fra. De kan godt lide at køre ture i venindens bil, ryge og sidde og snakke om livet imens. Christinas kæreste bakker hende godt op, og det virker, som om kærestens familie, som hun er ved at lære at kende, umiddelbart godt kan lide hende og støtter hende og kærestens forhold.

Øvrigt netværk

Christina har en støtte-kontakt-person, som hun har kontakt med ca. en gang om ugen. Kontaktpersonen støtter hende meget på det personlige plan, og på uddannelsen oplever hun en også del støtte både fra praktiksteder og lærere i forhold til at få gennemført uddannelsesforløbet på en god måde.

Psykisk

Christina havde tidligere oplevet at være deprimeret og angst og har haft besvær med at både at styre aggressioner og voldelige impulser. Hun har også gjort skade på sig selv, har ind i mellem haft selvmordstanker og har én gang forsøgt at tage sit eget liv. Hun har været udsat for både følelsesmæssige og seksuelle overgreb, herunder to voldtægter, dels som 13-årig og dels som 15-årig. Disse traumatiske oplevelser har hun i en periode oplevet i betydeligt omfang. Hun har aldrig fået bearbejdet disse oplevelser hos hverken psykolog eller anden terapeut, men synes at hun er kommet sig godt. I dag har Christina en del hukommelsesproblemer, og mener, at det er hashrelateret. Det er længe siden, at hun har haft overvejelser om at tage sit eget liv.

Fysisk

Hun har en del fysiske problemer i form af ryg- og knæ smerter, og siger, at det ligger til familien. Hun har haft smerter fem dage inden for den sidste måned, og fordi hun ved, hvad det er, går hun kun sjældent til læge.

Helena

Helena er en ung pige på 16 år. Hun er venlig og imødekommende og fortæller åbent om sig selv og sit liv.

Skolegang og uddannelse

De første mange år i den almindelige folkeskole var en blandet oplevelse. Hun var god til både at læse og regne og til de kreative fag; også selvom hun havde lidt svært ved at koncentrere sig i længere tid ad gangen. Det, der ikke var så godt, var, at hun først var en stille pige og derfor blev overset, og senere da hun blev større, gik det til den anden side, og hun begyndte at forstyrre, være urolig, lave ballade, fik konflikter med lærerne og blev smidt ud af skolen. I dag går Helena på Sdr. Skovbo Heldagsskole, som er en specialskole for børn og unge, der har brug for et alternativt skoletilbud til folkeskolen. Det er oftest børn og unge med sociale og adfærdsmæssige problemer af forskellig art. Hun er glad for at gå på skolen og pjækker aldrig. Lærerne støtter hende meget, og hun har gode skolekammerater, synes hun. Nu skal hun til eksamen til sommer og er lidt nervøs for det, selvom hun er sikker på, at det nok skal gå godt. Det er hendes plan at starte på handelsskolen efter sommerferien.

Rusmidler

Helena begyndte at ryge cigaretter, da hun var 11 år gammel, og hun var 12 år, første gang hun prøvede at drikke sig fuld og prøvede som 12-årig også opiater. Da hun var 13, sniffede hun opløsningsmidler i en kortere periode og prøvede også nerve-/sovemedicin et par gange. Hun røg hash første gang, da hun var 14 år gammel og begyndte hurtigt at ryge flere gange om ugen. Det var godt at ryge hash, for det hjalp hende med at flygte fra problemer og konflikter i familien og med at flygte fra følelsen af at være blevet familiens "sorte får". Ud over hashen prøvede hun også amfetamin. Dengang havde hun en masse venner, ca. 40. Alle drak alkohol, og halvdelen tog også forskellige stoffer. Der blev både røget hash, sniffet opløsningsmidler, taget amfetamin og ecstasy, og enkelte tog også ind i mellem kokain, svampe, fantasy, nerve-/sovemedicin og opiater. For ca. et år siden gik Helena i ambulans misbrugsbehandling, og hun har nu ikke røget hash i over syv måneder. Med hensyn til alkohol har hendes forbrug aldrig været et problem, for hun er ikke så vild med at være fuld, og på grund af hendes alder er det også sjældent, at hun går i byen. Hun har skåret kraftigt ned på antallet af venner, de fleste af "stofvennerne" er væk. I dag har hun 15 venner i alt, og fire som hun betegner som nære venner. Blandt disse fire venner drikkes der alkohol nogle gange om ugen, ligesom to af dem ryger hash et par gange om ugen, og en enkelt også tager diverse feststoffer.

Kriminalitet

Dengang Helena tog stoffer, lavede hun også kriminalitet for at skaffe penge til sit forbrug, mest butikstyverier... Ofte blev det til tyverier et par gange om ugen. Heldigvis blev hun aldrig opdaget, men hun var meget nervøs for det, for det ville have været meget pinligt, synes hun. Hun følte selv, at hun var i betydelige problemer med tyverierne og ville gerne stoppe, men hun kunne ikke så længe, hun havde brug for så mange penge hele tiden. Hun kunne heller ikke rigtigt dele sin frygt for at blive taget med nogen eller få anden hjælp i den retning, for ingen måtte jo vide, hvor mange penge hun brugte og til hvad. Nu hvor hun ikke tager stoffer længere, dækker hendes løn fra hendes fritidsjob udmærket hendes udgifter og forbrug, og det er derfor længe siden, hun har begået kriminalitet af nogen art.

Familie og venner – graden af støtte og konflikt i netværket

Helena har ikke kontakt til sin biologiske far og kender ham ikke. Hun har til gengæld en stedfar, som hun altid har haft det svært med. Helena har følt sig nedgjort og ydmyget af ham mange gange og kan ikke lide ham. Før i tiden var der konflikter med ham hele tiden og slet ingen støtte. Nu støtter han hende en del, men de skændes stadig meget om alt muligt. Forholdet til mor var tidligere også præget af mange konflikter, fordi mor var nervøs for Helena; hendes skoleproblemer, hendes omgangskreds, der ikke var sund for hende osv. Efter hun er holdt op med at ryge hash, er det sjældent, at der er konflikter i familien bortset fra i forhold til stedfar, som Helena som nævnt stadig tit kommer op at skændes med. Hendes bedsteforældre, som hun føler sig meget knyttet til, støtter hende også meget på forskellig vis. Med hensyn til vennerne oplever hun meget støtte fra dem og kun ganske få konflikter, såvel blandt de nærmeste venner som i den lidt større kammeratskabskreds, der tæller ca. 15 personer. Tidligere, dengang hun tog stoffer og derfor havde mange stofvenner, var der en del konflikter i omgangskredsen. Både blandingen af stoffer og alkohol og ind i mellem også abstinenser gjorde, at der tit kunne være skænderier imellem dem.

Øvrigt netværk

Helena har en støtte-kontakt-person, som hun ser ca. hver anden dag, og som hun synes, hun kan snakke med om alt. Hun har efterhånden kendt denne person længe, og han har støttet hende, både mens hun tog stoffer og nu. For et par år siden havde familien fået tilknyttet en familierådgiver pga. konflikterne, der var imellem dem alle sammen, og Helena synes, at denne familierådgiver forstod hende og støttede hende alt det, rådgiveren overhovedet var i stand til. Mens Helena tog stoffer, var hun tit oppe at skændes med sine lærere på skolen, selvom de også støttede hende. Hun mener, at

mange af konflikterne opstod, fordi lærerne var bekymret for hende, så hun synes nu, at de er ok, selvom hun var træt af dem dengang.

Psykisk

Helena har tidligere være depressiv, angst, haft koncentrationsproblemer, oplevet hallucinationer, der var stofudløste, og haft lav impuls kontrol. Ind i mellem var hun selvskadende og opsøgte også selv slagsmål, fordi det gjorde dejligt indeni efter at have slået hårdt på nogen. Hun har tillige haft selvmordstanker i væsentligt omfang og har forsøgt at tage sit eget liv fem gange. Helena har igennem sit liv været udsat for både fysiske, psykiske og seksuelle overgreb, og hun hjem søges stadig af gamle traumatiske oplevelser i ubehagelige drømme. I dag udsættes hun alene for psykiske overgreb i form af nedgørelser fra stedfarens side. Hun har fået god hjælp i forhold til sine psykiske problemer gennem psykologsamtalerne, som hun går til hver tredje uge og har gjort det i en længere periode. I dag er det længe siden, hun har haft angstanfald, og længe siden hun har haft tanker om eller trang til at tage sit liv.

Fysisk

Tidligere havde Helena mange fysiske symptomer, der generede hende. Hun havde tit ondt i maven og ryggen. Desuden havde hun astma, ”nervøs kløe”, hyppige migræneanfald. I dag er kun astmaen tilbage, og Helena overvejer at stoppe med at ryge cigaretter for at afhjælpe symptomerne, men synes at det er svært. Hun er stoppet med ”alt det andet” – så må det vel være ok at have sine cigaretter!

Ida

Ida er en ung, lidt genert og garderet pige på 14, snart 15 år. Hun bor hjemme hos sin mor i en mindre by i provinsen. Hun er hjemme, selvom jeg besøger hende om formiddagen, for hun går ikke i skole.

Hun bor hjemme ved sin mor og har gjort dette igennem hele sit liv undtaget en kortere periode inden for det sidste år. Da var hun i en kort periode på døgninstitution (i ni dage), men ville ikke være der og stak af. I perioden lige efter boede hun rundt omkring hos venner, inden det kom i stand, at hun måtte komme hjem til sin mor igen. Hun har flyttet en del rundt med moren igennem årene, men det har mest været i nærområdet, så hun har kun gået på to forskellige skoler indtil videre.

En stor del af barndommen er gået med at savne sin far. Forældrene blev skilt, da Ida var to år gammel, og i mange år var der kun sporadisk kontakt med faren. I to år fra Ida var 10 år gammel, boede faren i Norge, og

i den periode havde Ida slet ikke kontakt med ham. De to år uden kontakt til faren, påvirker hende stadig, hun er stadig både vred og ked af det.

Skolegang og uddannelse

Ida har skoleproblemer, og disse handler om ikke at kunne lide at gå i skole, at have svært ved de boglige fag, ikke at kunne koncentrere sig og i stedet forstyrre i timerne med snak, at have ganske alvorlige og hyppige konflikter med lærere og kammerater. Ida synes, at hun aldrig har trivedes i skolen. På grund af hendes til tider udfarende adfærd, har hun i flere omgange fået eneundervisning i længere perioder, så hun ikke kunne hverken forstyrre de andre elever eller blive voldelig over for dem. Hun fortæller, at hun lige nu har ventet i flere måneder på en kommunal beslutning om sin skolefremtid, og at hun på nuværende tidspunkt ikke har gået i skole i ca. et halvt år. Hun har efterhånden fået det sådan, at det nok er bedre, at hun fortsætter med eneundervisning - hun synes ikke rigtigt, at hun "passer ind" - og er nervøs for, hvad der vil blive besluttet.

Rusmidler

Ida røg cigaretter første gang, da hun var 10 år gammel og debuterede med alkohol, snifning af opløsningsmidler og nerve-/sovemedicin, da hun var 12. Som 13-årig prøvede hun første gang ecstasy, amfetamin og hash. Inden for det sidste år har taget kokain eller ecstasy enkelte gange hver måned i de første seks måneder, men ikke i de sidste seks måneder, fordi hun har været i et godt ambulantly behandlingsforløb. I tre måneder i sommeren sidste år drak hun flere gange om ugen og var tit fuld. I dag ryger Ida cigaretter, som moren betaler, fordi Ida ikke får nogen lommepenge og ikke har et fritidsjob. Af andre rusmidler har Ida den sidste måned kun drukket alkohol. Det har været fire gange i alt, og det højeste antal genstande, hun har drukket på en aften, har været lige under ti.

De nære venner drikker alkohol et par gange om måneden, og en enkelt af dem ryger hash, også et par gange om måneden. Idas kæreste, som hun i øvrigt er meget glad for, drikker alkohol et par gange om måneden og tager ingen stoffer. Han er i mod stoffer, og det hjælper Ida til at lade være med at tage noget selv, for han vil ikke have det.

Familie og venner – graden af konflikt og støtte

Ida er sammen med sin far hver anden weekend, og de har en del konflikter, når de er sammen. Hun synes ikke, at faren støtter hende overhovedet, men har travlt med sin nye familie. Ca. en uge om måneden i alt sover Ida ude hos veninder eller venner, men ellers ser hun sin mor hver dag. De har også en del konflikter, og Ida synes, at hun kun får ganske lidt støtte fra

moren. Ida vil gerne hjemmefra, for de hyppige konflikter med moren er hårde, synes hun. Til gengæld bakker både hendes storesøster, hendes nærmeste venner og kærestens familie hende meget op. Hun kan godt have en del konflikter med kærestens familie, fordi de synes, at Ida og han er for meget sammen, men det er ikke så alvorligt. Selvom der er meget støtte fra de nære venner, synes Ida også, at de tit er oppe at skændes om alt muligt. Hendes vennenetværk består af ca. 50 venner i den store kreds og fem nære venner. Hun har igennem det sidste års tid fået flere venner; før havde hun kun fem venner i alt, og to af dem var nære. Hun glæder sig hver dag til, de andre får fri fra skole, for så møder hun dem nede i Ungdomsskolens klub, hvor de snakker og hygger. Ida og hendes venner går også ofte til fester hos hinanden i weekenderne. De går kun meget sjældent i byen, for de er ikke gamle nok til at komme ind ret mange steder.

Øvrigt netværk

Kommunen har bevilliget en familierådgiver, og hende har Ida glæde af og synes, at hun støtter hende meget. De ses ca. en gang om ugen. Ida ved ikke, hvilket nummer kommunal sagsbehandler hun er nået til efterhånden, og ved heller ikke, hvad hun mener om hende, der har hendes sag nu. De har haft så lidt kontakt, at Ida ikke har kunnet nå at danne sig en mening endnu.

Psykisk og fysisk tilstand

Ida har det bedre følelsesmæssigt nu, end hun havde det for et års tid siden, da hun kom ud fra døgninstitutionen. Hun havde gået i ambulans misbrugsbehandling i en periode, men blev visiteret til døgnbehandling, fordi misbruget fortsatte uændret i det ambulante regi. Som nævnt var hun kun på institutionen i ni dage. I det første halve års tid bagefter oplevede hun depression, angst, hukommelsesproblemer, lav impuls kontrol, var voldelig over for andre, havde selvmordstanker og forsøgte selvmord tre gange via overdosis af ecstasy. Hun var også selvskadende og genoplevede gamle traumatiske oplevelser.

I dag har hun stadig af og til svært ved at kontrollere aggressiv adfærd, men kommer dog kun ind imellem op at slås. Der har på et tidspunkt været rejst sigtelse mod hende for vold, men sigtelsen blev frafaldet på grund af manglende bevis. Derudover genoplever hun stadig de gamle traumer. Hun går ikke til samtaler hos hverken psykolog eller psykiater eller modtager anden hjælp i forhold til sin psykiske tilstand ud over samtalerne med familierådgiveren. Hun har aldrig været udsat for overgreb og siger, at hun ikke har nogen fysiske gener eller problemer af nogen art. Alligevel har hun væ-

ret ved læge ca. 25 gange inden for det sidste år med forskellige klager, som hun ikke har lyst til at uddybe.

Isabella

Isabella er en 17-årig spinkel, ung kvinde, der bor på døgninstitution, hvilket hun har gjort i fire år nu. Hun regner med at skulle flytte, når hun fylder 18, og lige nu arbejdes der på at finde passende bolig og uddannelses tilbud til hende. Isabella er lidt nervøs – hvordan vil det gå med at bo alene? Kan hun undgå, at hendes værelse bliver opholdssted for alle mulige andre, kan hun undgå at gå i tilbagefald til stoffer, kan hun finde ud af hverdagen?

Isabella er noget formel og garderet i kontakten, og det tager tid før samtalen glider mere flydende.

Skolegang og uddannelse

Isabella har både måttet gå en klasse om og er blevet smidt ud af to skoler på grund af sin opførsel. Hun syntes, det var kedeligt og uinteressant at gå i skole. Kun når der var sport eller kreative fag på skemaet, syntes hun, at det var til at holde ud at være der. Hun havde ikke svært ved hverken at læse eller regne, men hun kedede sig meget i timerne. Hun lavede i stedet en del ballade og kom derfor tit i konflikt med lærerne. Hun havde kammerater nok, men kun få venner som hun virkelig kunne lide og følte sig tæt på og tryk ved. I dag går Isabella på institutionens interne skole, og det går noget bedre med skoletingene end før. Hun forventer at gå til 9. klasses eksamen til sommer med rimeligt resultat og vil gerne starte på EGU efter sommerferien. Hun er lidt nervøs for det, fordi hun tænker på, om skolen vil begynde at give negative oplevelser ligesom tidligere, når hun igen kommer ud i nogle normale skolesammenhænge.

Rusmidler

Isabella var fuld første gang som 11-årig og begyndte at ryge cigaretter som 12-årig. Da hun var 13- begyndte hun at ryge hash og prøvede på det tidspunkt også ecstasy. Da hun var 15, debuterede hun med amfetamin og som 16-årig med kokain. Hendes foretrukne stof blev kokainen. Den var bare god – hun blev let og glad og glemte alle problemerne. Dengang hun tog det, var det i perioder næsten dagligt. Det var nemt for hende at få fat i, for hun havde en kæreste, der pushede, så det var meget sjældent, hun manglede stof. Hun stjal meget i den periode, for hun brugte over 3000 kr. hver måned på stoffer og alkohol. Hun havde en stor omgangskreds og kendte omkring 100 andre unge, der stort set alle sammen også tog stoffer. Enten røg de kun hash, eller også var det en blanding af hash og feststoffer som hun selv. På et tidspunkt kom hun i ambulans behandling, og siden har

hun skåret meget ned på alle stoffer. I løbet af det sidste år har hun kun taget kokain og amfetamin et par gange og har hverken røget hash, drukket eller taget andre stoffer. Da hun havde haft tilbagefald til kokain og amfetamin, rådede personalet på institutionen hende til at genoptage de ambulante samtaler i misbrugscentret, og det gør hun med glæde. Det er gode samtaler, og de holder hende fra stofferne, synes hun. I dag omgås hun som regel langt færre, og der er ingen af hendes nære venner i dag, der bruger andre rusmidler end alkohol, og de drikker ikke oftere end et par gange om måneden.

Familie og venner – graden af støtte og konflikt

Isabellas far er død for mange år siden pga. stofmisbrug, og Isabella lærte ham aldrig at kende. Hendes mor er stofmisbruger, men er i medicinsk behandling, og det er vist ikke så ofte mere, at hun har sidemisbrug, mener Isabella. På grund af morens samlede negative situation, hendes mange skiftende partnere og mange konflikter med Isabella, kom Isabella på et tidspunkt i familiepleje. Hun var glad for at være der, men efter en periode hvor moren fik det bedre og ophørte sit misbrug, blev Isabella hjemgivet igen. Der gik dog ikke så lang tid, før moren fik tilbagefald til stofferne, og kort efter blev Isabella så anbragt på den institution, hvor hun nu har været i fire år. I dag har hun et nogenlunde forhold til moren. De har hyppig kontakt, men de har desværre også rigtig mange konflikter; stort set hver gang de taler sammen, kommer de op at skændes. Isabella oplever ikke, at moren kan støtte hende på nogen måder. Hun har til gengæld en storebror, som hun snakker med næsten hver anden dag, og han støtter hende meget, ligesom hun har et tæt forhold til sin lillesøster på 14, og det opmuntrer Isabella meget og ofte. Lillesøster ser op til hende, og derfor finder Isabella det vigtigt, at hun f.eks. ikke bliver stofmisbruger ligesom sin mor. Det ville skuffe lillesøster rigtig meget. Isabella er dog sikker på, at det aldrig vil ske, for hun hader nåle og er bange for at blive stukket. Lillesøster er også anbragt, men ikke samme sted som Isabella.

De nærmeste venner støtter hende også godt i forhold til at føle, at hun er ok og god at være sammen med. Hun har aldrig konflikter med de nærmeste venner, men kan have det i den større kammeratskabskreds, der tæller ca. 90 andre unge.

Øvrigt netværk

Tidligere følte Isabella sig meget alene, uden nogen voksne til at hjælpe sig, og uden nogen der kunne forstå hende, og hvordan hun havde det. Det var før, hun kom på institution. I dag har Isabella kontakt til en ungdomskonsulent, der bakker hende godt op, ligesom hendes yndlingspædagog og

hendes støttekontaktperson begge støtter og opmuntrer hende i både personlige og uddannelsesmæssige spørgsmål. Hun tror på, at disse personer til sammen kan hjælpe hende til at klare sig, når hun flytter fra institutionen. Hun går også til ridning og håndbold og er rigtig glad for det. Hun får ros og anerkendelse og føler sig god til begge dele.

Psykisk og fysisk tilstand

Isabella har før oplevet en del angst, har haft svært ved at styre aggressioner og har også været voldelig over for andre. Hun har også skadet sig selv ved at skære i sig og har haft tanker om at begå selvmord. Hun har været udsat for fysiske overgreb igennem sit liv, men ikke inden for det sidste års tid. Til gengæld har hun stadig i dag koncentrationsproblemer, som hun ikke oplevede tidligere. Hun har stadig besvær med at styre aggressioner og kan også til tider stadig blive voldelig. Det er især, hvis folk ikke respekterer hendes grænser. F.eks. hvis hun har sagt nej til noget, så mener hun det, og så skal folk ikke blive ved, men respektere hendes nej og ikke udfordre hende yderligere. Hun slår, når hun ikke længere har ord til at forklare med. Hun er desuden begyndt at genopleve gamle traumatiske oplevelser på meget ubehagelig måde i mareridt om natten. Hun går til psykolog ca. hver anden uge, men synes ikke det giver så meget. De snakker bare om, hvordan det går lige nu, og det går jo stort set fint.

I forhold til det fysiske helbred har hun ingen problemer og har kun været ved læge to gange inden for det sidste år.

Liv

Liv er en 18-årig ung kvinde. Hun virker energisk og glad for livet og er imødekommende og åben i sin kontakt. Hun fortæller, at hun er flyttet fra Fyn og forældrene til København med et efterskoleophold som mellemspil. Liv er vokset op i provinsen, og hendes forældre boede sammen, indtil hun var omkring fire år gammel. På det tidspunkt blev de skilt, og hun flyttede med sin mor. Derefter fulgte et par år med adskillige flytninger, hvor de boede hos forskellige af morens venner, i campingvogn og i forskellige lejligheder i kortere eller længere perioder. Da Liv var seks, år mødte hendes mor hendes stedfar, som moren har boet sammen med siden. Da hun var 16, ville hun gerne hjemmefra, primært på grund af stedfarens alkoholmisbrug, og hun begyndte at bo rundt hos veninder og ind i mellem også på gaden. Efter en periode på den måde og på grund af stor bekymring fra mors side, blev det aftalt, at Liv flyttede til København til en nær veninde af familien, hvor hun boede, indtil hun flyttede ind sammen med to veninder i sin nuværende lejlighed. Hun bor stadig sammen med de to veninder,

hvoraf den ene er gået hen og blevet hendes kæreste. Indtil nu har det været uproblematisk fortsat at bo sammen alle tre.

Skolegang og uddannelse

Liv går i 1. g og er vild med det. Hendes folkeskoletid var også præget af, at hun godt kunne lide at gå i skole. Hun var aktiv i timerne, havde det godt med kammerater og lærere og havde mange gode venner i skolen. Hun tog 10. klasse på efterskole, hvilket hun også er glad for. Hun synes, at det både modnede hende, og at hun mødte mange gode venner, som hun stadig ser. På gymnasiet er Liv nu meget engageret i både studenter- og miljøpolitik og er i den sammenhæng aktiv i flere forskellige fora. Hun elsker diskussionerne, samværet og venskaberne, der opstår via det politiske arbejde. Ud over skolen og foreningsarbejdet, har hun også et fritidsjob – der er brug for et tilskud til SU'en for at få økonomien til at køre rundt.

Rusmidler

Liv begyndte at ryge cigaretter som 12-årig og debuterede herefter med alkohol som 14-årig, hash som 15-årig, og khat, svampe, hallucinogener og opium som 16-årig. Det har kun været alkohol og hash, som hun har haft et stabilt forbrug af. Svampene var kun sjove nogle gange, og de øvrige stoffer har hun kun prøvet ganske få gange. Dengang hun startede med at ryge hash, røg alle hendes venner også hash. Før efterskolen og før København havde hun ca. 8-10 venner, hvoraf de tre var nære venner. De elskede at sidde sammen og høre, skrive og spille musik, mens de røg. I dag ryger Liv hverken cigaretter eller hash eller tager andre stoffer. Hendes alkoholforbrug er moderat og har altid været det. Inden for den sidste måned har hun drukket fem gange, og otte genstande den dag hun drak mest. Hun har ikke haft tilbagefald til nogen stoffer overhovedet efter endt ambulansbehandling, der sluttede for et års tid siden. De venner, hun har nu, har stort set samme rusmiddelforbrug som hun selv. Alle sammen kan godt lide at drikke alkohol, og det gør de en til to gange ugentligt; en enkelt ryger hash en sjælden gang imellem. Når hun drikker, er det med de nærmeste venner og som oftest på værtshus eller café.

Familie og venner – graden af støtte og konflikt

Liv har fået udvidet sin omgangskreds noget i forhold til tidligere. I dag er hendes omgangskreds på ca. 50 venner/kammerater; hun har mødt mange, som hun svinger godt med via sit politiske engagement. Hun har seks nære venner, og det, de gør mest, er at snakke og diskutere politik, lave lektier, gå på café, gå i byen og i biffen.

Hun har egentlig kontakt med sin mor, stedfar og bror og lidt oftere kontakt med en tante, der også bor i København. Hun oplever stor støtte fra alle disse personer. Før hun kom til København, var der ofte konflikter mellem hende og mor, ligesom hun kun oplevede halvhjertet støtte fra mors side. Disse konflikter er stort set ophørt, efter Liv har flyttede til København. Hendes biologiske far har hun kontakt med ca. en gang om måneden, men oplever denne kontakt som ligegyldig – der er hverken kontakt eller støtte, og sådan har det altid været med ham. Både kæresten, hendes familie, de nærmeste venner og den store vennekreds yder god støtte og opbakning, og Liv oplever kun meget sjældent konflikter. Både på jobbet og på skolen gælder det samme.

Øvrigt netværk

Liv har tidligere været i kontakt med både en gademedarbejder med rusmidler som speciale og med en psykolog. Det var fint nok at møde gademedarbejderen i sin tid. Han kunne fortælle hende om, hvilke muligheder der var for hjælp, hvis hun havde problemer med rusmidler – også selvom hun, dengang hun mødte ham, ikke var specielt motiveret for at ændre på sit forbrug. Desuden talte han med hende om både hash og andre stoffer uden fordømmelse, men tilbød bare at være der for hende, hvis hun skulle få behov. I psykologsamtalerne oplevede Liv at få god støtte og opbakning til at være den, hun er, og til at have de følelser, hun nu engang har f.eks. i forhold til både sin far og sin stedfar.

Psykisk og fysisk tilstand

Psykisk har hun det godt nu, men tidligere – før, under og lige efter et ambulantly behandlingsforløb – oplevede hun sig deprimeret og angst og kæmpede med koncentrationsbesvær. Hun mener, at de symptomer delvist var relateret til hashen, fordi det er nu et godt stykke tid siden, hun har oplevet at have det skidt. Til gengæld sker det stadig, som tidligere, at hun genoplever gamle traumer i virkelighedstro drømme. Mens hun var på efterskole, gik hun til samtaler ved psykolog på grund af disse drømme og syntes, at hun fik god hjælp af samtalerne, men er altså ikke helt fri af drømmene endnu. Hun har ingen fysiske skavanker af nogen art og går kun sjældent til læge.

Sara

Sara er en 19-årig ung kvinde. Hun bor alene i en etværelseslejlighed, lever af kontanthjælp og er aktuelt ikke tilknyttet hverken uddannelse eller ar-

bejdsmarked. Hun er pæn og velplejet, imødekommende og åben i kontakten.

Skolegang og uddannelse

Saras skoletid var præget af flere skoleskift og en del problemer, selvom hun var god til både boglige og kreative fag. Hun oplevede at have svært ved at sidde stille og svært ved at koncentrere sig. Desuden oplevede hun ind imellem sig selv som en ballademager, måske for at være lidt smart og i et forsøg på at få venner, siger hun i dag. Hun var ofte meget ensom og havde kun få rigtigt gode venner, ligesom hun i perioder oplevede at blive mobbet meget. I andre perioder gik det fint med at få venner, men fordi hun så igen skulle skifte skole efter et par år, mistede hun vennerne igen. Hun har senest været i gang på handelsskolen, men blev bortvist pga. for meget fravær. Hun fortæller, at det var svært for hende at starte på skolen pga. psykisk ubehag, så derfor pjækkede hun meget i starten. Da hun endelig faldt til og begyndte at føle sig tryk, havde hun fået for meget fravær, og skolen sagde stop for hendes videre forløb. Det er dog Saras plan at begynde igen efter sommerferien. Nu har hun jo prøvet det, og så går det nok bedre næste gang. Sara tænker, at hendes ubehag ved skolestart måske hænger sammen med de oplevelser fra folkeskolen, hvor hun skiftede skole flere gange. Det minder hende i hvert fald om de følelser, hun også havde dengang.

Rusmidler

Da Sara var 12, begyndte hun at ryge cigaretter, og som 14-årig debuterede hun med alkohol og hash. Det blev hurtigt et hyppigt forbrug, hvor hun røg flere gange om ugen. Hun har aldrig prøvet andre stoffer – har ikke turdet. Som 17-årig gik hun i ambulans misbrugsbehandling for at få stoppet op, og det lykkedes fint. Et stykke ind i behandlingsforløbet begyndte hun at skifte ud i vennekredsen, der før var oppe på ca. 50 personer, som stort set alle sammen drak for meget og røg hash. De nærmeste venner, som hun havde to af, var også begge nogle, der røg. I forhold til rusmidler er alkohol det eneste, Sara indtager i dag. Inden for den sidste måned har hun drukket fire dage, og maks. antal genstande har været 20. Alle de nære venner, som hun i dag har 5-10 af, drikker jævnligt alkohol, og et par af dem ryger hash hhv. dagligt og ugentligt. Det generer ikke Sara, at de ryger, hun har slet ikke lyst mere selv. Sara drikker aldrig alene, kun sammen med venner enten privat eller i byen eller til familiesammenkomster.

Familie og venner – graden af støtte og konflikt

Tidligere, da Sara boede hjemme, havde hun en del konflikter med sin mor, fordi moren var bekymret for hende, både over problemerne i skolen, og over at Sara røg hash. Efter Sara holdt op med at ryge, hjalp det meget, så kunne de bedre snakke sammen. Hendes stedfar, som hun har haft i mange år, har altid været en god støtte for hende og ikke været efter hende på nogen måder. Sara er glad for, at hun har så godt et forhold til sin stedfar, for hun har slet ikke set sin biologiske far i de sidste 3-4 år. Han virker ganske uinteressert i hende, så hun gider ikke mere selv at gøre noget for at få eller beholde kontakten til ham. Til gengæld ser hun sin mor og stedfar et par gange om ugen, og har som sagt ingen nævneværdige konflikter med nogen af dem. Sara får god støtte fra dem begge to. Hun får også god støtte fra både sine bedsteforældre, som hun ser flere gange om ugen, og fra storesøster og onkel, som hun ser nogle gange om måneden.

Omgangskredsen består af 40-50 venner/kammerater, og 5-10 af hvad Sara kalder nære venner. De får oftest tiden til at gå med at snakke, hygge, gå i biografen, ud at spise eller gå i byen. I forholdet til de nærmeste venner kan der ind imellem være en del konflikter, men der er også megen gensidig støtte.

Øvrigt netværk

Sara har to forskellige kontaktpersoner fra det lokale ungecenter, som hun ser stort set alle hverdage, og som støtter meget. Hun har også kontakt til både sagsbehandler og børne-unge-psykiater. Hun oplever en del støtte fra dem begge, men også en del konflikter med psykiateren.

Psykisk og fysisk tilstand

På det følelsesmæssige område oplever Sara ikke som sådan depression, men hver måned har hun nogle enkeltstående dage, hvor hun falder i ”sorte huller”, som hun har svært ved at komme op ad. Tidligere har hun haft svært ved at styre aggressiv adfærd, haft selvmordstanker, oplevet koncentrationsbesvær, været angst og deprimeret samt oplevet hallucinationer. Derudover har hun gentagne gange forsøgt at tage sit eget liv. Aktuelt har hun en del forståelses- og koncentrationsbesvær, ligesom hun har besvær med at kontrollere voldelig/aggressiv adfærd. Hun har fået stillet en ADHD-diagnose og er aktuelt medicineret med Stratea, hvilket hun har været i mere end et år nu. Hun går til opfølgningssamtaler hos psykiater ca. hver tredje måned. Igennem livet, men ikke på det seneste, har hun været udsat for både følelsesmæssige, fysiske og seksuelle overgreb.

Fysisk slider hun med smerter i bevægeapparatet og føler sig overvægtig, men er godt klar over, at hun som sådan ikke er det. Hun har føler sig

generet af smerter ca. halvdelen af måneden og har været til egen læge 1-2 gange pr. måned igennem minimum det sidste halve år.

Maibritt

Maibritt er en 19-årig ung kvinde, der bor hjemme ved sine forældre i en forstad til en større by, efter i en periode at have boet sammen med en kæreste. Hun måtte flytte fra ham igen pga. alt for mange konflikter og desuden vold fra kærestens side.

Skolegang og uddannelse

Hun har afsluttet folkeskolens 10. klasse og er lige nu i gang med en 2-årig ungdomsuddannelse inden for sundhedsområdet, hvilket hun er meget glad for. Hendes tidligere oplevelser med skolegang var ikke helt ok, og hun kunne ikke lide at gå i skole. Hun havde ikke mange kammerater, havde mange konflikter med lærere, fordi hun var lidt af en ballademager og følte samtidig ikke, at hun blev set som den, hun var. Hun havde ikke helt nemt ved hverken de boglige eller kreative fag. I dag har hun det helt anderledes. Hun er glad for uddannelsen som helhed, er nogenlunde god til de forskellige fag, og det er blevet lige noget for hende at yde omsorg og pleje. På sigt drømmer Maibritt om at gå videre med uddannelsen og blive sygeplejerske. På grund af uddannelsen lever hun af SU. I fritiden kan hun godt lide at gå til linedance én til to gange om ugen og er også lige begyndt at træne en smule fitness.

Rusmidler

Som 13-årig drak Maibritt alkohol for første gang, og som 14-årig havde hun også debuteret med cigaretter og hash. Da hun var 16, havde hun også prøvet amfetamin, ecstasy og kokain. Hashen var det stof, hun var mest glad for sammen med kokain. Sidstnævnte var bare for dyr til, at hun kunne købe tit, så hashen blev hovedstoffet. Efter et ambulantly behandlingsforløb er hun ophørt med alle illegale stoffer, og i dag foretrækker Maibritt alkohol som rusmiddel og bruger ud over cigaretter og alkohol ikke andre rusmidler. Når hun drikker, hvilket kan være 1-2 gange om ugen, kan hun maksimalt på en aften nå op på, hvad der svarer til ½-1 flaske vodka. Ud af SU'en bruger hun ca. 500 kr. pr. måned på alkohol og kun 100 kr. på cigaretter lige nu, da hun er i gang med at trappe cigaretterne ned med henblik på ophør.

Hun har en omgangskreds på ca. 20-30 venner/kammerater, og af dem er fem, hvad hun kalder nære venner. Fire af de fem nære venner drikker alkohol i samme omfang som hende selv, og ingen af dem bruger andre rusmidler. Hun har fået sig en ny kæreste, som hun er meget glad for. Han

dyrker sport på eliteniveau, hvorfor han slet ikke rører rusmidler af nogen art. Når hun drikker alkohol, er det aldrig alene, men oftest sammen med enten de nære venner eller sammen med familien. Hun drikker både derhjemme, ved private sammenkomster og i byen.

Familie og venner – graden af støtte og konflikt

Maibritt har kun sporadisk kontakt til sin biologiske far, og når de ses, er der en del konflikter og ikke meget støtte fra hans side. Tidligere var der hverken konflikter eller støtte, så Maibritt synes, han udviser større interesse for hende, end han gjorde tidligere, men helt nemt har de det ikke. Til gengæld har Maibritt stort set ingen konflikter med hverken sin mor eller stedfar, som hun føler støtter hende meget. Forholdet til stedfar har ændret sig meget, efter Maibritt er kommet i gang med sin uddannelse og er holdt op med at tage stoffer. Dengang hun tog stoffer, havde han ingen kommentarer og var meget neutral over for hende. Han blandede sig ikke på nogen måder – hverken med skældud eller støtte, og det er rart, at det er ændret nu, hvor hun kan mærke, at hun betyder noget både for stedfaren og moren. Maibritt får også god støtte fra både sin moster og sin farmor, som hun har begge har kontakt med flere gange om ugen. Kæresten støtter hende også meget, og de har endnu ikke haft konflikter; de har ikke kendt hinanden mere end et par måneder. Vennerne støtter hende en del, men der er også en del konflikter på kryds og tværs i vennegruppen, ikke specielt i forhold til Maibritt. Når hun er sammen med vennerne, går det mest ud på hygge, at se film og snakke.

Øvrigt netværk

Maibritt får god og relevant støtte på sin uddannelse fra lærer og studievejleder i forhold til uddannelsesmæssige spørgsmål og problemer. Hun har ikke kontakt til andre professionelle.

Psykisk og fysisk tilstand

Psykisk har Maibritt fået det bedre inden for de sidste to-tre måneder. Tidligere har hun oplevet depression, angst, hukommelses- og koncentrationsbesvær samt været voldelig over for andre. Hun havde i en periode rigtig svært ved at styre sit temperament, men det er blevet meget bedre, og hun har nu ikke været voldelig i en længere periode. De øvrige symptomer er også aftaget betydeligt. Både igennem sit liv og inden for det sidste halve år har hun været udsat for fysiske overgreb, men ikke i løbet af den seneste tid, da hun er sluppet af med den tidligere ”dårlige” kæreste.

Fysisk lider hun af hovedpine tre-fire dage om måneden, men det har ikke været i en grad, de gav hende anledning til bekymring. Hun har i alt været ved egen læge ca. fire gange inden for det sidste halve år.

Karina

Karina er 17 år gammel og bor sammen med sin kæreste i en lejlighed.

Skolegang og uddannelse

Da Karina gik i den almindelige folkeskole, havde hun en del problemer, selvom hun egentlig var god til de boglige fag. Hun havde svært ved at koncentrere sig og svært ved at sidde stille og havde mange konflikter med lærerne. Hun kom til at hade skolen af et godt hjerte, også selvom hun havde gode klassekammerater. På grund af flytninger har hun gået på flere forskellige skoler, og det synes hun heller ikke har hjulpet i forhold til at være glad for at gå i skole. I dag går Karina i specialskole for børn og unge, der har sociale og/eller indlæringsmæssige problemer og er glad for at gå der. Hun har måttet gå et år om i forbindelse med at flytte fra den almindelige folkeskole til specialskolen. Det er rart, at det er små klasser i den nye skole, så er det nemmere at koncentrere sig. Hun pjækker næsten ikke mere, i modsætning til tidligere hvor hun pjækkede rigtig meget; nogle gange hele uger ad gangen.

Rusmidler

Karina har prøvet en del forskellige rusmidler. Hun begyndte at ryge cigaretter, da hun var ni år gammel og debuterede med alkohol som 11-årig. Som 13-årig prøvede hun nerve-/sove medicin, og da hun var 14, prøvede hun at ryge hash, sniffe opløsningsmidler samt at tage ecstasy, amfetamin, og kokain. Hendes yndlingsstof blev feststofferne, som hun har taget i forskelligt omfang hver weekend igennem et par år. Inden for det sidste år har hun kun prøvet at tage noget enkelte gange med måneders mellemrum og sidst for flere måneder siden. Med hensyn til alkohol drikker hun nu kun sjældent, hvor det tidligere godt kunne være næsten hver anden dag. Tidligere havde hun ca. 10 kammerater og én nær ven. I vennegruppen blev der også taget en del feststoffer, ligesom der blev røget noget hash ind imellem.

Når hun i dag en gang imellem drikker alkohol, er det med vennerne til private fester og aldrig særligt meget, højst tre-fire øl. Omgangskredsen er vokset til 20 kammerater og nu to nære venner. Der er ingen af kammeraterne, der tager bruger andre rusmidler end alkohol.

Familie og venner – graden af støtte og konflikt

Karina har en omgangskreds på cirka 20 kammerater, og af disse er to nære venner. Når hun er sammen med dem, to-tre gange om ugen, bruger de mest tiden på at se film og snakke om stort og småt. Karina oplever at konfliktniveauet er meget lavt, og at vennerne er gode til at støtte hinanden indbyrdes.

Generelt er der ikke tradition for at holde tæt kontakt med hinanden i Karinas familie, og hun har for eksempel slet ingen kontakt til sin biologiske far. Hun har dog et tæt forhold til både sin mor og stedfar. Hun har ingen konflikter med dem og oplever, at de bakker hende meget op.

Karina bor sammen med sin kæreste og er glad for at bo sammen med ham, også selvom de har mange konflikter, og selvom han ryger hash dagligt. De har talt en del om, at han skulle stoppe, for hun synes, at han bliver så sløv af det, og mange af deres konflikter handler om noget, der ikke bliver gjort, eller aftaler, der ikke er blevet holdt, fordi han har glemt det, eller fordi han er skæv.

Øvrigt netværk

Hun har også gode lærere og en god støtte-kontakt-person, der støtter hende meget med, hvad der kan være af problemer i skolen, og hvad hun i øvrigt slås med på det personlige plan. Ved siden af skolen har Karina fritidsarbejde i en biograf. Det er et godt job, synes hun, hun har gode kolleger, kan se alle de film, hun vil, og få halv pris til veninderne.

Psykisk og fysisk tilstand

Psykisk har Karina det svært og har haft det sådan længe. Hun har igennem livet været udsat for følelsesmæssige overgreb i form af ydmygelse og mobning fra omverdenen og har haft svære koncentrationsproblemer, som nu er diagnosticeret som ADHD. Igennem det sidste halve år har Karina været medicineret med Ritalin. Medicinen hjælper i forhold til ADHD'en, men ud over denne oplever hun stadig både depression, anspændthed og hukommelses- og koncentrationsbesvær. Hun oplever at have besvær med at kontrollere aggressioner, men har aldrig begået vold mod andre. Igennem mange år har hun ind imellem tænkt alvorligt på at tage sit eget liv, men har alligevel ikke kunnet få sig selv til det... Cirka hver tredje uge har Karina tid hos psykiater til opfølgning på medicinen, men taler ikke med nogen om sin øvrige psykiske tilstand.

Betty

Betty er en 19-årig ung kvinde. Hun er lidt genert til at starte med, men bløder herefter op og fortæller åbent og imødekommende. Hun bor alene i en lejlighed med sin lille datter, der blev født for knap et år siden. Hun har fået sig en kæreste, som ikke er barnets far, men som er meget sød og deltagende, og som måske på sigt kunne blive en stedfar. Det vil Betty dog ikke satse på lige nu, men nyder bare at have en kæreste at hygge sig lidt med.

Skolegang og uddannelse

Bettys tid i folkeskolen var præget af mange skoleskift, massiv mobning, koncentrationsproblemer, besvær med at sidde stille, forstyrre i timerne hhv. at være en stillepige, som ikke blev lagt mærke til. Samtidig følte hun sig oftest ensom og uden for fællesskabet. Helt kort brød Betty sig slet ikke om at gå i skole; hun hadede det. I dag går hun på specialskole og er ved at færdiggøre 10. klasse. Det er en lille klasse, og hun går i skole med andre piger, som heller ikke har haft det nemt, hverken i skolen eller i livet, så hun føler et større fællesskab med klassekammeraterne nu end nogensinde før, og det går faktisk fint også med at lære.

Rusmidler

Betty smagte alkohol første gang som 12-årig, og som 13-årig begyndte hun at ryge cigaretter. Da hun var 15, debuterede hun med hash, amfetamin, kokain, hallucinogener og opløsningsmidler. Som 16-årig prøvede hun nerve-/sove medicin, doping og fantasy. Kort sagt havde Betty en periode på over to år, hvor hun bare tog alt, hvad hun kunne få fat i og skulle prøve alt. Det gode ved stofferne var, at de både gjorde hende modig og fik hende til at glemme alt, hvad der var af problemer i skolen og familien. Efter et ambulansbehandlingsforløb er hun i dag helt færdig med at tage stoffer. Hun har kun røget hash én gang inden for det sidste år, og det var for 11 måneder siden. For ca. et år siden havde hun igennem et par måneder lidt besvær med at styre sit alkoholindtag, og drak flere gange om ugen, men i de sidste mange måneder har hun kun drukket alkohol et par gange om måneden. Hun drikker kun, når hun en gang i mellem har fri fra den lille, og kan gå ud med veninderne – så kan hun ind i mellem godt ”gi’ den gas” og nyde friheden. De gange kan hun godt nå op på at drikke 10-15 genstande. Hun tager indimellem smertestillende medicin, sammenlagt ca. en uge om måneden, som hun har fået ordineret ved lægen mod stærke rygsmerter.

Familie og venner – graden af støtte og konflikt

Betty kender ikke sin biologiske far. Hendes mor siger, at han er død, men vil ellers ikke snakke om ham overhovedet, så Betty ved ingenting om ham. Hun har en stedfar, som hun har et meget neutralt forhold til. De har aldrig nogen konflikter, men hun oplever heller ikke, at han støtter hende på nogen måder. Han blander sig stort set bare uden om alt. Tidligere havde Betty en del konflikter med sin mor og oplevede kun, at hun støttede hende en gang imellem - det var den gang, Betty tog stoffer og ikke passede skolen osv. I dag har hun og moren ingen konflikter overhovedet, og moren er meget støttende i forhold til både Betty og hendes rolle som nybagt ung mor. For eksempel tager moren hver måned den lille i en hel weekend, hvor Betty så får fri til at være ung sammen med veninderne osv. Bettys kæreste støtter hende en del, men de har også en del konflikter. Det kan indimellem være svært for ham at forstå, hvad det betyder for hende, at hun har et lille barn, som hun skal prioritere. Hendes nærmeste venner støtter hende en del, men ikke meget synes hun. Hun kunne generelt godt have brug for noget mere opbakning, synes hun, men igen er det svært, når nu ingen af de andre f.eks. har et lille barn. Hun kender ikke andre unge mødre, som hun kan socialisere med, og det mangler hun lidt, synes hun.

Øvrigt netværk

Betty har tilknyttet en familiebehandler, som hun synes støtter hende en del, ligesom sundhedsplejersken også støtter en del. Betty har ingen konflikter med nogen af dem, men føler lidt, at de kontrollerer hende, og om hun er god nok, og det er indimellem et pres.

Psykisk og fysisk tilstand

Betty har tidligere haft problemer med depression, aggressioner, koncentrationsbesvær, hallucinationer under stofpåvirkning og selvskadende adfærd. Derudover havde hun i en længere periode mange tanker om at tage sit eget liv og forsøgte også halvhjertet flere gange. Mest af alt ville hun gerne ses og hjælpes, og selvmordsforsøgene var en måde at vække omgivelserne på. Hun har for nogle år siden fået stillet diagnosen borderline og har stadig mange symptomer på mistriksel: angst/anspændthed, koncentrationsproblemer, dårlig aggressionsforvaltning, voldelige tendenser og genoplevelse af gamle traumer i form af både følelsesmæssige, fysiske overgreb og seksuelle overgreb, som hun har været udsat for igennem livet. Hun har for nyligt i en periode på tre måneder gået til samtaler hos psykiater hver uge for at få indstillet sin medicin, og har modtaget i alt 10 samtaler ved psykolog indtil videre. Hun fortsætter med at gå hos psykolog ca. hver anden uge og synes, at samtalerne hjælper noget, men ikke så meget som hun kunne

ønske sig. Fysisk har hun ingen problemer og trives godt med sin krop – også efter graviditet og fødsel.

Kathrine

Kathrine er en 20-årig ung kvinde, der bor i egen lejlighed i en større by i Danmark. Hun har afsluttet folkeskolens 10. klasse og har to deltidsjobs, så hun forsørger sig selv. Det ene job er i forretning, hvor hun arbejder ”sort”, og det andet er i en vuggestue.

Kathrine bor alene nu. Hun har boet sammen med en kæreste, som hun har kendt i flere år, men hun valgte for under et år siden at gøre forholdet forbi pga. af kærestens ustyrlige temperament. Han har aldrig udsat hende for vold, men for en lang række af følelsesmæssige overgreb af forskellig karakter. De skændtes meget ofte, og til sidst, efter hun havde kendt ham i fire år, slog hun op og flyttede i en kort periode hjem til forældrene, hvorefter hun fik sin egen lejlighed.

Skolegang og uddannelse

Kathrine har skiftet skole flere gange og har oplevet en del skoleproblemer, på trods af at hun var god til både at læse, regne og deltage i sport og gymnastik. Især har hun haft problemer med at sidde stille, at koncentrere sig, kom til at forstyrre og lave ballade i timerne og fik derfor tit konflikter med lærerne. Fordi hun var ”rap i replikken”, kom hun også ofte i konflikt med skolekammerater og har en enkelt gang oplevet at blive smidt ud af skolen på grund af dårlig opførsel. Hun kunne kun lide frikvartererne, hvor hun kunne hygge sig med kammerater og hadede ofte at skulle af sted til skole om morgenen. I dag er hun ikke i nogen form for uddannelse, men arbejder som nævnt to forskellige steder. Hun er lidt i tvivl om, hvad hun gerne vil være på længere sigt og har derfor ikke besluttet sig for, hvilken uddannelse hun skal tage. Måske overvejer hun at blive pædagog, for hun er meget glad for det vikararbejde, hun har i en børnehave.

Rusmidler

Kathrine debuterede med alkohol som 11-årig og med cigaretter som 12-årig. Da hun var 13, røg hun hash første gang, og som 16-årig begyndte hun på amfetamin og kokain, i det omfang hun nu havde råd til det eller kunne skaffe det gratis gennem venner. Hashen røg hun dagligt, og feststoffer blev mest indtaget i weekenderne i forbindelse med at gå i byen eller til private fester. Hun fortæller, at, efter et ambulantly behandlingsforløb, har hun reduceret sit forbrug til kun at ryge hash, hvilket betyder, at hun igen de sidste par år slet ikke har taget feststoffer af nogen art. I løbet af året er det ikke unormalt, at hun holder enkelte korte pauser af en uges va-

righed fra hashen, bare for at se om hun kan. I det sidste år har hun gjort dette tre gange. Hun har to nære venner, og de ryger begge hash dagligt og drikker ofte, men ikke alvorligt, og de tager ligesom hun heller ikke andre stoffer. Hun ryger aldrig alene, men kun med de nærmeste venner, og det foregår enten hjemme hos én af dem, eller i butikken hvor hun arbejder, og hvor et par af de andre også ryger hash.

Familie og venner – graden af støtte og konflikt

Tidligere havde Kathrine mange konflikter med både sin mor og sin far over den måde, hun levede sit liv på. Mor støttede også en del, så det var til at holde ud, men far var kun fordømmende og udsældende, når han overhovedet talte til hende. I dag får Kathrine en del støtte fra sin mor, og konfliktniveauet er faldet noget. Fra fars side oplever hun endelig en del støtte, ud over at han stadig skælder ud ind i mellem. Det hele er blevet bedre, efter hun flyttede fra sin kæreste, for forældrene var meget bekymrede over deres forhold. Der var ingen hån eller lignende, da hun i en kort periode flyttede hjem til forældrene for at komme væk fra kæresten. Hendes lillebror har hun et ”trælst” forhold til i øjeblikket – de har mange konflikter, som mest handler om, at Kathrine er bekymret for ham, fordi han er begyndt at drikke og ryge hash. Ud over stor støtte fra vennerne, som hun ser dagligt, får hun også meget støtte fra sin kusine og sin mormor, som hun ser noget mindre. I fritiden hygger hun med de nærmeste venner. De slapper af, snakker, ser tv og film og ryger. Hun får motion ved at gå flere ture dagligt med sin hund.

Øvrigt netværk

Kathrine har aldrig fået støtte fra kontaktperson, sagsbehandler, psykolog eller lignende og har heller ikke kontakt til nogen nu.

Psykisk og fysisk tilstand

Kathrine har igennem sit liv været udsat for både følelsesmæssige, fysiske og seksuelle overgreb fra voksne. Hun har tidligere været mærket af angst, depression, koncentrationsbesvær og problemer med at styre sine aggressioner. Hun har også tidligere haft selvskadende adfærd og selvmordstanker og har to gange forsøgt at tage sit eget liv. I dag mærker hun stadig angst og anspændthed, hukommelses- og koncentrationsbesvær samt besvær med at kontrollere aggressiv/voldelig adfærd. Desuden har hun genoplevet en del gamle traumatiske oplevelser på meget ubehagelig måde både i intense erindringer og i natlige mareridt.

Fysisk har Kathrine en række problemer, som belaster hende, herunder dårlig ryg, svage nyrer, dårlig lever, generelt ringe immunforsvar, hyppig

hovedpine og mavekatar. Hun har været ved egen læge ca. otte gange inden for det sidste år. Hun har pga. nyreproblemer været indlagt én gang i 14 dage i alt inden for det sidste år.

Kriminalitet

Hun har tidligere begået en del kriminalitet for at skaffe penge, især butikstyveri, men ikke inden for det sidste år og har aktuelt slet ikke nogen lyst til at begå kriminalitet.

6. Organiseringen af den misbrugsindsats, der tilbydes 13-17-årige i Danmark

De 353.372 danske 13-17-årige har bopæl i 98 kommuner. Disse kommuner har med virkning fra 1/10 2005 pligt til at sørge for behandling for stofmisbrug af unge under 18 år i særlige tilfælde (se bilag 1). Tilbuddet skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen.

Målgruppen er unge, som på grund af stofmisbruget har alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer, der medfører, at den unge ikke kan fungere i forhold til familie, uddannelse, arbejde eller skole. Der er tale om unge med sociale, fysiske og/eller psykiske skader forårsaget af stofmisbruget.

Den sociale behandlingsgaranti dækker kun i de særlige tilfælde, hvor stofmisbruget har udviklet sig sådan, at den unge ikke kan modtage den almindelige støtte efter reglerne for børn og unge i lovens kapitel 8, førend der er sat en social behandling i gang i forhold til stofmisbrugsproblemet.

Fortolkningen af, hvem der hører under målgruppen, kan være endog særdeles vanskelig. På den ene side er det for langt de fleste af disse piger ikke rusmidlerne, der er deres primære problem. Man kunne derfor påstå, at det er de primære problemer, der skal gøres noget ved – så vil misbruget automatisk stoppe. Men netop misbruget kan jo lægge sig hindrende i vejen for nytten af de sociale indsatser, som pigerne har behov for. Dertil kommer, at de primære problemer ofte forstærkes af misbruget, og det kan dermed være særdeles vanskeligt at afgøre, hvorvidt forskellige problemer er forårsaget af misbruget eller af ”de primære problemer”.

Selve formuleringen om, at de unges sociale, fysiske og/eller psykiske skader skal være forårsaget af stofmisbruget, er derfor næsten umulig at håndtere. En pige har måske i flere år haft psykiske problemer (før misbruget startede), men misbruget har forværret disse problemer med depression og selvmordstanker til følge. Hvad er stofmisbruget årsag til? En 16-årig dreng var kriminel, før misbruget startede, men misbruget har intensiveret hans kriminelle aktiviteter markant. Også her kan det diskuteres, om stofmisbruget var årsagen til kriminaliteten.

Det eneste svar er, som det også fremgår af diverse guidelines (for disse se bl.a. Pedersen 2007 og Vind & Finke 2005), at behandle de forskellige problemer integreret. Som det næste kapitel skal vise, er dette i dag en meget stor udfordring for det danske behandlingssystem.

Den måde, de 98 kommuner varetager behandlingsgarantien på, er på en lang række områder meget forskellige. Dette kan ofte forklares med kommunens størrelse – men ikke altid. I det følgende skal de 98 kommuners tilbud til rusmiddelmisbrugende unge nærmere belyses, herunder hvilke forvaltninger der tager sig af denne service, hvem der har udviklet specifikke ydelser til netop denne gruppe med mere.

6.1. Forvaltningstyper og særlige enheder rettet mod de helt unge

Hvilken forvaltning misbrugsindsatsen er knyttet til, er vidt forskellig og har relativt mange navne. I første omgang blev forvaltningerne opdelt efter, hvad de kaldte sig selv. Dette ses nedenfor:

1. Børn og unge – skole, undervisning, kultur og fritid [Børn, unge og voksne – ikke problemfokuseret], n=31
2. Børn og unge – familie, ungdom, SSP, særlige problemer [Særligt børn og unge – problemfokuseret], n=37
3. Social og sundhed [Børn, unge og voksne – problemfokuseret], n=20
4. Social og arbejdsmarked [Børn, unge og voksne – problemfokuseret], n=10

Som det ses, er der relativt mange kommuner, hvor den sociale misbrugsindsats, der tilbydes unge, hører under *skole, undervisning, kultur og fritid*. Det er helt primært de små kommuner, hvor den sociale misbrugsindsats hører under gruppe 1. Den gennemsnitlige størrelse på disse 31 kommuner er således på 37.408 indbyggere (std. 20.840). Der findes dog også enkelte større kommuner i denne gruppe, hvilket der senere skal vendes tilbage til.

I 37 kommuner hører den sociale misbrugsindsats under en forvaltning, der tager sig af *familie- og ungdomsproblemer*, og som ofte er tæt knyttet sammen med *SSP-samarbejdet* (Skole, Socialforvaltning og Politi). Også her er der tale om relativt små kommuner med gennemsnitligt 44.869 indbyggere (std. 22.109). Der findes ingen store kommuner i denne gruppe, men en del mellemstore kommuner på mellem 50-90.000 indbyggere.

I 20 kommuner hører de sociale misbrugstilbud under *social- og sundhedsforvaltningen*. Her er der tale om lidt større kommuner med i gennemsnit 77.691 indbyggere (std. 106.004). Der findes dog her to store kommuner (*København* og *Vejle*), men langt hovedparten er mellemstore kommuner. En enkelt kommune (Glostrup) kommer noget misvisende ud som en lille kommune. Det er den ganske vist også, men den servicerer store dele af landet med forskellige former for misbrugsbehandlingsydelser. Glostrup Kommunes behandlingscenter hedder stadig KABS, som er en forkortelse af Københavns Amts Behandlingscenter for Stofmisbrugere.

Endelig findes der 10 kommuner, hvor den sociale misbrugsindsats hører under *social- og arbejdsmarkedsforvaltningen*. En enkelt af disse kommuner er en mindre kommune (Lemvig), mens resten er mellemstore til store. Det gennemsnitlige antal indbyggere er 113.777 (std. 88.123), og det er her kommuner som Århus, Aalborg og Odense placeres.

I nedenstående tabel er det vist, hvilke 34 kommuner der har behandlingscentre med fysiske rammer som tilbyder ambulante behandling til unge under 18 år, der misbruger af rusmidler (pr. 1/7 2009). Kommunerne er opstillet efter, hvor mange 13-17-årige der har bopæl i kommunen, og derudover er det estimeret, hvor mange unge i kommunen der kunne have et behandlingskrævende misbrug af rusmidler (her estimeret til 2 % af de 13-17-årige, hvilket efter de tidligere nævnte internationale undersøgelser er et rimeligt konservativt estimat).

Tabel 6.1. Kommuner med ambulante misbrugsbehandling til unge under 18 år (i alfabetisk orden)

	13-17-årige	Estim. 2 % med rusmiddelmisbrug		13-17-årige	Estim. 2 % med rusmiddelmisbrug
København	19919	398	Holstebro	3992	80
Århus	17108	342	Køge	3975	80
Aalborg	11451	229	Varde	3802	76
Odense	11104	222	Greve	3597	72
Esbjerg	8075	162	Kalundborg	3456	69
Vejle	7169	143	Hedensted	3377	68
Silkeborg	6160	123	Favrskov	3364	67
Randers	5948	119	Thisted	3359	67
Herning	5795	116	Frederiksberg	3304	66
Kolding	5774	115	Fredericia	3279	66
Roskilde	5400	108	Ballerup	3150	63
Sønderborg	5221	104	Vordingborg	3036	61
Slagelse	5117	102	Tønder	3018	60
Horsens	5077	102	Ikast-Brande	2834	57
Aabenraa	4329	87	Faxe	2509	50
Helsingør	4066	81	Herlev	1722	34
Svendborg	4055	81	Glostrup	1151	23

Ovenstående svarer til, at ca. 53 % af de danske 13-17-årige, der har udviklet et misbrug, har et misbrugscenter med et særligt tilbud til dem beliggende i deres kommune.

Af de 10 største kommuner i Danmark har de ni etableret specifikke behandlingscentre til netop denne gruppe af unge. Som den syvende største kommune (for 13-17-årige) mangler Viborg. Estimeret har Viborg 128 unge i alderen 13-17 år, som kunne have et behandlingskrævende forbrug af

rusmidler. Som tidligere nævnt, kan misbrugsbehandlingsbehovet hos denne gruppe løses på forskellig måde – herunder ved at lade en anden kommune eller regionen løse opgaven, henvise de unge til behandling på døgninstitution eller måske behandling i et helt andet regi. Viborg har f.eks. valgt at håndtere indsatsen rettet mod denne særlige gruppe af unge som følger:

Viborg: Ved lettere rusmiddelproblemer tilbydes den unge råd og vejledning hos SSP-medarbejdere.

Ved sværere misbrugsproblemer tilbydes der afklarende samtaler i kommunens Ungeteam, der består af tre medarbejdere hvoraf de to har en mere specifik uddannelse i misbrugsbehandling. Herefter besluttes det, om der skal søges døgnbehandling via regionen, eller om der skal iværksættes et enkeltmandsprojekt (en afrusnings-/afgiftningstur) med efterfølgende tilbud inden for rammerne af Familieafdelingens dagbehandlingstilbud. Her tilbydes der bl.a. ”hjemme-hosser”, familierådgivning og de øvrige almindelige støtteforanstaltninger inden for Servicelovens rammer.

Af andre kommuner, som estimeret skønnes at have en større gruppe af unge med rusmiddelrelaterede problemer, men som ikke har et specifikt behandlingscenter, der varetager denne opgave, kan nævnes Frederikshavn, Hjørring, Holbæk og Næstved. Estimeret vil disse kommuner have mellem 80-100 unge 13-17-årige med rusmiddelrelaterede problemer.

Frederikshavn: Har en ungdomskonsulent, der har tæt samarbejde med Ungeteamet i Region Nord. Ungdomskonsulenten vurderer sammen med familieafdelingen om almindelige foranstaltninger er tilstrækkelige til den unge, eller om Ungeteamet fra regionen skal bringes ind. Ungeteamet afholder ungesamtalerne både hjemme hos den unge og i lånte lokaler i Frederikshavn, så de unge ikke skal tage til Aalborg for at få dem.

Hjørring kommune har et fast samarbejde med Ungeteamet i Region Nord. Under SSP er der tre ungdomskonsulenter, der sammen med en socialrådgiver og en leder vurderer, om den unges misbrug er så udviklet, at det kræver i behandling i Ungeteamet. Lettere misbrug arbejder ungdomskonsulenterne selv med via rådgivning og vejledningsforløb. SSP-ungdomskonsulenterne arbejder ikke på gadeplan, men er opsøgende i forhold til unge, som andre har udvist bekymring for.

Holbæk: Unge under 18 år med rusmiddelproblemer henvises til behandling i Slagelse, enten til individuelle samtaler eller dagtilbudet Perron 3. Man har et meget tæt samarbejde med specielt én medarbejder fra Slagelse Misbrugscenter, som selv bor i Holbæk, og samtalerne bliver derfor tilbudt i den unges lokalområde, med mindre de altså skal møde på Perron 3 (som ligger på Slagelse Station).

Næstved har indtil videre henvist til Slagelse (Perron 3), men er aktuelt i gang med en opkvalificering af personalet i "Ungenetværket", så de kan tilbyde ambulante misbrugsbehandling. Der tilbydes rådgivning og vejledning i forhold til lettere rusmiddelproblemer. Man forventer at overtage den fulde behandlingsopgave i løbet af efteråret.

Som det ses, kan det enten være en anden kommune eller regionen, som varetager behandlingen af denne specifikke gruppe af unge (eller de visiteres i enkelte tilfælde til døgnbehandling). "Lettere" misbrug varetages stort set altid af kommunen selv (ungeteam, familieafdeling, SSP-rådgivere).

Der findes en meget klar sammenhæng mellem de oven for nævnte fire forvaltningstyper og hvilke kommuner, der har et særligt misbrugsbehandlingscenter for unge under 18 år med egne fysiske rammer. I tabel 6.2 ses det således, at af de 30 små kommuner fra gruppe 1 er det 13,3 %, som har eget misbrugsbehandlingscenter med særlig fokus på misbrugsbehandling af unge under 18 år. Af de 30 er det således kun fire, der har et sådant misbrugsbehandlingscenter, og det er i de store kommuner Esbjerg og Tønder og i de relativt små kommuner Hørsholm og Faxe.

Tabel 6.2. Forvaltningstilknøytning og ambulante behandlingscenter for unge

Forvaltning	N	Andel ambulant behandlingscenter
Gruppe 1. Skole, undervisning, kultur og fritid	30	13,3 %
Gruppe 2. Familie, ungdom, SSP	36	16,7 %
Gruppe 3. Social og sundhed	20	85,0 %
Gruppe 4. Social og arbejdsmarked	10	90,0 %
Alle	96	35,4 %

Hillerød kommune, som også placerer sig i gruppe 1, bruger i udstrakt grad Nordsjællands Misbrugscenter, som har en ungeafdeling, der er beliggende i Hillerød kommune.

Billedet er ikke meget forskelligt i gruppe 2. I de 36 kommuner findes der seks behandlingscentre, som er placeret i *Silkeborg, Horsens, Aabenraa, Varde, Fredericia* og *Greve*.

Med gruppe 3 vender billedet helt. Her er der ingen behandlingscentre i tre af de 20 kommuner. Der er tale om de tre forholdsvis små kommuner *Hvidovre, Syddjurs* og *Nyborg*.

I gruppe 4 er det kun en af de 10, der ikke har noget specifikt behandlingscenter for unge, og det er *Lemvig* med sine kun 21.946 indbyggere.

At de små kommuner ikke har noget behandlingscenter, der tilbyder ambulans misbrugsbehandling til de helt unge, kan ikke undre. Mange af de små kommuner køber, som tidligere nævnt, denne ydelse af en større nabokommune eller af regionen. Også visse større kommuner har, som det er vist, forsøgt at varetage dette indsatsområde ved at købe ydelsen af anden kommune eller region. I nogle tilfælde ligger det regionale misbrugscenter måske endda i kommunen.

Ikke desto mindre er der indicier på, at når dette særlige problemfelt hører ind under forvaltninger, der har til opgave at varetage sociale, sundheds- og arbejdsmæssige problemer – så er der en større sandsynlighed for, at der er en særlig specifik opmærksomhed på denne gruppe af unge og deres problemer. Dette er dog ikke nogen garanti for, at disse kommuner også i højere grad end de kommuner, der ikke har noget behandlingscenter, dækker de behov, denne særlige gruppe af unge måtte have. Man kan jo udmærket forestille sig en stor kommune, som har etableret et behandlingscenter med en lille kapacitet.

Vi vil senere i dette projekt nuancere disse resultater, som på mange måder har rejst flere spørgsmål, end de har besvaret.

Anonym rådgivning

Det er almindeligt at tilbyde en eller anden form for anonym rådgivning. Det er således kun otte kommuner, som har valgt ikke at have en sådan rådgivning. Disse er alle små kommuner med undtagelse af Frederikshavn. Den anonyme rådgivning tilbydes ofte alene til lettere misbrug. I nogle tilfælde finder det sted på familiehuse eller i PPR regi (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning). Andre steder er den anonyme rådgivning knyttet til socialcentrene, til misbrugsafdelingen, til forvaltningen, til SSP-ansatte eller til egentlige misbrugskonsulenter. Enkelte kommuner har den anonyme rådgivning systematisk struktureret til f.eks. to timer om ugen. Hos andre gi-

ves der kun rådgivning efter tidsbestilling. Et egentligt behandlingsforløb kan dog i nogle kommuner ikke være anonymt.

Opsøgende medarbejdere

Disse findes i alle de store byer (helt op til 12 i Aalborg) og i nogen udstrækning i mellemstore byer (f.eks. Silkeborg og Hillerød). Relativt store kommuner som Viborg og Frederikshavn har dog ikke opsøgende medarbejdere. Også i enkelte mindre kommuner findes der opsøgende medarbejdere. Her er det næsten altid i SSP regi (f.eks. *Mariagerfjord, Nordfyn, Syddjurs*). Enkelte byer har opsøgende medarbejdere ved særlige begivenheder eller som natpatrulje.

6.2. De mest belastede kommuner og tilbud til unge, der misbruger rusmidler

Hvor belastet en kommune er, skal bestemmes ud fra, hvor mange familier i kommunen der har udsatte børn og unge, som i løbet af året har modtaget bistand rettet mod netop disse unge. Denne bistand består i personlig rådgivning, fast kontaktperson, aflastningsophold, praktikophold, udslusningsophold og anbringelser uden for hjemmet. Der tages udgangspunkt i året 2006 (sidste opgørelse over familier med udsatte børn og unge)(Kilde: Danmarks Statistik).

Det skal altså påstås, at jo flere familier der er i kommunen med udsatte børn og unge, desto større risiko er der for, at en større andel af de unge har et problematisk forbrug af rusmidler. Man kan naturligvis påstå, at de kommuner, der har flest børn og unge, som de yder ovenstående bistand, også er de kommuner, der har det bedste sociale sikkerhedsnet, og at dette alene er årsagen til, at de har flere udsatte børn og unge. Dette kan naturligvis ikke fuldstændigt afvises. Det skal dog i det følgende vises, at dette i så fald kun udgør en mindre del af forklaringen.

At der vitterligt er tale om særligt belastede kommuner, kan ses ved at relatere andelen af familier med udsatte børn og unge til andelen af borgere på forskellige overførselsindkomster (andet end pension), familietyper og antal 13-17-årige unge, der ikke bor hos deres familier (det sidste er i nogen grad sammenfaldende med unge anbragt uden for hjemmet). Disse sammenhænge ses i nedenstående tabel.

Tabel 6.3. Sammenhænge mellem andelen af familier med udsatte børn og familietype og indkomst

		Andel udsatte familier	
		Corr.	p.værdi
13-17-årige bor med	... far + mor	-0,36	.0003
13-17-årige bor med	... enlig mor	-0,23	.02
13-17-årige bor med	... mor + partner	0,47	.000001
13-17-årige bor med	... far alene	0,11	NS
13-17-årige bor med	... far + partner	0,42	.00001
13-17-årige	... udeboende	0,80	.000000
Alle: Overførselsindkomster minus pensioner		0,56	.000000
Alle: lønindkomst		-0,34	.0006

I tabellen ses, at jo flere unge mellem 13-17 år, der bor i familier med både mor og far, desto færre familier er der med udsatte børn og unge. Anderledes med 13-17-årige, der bor sammen med mor og dennes partner. Jo flere af disse konstellationer, der findes i kommunen, desto flere familier med udsatte børn og unge. Dette er helt i overensstemmelse med de foreløbige fund i herværende unge-undersøgelse. Således er unge, der kommer i behandling for deres brug af rusmidler, signifikant mere belastede på en række psykosociale områder, hvis de kommer fra en familiekonstellation med mor plus partner. Dette er diskuteret i kapitel 4, hvor der også er henvisninger til internationale undersøgelser, der finder det samme. Det betyder naturligvis ikke, at der ikke findes rigtig mange familier med mor og stedfar, som er meget velfungerende.

Desuden ses det, at jo flere der er på overførselsindkomst (eksklusive pension, herunder folkepension), desto flere familier er der med udsatte børn og unge. Det modsatte ses ved andelen af borgere i kommunen, som har en egentlig lønindkomst. Jo flere med lønindkomst, desto færre familier med socialt udsatte.

Det ser altså ud til, at antal familier med udsatte børn og unge i særlig grad kan ses i kommuner, hvor der er mange på overførselsindkomst, få med lønindkomst, og ved flere brudte ægteskaber, hvor der er kommet en eller flere ny(e) partner(e) ind i billedet.

Disse kommuner kan ved hjælp af en clusteranalyse opdeles i tre grupper. Disse er opstillet i nedenstående tabel. De med FED markerede kommuner har alle et ambulans misbrugsbehandlingscenter med fysiske rammer.

Tabel 6.4. Kommuner opdelt på belastning med angivelse om de har etableret i misbrugsbehandlingscenter for unge under 18 år

Lavt belastede n=21 19,0 % har center	Mellem belastede n=47 53,2 % har center	Høj belastede n=29 17,2 % har center
Allerød	Albertslund	Nordfyns
Brøndby	Ballerup	Nyborg
Dragør	Billund	Odder
Egedal	Esbjerg	Odense
Fredensborg	Fanø	Randers
Frederiksberg	Favrskov	Ringkjøbing-Skjern
Furesø	Fredericia	Ringsted
Gentofte	Frederikssund	Rødovre
Gladsaxe	Halsnæs	Silkeborg
Glostrup	Hedensted	Skive
Greve	Helsingør	Slagelse
Hillerød	Herlev	Sorø
Hørsholm	Herning	Stevns
Lejre	Holstebro	Syddjurs:
Lyngby-Taarbæk	Horsens	Sønderborg
Roskilde	Hvidovre:	Thisted
Rudersdal	Høje Taastrup:	Tønder
Skanderborg	Ikast-Brande	Varde
Solrød	Ishøj	Vejen
Tårnby	Kerteminde	Vejle
Vallensbæk	Kolding	Viborg
	Københavns	Aalborg
	Køge	Århus
	Lemvig	
		Assens
		Brønderslev
		Faxe
		Frederikshavn
		Faaborg-Midtfyn
		Gribskov
		Guldborgssund:
		Haderslev
		Hjørring
		Holbæk
		Jammerbugt
		Kalundborg
		Langeland
		Lolland
		Læsø
		Mariagerfjord
		Middelfart
		Morsø
		Norddjurs
		Næstved
		Odsherred:
		Rebild
		Samsø
		Struer

* Der er ikke tilstrækkelige oplysninger fra Bornholm, til at denne kommune kan indgå i analysen.

At der er mange af de højest belastede kommuner, som ikke har etableret misbrugsbehandlingscenter for de 13-17-årige, skyldes i stor udstrækning, at der primært er tale om relativt små kommuner. Som tidligere nævnt varetages behandlingen her oftest af en nabokommune eller af regionen (det sidste f.eks. Hjørring og Frederikshavn).

Konklusion: Behandlingsgarantien varetages af de 98 kommuner på vidt forskellig måde. Ikke mindst de store og til dels mellemstore kommuner løser opgaven selv, men en enkelt stor kommune, en del mellemstore kommuner og mange små kommuner køber ydelsen af andre kommuner, region eller visiterer de unge til et døgntilbud. I nogle tilfælde synes denne ydelse at være integreret i de generelle familieindsatser, knyttet til unge-teams som varetager unges problemer mere generelt. Der skal skelnes mellem ”lettere” misbrugsproblemer og ”svære” misbrugsproblemer. De fleste

kommuner håndterer selv de ”lettere” misbrugsproblemer gennem råd og vejledning knyttet til familie- og/eller ungeindsatser, der ikke er særligt fokuseret på misbruget.

7. En screening af 20 behandlingstilbud for unge med misbrugsproblemer

I dette kapitel præsenteres resultaterne af en indledende screening af 20 behandlingstilbud til unge med misbrugsproblemer. Formålet med denne screening er dels at give et foreløbigt billede af behandlingsfeltet for unge med misbrugsproblemer, og dels at afgrænse de emner, der har særlig interesse for den efterfølgende mere omfattende kortlægning af behandlingsfeltet, der er planlagt foretaget i forlængelse af screeningen.

De 20 behandlingstilbud, der indgår i undersøgelsen, er geografisk spredt over Danmark. Fem organisationer er døgntilbud, fire organisationer er ambulante tilbud med dagbehandling eller i det mindste aktiviteter ud over individuelle samtaler, én organisation yder ambulante behandling og har samtidig en såkaldt hybel tilknyttet, og endelig yder 10 behandlingsorganisationer ambulante behandling alene baseret på individuelle samtaler.

Den indledende screening er foretaget med udgangspunkt i blandt andet en dansk udgave af det internationale akkrediteringsværktøj *International Guide on the Accreditation of Behavior Programmes for Offenders* (van der Laan and Aarten 2008), et dialogisk værktøj der oprindeligt er udviklet til akkreditering af behandlingsprogrammer i fængsler, og som i dag anvendes i en lang række europæiske lande både i og uden for fængselsammenhænge.

Under screeningen er de 20 behandlingstilbud blevet interviewet i forhold til en række hovedområder tilknyttet afviklingen af deres behandling:

- Behandlingstilbuddets forståelse af hvordan man skaber forandring i forhold til den aktuelle målgruppe
- Behandlingstilbuddets værdier i forhold til centrale værdier, eksempelvis brugerinvolvering
- Behandlingstilbuddets afgrænsning og beskrivelse af målgruppen
- Behandlingstilbuddets metodiske tilgang til behandlingen
- Behandlingstilbuddets praksis vedrørende dokumentation og monitorering af behandlingsresultater
- Behandlingstilbudets koordinering med andre indsatser eller elementer af indsatser.

Herudover er behandlingstilbuddene blevet interviewet om en række mere faktuelle data, eksempelvis antallet af medarbejdere, samt hvilke uddannelser disse medarbejdere har.

Screeningen er blevet foretaget med forholdsvis åbne spørgsmål med det formål at indhente så mange potentielt vigtige emner som muligt. På grund af de åbne spørgsmål har behandlingstilbuddene generelt givet meget individuelle og særdeles meningsfulde svar og beskrivelser, der har været til stor hjælp i forhold til planlægningen af en efterfølgende, mere omfattende kortlægning. Den kvalitative og individuelle tilgang til besvarelserne betyder imidlertid samtidig også, at denne indledende undersøgelse har rejst flere spørgsmål, end den har givet svar. Derfor har denne del af undersøgelsen også fået mere karakter af pilotprojekt, som har givet rigtigt gode muligheder for i anden omgang at stille mere præcise og uddybende spørgsmål til en mere repræsentativ gruppe af tilbud. De mere kvantitative opgørelser af kommunernes indsats, der er gennemført, skal ikke præsenteres her, men vil fremgå af senere publikationer.

7.1. Teknologibegrebet som analyseværktøj

Behandlingstilbuddene i denne undersøgelse tilhører en særlig kategori af organisationer, som man i 1970'erne begyndte at betegne som human service organisationer (Hasenfeld and English 1974), eller på dansk borger-servicerende organisationer (Hasenfeld 2003). Disse organisationer adskiller sig afgørende fra andre organisationer, idet man her arbejder med mennesker, hvis forhold man søger at forbedre eller i hvert fald hindre en forværring af (Hasenfeld 1983; Hasenfeld 2003).

Begrebet borgerservicerende organisationer dækker over et bredt spekter af tilbud fra fødeafdelinger, børnehaver, folkeskoler og plejehjem til eksempelvis hospitaler, forsorgshjem og behandlingstilbud til unge med misbrugsproblemer. Hasenfeld benytter flere måder at klassificere de borgerservicerende organisationer i forhold til hinanden på. Én måde at klassificere på er at identificere målgruppen for den enkelte organisationstype, eksempelvis fødende kvinder, skoleelever, hjemløse eller unge misbrugere. Der er metodemæssige eller teknologiske fordele forbundet med at have mulighed for en forholdsvis snæver afgrænsning af målgruppen, idet man da har bedre mulighed for at udvikle eller importere metoder, der knytter sig til behandlingen af netop denne målgruppe. I et land som Danmark med forholdsvis mange små kommunale enheder er der samtidig også ulemper forbundet med en snæver målgruppeafgrænsning, idet man, som det i dag er tilfældet med mange misbrugsbehandlingstilbud, ender med et behandlingsteam på ganske få medarbejdere, hvor det kan være svært at udvikle og opretholde en bred vifte af kompetencer.

En anden og mere detaljeret måde at analysere behandlingstilbuddene på er gennem identificeringen af den såkaldte transformationsteknologi, der anvendes i organisationerne (Hasenfeld, 1983:4).

7.2. Transformationsteknologi

Begrebet transformationsteknologi refererer til den viden og de handlinger, organisationens medarbejdere tager i anvendelse for at give klienten den ydelse, som klienten selv eller andre aktører omkring klienten har anmodet organisationen om at give til klienten. Hasenfeld hævder, at det er netop transformationsteknologien, der tydeligst adskiller borgerservicerende organisationer fra alle andre organisationsformer. Han definerer teknologibegrebet på følgende måde:

En borgerservicerende teknologi kan defineres som det sæt eller den samling af institutionaliserede procedurer, der er beregnet til at ændre på brugernes fysiske, psykiske, sociale eller kulturelle forhold med henblik på at transformere dem fra én tilstand til en anden forud beskrevet tilstand.

(Hasenfeld, 1983:111)

Hasenfeld (1983) skelner mellem tre hovedtyper eller grupper af transformationsteknologier:

- Den første gruppe af transformationsteknologier har som sigte at tildele klienten en status, der fremkalder besluttende reaktioner fra andre sociale enheder. Denne type transformationsteknologi er en indirekte teknologi og forandrer således ikke selv noget i klientens situation, men fremkalder en viden om klienten, der efterfølgende udløser direkte transformationsteknologier. I behandlingssystemet i sundhedssektoren og dele af den sociale sektor vil man anvende begreber som diagnosticering og udredning om denne form for teknologi, men også retssystemets arbejde med afsluttende skyldsspørgsmål og domsafsigelse falder inden for rammerne af denne transformations-teknologi.
- Den anden gruppe af transformationsteknologier har som sigte at beskytte klienten imod, at en uheldig situation eller tilstand forværres for klienten (eller for den del af klientens omgivelser, der er berørt af klientens situation). Inden for normalområdet er de ydelser, der gives i ældresektoren, et godt eksempel på denne teknologi. Inden for det mere dysfunktionelle område findes eksempelvis de skadesreducerende ydelser til misbrugere, der ikke ønsker eller ikke ser sig i stand til at modtage behandling med stoffrihed som mål. Denne teknologi har altså et stabiliserende eller skadesreducerende udgangspunkt.
- Den tredje gruppe af transformationsteknologier har som sigte at skabe en positiv ændring i klientens situation eller helt at afhjælpe en

uønsket situation eller tilstand. Ydelser inden for denne gruppe teknologier kan eksempelvis være undervisning, psykoterapi, operationer mv. I forhold til at anvende denne gruppe af teknologier inden for misbrugsbehandling vil målet typisk være stoffrihed eller en reduktion af rusmiddelbruget i en sådan grad, at det ikke længere påvirker klientens hverdag og muligheder i samfundet i negativ retning.

De 20 behandlingstilbud i denne undersøgelse er alle primært beskæftiget med anvendelse af den gruppe teknologier, der helt eller delvist fjerner den uønskede problemstilling. Ingen af de 20 tilbud giver udtryk for, at en stabiliserende indsats er et acceptabelt mål på langt sigt for netop deres målgruppe. Nogle få interviewede giver udtryk for, at de snævert i forhold til selve misbruget kun arbejder ud fra mål, som den unge selv har lagt fast. Hvis den unge ikke ønsker at reducere eller ophøre brugen af rusmidler, er dette heller ikke et mål for behandleren. Dette udtrykkes imidlertid ind i en sammenhæng, hvor behandlerne har den antagelse, at misbrug er sekundært i forhold til andre problemer. De er derfor af den opfattelse, at hvis man hjælper den unge med at løse andre, og i deres øjne mere primære problemstillinger, da vil misbruget klinge af eller helt forsvinde. Også disse behandlere arbejder således overordnet ud fra en målsætning om forbedring i den unges liv og ikke blot stabilisering. Men en del af den langsigtede plan kan være, at man accepterer stabilisering som mål lige præcis i forhold til misbrugsfaktoren.

7.3. Transformationsteknologiens grundelementer

Inden for social og psykosocial behandling anvender vi i Danmark sædvanligvis begreber i ental, eksempelvis *behandlingsmetode*, *praksis* eller *fremgangsmåde*, om de institutionaliserede procedurer, der skal hjælpe med at transformere klientens situation fra én tilstand til en anden. Hasenfeld (1983, 2003) har imidlertid undersøgt fænomenet teknologi særligt i forhold til borgerservicerende organisationer og fundet, at der inden for det overordnede teknologibegreb kan identificeres fem del-teknologier, der i hvert fald teoretisk analytisk er forskellige fra hinanden. Disse fem del-teknologier, der vil blive uddybende forklaret i de følgende afsnit, er:

1. Klientkarakteriseringsteknologien
2. Videnteknologien
3. Interaktionsteknologien
4. Klientkontrolteknologien
5. Serviceimplementeringsteknologien

Klientkarakteriseringsteknologien

Denne del-teknologi er baseret på, at den enkelte serviceorganisation, i det tilfælde behandlingstilbuddene til unge med misbrugsproblemer, har en grundlæggende viden om, hvilke klientforhold organisationen er velegnet til at arbejde med. Organisationen har en forståelse for, hvilke klienter der ligger inden for dens primære målgruppe, og hvilke problemer eller opgaver organisationen er velegnet til at løse for disse klienter. Selve teknologien består herefter i, at organisationens medarbejdere er i stand til at identificere, i hvilken udstrækning og sammensætning netop disse forhold er til stede hos en potentiel klient, at medarbejderne er i stand til at afgøre, hvad klienten skal tilbydes inden for de mulige ydelser, og at medarbejderne er i stand til at følge med i, i hvilken udstrækning klienten herefter behandles og udvikler sig hen imod det ønskede output. I forhold til behandling af unge med misbrugsproblemer er det således fænomener som udredning, behandlingsplanlægning, status og opfølgning, der folder sig ud under betegnelsen klientkarakteriseringsteknologi.

Videnteknologien

Denne del af transformationsteknologien refererer til to væsentlige dimensioner. Den første dimension udgøres af de teknikker, man bruger til at hjælpe klienten med at skabe forandring. Disse teknikker er det, vi i Danmark sædvanligvis vil kalde behandlingsmetoden, eksempelvis kognitiv behandling.

Den anden dimension i videnteknologien udgøres af den videnbase, hvorpå forandringsteknologien er baseret. At behandlingen foretages med udgangspunkt i en videnbase betyder, at man i behandlingstilbuddet har kendskab til de årsagsrelationer, der ligger neden under behandlingsteknologien. Det betyder, at man har viden om, hvilke behandlingstiltag der har hvilke effekter på hvilke klientforhold, under hvilke omstændigheder. Man kan i behandlingstilbuddet anvende teknikkerne med udgangspunkt i en videnbase, man selv har udviklet, eller med udgangspunkt i en videnbase udviklet andre steder. Traditionelt har behandling baseret på en videnbase været et fænomen, man primært har mødt i sundhedssektoren – især i hospitalssystemet – mens der først i de seneste år er begyndt en tilsvarende udvikling inden for det sociale og psykosociale behandlingsarbejde.

Interaktionsteknologien

Denne del af transformationsteknologien refererer til, at interaktionen mellem personalet og klienten udgør det middel, hvormed behandlingsteknologierne overføres. Derfor har man i borgerservicerende organisationer institutionaliseret nogle procedurer og teknikker, der definerer og strukturerer

passende interaktionsmønstre. På en operationsafdeling, hvor teknikkerne består i bedøvelsesmetoder, operationsteknikker mv., er det let at skelne videnteknologien fra interaktionsteknologien. I behandlingsorganisationer, hvor både videnteknologien og interaktionsteknologien er baseret på dialogen, kan det være vanskeligere at få øje på forskellen. Et illustrativt eksempel kan være, at nogle tilbud til unge med misbrugsproblemer er helt eller delvist aktivitetsbaseret. I disse tilbud er det ikke ualmindeligt, at en behandler tager en klient med på en køretur. Den verbaliserede begrundelse for køreturen er, at den unge og medarbejderen er på vej til en fastlagt aktivitet. Den egentlige grund er imidlertid ofte, at medarbejderne har erfaret, at turen i bilen er den bedste eller i nogle tilfælde den eneste måde at komme til at tale fortroligt med den unge. I dette tilfælde kan man altså tale om, at den fælles tur i bilen er en form for interaktionsteknologi. Andre tilbud er primært baseret på kliniske samtaler i enrum, og her består interaktionsteknologien i institutionaliserede procedurer og teknikker, der leder frem til at den unge og behandleren faktisk kommer til at sidde sammen i et behandlingsrum og gennemfører den fastlagte samtale.

Klientkontrolteknologi

Denne del af transformationsteknologien refererer til metoder og procedurer, der har som mål at monitorere og om nødvendigt påvirke klientens engagement i forhold til behandlingen eller den hjælp, der tilbydes. Også denne teknologi rummer to dimensioner, nemlig dels teknologi til overvågning af klientens engagement, og dels teknologi til påvirkning af klientens engagement. Teknologi til overvågning af engagement kan findes i forholdsvis mekaniske udgaver, hvor man primært holder øje med, at klienten dukker op til aftalte tidspunkter, og i mere pædagogisk-psykologiske udgaver, hvor man forsøger at danne overblik over, om klienten faktisk 'tager fra' i behandlingen. Teknologier til påvirkning af engagement kan ligeledes findes i forholdsvis mekaniske udgaver som belønning og straf, eller i mere pædagogisk-psykologiske udgaver som eksempelvis motiverende samtaler.

Serviceimplementeringsteknologi

Denne del af transformationsteknologien refererer til den organisering, der kræves i forhold til en given borgerservice. I nogle former for borgerservice er de enkelte del-ydelser helt eller næsten helt uafhængige af hinanden, og der behøves derfor kun meget lidt serviceimplementeringsteknologi. Andre ydelser er afhængige af et tæt samarbejde mellem forskellige del-ydelser og faggrupper, og behovet for serviceimplementeringsteknologi er da samtidig større. En del af fænomenet serviceimplementeringsteknologi er således casemanagement, hvor en person blandt de ofte mange professi-

onelle, der arbejder med den enkelte unge, påtager sig en ledelsesopgave i forhold til at koordinere hjælpen til den unge.

7.4. En analyse af transformationsteknologierne i de 20 behandlingstilbud

a) Klientkarakteriseringsteknologien

Behandlingstilbuddenes klientkarakteriseringsteknologi er med udgangspunkt i Hasenfeld (1983, 2003) baseret på to faktorer. Den første faktor er organisationernes evne til at afgrænse, hvilke problemer eller opgaver de er velegnet til at løse, for hvilke typer klienter, og hvilke problemer organisationerne skal afvise at løse, eller måske foranstalte at andre løser for klienten. Den anden faktor er organisationernes teknologiske udrustning i forhold til at identificere disse problemer eller opgaver hos den enkelte klient.

Behandlingstilbuddenes afgrænsning af relevante klientproblemer: I modsætning til en række andre ungdomsproblemer, der løses i kommunale ikke-specialiserede ungdoms- eller familieafdelinger, er misbrugsbehandlingen i Danmark i høj grad blevet gjort til et selvstændigt indsatsområde. I forhold til at afgrænse relevante klientproblemer betyder det, at mange af tilbuddene i denne undersøgelse har fået en tydelig afgrænsning, allerede gennem den måde de kommunale ydelser struktureres og organiseres på. Blandt de ambulante behandlingstilbud i denne undersøgelse er det således kun et enkelt tilbud, der ikke er afgrænset til udelukkende at arbejde med unge med misbrugsproblemer.

Døgntilbuddene er ikke alle afgrænset til unge med misbrugsproblemer, men behandlerne gør opmærksom på, at de fleste af deres klienter i praksis har misbrug som en del af deres problemkompleks. Tilbudsfeltet i denne undersøgelse er altså i praksis afgrænset til unge med misbrugsproblemer. Når vi ser på, hvilke problemer eller opgaver tilbuddene tilbyder at løse sammen med de unge, er spredningen større. I nogle tilbud er man af den opfattelse, at misbruget for de fleste unges vedkommende er afledt af andre problemer, og man er derfor optaget af sammen med den unge at identificere disse problemer og afhjælpe dem. Der kan være tale om identificering og behandling af psykologiske eller psykiatriske lidelser, eksempelvis ADHD. Eller der kan være tale om sociale problemer, eksempelvis massiv mistroivsel i familien og/eller skolen.

En meget lille gruppe blandt de ambulante tilbud arbejder helt modsat, idet de holder fast i deres lovgivningsmæssige grundlag og udelukkende arbejder med den unges misbrug. De tager da i større eller mindre grad ansvar for, at den unges rådgiver hjælper den unge med løsning af eventuelle andre problemstillinger.

Blandt de øvrige ambulante tilbud, og især udbredt i døgntilbuddene findes en opfattelse af, at den samlede mængde af problemer udgør det egentlige problem for den unge. Man bør derfor, mener de, anlægge en helhedsorientering i forhold den enkelte unges problemer, og derfor i princippet hjælpe den enkelte unge med alle de problemer, den unge ønsker hjælp til.

Der findes således blandt de 20 behandlingstilbud tre forskellige tilgange til, hvad tilbuddet kan og bør hjælpe den unge med:

- tilbud der koncentrerer sig om behandling af selve misbruget
- tilbud der koncentrerer sig om det, de oplever som de egentlige problemer, der har udløst misbruget
- tilbud der har en helhedsorienteret tilgang til den unges vanskeligheder, og forsøger at hjælpe den unge med alle væsentlige problemer, eller i hvert fald bringe den unge i kontakt med professionelle, der kan hjælpe

Ud fra de foreløbige data ser det ud til, at tendensen går i retning af en helhedsorienteret tilgang til den unge, men der gives ikke data, der kan pege på, hvilken tilgang der har bedst behandlingseffekt.

I forhold til målgruppeafgrænsningen er der en tendens til blandt både døgntilbud og ambulante tilbud, at man ikke rummer de voldsomt udadrettede unge med misbrugsproblemer. Alle tilbuddene tager gerne unge med anden etnisk baggrund end dansk, men næsten alle behandlingssteder beskriver, at de reelt ikke møder denne målgruppe i behandlingen i det omfang, man formentlig, der er grundlag for.

De fleste behandlingstilbud har et ikke-statistisk baseret billede af, hvilke typer unge der klarer sig dårligt i deres tilbud, eksempelvis unge med store psykiske problemer, unge der ikke har lyst til at opgive kriminalitet mv. Tendensen går dog tilsyneladende i retning af, at det ikke opleves som værende vigtigt for behandlingstilbuddene at identificere bestemte typer af sårbare del-målgrupper. Mange har den oplevelse, at det i højere grad er et spørgsmål om problemtyngden hos den enkelte klient, end det er et spørgsmål om, at der findes sårbare grupper som sådan. Ud fra de foreløbige data er det i det hele taget et gennemgående træk, at de interviewede behandlingstilbud har en individualiseret forståelse af deres klienter, og de er ikke interesserede i at blive involveret i refleksioner over forståelser af klienterne, der baseres på statistik.

Organisationens teknologiske udrustning i forhold til at identificere problemer eller opgaver hos den enkelte klient: En af de indtil videre mest

omhyggeligt udarbejdede og forskningsbaserede guidelines for behandling af unge med misbrugsproblemer (Brannigan et al. 2004) anbefaler i forhold til udredning og behandlingstilrettelæggelse, at der bør foretages en omfattende udredning af klienten. Heri bør indgå udredning af psykiatriske, psykologiske og medicinske problemer samt indlæringsvanskeligheder, familiens funktionsevne (forældreevne) og andre aspekter af den unges liv. Brannigan et al. anbefaler:

- at der benyttes et standardiseret værktøj til udredning af misbrug, eller et struktureret klinisk interview
- at der benyttes et standardiseret værktøj til udredning af klientens mentale sundhedstilstand
- at klienten i løbet af behandlingen gen-udredes
- at klientens sundhedstilstand bliver undersøgt
- og endelig at behandlingsplanen altid skal omfatte emner vedrørende den unges mentale sundhed

Fra en tidligere undersøgelse (Vind og Finke 2006) ved vi, at kun meget få behandlingstilbud for unge med misbrugsproblemer havde kapacitet til at udrede den unge ud over den indledende anamnese og misbrugsudredning, og at denne udredning kun i sjældne tilfælde blev foretaget med standardiserede udredningsværktøjer. Undersøgelsen viste også, at kun få behandlingstilbud selv havde kapacitet til mere specialiserede udredninger, eksempelvis udredning i forhold til psykiatriske problemer. Endvidere var det tydeligt, at de behandlingstilbud, der havde kapacitet til de mere specialiserede udredninger, identificerede langt flere unge med behandlingskrævende psykiatriske problemer, end det var tilfældet i de behandlingstilbud, der skulle have foretaget de specialiserede udredninger via eksterne specialister, eksempelvis i de psykiatriske systemer.

Blandt de 20 behandlingstilbud i denne undersøgelse er der forskel i forudsætningerne hos døgntilbuddene i forhold til de ambulante tilbud. De ambulante tilbud tager i princippet de unge ind fra gaden og har derfor som opgave at foranstalte udredning af de unge som en del af den samlede ydelse. Døgntilbuddene fungerer derimod som underentreprenører for kommunerne og modtager som udgangspunkt unge, der allerede er blevet udredt og har en behandlingsplan med sig – eller i hvert fald de overordnede rammer for en behandlingsplan. Det betyder, at døgntilbuddene generelt ikke har den store udredningskapacitet, men de har mulighed for undervejs i behandlingsforløbet at rekvirere yderligere udredning, hvis der opleves et behov. To af de interviewede døgntilbud arbejder omfattende med livshistoriefortælling, der i denne sammenhæng præsenteres som en behandlings-

metode, men som i nogle tilfælde også kan bidrage med informationer om den unge af udredningsmæssig karakter.

Blandt de ambulante tilbud gælder det, at ganske få har en høj udredningskapacitet, også hvad gælder de mere specialiserede udredninger. De øvrige ambulante tilbud har en lavere udredningskapacitet og må rekvirere mere specialiseret udredning eksternt.

Denne screening giver ikke et fuldstændigt billede af udredningskapaciteten i behandlingsfeltet og heller ikke et præcist billede af, hvor mange behandlingsorganisationer der anvender standardiserede udredningsværktøjer i den indledende udredning. Dette vil imidlertid blive genstand for en systematisk undersøgelse i den opfølgende kortlægning af behandlingsfeltet i Danmark.

Sammenfattende vedrørende klientkarakteriseringsteknologien: I forhold til afgrænsning af relevante klientproblemer eller -opgaver gælder det, at 13 af 14 ambulante tilbud er afgrænset til udelukkende at arbejde med unge med misbrugsproblemer. I nogle af de deltagende døgntilbud kan man blive indskrevet med andre problemer, men reelt er misbrug et centralt behandlingsfokus i næsten alle tilfælde. I forhold til at yde god misbrugsbehandling kan man således sige, at de deltagende behandlingstilbud har et kvalitetspotentiale i at være målrettet til en afgrænset målgruppe.

Der eksisterer i de 20 behandlingstilbud tre tilgange til, hvilke ydelser man skal tilbyde målgruppen. En tilgang, der fokuserer udelukkende på misbruget, en tilgang, der fokuserer primært på bagvedliggende problemer, og en helhedsorienteret tilgang, der i princippet yder hjælp eller foranstalter hjælp til alle de alvorlige problemer, den unge måtte have på behandlingstidspunktet.

I forhold til at have den teknologiske udrustning til at identificere de konkrete problemer og behov hos den enkelte klient i målgruppen, peger de foreløbige data på, at kun en lille del af de deltagende behandlingstilbud har en høj kapacitet for udredning også af mere specialiseret art, mens hovedparten har en noget lavere udredningskapacitet.

I den opfølgende kortlægning vil der blive fokuseret på de enkelte behandlingstilbuds udredningskapacitet, bl.a. med henblik på at erfare hvilken sammenhæng der er mellem eksternt/intern udredningskapacitet og identificeringen af eksempelvis ADHD, depression, personlighedsforstyrrelse mv.

b) Videnteknologien

Videnteknologien er grundstammen i det sociale behandlingsarbejde, som det er bygget op i Danmark. Som beskrevet tidligere er der to dimensioner i denne teknologi: en dimension, der omhandler de behandlingsmæssige tek-

nikker, der anvendes i behandlingstilbuddene, det vi ofte kalder behandlingsmetoden, og en dimension, der udgøres af en egentlig videnbase.

Teknikkerne – behandlingsmetoderne: Det generelle billede blandt de 20 behandlingstilbud i denne undersøgelse er, at de anvender behandlingsteknikker fra flere forskellige behandlingsretninger. 14 af de 20 behandlingssteder angiver således at anvende teknikker fra mindst tre forskellige behandlingsretninger. Hvor man tidligere så, at behandlingssteder havde en tendens til at tilslutte sig én bestemt retning, og i nogle tilfælde endda fordømme alle øvrige tilgange, ser man i dag, i hvert fald på ungeområdet og især i den ambulante behandling, en tydelig tendens til en mere pragmatisk tilgang til anvendelsen af behandlingsteknikker.

Et enkelt døgntilbud refererer primært til udviklingen af egne metoder på baggrund af lang erfaring. Et enkelt ambulante tilbud hævder, at de nok har nogle teoretiske udgangspunkter, men at de i øvrigt ikke arbejder ud fra systematiske metoder. Alle øvrige tilbud refererer til anvendelsen af forskellige teknikker, der er kendt i bredere kredse end tilbuddet selv.

Den mest udbredte behandlingsmetode i dag i forhold til ungdomsgruppen er den kognitive metode, der anvendes i 70 % af de interviewede behandlingstilbud. Herefter kommer de systemisk-narrative metoder (45 %), de anerkendende metoder (35 %), de løsningsfokuserede metoder (30 %), de motiverende samtaler (25 %) og de gestaltterapeutiske metoder (25 %). Herudover findes en række metoder, der kun anvendes i ganske få tilbud. Nogle af disse er forholdsvis nye metoder, som man kan formode vil blive udbredt yderligere i fremtiden, eksempelvis livshistoriefortælling, mindfulness, social færdighedstræning, Gorskys tilbagefaldsforebyggende metoder (et element fra 12-trinsbehandlingen) og metoder knyttet til nyere viden om mentaliseringsprocesser.

Tabel 7.1. Udbredelse af behandlingsmetoder

Behandlingsmetoder i anvendelse	Udbredelse blandt alle 20 behandlingstilbud (%)	Udbredelse blandt døgn-tilbuddene (%)	Udbredelse blandt de ambulante tilbud (%)
Kognitiv	70	0	93
Systemisk/narrativ	45	20	53
Anerkendende	35	60	27
Løsningsfokuseret	30	20	33
Motiverende samtaler	25	0	33
Gestaltterapeutisk	25	60	13
Livshistorie	15	40	7
Psykodynamisk	10	20	7
Tilbagefaldsb. (Gorsky)	10	20	7
Kunstterapi	10	40	0
Læringsorienteret	5	20	0
Mentalisering	5	0	7
Mindfulness	5	0	7
Social færdighedstræning	5	20	0
NLP	5	0	7

De metoder, der ind til videre er mest evidens for i forhold til behandling af unge med misbrugsproblemer, er dels de kognitive behandlingsformer, dels de behandlingsformer der arbejder med den unge i en systemisk-narrativ sammenhæng, og dels korttidsinterventionerne – især de motiverende samtaler (Vind og Finke 2006). Der er således et ret stort sammenfald mellem de metoder, der er bedst evidens for, og de metoder, der er mest udbredt i Danmark inden for behandlingen af unge med misbrugsproblemer.

Når man analyserer de ambulante tilbud og døgntilbuddene adskilt, viser der sig imidlertid en tendens til nogle metodemæssige forskelle. De ambulante tilbud anvender næsten alle kognitive metoder i en eller anden udstrækning, ca. halvdelen anvender systemisk-narrative metoder i større eller mindre omfang, og ca. en tredjedel anvender motiverende samtaler, anerkendende metoder og løsningsfokuserende metoder.

Blandt de fem døgntilbud, der indgår i data til denne undersøgelse, anvender ingen af dem kognitive metoder, ingen anvender motiverende samtaler, et enkelt anvender systemisk-narrative metoder, et enkelt anvender løsningsfokuserede metoder og tre anvender anerkendende metoder. Ud over de anerkendende metoder er især gestaltterapeutiske metoder populære i døgntilbuddene.

Ud fra de foreløbige data ser det altså ud til, at de metoder, der indtil videre er mest evidensbaserede, også er de mest udbredte blandt behandlingstilbuddene i Danmark. Men det ser samtidig ud til, at disse primært er spredt til og implementeret i de kommunale, ambulante behandlingstilbud,

mens døgntilbuddene i højere grad læner sig op ad gestaltterapeutiske metoder. En undtagelse for dette er de anerkendende metoder. Ud fra forskelligheden i anvendelse af metoder ser det umiddelbart ud som om, der findes flere parallelle spredningsveje, afhængig af om tilbuddet er et offentligt, ambulant behandlingstilbud eller et ikke-offentligt døgntilbud. Der vil i den efterfølgende kortlægning blive fokuseret på at identificere spredningsvejene, den såkaldte infrastruktur, i forhold til spredning af behandlingsmetoder inden for feltet.

Videnbasen: Den anden dimension i videnteknologien udgøres af videnbasen. At behandlingen foretages med udgangspunkt i en videnbase betyder, at man i behandlingstilbuddet har kendskab til de årsagsrelationer, der ligger neden under behandlingsteknologien. Det betyder, at man har viden om, hvilke behandlingstiltag der har hvilke effekter på hvilke klientforhold, under hvilke omstændigheder. Man kan i behandlingstilbuddet anvende teknikkerne med udgangspunkt i en videnbase, man selv har udviklet, eller med udgangspunkt i en videnbase udviklet andre steder. De foreløbige data giver på forskellige måder indirekte informationer om status vedrørende videnbaserne i behandlingstilbuddene.

Hvis det enkelte tilbud baserer sine teknikker på en lokalt forankret videnbase, betyder det, at man i tilbuddet anvender systematisk registrering af klienterne, såvel som af den behandling der ydes til klienterne. Og at man i organisationen har en kapacitet i forhold til at behandle sammenhængen mellem klientdata og data vedrørende de tilbudte ydelser, eller at tilbuddet i hvert fald kan trække på en sådan kapacitet udefra, eksempelvis fra en kommunal stabsfunktion. Denne kapacitet kaldes også selvevalueringskapaciteten (Vind 2005).

Ud fra de foreløbige data at dømme har ingen af de interviewede behandlingstilbud adgang til en sådan evalueringskapacitet i et sådant omfang, at det giver mening at sige, at de anvender deres teknikker med udgangspunkt i en lokal videnbase. De 20 behandlingstilbud har altså ikke ”... viden om, hvilke behandlingstiltag der har hvilke effekter på hvilke klientforhold, under hvilke omstændigheder...” på baggrund af lokale videnbaser. Enkelte tilbud kan dog siges delvist at være i færd med at opbygge systematisk viden, der muligvis på et tidspunkt i fremtiden kan fungere som videnbaser.

Den alternative mulighed er, at behandlingstilbuddene baserer anvendelsen af deres teknikker på videnbaser produceret uden for behandlingsorganisationen selv. En række spørgsmål i undersøgelsen kan give indirekte information vedrørende dette forhold.

Hvis en behandlingsorganisation baserer anvendelsen af sine teknikker på en videnbase produceret uden for organisationen, må organisationen indhente viden om videnbasen på en eller anden måde. Indhentningen af denne eksterne viden vil i praksis oftest ske gennem én eller flere af følgende 'transportkanaler':

- gennem læsning af forskningsbaseret litteratur
- gennem regelmæssig dialog med andre behandlingsorganisationer med tilsvarende eller nært beslægtede målgrupper
- gennem dialog med videnspredende personer, eksempelvis supervisorer og konsulenter, kursusholdere, og oplægsholdere på konferencer mv.

Gennemlæsning af forskningsbaseret litteratur: Hovedparten af de 20 behandlingsorganisationer i denne undersøgelse giver udtryk for, at de regelmæssigt eller uregelmæssigt læser litteratur vedrørende behandling. Ca. halvdelen af de interviewede angiver magasinet STOF eller konkrete udgivelser fra Center for Rusmiddelforskning som denne forskningslitteratur. Ca. en tredjedel angiver litteratur, der primært indeholder metodebeskrivelser uden tilhørende effektforskning. Denne litteratur falder således uden for videnbase-kategorien. Ét ambulansetilbud beskriver at være bygget op omkring en programteori baseret på den i forskningslitteraturen beskrevne 'best practice' inden for området behandling af unge med misbrugsproblemer. Herudover demonstrerer en lille gruppe tilbud et forholdsvis bredt kendskab til nyere forskning inden for fagområdet unge og misbrug.

Regelmæssig dialog med andre behandlingsorganisationer med tilsvarende eller nært beslægtede målgrupper: Nogle få behandlingstilbud, især blandt døgntilbuddene, er i løbende kontakt med andre tilbud. I nogle tilfælde tilbud, der på mange måder minder om dem selv. I andre tilfælde er der i højere grad tale om kontakt med andre organisationer, med hvem man har andre former for interessefællesskab – eksempelvis et fællesskab omkring køb eller afvikling af interne uddannelsesforløb. De fleste tilbud har dog primært et forholdsvis overfladisk kendskab til andre tilbud med sammenlignelig målgruppe. Det er meget ofte de samme tre-fire behandlingstilbud, der i denne sammenhæng bliver nævnt. Ikke alle beskriver, hvor de har kendskabet til disse tilbud fra, men nogle giver udtryk for, at der er tale om de tilbud, der gennem de seneste år er blevet eksponeret i forskellige videndelende sammenhænge, eksempelvis praksiskonferencer. Sammenfattende kan det således konkluderes, at kun en meget lille del af den interviewede gruppe behandlingstilbud har regelmæssig dialog med andre tilbud

med en sammenlignelig målgruppe. Og ud fra de tilgængelige data at dømme har ingen blandt de 20 tilbud en dialog med andre tilbud, der muliggør en systematisk indhentning af viden på et niveau, så det giver mening at tale om adgang til en ekstern videnbase.

Dialog med videnspredende personer, eksempelvis supervisorer og konsulenter, kursusholdere, og oplægsholdere på konferencer mv.: Ca. en tredjedel af de interviewede behandlingstilbud beskriver, at de ved forskellige lejligheder har fået forskningsbaseret viden præsenteret af personer, som man i denne sammenhæng kan betegne som videnspredende personer. Der er her tale om en forholdsvis lille gruppe personer, der udgøres af forskere og/eller praktikere inden for området. I det omfang, behandlingstilbuddene gør rede for, hvordan de har brugt denne viden, er der tilsyneladende primært tale om inspiration i forhold til eksisterende praksis. Ingen af de interviewede tilbud beretter om systematisk anvendelse af denne formidlede viden i et omfang eller på en sådan måde, at det giver mening at benytte betegnelsen ekstern videnbase.

Ifølge de foreløbige data anvendes der kun i meget lille målestok videnbaser inden for dette behandlingsfelt. Der er dog også i forhold til dette en vis forskel på de ambulante tilbud og døgntilbuddene:

- I hovedparten af de ambulante, overvejende kommunale tilbud, giver man på forskellig vis udtryk for, at det kan være vigtigt at arbejde evidensbaseret, men at man ikke rigtigt har ressourcerne til at finde ud af, hvad der er evidens for, eller at få det indført.
- I døgntilbuddene går tendensen mere i retning af, at man ikke finder hele evidensfænomenet særlig vigtigt, og at hvis man kommer til et punkt, hvor man bliver nødt til at interessere sig mere for det, vil det i højere grad skyldes, at det er blevet en konkurrencefaktor. Holdningen i døgntilbuddene går derimod mere i retning af, at man bruger de metoder, som man erfarer, virker bedst. Og begrebet 'erfarer' refererer i denne sammenhæng ikke til statistisk dokumentation, men til erfaringsbaseret viden.

Størsteparten af de behandlingstilbud, der giver udtryk for, at de bruger tid og ressourcer på at orientere sig i ny, forskningsbaseret viden inden for området, har en forholdsvis løs kobling mellem den indhentede forskningsbaserede viden på den ene side og anvendelsen af behandlingsteknikkerne på den anden side. I nogle få behandlingsorganisationer kan der således siges at være tale om en egentlig implementering af forskningsbaseret viden,

mens der i de øvrige tilbud snarere er tale om en udveksling eller en påvirkning mellem evidens og praksis.

Hovedparten af de interviewede behandlingstilbud, navnlig de ambulante tilbud, giver altså udtryk for, at de anvender evidensbaserede metoder i form af eksempelvis kognitive metoder, som er evidensstestede andre steder. Hvis man, som Hasenfeld, med det at arbejde med udgangspunkt i en videnbase mener, at de gennem udredning identificerer behandlingsbehov, som de tilrettelægger behandlingstilbud til, med udgangspunkt i viden om, hvilke behandlingstiltag der har hvilke effekter på hvilke klientforhold, under hvilke omstændigheder, så må det konkluderes, at kun en meget lille gruppe behandlingstilbud udviser tendenser i denne retning.

Sammenfattende vedrørende videnteknologien: Der anvendes i de fleste tilbud en vifte af forskellige behandlingsteknikker. Der ses samtidig en tendens til, at de mest udbredte teknikker også samtidig er de teknikker, vi indtil videre har den bedste dokumentation for effekten af. Det ser ud til, at de nyere og evidensbaserede teknikker overvejende har spredt sig i de ambulante, primært kommunale behandlingstilbud, mens døgn tilbuddene i højere grad anvender tidligere udviklede, men knapt så evidensbaserede teknikker. Hovedparten af de ambulante, kommunale tilbud udtrykker ambivalens i forhold til evidensfænomenet. Man erklærer sig på den ene side mere eller mindre enig i, at det er vigtigt at arbejde evidensbaseret. På den anden side har man ikke hverken kompetencerne eller ressourcerne til at indføre evidensbaseret behandling. Døgnbehandlingstilbuddene er generelt mere afvisende over for betydningen af evidensfænomenet i det hele taget. Mens næsten alle 20 behandlingstilbud har én eller flere teknikker i anvendelse i deres behandlingsarbejde, er situationen en helt anden i forhold til den anden dimension i videnteknologien – anvendelsen af videnbaser. Med nogle ganske få undtagelser gælder det, at behandlingstilbuddene i denne undersøgelse ikke baserer anvendelsen af deres behandlingsteknikker på en videnbase. Det vil sige, at de ikke anvender deres teknikker med udgangspunkt i viden om, hvilke behandlingstiltag der har hvilke effekter på hvilke klientforhold, under hvilke omstændigheder. Det er selvfølgelig en halv sandhed, idet man mange steder har udviklet, eller er i færd med at udvikle, intuitiv viden om, hvordan man bedst arbejder med målgruppen. Men i den egentlige betydning af fænomenet videnbase, bliver dette stort set ikke anvendt.

Det er altså centralt for beskrivelsen af behandlingstilbuddene i denne undersøgelse, at der findes mere eller mindre velfungerende spredningskanaler eller infrastrukturer, hvad angår behandlingsteknikker, både de nyere evidensbaserede teknikker i de offentlige tilbud, og de lidt ældre og knapt

så evidensbaserede teknikker i døgntilbuddene. Der findes tilsyneladende ikke en tilsvarende infrastruktur i forhold til spredningen og omsætningen af den form for viden, der kan danne grundlaget for videnbaser, dvs. primært ny, forskningsbaseret viden.

I den opfølgende undersøgelse kortlægges spredningskanalerne eller infrastrukturen i behandlingsfeltet, både det ambulante offentlige, og i de ikke-offentlige døgntilbud. En sådan kortlægning vil kunne bidrage med betydningsfuld viden om, hvordan man mest effektivt vil kunne tilføre feltet ny, forskningsbaseret viden.

c) Interaktionsteknologien

Som tidligere beskrevet, udgør interaktionsteknologien det middel, hvorved behandlingsteknologierne overføres. Hasenfeld (2003:185) beskriver tre typiske former for interaktionsmønstre:

- Aktivitet – passivitet; den hjælpende er aktiv, mens klienten er passiv. Denne interventionssituation er af en sådan art, at klienten er i en total afhængig tilstand, og at den hjælpende aktør iværksætter og gennemfører alle interventionsaktiviteterne.
- Styring – samarbejde; den hjælpende tager hovedansvaret for interventionsprocessen, men klienten forventes at reagere aktivt og at samarbejde i forhold til instruktioner og direktiver fra hjælpersystemet.
- Fælles deltagelse; Hjælperen og klienten påtager sig fælles ansvar i interventionsprocessen. Klienten er ikke blot aktivt involveret i processen, men forventes også at deltage fuldt ud i beslutningstagning omkring processens fremtidige forløb, mens hjælpersystemet bidrager med faglig konsultation.

Ud fra de foreløbige data at dømme, er interaktionsteknologien et af de teknologiske områder, der markerer en forskel mellem tilbuddene, og måske især tendentielt mellem døgntilbuddene og de ambulante tilbud. Blandt de ambulante tilbud er der, ud fra deres selvbeskrivelser at dømme, en udbredt tendens til anvendelse af interaktionsmønstret fælles deltagelse, hvor behandlerne forventer, at klienten ikke blot reagerer på behandlingen, men selv tager aktivt del og ansvar for det fremadskridende forløb. Dette interaktionsmønster ses i de ambulante tilbud i to varianter: en 'radikal' variant, hvor behandlerne som udgangspunkt kun arbejder med emner, som klienten har bedt om, at der bliver arbejdet med. Og en 'moderat' variant, hvor

behandlerne i højere grad tager initiativer på klientens vegne, men til gengæld er meget optaget af at sikre sig, at de har klienten med i processen. Nogle ambulante tilbud er dagtilbud, hvor der arbejdes med flere klienter ad gangen, og alene af denne grund er det ikke muligt altid at arbejde med den radikale variant set fra den enkelte klients perspektiv. Et enkelt ambulante tilbud arbejder med udgangspunkt i en programteori, hvor der på forhånd er fastlagt nogle områder, inden for hvilke der skal arbejdes, og også her arbejdes der mere i en moderat variant.

Blandt de deltagende døgntilbud arbejder to – tre af disse med en målgruppe, der sædvanligvis beskrives som meget pædagogisk krævende. Disse behandlingstilbud giver i deres beskrivelser udtryk for, at de i højere grad i de første faser af behandlingen befinder sig i den kategori, Hasenfeld kalder Styring – samarbejde, hvor personalet påtager sig hovedansvaret for interventionsprocessen, og hvor klienten forventes at reagere aktivt og samarbejdende i forhold til interventionerne.

d) Klientkontrolteknologien

Denne del af transformationsteknologien refererer til metoder og procedurer, der har som mål at monitorere og om nødvendigt påvirke klientens engagement i forhold til behandlingen eller den hjælp, der tilbydes. Det er en udbredt opfattelse inden for misbrugsbehandling, at de fleste klienter med misbrugsproblemer rummer ambivalensen i sig. Dette gælder formodentlig i særlig høj grad de helt unge med misbrugsproblemer. Blandt andet fordi de ikke i samme grad som ældre misbrugere har mærket alle de ulemper, der knytter sig til et langvarigt misbrug. Det er derfor et grundvilkår for behandlerne i ungeområdet, at de løbende i behandlingsarbejdet bliver konfronteret med de unges ambivalens i forhold til behandlingen, og derfor må man have teknologi, der kan arbejde med ambivalensen, med mindre man er af den opfattelse, at de unge kun skal være i behandling, hvis de er helt afklarede med, at de vil det.

Behandlerne er altså nødt til at mestre nogle teknologier, der kan støtte de unge i at holde fast, når de møder ambivalensen. Denne teknologi kan i Hasenfelds forståelse deles i to dimensioner: teknologier til at overvåge klienternes øjeblikkelige forhold til at indgå i behandlingen, og teknologier, der kan påvirke klienterne, når de har svært ved at holde fast.

Teknologi til overvågning af engagement: Der er ingen tvivl om, at klienternes engagement er et emne, der fylder en hel del i det daglige arbejde i de 20 behandlingstilbud i denne screening. Vi ved fra behandlernes beskrivelser, at det er noget, man hele tiden drøfter blandt behandlerne, i hvert fald i døgntilbuddene. Og vi ved, at de fleste ambulante tilbud fører i det

mindste en mekanisk form for overvågning, idet de typisk registrerer de unges udeblivelser fra aftaler. Der findes imidlertid ikke i de foreløbige data informationer om særlige teknikker eller observationsteknologier i forhold til overvågning af klienternes engagement. Det er sandsynligt, at denne overvågning langt hen ad vejen foregår intuitivt og erfaringsbaseret, hvilket vil blive udforsket yderligere i den opfølgende undersøgelse.

Teknologi til påvirkning af engagement: Som allerede påpeget er ambivalensen et grundvilkår inden for behandling af unge med misbrugsproblemer. Den motiverende samtale anbefales da også i Brannigan et al.s evidensbaserede guideline (2004), og alle erfarne behandlere vil i praksis mestre nogle teknikker, om end måske ofte kun intuitivt, til at arbejde med de unges motivation i de perioder, hvor de har svært ved at rumme og fastholde behandlingen. De interviewede behandlingstilbud beskriver en række måder, hvorpå de forsøger at arbejde med klienternes fastholdelse i behandlingen. Nogle af disse måder kan siges at være egentlige teknikker. Andre er teknologier i bredere forstand.

De behandlingstilbud, der beskriver at anvende en egentlig teknik til påvirkning af klienternes føjelighed (25 % af tilbuddene), refererer til teknikken 'Den motiverende samtale', eller afledte teknikker. Det er bemærkelsesværdigt, at kun 25 % angiver at anvende motiverende samtaler, da en undersøgelse fra 2006 (Vind og Finke) viste, at motiverende samtaler på det tidspunkt havde spredt sig til samtlige amtskommunale ambulante tilbud til unge med misbrugsproblemer. Nedgangen kan enten være reel, og eksempelvis skyldes, at ikke alle nye kommunale, ambulante tilbud har overtaget de tidligere amtskommunale teknologier. Eller nedgangen kan være et udtryk for, at en del af tilbuddene faktisk anvender motiverende samtaler, men ikke har tænkt på at oplyse det i interviewsammenhængen. Det vil i den opfølgende kortlægning af behandlingstilbuddene i Danmark blive undersøgt yderligere, i hvilket omfang der arbejdes systematisk med motiverende teknologi.

Blandt tiltag, der i bredere forstand bidrager til at påvirke klienternes engagement i behandlingen, kan nævnes følgende:

- Brugerinvolvering; næsten alle de interviewede behandlingstilbud beskriver at involvere klienterne i udarbejdelsen af deres egen behandlingsplan. I nogle få tilfælde har denne involvering karakter af, at klienterne bliver sat ind i, og derefter skal godkende, en behandlingsplan, der primært er udarbejdet af professionelle. De fleste tilbud anvender imidlertid en forholdsvis intens involvering af klienten under selve udarbejdelsen af behandlingsplanen, ud fra en forestilling om, at ønsket om forandring skal komme fra klienten selv, hvis

der skal ske reelle forandringer. Man er således i mange af tilbudene tilbøjelige til kun at ville arbejde med emner, som den unge ønsker, eller i hvert fald har givet sin accept til.

- Blik for de svageste klienter; de færreste interviewede tilbud har en evidensbaseret viden om særligt svage klienttyper i deres klientgruppe, og de har ikke indlejret en vejledende programteori, der giver anvisninger på, hvordan den enkelte svage gruppe skal behandles i forhold til den øvrige målgruppe. Til gengæld har de fleste steder en klient-individuel fornemmelse for, når der er tale om en svag klient. Der kan være tale om en særligt dårligt begavet klient, en klient med psykiske problemer eller måske endda en potentiel dobbeltdiagnose mv. I disse tilfælde er behandlerne typisk særligt opmærksomme i forhold til, om klienten holder fast i behandlingen, og de fleste steder vil reaktionen være en optrapning af kontakten til den unge, hvis man får mistanke om, at den unge er ved at glide ud af behandlingen. Næsten alle behandlingssteder er særligt opmærksomme på gruppen af klienter med anden etnisk baggrund. Behandlerne er generelt af den opfattelse, at denne gruppe ikke kommer til tilbuddet i det omfang, der er potentielt klientgrundlag for. Og mange behandlingstilbud giver udtryk for, at de har svært ved at fastholde netop denne gruppe, hvis de endelig søger hjælp for deres misbrug.

Sammenfattende om klientkontrolteknologien: Sammenfattende om klientkontrolteknologien i de 20 behandlingstilbud kan man således sige, at ambivalensen er et grundvilkår, og at behandlerne de fleste steder er intuitivt og erfaringsbaseret opmærksomme på, om de unge er ved at falde ud af behandlingen. Ingen interviewede har givet udtryk for anvendelsen af systematiske og/eller standardiserede værktøjer til overvågning af klienternes engagement og fortsatte føjelighed. Næsten alle forsøger på forskellige måder at sikre sig klientens engagement ved at involvere klienten stærkt i udarbejdelsen og afviklingen af behandlingsplanen. Kun 25 % af tilbudene giver udtryk for at anvende teknikken i den motiverende samtale. Der vil i den opfølgende undersøgelse blive foretaget en yderligere kortlægning af behandlingstilbuddenes klientkontrolteknologier.

e) Serviceimplementeringsteknologien

Denne del-teknologi refererer til den organisering og afviklingsrækkefølge, der kræves i forhold til en given borgerservice. Specifikt definerer begrebet graden af opgavernes indbyrdes afhængighed i arbejdsgangen (Hasenfeld, 2003:188). Hasenfeld beskriver fire typer af arbejdsgange ud fra, hvor afhængige de enkelte delelementer er af hinanden:

- Fuld uafhængighed; ingen af de klientrettede aktiviteter er direkte betinget af andre klientrettede aktiviteter.
- Rækkefølge; den enkelte klientrettede opgave er betinget af udførelsen af en anden klientrettet opgave.
- Gensidig afhængighed; den enkelte klientrettede opgave er betinget af andre klientrettede opgaver og omvendt.
- Holdsamarbejde; flere professionelle er ikke blot indbyrdes afhængige, men må arbejde sammen samtidig.

Behandlingen af unge med misbrugsproblemer står i disse år i en brydning eller forhandling mellem især kategorierne 'fuld uafhængighed' og 'rækkefølge'. Hele idéen om, at behandlingen skal være evidensbaseret eller vidensbasebaseret, tager udgangspunkt i en behandlingsmodel, der oprindeligt er importeret fra sundhedssektoren. Ideen er, at man indledningsvis foretager en præcis udredning af klienten, herefter laver man en præcis og afgrænset behandlingsplan på baggrund af udredningen. Denne behandlingsplan følges systematisk, og der foretages status og eventuelt opfølgende udredning med henblik på at sikre, at behandlingen har haft den forventede effekt. Denne forståelse af et behandlingsforløb lægger således op til den type arbejdsgang, som Hasenfeld benævner 'rækkefølge', fordi en given klientrettet opgave er betinget af gennemførelsen af den forudgående opgave. Behandlingen er betinget af udredningen, der er betinget af visitationen mv. Behandlingsarbejdet inden for den sociale sektor er imidlertid ikke så standardiseret og logisk fremadskridende, som det er tilfældet i eksempelvis hospitalssektoren. Som allerede beskrevet, er udredningskapaciteten ikke alle steder så stor som anbefalet i evidensbaserede guidelines. Og selv om man i de fleste behandlingstilbud foretager udredninger i en eller anden form, er udredningernes resultater ikke så entydige, som man teoretisk lægger op til. Man kan således ikke altid på baggrund af en udredning foretage en entydig udvælgelse af en bestemt behandlingsteknik, som det vil være bedst at anvende i netop denne situation. Denne flertydighed i behandlingens forskellige bestanddele betyder, at der er en betydelig løsere kobling mellem eksempelvis udredning og behandling, end man ser på en somatisk hospitalsafdeling. Man kan altså sige, at behandlingselementerne i socialt arbejde i mange tilfælde i højere grad nærmer sig den arbejdsgang, som Hasenfeld kalder 'fuld uafhængighed'. Dette er også tilfældet i forskellig udstrækning blandt de 20 behandlingstilbud i denne undersøgelse. Nogle af beskrivelserne af indtagsprocesserne vidner om delvist fravær af afhængighed mellem forskellige klientrettede opgaver. Når en ung eksempelvis indskrives i et døgntilbud, har vedkommende en overordnet plan med fra hjemkommunen. Samtidig har døgntilbuddet sideløbende en for-

samtale med den unge, hvor der tales om mulige udviklingsområder. Og når den unge kommer ind i døgntilbuddet, bliver vedkommende socialiseret ind i en pædagogisk hverdag, der i høj grad har sine egne organiserende principper. Man kan således se, at i nogle tilfælde er der nærmest en total frakobling mellem udredningens praksis og resultater på den ene side, og behandlingens praksis og resultater på den anden side. Ofte ser det imidlertid ud til at give mening at betragte de forskellige klientrettede opgaver, navnlig udredning og behandling, som forskellige aktiviteter med hver sine organiserende principper, og hvor der i langt højere grad er tale om en vis udveksling mellem disse systemer, end der er tale om den rækkefølgearbejds-gang, der lægges op til i ideen om evidensbaseret behandling.

Et sted, man tydeligt i behandlingen af unge med misbrugsproblemer kan se tilstedeværelse henholdsvis fravær af serviceimplementeringsteknologi, er i opgaven omkring udredning for psykiatriske problemer. Som allerede beskrevet tidligere har en undersøgelse vist, at de ambulante behandlingstilbud, der internt har en høj udredningskapacitet i forhold til mere specialiserede udredninger, identificerer behandlingsrelevante psykiske problemer hos ca. halvdelen af deres klienter. De behandlingstilbud, der ikke selv har den høje, specialiserede udredningskapacitet, og som skal løse denne klientopgave ved hjælp af ekstern ekspertbistand, identificerer derimod betydeligt færre behandlingsrelevante psykiske problemer. Der, hvor man gennem internt samarbejde har let adgang til kompetencen, bliver den altså også i langt højere grad brugt. Der, hvor man derimod er afhængig af samarbejde med et samarbejds-mæssigt noget fjernere psykiatri-system, bliver kompetencen brugt langt sjældnere.

Sammenfattende om serviceimplementeringsteknologien: I praksis er der tilsyneladende ofte løse koblinger mellem de enkelte klientrettede opgaveløsninger. Vi kender imidlertid kun meget lidt til den faktiske udveksling mellem opgaverne i den konkrete praksis, og vi ved kun lidt om, hvorvidt det overhovedet vil være hensigtsmæssigt at opnå den stramme kobling, der ses i eksempelvis hospitalssektoren. I den kommende opfølgende undersøgelse vil der blive fokuseret på at identificere effektive forbindelser mellem de klientrettede opgaveløsninger inden for behandlingen af unge med misbrugsproblemer.

7.5. Sammenfatning og konklusion

Sammenfattende om den teknologiske situation i de behandlingstilbud, der har deltaget i denne undersøgelse, kan man konkludere:

I forhold til klientkarakteriseringsteknologi: For de fleste tilbuds vedkommende er der tale om en forholdsvis lav, og ofte ikke standardiseret, udredningskapacitet. De fleste tilbud skal rekvirere specialiseret udredning eksternt, hvilket tidligere undersøgelser har vist, virker hæmmende i forhold til at identificere problematikker som eksempelvis psykiske lidelser.

I den opfølgende kortlægning vil der blive fokuseret på de enkelte behandlingstilbuds udredningskapacitet, bl.a. med henblik på at erfare hvilken sammenhæng der er mellem eksternt/intern udredningskapacitet og identificeringen af eksempelvis ADHD, depression, personlighedsforstyrrelse mv.

I forhold til videnteknologi: Generelt anvendes i dag en vifte af metoder, hvor man tidligere i misbrugsbehandlingen så mono-metodiske behandlingsskulturer. De mest anvendte metoder er samtidig også de metoder, der i dag er mest evidensbaserede. Disse metoder har imidlertid primært spredt sig i de ambulante, kommunale tilbud.

I forhold til at foretage behandlingsarbejdet med udgangspunkt i teoretisk eller evidensbaseret viden, fordeler de 20 behandlingstilbud sig over en bred vifte:

- Nogle ganske få behandlingstilbud arbejder delvist med udgangspunkt i en videnbase. De lever altså op til Hasenfjelds beskrivelse: ... at man i behandlingstilbuddet har kendskab til de årsagsrelationer, der ligger neden under behandlingsteknologien, at man har viden om, hvilke behandlingstiltag der har hvilke effekter på hvilke klientforhold, under hvilke omstændigheder...
- Nogle få behandlingstilbud har én eller flere forandringsmodeller baseret på en 'skole' eller teori, eksempelvis systemisk-narrativ eller kognitiv forståelse af forandring. Og de kan adressere denne forståelse til kendt teori-litteratur. Herudover har de lært en række teknikker, der knytter sig til denne forandringsteori.
- Den største gruppe behandlingstilbud har én eller flere forandringsmodeller baseret på en teori, eksempelvis den kognitive, men kan ikke adressere deres forandringsforståelse til bestemt litteratur eller bestemte forfattere. Herudover har de lært en række tilknyttede teknikker.
- Nogle få behandlingstilbud har én eller flere forandringsmodeller og nogle tilhørende teknikker, der tilsyneladende kommer fra omverdenen på et eller andet tidspunkt, men de interviewede behandlere kan ikke adressere deres udgangspunkt konkret til hverken en teori eller konkrete forfattere.

- Endelig har nogle ganske få behandlingstilbud på baggrund af lokal erfaring udviklet deres egne forandringsmodeller og teknikker uden bevidst kendskab til et eventuelt slægtskab med eksisterende teorier.

Ser vi på gruppen af behandlingstilbud som helhed, arbejdes der næsten ikke med udgangspunkt i kendt teoretisk eller evidensbaseret viden. Men samtidig må vi konstatere, at de fleste behandlingstilbud har indført og anvender metoder, der er anerkendt, og i nogle tilfælde evidensbaseret, i bredere kredse. Man kan således sige, at der i mange behandlingstilbud er tale om institutionaliserede, men anerkendte metoder. Dette vidner om, at de fleste behandlingstilbud har en opmærksomhed i forhold til at anvende fornuftige metoder, men at vejen ind i organisationen – infrastrukturen – ikke i nævneværdig grad er omfattet af evidensstudier. Behandlingstilbuddene importerer altså gerne evidensbaserede metoder, men foretager ikke selv i nævneværdig grad overvejelser og undersøgelser vedrørende evidens. I den opfølgende undersøgelse foretages en kortlægning af den eksisterende infrastruktur i forhold til spredning af evidensbaserede metoder, med henblik på at undersøge mulighederne for i højere grad at anvende denne infrastruktur målrettet og systematisk.

I forhold til interaktionsteknologi: Der ses blandt de deltagende behandlingstilbud en glidende overgang mellem to typer interaktionsmønstre, et mønster hvor de professionelle tager hovedansvaret for styringen af behandlingen (ses især i døgntilbuddene), og et mønster hvor behandlerne forventer, at klienten ikke blot er involveret, men også aktiv i beslutningstagningen omkring processens fremtidige forløb (ses især i de ambulante tilbud). Det vil være relevant i fremtiden at forsøge at udvikle en egentlig model for effektiv anvendelse af disse interaktionsmønstre med henblik på understøttelse af de egentlige behandlingsteknikker.

I forhold til klientkontrolteknologi: Overvågningen eller monitoreringen af klienternes behandlingsengagement synes generelt at foregå intuitivt, og ingen interviewede behandlingstilbud beretter om anvendelse af teknologi i denne sammenhæng. Kun en fjerdedel af de deltagende behandlingstilbud beskriver at anvende egentlig teknologi til påvirkning af engagementet i form af teknikkerne i den motiverende samtale. Dette er en voldsom nedgang i forhold til en tidligere undersøgelse (Vind og Finke 2006) og kan vidne om et stærkt kompetencetab i forbindelse med den seneste kommunalreform. I den opfølgende undersøgelse foretages en yderligere kortlægning af behandlingstilbuddenes klientkontrolteknologier, ligesom det for-

søges at udvikle modeller og teknologi for monitorering af behandlingsengagement.

I forhold til serviceimplementeringsteknologi: Der synes mange steder at være en løs kobling mellem behandlingens enkelte elementer, tydeligst set mellem udredning og behandling. Dette beskrives i litteraturen som værende nærmest et grundvilkår inden for socialt arbejde (se eksempelvis Hasenfeld, 2003). Hver enkelt individuel behandlingsdel har en tendens til at få sit eget liv, sin egen organisering, og det er en vedvarende kamp at opnå sammenhæng mellem eksempelvis udredning og behandling. Hasenfelds forklaring på, at det må være sådan, er baseret på at i modsætning til mere naturvidenskabeligt baserede problemer er de menneskelige problemer komplekse og flertydige. Problemet er flertydigt i sig selv. Udredningen er ikke eksakt, og der gives ikke eksakte retningslinjer for, hvilke tiltag der skal forbindes med hvilke problemer. Det er således næppe målet at opnå en total sammenhæng mellem de enkelte behandlingselementer, men snarere et mål at skabe så effektiv udveksling som muligt mellem behandlingselementerne. I forbindelse med den opfølgende undersøgelse søges der identificeret effektive koblinger mellem især udredning og behandling.

Litteratur

Alaimo K, Olson CM & Frongillo EA (2002). Family food insufficiency, but not low family income, is positively associated with dysthymia and suicide symptoms in adolescents. *Journal of Nutrition*.132:719–25.

Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ & Faraone SV (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. In: *American Journal of Psychiatry*. 152(11):1652-8

Bjarnason T, Andersson B, Choquet M, Elekes Z, Morgan M & Rapinett G (2003). Alcohol culture, family structure and adolescent alcohol use: multi-level modelling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in 11 European countries. In: *Journal on Studies in Alcohol*. 64(2):200-8.

Brannigan R, Schackman BR & Millman MF (2004). The quality of high regarded adolescent substance abuse treatment programs – results of an in-depth national survey. In: *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158, 904-909.

Brunello N, Davidson JR, Deahl M, Kessler RC, Mendlewicz J, Racagni G, Shalev AY & Zohar J (2001). Posttraumatic stress disorder: diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. In: *Neuropsychobiology*. 43(3):150-62. Review.

Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M & Resch F (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. In: *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 161(7):641-9.

Button TM, Rhee SH, Hewitt JK, Young SE, Corley RP & Stallings MC (2007). The role of conduct disorder in explaining the comorbidity between alcohol and illicit drug dependence in adolescence. In: *Drug and Alcohol Dependence*. 87(1):46-53.

Centers for Disease Control and Prevention (2007). *National Youth Risk Behavior Survey: 1991–2007: trends in the prevalence of suicide-related behaviors*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2007. http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/pdf/yrbs07_us_suicide_related_behaviors_trend.pdf

Cuffe SP, Addy CL, Garrison CZ, Waller JL, Jackson KL, McKeown RE & Chilappagari S (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. In: *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37(2):147-54.

Dahl, HV & Pedersen, MU (2008). *Kvinder og køn: Stofbrug og behandling*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Deas D & Brown ES (2006). Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. In: *Journal of Clinical Psychiatry*. 67(7):e02. Review.

Demand Reduction: *A glossary of terms* (2000). A draft document prepared by the United Nations International Drug Control Programme, Vienna.

Dopheide JA & Pliszka SR (2009). Attention-deficit-hyperactivity disorder: an update. In: *Pharmacotherapy*. 29(6):656-79.

DSM-IV (1995). *International version with ICD-10 codes*. Washington: American Psychiatric Association

Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D & Story M (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. In: *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine*. 157:733–8.

Flory K. & Lynam DR (2003). The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: what role does conduct disorder play? In: *Clinical Child and Family Psychology Review*. 6(1):1-16

Flouri E. (2008). Fathering and adolescents' psychological adjustment: the role of fathers' involvement, residence and biology status. In: *Child: Care Health and Development*. 34(2):152-61.

Harford TC, Grant BF, Yi HY & Chen CM (2005). Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence criteria among adolescents and adults: results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 29(5):810-28.

Hasenfeld Y (1983). *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Hasenfeld Y (2003). *Mennesket som råstof - Borgerservicerende organisationer i moderne samfund*. Oversat af I. H. Hansen: Klim.

Hasenfeld Y & English R (1974). *Human Service Organizations*. The University of Michigan Press.

Hawton K, Simkin S & Fagg J (1997). Deliberate self-harm in alcohol and drug misusers: patient characteristics and patterns of clinical care. In: *Drug and Alcohol Review*. 16(2):123-9.

Hayaki J, Anderson B & Stein M (2006). Sexual risk behaviors among substance users: relationship to impulsivity. In: *Psychology of Addictive Behaviour*, 20(3):328-32.

Herek GM (1989). Hate crimes against lesbians and gay men. Issues for research and policy. In: *American Psychologist*. 44(6):948-55.

Herek GM (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: prevalence estimates from a national probability sample. In: *Journal of Interpersonal Violence*. 24(1): 54-74.

Hickman LJ, Jaycox LH & Aronoff J (2004). Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. In: *Trauma Violence & Abuse*. 5(2):123-42.

Jacobsen LK, Southwick SM & Kosten TR (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. I: *American Journal of Psychiatry*. 158(8):1184-90.

Jessen G, Andersen K & Bille-Brahe U (1996). Selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt 15-24-årige i det danske uddannelsessystem. *Ugeskrift for Læger* 158, 5026-5029.

Jung J. (2001). *Psychology of Alcohol and other drugs. Research perspective*. London: Sage Publications, Inc.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M & Nelson CB (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: *Archives of General Psychiatry*. 52(12):1048-60.

Laan van der P & Aarten P (2008). *International Guide on the Accreditation of Behavior Programmes for Offenders*. Ministry of Justice, the Accreditation Panel for Behavioral Programmes for Offenders in the Netherlands.

Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R & Meltzer H (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45(3):609-21.

Nada-Raja S, Skegg K, Langley J, Morrison D & Sowerby P (2004). Self-harmful behaviors in a population-based sample of young adults. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 34(2):177-86.

Nelson CB & Wittchen HU (1998). DSM-IV alcohol disorders in a general population sample of adolescents and young adults. In: *Addiction*. 93(7):1065-77.

Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB., Kessler RC & Sing Lee, S (2008). Suicide and Suicidal Behavior. In: *Epidemiologic Reviews Advance Access published online on July 24*. Epidemiologic Reviews, doi:10.1093/epirev/mxn002.

O'Donnell L, O'Donnell C, Wardlaw DM et al. (2004). Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. In: *American Journal of Community Psychology*. 33:37-49.

Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM & Schneider U (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). In: *Alcohol and Alcoholism*. 43(3):300-4.

Pearce CM & Martin G (1994). Predicting suicide attempts among adolescents. In: *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90(5):324-8.

Pedersen, MU (2005). *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Pedersen, MU (2005). Unge med et problematisk forbrug af rusmidler. En forståelsesmodel. I: *Psyke & Logos*, 26(1):75-97.

Pedersen, MU (2007). Evidence-based practice in "the real world". *Nordisk alkohol- og narkotikatidskrift (NAT)*, 24(6):605-616.

Pedersen, MU (2009). Social inklusion/eksklusion blandt 14-17-årige i behandling for deres forbrug af illegale stoffer. I: Pedersen, MU & Kolind, T (red.) (2009) *Unge, rusmidler og sociale netværk*. Århus: Aarhus Universitetsforlag. In press.

Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J & Rohde LA (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. In: *American Journal of Psychiatry*. 164(6):942-8.

Portzky G & van Heeringen K (2007). Deliberate self-harm in adolescents. In: *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4):337-42.

Rheinländer, T & Nielsen GA (2007). *Unge livsstil og dagligdag 2006*. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/MULD/MULDrapport_nr6.pdf

Rimmö PA, Aberg L & Fredrikson M (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 111(4):291-9.

Rossow I, Ystgaard M, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, de Wilde EJ, DeLeo D, Fekete S & Morey C (2007). Cross-national comparisons of the association between alcohol consumption and deliberate self-harm in adolescents. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 37(6):605-15.

Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F & Bremberg S (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. In: *Acta Paediatrica*. 97(2):153-8.

Scarpa A. (2003). Community violence exposure in young adults. In: *Trauma, Violence & Abuse*. 4(3):210-27.

Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ & Schoener EP (2000). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. In: *Journal of Clinical Psychiatry*. 61(4):244-51.

Schuckit MA, Hesselbrock V, Tipp J, Anthenelli R, Bucholz K & Radzimirski S (1994). A comparison of DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10 substance use disorders diagnoses in 1922 men and women subjects in the COGA study. Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. In: *Addiction*. 89(12):1629-38.

Simkin DR (2002). Adolescent substance use disorders and comorbidity. In: *Paediatric Clinics of North America*. 49(2):463-77.

Skegg K (2005). Self-harm. In: *Lancet*, 366(9495):1471-83.

Steinberg A, Brooks J & Remtulla T (2003). Youth hate crimes: identification, prevention, and intervention. In: *American Journal of Psychiatry*. 160(5):979-89.

Stinson FS, Ruan WJ, Pickering R & Grant BF (2006). Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. In: *Psychological Medicine*. 36(10):1447-60.

Vind L (2005): *Indføring af monitorering og selvevaluering i døgnbehandling for stofmisbrugere - institutionelt belyst*. Ph.d.-afhandling, Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation, Aalborg Universitet.

Vind, L & Finke K (2006). *Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Waldrop AE, Hanson RF, Resnick HS et al. (2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention. In: *Journal of Traumatic Stress*. 20:869-79.

Young A, Grey M, Abbey A, Boyd CJ & McCabe SE (2008). Alcohol-related sexual assault victimization among adolescents: prevalence, characteristics, and correlates. In: *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 69(1):39-48.

Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J & Mehlum L (2003). Deliberate self harm in adolescents. In: *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 123(16):2241-5.

Zøllner, L. (2002). *Unge (mis)trivsel*. Odense: Center for Selvmordsforskning.

Bilag 1

Bekendtgørelse om garanti for social behandling for stofmisbrug til unge under 18 år i særlige tilfælde:

I medfør af § 101, stk. 3, i lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 929 af 5. september 2006 som ændret ved § 1 i (L 5), fastsættes:

§ 1. Kommunalbestyrelsen sørger for tilbud om behandling for stofmisbrug til unge under 18 år i særlige tilfælde.

Stk. 2. Tilbud efter stk. 1 skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen.

Stk. 3. Forældre eller den unge kan anmode kommunen om et behandlingstilbud.

Stk. 4. Målgruppen er unge, som på grund af stofmisbruget har alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer, der medfører, at den unge ikke kan fungere i forhold til familie, uddannelse, arbejde eller skole. Der er tale om unge med sociale, fysiske og/eller psykiske skader forårsaget af stofmisbruget.

§ 2. Tilbud skal iværksættes med forældremyndighedens samtykke og kræver tillige samtykke fra den unge, når denne er fyldt 15 år.

§ 3. Den kommunale forpligtelse til særlig støtte over for børn og unge er reguleret efter bestemmelserne i servicelovens kapitel 11. Forpligtelsen, jf. § 1, stk. 1 og 2, ændrer ikke ved dette, men er en ekstra forpligtelse til at yde hurtig hjælp til målgruppen, jf. § 1, stk. 4.

§ 4. Det er kommunalbestyrelsen, der foretager den faglige vurdering af, om den unges problemer er så alvorlige, at der skal iværksættes et tilbud inden for 14 dage.

§ 5. Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at sagen undersøges og for, at der tages stilling til den samlede sociale støtte samt for, at der udarbejdes en handleplan for den samlede indsats, herunder for behandlingen for stofmisbruget, jf. servicelovens § 140, stk. 2.

§ 6. Klage over afslag på behandling, herunder manglende iværksættelse af tilbud senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen, kan indbringes for det sociale nævn, jf. servicelovens § 166.

§ 7. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2007.

Stk. 2. Samtidig bortfalder bekendtgørelse nr. 776 af 11. august 2005 om garanti for social behandling for stofmisbrug af unge under 18 år i særlige tilfælde.

Som følge af ovennævnte Lov om social service - lov nr. 573 af 24. juni 2005 – er det i § 101 fastsat, at kommunalbestyrelsen har pligt til at iværksætte social behandling for stofmisbrug inden for en frist på 14 dage efter misbrugerens henvendelse til kommunen med ønske om at komme i behandling. Samtidig får stofmisbrugeren en ret til at vælge mellem offentlige og private godkendte behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, kommunen har visiteret til. Som følge af ovennævnte lov og bekendtgørelse bliver kommunernes merudgifter refunderet fra staten via Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT).