

Ambulante behandlingstilbud
til unge under 18 år
med misbrugsproblemer

**Ambulante behandlingstilbud
til unge under 18 år
med misbrugsproblemer**

Leif Vind

Katrine Finke

Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet
2006

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2006
Tryk: Nørhaven Book
ISBN: 87-89029-63-1

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.dk
E-mail: crf@au.dk

Forord

Inden for de senere år har alle de danske amtskommuner samt en række af de større kommuner oprettet særlige ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer. Man har de fleste steder været optaget af, at disse tilbud skal være særligt tilpasset de unge og ikke blot være en udvidelse af medarbejderstaben i de etablerede behandlingstilbud for voksne med stof- eller alkoholproblemer. Der er med andre ord tale om etableringen af en ny gren inden for dansk misbrugsbehandling. En ny gren, der er i færd med at afprøve etablerede behandlingsmetoder og udvikle nye metoder til denne særlige målgruppe.

Det nye behandlingsområde er karakteriseret ved, at det de fleste steder udgør et medarbejdermæssigt forholdsvis lille område af den samlede alkohol- og stofbehandling, og at det derfor, bortset fra i de store byer, er særlig sårbart i forbindelse med den strukturreform, der træder i kraft 1. januar 2007.

Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, har derfor set det som en væsentlig opgave at gøre status over, hvor langt man i kommunerne og amtskommunerne er kommet med opbygningen af disse nye tilbud til de unge, og hvilke erfaringer man har gjort med hensyn til virksomme metoder, måder at komme i kontakt med de unge på mv., før en stor del af de nye behandlingstilbud i forbindelse med kommunalreformen bliver kastet ud i strukturændringer.

14 amtskommunale, seks kommunale og et enkelt privat behandlingstilbud har i forbindelse med dataindsamlingen til denne rapport stillet sig beredvilligt til tjeneste med hensyn til både kvantitative og kvalitative informationer om deres eget lokale behandlingstilbud. Der skal rettes en stor tak til ledere og medarbejdere i disse organisationer for at sætte tid af til interviews og efterfølgende arbejde med at dokumentere klientsøgning mv.

Århus, 1. december 2006
Leif Vind & Katrine Finke

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund og metode	9
1.1 Baggrunden for forskningsprojektet og rapporten.....	9
1.2 Oversigt over ungesituationen i Danmark	10
1.2.1 Definition af begrebet misbrug	11
1.2.2 Hvor mange unge med misbrugsproblemer findes der i Danmark.....	14
1.2.3 Hvor mange unge, og hvilke, har behov for en ambulant behandlingsindsats.....	18
1.2.4 Hvilke tendenser viser sig i øjeblikket blandt de helt unge.....	20
1.3. Metoderne.....	21
1.3.1 Metode til litteratursøgning	21
1.3.2 Metode til dataindsamling i 21 danske behandlingsorganisationer	22
2. Evidensbaserede behandlingsindsatser for unge med misbrugsproblemer	25
2.1 Indledning.....	25
2.2 Hvad er evidensbaseret behandling.....	25
2.2.1 Evidens målt i virkeevne eller i effektivitet	27
2.3 De unges særlige behov	28
2.4 Aktuelt evidensbaserede metoder	29
2.4.1 Den tidlige forskning - Behandling har en virkning.....	29
2.4.2 Den nyeste forskning – Hvilke metoder virker.....	32
2.4.3 Familiebaserede tilgange til ungebehandling	32
2.4.4 Kognitivt adfærdsterapeutiske tilgange til ungebehandling....	34
2.4.5 Korterevarende interventioner i forhold til unge	38
2.4.6 Sammenfattende i forhold til de evidensbaserede behandlingsmetoder	39
2.5 Guidelines for opbygning af behandlingstilbud til unge	40
2.5.1 Brannigan et al.s guideline	41
2.5.2 Austin et al.s guideline	43
2.5.3 AACAPs guideline.....	43
2.5.4 Sammenfattende i forhold til guidelines	46
2.6 Sammenfattende vedrørende evidensbaserede indsatser	47
3. Den danske ungebehandling sammenholdt med international forskning	49
3.1 Indledning.....	49

3.2 Brannigan et al.s guideline og evalueringen af de bedste amerikanske behandlingsorganisationer.....	49
3.3 De danske ambulante behandlingsorganisationer i forhold til guidelinen.....	51
3.3.1 Udredning og behandlingsmatchning.....	52
3.3.2 En omfattende, integreret behandlingstilgang.....	54
3.3.3 Familieinvolvering i behandlingen.....	55
3.3.4 Et udviklingsmæssigt relevant behandlingsprogram.....	56
3.3.5 Engagering og fastholdelse af teenagere i behandlingen.....	57
3.3.6 Kvalificeret personale.....	59
3.3.7 Køns- og kulturspecifikke kompetencer.....	60
3.3.8 Kontinuerlig behandling.....	61
3.3.9 Dokumentation og evaluering.....	62
3.4 Sammenfattende.....	63
4. En overvejende kvalitativ analyse af den danske ambulante ungebehandling.....	67
4.1 Indledning.....	67
4.2 Principperne for behandling af unge med misbrugsproblemer.....	67
4.3 Organisering af behandlingstilbuddet.....	71
4.4 Organisationernes forhold til evidensbaseret behandling.....	74
4.5 Sammenfattende.....	77
5. Konklusioner.....	81
5.1 Indledning.....	81
5.2 Et skøn over antallet af unge under 18 år med misbrugsproblemer.....	81
5.3 Hvor mange unge i Danmark burde behandles.....	81
5.4 Kvaliteten i de eksisterende ambulante behandlingstilbud.....	83
5.5 Endeligt sammenfattende.....	85
Referencer.....	87

1. Baggrund og metode

1.1 Baggrunden for forskningsprojektet og rapporten

I en kort kulturhistorisk redegørelse over narkotikaens indtog (Beck og Reesen 2006b) beskrives begyndelsen af 1960'erne som tidspunktet, hvor stofproblematikkerne for alvor kom til den vestlige verden. Dengang var anvendelsen af stoffer forbundet med nye såkaldt antiautoritære ungdomskulturer og eksperimenter med bevidsthedsudvidelse. I kølvandet af det stigende brug kom også misbruget, og brugere af opium, morfin og heroin begyndte at udskille sig negativt fra andre grupper i ungdomsmiljøet. I slutningen af 1960'erne begyndte man at indse et behov for et særligt behandlingstilbud til disse unge misbrugere. Frem til midten af 1990'erne var det imidlertid overvejende hash, der havde en udbredelse blandt unge generelt, mens de øvrige stoffer kun blev anvendt af en forholdsvis lille gruppe. I 1990'erne kom ecstasy, der blev introduceret som et rusmiddel uden risiko, og sammen med ecstasy fik eksisterende stoffer som kokain, amfetamin og psilocybinsvampe en renæssance. Det er blevet mere almindeligt udbredt blandt de helt unge at have et rekreativt stofbrug, hvilket imidlertid samtidig også øger risikoen for udviklingen af misbrug og afhængighed (Beck og Reesen 2006b, 96-97).

Udviklingen i bruget af rusmidler blandt de helt unge har de seneste år medført en tilsvarende udvikling indenfor behandlingsindsatsen, navnlig i forhold til gruppen af unge under 18 år. Går man blot nogle få år tilbage, havde kun nogle ganske få amtskommuner samt nogle af de største kommuner i landet et ambulans tilbud særlig målrettet til de helt unge.

I januar 2003 nedsatte Amtsrådsforeningen en såkaldt underarbejdsgruppe, der skulle udarbejde en statusrapport over misbrugsbehandlingsindsatsen overfor børn og unge. I rapporten (Amtsrådsforeningen 2004) konkluderes det overordnet, at der på det tidspunkt fandtes en god landsdækkende indsats til målgruppen af børn og unge med misbrugsproblemer, og arbejdsgruppen bag rapporten mente på den baggrund, at kritikken af amternes manglende tilbud til målgruppen dermed var tilbagevist.

I maj 2005 vedtog Folketinget en ændring af serviceloven i form af en behandlingssgaranti for unge under 18 år. Målgruppen for lovændringen var unge, som pga. et stofmisbrug har alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer, der medfører, at den unge ikke kan fungere i forhold til familie, uddannelse, arbejde eller skole. Den sociale behandlingssgaranti dækker kun i tilfælde, hvor stofmisbruget har udviklet sig sådan, at den unge har svært ved at modtage den almindelige støtte efter reglerne for børn og unge i serviceloven, før der er sat en behandling i gang i forhold til misbrugsproble-

met. Formålet med lovændringen var at få amtskommunerne til at handle hurtigt og effektivt, for at den unge kan komme i behandling for stofmisbruget. Med lovændringen sikredes, at amtskommunerne iværksætter et behandlingstilbud inden for 14 dage fra første henvendelse.

I slutningen af 2005 var der etableret særlige tilbud til unge under 18 år i næsten alle amtskommuner samt i en række af de store kommuner, og der blev i disse behandlingsorganisationer i 2005 behandlet mindst 632 unge under 18 år. Dette tal forventes noget højere for 2006, dels fordi flere amter først havde deres ungetilbud færdigetableret i slutningen af 2005, og derfor kun behandlede ganske få klienter dette år, og dels fordi flere amter og kommuner af forskellige årsager ikke var i stand til at oplyse, hvor mange unge under 18 år man havde i behandling i 2005. I 2006 kan man således anslå, at der i ungetilbudene i amtskommunerne samt de større kommuner vil blive ambulantly behandlet ca. 800 – 1.000 unge under 18 år med misbrugsproblemer.

31. december 2006 nedlægges amtskommunerne, og behandlingsgarantien for de unge under 18 år overføres til landets 98 nye storkommuner. I den forbindelse opløses også de fleste af de nyetablerede ambulante amtskommunale behandlingstilbud til de unge eller brydes ned i mindre enheder, der overtages af de lokale storkommuner. Nogle få tilbud overføres dog til de nye regioner med henblik på, at kommunerne fortsat kan købe ungebehandling i disse regionaliserede behandlingstilbud.

Tanken med denne rapport, og forskningsprojektet bag den, er at gøre status over, hvordan den ambulante behandlingssituation er i Danmark i forhold til de helt unge med misbrugsproblemer, før strukturreformen medfører, at en stor del af disse nyudviklede tilbud skal omorganiseres og tilpasses forholdene i de nye storkommuner.

1.2 Oversigt over ungesituationen i Danmark

I forbindelse med en kortlægning af ungebehandling er der en række spørgsmål, der særligt trænger sig på: Hvordan skal man definere begrebet *misbrug*, når vi taler om gruppen af helt unge? Hvor mange unge med misbrugsproblemer findes der i Danmark? Hvor mange af disse, og hvilke, har behov for en egentlig ambulantly behandlingsindsats? Hvilke tendenser viser sig i øjeblikket blandt de helt unge? Hvilke typer indsatser har de behandlingskrævende unge behov for? Og i hvilket omfang gives disse tilbud i dag i de eksisterende behandlingstilbud til de unge?

1.2.1 Definition af begrebet misbrug

Før man kan svare på, hvor mange unge der findes med misbrugsproblemer, må man definere eller afgrænse, hvad man mener med misbrugsproblemer. Indledningsvis kan man, inden for det overordnede begreb *forbrug* skelne mellem *brug*, *risikobrug*, *misbrug* og *afhængighed* (Pedersen 2005). Pedersen (2005, 36) skriver, at misbrug skal forstås som et brug, der afstedkommer forskellige former for sociale problemer – problemer som i vid udstrækning er kulturelt og politisk bestemt. Imellem brug og misbrug findes en svært definerbar zone, som kan kaldes risikobrug. Hos brugere i denne zone ser man sociale problemer, som ikke med sikkerhed kan tilskrives brugen af rusmidler. Når brugen af rusmidler udløser en diagnose, er det altså enten *misbrug* eller *afhængighed* eller *afhængighedssyndrom*, som det også kaldes.

Der findes, ifølge Pedersen (2005, 38), mindst tre opfattelser af misbrug, en kontrolpolitisk forståelse samt to forskellige diagnostiske misbrugsforståelser. Den kontrolpolitiske opfattelse af misbrug indebærer, at enhver indtagelse af illegale psykoaktive stoffer betragtes som misbrug. Denne opfattelse af misbrug er ikke relevant i forhold til en behandlingsrelateret kortlægning af den eksisterende indsats på ugeområdet.

De to diagnostiske beskrivelser af begrebet og fænomenet misbrug repræsenteres af WHO's diagnosesystem ICD-10 (WHO 1996) (se fig. 1) og det amerikanske psykiatriforbunds diagnosesystem DSM-IV R ((APA) 1987 & 1994) (se fig. 2). Begge diagnosesystemer anvender diagnosen *afhængighed* og definerer og klassificerer fænomenet næsten ens. I forhold til fænomenet *misbrug af rusmidler* er der til gengæld store forskelle mellem de to diagnosesystemer.

<p>Skadeligt brug af rusmidler ifølge ICD-10: 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).</p>
<p>Følgende betingelser skal være opfyldt:</p> <ul style="list-style-type: none">- Fysisk og psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd)- Skaden klart påviselig- Varighed mindst 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år- Afhængighedssyndrom udelukkes, og det udelukkes ligeledes, at der er tale om psykisk eller adfærdsmæssig lidelse eller forstyrrelse, uspecificeret fremkaldt af alkohol eller andre rusmidler

Figur 1 (Pedersen 2005, 39)

WHO's diagnosesystem anvender ikke diagnosen misbrug, men fokuserer i stedet på *skadeligt brug* og på individuelle konsekvenser af rusmiddelbruget.

Dette diagnosesystem har fokus på psykiske og fysiske reaktioner på misbruget, men udelader helt det sociale perspektiv. En person, der endnu ikke har fysiske eller psykiske skader, men som har udviklet en social dysfunktion på grund af sit misbrug, vil altså ikke blive identificeret eller diagnosticeret som misbruger, når man anvender ICD-10 diagnosesystemet (Pedersen 2005, 39).

Det amerikanske psykiatriforbunds diagnosesystem, DSM-IV R, anvender direkte diagnosen *misbrug*, og fokuserer, i modsætning til ICD-10, i højere grad på sociale skader i forbindelse med misbruget.

Misbrug af rusmidler ifølge DSM-IV R:

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:

Mindst én af følgende betingelser skal være opfyldt:

- Tilbagevendende indtagelse af ét eller flere rusmidler medfølgende manglende evne til at indfri betydelige forpligtelser på arbejdet, i skolen eller i hjemmet (f.eks. gentaget fravær eller ringe arbejdspræstation relateret til indtagelse af rusmidlet; rusmiddelrelateret fravær, suspensering eller bortvisning fra skole; forsømmelse af børn og familie/husstand)
- Tilbagevendende brug af ét 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)
- Tilbagevendende rusmiddelrelaterede juridiske problemer (f.eks. anholdelse for rusmiddelrelateret forstyrrelse af offentlig ro og orden)
- Fortsat indtagelse af ét eller flere rusmidler på trods af varige eller tilbagevendende sociale eller interpersonelle problemer forårsaget af rusmidlet (f.eks. konflikter med ægtefælle om konsekvenser af beruselse, fysiske slagsmål)
- Symptomerne må aldrig have opfyldt kriterierne for rusmiddelafhængighed

Figur 2 (Pedersen 2005, 40-41)

Når man undersøger den samme gruppe mennesker ved hjælp af ICD-10 henholdsvis DSM-IV, får man meget forskellige resultater i forhold til misbrugsdiagnosen, mens de to systemer giver nogenlunde samme resultater i forhold til afhængighedsdiagnosen. I en sammenlignende undersøgelse (se

Pedersen 2005, 42) fandt man dobbelt så mange misbrugere af alkohol, når man anvendte DSM-IV frem for ICD-10. Man fandt ca. lige mange misbrugere af opiater, men i forhold til cannabis, der efter alkohol er de helt unges mest anvendte rusmiddel, fandt man, ved at anvende DSM-IV, fire gange så mange misbrugere, som man gjorde ved at anvende ICD-10. I forhold til amfetamin fandt man lidt over to en halv gange flere misbrugere ved at anvende DSM-IV.

Som allerede nævnt, er ICD-10 og DSM-IV meget tæt på hinanden i forhold til diagnosen *afhængighed*.

<p>Afhængighed af rusmidler ifølge ICD-10: Tre af nedenstående kriterier opfyldt samtidig i mindst 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år:</p> <ul style="list-style-type: none">- Trang- Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen- Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse- Toleransudvikling- Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug- Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning

Figur 3 (Pedersen 2005, 43-44)

Når vi i Danmark anvender betegnelsen *unge med misbrugsproblemer*, vil det sædvanligvis være med reference til unge med et misbrug af ét eller flere rusmidler, såvel som unge der er afhængige af ét eller flere rusmidler. Når det skal gøres op, hvor mange unge der findes inden for disse to kategorier, er det altså afgørende at beslutte, hvilket diagnosesystem man vil anvende, idet man forventeligt vil få to meget forskellige tal, afhængigt af hvilket diagnosesystem man vælger.

Man kan på et helt generelt niveau diskutere, om det er bedst at anvende ICD-10 eller DSM-IV. Kritikken mod ICD-10 er blandt andet, at dette system kun fokuserer på fysiske og psykiske skader og ikke på de sociale konsekvenser ved et misbrug. Kritikken mod DSM-IV er blandt andet, at man potentielt kommer til at overdiagnosticere en population, hvor mange unge måske blot (mis)bruger rusmidler som en del af kulturproduktionen, og aldrig udvikler egentligt misbrug eller afhængighed.

Når den konkrete opgave er at gøre op, hvor mange der findes af de helt unge med misbrugsproblemer, er der imidlertid særlige argumenter for at vælge DSM-IV, nemlig at de fleste unge med misbrugsproblemer endnu ikke i særlig grad har udviklet de fysiske og psykiske skader, der vil med-

føre, at de bliver opfanget af ICD-10 systemet, mens de til gengæld udviser sociale skader, der kan opfanges af DSM-IV systemet, eksempelvis i form af ikke at kunne følge med i skolen, eller at falde ud af uddannelsessystemet.

1.2.2 *Hvor mange unge med misbrugsproblemer findes der i Danmark*

Den sikreste måde at opgøre, hvor mange unge med misbrugsproblemer der findes, er at foretage et prævalensstudie, hvor man interviewer og diagnosticerer et statistisk repræsentativt udsnit af befolkningen. Sådanne studier er imidlertid ikke foretaget i Danmark i forhold til gruppen af helt unge med misbrugsproblemer, og man må derfor støtte sig til andre måder at anslå omfanget på, eller alternativt overføre beregningsformer fra prævalensstudier foretaget i andre lande med sædvanligvis sammenlignelige forbrugsvaner i forhold til rusmidler.

De nyeste tal, vi har i Danmark, kommer fra VFC Socialt Udsatte, der i 2004-2005 foretog en undersøgelse af situationen omkring unge under 18 år med misbrugsproblemer. Projektet (Ehrenreich og Hansen 2005) omfattede dels et bidrag til en beskrivelse af målgruppen, herunder et forsøg på at indkredse antallet af unge med misbrugsproblemer, og dels et bidrag til en beskrivelse af det eksisterende kommunale beredskab i forhold til målgruppen.

Som værktøj til at afgrænse, hvad der menes med begrebet *unge med misbrugsproblemer*, anvendte Ehrenreich & Hansen følgende definition: forbrug af rusmidler bliver til misbrug, når forbruget når et sådant omfang og sker på en sådan måde, at det medfører legemlige, psykologiske og/eller sociale skader for individet og/eller dennes omverden. Denne definition knytter altså an til WHO's diagnosesystem, men er tilføjet den sociale dimension.

Med udgangspunkt i ovenstående definition spurgte VFC Socialt Udsatte i en spørgeskemaundersøgelse landets 271 kommuner, om de havde kendskab til eksistensen af unge inden for denne målgruppe i deres kommune. De kommuner, der bekræftede kendskabet til målgruppen, blev blandt en lang række spørgsmål bedt om at vurdere, hvor mange unge i deres kommune, der skønnedes at have sådanne misbrugsproblemer – uafhængigt af, om kommunen i øvrigt var i kontakt med disse unge eller ikke. Ehrenreich & Hansen anslår ud fra kommunernes besvarelse, at der i Danmark findes ca. 5.200 unge under 18 år med misbrugsproblemer.

Kommunernes svar på spørgeskema-spørgsmålene:

- 147 kommuner (ud af 271 mulige) bekræftede at have kendskab til målgruppen
- 61 kommuner svarede, at man ikke havde kendskab til denne målgruppe i kommunen
- 63 kommuner besvarede ikke spørgsmålet eller skemaet i det hele taget
- 69 kommuner turde give et skøn over antallet af unge med misbrugsproblemer

Figur 4 (Ehrenreich and Hansen 2005)

Lederen af temagruppen for misbrug i VFC Socialt Udsatte, Henriette Zeeberg lavede sammen med konsulent Ole Thisgaard i 2001 en lignende undersøgelse, hvor man nåede frem til, at der var ca. 3.000 unge under 18 år med misbrugsproblemer (Thisgaard and Zeeberg 2001). Forskellen mellem 3.000 unge i 2001 og 5.200 unge i 2005 skyldes formodentlig ikke alene, at antallet af unge misbrugere er vokset med 73 procent på 4 år, men snarere at der er tale om en forholdsvis usikker dataindsamlingsmetode baseret på kommunernes skøn. Og at der i den samme periode er kommet betydeligt mere fokus på netop unge med misbrugsproblemer.

Der er to usikkerheder forbundet med måden, hvorpå Ehrenreich & Hansen estimerer antallet af unge under 18 år med misbrugsproblemer. Den første usikkerhed ligger i selve dataindsamlingsmetoden, at kommunerne skal skønne, hvor mange der findes inden for målgruppen. De unge, som kommunen skønner at tilhøre målgruppen, bliver ikke diagnosticeret på nogen måde, og der kan således være unge imellem, som kommunen har vurderet har et misbrug, men som reelt kun tilhører risikogruppen. Det er samtidig vanskeligt at forestille sig, at nogen enkeltperson eller gruppe inden for det kommunale system skulle have et så godt kendskab til de unge i sin kommune, at vedkommende kan angive tilnærmelsesvis, hvor mange der findes med misbrugsproblemer, alene af den grund at unge ofte har haft et misbrug i lang tid, før omverdenen begynder at identificere vedkommendes adfærd som misbrugsrelateret. Ikke mindst det, at 61 kommuner svarede, at man ikke havde kendskab til målgruppen, vidner om vanskelighederne ved at inddrive data på denne måde.

Den anden svaghed ligger i databearbejdningen. De kommuner, der ikke besvarede spørgsmålet, er blevet tildelt en værdi svarende til gennemsnitsbesvarelsen fra kommuner af samme størrelse, og som havde besvaret spørgsmålene. Da kun 69 kommuner turde give et bud på, hvor mange der var i målgruppen i netop deres kommune, har disse 69 kommuners besva-

relser altså dannet grundlag for estimeringen i de 141 kommuner, der mente at kende til målgruppen, men som ikke turde anslå hvor mange der var tale om. De 61 kommuner, der svarede, at man ikke havde kendskab til målgruppen, er samtidig blevet registreret, som om der reelt heller ikke findes nogle unge under 18 år med misbrugsproblemer i disse kommuner, hvilket synes helt urealistisk ud fra, hvad man ellers i dag ved om unges brug af rusmidler.

Ehrenreich & Hansen påpeger selv problemerne med at estimere omfanget af målgruppen. De gør, med henvisning til tal fra Det Tværministerielle Børneudvalg i 1993, opmærksom på, at det faktiske tal formodentlig er højere. Ifølge tallene fra Børneudvalget lever 3-5 procent af alle børn og unge i en årgang under så belastende forhold, at de må betragtes som behandlingskrævende. Ifølge Ehrenreich & Hansen svarer dette til mellem 7.500 og 12.500 unge mellem 14 og 18 år, hvor en stor del må formodes at have misbrugsproblemer som en af deres vanskeligheder.

En anden måde at forsøge at estimere antallet af unge med misbrugsproblemer er, som før nævnt, at overføre procentvise beregninger foretaget i andre lande med sammenligneligt forbrug af rusmidler. Der er imidlertid også vanskeligheder forbundet med denne metode. Et problem er, at der kan være store variationer i forbruget fra land til land og endda fra region til region inden for samme land (Perkonigg et al. 1998). Et andet problem er, at der ikke findes mange internationale undersøgelser af udbredelsen af det samlede misbrug blandt unge, men kun i forhold til de enkelte typer af rusmidler. Man kan således kun overføre beregninger i forhold til eksempelvis alkohol, cannabis, ecstasy mv., og det bliver derfor vigtigt at kende til graden af sammenfald mellem de enkelte typer rusmidler, der anvendes af de unge.

Nogle forskere og praktikere har advokeret for en teori om, at hvert enkelt rusmiddel matcher et mere eller mindre unikt misbrugsmønster. Gruppen af unge med misbrug eller afhængighed af alkohol er ud fra denne teori forholdsvis afgrænset fra gruppen med misbrug eller afhængighed af cannabis osv., hvilket betyder, at man skal lægge antallet i de forskellige grupper sammen, hvis man vil beregne det samlede antal unge med misbrugsproblemer. Nyere forskning (Faeh et al. 2006; Kuntsche 2004) afviser imidlertid teorien om *hvert stof sit eget misbrugsmønster*, og bekræfter snarere teorien om et såkaldt *general substance use syndrome* (Kuntsche 2004). Hvis der er tale om *et generelt (mis)brugssyndrom*, betyder det, at der i langt højere grad er sammenfald mellem brugerne af de forskellige typer af rusmidler. Perkonigg et al. (1998) har i deres undersøgelse fundet, at 40 procent af alle unge stofbrugere bruger mindst to stoffer. Især kombinationen af hallucinogener og cannabis optræder ofte. 88 procent af alle

unge amfetaminbrugere rapporterede således om samtidigt brug af cannabis. Samtidig peger nyere forskning på, at der findes en stærk sammenhæng mellem omfanget af cannabisbrug og regulært til kraftigt forbrug af tobak og alkohol, og at udviklingen af et cannabisbrug ofte følger efter nikotin- og alkoholmisbrug eller –afhængighed (Reid et al. 2000). Den nyere forskning vedrørende udbredelse af brug, misbrug og afhængighed af rusmidler tyder derfor på, at man i nogen udstrækning kan tage udgangspunkt i udbredelsen af det mest almindelige rusmiddel, hvilket i Danmark er alkohol.

Tabel 1: Estimeret antal unge under 18 år i Danmark med misbrug eller afhængighed af alkohol

Beregninger overført fra:	USA (12-17-årige)	München (14-17-årige)
Misbrug	14.500	10.900
Afhængighed	6.400	6.400

I en survey-undersøgelse fra USA (Harford et al. 2005), hvor unge formodes at drikke mindre end i Danmark, fandt man, ved anvendelse af DSM-IV diagnosesystemet i en repræsentativ gruppe af 12-17-årige, at 3,5 procent af drengene og 3,7 procent af pigerne havde et misbrug af alkohol (12 måneders prævalens¹), mens 1,6 procent blandt både drenge og piger var afhængige. Hvis man overfører disse procentberegninger til danske forhold, svarer det til, at ca. 14.500 unge under 18 år har et misbrug af alkohol, mens ca. 6.400 unge har udviklet egentlig afhængighed. I en tilsvarende undersøgelse fra München (Nelson and Wittchen 1998) anvendte man ligeledes DSM-IV, men her kun i aldersgruppen 14-17-årige. Fra denne undersøgelse mangler således viden om gruppen 12-13-årige. Omregnes resultaterne fra den tyske undersøgelse, svarer det til, at ca. 10.900 unge mellem 14 og 17 år har et misbrug af alkohol, mens ca. 6.400 har udviklet egentlig afhængighed (se tabel 1).

Hvis teorien om et generelt (mis)brugssyndrom er rigtig, kan man antage, at størsteparten af unge med et problematisk brug af andre rusmidler end alkohol er inkluderet i ovenstående beregning, og man kan på den baggrund ud fra de amerikanske og tyske undersøgelser anslå, at der i Danmark findes ca. 7.000 afhængige unge under 18 år og 11-15.000 unge under 18 år med et misbrug af rusmidler. Hvis teorien om et generelt syndrom er helt eller delvis forkert, er tallene formodentlig noget højere.

¹ 12 måneders prævalens betyder, at interviewpersonen inden for de seneste 12 måneder har levet op til diagnosen).

1.2.3 Hvor mange unge og hvilke har behov for en ambulant behandlingsindsats

Amtsrådsforeningens arbejdsgruppe (Amtsrådsforeningen 2004) deler gruppen af børn og unge med misbrugsproblemer i tre målgrupper: gruppe 1 er unge med et eksperimenterende socialt brug af rusmidler, gruppe 2 er unge med et overforbrug glidende over i truende misbrug, og gruppe 3 er unge med misbrug. Arbejdsgruppen vurderede i 2004, at målgruppe 1, dem med det eksperimenterende brug, udgør en kommunal opgave i form af forebyggende indsatser samt rådgivning og vejledning, eventuelt med inddragelse af amternes ekspertise på området. Arbejdsgruppen vurderede ligeledes, at blandt de unge i målgruppe 2 og 3, dem med overforbrug, truende misbrug og egentligt misbrug, kan de fleste profitere af de eksisterende kommunale tilbud, der i de fleste tilfælde består af rådgivning, vejledning, tildeling af en kontaktperson, eller anbringelse uden for hjemmet. Der findes dog, mener man, en ganske lille restgruppe, som vil ende i et langvarigt misbrug, og til hvem man derfor skal søge at udvikle nye former for tilbud, de tilbud der kortlægges i denne undersøgelse.

Amtsrådsforeningens arbejdsgruppe estimerer ikke størrelsen på den behandlingskrævende restgruppe, men selve anvendelsen af begrebet *ganske lille restgruppe* antyder en mindre gruppe, end man kunne forvente, hvis der findes 7.000 afhængige og 11-15.000 misbrugende unge under 18 år. Det er imidlertid ikke alle 18-22.000 unge med misbrug eller afhængighed, der nødvendigvis behøver et egentligt behandlingsforløb. Udbredelsesundersøgelser viser, at mange med misbrug eller afhængighed spontant er holdt op med et problematisk brug af rusmidler, når de er i slutningen af tyverne. 50-60 procent af unge cannabisbrugere stopper spontant i 20-30-årsalderen, og 50-90 procent af unge med et ecstasybrug stopper spontant i samme alder, afhængig af forbrugets omfang. Samme tendenser ser man blandt alkoholbrugere. Det ser således ud til, at det i højere grad er nogle bestemte unge, man skal være særligt opmærksom på at hjælpe i behandling.

Ud fra eksisterende forskning ser det ud til, at i hvert fald tre grupper af unge behøver en særlig behandlingsmæssig opmærksomhed. Den første gruppe udgøres af unge med en særlig sårbarhed overfor psykiske eller psykiatriske problemer (Hall 2006). Hall har fundet en sammenhæng mellem udviklingen af skizofreni og psykoser og det at bruge cannabis oftere end én gang om ugen. Der beskrives flere mulige forklaringer på denne sammenhæng: 1) cannabisbrug får skizofreni frem hos unge med anlæg for skizofreni, 2) unge med symptomer på skizofreni anvender cannabis som selvmedicinering. Og 3) sammenhængen kan skyldes ukendte variable, der

forudsiger skizofreni såvel som cannabisbrug. Hall omtaler flere forskningsresultater, der især støtter forklaringen om, at cannabis udløser latente skizofreniformer. Hvis teorien om, at jævnlige cannabisbrug kan udløse latente skizofreniformer er korrekt, vil det være betydningsfuldt at være særligt optagede af psykisk eller psykiatrisk sårbare unge med et voksende cannabisbrug. For denne gruppes vedkommende vil det endda formodentlig være formålstjenligt at tilbyde behandlingen til risikogruppen, frem for at vente til de unge er kommet i gruppen af misbrugere eller afhængige. Der vil imidlertid i praksis være store problemer med at identificere, hvilke unge der tilhører denne gruppe, såvel som med at komme behandlingsmæssigt i kontakt med dem på dette forholdsvis tidlige tidspunkt i deres potentielle udvikling af misbrug.

Den anden gruppe med et særligt behov for behandlingsmæssig opmærksomhed er gruppen af helt unge med misbrugsproblemer. En undersøgelse viser, at de unge, der begynder et stofbrug, før de er fyldt 15 år, har otte gange større risiko for at udvikle afhængighed, end dem der starter efter 18 år (24 procent versus 3 procent)(Tims et al. 2002). Samtidig har flere undersøgelser vist, at et regelmæssigt tidligt brug af cannabis (ugentligt brug i 15-årsalderen) er forbundet med øget risiko for skole-dropout (Lynskey et al. 2003; Lynskey and Hall 2000). Unge i 10. klasse, der bruger cannabis mere end en gang om ugen, har 5,6 gange øget risiko for afbrudt uddannelse. I 12. klasse er forskellen imidlertid stort set udlignet. Det er altså primært alderen mellem 16 og 18 år, der er farlig i forhold til afbrudt uddannelse. De unge, der bruger cannabis efter 18-årsalderen, har, ifølge disse undersøgelser, ikke større risiko for at afbryde en uddannelse, end unge der ikke bruger cannabis. Forskerne bag disse resultater har udviklet en teori om, at tidlig regelmæssigt cannabisbrug er forbundet med adoption af en antikonventionel livsstil, som tidlig udgang af skolen er en indikator på. Ifølge denne teori er det måske ikke primært anvendelsen af stoffet, der presser de unge ud af skolen, men snarere den antikonventionelle livsstil. Denne teori er i overensstemmelse med en dansk undersøgelse af rusmiddelkulturen blandt danske gymnasieelever (Beck og Reesen 2006a). I undersøgelsen sammenholdes brugen af hash med gymnasieelevernes livsstil, hvor brugen af hash viser sig mest udbredt blandt unge, der er såkaldt subkulturelt orienterede. At være subkulturelt orienteret betyder i denne sammenhæng blandt andet, at man identificerer sig med oprør og alternativ kultur, og at man forholder sig markant negativt til mainstreamkulturen blandt de øvrige unge (Beck og Reesen 2006a, 49). Noget kan altså tyde på, at helt unge, der marginaliseres eller selv søger marginaliseringen, eksempelvis fordi de mistrives i den såkaldte mainstreamkultur, udgør en større risiko for både skole-dropout og rusmiddelmisbrug. En anden un-

dersøgelse (Perkonigg et al. 1998) viser, at DSM-IV misbrugsbetingelsen *tilbagevendende sociale og interpersonelle problemer*, i forhold til cannabismisbrug, stiger voldsomt netop i alderen 16-18 år. Det vil således være formålstjenligt at være særligt opmærksom på at tilbyde behandling til 14-16-årige, der udvikler misbrugsproblemer. Der vil imidlertid formodentlig være de samme problemer med at komme i kontakt med denne målgruppe, som det var tilfældet med de psykisk latente unge, idet disse unge ikke vil opfatte sig selv som unge med misbrugsproblemer.

Den tredje gruppe med et særligt behov for behandlingsmæssig opmærksomhed er gruppen af afhængige. Som allerede beskrevet holder størsteparten af alle unge med et rusmiddelbrug spontant op med at bruge rusmidler i 20-30-årsalderen, eller begynder at bruge rusmidlerne i et mindre skadeligt omfang. Det er imidlertid ikke tilfældigt, hvem der stopper, og hvem der fortsætter bruget af rusmidler. For mange rusmidler gælder det, at sandsynligheden for at stoppe spontant er størst for de unge, der aldrig har udviklet et misbrug eller en afhængighed, mindre hvis man har udviklet et misbrug, og mindst hvis man har udviklet afhængighed. Samtidig ser det også ud til, at nogle unge i en periode kan have et omfattende forbrug af rusmidler uden at udvikle misbrug eller afhængighed, mens de, der udvikler misbrug eller afhængighed, ofte udvikler multiple adfærdsproblemer (Tims et al. 2002). Blandt de estimeret 7.000 afhængige unge under 18 år er der altså en stærkt forøget risiko for, at netop disse unge udvikler flere problemer end blot misbrugsproblemerne, samtidig med at der er en forøget risiko for, at netop disse unge ikke selv kommer ud af misbruget igen.

1.2.4 Hvilke tendenser viser sig i øjeblikket blandt de helt unge

Sundhedsstyrelsen har siden 1997 årligt gennemført undersøgelser af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner (Sundhedsstyrelsen 2006). Af disse undersøgelser fremgår det, at antallet af tilfredse 11-15-årige i skolen har været uændret i perioden 1997–2004, hvor ca. to tredjedele giver udtryk for altid eller næsten altid at være glade for skolen. I perioden 1997–2004 ses et fald i antallet af både dagligrygere og lejlighedsrygere. I samme periode ses et markant signifikant fald i andelen af 11-13-årige, der har været fulde, drukket alkohol de sidste 30 dage eller drukket fem eller flere genstande på én dag i de sidste 30 dage. Blandt de 14-årige ses et lidt mindre fald i alkoholforbruget, mens der ikke er sket en reduktion i forbruget blandt de 15-årige. Sundhedsstyrelsen tillægger lovgivningen om ikke at sælge alkohol til børn under 15 år (nu 16 år) en del af skylden for faldet i alkoholforbrug hos de yngste. I Sundhedsstyrelsens rapport indgår ikke data vedrørende brug af andre psykoaktive stoffer end alkohol. Andre undersøgelser peger imidlertid på, at forbruget af hash steg voldsomt op igennem 1990'erne,

hvorefter det omkring 2000 stagnerede på et højt niveau. I gruppen af 15-16-årige ses i perioden 1999-2003 en stigning i anvendelsen af rusmidler som amfetamin, kokain og crack, mens forbruget af ecstasy er faldet (Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen 2004; Pedersen 2005).

Når man ser på de seneste data vedrørende gruppen af helt unge, er der altså noget, der tyder på en stagnation om end på et højt niveau, når det gælder de rusmidler, der er udbredt blandt mange unge, altså alkohol og hash, mens der er tale om en stigning (med undtagelse af ecstasy), når det gælder de rusmidler, der anvendes af forholdsvis få.

De følgende kapitler vil beskrive, hvilke typer indsatser de behandlingskrævende unge har behov for, og i hvilket omfang disse tilbud gives i dag i de eksisterende behandlingstilbud.

1.3 Metoderne

Til udarbejdelse af rapporten er der indhentet to typer data. I kapitel 2 gives en oversigt over den evidensbaserede misbrugsbehandling, det vil sige, hvilke behandlingsmetoder og indsatstyper man indtil 2005 internationalt har dokumenteret effektive som behandling til unge med misbrugsproblemer. Som baggrund for denne oversigt er der foretaget en søgning efter oversigtsartikler og metaanalyser i engelsksproget videnskabelig litteratur. I kapitel 3 og 4 gives et indblik i, hvordan de danske ambulante behandlingsorganisationer for unge med misbrugsproblemer er opbygget. Som baggrund herfor ligger kvalitativ og kvantitativ dataindsamling i 21 danske ambulante behandlingstilbud for unge med misbrugsproblemer.

1.3.1 Metode til litteratursøgning

Den videnskabelige litteratur til beskrivelsen af evidensbaseret misbrugsbehandling til unge er søgt i engelsksproget forskningslitteratur i følgende databaser:

- PsycINFO
- MEDLINE
- Campbell Review
- The Cochrane Group on Drugs and Alcohol
- The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- Sociological Abstracts
- Francis
- Social Science Citation Index (SSCI)
- Norske tidsskriftartikler (Norart) og SveMED (nordiske artikler på det medicinske område)

Søgestrategien er baseret på en emneordssøgning, som eksempelvis (*adolescents or youth or teenagers*) and (*substance abuse or drug abuse or*

misuse) and (*treatment outcome* or *effectiveness*) og lignede søgestrengene. Det ligger uden for omfanget af denne rapport at lave en fyldestgørende gennemgang af den primære litteratur på området. Søgeresultaterne er derfor begrænset til oversigtsartikler og metaanalyser. Alle søgninger er lavet fra 1995 og frem, men der er holdt øje med, om der i de fundne artikler er henvist til centrale tekster, der er ældre. Efter den første databasesøgning er der i SSCI søgt efter relevante værker, der har citeret de fundne oversigtsartikler. Litteratursøgningen er foretaget i efteråret 2005.

De inkluderede undersøgelser er valgt efter, om de har en undersøgelsespopulation, som er under 25 år, og som har modtaget ambulante behandling for misbrug af illegale rusmidler eller alkohol. Det vil sige, at artikler om rådgivende tiltag, interventioner overfor unge i risiko for at udvikle misbrug, samt døgnbehandling ikke er inddraget. Undersøgelser af unge med psykiatriske problemer er kun medtaget, hvis resultaterne samtidig indeholder viden om gruppen uden psykiatriske problemstillinger. Det samme gælder for en række andre problemstillinger, eksempelvis kriminelle og misbrugte unge med misbrug. Undersøgelsesernes udfaldsmål er i alle tilfælde forbrug af rusmidler. Dertil kommer, at mange undersøgelser også inddrager andre afledte forandringer, som kriminalitet, problematisk adfærd og familiekonflikter. Disse faktorer vil være inddraget sekundært.

1.3.2 Metode til dataindsamling i 21 danske behandlingsorganisationer

De behandlingsorganisationer, der har bidraget med data til denne undersøgelse, er valgt ud fra det kriterium, at kortlægningen skulle dække de ambulante behandlingstilbud, der er omfattet af den lovbestemte behandlingsgaranti, der blev etableret i 2005. Det betyder, at gruppen af deltagende behandlingsorganisationer udgøres af de 14 amtskommunale tilbud, seks kommunale tilbud i nogle af de større danske kommuner samt et enkelt privat behandlingstilbud, der løser opgaver for Københavns Kommune og Københavns Amt, i alt 21 behandlingsorganisationer.

Dataindsamlingen foregik i to dataindsamlingsrunder. I første indsamling, som foregik ude i de enkelte behandlingsorganisationer, blev organisationerne interviewet om opbygningen af behandlingstilbuddet, hvilke metoder man anvender, hvilke personalegrupper der er ansat, hvad der er særligt ved behandlingen af de unge mv. Dataindsamlingen foregik ved hjælp af en semistruktureret interviewguide med overvejende åbne indgangsspørgsmål. Efter første dataindsamling, blev der foretaget en indledende databearbejdning, hvor organisationernes svar blev kategoriseret. Der blev eksempelvis lavet en endelig liste over, hvilke metoder organisationerne havde rapporteret at anvende. Under anden dataindsamling, der foregik via telefoninterview, blev alle behandlingsorganisationer interviewet i forhold

til de kategorier, der kom ud af den indledende databearbejdning. Eksempelvis blev alle organisationer spurgt, om de anvendte hver enkelt af de metoder, der fremgik af den endelige liste. Efter de to dataindsamlinger eksisterer der således en række kvalitative data, eksempelvis om de enkelte behandlingsorganisationers erfaringer med at øge klienttilstrømningen. Derudover findes en række kvantitative data, eksempelvis hvilke metoder fra den endelige metodeliste de enkelte behandlingsorganisationer betjener sig af. De kvantitative data danner grundlaget for analysen i kapitel 3, mens de kvalitative data danner grundlaget for analysen i kapitel 4.

2. Evidensbaserede behandlingsindsatser for unge med misbrugsproblemer

2.1 Indledning

Unge med misbrugsproblemer adskiller sig fra voksne misbrugere, både hvad angår misbrugsmønster og i forhold til en række faktorer som motivation, afhængighed, problemkompleks og interesser (Grella 2006). I forhold til at opbygge et effektivt behandlingssystem er det derfor væsentligt at have kendskab til de unges særlige behandlingsbehov. Forskning i misbrugsbehandling til unge er imidlertid stadig et nyt felt med relativt få offentliggjorte stringente studier (Brannigan et al. 2004). Der findes, sammenlignet med voksenområdet, kun ganske få evidensbaserede interventioner, og der udtrykkes i Danmark såvel som internationalt et stort behov for yderligere forskning og metodeudvikling.

Det amerikanske National Institute on Drug Abuse (NIDA) har udviklet en række principper for effektiv behandling af voksne, men endnu ikke for behandlingen af de unge, selvom Center for Substance Abuse Treatment, U.S. Department of Health and Human Services anbefaler, at der udvikles særlige programmer for at imødekomme unges særlige behandlingsbehov (Austin et al. 2005). Der eksisterer ligeledes endnu ikke specifikke retningslinier i forhold til de unge i det amerikanske certifikationsprogram for behandlere i National Association of Alcoholism and Drug Abuse Counselors (NAADAC). Begge dele indikerer en stor mangel på sikker viden på området. Der er dog inden for de seneste år etableret en begyndende konsensus om, hvilke behandlingsformer der ser ud til at være relevante at tage i anvendelse.

Dette kapitel er en status over den aktuelt bedste viden på området, over såkaldt evidensbaserede behandlingsinterventioner til unge med misbrugsproblemer. Først beskrives, hvad der menes med evidensbaseret behandling. Herefter beskrives det særlige ved de unges behandlingsbehov, og i forlængelse heraf gives en status over dansk og international evidensbaseret viden om behandlingen af de unge.

2.2 Hvad er evidensbaseret behandling

Når virkningen af en behandlingsindsats eller –metode er blevet undersøgt i forhold til en beskrevet målgruppe, siger man, at den er evidensbaseret, eller at der er evidens for virkningen, eller for manglende virkning. Evidens kan beskrives som en sandsynliggørelse eller bevisførelse for et argument. Den evidensbaserede tilgang til en given indsats benyttes i stigende omfang i den sociale sektor, såvel som i det offentlige generelt, når man skal priori-

tere interventioner. Nordisk Campbell Center på Socialforskningsinstituttet benytter følgende definition:

”Evidensbaseret politik og praksis er en omhyggelig, udtrykkelig og kritisk brug af den aktuelt bedste viden, når der træffes beslutninger om andre menneskers velfærd.”

(Nordisk Campbell Center: <http://www.sfi.dk/sw26728.asp>).

Evidens er en relationel egenskab, der kan betegne alle former for viden, der forbedrer beslutningsgrundlaget for valget af intervention og gør den kliniske praksis mere rationel. I forbindelse med vurdering af styrken i evidensen af en given indsats er der inden for medicinsk forskning udviklet systemer til at graduere evidensen (se tabel 2). Den skala, der anvendes ved udarbejdelsen af metaanalyser fra institutionen Cochrane Library, rummer fem niveauer i evidenshierarkiet (Nordentoft 2002).

Tabel 2: Evidenshierarkiet (Nordentoft 2002)

Niveau	Beskrivelse
Ia	En eller flere metaanalyser af gode randomiserede undersøgelser
Ib	Mindst én randomiseret kontrolleret undersøgelse
II	Mindst én god undersøgelse, hvor man har tilstræbt, at der er tale om sammenlignelige grupper, men hvor der ikke har fundet randomisering sted
III	Observationelle undersøgelser (kohortestudier, tværsnitsundersøgelser, case-kontrolstudier) og kvalitative undersøgelser
IV	En ekspertkomité med velestimerede autoriteter

At en behandlingsindsats har en god evidensstyrke betyder, at der er foretaget mindst én randomiseret kontrolleret undersøgelse (RCT), eller endnu bedre, at der er udarbejdet en metaanalyse ud fra mange randomiserede kontrollerede undersøgelser. Selve måden, hvorpå indsatser evidenssikres, indebærer, at der forud for evidenssikringen er en fase, hvor praksisfeltet udvikler, afprøver og evaluerer nye metoder. Evidensrationalet er således bagudrettet eller konservativt, idet det baseres på validering af eksisterende praksis.

At vurdere og prioritere indsatser ved hjælp af evidensrationalet kommer oprindeligt fra sundhedssektoren og hospitalssystemet. Da man i 1990'erne øgede opmærksomheden på at anvende samme principper i forhold til socialt og psykosocialt arbejde, indvendte mange, at disse indsatstyper er for komplekse til, at man blot kan overføre evidenssikringsmeto-

den til dette arbejdsområde (Vind 2006). Inspireret af det medicinske felt (Sackett and Rosenberg 1995; Sackett et al. 1996) indførte man derfor i stedet begrebet evidensbaseret praksis, der indebærer, at man integrerer den individuelle kliniske ekspertise med den bedst tilgængelige viden fra systematisk forskning. I udviklingen af behandlingsindsatser, der virker, er udfordringen således på baggrund af forskningsresultater at inddrage og medtænke den enkelte klients perspektiv i afgørelserne i praksis.

2.2.1 Evidens målt i virkeevne eller i effektivitet

Videnskabelige resultater kan være påvist som en teoretisk effekt af behandlingen eller som behandlingseffekt i praksis. Den teoretiske effekt kaldes *efficacy* på engelsk, og kan på dansk oversættes til *virkeevne*. Virkeevne er et effektivitetsbegreb, der omhandler, hvorvidt en intervention forbedrer klienternes situation under ideelle omstændigheder, for eksempel i et klinisk, kontrolleret forsøg. Det vil sige, at man godt kan finde en høj virkeevne i et forsøg, uden at effektiviteten i praksis er tilsvarende høj. Dette kan eksempelvis skyldes, at man i hverdagen ikke formår at overholde en manualbaseret behandlingsmetode, at målgruppens karakteristika i praksis ikke er identiske med forsøgsgruppens m.v. Begrebet *effektivitet* henviser derimod til, i hvilken grad interventionen opnår sit mål under normale praksisforhold. Den viden, man opnår i en effektivitetsundersøgelse, er en generel erfaring om en bestemt behandlingsforms effekt på en given tilstand under givne omstændigheder. Effektivitetsundersøgelser afspejler i højere grad end virkeevneundersøgelser den kliniske praksis (*efficacy-trials*) ved at skabe data, der bedre muliggør en vurdering af nytten i aktuel praksis. Man kan eksempelvis tillade en mere fleksibel dosering/behandlingsintensitet, inddrage brugertilfredshed eller andre relevante alternativer til udfaldsmålet i fokus. Et andet karakteristika er, at man lader de randomiserede individer være mere repræsentative for den gruppe, der benytter praksis, end det er tilfældet i virkeevneundersøgelser, hvor gruppen ofte søges så homogen som muligt for at maksimere den eventuelle positive respons på behandlingen. I praksis er de fleste undersøgelser dog hybrider med elementer af begge dele, men kan klassificeres efter hvorvidt effektivitets- eller virkeevne-elementerne er de dominerende (Bombardiera and Maetzl 1999).

Hvis der i evidenssikringen af en behandlingsindsats indgår undersøgelse og vurdering af effektiviteten og ikke blot virkeevnen, er der altså større sandsynlighed for, at indsatsen også virker som angivet, når den omsættes til lokal behandlingspraksis. Selvom der er påvist effekt i praksis, må man dog altid tage forbehold for, hvorvidt den opnåede viden kan overføres til

den aktuelle situation, der på forskellige afgørende måder kan adskille sig fra undersøgelsessituationen.

Den tilgængelige viden om virkeevne og effekt må så vidt muligt benyttes i tilrettelæggelsen af interventioner i praksis for at opnå en evidensbaseret indsats. En indsats, der kan kaldes evidensbaseret, inddrager altså den tilgængelige viden om virkeevne og effektivitet, med forbehold for hvordan den aktuelle kontekst eventuelt adskiller sig fra undersøgelsessituationen.

Litteraturen om evidensbaserede indsatser til unge med misbrugsproblemer rummer dels beskrivelser af konkrete, evidensbaserede behandlingsmetoder, og dels beskrivelser af en evidensbaseret struktur for behandlingsindsatsen, eksempelvis i form af guidelines for opbygningen af behandlingspraksis.

2.3 De unges særlige behov

Da de fleste unge endnu ikke er færdigudviklede kognitivt, følelsesmæssigt, socialt eller fysisk, risikerer de at skade udviklingen af deres psykosociale og akademiske funktioner under et stort forbrug af rusmidler over længere tid, da muligheden for tilegnelse af normale sociale evner og copingstrategier mindskes (Waldron and Kaminer 2004; AACAP 2005). Unge med misbrug kan derfor være svage i deres identitetsdannelse og evne til at tage ansvar for eget liv. Det har betydning for, hvordan de kan indgå i behandling, hvor der må tages højde for, at de ikke har de samme færdigheder som voksne og måske heller ikke som andre unge på samme alder (Kaminer and Slesnick 2005; Waldron and Kaminer 2004).

Dertil kommer, at unge generelt er mindre motiverede for forandringer i forhold til deres misbrug end voksne, og at de oftere presses i behandling af andre. Der er derfor risiko for, at de ikke opfatter behandlingen som særlig givende. Motivation hænger blandt andet sammen med alder og spiller en væsentlig rolle for, hvem der forbliver i behandling (Waldron and Kaminer 2004).

Selv når der er motivation til stede, vanskeliggøres behandlingen af, at de unge på grund af deres udviklingsmæssige situation og miljø er i særlig risiko for at blive involveret i brug af rusmidler (Brown and Ramo 2006), og generelt er mere sårbare end voksne i forhold til at udvikle afhængighed af rusmidler (Muck et al. 2001). Disse forhold øger risikoen for tilbagefald, også i et almindeligt ungdomsmiljø. Det ses da også, at behandlingen af unge er præget af frafald og tilbagefald (Austin et al. 2005). Ca. halvdelen ryger tilbage i misbrug i løbet af et halvt år efter endt behandling (McLellan and Meyers 2004).

Skolegang og relationer til familie og venner er unikke elementer i ungdommen, som unge med misbrug kan have særlige behov for hjælp til at

bevare og udvikle (Waldron and Kaminer 2004). Det har da også vist sig, at inddragelsen af familie og venner har betydning for de unges deltagelse i behandlingen (Grella 2006).

Behandlingen må ligeledes tilrettelægges efter, at unge har højere rater af dobbeltdiagnoser end voksne og dermed oftere har brug for psykiatrisk bistand (Brannigan et al. 2004).

Generelt kræver unge en mere intensiv behandlingsindsats og mere fokus på kompetenceudvikling end på rehabilitering (Muck et al. 2001), og nyere undersøgelser viser, at unge får mere ud af behandlingsinterventioner, der er udviklet specielt til unge, end de får af den traditionelle voksenbehandling (Grella 2006).

Den forholdsvis begrænsede forskning i effektiv behandling til unge med misbrugsproblemer viser altså, at unge med misbrug adskiller sig fra de voksne misbrugere, og at de har behov for en særligt udviklet behandlingsindsats, der passer til målgruppen. Til gengæld ved man endnu for lidt om, hvad der virker for hvem, og hvordan man på længere sigt skal bevare de effekter, som nogle behandlingsmetoder og -indsatser tilsyneladende har på de unge (Waldron et al. 2006).

2.4 Aktuelt evidensbaserede metoder

I en præsentation af de dokumenteret bedste indsatser og metoder i forhold til unge med misbrugsproblemer ville det mest nærliggende være at begynde med den dansk producerede viden. Der findes imidlertid endnu næsten ikke dansk litteratur om emnet. På Socialforskningsinstituttet har man udarbejdet en oversigt over alle danske publicerede undersøgelser om emnet i perioden 1995-2005 (Jespersen and Sivertsen 2005). I forskningsoversigten findes kun 12 undersøgelser om unges misbrugsproblemer: seks studier der beskriver forekomsten af rusmiddelforbrug blandt unge generelt, tre studier der beskriver indtag af rusmidler blandt unge misbrugere, og tre studier der beskriver forebyggelsesindsatser. Hvis man søger evidenslitteratur om behandling af de helt unge, må man vende sig mod international litteratur.

Det er vanskeligt at skelne mellem brugen af begreberne virkeevne og effektivitet i de inkluderede oversigtsartikler, da de i nogle tilfælde bruges synonymt, og da det generelt ikke bliver vurderet eksplicit, hvorvidt det er effektivitet eller virkeevne, undersøgelse bedst siger noget om. I den følgende tekst anvendes forfatterens egne ordvalg til at beskrive undersøgelseernes udfald.

2.4.1 Den tidlige forskning – Behandling har en virkning

I perioden 1990-2001 er der udarbejdet en række oversigtsartikler vedrørende effekten af interventioner i forhold til de helt unge. I 1990 konklude-

rede Catalano og kollegaer, efter en omfattende gennemgang af en række behandlingsinterventioner, at behandling er bedre end ingen behandling, men at grundlaget for at kunne sammenligne effektiviteten af forskellige interventioner endnu ikke var til stede. De faktorer, der blev fundet at have størst betydning for succes, var, hvorvidt de unge havde beskæftigelse efter behandling, var sammen med kammerater uden misbrug og var involveret i fritidsaktiviteter (Catalano et al. 1990-91).

I sidste halvdel af 1990'erne blev der produceret fire oversigtsartikler (Liddle and Dakof 1995; Stanton and Shadish 1997; Waldron 1997; Weinberg et al. 1998), som alle finder familierapi mere lovende end behandling, hvori familien ikke inddrages, men der kunne heller ikke i disse artikler påvises definitive resultater.

I årene herefter forsøgte fire forskergrupper (Deas and Thomas 2001; Muck et al. 2001; Ozechowski and Liddle 2000; Williams and Chang 2000) at kvalificere resultaterne gennem kritisk gennemgang af henholdsvis, 7, 12, 10 og 21 videnskabelige undersøgelser. De undersøgelser, der indgår i de tidligere oversigtsartikler, kritiseres for generelt ikke at være metodisk stærke nok til at danne grundlag for sikre konklusioner. Selv om de udkom næsten samtidig, har de fire oversigtsartikler kun én undersøgelse (Friedman 1989) fælles i deres gennemgang af i alt 50 undersøgelser fra 1983 til 2000. Seks andre undersøgelser indgår i mindst to oversigtsartikler og er de meste gennemgående (Azrin et al. 1994; Henggeler 1999; Joanning et al. 1992; Kaminer et al. 1998; Kaminer and Burleson 1999; Lewis et al. 1990). Uenigheden om, hvilke undersøgelser der er af høj nok kvalitet til at indgå i oversigtartiklerne, afspejler sandsynligvis, at området stadig var præget af store usikkerheder, fordi undersøgelserne var forholdsvis få og svingende i kvalitet og sammenlignelighed.

Ozechowski & Liddle (2000) konkluderer i deres sammenligning af randomiserede kontrollerede undersøgelser af forskellige interventionstyper (størstedelen familiebaseerede og psykoedukative interventioner, og enkelte kognitivt adfærdsterapeutiske interventioner), at der eksisterer solid empirisk støtte til familiebaseeret terapi virkeevne på stofmisbrug, adfærdsproblemer og symptomer på psykiatrisk komorbiditet blandt unge med misbrug. Desuden giver familierapien også forbedringer i forhold til familiefunktion, skoleinvolvering og reduktion i kriminel adfærd. Ifølge forfatterne er langtidseffekterne af familierapi dog stadig ukendte (Ozechowski and Liddle 2000).

Muck et al. (2001), der har lavet en oversigt over effekten af evaluerede behandlingsmetoder, er til gengæld meget tilbageholdende med at drage konklusioner, hvilket forvirrer billedet, idet seks ud af de 12 inkluderede undersøgelser hos Muck et al. også indgår i flere andre af de samtidige

oversigtsartikler. Forfatterne vurderer, at der er lavet for få og for metodisk svage undersøgelser, til at man kan konkludere noget sikkert.

Deas & Thomas (2001) har sammenlignet randomiserede kontrollerede undersøgelser af familiebaserede interventioner med adfærdsterapi, kognitiv adfærdsterapi, farmakoterapi og tolvtrinsbehandling. Forfatterne understreger, at det generelt er vanskeligt at sammenligne udfaldet af de undersøgte behandlingsformer, og at det er for tidligt at vurdere effekten af de forskellige behandlingsformer i forhold til hinanden. Resultaterne ser, ifølge denne forskergruppes arbejde, mest lovende ud for kognitiv adfærdsterapi og familiebaseret /multisystemisk terapi. Deas & Thomas henviser til, at familiebaseret terapi generelt er den bedst undersøgte behandlingsform, som også i tidligere undersøgelser har vist positive resultater. Kognitiv adfærdsterapi er derimod ikke undersøgt i særlig høj grad, og studierne har for mange mangler til, at der kan laves sikre konklusioner. Forfatterne vurderer, at der behøves flere undersøgelser for at kunne sige noget om den mulige nytte af farmakoterapi og tolvtrinsbehandling.

Fundene hos Williams & Chang (2000) tyder ligeledes på, at familiebaserede interventioner har bedre virkeevne end andre ambulante tiltag. Derudover konkluderes det, at størstedelen af de unge, der kommer i behandling, har signifikant reduceret forbrug samt forbedring i livsfunktioner i året efterfølgende behandling uanset typen af intervention. Succesen er dog forholdsvis flygtig, da under 40 procent er afholdende efter et halvt år, og mindre end halvdelen deltager i efterbehandling.

En af svaghederne ved forskningen op mod årtusindskiftet er, ifølge Williams & Chang (2000), at det ikke er undersøgt, hvordan behandlingen virker i forhold til kontrolgrupper, der ikke behandles. Det vil sige, at man ikke ved meget om behandling i forhold til almindelig restitution og placebo. På baggrund af at det ikke er muligt at pege på en konkret metode, der er bedre end andre, og på trods af at der er begrænset evidens til rådighed, opstiller Williams & Chang nogle få retningslinier for behandling i praksis. De fokuserer bredt på behandlingseffektivitet ved at anbefale, at et behandlingsprogram skal være let tilgængeligt, omfatte procedurer til at sikre gennemførelse, indeholde en række omfattende tilbud udover selve fokus på misbruget, omfatte efterbehandling, omfatte en familieterapeutisk komponent, samt omfatte tiltag der udvikler støtte fra familie og venner.

Det, at der udover selve oversigten også er udviklet retningslinier eller guidelines, gør Williams & Changs undersøgelse mere omfattende end de samtidige oversigtsartikler, og der er da også ofte taget udgangspunkt i netop disse retningslinier siden hen. Men også Williams & Chang konkluderer, at der er brug for flere og bedre studier, da der mangler evidens for me-

todesammenligninger og for yderligere anbefalinger om generel effektivitet.

Oversigtsartiklerne indtil 2001 peger altså på, hvad mange behandlere har været overbeviste om i forvejen, at behandling er bedre end ingen behandling. Adskillige studier har vist en nedgang i brugen af rusmidler kombineret med psykologiske og adfærdsmæssige forbedringer som nedsat kriminel aktivitet, færre familieproblemer mm. efter behandling målrettet unge. Det er også gentagne gange vist, at familiebaserede interventioner og i mindre grad også kognitiv adfærdsterapi har en større effekt end interventioner med andre metodiske tilgange. Generelt er konklusionerne om, hvorvidt nogle behandlingsinterventioner eller specifikke metoder er mere effektive end andre, dog stadig i 2001 usikre, og der tegner sig langt fra et entydigt billede af, hvad der virker for hvilke målgrupper.

2.4.2 Den nyeste forskning – Hvilke metoder virker

I perioden 2001-2006 er der kommet en lille gruppe nye oversigtsartikler, der alle tager udgangspunkt i nyere og bedre undersøgelser, end det var tilfældet med de tidligere oversigter. Især tre behandlingstilgange er nu ved at være grundigt efterprøvede: a) familiebaserede interventioner er stadig den mest testede interventionstype for unge med misbrug i 2004 (Liddle et al. 2004), men også b) kognitiv adfærdsterapi og i mindre grad c) korterevarende interventioner er kommet i fokus. De seneste oversigtsartikler er lavet af Liddle et al (2004), Waldron & Kaminer (2004), Vaughn & Howard (2004), Austin (2005) og Kaminer & Slesnick (2005). De syv mest gennemgående undersøgelser fra årene omkring 2000 indgår også i flere af de nye oversigtsartikler, som derudover har inkluderet en række nyere undersøgelser fra 2000 til 2003, hvor forskergrupperne Liddle og kollegaer, Waldron og kollegaer og Kaminer og kollegaer er stærkest repræsenterede.

2.4.3 Familiebaserede tilgange til ungebehandling

Familiebaserede interventioner, familiebaseeret behandling og familiebaseeret terapi benyttes som synonyme for behandlingstilgange, der inddrager klientens familie ud fra en familieterapeutisk forståelsesramme, hvor unges misbrug kædes sammen med utilpassede interaktionsmønstre i familien. Mulighederne for at forstå en person går derfor gennem en afklaring af familieinteraktionerne, hvor man må identificere mønstre og processer, som er forløbere for eller udløser af dysfunktionel adfærd. For eksempel er forældres manglende kontrol og inkonsistente disciplin relateret til børns brug af rusmidler, ligesom forældres depression, angst, stress og brug af rusmidler er associeret med misbrugslidelser blandt unge (Kaminer and Slesnick 2005).

Der findes adskillige former for familiebaserede interventioner, som har det fælles formål at ville ændre familieinteraktioner eller de relationelle mønstre. Det gøres ved at hjælpe familien som helhed til at klargøre kommunikation, regler, roller, rutiner, hierarkier og grænser, så familien kan blive bedre til at løse konflikter, optimere emotionelle sammenhænge, udvikle forældre- og problemløsningsevner samt bedre klare de livscyklusovergange (transitioner), der er forbundet med udviklingen fra barn til voksen, og fra småbørnsforælder til teenageforælder (Kaminer and Slesnick 2005). Familien hjælpes eksempelvis til at holde øje med risikofyldt adfærd og til at skabe positiv reforcering for ansvarlig adfærd (Brook et al. 2006). Kortvarig strategisk familierapi fokuserer primært på at identificere og forstå mangelfulde eller utilpassede familieinteraktioner, for eksempel mellem generationer og forskellige kulturer i familien (Brown and Ramo 2006), hvor multidimensional familierapi og multisystemisk terapi i højere grad inddrager systemiske faktorer som for eksempel venner, skole, kriminelt miljø, sociale netværk mm., som er forbundet med de identificerede problemer, og som skaber både risiko- og beskyttende faktorer, som man kan sætte ind over for (Kaminer and Slesnick 2005; Titus and Dennis 2006).

Liddle og kolleger har gennemgået 14 kontrollerede undersøgelser af familiebaseret behandling for unge med både alkohol- og stofmisbrug (Liddle et al. 2004). De konkluderer, at familiebaseret behandling er bedre end standardbehandling (uden familieinddragelse), hvad angår engagement og fastholdelse i behandling. Derudover ses familiebehandling også i størstedelen af studierne at producere de største og mest stabile reduktioner i forbrug af rusmidler og relaterede problemer, eksempelvis afhængighed og skole- og familieproblemer. Liddle et al. konkluderer ligeledes, at det i mange tilfælde vil være mest relevant at kombinere familiebaserede behandlingstilgange med andre behandlingsformer.

I 2005 vurderede Austin og kollegaer fem forsøg med familiebaserede interventioner ud fra retningslinier for effektiv behandling, samt metodologisk ud fra kriterier for empirisk valideret behandling (Austin et al. 2005). Forfatternes udgangspunkt er, at behandling af unge med misbrugsproblemer virker, men at det er nødvendigt at vide mere om, hvilken behandling der virker for hvem, under hvilke betingelser. Multidimensional familierapi er den eneste intervention i Austin og kollegaers gennemgang, hvor både statistisk signifikante og klinisk signifikante forandringer umiddelbart efter behandling og ved et års opfølgning er empirisk underbygget. Også korterevarende strategisk familierapi menes at være virkningsfuld behandling for unge med misbrugsproblemer, men her mangler endnu endelig dokumentation.

Om multisystemisk terapi, familiebaseret terapi og funktionel familierapi kan kun siges, at de virker lovende. Alle undersøgelserne viste reduktioner i forbruget ved behandlingens afslutning, men der er mange forskelle på studierne, hvilket vanskeliggør sammenligning. For eksempel bruger de alle forskellige måder at bestemme forbruget af rusmidler på, ligesom længden, intensiteten og opfølgingsprocedurerne varierer meget mellem undersøgelserne. Forfatterne konkluderer, at fremtidig forskning må vise de effektmæssige forskelle på variationerne af familiebaserede interventioner.

Vaughn & Howard (2004) har sammenlignet familiebaserede interventioner med kognitiv adfærdsterapi og en række andre behandlingstilgange, og har som de eneste bestemt resultaterne kvantitativt. Fundene indikerer, at multidimensional familierapi samt kognitiv adfærdsterapi i gruppe giver de bedste resultater, hvor multidimensional familierapi som den eneste intervention gav effekt i op til et år. Syv andre former for interventioner viste også evidens for effektivitet, men i mindre grad, og de umiddelbare resultater ved de fleste interventioner sås ikke ved opfølgningen. Det gjorde sig gældende for adfærdsterapi og multisystemisk terapi, samt en række behandlingstilgange hvor flere forskellige metoder kombineres (Vaughn and Howard 2004). En stor del af den undersøgte population var kriminelle, hvilket kan mindske muligheden for at generalisere, men på den anden side ses generelt en sammenhæng mellem misbrug og kriminalitet, hvilket gør resultaterne aktuelle i mange tilfælde, vurderer Vaughn & Howard. Også disse forfattere understreger resultaternes usikkerhed og behovet for mere forskning på området generelt og specifikt i forhold til unge med dobbeltdiagnoser, tungere misbrug og afhængighed.

Kaminer & Slesnick konkluderer i en oversigtsartikel fra 2005, at den nyeste udvikling i forskningen i familiebaseret behandling vedbliver at vise en virkning af familierapi. Oversigtsartiklen medtager studier af alkoholforbrug, hvor forfatterne vurderer, at det endnu er vanskeligt at drage konklusioner om familierapiens virkning på grund af mangel på effektivitetsstudier indenfor dette område (Kaminer and Slesnick 2005).

2.4.4 Kognitivt adfærdsterapeutiske tilgange til ungebehandling

Ud fra det teoretiske fundament for kognitiv adfærdsterapi forstås al adfærd som indlært og vedligeholdt af miljømæssige konsekvenser, og al adfærd er mulig at erstatte af nye adfærdsformer (Kaminer and Slesnick 2005). Følelser og adfærd er i denne optik afhængig af tanker og kan derfor også påvirkes gennem en ændret måde at tænke på.

Der findes mange forskellige behandlingsmodeller, der falder inden for kategorien kognitiv adfærdsterapi. Fælles er, at der integreres strategier fra klassisk betingning samt operant og social læring. De interventioner, der

benyttes ved behandling af misbrugsproblemer, indeholder oftest identifikation af kontekstuelle faktorer som miljø, tid og sted, der fungerer som potentielle udløsende faktorer samt strategier til at klare stoftrang, for eksempel via selvkontrol og forstærkning af konkurrerende adfærd. Interventioner baseret på operant læring inkluderer ofte identifikation af alternative forstærkere, som kan konkurrere med brug af rusmidler. I et socialt læringsperspektiv kan forbruget af rusmidler påvirkes gennem adskillige kognitive og adfærdsmæssige faktorer som for eksempel social forstærkning, påvirkning af pårørende og af selvopfattelsen af evnen til at modstå brugen af rusmidler. Multikomponente kognitive adfærdsmodeller indeholder ofte selvmonitorering, træning af copingevner, undgåelse af stimulus-signaler mm. (Kaminer and Slesnick 2005).

Tilgange, der karakteriseres som kognitivt adfærdsterapeutiske metoder, indeholder mange forskellige komponenter, hvilket komplicerer etableringen af evidens for denne terapiform. De videnskabelige undersøgelser er forskellige i både design, metode samt mængden og kombinationen af komponenter af kognitiv adfærdsterapi. Alligevel ses der temmelig enslydende resultater, der viser empirisk støtte til dokumentationen af effekt af de forskellige former for kognitiv adfærdsterapi (Kaminer and Waldron 2006).

Waldron & Kaminer har vurderet seks undersøgelser af kognitiv adfærdsterapi sammenlignet med en række andre behandlingsformer, alle til unge under 18 år (Waldron and Kaminer 2004). Undersøgelserne er randomiserede forsøg udvalgt på baggrund af kriterier for empirisk støttet behandling. I det sidste årti er der, ifølge Waldron & Kaminer, produceret bedre randomiserede kontrollerede undersøgelser om kognitiv adfærdsterapi, som gør den empiriske støtte til metoden langt stærkere. De tidligere forsøg har været for mangelfulde, hvilket sandsynligvis har ført til de blandede resultater, hvorimod resultaterne af de nye forsøg er mere ensartede. Alt i alt repræsenterer fundene et fundament for at validere kognitiv adfærdsterapi til unge med misbrugsproblemer. Undersøgelsen viser virkeevne af kognitiv adfærdsterapi i forhold til at reducere forbruget af rusmidler hos unge. Forfatterne finder dog stadig en del variation i de vurderede undersøgelses resultater. Forskellige forskergrupper har fundet de samme fordele ved familiebaseede interventioner og kognitiv adfærdsterapi i gruppe, men virkningen af den kognitive adfærdsterapi indtrådte i flere studier senere i behandlingsforløbet. Individuel kognitiv adfærdsterapi gav ikke signifikante resultater i disse undersøgelser, men har vist sig at skabe signifikante forbedringer i forbruget i en anden undersøgelse, dog stagnerede forbedringerne efter seks måneder, hvor familierapi skabte forbedringer i op til et år (Waldron and Kaminer 2004). Hvis man ser på andelen

af unge, der endte med at have et meget lille forbrug, et ifølge forfatterne mere klinisk meningsfuldt udfald end fuldstændig abstinens, gav individuel kognitiv adfærdsterapi hurtige resultater, som dog ikke holdt efter 19 måneder, hvorimod tendensen var modsat for kognitiv adfærdsterapi i gruppe, hvor effekten satte ind senere. Forfatterne tolker resultaterne sådan, at individuel kognitiv adfærdsterapi kan være til gavn for nogle klienter, men at det kræver yderligere viden, før man kan vide, hvornår det giver mening at matche den enkelte til netop den behandling.

I de omtalte studier findes bedre resultater for kognitiv adfærdsterapi i gruppe end for individuel behandling, hvilket er et resultat, man ikke finder i forhold til kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af voksne. Dette fund modsiger tidligere undersøgelser, hvor der er fundet negative effekter af gruppebehandling for unge (Waldron and Kaminer 2004). Forfatterne mener dette skyldes, at de tidligere undersøgelser af den negative gruppeeffekt er fundet i forebyggende interventioner til unge i risiko for at udvikle misbrug. Muligvis influerer de negative effekter af rusmidlerne ikke i gruppen i samme grad, som de formodes at gøre i en gruppe, hvor de unges brug er blevet behandlingskrævende. Waldron & Kaminer formoder, at den positive gruppeeffekt skyldes, at jævnaldrende er en vigtig faktor, både for brugen af rusmidler og altså også i forhold til at stoppe et misbrug (Waldron & Kaminer 2004, 100).

Waldron og Kaminer refererer til en undersøgelse endnu ikke publiceret, da deres oversigtsartikel udkom, som viser de samme tendenser for kognitiv adfærdsterapi i behandling af alkoholproblemer som i behandling af narkotikaproblemer. Det vil sige signifikant nedgang i forbrug af alkohol ved både individuel og gruppe kognitiv adfærdsterapi, men en forsinkelse af resultaterne ved gruppebehandling. Et studie af den samme intervention af individuel kognitiv adfærdsterapeutisk behandling til umotiverede unge med et stort misbrug viser også en nedgang i forbruget, men dog langt dårligere resultater, hvilket tyder på, at denne gruppe unge har brug for en mere intensiv indsats (Waldron and Kaminer 2004). Forfatterne vurderer, at reduktionen i forbrug blandt de unge med rimelig stor sandsynlighed kan være en direkte følge af behandlingsindsatsen, og ikke af tiden eller deltagelsen i et klinisk forsøg. Det vurderes på trods af manglende kontrolgrupper, fordi der er fundet signifikant virkeevne i så mange forskellige studier. Forfatterne finder det dog vigtigt at understrege, at tilbagefald er et konsistent problem, hvorfor yderligere udvikling af behandlingstilgange som kognitiv adfærdsterapi og andre lovende modeller er af høj prioritet i feltet (Waldron and Kaminer 2004). Desuden må der fortsat forskes i, hvad der virker for forskellige undergrupper af unge. For eksempel har kognitiv adfærdsterapi vist signifikant bedre resultater end psykoedukation hos ældre

drengene på kort sigt, hvilket kan tyde på, at piger og drenge har forskellige behov. Kombinationen af misbrug og psykiske lidelser er hyppig blandt unge, og disse udgør også en gruppe med særlige behov. Undersøgelser viser gode resultater for kognitiv adfærdsterapi til depressive unge, hvilket kunne tyde på, at særligt de unge med misbrug og depression kunne have gavn af interventioner med kognitiv adfærdsterapi. Der er også fundet virkeevne af kognitiv adfærdsterapi til dobbeltdiagnosticerede unge under 18, men kun på kort sigt (Waldron & Kamner 2004). En undersøgelse af unge med hashmisbrug har vist, at unge med kriminel adfærd, depression, stort forbrug, negativ attitude til skolen og afvigende venner havde større risiko for at få tilbagefald og for ikke at få udbytte af behandlingen (Waldron & Kamner 2004). Mange af de nye forskningsresultater kalder således på yderligere forskning.

I den nyeste oversigtsartikel (Kamner and Slesnick 2005) identificeres en fordel ved kognitiv adfærdsterapi i gruppe, i gennemgangen af seks randomiserede kliniske undersøgelser, hvor kognitiv adfærdsterapi sammenlignes med familiebaserede tilgange, en edukativ intervention, gruppeterapi og sædvanlig behandling. Fraværet af ubehandlede kontrolgrupper gør dog resultaterne usikre. Forskningen i de mekanismer og terapeutiske processer, der har effekt i behandlingen med kognitiv adfærdsterapi, ses i voksenbehandlingen, men er endnu ikke særligt udviklet i behandlingen af unge (Kamner & Slesnick 2005). Kamner og kollegaer vurderede i 1998, at nogle ingredienser i kognitiv adfærdsterapi var mere aktive end andre, for eksempel problemløsning, identifikation af højrisikosituationer, færdighedstræning og rollespil, men komponenternes virkeevne er ikke undersøgt. Copingfaktorer er også identificeret som prædiktorer for et godt behandlingsudfald, for eksempel har Meyers & Brown (1993) fundet, at unge, der efter behandling med kognitiv adfærdsterapi er blevet alkoholafholdende, i højere grad benytter sig af problemløsningsstrategier end dem, der ender med tilbagefald. Det kan imidlertid ikke konkluderes, hvorvidt behandlingen kan tages til indtægt for disse mekanismer, da det ikke er blevet vist i nogen undersøgelser, at der har været forskel i copingevnerne før og efter behandlingen (Kamner & Slesnick 2005). En af de stærkeste prædiktorer for vedblivende forbedringer efter et år var, hvorvidt den unge respondende positivt på de tre første måneder af behandlingen. Spørgsmålet om, i hvilken grad placeboeffekt og mediatorer gør sig gældende i behandlingen med kognitiv adfærdsterapi, er stadig højaktuelt, da disse elementer er dårligt undersøgte og kan være en del af årsagen til de enslydende resultater. Andre særlige udfordringer i den fremtidige forskning er ifølge Kamner & Slesnick at finde metoder til at forhindre det store tilbagefald, og at undersøge hvordan man kan ændre behandlingen til dem, der hidtil ikke har re-

sponderet positivt på de undersøgte interventioner. Især for unge med dobbeltdiagnoser, mener forfatterne, at det er en kommende vigtig opgave at identificere de mekanismer, der fører til positiv forandring.

2.4.5 Korterevarende interventioner i forhold til unge

Korterevarende interventioner er baseret på psykologiske modeller for forandring af adfærd og består typisk af 1-5 sessioner ((Tevyaw and Monti 2004). Den mest anvendte korterevarende intervention er formodentlig den motiverende samtale (Mabeck et al. 1999; Miller and Rollnick 1991; Nielsen 1998). Den motiverende samtale er baseret på en empatisk, ikke-dømmende holdning og på ikke-konfronterende reflekterende lytning (Schneider and Casey 2000), hvor man støtter klientens autonomi og evne til selv at skabe forandring. Den teoretiske basis for de motiverende interventioner er klientcentreret terapi, social læringsteori og kognitiv adfærdsterapi. Modellen kan bruges til individer på forskellige motivationsstadier og i mange forskellige situationer (Tevyaw and Monti 2004). Der arbejdes med unge ud fra opfattelsen af, at de har behov for at arbejde med deres ambivalens overfor deres forbrug af rusmidler, og samtidig har brug for at øge motivationen til at ændre det. Behandlingen skal hjælpe den unge til at se sammenhængen mellem forbrug og andre vigtige problemer for at kunne konkludere, i hvilken grad ulemperne ved forbruget overstiger fordelene (Titus and Dennis 2006). Klienten arbejder eksempelvis med spørgsmålene om, hvorvidt det opfattes som ønskværdigt at skabe forandring, og om det opfattes som realistisk. Klientens tro på muligheden for forandring stimuleres, og enhver forandring, der nedsætter forbruget, opfattes som en succes (Tevyaw and Monti 2004).

De inkluderede oversigtsartikler over korterevarende interventioner til unge med et problematisk forbrug af rusmidler er lavet af Tait & Hulse i 2003 og af Tevyaw & Monti i 2004. De undersøgelser, der indgår i oversigtsartiklen af Tevyaw & Monti, studerer motiverende interventioners virkeevne på unge indlagt på skadestue i forbindelse med alkoholindtagelse, samt på alkoholforbrug blandt unge på college med et højriskforbrug og ikke et decideret misbrug. Undersøgelserne viser, at korterevarende interventioner har en positiv virkning på de alkoholrelaterede problemer, men i mindre grad på forbruget i sig selv. Særligt de, der som udgangspunkt havde ringe motivation til at ændre deres forbrug eller havde et stort forbrug, blev påvirkede af interventionen (Tevyaw and Monti 2004).

Der er empirisk evidens for effekten af at integrere de motiverende interventioner med familierterapi, og særligt for unge med svære problemer bør den motiverende indsats ikke stå alene, men kombineres med anden behandling (Tevyaw and Monti 2004).

Korterevarende interventioner har en mindre effekt på alkoholforbrug blandt unge og medium effekt på brugen af illegale rusmidler (Tait and Hulse 2003). Der er imidlertid indtil videre kun fundet to undersøgelser, som inddrager illegale rusmidler, og resultaterne må derfor tages med et vist forbehold. Forfatterne understreger, at der generelt ikke er lavet mange undersøgelser af virkningen af korterevarende interventioner, og at de fleste har små undersøgelsespopulationer. Desuden er der ikke set en vedvarende virkning. Behandlingseffekten er generelt forsvundet ved opfølgningen efter 12 måneder. Virkningen var størst i de studier, hvor de unge med alvorlige alkoholproblemer og afhængighed blev ekskluderet. Blandt de unge, der selv søgte behandling, sås der ikke en fordel af de korterevarende (Tait and Hulse 2003).

I to nyere undersøgelser, som ikke er med i de ovenfor beskrevne oversigtsartikler, findes også lovende resultater blandt unge med et problematisk forbrug af rusmidler (Tait et al. 2005). Her konkluderer man, at korterevarende interventioner har en vis indvirkning på, hvor mange der søger behandling efter et skadestuebesøg i forbindelse med indtagelse af rusmidler, ligesom interventionerne kan nedsætte antallet af fremtidige skadestuebesøg blandt unge signifikant. I et randomiseret forsøg, hvor man undersøgte effekten af en enkelt session af det motiverende interview på collegestuderendes brug af illegale rusmidler, viste det sig, at de unges brug af cigaretter, alkohol og cannabis blev reduceret mere i gruppen, der modtog det motiverende interview end i kontrolgruppen (McCambridge and Strang 2004). Effekten var størst blandt dem med det største forbrug af alkohol og cannabis. Reduktionen af cannabis var større blandt de unge, der sædvanligvis vurderes mest sårbare og i høj risiko ifølge andre kriterier. Også i dette studie er gruppen af unge, der bruger illegale rusmidler meget lille og opfølgningsperioden meget kort.

2.4.6 Sammenfattende i forhold til de evidensbaserede behandlingsmetoder

På baggrund af forskningen siden årtusindskiftet kan man konkludere, at familiebaserede interventioner har vist den stærkeste effektivitetsevidens blandt de behandlingsmetoder, de er blevet sammenlignet med. Det gælder særligt for multidimensional familieterapi, som skiller sig ud ved at have vist den længstvarende effekt. Der findes ikke overbevisende resultater i behandling af unge med alkoholproblemer, og generelt vides der ikke meget om forskellige målgruppers behov for forskellige behandlingsmetoder. Det skyldes i høj grad, at området endnu ikke er så velundersøgt, samt at en stor del af de undersøgelser, der eksisterer, er svært sammenlignelige og mangelfuldt designede. Det samme gør sig gældende for kognitiv adfærdsterapi, hvor der også ses tydelige tendenser til effektivitetsevidens, men

hvor der i endnu højere grad er brug for mere forskning for at kunne komme nærmere, hvordan behandlingen virker og under hvilke omstændigheder. Med hensyn til de korterevarende motiverende interventioner er der ikke lavet undersøgelser nok af unge i behandling til at lave konklusioner om effekten, men det ser ud til, at især unge i risikogruppen har gavn af de korterevarende interventioner.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at forskellen i evidensstyrken på de tre behandlingstyper afspejler den indtil videre påviste effekt. Det vil sige, at resultaterne sandsynligvis er påvirkede af i hvor høj grad, der er forsket i metoden. Det kan for eksempel vise sig ved yderligere forskning af høj kvalitet, at de korterevarende interventioner er lige så gode under særlige omstændigheder. Eller der kan findes andre behandlingsmetoder, som er lige så effektive, det er blot ikke undersøgt endnu.

2.5 Guidelines for opbygning af behandlingstilbud til unge

Udover evidenssikring af behandlingsmetoderne findes der også på ungeområdet nogle få anbefalinger til, hvordan selve behandlingstilbuddet bør være sammensat. I Danmark producerede Socialministeriet i 2005 et notat, der fremlægger den aktuelle danske viden om, hvad der er god behandling til unge misbrugere (Socialministeriet 2005). Notatet er baseret på VFC Socialt Udsattes rapport om unge med misbrugsproblemer (Ehrenreich og Hansen 2005). I notatet samles der op på den danske viden, og det vurderes, at der er generel enighed om nogle afgørende principper for god behandling, når målgruppen er unge med misbrug. Det vigtigste er, ifølge notatet, at forholde sig til, at den unge først og fremmest er et ungt menneske og ofte har mange andre vigtige problematikker end misbruget, at den unges netværk er et vigtigt element at inddrage i behandlingen, samt at misbruget kan være meningsfuldt i den unges liv. Derudover er det ifølge Socialministeriet vigtigt, at behandlingstilbudene er synlige, let tilgængelige og vedvarende, at der fokuseres på ambulans behandling bestående af individuel- og gruppebehandling med stofeducative og psykoeducative elementer, at de unge møder kompetente og vedholdende voksne samt, at der er mulighed for at arbejde med de unge samtidig med, at de har et forbrug af rusmidler. Det understreges særligt, at der skal arbejdes med hele den unges problemkompleks i misbrugsbehandlingen ud fra en betragtning om, at den unge endnu er under udvikling og behøver voksenstøtte til at undgå en langvarig misbrugskarriere. Det indebærer, at behandlingen ikke stigmatiserer den unge, men øger muligheden for et ungdomsliv med meningsfuld beskæftigelse, fritid og netværk. Socialministeriets anbefalinger er ikke formidlet til behandlingsfeltet, men rapporten, hvorfra indholdselementerne primært stammer, er offentligt tilgængelig. Amdtsrådsforeningen anbefaler i

en statusrapport fra 2004, at man for at skabe et behandlingstilbud, som kan fastholde de unge, tager udgangspunkt i, hvad den unge kan og vil, frem for hvilke institutionsmæssige rammer man traditionelt finder det bedst at praktisere behandling i (Amtsrådsforeningen 2004). Både Amtsrådsforeningen og Socialministeriet/VFC Socialt Udsatte understreger nødvendigheden af en tværfaglig indsats, der er koordineret, så den unge kun har ét kontaktsted, men med en vifte af forskellige muligheder på grund af målgruppens forskellige behov.

I rapporten fra VFC Socialt Udsatte understreges desuden et behov for en misbrugsfaglig kvalificering af de professionelle omkring de unge, da der ofte ses berøringsangst overfor misbrugsproblematikker uden for selve misbrugsbehandlingen. Det anbefales i rapporten, at man styrker metoder til at hjælpe forskellige grupper af unge, styrker konkrete metoder i behandlingen samt metoderne i den sociale opfølgning. Det konkluderes endvidere, at det er vigtigt at blive bedre til at komme i kontakt med etniske minoritetsunge, samt at være opmærksom på at forskellige tilgange appellerer til forskellige køn (Ehrenreich og Hansen 2005).

Endelig anbefaler Amtsrådsforeningen at adskille misbrugsbehandlingen af unge og voksne samt at integrere behandling af narkotiske stoffer og alkohol for de unges vedkommende (Amtsrådsforeningen 2004).

I Danmark er der, som tidligere beskrevet, ikke foretaget videnskabelige, randomiserede og kontrollerede undersøgelser af behandlingsmetoder eller behandlingsstruktur i forhold til de helt unge med misbrugsproblemer. Anbefalingerne fra Socialministeriet, VFC Socialt Udsatte og Amtsrådsforeningen er således alle baseret på vurderinger fra eksperter inden for området, altså det nederste niveau i evidenshierarkiet. Hvis man skal have mere sikker viden om den bedste behandlingsopbygning, er man indtil videre nødt til at studere primært amerikanske undersøgelser. Her er indtil videre produceret mindst tre artikler med anbefalinger (guidelines) til opbygningen af behandlingen for de helt unge med misbrugsproblemer (Austin et al. 2005; Brannigan et al. 2004; AACAP 2005).

2.5.1 Brannigan et al.s guideline

I 2004 udgav Brannigan og kolleger, hvad de selv kaldte den første systematiske evaluering af kvaliteten af velansete behandlingsprogrammer for unge i USA (Brannigan et al. 2004). Med udgangspunkt i en kombination af omfattende litteraturgennemgang samt vurderinger fra 22 eksperter inden for området, har Brannigan et al. beskrevet ni delelementer, der tilsammen udgør minimumforudsætningerne for et effektivt behandlingstilbud til unge med misbrugsproblemer:

- 1) Behandlingsprogrammet bør indeholde en omfattende vurdering af den unge, indeholdende en psykiatrisk, psykologisk og medicinsk udredning, samt udredning af familiefunktionen, af eventuelle indlæringsvanskeligheder og af eventuelt andre væsentlige aspekter af den unges liv.
- 2) Behandlingsprogrammet bør have en helhedsorienteret tilgang, der kan omfatte alle aspekter af den unges liv.
- 3) Den unges familie bør involveres i behandlingsprocessen.
- 4) Behandlingsprogrammet bør være udviklingsmæssigt passende til målgruppen, og aktiviteter og materialer må reflektere de udviklingsmæssige forskelle mellem voksne og unge.
- 5) Under behandlingen bør der skabes en tillidsfuld stemning mellem den unge og terapeuten for at engagere og fastholde den unge i behandling.
- 6) Personalet bør være kvalificeret ved at være uddannet i unges udvikling, mentale lidelser, misbrug og afhængighed.
- 7) Programmet bør kunne imødekomme forskellige behov afhængigt af køn og kulturelle forskelle blandt minoriteter.
- 8) Behandlingen bør være kontinuerlig og inkludere tilbagefaldsforebyggelse, efterbehandlingsplaner, henvisning til ressourcer i den unges lokalområde samt opfølgning.
- 9) Der bør være stringente evalueringer af behandlingsprogrammets resultater for at måle succes, fokusere på ressourcer og forbedre behandlingen.

Efter udviklingen af denne guideline vurderede forskergruppen 144 velansete behandlingssteder i USA ud fra de ni kvalitetskriterier. Behandlingsprogrammerne levede generelt ikke godt op til kriterierne. Et af de største problemer var manglende brug af standardiserede udredningsinstrumenter, hvilket kan gøre det vanskeligt at lave en fyldestgørende vurdering af den unge, og dermed gøre behandlingsplanlægningen utilstrækkelig.

Derudover manglede mange af programmerne evnen til at engagere og fastholde de unge, hvilket blev vurderet ved manglende teknikker til motivationsudvikling samt manglende teknikker til at skabe incitament til at deltage i behandling, såsom relevante aktiviteter og konkrete og overskuelige tilbud.

Endnu en mangel var programmernes manglende fokus på køns- og kulturelle kompetencer. Der var ikke forskellige tilbud til forskellige grupper, hvilket ifølge eksperterne mindsker sandsynligheden for etablering af en succesfuld terapeutisk alliance.

Brugen af evaluering var sparsom mange steder, men da feltet er ungt, og da evaluering er bekostelig, er det ikke så kritisabelt som de andre aspekter, vurderer forfatterne.

Lidt under halvdelen af institutionerne indhentede ikke nogen form for data relateret til klienternes behandlingsudfald. Ca. en tredjedel benyttede sig af deres egne interne data. Ganske få steder var programmernes resultater blevet videnskabeligt evalueret. Brannigan og kollegaer anbefaler, at der investeres i videnskabelig evaluering af resultater, men at det ikke kan forventes, at behandlingsinstitutionerne selv forestår større videnskabelige undersøgelser.

2.5.2 Austin et al.s guideline

Austin og kollegaer opstillede på baggrund af forskningsbaserede anbefalinger for effektiv behandling (Wagner and Kassel 1995; Williams and Chang 2000) i 2005 en række kriterier, som er særligt udviklede til at vurdere behandlingen af unge (Austin et al. 2005). Forfatterne, der tager udgangspunkt i, at unge generelt har andre behandlingsbehov end voksne, konkluderer at følgende behandlingselementer kan associeres med effektiv behandling for unge med problematisk brug af rusmidler:

- 1) Behandlingen skal være lettilgængelig og indeholde procedurer til at minimere behandlingsfrafald.
- 2) Behandlingen skal bestå af en række omfattende tilbud, hvori der gøres brug af empirisk validerede teknikker, og hvori der indgår mindst én komponent af familierapi.
- 3) Behandlingen skal målrettes de hovedfaktorer, som udgør risici og beskyttelse i forhold til udvikling af misbrug og afhængighed i ungdommen.
- 4) Der skal tilbydes støtte til forældre og venner vedrørende afholdenhed.
- 5) Behandlingen skal fokusere på at imødekomme det enkelte individs behov og tage højde for udviklingsmæssige forhold i ungdomsårene.
- 6) Der skal indgå efterbehandling.

Austin et. al. har vurderet fem undersøgelser af familiebaserede interventioner ud fra elementerne i deres guideline og finder, at behandlingsprogrammerne har vanskeligst ved at leve op til kriterierne om at inddrage kammerater, være lettilgængelige, at kunne fastholde de unge i behandlingen samt at tilbyde efterbehandling.

2.5.3 AACAPs guideline

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) udgav i 2005 en række detaljerede praksisanbefalinger, som omhandler vurdering og behandling af børn og unge med misbrugslidelser. Anbefalingerne er baserede på videnskabelig evidens, klinisk konsensus om diagnoser og effektiv behandling samt på den aktuelle situation i praksis. Følgende anbefa-

linger er, ifølge AACAP, minimale standarder, der altid bør være opfyldte. De er baserede på substantiel empirisk evidens, såsom velkontrollerede forsøg eller markant klinisk konsensus og forventes at gælde i 95 procent af alle tilfælde (AACAP 2005).

I forhold til udredning anbefales det, at den unge fra begyndelsen informeres om, hvorvidt behandleren har tavshedspligt, og at den unge opfordres til selv at dele sin situation med sine forældre. I en vurdering af den unges situation bør forbrugets kvantitet, frekvens og konsekvenser deraf detaljeret bestemmes. Derudover skal det vurderes, hvorvidt den unge lever op til kriterier for misbrug og afhængighed af rusmidler, og den unges eget forhold til sit forbrug skal undersøges. Det er vigtigt, at behandlere har en ikke-fordømmende attitude. Udredningen af den unge bør indeholde en grundig gennemgang af sociale, udviklingsmæssige og medicinske forhold. Desuden bør urinprøver eller lignende være en rutine i vurderingen af forbruget både i behandlingen og bagefter. I en mental vurdering skal der indgå screeningsspørgsmål om brug af rusmidler.

I forhold til behandlingen mener man i AACAP, at det primære mål bør være afholdenhed, men at skadesreduktion kan være et midlertidigt mål med behandlingen for at opnå bedre kontrol med og færre negative følger af brugen af rusmidler. Fokus på andre problemer i den unges liv bør være en integreret del af interventionen og vil sandsynligvis have en positiv virkning i forhold til målet om stoffrihed, som således ikke skal være behandlingens eneste fokus. De faktorer i behandlingstilbuddet til unge, som man på nuværende tidspunkt kan relatere til et succesfuldt behandlingsudfald, og som derfor bør prioriteres, er længden af behandlingen, hvorvidt hele forløbet gennemføres, involvering af familie og støtte til pårørende generelt, brug af praktisk problemløsning, samt tilbud om hjælp i forhold til beskæftigelse, bolig og fritid, da denne hjælp kan mindske risikoen for tilbagefald. Der bør derfor indgå metodiske elementer, der udvikler motivation for at deltage i behandling, som støtter familieinvolvering og kommunikation mellem forældrene og den unge, som forbedrer den unges problemløsning og sociale færdigheder, og som forebygger tilbagefald. Derudover skal der tages hånd om eventuelle psykiatriske lidelser gennem psykosocial og/eller medicinsk behandling, der skal indgå metoder til at forbedre den unges sociale adfærd, kammeratskaber og akademiske funktion, og behandling og opfølgningstilbud skal have en passende længde.

Behandlingen skal tilrettelægges, så effektivitet og sikkerhed fremmes, men med så få restriktioner som muligt. Behandlingsmiljøet skal være sikkert, så de unge kan passe på sig selv, og så kontrolleret, at effektiviteten sikres. Derudover afhænger tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen af de unges behov for struktur og grænser, af de unges medicinske og psykiatri-

ske problemer, af de unge og deres familiers motivation og villighed til at indgå i behandling, samt af tilgængeligheden af specifikke typer af behandling.

Familieterapi eller signifikant involvering af forældre bør være del af misbrugsbehandlingen. Familieinterventioner har det fælles formål at yde psykoedukation om misbrug og afhængighed og dermed øge motivationen for behandling, at assistere familien til at hjælpe den unge til at indgå i relevant behandling og opnå afholdenhed, at støtte forældrene i at etablere eller reetablere en struktur med konsistent grænsesætning og omsorgsfuld overvågning af den unges adfærd, at forbedre kommunikationen mellem familiemedlemmer, samt eventuelt at få andre familiemedlemmer i behandling.

Der bør tages højde for psykiatriske lidelser i behandlingen ved at integrere behandlingsmetoderne og ikke alene behandle enten den ene eller den anden lidelse. Kognitiv adfærdsterapi har vist gode resultater for både misbrug og adfærdsforstyrrelser. Den nyeste forskning tyder på, at farmakoterapi med succes kan benyttes til unge med både rusmiddelproblematikker og adfærdsforstyrrelser eller affektive lidelser (AACAP 2005).

Udover de ovenfor gennemgåede minimale standarder indgår der i AACAPs guideline en række anbefalinger, som ikke har den samme stærke effektivitetsevidens. De følgende anbefalinger betegnes kliniske retningslinier og er baserede på empirisk evidens såsom åbne forsøg og casestudier og/eller stærk klinisk konsensus, og forventes at gælde i ca. 75 procent af alle tilfælde.

I forhold til behandling vurderes det, at det at gennemføre behandlingen er den variabel, der er mest konsistent relateret til et positivt udfald, og derfor bør man i behandlingsprogrammet udvikle procedurer til at minimere frafald og maksimere motivation, compliance og gennemførelse. Motiverende interventioner har vist lovende resultater for unge i enkelte undersøgelser, og der findes komponenter af forskellige motivationsteknikker i mange familiebehandlingsinterventioner, som også er relevante.

Et støttende miljø er generelt vigtigt for udfaldet af behandlingen. Der bør fokuseres på at udvikle støtte mellem den unge og dennes kammerater, særligt hvad angår afholdenhed. Gruppebehandling har i nogle studier vist sig at have negative effekter og i andre positive. Det kan muligvis skyldes, at mere afvigende unge har dårlig gavn af gruppebehandling til forskel fra mere velfungerende unge, der kan profitere af gruppemiljøet. Det bør derfor overvejes, hvorvidt gruppebehandling er det mest relevante i forhold til den konkrete unge.

Tolvtrinstilgangen kan bruges som basis for behandling. AA- og NA-grupper bør fremmes som støtte til professionel behandling. At benytte ef-

terbehandling eller selvhjælpsgrupper er i flere studier relateret til et positivt udfald for unge. Tolvtrinsprogrammer har dog ikke været undersøgt til unge i kontrollerede kliniske forsøg endnu.

Behandlingsprogrammet bør omfatte ydelser på andre områder end misbruget. Programmer med mere helhedsorienteret fokus, der for eksempel hjælper med problemer i forbindelse med erhverv, fritid og sundhed har sandsynligvis bedre og længerevarende resultater.

I forhold til efterbehandling konkluderer AACAP, at misbrug og afhængighed ofte er langvarige lidelser, der kræver vedvarende intervention. At deltage i efterbehandling har således vist sig at hænge sammen med at bevare et lavere forbrug efter behandlingens ophør.

Farmakologisk behandling vurderes af AACAP at være en acceptabel mulighed, der i nogle tilfælde kan være det bedste at gøre, men det farmakologiske tilbud anbefales ikke direkte i guidelinen, da der er utilstrækkelig empirisk viden om effekten. Medicinering kan ved indikation bruges til at klare stoftrang, tilbagetrækning og til aversionsterapi, men medicinering som det bruges til voksne alkoholikere og stofmisbrugere er endnu ikke afprøvet videnskabeligt på unge. Farmakologisk behandling af misbruget hos unge med dobbeltdiagnoser anbefales at foregå med særlig varsomhed.

2.5.4 Sammenfattende i forhold til guidelines

Det kan konstateres, at der findes en hel række faktorer, der vurderes som videnskabeligt evidente for en effektiv behandling, og som det er relevant at organisere behandlingsindsatsen til de unge ud fra. Den amerikanske praksis kritiseres af forskerne for ikke at leve op til kriterierne, hvilket sandsynligvis både skyldes, at det er vanskeligt rent organisatorisk eller ressourcemæssigt, men også at denne viden om effektiv behandling endnu ikke er spredt eller integreret blandt beslutningstagere og praktikere på området.

Retningslinierne er præget af problematikens særegenhed, hvor klienterne er unge og har et misbrug samtidigt. Det skaber nogle særlige faglige krav, hvor det bliver essentielt at kunne tilrettelægge behandlingen til de unges udviklingsniveau og tage højde for, hvad der motiverer til forandring i ungdomslivet, herunder inddragelse af pårørende og andre vigtige aspekter af den unges liv i selve behandlingen. Udover de særlige krav til faglig indsigt, som problemstillingen sætter, kan retningslinierne karakteriseres ved et krav om professionalisering. Det handler om at være grundig og systematisk i udredningen af den enkelte unge, at have tilgængelige og specialiserede tilbud, hvor behandlerne er kompetente inden for både viden om unge, misbrug og psykiatri, og hvor der sikres en opfølgning og dokumen-

tation af indsatsen. I næste kapitel vil vi sammenholde den danske ungebehandling med Brannigan et al.s guideline.

2.6 Sammenfattende vedrørende evidensbaserede indsatser

Den evidensbaserede viden om behandling til unge med misbrug er ovenfor blevet præsenteret i forhold til flere områder. Den aktuelt bedste viden om danske forhold er baseret på praksiserfaringer og har en del fokuspunkter til fælles med den amerikanske forskningslitteraturs anbefalinger for effektiv praksis. Både Socialministeriet og de amerikanske retningslinier har fokus på vigtigheden af at tage højde for de unges aktuelle udvikling, at have en helhedsorienteret tilgang, hvor man ikke kun arbejder med misbrugsproblematikken, samt at inddrage den unges netværk. De amerikanske retningslinier lægger særlig vægt på, at udredningsredskaberne skal være validerede og på inddragelse af psykiatriske vurderinger. Der lægges samtidig mere vægt på, at tilbagefaldsforebyggelse og efterbehandling skal være en integreret del af tilbuddet. Der indgår ikke i Socialministeriets notat forslag til, hvilke specifikke behandlingsmetoder der bør indgå i behandlingen, men til gengæld en mere generel anbefaling af, at methodedelen på området bør styrkes. I de amerikanske guidelines anbefales det at inddrage familierapeutiske elementer, fordi det er de stærkest evidenssikrede. I retningslinierne fra AACAP anbefales det desuden at inddrage kognitiv adfærdsterapi, når der ses mentale lidelser samt at benytte motiverende indsatser.

Alt i alt er der sket en positiv udvikling i vores viden om behandling til unge med misbrug i løbet af de seneste år. Der ses en stigende evidens for, at flere behandlingsformer har effekt og er potentielt omsættelige til lokal praksis. Særligt familierapi og kognitiv adfærdsterapi har demonstreret virkeevne på adskillige kliniske populationer, og vist resultater både i forhold til brug af rusmidler og i forhold til relaterede problemer. Forbeholdene drejer sig i øjeblikket mest om, at en del af undersøgelserne ikke er randomiserede og kontrollerede, samt at behandlingsmetoderne ikke i høj nok grad er blevet testet under betingelser, der giver viden om effektiviteten i praksis (Liddle and Frank 2006). Waldron, Turner og Ozechowski understreger direkte behovet for, at forskningen kommer videre fra evidens for overordnet virkeevne af forskellige behandlingsmetoder, til forståelse af hvilke komponenter, processer og mekanismer, der skaber effektivitet i behandlingen, samt for hvem og hvordan effekten udspiller sig over tid. At komme frem til viden, der muliggør matchning på individniveau, nødvendiggør, at forskningen også udvides til at belyse forskelle mellem individer (Waldron et al. 2006). Der er for eksempel ikke forsket nok i mediatorer som terapeutisk alliance, forventninger, parathed til forandring, og coping

faktorer, som i nogle studier er identificeret som prædiktorer for behandlingens udfald (Waldron and Kaminer 2004).

Liddle & Frank (2006) opsummerer udviklingen ved at glæde sig over, at behandlingsmodellerne i stigende grad manualiseres, evalueres empirisk, og raffineres i forhold til at intervenere individuelt, i grupper, i skoler, i familier mm. Desuden udvikles mange interventionsformer som en kombination af metoder fra forskellige teoretiske rammer, og metoderne udvikles samtidig med en stigende følsomhed overfor særlige etniske og kulturelle grupper, hvilket alt i alt skaber en fleksibilitet, der maksimerer chancerne for adoption og udbredelse i praksis.

3. Den danske ungebehandling sammenholdt med international forskning

3.1 Indledning

Som beskrevet i kapitel 2, er der på nuværende tidspunkt udviklet nogle få guidelines for behandling af unge med misbrugsproblemer (Austin et al. 2005; Brannigan et al. 2004; AACAP 2005). Af særlig interesse for denne rapport er Brannigan et al.s guideline, dels fordi deres guideline er bygget op omkring en beskrivelse af mindstekravene til selve behandlingstilbuddet eller –strukturen og ikke kun til nogle konkrete behandlingsmetoder. Dels fordi deres guideline er udviklet med samme mål for øje som denne rapport, nemlig at give et overordnet billede af kvaliteten af et helt lands behandlingstilbud, i deres tilfælde i USA. I de følgende afsnit vil Brannigan et al.s guideline og dens anvendelse som evalueringsredskab blive beskrevet, hvorefter guidelinen vil blive brugt som analyseredskab i forhold til den danske ungebehandling.

3.2 Brannigan et al.s guideline og evalueringen af de bedste amerikanske behandlingsorganisationer

I 2004 konkluderede Brannigan et al., at kun 10 procent af det estimerede antal unge 12-17-årige amerikanere med misbrugsproblemer modtog behandling, og at mange af behandlingscentrene for voksne misbrugere ikke havde succes med at imødekomme de særlige behandlingsbehov, som knytter sig til de helt unge med misbrugsproblemer. På denne baggrund besluttede Brannigan et al. at foretage en systematisk evaluering af kvaliteten af ungebehandlingen i en række af USA's bedste behandlingsorganisationer. Målet var at udvikle en guide, der kunne definere, hvad der er god behandlingskvalitet, og dermed hjælpe forældre, læger, ungdomsdomstole, skolevejledere mv. med at træffe informerede valg vedrørende behandling af de unge.

Forskergruppen foretog indledningsvis omfattende litteraturstudier, og dannede herefter et 22-personers ekspertpanel bestående af ti førende forskere, ni praktikere, og tre erfarne personer fra det politisk-administrative område. Ud af litteraturstudierne og ekspertgruppens arbejde kom en rapport, hvori der blev identificeret og beskrevet ni nøgleelementer i kvalitetsmæssig god behandling til unge med misbrugsproblemer. Med udgangspunkt i disse ni kvalitetskriterier blev der udarbejdet fem spørgsmål

inden for hvert kriterium, og man endte således med et evalueringsredskab² bygget op omkring de ni hovedkriterier, bestående af i alt 45 spørgsmål til det behandlingsprogram, der skal undersøges.

Lederne af alkohol- og stofbehandlingsorganisationerne i alle stater i USA blev herefter bedt om at udpege de mest eksemplariske behandlingsorganisationer for unge i hver stat. De udpegede behandlingsorganisationer, i alt 144, blev herefter evalueret ved hjælp af det nyudviklede evalueringsværktøj.

Kvalitetskriterierne for effektiv behandling af unge med misbrugsproblemer er ifølge Brannigan et al.:

Udredning og behandlingsmatchning: et behandlingsprogram bør udføre 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.

En omfattende, integreret behandlingstilgang: de behandlingstilbud, der ydes i behandlingsprogrammet, bør rette sig imod alle aspekter af den unges liv.

Familieinvolvering i behandlingen: der bør indgå en involvering af forældrene i den unges misbrugsbehandling.

Et udviklingsmæssigt relevant behandlingsprogram: aktiviteter og materialer bør afspejle de udviklingsmæssige forskelle mellem voksne og unge.

Engagering og fastholdelse af teenagere i behandlingen: i behandlingsprogrammet bør der opbygges et klima af tillid mellem den unge og behandleren.

Kvalificeret personale: behandlingspersonalet bør være uddannet og trænet i unges udvikling, samtidigt opdukkende mentale forstyrrelser, samt misbrugs- og afhængighedsproblematikker.

Køns- og kulturspecifikke kompetencer: behandlingsprogrammet bør være rettet imod specifikke behov hos drenge henholdsvis piger, såvel som kulturelt betingede behov blandt forskellige minoritetsgrupper.

Kontinuerlig behandling: behandlingsprogrammet bør omfatte tilbagefaldsforebyggende behandling, efterbehandlingsplaner, videre henvisning til lokale (kommunale) ressourcer, samt opfølgning.

Dokumentation og evaluering: i behandlingsprogrammet behøves stram evaluering med henblik på måling af succes, målretning af ressourcerne, og forbedring af behandlingstilbuddet.

² Key Element Components of The Quality of Highly Regarded Adolescent Substance Abuse Treatment Programs.

Brannigan et al. fandt i deres evalueringsundersøgelse, at kvalitetsniveauet blandt de 144 udvalgte behandlingsorganisationer var middelmådigt. Gennemsnits scoren var 23,8 point ud af 45 mulige. Forskergruppen fandt, at de bedst placerede organisationer havde en tendens til at være mere end 20 år gamle og sjældent under 10 år gamle. Et interessant fund, set i relation til kapitel 2's beskrivelse af de evidensbaserede behandlingsmetoder, var, at de højest scorende behandlingsorganisationer samtidig også var dem, der oftest anvendte multidimensional familierapi.

De amerikanske behandlingsorganisationer havde gennemsnitligt den dårligste behandlingskvalitet i forhold til 1) dokumentation og evaluering, 2) indsats i forhold til køns- og kulturspecifikke behov, 3) udredning og behandlingsmatchning og 4) engagering og fastholdelse i behandling. Forfatterne skriver, at de især er skuffede over den lave score i forhold til udredning og behandlingsmatchning, da udredningen efter deres mening udgør vejen til udviklingen af en effektiv behandlingsplan for den enkelte klient.

I evalueringen fandt man, at der inden for hvert af de ni kvalitetskriterier var en mindre gruppe, der scorede maksimalt antal point, men ingen scorede altså højt inden for alle ni kriterier. Forskerne tager disse resultater som bevis for, at det faktisk er muligt og realistisk at implementere behandlingsguiden i praksis.

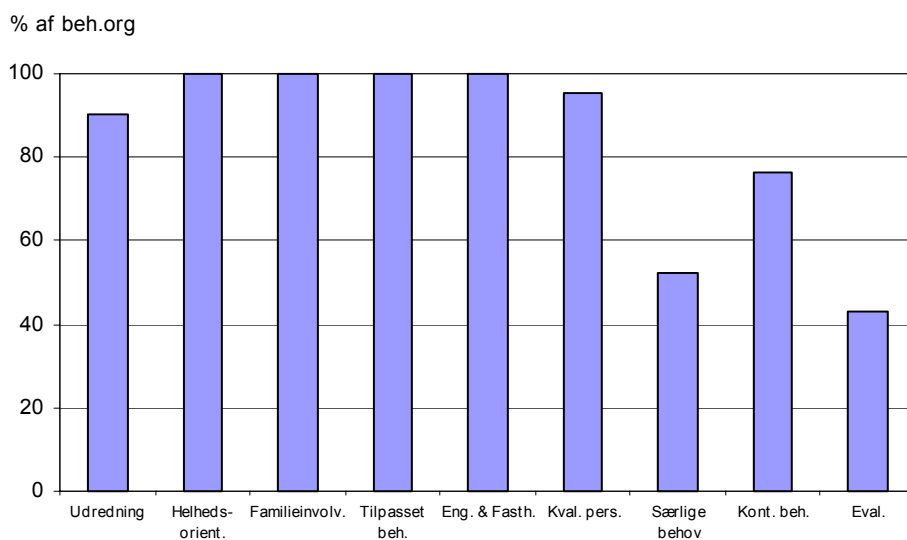
3.3 De danske ambulante behandlingsorganisationer i forhold til guidelinen

Under dataindsamlingen til denne rapport havde vi ikke adgang til de 45 spørgsmål i Brannigan et al.s evalueringsværktøj, og det er derfor ikke muligt at foretage de samme statistiske beregninger, som man foretog i USA. I stedet er de enkelte behandlingsorganisationer blevet interviewet med hvert af de ni kvalitetskriterier som indgangsspørgsmål i det semistrukturerede interview. Det er på den baggrund muligt at angive, om den enkelte behandlingsorganisation har minimum én indsats inden for hvert af de ni kriterier.

I forhold til denne lidt mere primitive kortlægningsmetode ser det ved første øjekast ud til, at de danske behandlingsorganisationer repræsenterer en gennemsnitlig høj behandlingskvalitet sammenlignet med organisationerne i USA (se figur 5).

Næsten alle danske behandlingsorganisationer har mindst én indsats i forhold til systematisk udredning, alle organisationer er orienteret imod en helhedsorienteret behandlingsindsats, imod familieinvolvering, imod at tilpasse behandlingen til målgruppen de helt unge, imod at engagere og fastholde de unge i behandlingen, og alle organisationer benytter overvejende

medicinsk, psykologisk og socialfagligt uddannet personale. Størstedelen af behandlingsorganisationerne er ligeledes orienteret imod kontinuerlig behandling i form af tilbagefaldsforebyggende behandling og videre henvisning til lokale (kommunale) ressourcer. Ligesom i USA scorer også de danske behandlingsorganisationer lavest i forhold til dokumentations- og evalueringsindsatsen, og i forhold til køns- og kulturspecifikke klientbehov. I det følgende vil de danske behandlingsorganisationers tilbud blive gennemgået uddybende i forhold til de ni kvalitetskriterier.



Figur 5

3.3.1 Udredning og behandlingsmatchning

I Brannigan et al.s første kvalitetskriterium anbefales det, at et behandlingsprogram bør udføre 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. I kortlægningen af den danske ungebehandling i 2006 har 19 af 21 behandlingsorganisationer rapporteret, at de foretager en struktureret udredning af nye klienter.

I evalueringværktøjet knytter følgende fem spørgsmål sig til det første kvalitetskriterium:

1. Benyttes der i udredningsprocessen et standardiseret værktøj til udredning af misbrug eller et struktureret klinisk interview?
2. Benyttes der i udredningsprocessen et standardiseret værktøj til udredning af klientens mentale sundhedstilstand?

3. Bliver klienten på noget tidspunkt i løbet af behandlingen gen-udredt eller gen-vurderet, når man ser bort fra rutinemæssige opdateringer af behandlingsplanen?
4. Bliver klientens sundhedstilstand undersøgt under udredningen?
5. Specificeres det i behandlingsprogrammet, at behandlingsplanen skal omfatte emner vedrørende den mentale sundhed?

I Danmark ses tendentielt to typer af behandlingsorganisationer i forhold til udredningselementet. Den ene type består af en meget lille gruppe organisationer med omfattende, interne udredningskompetencer i form af læger, psykiatere, psykologer og testuddannede socialarbejdere. Den anden type organisation udgøres af det, man kan kalde *den danske model*. Den danske model består i, at man i behandlingsorganisationen foretager en – i forhold til Brannigan et al.s anbefalinger – forholdsvis overfladisk udredning af klienten, ofte med særligt fokus på udredning af misbruget. Denne udredning foretages i nogle få tilfælde med et standardiseret værktøj til udredning af misbrug, men i de fleste organisationer foregår udredningen ved hjælp af et lokalt udviklet, struktureret klinisk interview. Hvis behandleren under arbejdet med klienten får mistanke om, at der kan være tale om andre alvorlige problemer end misbruget, vil man herefter søge at visitere klienten videre til udredning i forhold til det konkrete problem, der er mistanke om. Det kan være psykiatrisk udredning i det lokale amtskommunale psykiatrisystem, det kan være en udredning af familieforhold og/eller familieevnen, hvis der er mistanke om denne type problemer mv. Blandt de danske behandlingsorganisationer for unge under 18 år kan de fleste organisationer siges at tilhøre den danske model. Den danske model indebærer, at hovedparten af klienterne udelukkende bliver udredt ved hjælp af det strukturerede kliniske interview, hvorefter behandlingen planlægges og udføres med udgangspunkt i denne udredning. Dette betyder, at der formodentlig findes en stor gruppe unge i behandlingssystemet, der har alvorlige, behandlingskrævende problemer, som ikke opdages, og hvor man blot erfarer, at misbrugsbehandlingen ikke rigtigt har den forventede effekt. Hvis man ser på psykiatriske problemer som eksempel, rapporterer de få organisationer med høj udredningskompetence, at ca. halvdelen af klienterne blandt de unge under 18 år har psykiatriske problemer som angst, depression, ADHD, personlighedsforstyrrelse, mani-depressiv sygdom, begyndende skizofreni m.v., som man efter udredning efterfølgende behandler sideløbende med misbrugsbehandlingen, eller hvor man i hvert fald som et minimum er nødt til at tage højde for disse psykiatriske problemer for at få den ordinære misbrugsbehandling til at virke efter hensigten. Blandt organisationerne med den danske model rapporteres der derimod om ganske få

unge, der henvises til psykiatrisk udredning, i nogle tilfælde bliver der kun arbejdet med denne type udredning, hvis man modtager en klient, der netop har fået foretaget en sådan udredning i psykiatrien. Man kan således formode, at den danske model i nogen udstrækning medfører, at de unges psykiatriske problemer ikke opdages. I hvert fald ikke så tidligt som det ville være tilfældet i en organisation med høj udredningskompetence. Blandt de 21 behandlingsorganisationer rapporterer 11, at de om nødvendigt sørger for psykiatrisk udredning, enten i form af selv at kunne tilbyde ydelsen eller i form af at foranstalte undersøgelsen foretaget i det psykiatriske system. Systematisk udredning af indlæringsvanskeligheder og forældreevne synes ud fra vores data at forekomme sjældnere end den psykiatriske udredning.

3.3.2 En omfattende, integreret behandlingstilgang

I Brannigan et al.s andet kvalitetskriterium anbefales det, at de konkrete tilbud, der ydes i behandlingsprogrammet, bør rette sig imod alle aspekter af den unges liv og ikke blot selve misbrugsproblematikken. Blandt de 21 behandlingsorganisationer, der har bidraget med data til denne undersøgelse, har samtlige organisationer givet udtryk for, at man ikke betragter de unge som misbrugere, men snarere som unge med problemer, og at det er væsentligt at hjælpe de unge med alle de mere seriøse problemer, der bidrager til at fastholde dem også i en misbrugsproblematik.

I evalueringsværktøjet knytter følgende fem spørgsmål sig til det andet kvalitetskriterium:

1. Tilbydes der i behandlingsprogrammet ydelser, der er rettet imod klientens mentale tilstand, eller foranstalter man, at klienten efter behov modtager disse tilbud i andre behandlingsorganisationer?
2. Findes der i behandlingsprogrammet ydelser, der er rettet imod klientens eventuelle fysiske/helbredsmæssige problemer, eller foranstalter man, at klienten efter behov modtager disse ydelser andre steder?
3. Findes der i behandlingsprogrammet ydelser, der er rettet imod eventuelle kønssygdomme i form af testning og/eller behandling, eller foranstalter man, at klienten efter behov modtager disse ydelser andre steder?
4. Opretholder man i behandlingsprogrammet kontakt med klientens skolesystem med hensyn til at varetage skolemæssige hensyn?
5. Holder man i behandlingsprogrammet kontakt med de henvisende instanser i de tilfælde, hvor den unge er blevet henvist til behandling pga. kriminalitet?

I forhold til dette kriterium ser man tendentielt tre organiseringsformer i Danmark. I den første type behandlingsorganisation har man direkte adgang til forskellige fagspecialer, eksempelvis psykologer og psykiatrisk og medicinsk lægefaglig kompetence, og kan tilbyde disse behandlingsformer, når det findes nødvendigt. Herudover påtager man sig i denne organisationstype oftest den koordinerende rolle i forhold til at sikre, at klienterne modtager hjælp til problemer, der ligger uden for behandlingsorganisationens egen kompetence. I den anden type organisation, ungdomscentermodellen, der typisk findes i de større kommunale tilbud, finder man misbrugsbehandlingen integreret med andre tilbud til unge med problemer, hvor man kan hjælpe de unge med et bredt spekter af socialfaglige og økonomiske problemer, men hvor man typisk ikke har den lægefaglige kompetence integreret. I den tredje type organisation er vi tilbage i den danske model, hvor man har ansat en gruppe misbrugsbehandlere, der i det omfang, de opdager behov for hjælp til andre typer problemer, hjælper de unge med at få den nødvendige professionelle hjælp andre steder uden for misbrugsorganisationen. Hovedparten af de danske amtskommunale tilbud til unge misbrugere er organiseret efter den danske model, mens hovedparten af de kommunale tilbud er organiseret efter ungdomscentermodellen.

3.3.3 Familieinvolvering i behandlingen

I Brannigan et al.s tredje kvalitetskriterium anbefales det, at man i behandlingsforløbet involverer klientens forældre/familie i behandlingen. Alle 21 behandlingsorganisationer i denne undersøgelse involverer i forskelligt omfang familien i behandlingsforløbet.

I evalueringværktøjet knytter følgende fem spørgsmål sig til det tredje kvalitetskriterium:

1. Udreder man i behandlingsprogrammet klientens familie udover det at danne et overblik over familiens historie og opfattelse af situationen?
2. Sørger man i behandlingsprogrammet for terapeutisk behandling til den enkelte familie og/eller til flere familier samtidig (multifamilieterapi)?
3. Opretholder man i behandlingsprogrammet kontakt med klientens familie gennem hele behandlingsforløbet?
4. Er familie-/pårørendeinvolvering obligatorisk i behandlingsprogrammet?
5. Er det i behandlingsprogrammet specificeret, at man henviser alkohol- og stofmisbrugende forældre til behandling?

Blandt de 21 behandlingsorganisationer, der har bidraget med data til denne undersøgelse, ser man stort set en unik løsning på forældreinvolveringsop-

gaven i hver enkelt organisation. Variationen viser sig både i, hvor mange forskellige indsatser den enkelte behandlingsorganisation har i forhold til familien, og i hvor intensivt det enkelte tilbud er. I nogle behandlingsorganisationer begrænser familieinvolveringen sig til, at familien skal give tilladelse til behandlingen af den unge under 18 år, og at man derefter holder de pårørende informeret i det videre behandlingsforløb. I andre behandlingsorganisationer ser man, ud over den informerende involvering, at familien også inddrages ansvars- og opgavemæssigt i behandlingsforløbet. Dette indebærer, at behandlerne drøfter og aftaler med familien, på hvilke måder denne kan støtte behandlingen af den unge. Endelig ser man i nogle behandlingsorganisationer, at familien drages med ind i selve behandlingen, hvilket foregår gennem flere forskellige indsatser. Nogle organisationer afholder forældreaftener, hvor forældrene kommer uden den unge, og bearbejder vanskelighederne ved at være forældre til en ung med misbrugsproblemer, og hvor behandlerne i nogen udstrækning underviser forældrene i, hvad det indebærer at være ung med misbrugsproblemer, og hvordan man generelt mest hensigtsmæssigt kan forholde sig til situationen. Nogle organisationer tilbyder egentlig familiebehandling, hvor selve familiedynamikken og –kommunikationen bliver genstand for behandlingen, og endelig eksperimenterer nogle organisationer med netværksbehandling, hvor ikke kun klientens forældre, men også andre signifikante personer bliver inddraget i behandlingen, eksempelvis søskende, venner, lærere mv. Altså det der i international litteratur kaldes multidimensional familierterapi. I forhold til familieinvolvering kan man således i Danmark i forhold til behandlingen af unge med misbrugsproblemer tale om tre niveauer: informationsniveauet, medinddragelsesniveauet og behandlingsniveauet. Blandt de 21 behandlingsorganisationer har alle rapporteret at arbejde med familieinvolvering, 20 rapporterer at tilbyde familierådgivning, og ni rapporterer at tilbyde familierterapi.

3.3.4 Et udviklingsmæssigt relevant behandlingsprogram

I Brannigan et al.s fjerde kvalitetskriterium anbefales det, at behandlingsprogrammets aktiviteter og materialer bør afspejle de udviklingsmæssige forskelle mellem voksne og unge. Næsten alle behandlingsorganisationer i denne undersøgelse har under dataindsamlingen lagt meget stor vægt på, at det er et væsentligt omdrejningspunkt for opbygningen af programmet, at det er tilpasset målgruppen unge.

I evalueringsværktøjet knytter følgende fem spørgsmål sig til det fjerde kvalitetskriterium:

1. Afhænger behandlingsprogrammets aktiviteter og indholdsmæssige struktur af den enkelte klients udviklingsmæssige niveau?
2. Gør behandlingsprogrammet brug af en indholdsmæssig struktur designet specielt til unge?
3. Har man i behandlingsprogrammet inkorporeret erfaringsorienterede eller hands-on aktiviteter i behandlingen?
4. Er det i programmet udspecificeret, at fremgangsmåden er baseret på de behov, som konkret tænkende unge har og ikke til abstrakt tænkende voksne?
5. Bliver de unge klienter behandlet sammen med andre unge, eller er ungebehandlingen integreret med voksenbehandlingen?

Som allerede nævnt giver næsten alle behandlingsorganisationerne udtryk for, at der er markant forskel på opbygningen af et voksentilbud og et tilbud til unge under 18 år. En stor del af de særlige kendetegn ved ungebehandling er imidlertid knyttet til de unges ambivalente forhold til både misbruget og behandlingen, hvilket bliver beskrevet under kriteriet engagement og fastholdelse. I forhold til det særlige ved de unges behov gives der dog også en række eksempler. I forhold til behandlingsprogrammets indholdsmæssige struktur peger man i mange organisationer på, at de fleste unge under 18 år ikke selv synes, de har et misbrug, og at de derfor i starten primært kommer i behandlingsorganisationen for at få hjælp til andre problemer end misbruget, eller fordi nogle voksne er urolige for dem. Dette betyder for behandlingsstrukturen, at man ofte må arbejde et stykke tid med de unge omkring andre temaer, før det bliver relevant at arbejde med misbrugsproblematikken. Mange behandlingsorganisationer, især dem med en vis volumen, rapporterer ligeledes, at det særlige ved ungebehandling er, at det er nødt til at handle mere om ungdomsliv end om ungebehandling. Det viser sig i behandlingsprogrammet på en lang række punkter: man bruger meget tid på at tale med de unge om almindelige ungdomstemaer som kærester mv., man har forskellige former for (socialpædagogiske) aktiviteter tilknyttet behandlingen. Aktiviteter som i sig selv ikke udgør behandlingselementer, men som gør det mere naturligt for de unge at være til stede. Man fjern-kommunikerer med de unge via SMS frem for telefon eller brev mv. Med nogle få undtagelser bliver de unge tilbudt behandling sammen med andre unge og ikke integreret i voksenbehandlingen.

3.3.5 Engagering og fastholdelse af teenagere i behandlingen

I Brannigan et al.s femte kvalitetskriterium anbefales det, at der i behandlingsprogrammet bør opbygges et klima af tillid mellem de unge og behandlerne. Alle 21 behandlingsorganisationer giver udtryk for, at man er

optaget af at etablere et tillidsfuldt forhold mellem de unge og behandlingsorganisationen.

I evalueringværktøjet knytter følgende fem spørgsmål sig til det femte kvalitetskriterium:

1. Lægges der i behandlingsprogrammet vægt på at opbygge en terapeutisk alliance mellem klient og behandlere?
2. Gør man i behandlingsprogrammet brug af motivationsforstærkende teknikker, eksempelvis Motivational Interviewing?
3. Har man i behandlingsprogrammet indlagt positive forstærkninger, eksempelvis i form af at klienterne får øget ansvar og/eller privilegier med henblik på at opbygge incitament for klienternes deltagelse?
4. Er der i behandlingsprogrammet indlagt særlige rekreative programelementer, eksempelvis overlevelsesture eller kunstterapi, og/eller tilbydes der kurser af særlig interesse for unge, eksempelvis kurser i sikker sex, social færdighedstræning, aggressionsforvaltning mv., med henblik på at engagere og fastholde klienterne i behandling?
5. Gør man i behandlingsprogrammet en særlig indsats for at indlemme familien med det formål at holde klienten engageret?

I alle 21 behandlingsorganisationer i denne undersøgelse giver man udtryk for, at tilliden og i det hele taget relationen mellem behandler og klient er afgørende, skønt kun få direkte anvender begrebet terapeutisk alliance. Alle 21 organisationer rapporterer samtidig at anvende motiverende metoder som eksempelvis Motivational Interviewing eller sammenlignelige, lokalt udviklede metoder. Herudover ydes der på mange forskellige lokale måder indsatser for at engagere og fastholde de unge i behandlingen. Eksempler på dette er, at behandlerne accepterer og anerkender de unges måde at organisere kontakten på via SMS osv., at behandlerne i en stor del af organisationerne kører ud og møder de unge, hvor de selv ønsker det, i hjemmet, på skolen, på en café mv. Flexibilitet i forhold til den enkelte unge er således et af de oftest rapporterede virkemidler i forhold til at fastholde de unge. Hertil kommer, at samtlige behandlere i undersøgelsen giver kraftigt udtryk for, at det er væsentligt hele tiden at anerkende den unges måde at forstå sin egen situation på og aldrig træde ind i en formanende rolle. De unge er som hovedregel blevet mødt med mange formaninger i tiden forud for kontakten til behandlingsorganisationen og forlader behandlingen, hvis de oplever at møde løftede pegefingre. I forhold til at se på, hvilke erfaringer den danske model måske kan bidrage med i forhold til de amerikanske anbefalinger, er de danske behandleres træning i at skabe kontakt og fast-

holde de unge i behandlingsforløbet således et af de områder, det ville være relevant at udforske i højere grad, end det hidtil er sket.

3.3.6 *Kvalificeret personale*

I Brannigan et al.s sjette kvalitetskriterium anbefales det, at behandlingspersonalet bør være uddannet og trænet i unges udvikling, samtidigt opdukkende mentale forstyrrelser, samt misbrugs- og afhængighedsproblematikker. Alle 21 behandlingsorganisationer, der har bidraget med data til denne undersøgelse, benytter langt overvejende uddannet personale i form af pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, psykologer, læger mv.

I evalueringsværktøjet knytter følgende fem spørgsmål sig til det sjette kvalitetskriterium:

1. Har mindst én behandler i organisationen uddannelse/træning i forhold til unges udvikling?
2. Har mindst én behandler i organisationen uddannelse/træning i forhold til samtidigt opdukkende lidelser (eksempelvis psykiatriske lidelser)?
3. Er mindst én behandler i organisationen uddannet/trænet i familierapi?
4. Tilbyder behandlingsprogrammet løbende videreuddannelse og/eller træning til behandlingspersonalet?
5. Har alle kliniske supervisorer i organisationen som et minimum en akademisk uddannelse på masterniveau?

Spørgsmålet om, i hvilken udstrækning personalet er kvalificeret, er et af de vanskeligste spørgsmål at give et reelt svar på. Det danske sociale indsatssystem er karakteriseret ved, at man mange steder, ikke kun inden for misbrugsområdet, betragter en grunduddannelse som eksempelvis socialrådgiver eller pædagog, eventuelt suppleret med en korterevarende side-mandsoplæring, som tilstrækkeligt grundlag for at yde en lang række sociale og psykosociale tilbud. Denne tilgang til uddannelsesspørgsmålet gør sig også i vid udstrækning gældende inden for behandlingen af unge med misbrugsproblemer. Det betyder i praksis, at en meget stor del af den samlede behandlergruppe har en socialfaglig uddannelse, og igennem denne uddannelse har en mere eller mindre klar, men generel fornemmelse af menneskers udvikling, marginaliseringsprocesser, resocialiseringsprocesser osv. Samtidig er det imidlertid de færreste behandlere, der har en egentlig specialiseret, struktureret, evidensbaseret og teoretisk funderet viden om unges udvikling under normale såvel som problematiske omstændigheder. I forhold til den psykiatriske kompetence er spørgsmålet en lille smule nemmere at svare på, idet dette område i højere grad er professionaliseret i Danmark. Det vil sige, at det typisk vil være en psykiatrisk uddannet læge eller

eventuelt en psykiatrisk sygeplejerske, som tager sig af dette område. Her gælder det, som allerede tidligere beskrevet, at nogle få behandlingsorganisationer har den psykiatriske kompetence knyttet til organisationen, men hovedparten henviser til amtskommunens psykiatriske afdeling, og for de fleste behandlingsorganisationers vedkommende kun gør dette i meget begrænset omfang. Lidt bedre ser det ud i forhold til spørgsmålet om familierapeutisk uddannede behandlere. Ni af de 21 behandlingsorganisationer rapporterer at anvende familierapeutiske metoder, og for de fleste af disse organisationers vedkommende gælder det, at behandlerne faktisk har modtaget træning i disse metoder. Det kan dog spænde meget vidt fra nogle få dages metodekursus til flere års diplomgivende systemisk eller familierapeutisk efteruddannelse, og endnu flere har de seneste år gennemgået kortere eller længerevarende træningsforløb i kognitive behandlingsformer. Kun få behandlingsorganisationer har slet ikke tilbudt medarbejdere kurser og efteruddannelse. Ikke alle behandlingsorganisationer tilbyder behandlerne regelmæssig supervision, men i de organisationer, hvor der tilbydes supervision, udøves denne typisk af en psykolog og eller en psykiatrisk uddannet læge med uddannelser på masterniveau eller derover.

3.3.7 Køns- og kulturspecifikke kompetencer

I Brannigan et al.s syvende kvalitetskriterium anbefales det, at behandlingsprogrammet bør være rettet imod specifikke behov hos drenge henholdsvis piger, såvel som kulturelt betingede behov blandt forskellige minoritetsgrupper. I de 21 behandlingsorganisationer i denne undersøgelse foregår en forholdsvis stor del af behandlingen gennem individuelle samtaler, og mange behandlere vil derfor være tilbøjelige til at mene, at behandlingsforløbet i princippet er fleksibelt i forhold til alle de særlige behov den enkelte klient måtte have, også behov der ikke har med køn og kulturel baggrund at gøre.

I evalueringsværktøjet knytter følgende fem spørgsmål sig til det syvende kvalitetskriterium:

1. Er behandlingsprogrammet designet til at dække særlige behandlingsbehov hos minoritetsgrupper?
2. Tilbydes der i behandlingsprogrammet kønsopdelte behandlingstilbud?
3. Varierer behandlingsprogrammets individuelle tilbud såvel som gruppetilbuddene indholdsmæssigt i forhold til drenges henholdsvis pigers særlige behov?
4. Er behandlingsprogrammet designet til at møde særlige behandlingsbehov blandt homoseksuelle unge?

5. Har man i behandlingsprogrammet forholdsregler i forhold til at sikre en passende distance mellem klienter af modsat køn og mellem klienter og behandlere af modsat køn?

11 ud af de 21 behandlingsorganisationer i denne undersøgelse rapporterer at have særlige behandlingstilbud til særlige målgrupper. I tre tilfælde er der tale om kønsspecifikke tilbud i form af særlige tilbud til drenge, piger eller gravide. Ingen har rapporteret om særlige tilbud i forhold til bestemte etniske grupper. De organisationer, der rapporterer om særlige tilbud til særlige målgrupper, nævner i øvrigt gruppekriterier som stoftype (eksempelvis hashgrupper og feststofgrupper), alder (eksempelvis en gruppe for de yngste), bestemte faser i behandlingen (eksempelvis en motivationsgruppe, en terapigruppe eller en udslusningsgruppe) eller arbejdssituationen (grupper for unge i arbejde henholdsvis uden arbejde). Endelig rapporterer to behandlingsorganisationer, at de kontinuerligt søger at arbejde med ad hoc-grupper, hvor man etablerer en klientgruppe, så snart man på samme tid har et vist antal klienter med samme tema eller problematik (eksempelvis en temagruppe om afhængighed).

3.3.8 Kontinuerlig behandling

I Brannigan et al.s ottende kvalitetskriterium anbefales det, at behandlingsprogrammet bør omfatte tilbagefaldsforebyggende behandling, efterbehandlingsplaner, videre henvisning til lokale (kommunale) ressourcer samt opfølgning.

I evalueringværktøjet knytter følgende fem spørgsmål sig til det ottende kvalitetskriterium:

1. Udarbejder man i behandlingsprogrammet en længerevarende (be)handlingsplan udover blot at henvise klienten til andre tilbud udenfor behandlingsorganisationen?
2. Er det i behandlingsprogrammet specificeret, at behandlingsplanen skal række minimum seks måneder frem?
3. Sørger man i behandlingsprogrammet for at forbinde klienten med relevante tilbud i lokalsamfundet efter udskrivningen?
4. Tilbydes der i behandlingsprogrammet tilbagefaldsforebyggelse?
5. Foretager man i behandlingsprogrammet opfølgende tjek med klienterne efter udskrivningen?

Alle 21 behandlingsorganisationer i denne undersøgelse arbejder i større eller mindre omfang med udgangspunkt i en behandlingsplan. Der er dog, ud fra de kvalitative interviews at dømme, store forskelle fra organisation

til organisation på, hvor systematisk behandlingen udføres med udgangspunkt i den konkrete behandlingsplan. I nogle organisationer bliver behandlingsplanen brugt som et meget overordnet styringsværktøj, med en forholdsvis løs kobling til de konkrete behandlingsinitiativer. I andre organisationer fungerer udredning og behandlingsplan stramt koordinerende og styrende i forhold til de konkrete behandlingstiltag. 16 af de 21 behandlingsorganisationer rapporterer, at de systematisk tilbyder klienterne tilbagefaldsbehandling samt tilbagefaldsforebyggende behandling. Syv behandlingsorganisationer er kommunale tilbud, og de unge er således allerede under selve behandlingen inde i det kommunale system. I de 13 amtskommunale behandlingstilbud³ bliver der generelt gjort en stor indsats for at hjælpe de unge tilbage i lokal aktivitet efter behandlingen og/eller at sikre, at de er i kontakt med lokale kommunale ressourcer. 13 behandlingsorganisationer rapporterer, at de henviser klienterne til selvhjælpsgrupper, eller selv tilbyder selvhjælpsgrupper til klienterne efter endt behandling. Blandt de 21 behandlingsorganisationer har ingen rapporteret, at de systematisk følger op på de unge efter udskrivningen, men en stor del af organisationerne beskriver, at de alligevel har en uformel kontakt med mange tidligere klienter, og at disse har et stående tilbud om at komme forbi og få en snak, ligegyldigt om det går dem godt eller skidt. De organisationer, der selv tilbyder selvhjælpsgrupper til de unge, har alene af den grund en føling med en del af de udskrevne klienter.

3.3.9 Dokumentation og evaluering

I Brannigan et al.s niende kvalitetskriterium anbefales det, at der i behandlingsprogrammet behøves en stram evaluering til måling af succes, målretning af ressourcerne og forbedring af behandlingstilbuddet. Dokumentation og evaluering er, ligesom i den amerikanske undersøgelse, det nøgleelement, hvor de danske behandlingsorganisationer scorer lavest.

I Brannigan et al.s evalueringsværktøj knytter følgende fem spørgsmål sig til det niende kvalitetskriterium:

1. Indsamler man i behandlingsprogrammet sine egne data relateret til klientudbytte (eksempelvis resultater fra opfølgingsundersøgelser), og/eller forsyner man staten (eller andre evaluerings- eller forskningsinstitutioner) med disse data?
2. Analyserer man i behandlingsprogrammet sine egne indsamlede data med henblik på at måle effekten af behandlingstilbuddet?

³ Den 14. amtskommune, Bornholm, regnes i denne sammenhæng for en kommune.

3. Har man i behandlingsprogrammet gennemført sin egen formelle evaluering af behandlingsprogrammets effekt i forhold til klientudbytte?
4. Har en uafhængig instans gennemført en formel evaluering af programmets effekt i forhold til klientudbyttet?
5. Blev der i den formelle evaluering af behandlingsprogrammets effekt i forhold til klientudbyttet anvendt et videnskabeligt baseret forskningsdesign (eksempelvis i form af randomiseret rekruttering af klienter, eller i form af systematisk rekruttering af klienter, hvor resultatet blev sammenholdt med en kontrolgruppe)?

Blandt de 21 behandlingsorganisationer, der har bidraget med data til denne undersøgelse, indberetter 20 organisationer løbende data til Sundhedsstyrelsen. Ni organisationer rapporterer, at de selv jævnligt bruger den dokumentation, de indsamler til Sundhedsstyrelsen. Disse data kan imidlertid ikke sige noget om behandlingsprogrammets effektivitet i forhold til klientudbytte og dermed heller ikke rigtigt anvendes til at justere behandlingsprogrammet med. Seks organisationer rapporterer at have gjort evalueringstilsvarende tiltag med udgangspunkt i kvalitativ dataindsamling. Disse data kan således ikke bruges til at vurdere behandlingsprogrammets effekt i forhold til klientudbytte, men kan dog i nogen udstrækning anvendes til justering af behandlingsprogrammet. Ni organisationer rapporterer at have indsamlet kvantitative data. Tre organisationer rapporterer, at man kontinuerligt anvender denne dokumentation til evaluering og justering af behandlingsprogrammet.

3.4 Sammenfattende

Trods store indholdsmæssige forskelle har de 21 danske ambulante behandlingsorganisationer for unge med misbrugsproblemer på få år opbygget organisationer med en forbavsende ens tilbudsstruktur:

- næsten alle steder foretager man en systematisk udredning af de unge
- man forholder sig til de unges problemer som en helhed og ikke kun til misbrugsproblematikkerne
- man inddrager alle steder familien i behandlingen i større eller mindre omfang
- man er alle steder optaget af at give behandlingstilbuddet det særlige tilsnit, der kræves for at arbejde med den særlige målgruppe
- man er i alle organisationerne stærkt fokuserede på at vinde de unges tillid og tilbyde behandlingen på en sådan måde og med et sådant indhold, at de unge forbliver i behandlingen
- man arbejder næsten alle steder med uddannede behandlere

- den primære behandlingsform er individuelle samtaler, og disse tilpasses i vid udstrækning den enkelte klients behov, kønsspecifikke, kulturelle mv.
- de fleste steder tilbyder man systematisk klienterne tilbagefaldsforebyggende behandling og sikrer, at de er i kontakt med lokale ressourcer, når de udskrives
- næsten alle steder indberetter man data til Sundhedsstyrelsen, men kun tre steder indsamler og bearbejder man selv data med det formål at måle behandlingens effekt og på den baggrund justere behandlingsprogrammet

På det strukturelle niveau er de danske behandlingsorganisationer for unge med misbrugsproblemer altså forholdsvis ens opbygget, hvilket formodentlig til dels skyldes, at der jævnligt udveksles erfaringer på tværs af kommuner og amtskommuner, men formodentlig også at selve målgruppens behov bidrager til udviklingen af en bestemt behandlingsstruktur, hvis behandlerne er lydhøre overfor disse behov. Ser man på de enkelte elementer indenfor den overordnede behandlingsstruktur tegner der sig imidlertid store forskelle.

I forhold til udredning af klienterne ses en lille gruppe behandlingsorganisationer med en høj udredningskompetence, og en stor gruppe organisationer med en noget lavere udredningskompetence. Organisationerne med den lave udredningskapacitet er typisk organiseret omkring den danske model, hvor behandlerne sørger for at få klienten henvist til relevante typer udredning i det omfang, man opdager potentielle problemer. Denne organisationsmodel er noget mindre personalemæssigt og/eller økonomisk krævende, og passer således godt til behandlingsorganisationer med forholdsvis få behandlere. Problemet med denne fremgangsmåde ser imidlertid ud til at være, at mange unge med alvorlige problemer udover misbruget, eksempelvis psykiatriske problemer, aldrig får disse andre problemer identificeret, og i stedet blot falder ud af behandlingssystemet eller får mindre udbytte af det end planlagt.

I forhold til at tilbyde de unge et integreret behandlingstilbud er det karakteristisk, at alle behandlingsorganisationer i teorien er orienteret imod hele den enkelte unges situation og ikke kun imod misbrugsproblematikken. I praksis ses der tendentielt tre måder at organisere den integrerede behandling på. Den mest udbredte måde er den danske model, hvor misbrugsorganisationen har en lille gruppe misbrugsbehandlere ansat, der om nødvendigt baner vej for, at klienterne kan modtage andre former for hjælp i andre offentlige systemer, hvis dette skønnes nødvendigt. Den næstmest udbredte måde er den kommunale model, ungdomscentermodellen, hvor

misbrugsbehandlingsindsatsen er placeret i samme hus som en lang række andre tilbud til unge, og hvor de professionelle samarbejder tæt om at tilbyde den integrerede behandling. Endelig findes en tredje model, specialistmodellen, hvor der i behandlingsorganisationen findes psykologer og/eller psykiatere, der primært fokuserer på at tilbyde hjælp til de mentale problemer, der optræder samtidig med misbrugsproblematikken.

Alle 21 behandlingsorganisationer involverer i varierende grad klienternes familie og/eller netværk i behandlingsforløbet. I nogle organisationer indskrænkes involveringen til at dreje sig om indhentelse af samtykke og løbende information om behandlingen. I andre organisationer drages familien ansvarsmæssigt med ind i behandlingsforløbet, og i atter andre organisationer tilbydes direkte familiebehandling.

De 21 behandlingsorganisationer er alle på forskellig vis optaget af at tilpasse behandlingen til deres særlige målgruppe. Dette ses alle steder i måden, hvorpå behandlingen gribes an, men i nogle behandlingsorganisationer ses det samtidig i, at man eksempelvis tilbyder forskellige former for (socialpædagogiske) aktiviteter.

Alle behandlingsorganisationerne er optaget af at engagere og fastholde de unge i behandlingen, så længe som det opleves nødvendigt. Rent metodisk ses dette eksempelvis i, at man i alle organisationerne lægger stor vægt på opbygningen af tillid, og at man anvender motiverende metoder som eksempelvis Motivational Interviewing. Herudover ser man i en stor del af organisationerne, at behandlerne optræder meget fleksibelt i forhold til at mødes med de unge på steder og tidspunkter, der passer de unge selv.

Næsten alle behandlingsorganisationer anvender primært uddannet personale. Der er i Danmark ikke mange muligheder for at blive egentlig specialist i unges udvikling, og der findes i de fleste behandlingsorganisationer ikke personer med egentlig specialiseret viden på dette område. Til gengæld findes der mange steder socialarbejdere med stor praksiserfaring i forhold til målgruppen. En lille gruppe af behandlingsorganisationerne har specialiseret viden i forhold til psykologiske og psykiatriske problemer.

Kun få behandlingsorganisationer tilbyder særlige foranstaltninger i forhold til køns- eller kulturspecifikke behandlingsbehov, men hovedparten af behandlingen ydes gennem individuelle samtaler, i hvilke man i princippet forsøger at tilgodese alle særlige behandlingsbehov.

Alle behandlingsorganisationerne udfører behandlingen med udgangspunkt i behandlingsplaner. Der er imidlertid store variationer i forhold til, hvor styrende behandlingsplanen er i forhold til de konkrete behandlingstiltag. Næsten alle organisationer tilbyder systematisk klienterne tilbagefaldsforebyggende behandling og sikrer, at klienten er i kontakt med lokale, eventuelt kommunale, ressourcer på udskrivningstidspunktet.

Endelig indrapporterer 20 af de 21 behandlingsorganisationer løbende data til Sundhedsstyrelsen, men kun tre organisationer indsamler og analyserer selv data med henblik på at monitorere klienternes udbytte af behandlingen og om nødvendigt justere behandlingsprogrammet.

4. En overvejende kvalitativ analyse af den danske ambulante ungebehandling

4.1 Indledning

De ledere og medarbejdere, der har bidraget med data og informationer til denne undersøgelse, har svaret på de forholdsvis afgrænsende spørgsmål, der har dannet grundlaget for det foregående kapitel. Herudover har de i langt mere åbne kvalitative formuleringer beskrevet en række træk ved deres behandlingstilbud. Det drejer sig bl.a. om de principper, der er bærende for deres arbejde, den måde deres behandlingstilbud er organiseret på, og deres behandlingsorganisationers indstilling til og mulighed for at udvikle behandlingstilbuddet i retning af mere evidensbaserede tilstande.

4.2 Principperne for behandling af unge med misbrugsproblemer

I næsten alle behandlingstilbuddene har man lagt vægt på, at målgruppen – de helt unge – kræver en særlig metodisk tilgang til misbrugsbehandlingen. Dette skyldes især to faktorer; dels at de unge netop er unge, og dels at de befinder sig på et tidligt trin i en eventuel misbrugskarriere.

De unge under 18 år befinder sig i en transitionsproces (Kloep and Hendry 2004), et såkaldt livscyklusskift fra barn/ung til voksen (Kaminer and Slesnick 2005). Det betyder, at de på mange måder ser lidt anderledes på livet end de voksne, der befinder sig i miljøet omkring dem. De er i en alder, hvor rusmidler for mange spiller en vigtig rolle i det sociale og kulturelle liv. Nogle behandlere taler direkte om, at brug af rusmidler i det moderne samfund er en del af kulturproduktionen. Transitionsprocessen kræver kompetencer og ressourcer hos både de unge og de voksne, de er omgivet af, forældre, lærere mv. Disse kompetencer og ressourcer drejer sig ikke kun om gensidig håndtering af de unges omgang med rusmidler, men om håndteringen af deres skift fra barn til voksen i det hele taget, og en sideløbende håndtering af forældrenes skift fra tæt involveret til mere distanceret involveret i de unges liv. Transitionsprocessen medfører ofte en periode med øgede konflikter og afstandtagen mellem de unge og de nære voksne, et fænomen der blandt andet har givet navn til et hverdagsbegreb som *generationskløften*. De helt unge med misbrugsproblemer befinder sig naturligvis også i transitionsprocessen, men her ses den ofte som mere problematisk. I nogle tilfælde er det formodentlig manglende transitionskompetencer hos voksne og/eller de unge selv, der er en medudløsende faktor til misbrugsproblemet. I andre tilfælde har de voksnes bekymring over de unges ændrede adfærd, inklusiv eksperimenter med stoffer eller et begyndende misbrug, medført et stærkt øget pres på de unge fra de voksnes side.

I begge tilfælde vil man ofte opleve, at de unge er 'tyndslidt' i forhold til voksnes indblanding, når de kommer i kontakt med behandlingssystemet. Dette betyder, at der for behandlerne, der per definition kommer fra den anden side af generationskløften, ligger en vedvarende opgave i ikke at gå i de generationskløftfælder, der ligger klar til dem.

Et andet særligt træk ved klienterne i behandlingsorganisationerne for de helt unge er, at de befinder sig forholdsvis tidligt i en potentiel misbrugskarriere. I nogle tilfælde har de unge ikke et rusmiddelmisbrug, men deres øvrige adfærd, herunder eksempelvis afstandstagen til eller konflikter med forældre og andre voksne, giver anledning til en bekymring eller mistro hos forældrene i forhold til et eventuelt misbrug. I andre tilfælde er der tale om et eksperimenterende brug af rusmidler, og i atter andre tilfælde om et egentligt misbrug eller afhængighed af rusmidler, men hvor den enkelte unge ikke selv oplever det som et misbrug, eller i hvert fald under ingen omstændigheder oplever sig selv som misbruger med behov for misbrugsbehandling. At de unge for de flestes vedkommende befinder sig i et tidligt stadie af et muligt misbrug betyder, at de som udgangspunkt er enten afvisende eller i det mindste stærkt ambivalente i forhold til misbrugsbehandling, og dermed også i forhold til misbrugsbehandlere. I modsætning til klienterne i behandlingstilbuddene for voksne, er der en stor del af de unge, der oprindeligt ikke selv har ønsket at komme i behandling. De kommer til behandlingstilbuddet på andres opfordring, eller fordi de har søgt hjælp til helt andre problemer, eksempelvis bolig- eller økonomiske problemer, eller problemer med at følge med i undervisningen i en ungdomsuddannelse. Her er nogen så begyndt at kæde de øvrige problemer sammen med et muligt misbrug og har foranstaltet kontakten til misbrugsbehandlingen. Nogle unge er nået så langt, at de overvejer, at der kan være tale om et misbrugsproblem, men de er omvendt ikke nået længere i misbruget, end at der for dem stadig er flere tilsyneladende fordele ved at bruge rusmidlerne, end der er ulemper. I begge tilfælde kan motivationen for at modtage behandling være særdeles ustabil.

At der for de helt unge med misbrugsproblemer ofte er tale om forstærkede transitionsproces-reaktioner, og at de samtidig befinder sig på et stadie i misbruget, hvor erkendelsen af et behov for hjælp er svag eller fraværende, betyder, at de unge nemt forlader behandlingen igen efter en kort kontakt, hvis ikke denne kontakt griber meget professionelt an. Derfor har man i behandlingsorganisationerne en række mere eller mindre eksplicite principper netop for håndtering af kontakten med de unge. Disse principper har det fællestræk, at der i starten er meget fokus på at skabe tillid, og at man derudover er løbende optaget af motivationsarbejdet.

I de fleste organisationer anvender man relationsbegrebet som styrende begreb for arbejdet med at skabe tillid. ”Hvis vi bare kan få en god relation til de unge, kan vi få dem til næsten hvad som helst bagefter”, er en sætning der i forskellige udformninger går igen i mange af de kvalitative interviews. Mange behandlere beskriver, at behandlingsforløbet, især startfasen, er nødt til at foregå hundrede procent på de unges betingelser. Ellers går de deres vej med det samme. Behandlerne beskriver deres arbejdsform som, at de bruger lang tid på at tale med de unge om, hvilke rusmidler de bruger, hvordan disse rusmidler påvirker dem, hvad stoffet gør for dem, hvad de egentlig ønsker anderledes osv. Men at man samtidig ofte er nødt til at bruge lang tid med at tale om helt andre emner, familie, skole, venner, kæreste osv., før det overhovedet bliver muligt at komme til at tale om rusmidlerne. Man anerkender, at rusmidlerne har været de unges løsning på et eller andet, at det måske stadig er det, og at de måske på nuværende tidspunkt slet ikke kan undvære rusmidlet, men at man måske kan hjælpe dem med at få øget kontrol over anvendelsen af rusmidlet. Denne fremgangsmåde er et udtryk for, at man mere arbejder på at *spejle* de unge, hjælpe klienterne med at blive opmærksomme på, hvad der sker i deres eget liv, og tale med dem om, hvilke elementer i deres liv de selv ønsker at fastholde, og hvilke de ønsker påvirke. Behandlerne er generelt meget forsigtige med direkte påvirkninger i form af gode råd, anvisninger og moralisering. I nogle organisationer er man optaget af at bruge eksempelvis humor og fysiske aktiviteter som en måde at give de unge forøget lyst til at være i behandlingstilbuddet.

Man kan sige, at de fleste behandlingsorganisationer i større eller mindre omfang har bygget tilbuddet op om at opnå de unges tillid og herefter fastholde dem i behandlingen. I den udstrækning dette er på plads, bygger man herefter forskellige behandlingselementer ovenpå tillids- eller relationsarbejdet. Samtidig arbejder man i alle 21 behandlingsorganisationer med motivationsteknikker som Motivational Interviewing (Miller and Rollnick 1991) eller lokalt udviklede beslægtede teknikker, hvor man hele tiden arbejder med de unges ambivalens, ønsker til forandringer, og ønsker til behandlingen.

I de fleste behandlingsorganisationer kan man sige, at behandlingen, især den første del, er bygget op omkring en forsigtig dialogisk præget tilnærmelse til de unge ved hele tiden at spørge til deres egen opfattelse, deres egne ønsker mv. Det betyder, at hele behandlingsforløbet de fleste steder er meget situationsbestemt. Når klienten er klar til at tale om familien, bliver der talt om familien. Hvis klienten begynder at tale om seksuelle overgreb, bliver der arbejdet med dette tema osv. Når man holder den danske ungebehandling op imod de få guidelines, eksempelvis Brannigan et

al., som det blev gjort i det foregående kapitel, er et af de store kritikpunkter, at de unge ikke bliver grundigere og mere systematisk udredt, når de bliver indskrevet i behandlingsorganisationen, og at den efterfølgende behandling ofte er alt for løst koblet til den behandlingsplan, der lægges på baggrund af udredningen. Når man forholder behandlingsorganisationerne denne kritik, tilkendegiver de imidlertid frustrationer i forhold til, hvilken indflydelse en sådan tvungen og omfattende udredning og efterfølgende styring vil betyde for relationen til klienterne. Det ser således ud til, at den forholdsvis forsigtige udredning ikke kun er et udtryk for manglende udredningskompetence i organisationerne, men at hele den måde, behandlerne tænker om at vinde og fastholde klienternes tillid, passer meget dårligt sammen med ideen om indledende omfattende udredning og efterfølgende stramt styret behandling.

I en enkelt af de 21 behandlingsorganisationer går man imod relationsopbygningstankegangen. Her er man af den opfattelse, at netop fordi der er tale om unge med vanskeligheder, herunder også misbrugsproblemer, har disse unge også generelt interpersonelle problemer i forhold til familie, skole, venner mv. Hvis man arbejder på at skabe relationer til disse unge mennesker, får man skabt relationer, der kan få en u hensigtsmæssig funktion, og som alligevel skal brydes igen efter forholdsvis kort tid. Derfor siger man i denne organisation, at behandlerne skal være gode til at skabe kontakt til de unge, men relationerne skal man hjælpe dem med at skabe eller genetablere i forhold til de unges naturlige systemer, ikke i forhold til behandlerne. Det vil sige i forhold til deres familie, og i forhold til deres venner, eller i forhold til at opbygge nye og sundere venskaber og venskabsgrupper. I denne behandlingsorganisation har man samtidig det mest standardiserede behandlingsprogram blandt de 21 behandlingsorganisationer. I denne organisation, der altså er karakteriseret ved et mere styret behandlingsforløb, både hvad angår udredning og behandling, og som samtidig er kendetegnet ved at tage afstand fra relationsopbygningstankegangen, har man oplevet problemer med at fastholde deltagerne i behandlingsforløbet. Behandlingsprogrammet er imidlertid så nyt, at det ikke er muligt at sige, om disse vanskeligheder har at gøre med selve tilbuddets karakter eller om det skyldes andre omstændigheder. En af konflikterne i dansk ungebehandling i øjeblikket kan således siges at være at finde balancen mellem på den ene side et klinisk set effektivt behandlingsprogram med effektiv udredning og efterfølgende stramt styret behandling, som klienterne ikke kan fastholdes i, og på den anden side et behandlingsprogram der kan opnå tillid hos klienterne og fastholde dem i en efterfølgende behandling, som til gengæld er præget af manglende udredning og manglende kobling mellem behandlingsplan og konkrete behandlingstiltag.

4.3 Organisering af behandlingstilbuddet

I forrige kapitel blev det vist, hvordan de danske behandlingstilbud til de unge indsatsmæssigt er organiseret. Lige så væsentligt er det imidlertid, hvordan tilbuddet er organiseret i forhold til omgivelserne og andre offentlige indsatser. To aspekter ved organiseringen er her særlig interessant: hvordan organisationen løser opgaven i samarbejde med andre, og hvordan organisationen kan rekruttere klienter gennem det at samarbejde med andre.

Blandt de 21 behandlingsorganisationer i denne undersøgelse ses grundlæggende tre måder at være organiseret på i forhold til andre behandlingstilbud. Nogle ganske få organisationer er organiseret på en måde, så de i forhold til mange forskellige problemtyper er behandlingsfagligt næsten selvforsynende. I denne organisationstype bliver ikke kun misbrugsproblematikken, men også andre samtidige problemer håndteret, eksempelvis psykiatriske problemstillinger. Denne organisationstype ses primært i København. Den anden organiseringsform, som er meget udbredt blandt de amtskommunale tilbud, indebærer, at man i behandlingstilbuddet primært har misbrugsbehandlere og eventuelt nogle pædagogiske foranstaltninger, eksempelvis aktiviteter. Denne organisationstype, som også tidligere i rapporten er blevet kaldt den danske model, indebærer, at behandlerne primært kan tilbyde behandlingsmæssig hjælp til misbrugsproblematikken, og at de herudover kan hjælpe den unge med at søge hjælp til sine øvrige problemer andre steder. Hvorvidt den helhedsorienterede behandlingstilgang bliver tilgodeset i denne organisationstype afhænger helt af, i hvilket omfang den enkelte behandler påtager sig en uformel rolle som case manager. Denne rolle varetages i omfattende grad i nogle behandlingsorganisationer og i mindre grad eller slet ikke i andre organisationer. Formelt har klientens kommunale sagsbehandler opgaven at være case manager, men mange lokale sagsbehandlere er usikre overfor at håndtere behandlingsforløbet i forhold til misbrugsproblematikker (Ehrenreich og Hansen 2005), og ud fra interviewene med misbrugsbehandlerne at dømme er nogle sagsbehandlere måske af den opfattelse, at opgaven er overgivet til amtet, når den unge er henvist til ambulant misbrugsbehandling i amtets behandlingstilbud. Den tredje organiseringsform i forhold til samarbejdet udgøres af den såkaldte ungdomscentermodel, der primært er et kommunalt fænomen, der ses i større byer. Ungdomscentrene er ikke ens opbygget i alle kommuner, men det er karakteristisk, at man har mange forskellige tilbud til de unge inden for samme organisation, men tilbudt af forskellige professionelle teams. Det kan være familieteam, misbrugsteam, gadeteam mv. Ungdomscentermodellen betyder, at man med et minimum af koordinerende indsats kan tilbyde den unge mange forskellige former for hjælp, samtidig med at man

også formelt kan påtage sig case manager-rollen. I nogle ungdomscentre ser man en meget dynamisk håndtering af netop case manager-opgaven. Hvis den unge har begrænsede misbrugsproblemer, men store familiemæssige problemer, arbejdes der i tæt samarbejde mellem familieteamet og misbrugsteamet, men med familieteamet som case manager. I andre tilfælde er misbrugsproblemet dominerende i forhold til andre vanskeligheder, og da påtager misbrugsteamet sig opgaven som case manager, men overgiver da ofte opgaven til andre teams, når misbrugsproblematikken er blevet reduceret. Den helhedsorienterede behandlingstilgang, som Brannigan et al. anbefalede, har således især gode vilkår i ungdomscentermodellen.

Da behandlingsgarantien på ungeområdet i 2005 pålagde amtskommunerne at etablere selvstændige behandlingstilbud til unge under 18 år, havde nogle amter allerede i en årrække tilbudt denne ydelse, mens andre etablerede behandlingstilbuddet i 2005. I mange amter gik der rygter om, at der var en meget stor gruppe helt unge med misbrugsproblemer, der ville strømme til behandlingstilbuddet, så snart et sådant blev etableret. I nogle af de behandlingstilbud, der blev etableret i 2005, oplevede man imidlertid, at det var vanskeligere at få klienter til behandlingstilbuddet, end man havde forventet. Lokale forhold spiller formodentlig ind i forhold til denne manglende søgning til nogle af behandlingsorganisationerne, men selve organiseringen af behandlingstilbuddet i forhold til omgivelserne ser imidlertid også ud til at spille en afgørende rolle i forhold til at regulere klienttilstrømningen. I datamaterialet fra de 21 behandlingsorganisationer i denne undersøgelse ser det ud til, at i hvert fald tre indsatser øger klienttilstrømningen. Disse tre indsatser er: a) påvirkning af lokale kommunale sagsbehandlere, b) organisering af misbrugsbehandlingen sammen med andre tilbud, og c) egentligt opsøgende indsatser.

Klienttilstrømningen i især de amtskommunale behandlingstilbud er delvist afhængig af, at de mennesker, der er i kontakt med de unge i lokal-samfundet, har kendskab til det amtskommunale tilbud om misbrugsbehandling og foranlediger, at de unge med misbrugsproblemer faktisk henvises til dette tilbud. Behandlingsorganisationerne beskriver, at de kommunale sagsbehandlere i denne sammenhæng er nøglepersoner. Misbrugsproblemer blandt de helt unge er et forholdsvis sjældent tema i de kommunale sagsbehandlers daglige arbejde, og misbrugsbehandlere i nogle af amterne opfatter det som deres opgave hele tiden at gøre opmærksom på misbrugstemaet og på sig selv ved på forskellige måder at arbejde med kommunerne, tage initiativer, komme med resultater osv. Flere amtskommunale behandlingstilbud har gjort den erfaring, at man ved at vedligeholde opmærksomheden ude hos de kommunale sagsbehandlere på misbrugsproblematikken og på eksistensen af behandlingstilbuddet faktisk har opnået at

få flere klienter henvist gennem disse sagsbehandlere. I et enkelt amt forsøgte man ved etableringen af behandlingstilbuddet at udarbejde generelle aftaler med de lokale kommuner på ledelsesniveau. Disse aftaler gik dels ud på, at kommunerne skulle gøre brug af det amtskommunale behandlingstilbud, men også at de unge skulle være i gang med at modtage en social indsats i det kommunale regi. Kommunerne var imidlertid modvillige til at indgå disse generelle aftaler, og selv fra de kommuner, der havde indgået aftale, kom der ikke mange klienter. Erfaringerne fra de hidtidige forsøg med at involvere de kommunale systemer peger således på, at det har større betydning for klienttilstrømningen, at behandlingssystemet arbejder på at etablere og fastholde en opmærksomhed på misbrugsproblematikkerne hos de enkelte sagsbehandlere, der faktisk møder de unge eller deres familier, end det har at skabe opmærksomhed om behandlingstilbuddet på organisatorisk eller ledelsesmæssigt niveau i de kommunale systemer.

Den anden indsats, der ser ud til at øge tilstrømningen af klienter, er at organisere misbrugsbehandlingen tæt op ad andre behandlingstilbud til unge. Denne erfaring er naturligt nok primært gjort i de kommunale behandlingstilbud, især i ungdomscentermodellen. Som allerede beskrevet har mange unge ikke lyst til at tale om et eventuelt misbrug, eller har ikke selv set deres egen situation udvikle sig problematisk i forhold til anvendelsen af rusmidler. Men disse unge søger indimellem hjælp i det kommunale system af andre årsager. Derfor oplever de behandlingsorganisationer, der er placeret i et ungdomscenter, eller som på anden måde er meget tæt på andre kommunale tilbud til unge, at de modtager mange unge gennem deres kolleger. Eksempelvis kommer misbrugsteamet i kontakt med mange unge via familieteamet eller gadearbejderne, der i andre sammenhænge har arbejdet med de unge gennem en kortere eller længere periode.

Den tredje indsats, der ser ud til at øge klienttilstrømningen, er det egentligt opsøgende arbejde, der blandt de 21 behandlingsorganisationer findes i mange varianter. To varianter synes imidlertid i særlig grad at have indflydelse på tilstrømningen. Den ene variant drejer sig om at organisere behandlingsarbejdet i tæt samarbejde med det forebyggende netværk, der i forvejen er i kontakt med de unge i lokalsamfundet. Da man i 2005 i mange amter etablerede de nye ambulante behandlingstilbud, benyttede flere amter sig af det eksisterende netværk og kanaliserede viden om det nye tilbud ud igennem dette netværk. I et amt havde man i årene før det nye behandlingstilbud deltaget i et forsøgsprojekt omkring forebyggelse i forhold til ecstasy. I den forbindelse etablerede man et netværk af forebyggende medarbejdere i kommunerne i hele amtet. Dette netværk vedligeholdte man efterfølgende, og da man i 2005 etablerede et nyt ambulante behandlingstilbud, blev det kanaliseret ud igennem det etablerede netværk, hvilket betød, at man

havde en klienttilstrømning straks fra projektets begyndelse. Den anden variant drejer sig om, at behandlingssystemet selv på forskellige måder er i stand til at opsøge potentielle klienter. I et forsøgsprojekt i en amtskommune har man eksperimenteret med at placere en medarbejder på en produktions-skole. I misbrugsteamet i et kommunalt ungdomscenter har man ansat en opsøgende medarbejder, der opsøger de unge i gademiljøet, på skoler og ungdomsuddannelser mv. I begge tilfælde har man erfaret, at en enkelt medarbejder på kort tid kan rekruttere langt flere klienter, end behandlingsorganisationen har kapacitet til at behandle. Især forsøget med at placere en medarbejder på en produktionsskole er interessant, fordi denne medarbejder kom i kontakt med en type klienter, man normalt ikke ofte får ind i behandlingssystemet, nemlig unge der stadig er i uddannelse, og som ikke nødvendigvis er kendt i det offentlige system i forvejen.

Erfaringerne fra de 21 behandlingsorganisationer peger således på, at de kommunale sagsbehandlere, familieafdelingerne og ungdomscentrene er nøglen til især de unge, der befinder sig lidt længere ude af misbrugskarrieren, mens forebyggelsesnetværket, folkeskolen og ungdomsuddannelserne er nøglen til dem, der er i begyndelsen af karrieren. Og i den sammenhæng er det interessant, at de organisationer, der selv beskæftiger sig med det opsøgende arbejde, erfarer, at de kan rekruttere langt flere, end de har kapacitet til at behandle. Dette rejser spørgsmålet: hvor tidligt i den unges potentielle misbrugskarriere ønsker man, at behandlingssystemet og den unge skal møde hinanden? De seneste undersøgelser peger på den ene side på, at de unge, der starter et misbrug meget tidligt, har den største risiko for at komme galt af sted, og på den anden side, som en leder udtrykker det: ”Det er jo ikke alle unge, der er i nærheden af et misbrug, der har brug for behandling.”

4.4 Organisationernes forhold til evidensbaseret behandling

Med undtagelse af nogle få gamle behandlingstilbud er feltet af behandlingsorganisationer for de unge under 18 år blevet etableret fra bunden inden for de seneste to-tre år. Samtidig er de fleste behandlingsorganisationer forholdsvis små, ofte med blot tre-fire behandlere ansat. Disse behandlere har sædvanligvis en uddannelse som socialarbejdere, og deres arbejdsdag er fyldt op med individuelle samtaler og gruppeforløb med unge med misbrugsproblemer. Organisationernes størrelse og den pressede hverdag for socialarbejderne er faktorer, der i andre sammenhænge har vist sig at betyde, at man ikke samtidig har mulighed for at være systematisk optaget af at udvikle behandlingstilbuddet i overensstemmelse med den nyeste forskning, men snarere udvikler tilbuddet på baggrund af lokale, og ofte lidt tilfældige, ideer om, hvad der er god behandling. I kortlægningen af de dan-

ske behandlingstilbud har vi derfor interesseret os for, hvilke metoder man anvender, hvilken uddannelse personalet har som baggrund for at anvende disse metoder, og hvilken betydning evidensbaseret behandling i det hele taget har for de enkelte behandlingstilbud.

I forhold til anvendelsen af metoder er behandlingstilbuddene bygget forholdsvis ens op. De fleste behandlingsorganisationer foretager en udredning ved hjælp af et misbrugsrelateret udredningsværktøj eller et lokalt udviklet, struktureret klinisk interview. Alle 21 organisationer benytter kognitive behandlingsmetoder og motiverende teknikker som Motivational Interviewing (se tabel 3).

Tabel 3: Organisationernes anvendte behandlingsmetoder

Behandlingsmetoder	Anvendt som primær behandlingsmetode	Anvendt Som metode
Ingen	4	-
Kognitive metoder	9	21
Systemiske metoder	7	14
Motiverende teknikker	1	21
Psykodynamiske metoder	0	14
Familieterapeutiske metoder	0	9
Gestaltterapeutiske metoder	0	1
12-trinsmetoder	0	1

14 organisationer benytter systemiske behandlingsmetoder, 14 organisationer benytter psykodynamiske metoder, ni organisationer benytter familierapeutiske metoder, én organisation benytter gestaltterapeutiske metoder, og én organisation rapporterer at benytte elementer fra 12-trinsmetoderne.

Fire organisationer rapporterer, at de ikke har en primær behandlingsmetode at arbejde ud fra, men at man anvender den metode, der synes bedst i det enkelte tilfælde, ni organisationer arbejder primært med udgangspunkt i de kognitive metoder, syv organisationer arbejder primært ud fra de systemiske metoder, og én organisation arbejder primært ud fra de motiverende teknikker. Ingen organisationer har rapporteret at arbejde primært med udgangspunkt i psykodynamiske metoder, gestaltterapeutiske metoder eller familierapeutiske metoder.

Ser man på, hvilken uddannelse medarbejderne har i forhold til de metoder, man primært anvender, rapporterer otte organisationer, at der blandt medarbejderne findes personer med en længerevarende efteruddannelse i én eller flere af de behandlingsmetoder, der anvendes i organisationen. I 13 organisationer er der således højest tale om medarbejdere med korterevarende efteruddannelse i de anvendte metoder. Otte organisationer rapporterer, at man prioriterer individuelle efteruddannelsesforløb højest, mens 13 organisationer rapporterer, at man har som førsteprioritet at give hele personalegruppen den samme efteruddannelse.

Det dominerende billede i forhold til behandlingen af de helt unge med misbrugsproblemer er altså, at behandlingen primært ydes med udgangspunkt i motiverende, kognitive og systemiske behandlingsmetoder, hvilket er de metoder, der indtil videre også er den bedste evidens for at anvende. Tendensen har indtil videre været, at man forsøger at give hele personalegruppen et fælles metodisk udgangspunkt, men at der til gengæld overvejende er tale om korterevarende uddannelsesforløb, enkelte uddannelsesdage eller slet og ret sidemandsoplæring. De fleste organisationer rapporterer samtidig, at medarbejderne meget gerne vil videreudanne sig, endda i langt større udstrækning end organisationerne har ressourcer til. Det er imidlertid langt overvejende efteruddannelse i behandlingsmetoder, der efterspørges, mens eksempelvis uddannelse i udredningsarbejdet, i case management, eller i dokumentation, monitorering, evaluering og programudvikling ikke efterspørges i nævneværdigt omfang.

Behandlingsorganisationerne er blevet spurgt, om de finder det vigtigt at udøve evidensbaseret praksis, og hvis de finder det vigtigt, om de da faktisk udøver evidensbaseret praksis. Tre behandlingsorganisationer rapporterer, at det ikke er af betydning, om man arbejder evidensbaseret. 18 af 21 behandlingsorganisationer rapporterer, at man i princippet finder det vigtigt eller delvis vigtigt at udøve evidensbaseret praksis, og 17 af disse organisationer mener, at de selv arbejder helt eller delvis evidensbaseret. Blandt de 17 organisationer, der rapporterer at arbejde helt eller delvis evidensbaseret, har 14 organisationer importeret eller lokalt tilvirket motiverende teknikker som Motivational Interviewing samt systemiske og/eller kognitive behandlingsmetoder, mens tre organisationer er optaget af selv at udvikle lokalt evidensbaseret behandling. I seks af de 17 organisationer har medarbejderne eller nogle af medarbejderne en længerevarende efteruddannelse i de anvendte metoder. I 11 af de 17 organisationer har medarbejderne en korterevarende efteruddannelse eller en sidemandsindføring i de anvendte behandlingsmetoder.

Hvis man ser på den samlede gruppe af behandlingsorganisationer for unge med misbrugsproblemer, er det altså karakteristisk, at de fleste orga-

nisationer anvender afprøvede og i andre sammenhænge evidensstøttede behandlingsmetoder. Alle anvender kognitive metoder, 14 anvender systemiske metoder, og alle anvender motiverende teknikker. Kun i otte organisationer findes der imidlertid medarbejdere med en længerevarende efteruddannelse i de anvendte metoder. Tre organisationer er optaget af at forankre de anvendte metoder i en lokal evidenssikring. Det er karakteristisk for de fleste af de organisationer, der under dataindsamlingen var i færd med at forholde sig til uddannelse af medarbejderne, at man fokuserede på de få etablerede uddannelsesforløb, der findes i Danmark. Det vil sige kognitive misbrugsuddannelser, systemiske behandleruddannelser og i nogle få tilfælde gestaltterapeutiske misbrugsuddannelser. De organisationer, der i det hele taget har ressourcer til at efteruddanne personalet, er primært orienteret i retning af uddannelsesmarkedet og ikke i retning af, hvad der dokumenteret evidens for. I den udstrækning behandlerne overhovedet bliver efteruddannet har det således tilsyneladende større betydning, hvad der i øjeblikket tilbydes hos de private og selvejende efteruddannelsesudbydere, end hvad der rent forskningsmæssigt erklæres for evidensbaseret behandling og/eller praksis.

4.5 Sammenfattende

Ud fra de kvalitative og nogle få kvantitative data at dømme ser der ud til at knytte sig følgende karakteristika til den danske ungebehandling i øjeblikket:

Når man skal opbygge et effektivt behandlingstilbud til unge med misbrugsproblemer synes to konkurrerende principper i øjeblikket at mødes. På den ene side står et logisk-rationelt princip baseret på den seneste forskning, eksempelvis Brannigan et al. Ifølge dette princip skal behandlerne indledningsvis gennemføre en forholdsvis omfattende udredning af den enkelte unge. En udredning der ikke blot omfatter en kortlægning af misbruket og de dertil knyttede problemer, men også en udredning i forhold til eventuelle fysiske, psykiske og indlæringsmæssige problemer samt en systematisk kortlægning af familiefunktionen. På baggrund af denne grundige udredning lægges en behandlingsplan, hvortil der forventes en tæt kobling i forhold til de konkrete behandlingstiltag. På den anden side står et mere pædagogisk orienteret princip, der tager udgangspunkt i, at de fleste klienter under 18 år har en stor hudløshed i forhold til indblandende voksne, og en samtidig stor ambivalens i forhold til deres eget stofbrug og i særdeleshed til et eventuelt behov for behandling. Ud fra dette pædagogiske princip er behandlingen i højere grad baseret på at opnå de unges tillid, så man kan komme til at påvirke ambivalensen i retning af at forstærke ønsket om behandling. Herefter udreder og behandler man problemerne, i det omfang de

unge giver lov til det. De fleste danske, ambulante behandlingsorganisationer er primært organiseret omkring det pædagogiske princip, mens kun nogle ganske få i forskellige grader forsøger at organisere behandlingen omkring det logisk-rationelle princip.

Blandt de eksisterende behandlingsorganisationer ses tre forskellige typer; den fagligt næsten selvforsynende behandlingsorganisation, der har ansat, eller har direkte adgang til, mange forskellige typer professionelle; den danske model, der i øjeblikket primært ses i amtskommunerne, som primært betjener sig af misbrugsbehandlere og hjælper klienterne videre til andre tilbud, hvis det behøves, og endelig ungdomscentermodellen, der er et kommunalt fænomen. Den fagligt selvforsynende eller næsten selvforsynende behandlingsorganisation kan umiddelbart tilbyde en meget stor vifte af tilbud, men er samtidig stærkt ressourcekrævende og findes indtil videre primært i Københavnsområdet. De to organiseringsformer, man vil se flest af i fremtiden, den danske model og ungdomscentermodellen, rummer hver især forskellige muligheder, hvor det især skal bemærkes, at ungdomscentermodellen har særligt gode forudsætninger for at praktisere den helhedsorienterede tilgang til at hjælpe de unge, fordi misbrugsbehandlere i ungdomscentermodellen er placeret i samme organisation, og i praksis ofte også i samme bygning, som en række andre tilbud til de unge. Den danske model, der i dag primært ses i de amtskommunale tilbud, har blandt andet sine fortrin ved at være den mindst ressourcekrævende i forhold til, hvor stort et geografisk område der ydes tilbud, og ved at være det mest fleksible behandlingstilbud.

Når man tager udgangspunkt i de eksisterende behandlingstilbud, ser især tre indsatser ud til at have en positiv indvirkning på klienttilstrømningen; at skabe opmærksomhed om behandlingstilbuddet hos de kommunale sagsbehandlere, at organisere behandlingstilbuddet sammen med andre tiltag rettet mod de unge og endelig egentligt opsøgende indsatser.

At skabe opmærksomhed hos de kommunale sagsbehandlere synes i nogen grad at kunne øge klienttilstrømningen. Noget tyder imidlertid på, at sagsbehandlere under alle omstændigheder ikke er de bedste leverandører af unge med misbrugsproblemer. Mange af de unge er endnu slet ikke løbende i kontakt med en sagsbehandler, og de unge, der er i kontakt med en sagsbehandler, befinder sig ofte på så tidligt et stadie i deres potentielle misbrugskarriere, at hverken sagsbehandleren eller de selv er opmærksomme på, at der måske er tale om et behandlingskrævende misbrug.

Det at organisere misbrugsbehandlingen sammen med andre tilbud til de unge, sådan som det ses i ungdomscentermodellen, synes i højere grad at påvirke tilstrømningen. I ungdomscentrene rapporterer man, at man får

mange klienter ind via kollegerne i de andre teams, ikke mindst familie(behandlings)teamene.

De indsatser, der ud fra denne undersøgelses kvalitative data ser ud til i højest grad at have indflydelse på klienttilstrømningen, er de opsøgende indsatser. Dels ved at behandlingstilbuddet har en tæt relation til hele forebyggelsesnetværket, og dels ved at behandlingstilbuddet på forskellige måder selv har opsøgende medarbejdere til rådighed. Erfaringerne fra de eksisterende behandlingstilbud med opsøgende medarbejdere til rådighed peger på, at især ungdomsuddannelserne er relevante indsatsområder. Her kommer man samtidig i kontakt med en anden del af målgruppen, end man ellers ser i behandlingscentre, nemlig de unge der stadig er i uddannelse. Gennem de opsøgende indsatser kommer man med andre ord i kontakt med de unge med misbrugsproblemer på et tidligere tidspunkt, end man ellers ville gøre. Dette stiller til gengæld behandlingsorganisationen i et nyt dilemma: hvor tidligt vil man i kontakt med de unge? Jo tidligere man kommer i kontakt, jo større er risikoen for at man kommer til at indlede et behandlingsforløb med klienter, der ikke har et egentligt misbrug, eller ikke behøvede en offentlig indsats for at komme ud af deres misbrug igen. Omvendt ved vi i dag, at netop de helt unge med misbrugsproblemer tilhører en særlig udsat gruppe i forhold til netop ikke selv at komme ud af misbruket igen.

I forhold til de anvendte behandlingsmetoder og opbygningen af behandlingstilbuddene i de eksisterende behandlingstilbud kan man sige, at der primært anvendes de metoder, som især internationale artikler og forskningsforsøg har tildelt en stærk evidens, nemlig kognitive metoder, systemiske metoder og motiverende teknikker. Til gengæld er det karakteristisk for ca. to tredjedele af behandlingsorganisationerne, at medarbejderne kun har en korterevarende uddannelse eller en sidemandsoplæring i forhold til de anvendte behandlingsmetoder. De fleste medarbejdere vil gerne videreuddannes, endda i langt højere grad end de fleste organisationer har ressourcer til, men det er primært uddannelser i behandlingsmetoder, der efterspørges, mens der stort set ikke efterspørges efteruddannelse i udredning, case management, dokumentation mv. I de behandlingsorganisationer, hvor man påtænker innovative tiltag i forhold til behandlingsmetoder, eller allerede er i gang med videreuddannelse, er man typisk primært orienteret imod, hvad der udbydes af de forholdsvis få private og selvejende uddannelsesudbydere, og ikke i retning af hvad der rent forskningsmæssigt er dokumenteret evidensbaseret.

5. Konklusioner

5.1 Indledning

I Danmark findes indtil videre kun meget usikre opgørelser over, hvor mange unge under 18 år der har mere eller mindre omfattende misbrugsproblemer. VFC Socialt Udsatte har spurgt de danske kommuner, hvor mange de selv mener, der findes. Kommunerne svarede ca. 5.200 unge, men beregningerne er præget af stor usikkerhed. Blandt andet svarede 60 kommuner, at de slet ikke havde kendskab til, at der skulle være en sådan målgruppe inden for kommunegrænsen. En del kommuner indrømmede et vist kendskab til målgruppen, men turde ikke give et skøn over, hvor mange der er tale om. En del kommuner valgte slet og ret at lade være med at reagere på VFC's henvendelse.

5.2 Et skøn over antallet af unge under 18 år med misbrugsproblemer

Hvis man overfører beregninger fra Tyskland og USA til danske forhold, findes der herhjemme 18.000 – 22.000 unge under 18 år, der ifølge det amerikanske diagnosesystem har et misbrug af eller et afhængighedsforhold til, alkohol og/eller illegale rusmidler. I 2006 forventes det, at ca. 800 – 1.000 unge under 18 år bliver behandlet i de ambulante behandlingsorganisationer, der er oprettet til netop denne målgruppe. Det svarer til ca. fem procent af det estimerede antal unge med et misbrug. Hertil kommer, at en del unge fjernes i kortere eller længere tid fra hjemmet med henblik på behandling i et såkaldt socialpædagogisk opholdssted. Endelig må der påregnes en del *skyggebehandling*, idet et mindre antal unge under 18 år får behandlet et misbrugsproblem i forskellige offentlige tilbud, hvor man ikke registrerer klienterne som værende i misbrugsbehandling. Dette kan eksempelvis foregå i de kommunale familiebehandlingsteams, eller det kan foregå hos de psykologer, som mange amter har ansat til at yde hjælp til unge i eksempelvis gymnasierne. Det er således sandsynligt, at det samlede antal unge i behandling ikke overstiger 10 procent af den potentielle klientgruppe.

5.3 Hvor mange unge i Danmark burde behandles

I USA, hvor man i 2004 også konstaterede, at man behandlede ca. 10 procent af den samlede gruppe unge med misbrugs- eller afhængighedsproblemer, konkluderede man, at det var utilfredsstillende ikke at nå en større del af gruppen. Et af de store spørgsmål er imidlertid, hvad der ville være et tilfredsstillende antal, idet en stor del af gruppen spontant ophører med

brug af psykoaktive stoffer i 20-30-årsalderen eller i hvert fald overgår til et mere rekreativt forbrug.

Tre grupper blandt de estimeret 18.000 – 22.000 unge under 18 år med misbrugsproblemer synes imidlertid at være særligt sårbare og i særlig risiko for ikke spontant at ophøre med misbruget. Den første gruppe udgøres af unge med en særlig sårbarhed overfor psykiske eller psykiatriske problemer. Der er i en række undersøgelser fundet en signifikant sammenhæng mellem udviklingen af skizofreni og psykoser, og det at bruge cannabis oftere end én gang om ugen. Den anden særligt sårbare gruppe er gruppen af helt unge med misbrugsproblemer. Unge, der begynder et stofbrug, før de er fyldt 15 år, har otte gange større risiko for at udvikle afhængighed end de, der starter, når de er 18 år eller senere. Samtidig har det vist sig, at et regelmæssigt tidligt brug af cannabis (ugentligt brug i 15-årsalderen) er forbundet med øget risiko for skole-dropout. Unge i 10. klasse, der bruger cannabis mere end en gang om ugen, har 5,6 gange øget risiko for afbrudt uddannelse. I 12. klasse er forskellen udlignet. Noget tyder imidlertid på, at det lige så meget er valget af en disintegreret eller antikonventionel livsstil, der er årsagen til, at de helt unge dropper ud af skolen, og at der blot er et sammenfald mellem denne alternative livsstil og anvendelsen af rusmidler. I forhold til de helt unge er det formodentlig derfor vigtigt under alle omstændigheder at være meget opmærksom på dem, der vælger en alternativ livsstil. Den tredje sårbare gruppe misbrugende unge er gruppen af afhængige. De fleste unge med et risikobetonet brug af rusmidler eller måske endda et egentligt misbrug kommer af sig selv ned på et rekreativt niveau eller holder helt op med at bruge rusmidlerne. Det er imidlertid ikke helt tilfældigt, hvem der af sig selv stopper et misbrug, og hvem der fortsætter. De, der stopper brugen af rusmidler eller indleder et rekreativt brug, kommer næsten alle fra risikogruppen og fra misbrugsgruppen, mens det er langt færre fra gruppen af afhængige, der spontant afslutter brugen af rusmidler. Samtidig er der en tendens til, at netop de unge fra denne gruppe, sideløbende med afhængighedsproblemet, udvikler multiple adfærdsproblemer. Blandt de estimeret 7.000 afhængige unge under 18 år er der altså en stærkt forøget risiko for, at netop disse unge ikke selv kommer ud af deres afhængighed igen, men at de tværtimod udvikler flere problemer end blot misbrugsproblemerne. Det er med andre ord vanskeligt at give et præcist bud på, hvor mange unge man burde behandle i det danske ambulante behandlingssystem, men selv med de mest forsigtige og konservative skøn kan man således roligt gå ud fra, at vi i dag i behandlingssystemerne ikke er i kontakt med så mange, som vi burde.

5.4 Kvaliteten i de eksisterende ambulante behandlingstilbud

Kvaliteten i indsatsen i de 21 ambulante behandlingsorganisationer er meget varieret, afhængig af hvilke kvalitetskriterier man ser på.

Brannigan et al.s guideline anbefaler en omfattende udredning af klienterne. Blandt de 21 ambulante behandlingsorganisationer ser man nogle ganske få med en høj udredningskompetence. I disse organisationer bliver klienterne udredt i forhold til misbrugsproblematikken, og herudover især i forhold til psykiske og psykiatriske problemer, som man herefter behandler sideløbende med selve misbrugsproblematikken. I de fleste behandlingsorganisationer ser man imidlertid en forholdsvis lav udredningskompetence, hvor man primært udreder misbrugsproblematikken, og hvor man henviser klienterne til specialiseret udredning i eksempelvis det psykiatriske system, hvis man finder dette nødvendigt. Denne fremgangsmåde er mere ressourcemæssig økonomisk, hvis den ellers virker. I de behandlingsorganisationer, hvor man har umiddelbar adgang til psykologisk og psykiatrisk udredning, vurderer man, at ca. halvdelen af klienterne har psykiatriske problemer som angst, depression, ADHD, maniodepressiv sygdom og begyndende skizofreni, som man er nødt til at behandle sideløbende, eller som man i hvert fald er nødt til at tage højde for for at få misbrugsbehandlingen til at virke. I de behandlingsorganisationer, hvor man ikke har direkte adgang til denne form for udredning, rapporterer man, at man kun forholdsvis sjældent eller aldrig får klienter henvist til psykologisk eller psykiatrisk udredning. Meget tyder således på, at der blandt klienterne i behandlingstilbudene med lav udredningskompetence befinder sig en forholdsvis stor gruppe unge med uopdagede psykiske eller psykiatriske problemstillinger, der burde behandles eller i det mindste tages højde for. Hverken i organisationerne med høj eller lav udredningskompetence rapporteres der om systematisk udredning i forhold til indlæringsvanskeligheder eller familiefunktion.

Udover at udredningen mange steder ikke er omfattende nok i forhold til anbefalingerne, er den samtidig også mange steder forholdsvis løst koblet med den efterfølgende planlægning og behandling. Dette skyldes imidlertid ikke altid sløse arbejdsmetoder. Praksis i de danske ambulante behandlingsorganisationer er nemlig præget af, at man er meget optaget af at tilpasse behandlingen til målgruppen unge generelt og til den enkelte unge. Det betyder, at man ofte kommer i klemme imellem to anbefalinger i de amerikanske guidelines. På den ene side anbefales det, at man anvender en forholdsvis logisk-rationel behandlingsstruktur, hvor man laver omfattende udredning, som man efterfølgende planlægger og udfører behandlingen med udgangspunkt i. Og på den anden side anbefales det, at man i meget høj grad tilpasser behandlingsprogrammet til de helt unges særlige behov og situation. De unges situation er imidlertid, at de meget ofte er meget

ambivalente i forhold til at være i behandling, og at der derfor er en kraftig tendens til, at de forlader behandlingen i utide, hvis det bliver for klinisk og styret. De fleste behandlingsorganisationer er derfor organiseret omkring et pædagogisk princip snarere end omkring det logisk-rationelle princip. Et princip der har som omdrejningspunkt, at man for at fastholde de unge er nødt til indledningsvis at opnå en tillidsbærende relation til dem, og at man derefter er nødt til at tilrettelægge behandlingen på deres præmisser. Dette betyder, at man ofte ikke kan begynde kontakten med en omfattende udredning og derefter systematisk behandle klienten i overensstemmelse med udredningen, sådan som det logisk-rationelle princip foreskriver, men at man begynder kontakten med noget, de unge kan holde ud og har tillid til, og derefter søger at tilrettelægge behandlingen i det omfang det kan lade sig gøre. På denne måde lykkes det i stor udstrækning de ambulante danske behandlingsorganisationer at leve op til to kvalitetskriterier: at tilpasse behandlingen til målgruppen, og at fastholde klienterne i behandling, selv om de er stærkt ambivalente. Disse kvalitetskriterier opfyldes til gengæld lidt på bekostning af kravet om systematisk udredning og efterfølgende systematisk behandling.

De behandlingsmetoder, der internationalt har den bedst dokumenterede effekt, er familiebaseret behandling, især multidimensional terapi, hvor man involverer bredere end blot forældre og søskende samt kognitive behandlingsmetoder og motiverende teknikker. Dette er samtidig de metoder, der i størst omfang benyttes blandt de 21 ambulante behandlingsorganisationer. Alle benytter kognitive metoder og motiverende teknikker, mens to tredjedele benytter systemiske metoder, der er orienteret imod de unge i deres samspil med andre. Den behandlingsform, der indtil videre har den dokumenteret bedste effekt, er familiebehandlingen. Blandt de behandlingsorganisationer, der er orienteret imod både de unge og deres familie, ses tre niveauer for indsats: nogle organisationer begrænser indsatsen til at holde familien løbende informeret med behandlingsforløbet, nogle organisationer forsøger at inddrage familien ansvarsmæssigt og opgavemæssigt i behandlingsforløbet, og endelig tilbyder nogle organisationer egentlig familiebehandling. Kun ni af de 21 behandlingsorganisationer tilbyder egentlig familiebehandling. Man kan altså sige, at behandlingsorganisationerne i store træk anvender de behandlingsmetoder, der er bedst dokumentation for. Til gengæld er behandlerne generelt dårligt uddannet i disse metoder. Næsten alle behandlere i de 21 ambulante behandlingsorganisationer har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse eller en længerevarende uddannelse som eksempelvis læge eller psykolog. Når man ser på behandlernes basisuddannelser, er de således godt uddannet i forhold til eksempelvis amerikanske behandlere, der ofte kun har en kort introducerende uddannelse til

selve misbrugsbehandlingen. I forhold til anvendelsen af behandlingsmetoderne ser det imidlertid ikke helt så godt ud. Meget få er uddannet i forhold til udredningsarbejdet, og i forhold til de anvendte behandlingsmetoder har kun otte behandlingsorganisationer én eller flere medarbejdere ansat med en længerevarende efteruddannelse i de mest anvendte behandlingsmetoder. I de øvrige 13 organisationer har medarbejderne enten en kort efteruddannelse i de anvendte metoder eller en periode med sidemandsoplæring.

Som allerede beskrevet, når man i de ambulante behandlingsorganisationer anslået ca. 5-10 procent af de unge under 18 år med misbrugsproblemer, hvilket skønnes at være utilfredsstillende. Til gengæld har man, både i de kommunale og de amtskommunale behandlingsorganisationer, gjort erfaringer med hensyn til indsatser, der kan regulere klienttilstrømningen. I forhold til de mest belastede unge synes det at fremme klienttilstrømningen, at man skaber og vedligeholder en opmærksomhed omkring behandlingstilbuddet hos de kommunale sagsbehandlere. Disse sagsbehandlere er imidlertid tilsyneladende ikke gode leverandører i forhold til de unge, der ikke har haft et omfattende misbrug i lang tid. Andre forsøg tyder på, at denne målgruppe i højere grad nås gennem forskellige former for opsøgende virksomhed. De erfaringsmæssigt mest effektive indsatser er: 1) at organisere behandlingstilbuddet i tæt samarbejde med andre tilbud til unge, sådan som man ser det i ungdomscentermodellen, 2) at organisere behandlingstilbuddet i tæt samarbejde med forebyggelsesnetværket, og, hvad der ser ud til at være mest effektivt i forhold til de unge, der endnu ikke er faldet ud af uddannelsessystemet, 3) at man i behandlingstilbuddet har ansat medarbejdere, der på hel- eller deltid arbejder på uddannelsesstederne, eksempelvis produktionsskolerne. Erfaringer med disse udstationerede medarbejdere har vist, at man på forholdsvis kort tid har kunnet rekruttere forbavsende mange unge.

5.5 Endeligt sammenfattende

- Baseret på et groft skøn opnår man i øjeblikket ambulante behandlingsmæssig kontakt med 5-10 procent af de unge under 18 år med misbrugsproblemer, men det er samtidig svært at give et præcist bud på, hvor mange procent man burde nå.
- Størstedelen af de ambulante behandlingstilbud har en lav udredningskompetence. Blandt klienterne i disse organisationer befinder sig en forholdsvis stor gruppe unge med uopdagede psykiske eller psykiatriske problemstillinger og/eller indlæringsvanskeligheder, der burde behandles eller i det mindste tages højde for.
- Størstedelen af de ambulante behandlingstilbud har stor succes med at tilpasse behandlingstilbuddet til den specielle målgruppe, og med at

fastholde de unge i behandling på trods af stor ambivalens i forhold til behandlingen. Dette har imidlertid en tendens til at ske på bekostning af systematisk udredning og efterfølgende systematisk behandling.

- De indtil videre bedst dokumenterede behandlingsmetoder til unge med misbrugsproblemer er kognitive behandlingsmetoder, familiebehandling og korterevarende motiverende teknikker. Alle de 21 ambulante behandlingsorganisationer anvender kognitive metoder og motiverende teknikker. Den behandlingsform, der indtil videre har den dokumenteret bedste effekt, familiebehandlingen, tilbydes imidlertid indtil videre kun i ni behandlingsorganisationer.
- De fleste medarbejdere i de 21 behandlingsorganisationer har enten en kort efteruddannelse i de anvendte behandlingsmetoder eller en periode med sidemandsoplæring. Kun otte organisationer har mindst én medarbejder ansat med en længerevarende efteruddannelse i mindst én af de anvendte behandlingsmetoder.
- Konkrete erfaringer har vist, at man med forskellige tiltag kan regulere tilstrømningen af klienter til behandlingstilbuddet. I forhold til de mest belastede klienter kan man øge tilstrømningen ved at skabe opmærksomhed om behandlingstilbuddet hos de kommunale sagsbehandlere. I forhold til de mindre belastede unge kan man øge tilstrømningen ved at organisere behandlingstilbuddet sammen med andre tilbud til de unge, ved at organisere behandlingstilbuddet i tæt samarbejde med forebyggelsesnetværket og ved at have opsøgende medarbejdere udstationeret i ungdomsuddannelserne, eksempelvis produktionsskolerne. Især det sidste tiltag har vist sig egnet til at rekruttere forbavsende mange klienter på kort tid.

Referencer

- AACAP, Official Action. 2005. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* Vol. 44, No. 6:609-621.
- Amtsrådsforeningen. 2004. *Status om indsatsen overfor børn og unge med misbrugsproblemer*. Pp. 1-31: Amtsrådsforeningen.
- (APA), American Psychiatric Association. 1987 & 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn (DSM-IV)*. Washington DC: APA.
- Austin, A. M., M. J. Macgowan and E. F. Wagner. 2005. Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systemic review. *Research on social work practice* Vol. 15, No. 2:67-83.
- Azrin, N. H., B. Donohue, V. A. Besalel, E. S. Kogan and R. Acierno. 1994. Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* Vol. 3:1-17.
- Beck, S. og S. Reesen. 2006a. Gymnasieelevers rusmiddelkultur i tal. Pp. 45-55 i S. Beck og S. Reesen (red.): *Rundt om rusen - en antologi om unge og rusmidler*. Syddansk Universitet.
- Beck, S. og S. Reesen. 2006b. Narkotika - kulturhistorisk og aktuelt. Pp. 95-98 i S. Beck og S. Reesen (red.): *Rundt om rusen - en antologi om unge og rusmidler*. Syddansk Universitet.
- Bombardiera, C. and A. Maetzelb. 1999. Pharmacoeconomic evaluation of new treatments: efficacy versus effectiveness studies? *Annals of the Rheumatic Diseases*. Vol. 58 (Suppl.), November:182-185.
- Brannigan, R., B. R. Schackman, M. F. and R. B. Millman. 2004. The Quality of Highly Regarded Adolescent Substance Abuse Treatment Programs - Results of an In-depth National Survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* Vol. 158, Sep:904-909.

- Brook, J., D. W. Brook and K. Pahl. 2006. The developmental context for adolescent substance abuse intervention. Pp. 25-51 in H. A. Liddle and C. L. Rowe (eds.): *Adolescent Substance Abuse - Research and Clinical Advances*. New York: Cambridge University Press.
- Brown, S. A. and D. E. Ramo. 2006. Clinical course of youth following treatment for alcohol and drug problems. Pp. 79-103 in H. A. Liddle and C. L. Rowe (eds.): *Adolescent Substance Abuse - Research and Clinical Advances*. New York: Cambridge University Press.
- Catalano, R. E., J.D. Hawkins, E. A. Wells, J. Miller and D. Brewer. 1990-91. Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *The International Journal of the Addictions* Vol. 25, NO. 9A & 10A:1085-1140.
- Deas, D. and S. E. Thomas. 2001. An Overview of Controlled Studies of Adolescent Substance Abuse Treatment. *The American Journal of Addictions* Vol. 10:178-189.
- Ehrenreich, D. og S. P. Hansen. 2005. Undersøgelse af unge under 18 år med misbrugsproblemer. Pp. 1-63. København: VFC Socialt Udsatte.
- Faeh, D., B. Viswanathan, A. Chiolero, W. Warren and P. Bovet. 2006. Clustering of smoking, alcohol drinking and cannabis use in adolescents in a rapidly developing country. *BMC Public Health* Vol. 6, No. 169:1-8.
- Friedman, A. S. 1989. Family therapy vs. parent groups: Effects on adolescent drug abusers. *American Journal of Family Therapy* Vol. 17, No. 4:335-347.
- Grella, C. 2006. The Drug Abuse Treatment Outcomes Studies: outcomes with adolescent substance abusers. Pp. 148-173 in H. A. Liddle and C. L. Rowe (eds.): *Adolescent Substance Abuse - Research and Clinical Advances*. New York: Cambridge University Press.
- Hall, W. 2006. The Mental Health Risks of Adolescent Cannabis Use. *PLOS Medicine* Vol. 3, February:0159-0162.

- Harford, T. C., B. F. Grant, H. Yi and C. M. Chen. 2005. Patterns of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence Criteria Among Adolescents and Adults: Results From the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* Vol. 29, No. 5, May:810-828.
- Henggeler, S. W. 1999. Multisystemic therapy: an overview of clinical procedures, outcomes and policy implications. *Child and Psychology and Psychiatry Review* Vol. 4:2-10.
- Jespersen, C. og M. B. Sivertsen. 2005. Unges sociale problemer - en forskningsoversigt. Pp. 1-180. København: Socialforskningsinstituttet.
- Joanning, H., W. Quinn, F. Thomas and R. Mullen. 1992. Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *Journal of Marital and Family Therapy* Vol. 18:345-356.
- Kaminer, Y., C. Blitz, J. Burleson, R. M. Kadden and B. J. Rounsaville. 1998. Measuring treatment process in cognitive-behavioral and interactional group therapies for adolescent substance abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease* Vol. 186:407-413.
- Kaminer, Y. and J. Burleson. 1999. Psychotherapies for adolescent substance abusers: 15-month follow-up of a pilot study. *American Journal on Addictions* Vol. 8, No. 2:114-119.
- Kaminer, Y. and N. Slesnick. 2005. Evidence-based cognitive-behavioral and family therapies for adolescent alcohol and other substance use disorders. *Recent developments in alcoholism: an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism* Vol. 17:383-405.
- Kaminer, Y. and H. B. Waldron. 2006. Evidence-based cognitive-behavioral therapies for adolescent substance use disorders: applications and challenges. Pp. 396-420 in H. A. Liddle and C. L. Rowe (eds.): *Adolescent Substance Abuse - Research and Clinical Advances*. New York: Cambridge University Press.

- Kloep, M. og L. B. Hendry. 2004. *Udviklingspsykologi i praksis*: Klim.
- Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen. 2004. Unges livsstil og dagligdag 2004. Pp. 1-62: Kræftens Bekæmpelse & Sundhedsstyrelsen.
- Kuntsche, Emmanuel N. 2004. Progression of a General Substance Use Pattern among Adolescents in Switzerland? Investigating the Relationship between Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use over a 12-Year Period. *European Addiction Research* Vol. 10:118-125.
- Lewis, R. A., F. P. Piercy, D. H. Sprenkle and T. S. Trepper. 1990. Family-based interventions for helping drug-abusing adolescents. *Journal of Adolescent Research* Vol. 5:82-95.
- Liddle, H. A. and G. A. Dakof. 1995. Family-based treatment for adolescent drug use: State of the science. Pp. 218-254 in E. Rahdert and D. Czechowicz (eds.): *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*. NIDA Research Monograph, Vol. 156.
- Liddle, H. A. and A. Frank. 2006. The road ahead: achievements and challenges for research into the treatment of adolescent substance abuse. Pp. 473-500 in H. A. Liddle and C. L. Rowe (eds.): *Adolescent Substance Abuse - Research and Clinical Advances*. New York: Cambridge University Press.
- Liddle, H. A., C. L. Rowe, G. A. Dakof, R. A. Ungaro and C. Henderson. 2004. Early intervention for adolescent substance abuse: pre-treatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* Vol. 36, No. 1:49-63.
- Lynskey, M., C. Coffey, L. Degenhardt, J. B. Carlin and G. Patton. 2003. A longitudinal study of the effects of adolescent cannabis use on high school completion. *Addiction* Vol. 98:685-692.
- Lynskey, M. and W. Hall. 2000. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction* Vol. 95, No. 11:1621-1630.
- Mabeck, C. E., H. Kallerup og M. Maunsbach. 1999. *Den motiverende samtale*: Dansk selskab for almen medicin.

- McCambridge, J. and J. Strang. 2004. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* Vol. 99:39-52.
- McLellan, A. T. and K. Meyers. 2004. Contemporary addiction treatment: a review of systems problems for adults and adolescents. *Biological psychiatry* Vol. 56, No. 10:764-770.
- Miller, W. R. and S. Rollnick. 1991. *Motivational Interviewing – Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, London: The Guilford Press.
- Muck, R., K. A. Zempolich, J. C. Titus, M. Fishman, M. D. Godley and R. Schwebel. 2001. An Overview of the Effectiveness of Adolescent Substance Abuse Treatment Models. *Youth and Society* Vol. 33, No. 2:143-168.
- Nelson, C. B. and H.-U. Wittchen. 1998. DSM-IV alcohol disorders in a general population sample of adolescents and young adults. *Addiction* Vol. 93, No. 7:1065-1077.
- Nielsen, A. S. 1998. Få din patient til at ændre livsstil – Om motivationskabende samtaleteknikker. *Månedsskrift for praktisk lægegerning* Vol. 76:735-743.
- Nordentoft, M. 2002. Elementer i medicinsk teknologivurdering. Pp. 149-163 i P. Jørgensen, J. Mainz and R. Rosenberg (red.): *Psykiatri - Forskning, teknologivurdering og kvalitetsudvikling*. København: Munksgaard Danmark.
- Ozechowski, T. J. and Howard A. Liddle. 2000. Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review* Vol. 3:269-298.
- Pedersen, M. U. 2005. *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

- Perkonig, A., R. Lieb and H.-U. Wittchen. 1998. Prevalence of Use, Abuse and Dependence of Illicit Drugs among Adolescents and Young Adults in a Community Sample. *European Addiction Research* Vol. 4:58-66.
- Reid, A., M. Lynskey and J. Copeland. 2000. Cannabis use among Australian adolescents: findings of the 1998 National Drug Strategy Household Survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* Vol. 24, No. 6:596-602.
- Sackett, D. L. and W. M. Rosenberg. 1995. The need for evidence-based medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine* Vol. 88, No. 11:620-624.
- Sackett, D. L., W. M. Rosenberg, J. A. M. Gray, R. B. Haynes and W. S. Richardson. 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* Vol. 312:71-72.
- Schneider, R. J. and J. Casey. 2000. Motivational versus confrontational interviewing: a comparison of substance abuse assessment practices at employee assistance programs. *Journal of Behavioral Health Services & Research* Vol. 27, Feb:60-74.
- Socialministeriet. 2005. *Unge stofmisbrugere - notat om god praksis i behandling*: Socialfagligt Center, Udsatteenheden, Socialministeriet.
- Stanton, M. D. and W. R. Shadish. 1997. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin* Vol. 122, No. 2:170-191.
- Sundhedsstyrelsen. 2006. 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 2004 - og udviklingen siden 1997. Pp. 1-54. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tait, R. J. and G. K. Hulse. 2003. A Systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review* Vol. 22:337-346.

- Tait, R. J., G. K. Hulse, S. I. Robertson and P. C. Sprivulis. 2005. Emergency department-based intervention with adolescent substance users: 12-month outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* Vol. 79:359-363.
- Tevyaw, T. O. and P. M. Monti. 2004. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction* Vol. 99 (Suppl. 2):63-75.
- Thisgaard, O. og H. Zeeberg. 2001. Under 18-årige stofmisbrugerers situation. Pp. 1-66: Formidlingscentret for Socialt Arbejde.
- Tims, F. M., M. L. Dennis, N. Hamilton, B. J. Buchan, G. Diamond, R. Funk and L. B. Brantley. 2002. Characteristics and problems of 600 adolescents cannabis abusers in outpatient treatment. *Addiction* Vol. 97 (Suppl. 1):46-57.
- Titus, J. C. and M. L. Dennis. 2006. Cannabis Youth Treatment intervention: preliminary findings and implications. Pp. 104-126 in H. A. Liddle and C. L. Rowe (eds.): *Adolescent Substance Abuse - Research and Clinical Advances*. New York: Cambridge University Press.
- Vaughn, M. G. and M. O. Howard. 2004. Adolescent substance abuse treatment: A synthesis of controlled evaluations. *Research on social work practice* Vol. 14, No. 5:325-335.
- Vind, L. 2006. En organisationssociologisk tilgang til indføring af evidensbaseret praksis i misbrugsbehandling. *Nordisk alkohol- og narkotikatidskrift*, vol. 23, No. 5:323-341.
- Wagner, E. F. and J. D. Kassel. 1995. Substance use and abuse. In R. T. Ammerman and M. Hersen (eds.): *Handbook of child behavior therapy in the psychiatric setting*. New York: John Wiley.
- Waldron, H. B. 1997. Adolescent substance abuse and family therapy outcome: a review of randomised trials. Pp. 199-234 in T. H. Ollendick and R. J. Prinz (eds.): *Advances in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press.

- Waldron, H. B. and Y. Kaminer. 2004. On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction* Vol. 99, Suppl. 2:93-105.
- Waldron, H. B., C. W. Turner and T. J. Ozechowski. 2006. Profiles of change in behavioral and family interventions for adolescent substance abuse and dependence. Pp. 357-395 in H. A. Liddle and C. L. Rowe (eds.): *Adolescent Substance Abuse - Research and Clinical Advances*. New York: Cambridge University Press.
- Weinberg, N. Z., E. Rahdert, J. Colliver and M. Glantz. 1998. Adolescent Substance Abuse: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* Vol. 37, No. 3:252-261.
- WHO, ICD-10. 1996. *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser - Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.
- Williams, R. J. and S. Y. Chang. 2000. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice* Vol. 7, No. 2:138-166.