

Behandling og andre sociale indsatser der
tilbydes unge, der misbruger rusmidler:
Strukturer, evidensorienteringer og tidlige identificerin-
ger/indsatser i folkeskoler og ungdomsuddannelser

**Behandling og andre sociale indsatser der
tilbydes unge, der misbruger rusmidler:
Strukturer, evidensorienteringer og tidlige identificerin-
ger/indsatser i folkeskoler og ungdomsuddannelser**

Leif Vind
&
Mads Uffe Pedersen

Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet
2010

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2010
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København
ISBN: 978-87-89029-82-5

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

Indhold

Forord	7
Sammenfatning.....	9
Indledning.....	13
Kapitel 1. Den ambulante behandling til unge/Opbygningen af de ambulante behandlingstilbud	17
1.1 Fremgangsmåde	17
1.2 Brannigan et al.s guideline.....	18
1.3 De danske ambulante behandlingstilbud beskrevet gennem Brannigan et al.s guideline	20
1.3.1 Vedrørende udredning og behandlingsmatchning	25
1.3.2 Behandlingselementer der knytter sig til en helhedsorienteret behandlingstilgang	30
1.3.3 Behandlingselementer der knytter sig til involvering af familien.....	33
1.3.4 Behandlingselementer der knytter sig til behandlingstilbuddets udviklingsmæssige tilpasning	35
1.3.5 Behandlingselementer der knytter sig til engagering og fastholdelse af de unge.....	38
1.3.6 Behandlingselementer vedrørende kvalificeret personale	40
1.3.7 Behandlingselementer vedrørende køns- og kulturspecifikke komponenter.....	43
1.3.8 Behandlingselementer vedrørende kontinuerlig behandling	47
1.3.9 Behandlingselementer vedrørende behandlingsudbytte (dokumentation og evaluering)	50
1.4. Sammenfatning	53
Kapitel 2. Evidensbaseret praksis i behandlingsarbejdet.....	59
2.1 Om evidensbaseret praksis.....	59
2.1.1 Argumenter for og imod evidensbaseret praksis	61
2.2 Anvendt metode i denne del af undersøgelsen	68
2.3 Anvendelsen af evidensbaseret praksis i behandlingstilbuddene	69
2.3.1 Et generelt billede af uddannelsesniveaue og metodeanvendelse	69
2.4 Behandlingsfeltets kapacitet i forhold til at opdage og indføre nye evidensbaserede praksisformer	74
2.4.1 Spredningsudfordringen.....	75
2.4.2 Implementeringsudfordringen.....	85
2.5 Sammenfattende vedrørende evidensbaseret praksis i behandlingsarbejdet	93

Kapitel 3. Håndtering af misbrugsproblemer i folkeskoler og ungdomsuddannelser	97
3.1 Fremgangsmåde	97
3.2 Forstadier til udvikling af misbrug	99
3.2.1 Tidligt manifesterede, grundlæggende problemer	100
3.2.2 Sent manifesterede, grundlæggende problemer og ungdoms- livsproblemer.....	103
3.2.3 Risikoadfærd	105
3.3 Beredskabet i folkeskolen og ungdomsuddannelserne	109
3.3.1 Beredskabet i gymnasierne	109
3.3.2 Beredskabet i de tekniske skoler	110
3.3.3 Beredskabet i folkeskolerne	111
3.3.4 Anvendelsen af folkeskolens beredskab i praksis.....	112
3.4 Systemets træghed.....	122
3.5 Systemets potentiale.....	131
3.6 Sammenfatning og konklusion	133
Referencer	137

Forord

Dette er den anden i en række publikationer fra Center for Rusmiddelforskning (CRF), Aarhus Universitet, med fokus på 13-17-årige unge med problematisk brug af rusmidler. Den første rapport satte fokus på 13-17-årige piger, deres misbrug og den behandling, de tilbydes (Pedersen, Vind og Bækbo 2009). I denne anden rapport beskrives opbygningen af og indholdet i den ambulante behandling til unge under 18 år med misbrugsproblemer i Danmark.

I årene før kommunalreformen trådte i kraft i 2007, havde de danske amtskommuner samt en række af de større kommuner opbygget særlige ambulante behandlingstilbud til unge med misbrugsproblemer. Nogle tilbud var rettet mod unge helt op til 25 år, andre modtog kun unge under 18 år. CRF så det på daværende tidspunkt som en væsentlig opgave at gøre status over, hvor langt man i kommunerne og amtskommunerne var kommet med opbygningen af disse nye tilbud til unge med misbrugsproblemer, før behandlingstilbuddene i forbindelse med kommunalreformen blev kastet ud i organisatoriske, strukturelle og ressourcemæssige ændringer. Denne status blev publiceret i rapporten 'Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer'.

I vinteren 2009-10 har CRF igen kortlagt den ambulante behandling til de unge. I undersøgelsen er der stillet nogle af de samme spørgsmål som i den oprindelige kortlægning med henblik på at følge udviklingen af denne nye gren inden for misbrugsbehandling. Herudover er der i den nye undersøgelse foretaget en kvalitativ kortlægning af folkeskolernes og ungdomsuddannelsernes beredskab i forhold til at håndtere elever med begyndende misbrug. Denne nye del er taget med, fordi den tidligere undersøgelse netop viste, at behandlingstilbuddene er i kontakt med en forholdsvis lille del af den potentielle målgruppe, og en stor del af denne målgruppe er skolesøgende på det tidspunkt, hvor de udvikler deres misbrug. Det er således væsentligt at opnå viden om, hvordan skolesystemet reagerer på elever med begyndende misbrug.

Ledere og medarbejdere i 31 ambulante behandlingstilbud, 8 folkeskoler, 2 tekniske skoler, samt medarbejdere i en række ungdoms- og/eller sociale kommunale tilbud har bidraget med kvantitative og kvalitative informatio-

ner vedrørende deres praksis og deres elever og klienter. Der skal rettes en stor tak til disse ledere og medarbejdere for at afsætte tid til interviews og besvarelse af spørgeskemaer. CRF vil ligeledes gerne takke Socialministeriet/Servicestyrelsen, som har muliggjort påbegyndelsen af projektet.

Projektet er designet og ledet af lektor Mads Uffe Pedersen, som samtidig har bidraget til analysearbejdet i rapportens kapitel 1. Projektmedarbejder Marianne Bækbøl har gennemført kvalitative interviews i alle deltagende ambulante behandlingstilbud. Akademisk medarbejder og softwareudvikler Carl Verner Skou har forestået det tekniske arbejde vedrørende undersøgelsens elektroniske spørgeskemaundersøgelse. Akademisk medarbejder Michael Mulbjerg Pedersen har bidraget med statistisk analysearbejde.

Århus, 1. september 2010

Leif Vind

Sammenfatning

Når man sammenligner de ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer med de tilsvarende amtskommunale tilbud før kommunalreformen, viser der sig på flere områder en positiv udvikling. Der er således sket en udvikling i retning af, at flere behandlingstilbud anvender screeningsinstrumenter til udredningen, mens færre behandlingstilbud udelukkende foretager behandlingsplanlægningen på baggrund af lokalt udviklede kliniske interviews.

Der er stadig et stort underskud af især psykiatrisk faglighed i behandlingsfeltet, men siden 2006 er der dog sket en mindre udvikling i retning af lettere adgang til psykiatrisk hjælp. Tendensen i retning af lettere adgang til psykiatrisk hjælp ses på to områder: Dels har lidt flere behandlingstilbud end i 2006 knyttet en psykiater til behandlingstilbuddet, og dels ses en tendens i retning af, at man i behandlingstilbuddene ansætter socialfagligt personale med arbejds erfaring fra det psykiatriske område.

Ligesom i 2006 er en af de stærkeste sider ved den danske ungebehandling, at behandlerne er stærkt optaget af at tilpasse behandlingen til målgruppen af helt unge mennesker. Og samtidig er man fagligt meget optaget af at håndtere den ambivalens, der er karakteristisk for målgruppen. Behandlerne er i høj grad optaget af motivationsorienterede aspekter i behandlingsforløbene.

Man har i behandlingstilbuddene stadig meget fokus på klienten i et bredere perspektiv end blot selve misbrugsproblemet. Dette fokus viser sig dels i, at behandlerne er optagede af at styrke klientens samlede livssituation, og dels i, at behandlerne i mange tilfælde tager et stort ansvar i forhold til det, klienten skal efter misbrugsbehandlingen. Klientens misbrugsbehandling sættes således ind i en større sammenhæng i klientens liv både aktuelt og i et tidsperspektiv.

Sammenlignet med 2006 findes der også områder af behandlingen, hvor man ikke ser en positiv udvikling. Dette gælder især ydelser til klienter med særlige behov. Der er stadig kun mindre fokus på særlige køns- og kulturspecifikke behandlingsbehov, og familiebehandling tilbydes tilsyneladende mindre i dag, end det var tilfældet i 2006. Mange behandlingstil-

bud henviser i dag til eksempelvis kommunens familieafdeling i forbindelse med behov for familiebehandling, men der er stor forskel fra kommune til kommune i forhold til, i hvilket omfang denne familiebehandling reelt tilbydes.

I forhold til monitorering, evaluering og udvikling af behandlingstilbuddenes kvalitet gælder det, at der er stor opbakning om fælles indsamling af data til eksempelvis Center for Rusmiddelforsknings UngMAP-projekt, og det er ligeledes udbredt at indsamle viden om klienternes og samarbejdspartners tilfredshed med den ydede behandling. Vanskelighederne opstår imidlertid i forhold til systematisk at anvende data til forbedring af behandlingstilbuddenes enkelte behandlingselementer. Behandlingstilbuddenes ringe størrelse betyder, at kun de færreste tilbud har mulighed for at have medarbejdere ansat med de organisatoriske og analytiske kompetencer, der kræves for at foretage den form for arbejde.

De behandlere, der arbejder med unge med misbrugsproblemer, er generelt ganske godt grundlæggende uddannede. De fleste er uddannede som enten socialrådgivere eller socialpædagoger, men også læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og lærere findes blandt personalet. Kun ganske få medarbejdere har ikke en socialfagligt relevant grunduddannelse.

Næsten alle behandlere anvender én eller flere evidensbaserede behandlingsmetoder. De mest udbredte bærende behandlingsmetoder er kognitive, systemiske og løsningsfokuserede metoder. Behandlerne har generelt en positiv holdning til at indføre nye evidensbaserede metoder. Behandlerne har grundlæggende den holdning, at forskningsbaseret viden er relevant i forhold til at forbedre praksis, hvor man i eksempelvis USA prioriterer klinisk erfaring særdeles højt, mens mange er af den opfattelse, at forskningsbaseret viden er mere eller mindre uanvendelig. De danske behandlere lægger stor vægt på, at en ny metode skal give mening for dem, og at de kan modtage den fornødne træning i den nye metode.

Blandt behandlerne i denne undersøgelse har det vist sig, at en positiv holdning til nye evidensbaserede praksisformer kombineret med en god kapacitet for at scanne omgivelserne for nye metoder er særdeles gunstig i forhold til, at der reelt bliver adopteret nye evidensbaserede praksisformer. Problemet er igen, at hovedparten af behandlingstilbuddene er af en sådan

størrelse, at det er vanskeligt at afse tid og menneskelige ressourcer til opgaven med at følge med i den internationale forskningsdokumenterede udvikling.

Som beskrevet er det udbredt blandt ungebehandlere at anvende evidensbaserede behandlingsmetoder. Det svage punkt er imidlertid måden, hvorpå disse metoder anvendes. Meget tyder på, at de evidensbaserede metoder anvendes i lokale udgaver, der går ud over effektiviteten. Dette skyldes dels, at kun 40 - 60 procent af behandlere har en uddannelse af et vist omfang i forhold til deres bærende behandlingsmetode, og dels, at der kun i sjældne tilfælde ydes feedback og supervision i korrekt anvendelse af de enkelte metoder. Man kan hævde, at udbredelsen af evidensparadigmet har medført den positive udvikling, at der næsten udelukkende anvendes kendte, evidensstøttede metoder inden for den ambulante behandling af unge med misbrugsproblemer, men at disse metoder til gengæld pga. manglende uddannelse, feedback og supervision anvendes på måder, der sænker effektivitetsniveauet.

Med udgangspunkt i ovenstående kan man konkludere, at de ambulante behandlingstilbud generelt er godt opbyggede, hvad angår de grundlæggende elementer og navnlig de individuelt rettede ydelser. Behandlingstilbuddene har, formodentlig især pga. størrelsen, sværere ved at levere mere specialiserede ydelser.

Medarbejderne i behandlingstilbuddene er veluddannede og har en overraskende positiv holdning til at indføre nye, evidensbaserede metoder, men har ofte ikke kapaciteten til at følge med i udviklingen i forhold til disse nye metoder, og har oftest heller ikke kapaciteten og kompetencerne til selv at udvikle egne behandlingstilbud med udgangspunkt i evidensbaseret viden.

Med udgangspunkt i behandlernes grundlæggende gode uddannelsesniveau og positive holdning til at indføre nye evidensbaserede praksisformer, når de opdager dem og i øvrigt har ressourcer til at indføre dem, giver det mening at overveje at etablere en central organisation, der kan varetage opgaverne:

- At etablere et velfungerende fagligt netværk eller en infrastruktur i behandlingsfeltet.
- At foretage systematisk scanning og spredning i forhold til nye evidensbaserede praksisformer.
- At etablere selv bærende uddannelsesmuligheder inden for det faglige netværk.

På trods af at misbrugsbehandlingen nu i de fleste tilfælde er organiseret i kommunalt regi, kommer de ambulante behandlingstilbud ligesom i 2006 kun i kontakt med ca. 5-10 procent af den potentielle målgruppe. Dette svarer højst til det procentvise antal unge, der har problemer med illegale stoffer, som man kommer i kontakt med i eksempelvis USA (NSDUH 2008). Noget tyder således på, at de ca. 5-10 procent udgør den mængde unge, man kommer i kontakt med, når man anvender en indtogsstruktur, hvor man tager imod de unge, der henvender sig, men herudover i de fleste tilfælde ikke foretager sig yderligere for at opnå kontakt med målgruppen. Samtidig har danske erfaringer vist, at når man foranstalter yderligere tiltag for at komme i kontakt med flere unge fra målgruppen, da er det tilsyneladende ganske let at opnå yderligere kontakt (Vind og Finke 2006). Dette giver anledning til at overveje at foranstalte eksterne opsporingsaktiviteter. Lokale forsøg har vist, at eksempelvis udstationering af misbrugskyndige socialarbejdere på tekniske skoler og produktionsskoler forholdsvis hurtigt skaber kontakt til unge fra målgruppen, som man ellers ikke tidligere har haft kontakt med (Vind og Finke 2006). Det giver ligeledes anledning til at overveje foranstaltning af kommunalt interne opsporingsaktiviteter. Kapitlet om skolernes beredskab i forhold til håndtering af unge med misbrugsproblemer har vist, at indsatsen her generelt er forsinket i forhold til udviklingen af misbruget, og at de unge i øvrigt ikke i større omfang henvises til misbrugsbehandling. Kapitlet viste imidlertid også, at der i enkelte kommuner findes måder at kortslutte trægheden på. Man kunne således overveje tættere relationer mellem de ambulante misbrugsbehandlingstilbud og ressourcepersoner i andre kommunale instanser – eksempelvis folkeskolen.

Indledning

Dette er den anden rapport i en række af publikationer fra Center for Rusmiddelforskning (CRF) med det formål at sætte fokus på behandling af 13-17-årige unge med et problematisk brug af rusmidler. Publikationerne udgør formidlingen af et forskningsprojekt, der falder i tre faser:

Fase 1: Som indledning til den første fase fik CRF via en bevilling fra Socialministeriet mulighed for at etablere monitoreringsprogrammet UngMAP (se Pedersen, Vind og Bækbøl 2009) med henblik på at identificere og følge en gruppe unge piger før, under og efter et behandlingsforløb. UngMAP er etableret, og da første rapport blev udsendt i 2009, var 73 piger registreret i programmet. Den første rapport (Pedersen et al. 2009) beskriver pigegruppen og den behandling, pigerne er blevet tilbudt.

Fase 2: Anden fase blev indledt, da CRF sammen med Statens Institut for Folkesundhed, Bispebjerg Hospital og Roskilde Universitet vandt et udbud fra Servicestyrelsen med det formål at afdække unges sociale problemer og de sociale indsatser, der tilbydes disse unge. Med denne bevilling blev det muligt at:

- a) udbrede monitoreringen via UngMAP til flere behandlingsorganisationer.
- b) udvide målgruppen til også at omfatte drenge, og i det hele taget øge mængden af unge i databasen, således at omkring 500 unge under 18 år vil blive fulgt seks måneder efter afsluttet behandling.
- c) afdække opbygningen af og indholdet i den behandlingsindsats, der tilbydes denne målgruppe i Danmark.

Fase 3: Som indledning til tredje fase har CRF fået midler til et ph.d.-stipendium med fokus på målgruppens identitetsdannelse i et sociologisk perspektiv. Denne del af forskningsprojektet påbegyndtes 1. januar 2010.

Denne anden rapport har som primært mål at beskrive de ambulante behandlingstilbud, der i dag yder behandling til unge under 18 år med problematisk brug af rusmidler. Vendingen 'problematiske brug af rusmidler' frem for eksempelvis de diagnostiske begreber 'misbrug' og 'afhængig' er valgt med omhu, idet kriteriet for at komme i behandling de fleste steder

netop er, at den unge eller andre tæt på den unge finder, at den unge har et problematisk brug af rusmidler.

I rapportens kapitel 1 beskrives opbygningen af de ambulante behandlingstilbud med udgangspunkt i ni hovedområder, der forskningsmæssigt har vist sig at have særlig stor betydning for en effektiv indsats over for unge med misbrugsproblemer. De ni hovedområder er:

- udredning og behandlingsmatchning
- integreret behandlingstilgang
- familieinvolvering
- udviklingsmæssigt relevant behandling
- engagering og fastholdelse af de unge klienter
- kvalificeret personale
- køns- og kulturspecifikke kompetencer
- kontinuerlig behandling
- dokumentation og evaluering

Der gives i kapitel 1 et billede af de kommunale ambulante behandlingstilbud med udgangspunkt i disse ni hovedområder. Center for Rusmiddel-forskning udarbejdede i 2006 en lignende beskrivelse, og de nye data sammenlignes med resultaterne fra 2006.

I rapportens kapitel 2 gives med udgangspunkt i evidensbegrebet en status over de behandlingsmetoder, der i dag anvendes i den ambulante behandling af unge med misbrugsproblemer. Der gives i kapitlet en oversigt over de mest udbredte og anvendte behandlingsmetoder, og efterfølgende gives et indblik i medarbejdernes uddannelse i de metoder, der anvendes, samt i medarbejdernes generelle holdning til at anvende evidensbaserede metoder i deres arbejde.

I rapportens kapitel 3 gives en kvalitativ beskrivelse af folkeskolernes og ungdomsuddannelsernes beredskab i forhold til at håndtere unge med begyndende misbrug. I CRF's tidligere rapport om den ambulante behandling til unge med misbrugsproblemer (Vind og Finke 2006) konstateredes det, at de ambulante behandlingstilbud kun var i kontakt med en forholdsvis lille del af den potentielle målgruppe. Samtidig ved vi fra andre undersøgelser (Vind 2010), at mange af de unge er skolesøgende på det tidspunkt, hvor de

indleder og udvikler deres misbrug. Det har derfor været af stor interesse at afdække, hvilke muligheder og interventioner skolesystemet råder over i forhold til den aktuelle målgruppe.

Kapitel 1. Den ambulante behandling til unge/Opbygningen af de ambulante behandlingstilbud

I dette kapitel beskrives de ambulante behandlingstilbud for unge under 18 år med misbrugsproblemer. Center for Rusmiddelforskning foretog i 2006 den første landsdækkende undersøgelse af den ambulante behandling til unge med misbrugsproblemer. På det tidspunkt var behandlingen veletableret i nogle få kommuner og amtskommuner, men for de fleste tilbud gjaldt det, at de var etableret inden for en ganske kort årrække. Som analyseværktøj for de indsamlede data anvendtes en på det tidspunkt ganske nyudviklet guideline fra USA (Brannigan et al. 2004). Denne guideline var særligt velegnet til formålet af to grunde:

- 1) Den fokuserer på mindstekravene til den samlede opbygning af behandlingstilbuddet frem for at fokusere snævert på anvendelsen af bestemte behandlingsmetoder, som ellers er typisk for det meste af behandlingsforskningen.
- 2) Den er udviklet med det formål at give et overordnet billede af kvaliteten af et helt lands (USA) behandlingstilbud.

I de følgende afsnit gives først en kort beskrivelse af undersøgelsens fremgangsmåde. Herefter gives en indføring i Brannigan et al.s guideline, som er anvendt som dataindsamlings- og analyseværktøj i forhold til beskrivelsen af behandlingstilbuddene. Herefter beskrives resultaterne af undersøgelsen, efterfulgt af en kort sammenligning med resultaterne fra 2006.

1.1 Fremgangsmåde

Ikke alle danske kommuner har et egentligt behandlingstilbud til unge med misbrugsproblemer, og nogle kommuner tilbyder ydelsen, men i eksempelvis et ungdomscenter, hvor man ikke nødvendigvis benævner ydelsen 'misbrugsbehandling'. Første opgave har derfor været at kortlægge, hvilke kommuner der har et egentligt ambulante behandlingstilbud til målgruppen.

En medarbejder ved CRF har foretaget en systematisk søgning på alle kommuners hjemmesider ved hjælp af en række misbrugsrelaterede søgeord. I de tilfælde, hvor kommunens hjemmeside under søgningen henviser til et konkret behandlingstilbud, er dette tilbud blevet ringet op af CRF's medarbejder og spurgt, om man aktuelt bedriver misbrugsbehandling til

unge under 18 år. De tilbud, der har svaret positivt på spørgsmålet, er herefter blevet anmodet om at deltage i undersøgelsen. Ved hjælp af denne fremgangsmåde er 30 kommunale behandlingstilbud blevet inddraget i undersøgelsen. Herudover deltager Stofrådgivningen, som ikke er et kommunalt tilbud, men som løser opgaver for flere kommuner i Københavnsområdet. Fremgangsmåden er konservativ forstået på den måde, at nogle kommuner kan have et tilbud, som ikke er nemt at finde via kommunens hjemmeside, og forstået på den måde, at en leder eller behandler i et tilbud skal udtrykke eksplicit, at der ydes misbrugsbehandling. Herudover har det efter undersøgelsens dataindsamling vist sig, at der findes et regionalt behandlingstilbud i Nordjylland. Dette tilbud indgår ikke i denne undersøgelse.

Efter at CRF har opnået kontakt med de kommunale behandlingstilbud, er lederen eller behandlingslederen blevet anmodet om et interview vedrørende opbygningen af behandlingstilbuddet. Disse interviews er i de fleste tilfælde foretaget lokalt i det enkelte behandlingstilbud og i nogle få tilfælde telefonisk.

Interviewene er foretaget med udgangspunkt i et struktureret spørgeskema baseret på Brannigan et al.s guideline. Guidelinen og spørgsmålene beskrives i det følgende afsnit.

1.2 Brannigan et al.s guideline

I 2004 konkluderede Brannigan og hendes kolleger, at mange behandlingscentre for voksne misbrugere i USA ikke havde succes med at håndtere de særlige behandlingsbehov, der knytter sig til helt unge mennesker med misbrugsproblemer. Forskerne konkluderede samtidig, at kun omkring 5-10 procent af det estimerede antal af unge amerikanere med misbrugsproblemer faktisk modtog behandling (det samme ses i NSDUH 2008). Med udgangspunkt i disse konklusioner besluttede Brannigan og hendes kolleger sig for at foretage en systematisk evaluering af kvaliteten i behandlingen af unge mellem 12 og 17 år i en række af USA's bedste behandlingsorganisationer. Forskergruppen ønskede at udvikle en guide eller guideline, der kunne definere mindstekravene for god behandling af unge med misbrugsproblemer, for dermed at hjælpe forældre, læger, ungdomsdomstole, skolevejledere mv. med at træffe informerede valg vedrørende behandling af de unge.

Efter at have foretaget omfattende litteraturstudier dannede forskergruppen et 22-personers ekspertpanel. Panelet rummede ti førende forskere, ni praktikere og tre erfarne personer fra det politisk-administrative område. Ud af arbejdet med litteraturstudierne og dialoger med ekspertpanelet kom en rapport, hvori man identificerede og beskrev ni nøgleelementer, der bør være til stede i et kvalitetsmæssigt godt behandlingstilbud til unge med misbrugsproblemer.

De ni nøgleelementer, ud fra hvilke evalueringsværktøjet er konstrueret, er følgende:

1. **Udredning og behandlingsmatchning:** et behandlingsprogram bør udføre en omfattende udredning af klienten. Heri bør indgå udredning af psykiatriske, psykologiske og medicinske problemer samt indlæringsvanskeligheder.
2. **En omfattende, integreret behandlingstilgang:** behandlingsprogrammets delelementer bør omfatte alle aspekter af den unges liv.
3. **Familieinvolvering i behandlingen:** forældrene/familien bør involveres i den unges behandling.
4. **Et udviklingsmæssigt relevant behandlingsprogram:** aktiviteter og materialer bør afspejle de udviklingsmæssige særtræk ved unge.
5. **Engagering og fastholdelse af teenagere i behandlingen:** i behandlingsprogrammet bør opbygges et tillidsvækkende klima mellem den unge og behandleren/behandlerne.
6. **Kvalificeret personale:** behandlerne bør være uddannede og trænede i unges udvikling, sameksisterende mentale forstyrrelser samt misbrugs- og afhængighedsproblematikker.
7. **Køns- og kulturspecifikke kompetencer:** behandlingsprogrammet bør være rettet imod specifikke behov hos drenge henholdsvis piger, såvel som kulturelt betingede behov blandt forskellige minoritetsgrupper.
8. **Kontinuerlig behandling:** behandlingsprogrammet bør omfatte tilbagefaldsforebyggende behandling, efterbehandlingsplaner, videre henvisning til lokale (kommunale) ressourcer samt opfølgning.
9. **Dokumentation og evaluering:** i behandlingsprogrammet behøves stram evaluering med henblik på måling af succes, målretning af ressourcerne og forbedring af behandlingsindsatsen.

Med udgangspunkt i de ni nøgleelementer eller kvalitetskriterier blev der udarbejdet et evalueringsværktøj bygget op om de ni elementer, med fem spørgsmål inden for hvert kriterium. Lederne af alkohol- og stofbehandlingsorganisationerne i alle stater i USA blev herefter anmodet om at udpege de mest eksemplariske behandlingsorganisationer for unge i hver af de amerikanske stater. De udpegede behandlingsorganisationer, i alt 144, blev herefter evalueret ved hjælp af de 45 spørgsmål i det nye evalueringsværktøj¹ (i den danske udgave dog 46 spørgsmål).

Brannigan og hendes kolleger fandt, at kvalitetsniveauet blandt de 144 evaluerede behandlingsorganisationer var middelmådigt. Den gennemsnitlige score var 23,8 point ud af 45 mulige. De bedst placerede behandlingstilbud havde en tendens til at være mere end 20 år gamle og kun sjældent under 10 år gamle. De 144 organisationer scorede generelt lavest i forhold til dokumentation og evaluering, indsatser i forhold til køns- og kulturspecifikke behov, udredning og behandlingsmatchning, og endelig engagering og fastholdelse i behandling. Inden for alle ni nøgleområder var der organisationer, der scorede det optimale antal point, og forskergruppen tog dette som bevis for, at det faktisk er muligt og realistisk at implementere et behandlingstilbud, der lever optimalt op til alle ni mindstekrav.

Forskergruppen var især skuffet over den lave score i forhold til udredning og behandlingsmatchning, idet især udredningen efter gruppens mening udgør vejen til udviklingen af en effektiv behandlingsplan for den enkelte klient.

1.3 De danske ambulante behandlingstilbud beskrevet gennem Brannigan et al.s guideline

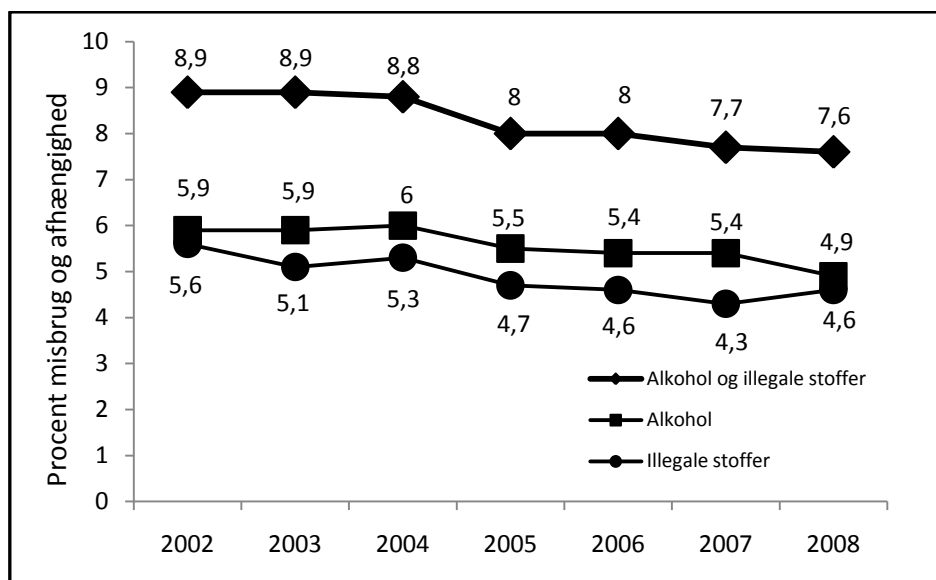
Blandt de 31 behandlingstilbud, der deltager i denne del af undersøgelsen, behandler 10 tilbud udelukkende unge under 18 år. 12 tilbud behandler unge op til 25 år, og 9 behandlingstilbud behandler de unge under samme tag som voksne misbrugere, men dog ikke sammen med de voksne.

Der er generelt ingen grænse for, hvor mange unge der tages i behandling. En enkelt enhed nævner 12 unge pr. år, men herudover er kapaciteten af-

¹ Key Element Components of the Quality of Highly Regarded Adolescent Substance Abuse Treatment Programs.

hængig af behandler-ressourcerne. Blandt de 29 behandlingstilbud, der har indrapporteret antallet af unge i behandling i perioden 1. november 2008 til 31. oktober 2009, angives ca. 690. Et behandlingstilbud blandt de deltagende har ikke indrapporteret antallet af unge i behandling, og samtidig har CRF viden om, at der findes ambulante behandlingstilbud i Danmark, der af forskellige grunde ikke deltager i denne undersøgelse. Der er således grund til at tro, at det faktiske antal unge i ambulant misbrugsbehandling i perioden 1. november 2008 til 31. oktober 2009 er højere end 690 unge. I undersøgelsen fra 2006 (Vind og Finke 2006) havde de amtskommunale ambulante behandlingstilbud for unge under 18 år forventeligt 800 til 1.000 unge i behandling gennem 2006.

Hvor mange unge under 18 år har et misbrug/er afhængige af rusmidler: Spørgsmålet er så, hvor stor målgruppen er – altså hvor mange danske unge under 18 år der kunne tænkes at have behov for misbrugsbehandling. De fleste undersøgelser af misbrug/afhængighed af de helt unge fokuserer på alkohol. En undtagelse er den amerikanske ”National Survey on Drug Use and Health (se NSDUH). Her skelnes der mellem alkohol og illegale stoffer. NSDUH er en national repræsentativ undersøgelse af amerikanernes forbrug/misbrug/afhængighed af rusmidler og den behandling, de tilbydes. Misbrug/afhængighed vurderes ud fra det amerikanske diagnosesystem DSM-IV. Undersøgelsen gennemføres hvert år og indeholder direkte interviews med 60-70.000 amerikanere over 12 år. Andelen af amerikanske 12-17-årige, der har udviklet et misbrug/er blevet afhængige af rusmidler ifølge NSDUH, er vist i omstående figur 1.



Figur 1. Afhængighed og misbrug af alkohol og illegale stoffer blandt unge mellem 12-17 år fra 2002-2008.

Kilde: Se <http://www.oas.samhsa.gov/NSDUH/2k8NSDUH/2k8results.cfm#Ch7>

Som det ses i figur 1, har andelen af 12-17-årige unge, der har udviklet misbrug/afhængighed, været faldende siden 2002. Det stemmer meget godt overens også med danske surveys over danske unges forbrug. Her måles andelen af unge med misbrug/afhængighed dog ikke (se Rheinländer & Nielsen, 2007: 59 og 61 og Hibell et al. 2009). De amerikanske tal viser, at 4,6 % af de 12-17-årige har udviklet et misbrug/afhængighed af illegale stoffer. Hvis dette overføres til danske forhold, giver det følgende antal 12-17-årige unge med misbrug/afhængighed af rusmidler:

En årgang unge er på ca. 60.000. 12-17-årige udgør seks årgange = 360.000. 4,6 % af 360.000 = 16.560 danske 12-17-årige som har udviklet et misbrug/afhængighed af illegale stoffer. Hvis alkohol også inkluderes, er det 27.360 (7,6 %).

Misbrug betyder, at den unge gentagne gange inden for det seneste år har haft problemer, der kan tilskrives forbruget (f.eks. udeblivelser fra skole/passager ikke praktikplads, konflikter/slagsmål med familie/andre unge, kriminalitet mm.). Næste fase er afhængighed, hvor den unge oplever det nødvendigt at tage stoffet for bl.a. at undgå abstinenser. *Amerikanerne anser misbrug/afhængighedsdiagnosen som indikation på et behandlingsbehov* (se link under figur 1). Af de 1,2 millioner amerikanske unge mellem

12-17 år, som havde et behandlingsbehov for deres misbrug/afhængighed af illegale stoffer, modtog 9,3 % (111.000) behandling på et dertil indrettet misbrugsbehandlingscenter i 2008. Hvis vi overfører tallene til danske unge, der misbruger/er afhængige af illegale stoffer, ser vi, at ca. 1000 ud af skønnet ca. 16.000 har modtaget et specifikt misbrugsbehandlingstilbud (6,3 %). I det følgende skønnes det, at det danske behandlingssystem når mellem 5-10 % af målgruppen. I 2009 var de kommunale ambulante behandlingstilbud i kontakt med ca. det samme antal unge, som det var tilfældet for de amtskommunale tilbud i 2006. Behandlingssystemet har altså haft kontakt til estimeret 5-10 % af målgruppen (illegale stoffer) i såvel 2006 som i 2009.

Såvel i USA som i Danmark synes der i mindre grad at være fokus på unges alkoholmisbrug/afhængighed. I USA er det dog omkring 6,2 % af de unge under 18 år, som misbruger/er afhængige af alkohol, som modtager behandling for deres alkoholproblemer. En sådan alkoholbehandling for danske unge under 18 år eksisterer næsten ikke. DSM-IV-diagnosen er en meget konservativ diagnose, og amerikanerne ville antageligt anse mange danske unges forbrug af alkohol som misbrug. I Danmark anser vi et stort forbrug af alkohol som en del af den danske ungdomskultur og ser det næppe i så høj grad som amerikanerne som et behandlingskrævende misbrug.

Man kan diskutere, om amerikanske tal overhovedet kan overføres til Danmark. Man kan også diskutere, om USA faktisk har større problemer med forbrug af illegale stoffer end Danmark. Noget kunne f.eks. tyde på, at amerikanske unge har et større forbrug af cannabis end danske unge. F.eks. er det 12,7 % af de 16-17-årige amerikanere, der har haft et forbrug af hash den sidste måned. Blandt 16-20-årige danskere er det samme tilfældet for 7,9 %. Måske er der flere socialt udsatte unge i USA, hvilket ofte kan knyttes til misbrug/afhængighed af stoffer. Hvis det er tilfældet, er 4,6 % måske for højt et tal at overføre til danske forhold. Dertil kommer, at forbrugskulturen og forståelsen af, hvornår et rusmiddel bliver et problem, uden tvivl er anderledes i Danmark end i USA. Det sociale hjælpesystem er også mere udbygget i Danmark, hvorfor det kan diskuteres, om ikke nogle af de danske unge får hjælp på anden måde end de amerikanske unge. Selvom vi tog højde for, at problemet er større i USA end i Danmark, betyder det dog

næppe, at mere end 10 % af danske unge med et misbrug af rusmidler tilbydes en specifik misbrugsbehandling.

Det danske behandlingstilbud: Blandt de 29 behandlingstilbud, der har indrapporteret antallet af indskrevne klienter, havde 5 tilbud under 10 klienter i behandling i den pågældende periode, 10 tilbud havde mellem 10 og 19 klienter i behandling, 5 tilbud havde mellem 20 og 29 klienter i behandling, 5 tilbud havde mellem 30 og 39 klienter i behandling, og 4 tilbud havde mere end 40 klienter i behandling i perioden (se tabel 1).

Tabel 1: Behandlingstilbuddene fordelt i forhold til antal indskrevne klienter

Antal klienter	Antal behandlingstilbud med klienter i behandling i perioden 1. november 2008 til 31. oktober 2009
< 10	5
10 < 20	10
20 < 30	5
30 < 40	5
40 +	4

På tidspunktet for denne undersøgelses dataindsamling var der indskrevet 378 klienter i de 29 indrapporterende behandlingstilbud.

Tabel 2: Antal indskrevne klienter ved dataindsamling i november 2009

Antal klienter	Antal behandlingstilbud med klienter aktuelt indskrevet på tidspunktet for dataindsamlingen
< 10	17
10 < 20	5
20 < 30	3
30 < 40	3
40 < 50	1

I de 26 behandlingstilbud, der har indrapporteret kønsfordelingen, er ca. 33 procent af klienterne piger. Til sammenligning er 32,7 procent af klienterne piger i CRF's database UngMAP.

Blandt de indrapporterende behandlingstilbud har 26 tilbud besvaret spørgsmål vedrørende behandling af unge med anden etnisk herkomst. Disse 26 behandlingstilbud havde sammenlagt indskrevet 46 unge med anden etnisk herkomst i perioden 1. november 2008 til 31. oktober 2009. Hovedparten af disse var muslimer.

I det følgende beskrives de 31 behandlingstilbud med udgangspunkt i Brannigan et al.s guideline for behandling af unge under 18 år med misbrugsproblemer.

1.3.1 Vedrørende udredning og behandlingsmatchning

Brannigan et al. anbefaler i forbindelse med guidelinens første mindstekrav, at der i et behandlingsprogram til unge med misbrugsproblemer bør indgå en omfattende udredning af klienten. Udredningen bør indeholde udredning af psykiatriske, psykologiske og medicinske problemer samt indlæringsvanskeligheder, familiens funktionsevne (forældreevne) og andre aspekter af den unges liv. I evalueringsværktøjet knytter følgende spørgsmål sig til det første kvalitetskrav:

- Benyttes der et standardiseret værktøj eller et struktureret klinisk interview til udredning af den unges misbrug?
- Benyttes der i udredningsprocessen et standardiseret værktøj til udredning af den unges mentale sundhedstilstand?
- Bliver den enkelte unge på noget tidspunkt i løbet af behandlingen genudredt eller genvurderet, når man ser bort fra løbende, rutinemæssige opdateringer af behandlingsplanen?
- Bliver den unges fysiske sundhedstilstand undersøgt i løbet af udredningsprocessen?
- Er der indbygget i jeres behandlingstilbud, at behandlingsplanen også omfatter indsatser i forhold til den unges mentale tilstand?

Vedr. spørgsmålet: *Benyttes der et standardiseret værktøj eller et struktureret klinisk interview til udredning af den unges misbrug?*

- 10 behandlingstilbud anvender udelukkende CRF's udrednings- og registreringsinstrument UngMAP (Pedersen et al. 2009).
- 6 behandlingstilbud anvender UngMAP sammen med det meget anvendte udredningsinstrument Addiction Severity Index (ASI) (McLellan et al. 1980).
- 6 behandlingstilbud anvender UngMAP sammen med et lokalt udviklet instrument.
- 5 behandlingstilbud anvender udelukkende et lokalt udviklet instrument.
- 1 behandlingstilbud anvender udelukkende ASI.

- 1 behandlingstilbud anvender ASI samt et lokalt udviklet instrument.
- 2 behandlingstilbud angiver, at man ikke anvender udredningsinstrumenter.

Der findes en række begreber, der på forskellig vis udtrykker kvaliteten ved et udredningsværktøj: at det er standardiseret, valideret, evidensbaseret, konsistent mv. At udredningsværktøjet er standardiseret betyder, at det administreres, scores og fortolkes på en forud fastlagt måde, og at det anvendes på samme måde over for alle klienter. Dette gælder for både UngMAP og ASI, mens det ikke vides, hvorvidt de lokalt udviklede udredningsinstrumenter er standardiserede. Mindst 24 behandlingstilbud anvender altså standardiserede udredningsværktøjer.

At værktøjet er standardiseret, er altså et udtryk for, at det anvendes genkendeligt og systematisk, og at man i princippet indhenter samme typer af oplysninger på en ensartet måde i forhold til alle klienter. Det er imidlertid ikke et udtryk for, om værktøjet er stabilt, velegnet og effektivt i forhold til formålet og målgruppen. Her er det i højere grad forskningsrelaterede begreber som validering, konsistens og evidensbaseret, der er relevante. Det forskningsmæssigt mest gennemprøvede instrument blandt de ovennævnte er ASI, men dette instrument er målrettet udredning af voksne mennesker. Der findes imidlertid ikke mange forskningsmæssigt afprøvede screeningsværktøjer i forhold til unge med misbrugsproblemer. En undtagelse er The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) (Friedman and Utada 1989). ADAD, der er ungdomsudgaven af ASI, findes i en europæisk udgave, EuroADAD, der er oversat til bl.a. svensk. EuroADAD er særdeles anvendt i Sverige, men i Danmark er den generelle holdning blandt behandlere, at instrumentet ikke passer godt til den danske kontekst. UngMAP, der er det mest udbredte instrument i den ambulante behandling for unge i Danmark, er i nogen udstrækning baseret på spørgsmålene i ASI og ADAD.

I forhold til at anvende standardiserede (og forskningsmæssigt afprøvede) udredningsværktøjer er der således sket en udvikling siden 2006 i retning af, at langt flere behandlingstilbud i dag anvender standardiserede og forskningsbaserede udredningsinstrumenter og i retning af en fælles udredning i store dele af behandlingsfeltet, idet to tredjedele af behandlingstilbuddene indgår i det samme langsigtede forskningsprojekt.

Vedr. spørgsmålet: *Benyttes der i udredningsprocessen et standardiseret værktøj til udredning af den unges mentale sundhedstilstand?*

- 9 behandlingstilbud svarer, at de anvender forskellige anerkendte instrumenter til udredning af mental sundhedstilstand, eksempelvis PSE, DIP-Q, MCMI, NEO-PI-R samt et ADHD-screeningsinstrument (se ²). 7 af disse anvender samtidig UngMAP.
- 13 behandlingstilbud anvender alene UngMAP til udredning af den mentale sundhedstilstand.
- 2 behandlingstilbud svarer, at de anvender ASI til udredning af den mentale sundhedstilstand.
- 1 behandlingstilbud svarer, at de anvender § 50-udredningen til udredning af den mentale sundhedstilstand.
- 1 behandlingstilbud svarer, at de anvender et lokalt udviklet instrument.
- 5 behandlingstilbud anvender ikke instrumenter til udredning af den mentale sundhedstilstand.

Som det fremgår af besvarelsene i dette spørgsmål samt det foregående, anvender mere end 75 procent af behandlingstilbuddene et screeningsværktøj som UngMAP eller ASI til en generel screening af den unges situation. Herudover anvender mere end 25 procent af behandlingstilbuddene et standardiseret instrument til yderligere udredning af mentale problemer, når screeningen indikerer behov for yderligere udredning. Der er således sket en udvikling i forhold til undersøgelsen i 2006, hvor kun nogle ganske få tilbud foretog udredning udover den indledende screening.

Mange behandlingstilbud angiver at anvende screeningsinstrumenterne UngMAP og ASI også på spørgsmålet om udredning af mental sundhed, og det er væsentligt i den sammenhæng at skelne mellem screening for mentale problemer og testning/udredning af mentale problemer. Samtidig er de mentale udredningsinstrumenter, der anvendes, alle primært målrettet voksne mennesker, og der er således tilsyneladende et underskud i behand-

² PSE = Present State Examination; DIP-Q = The DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire; MCMI = Millon Clinical Multiaxial Inventory; NEO-PI-R = Neuroticism Extroversion Openness – Personality Inventory – Revised; ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

lingsfeltet i forhold til egentlig standardiseret mental udredning målrettet målgruppen. Dette kan imidlertid muligvis skyldes, at behandlere i nogle tilfælde henviser unge til psykiatrisk udredning hos intern eller ekstern psykiater alene pga. mistanke om mentale problemer. Hvor ofte de unge efter behov udredes for mentale problemer, er i disse tilfælde op til den enkelte behandlers dømmekraft, samt hvor let adgang behandleren har til at henvise til psykiatrisk udredning. Psykiatrisk udredning er økonomisk ressourcekrævende, og der kan især for de små behandlingstilbud ligge rationelle overvejelser bag en beslutning om kun at henvise unge til psykiatrisk udredning, når der opleves et påtrængende behov for dette. Det bliver imidlertid da væsentligt at have en tæt kobling til den psykiatriske kompetence. Undersøgelsen i 2006 viste, at mange behandlingstilbud på det tidspunkt havde en praksis, hvor man henviste en ung til det psykiatriske system i de tilfælde, hvor man fandt det nødvendigt. Direkte adspurgt var dette imidlertid i praksis kun sket i ganske få tilfælde, hvorimod de tilbud, der havde let adgang til psykiater, oplevede et behov for ca. halvdelen af klienternes vedkommende.

Vedr. spørgsmålet: *Bliver den enkelte ung på noget tidspunkt i løbet af behandlingen genudredt eller genvurderet, når man ser bort fra løbende, rutinemæssige opdateringer af behandlingsplanen?*

- 2 behandlingstilbud genudreder rutinemæssigt hver tredje måned med ASI.
- 6 behandlingstilbud genudreder i ganske særlige tilfælde, eksempelvis når en ung kommer tilbage efter døgnbehandling, hvis behandlingsplanen ikke virker, hvis der sker væsentlige ændringer i misbruket, samt én måned før bevillingen til behandling ophører.
- 5 behandlingstilbud genudreder i forbindelse med afbrud i behandlingen af en vis varighed.
- 3 behandlingstilbud genudreder i forbindelse med meget lange behandlingsforløb.
- 15 behandlingstilbud genudreder ikke.

Sammenfattende genudreder altså kun to behandlingstilbud rutinemæssigt. 14 behandlingstilbud genudreder, når de selv finder det formålstjenligt, og 15 behandlingstilbud genudreder generelt ikke. Man må således konkludere

re, at det danske behandlingsfelt i det store hele er uenigt med Brannigan og hendes kolleger i vigtigheden af at genudrede. Dette skal dog samtidig ses i lyset af, at der gennem de seneste 4-5 år er sket en udvikling i retning af, at man først nu de fleste steder screener og udreder i forbindelse med indskrivningen.

Vedr. spørgsmålet: *Bliver den unges fysiske sundhedstilstand undersøgt i løbet af udredningsprocessen?*

- 2 behandlingstilbud udreder rutinemæssigt den unges fysiske sundhedstilstand.
- 1 behandlingstilbud udreder i et vist omfang (blodtryk, puls, vægt).
- 2 behandlingstilbud tilbyder alle unge en udredning af den fysiske sundhedstilstand.
- 25 behandlingstilbud angiver at udrede den unges fysiske sundhedstilstand efter behov.
- 1 behandlingstilbud svarer nej.

Mens 2-3 behandlingstilbud rutinemæssigt foretager fysiske undersøgelser, bliver disse undersøgelser i de øvrige behandlingstilbud med en enkelt undtagelse foretaget, når en behandler eller den unge selv oplever et behov for disse undersøgelser.

Vedr. spørgsmålet: *Er der indbygget i jeres behandlingstilbud, at behandlingsplanen også omfatter indsatser i forhold til den unges mentale tilstand?*

Mange behandlingstilbud misforstår i deres besvarelser dette spørgsmål og forveksler det med det efterfølgende spørgsmål, hvor der spørges, om man i behandlingstilbuddet tager ansvar for, at den unge ved behov modtager psykiatrisk behandling. Det, der imidlertid spørges om i dette spørgsmål, er, om behandlingsplanen kommer ind på, at der eventuelt skal arbejdes også med mentale problemer og ikke kun misbrugsproblematikken.

Kun et enkelt af de deltagende behandlingstilbud svarer reelt på spørgsmålet om, hvorvidt ydelser rettet imod mentale problemer indgår i behandlingsplanen, men ud fra behandlingstilbuddenes besvarelse af det efterføl-

gende spørgsmål giver det mening at tro, at de fleste tilbud reelt kunne svare ja på spørgsmålet.

1.3.2 Behandlingselementer der knytter sig til en helhedsorienteret behandlingstilgang

Brannigan et al. anbefaler i forbindelse med guidelinens andet mindstekrav, at de ydelser, der gives i et behandlingsprogram til unge med misbrugsproblemer, bør rette sig imod alle aspekter af den unges liv og ikke blot selve misbrugsproblematikken. I evalueringsværktøjet knytter følgende spørgsmål sig til det andet kvalitetskrav:

- Tager man i jeres behandlingstilbud ansvar for, at den unge ved behov modtager psykiatrisk behandling, enten ved at I selv yder behandlingen, eller gennem samarbejde med andre kommunale eller regionale tilbud, der yder denne behandling?
- Tager man i jeres behandlingstilbud ansvar for, at den unge ved behov modtager ydelser, der er rettet imod eventuelle fysiske/helbredsmæssige problemer, eller foranstalter man, at den unge efter behov modtager disse ydelser andre steder?
- Tager man i jeres behandlingstilbud ansvar for, at den unge ved behov modtager ydelser, der er rettet imod testning for og behandling af eventuelle kønssygdomme, eller foranstalter man, at den unge efter behov modtager disse ydelser andre steder?
- Opretholder man i behandlingsprogrammet kontakt med klientens skolesystem med henblik på at fastholde eller genoprette undervisningsforløb til den unge?
- Holder man i behandlingsprogrammet kontakt med offentlige instanser, der har foranlediget, at den unge kom i behandling? Det kan eksempelvis være den unges sagsbehandler, kriminalforsorgen mv.

Vedr. spørgsmålet: *Tager man i jeres behandlingstilbud ansvar for, at den unge ved behov modtager psykiatrisk behandling, enten ved at I selv yder behandlingen, eller gennem samarbejde med andre kommunale eller regionale tilbud, der yder denne behandling?*

30 ud af 31 deltagende behandlingstilbud kan svare bekræftende på spørgsmålet, men der er stor forskel på, hvad det indebærer, at behandlingstilbuddet tager dette ansvar. Der kan i denne sammenhæng skelnes

mellem fire måder, hvorpå misbrugsbehandlerne kan tage ansvar for behandlingen af den unges mentale problemer:

- Nogle behandlingstilbud varetager selv behandlingen vedrørende mentale problemer, fordi de har psykologer og/eller psykiatere ansat eller tilknyttet.
- Nogle behandlingstilbud varetager selv lettere tilfælde af eksempelvis angst, fobier mv., fordi de har behandlere ansat, der er uddannede i forhold til disse lettere lidelser.
- Nogle behandlingstilbud rekvirerer/henviser til den fornødne behandling og tager med den unge til behandlingen, integrerer det i deres egen behandling mv.
- Nogle behandlingstilbud rekvirerer/henviser til den fornødne behandling.

Ud fra besvarelsene at dømme udfører ca. en tredjedel af behandlingstilbuddene selv behandlingen til alle eller til lettere mentale lidelser. De fleste behandlingstilbud rekvirerer/henviser imidlertid til den nødvendige behandling og tager i nogle tilfælde med den unge til behandlingen. Kun nogle ganske få behandlingstilbud henviser den unge til sagsbehandleren eller den unges egen læge, og foretager sig herudover ikke yderligere.

Vedr. spørgsmålet: *Tager man i jeres behandlingstilbud ansvar for, at den unge ved behov modtager ydelser, der er rettet imod eventuelle fysiske/helbredsmæssige problemer, eller foranstalter man, at den unge efter behov modtager disse ydelser andre steder?*

Hovedparten af de indrapporterende behandlingstilbud tager ansvar for, at den unge får kontakt med en læge, hvis personalet skønner, at der er behov for det. Nogle steder bringes den unge i kontakt med behandlingstilbuddets egen læge, men i de fleste tilfælde benyttes den unges egen læge. I mange tilfælde støtter behandlingstilbuddet så meget, som det er nødvendigt, for at den unge faktisk kommer til læge. Det betyder, at medarbejdere i behandlingstilbuddene i nogle tilfælde tilbyder at følge den unge under lægebesøget.

Vedr. spørgsmålet: *Tager man i jeres behandlingstilbud ansvar for, at den unge ved behov modtager ydelser, der er rettet imod testning for og be-*

handling af eventuelle kønssygdomme, eller foranstalter man, at den unge efter behov modtager disse ydelser andre steder?

- 7 behandlingstilbud har systematisk fokus på kønssygdomme, gennem lægesamtaler, tests, udlevering af materialer mv.
- 7 behandlingstilbud har fokus på emnet, når det synes relevant for behandlerne.
- 17 behandlingstilbud har ikke fokus på emnet.

Der synes at være en tilbøjelighed til, at der i højere grad er fokus på kønssygdomme, når behandlingstilbuddet også yder behandling til unge mellem 18 og 25 år.

Vedr. spørgsmålet: *Opretholder man i behandlingsprogrammet kontakt med klientens skolesystem med henblik på at fastholde eller genoprette undervisningsforløb til den unge?*

- 16 behandlingstilbud rapporterer at have et systematisk samarbejde med skolesystemet.
- 9 behandlingstilbud rapporterer at have samarbejde med skolesystemet i nogle tilfælde.
- 6 behandlingstilbud rapporterer, at det er andre enheders opgave at have kontakt til skolesystemet, eksempelvis familieafdelingen.

Godt halvdelen af behandlingstilbuddene rapporterer altså at have et systematisk samarbejde med skolesystemet med det formål at fastholde eller genoprette undervisningsforløb for den unge. Dette sker i ganske mange tilfælde gennem netværksmøder og/eller samarbejde med den relevante UU-vejleder³.

Vedr. spørgsmålet: *Holder man i behandlingsprogrammet kontakt med offentlige instanser, der har foranlediget, at den unge kom i behandling? Det kan eksempelvis være den unges sagsbehandler, kriminalforsorgen mv.*

Alle de behandlingstilbud, der har besvaret dette spørgsmål, bekræfter, at man bevarer en kontakt til den instans, der har foranlediget behandlingen. Denne kontakt findes i mange varianter. I nogle tilfælde er der primært tale

³ UU-vejleder = en landsdækkende betegnelse for en vejleder i Ungdommens Uddannelsesvejledning.

om en informerende kontaktform, hvor behandlingstilbuddet holder den anden part løbende underrettet om behandlingsforløbet gennem statusmøder, statusrapporter mv. I andre tilfælde er der tale om en samarbejdende kontaktform, hvor behandlingstilbuddet og den anden part er i løbende tæt kontakt med hinanden vedrørende behandlingsforløbet.

1.3.3 Behandlingselementer der knytter sig til involvering af familien

Brannigan et al. anbefaler i forbindelse med guidelinens tredje mindstekrav, at man i behandlingsforløbet involverer klientens forældre/familie i behandlingen. I evalueringsværktøjet knytter følgende spørgsmål sig til det tredje kvalitetskrav:

- Foretages der udredning i den unges familie udover det at danne et overblik over familiens historie og opfattelse af situationen?
- Tilbydes eller foranstalles der terapeutisk behandling til den enkelte familie og/eller til flere familier samtidig (multifamilieterapi)?
- Opretholder man i behandlingstilbuddet kontakt med den unges familie gennem hele behandlingsforløbet?
- Er familie-/pårørendeinvolvering obligatorisk i behandlingstilbuddet?
- Er det indbygget i behandlingstilbuddet, at man henviser alkohol- og stofmisbrugende forældre til behandling?

Vedr. spørgsmålet: *Foretages der udredning i den unges familie udover det at danne et overblik over familiens historie og opfattelse af situationen?*

De 31 indrapporterende behandlingstilbud foretager generelt ikke udredning i den unges familie. En del behandlingstilbud henviser til § 50-undersøgelsen som den udredning, der sædvanligvis foretages i familier. Denne undersøgelse foretages imidlertid ikke i de misbrugsbehandlende enheder, men ligger ideelt set til grund for henvisning til misbrugsbehandlingen. Et enkelt behandlingstilbud rapporterer, at man i nogle tilfælde foretager en psykiatri-relateret udredning i familien, i tilfælde hvor den unge har psykiatriske problemstillinger.

Vedr. spørgsmålet: *Tilbydes eller foranstalles der terapeutisk behandling til den enkelte familie og/eller til flere familier samtidig (multifamilieterapi)?*

- 7 behandlingstilbud rapporterer at tilbyde terapeutisk behandling til den unges familie, når det skønnes relevant.
- 3 behandlingstilbud rapporterer at tilbyde terapeutisk behandling til familien i nogle tilfælde, men har ikke ressourcer til at kunne tilbyde ydelsen til alle, der måtte ønske det.
- 21 behandlingstilbud henviser til andre kommunale enheder, når der skønnes behov for familiebehandling.

De 21 behandlingstilbud, der henviser til andre kommunale enheder ved behov for familiebehandling, er meget forskelligt fungerende. I nogle behandlingstilbud sker denne form for henvisninger reelt kun i ganske få tilfælde. Andre behandlingstilbud er organiseret i ganske tæt samarbejde med eksempelvis MST-behandlere⁴, hvor der ofte ydes forholdsvis intense familiebehandlingsydelser på foranledning af misbrugsbehandleren.

I undersøgelsen i 2006 skelnedes mellem tre typer familieinvolvering: 1) løbende information til forældrene vedrørende den unges behandlingsforløb, 2) involvering af forældrene som samarbejdspartnere i behandlingsforløbet, og 3) direkte familiebehandling. I 2006 tilbød kun få behandlingstilbud egentlig familiebehandling, mens flere behandlingstilbud involverede familien som samarbejdspartnere i behandlingsforløbet. Tendensen til, at kun en mindre del af behandlingstilbuddene yder egentlig familiebehandling, ser ud til stadig at være gældende. Det er imidlertid svært at afklare entydigt, om resultaterne vidner om tilstedeværelsen af et behov for yderligere familiebehandlingsmuligheder, eller om der snarere er tale om, at familier henvises til andre afdelinger, når der skønnes et behov for familiebehandling.

Vedr. spørgsmålet: *Opretholder man i behandlingstilbuddet kontakt med den unges familie gennem hele behandlingsforløbet?*

- 22 behandlingstilbud rapporterer at gøre meget ud af at invitere forældre med til alle møder og inddrage dem forholdsvis intensivt i behandlingsforløbet.
- 9 behandlingstilbud rapporterer at have kontakt med familien indimellem eller efter behov.

⁴ MST = Multi Systemisk Terapi.

Dette bekræfter således, at der i behandlingstilbuddene er mere fokus på involvering af forældrene som samarbejdspartnere i behandlingsforløbet, end der er på at inddrage dem som mål for behandlingen.

Vedr. spørgsmålet: *Er familie-/pårørendeinvolvering obligatorisk i behandlingstilbuddet?*

- 5 behandlingstilbud rapporterer, at pårørendeinvolvering i princippet er obligatorisk, men at manglende forældredeltagelse ikke forhindrer, at den unge kommer i behandling.
- For de øvrige behandlingstilbud gælder det, at samtykke er obligatorisk, og at man i øvrigt opfordrer forældrene til at deltage, uden at dette er obligatorisk.

Vedr. spørgsmålet: *Er det indbygget i behandlingstilbuddet, at man henviser alkohol- og stofmisbrugende forældre til behandling?*

- 8 behandlingstilbud rapporterer, at man henviser misbrugende forældre til behandling.
- De øvrige behandlingstilbud rapporterer, at man ikke direkte henviser misbrugende forældre til behandling, men at man enten inviterer forældrene til en samtale, hvor man informerer dem om, hvilke behandlingsmuligheder der findes i kommunen, eller at man underretter videre i det kommunale system til sagsbehandler, familieafdeling mv.

1.3.4 Behandlingselementer der knytter sig til behandlingstilbuddets udviklingsmæssige tilpasning

Brannigan et al. anbefaler i forbindelse med guidelinens fjerde mindstekrav, at behandlingsforløbets aktiviteter og materialer bør afspejle de udviklingsmæssige forskelle mellem voksne og unge. I evalueringsværktøjet knytter følgende spørgsmål sig til det fjerde kvalitetskrav:

- Gør behandlingstilbuddet brug af en indholdsmæssig struktur designet specielt til unge?
- Tilpasser man i behandlingstilbuddet aktiviteterne og den indholdsmæssige struktur i forhold til **den enkelte unges** udviklingsmæssige niveau?

- Har man i behandlingstilbuddet inkorporeret oplevelsesorienterede aktiviteter i behandlingen? Det kan være elementer af sport, naturop-levelser mv.
- Anvendes der i behandlingstilbuddet metoder, der tager højde for, at unge er mere konkret tænkende end voksne?
- Modtager de unge behandling alene eller sammen med andre, og er ungebehandlingen et selvstændigt tilbud eller integreret med voksenbehandlingen?

Vedr. spørgsmålet: *Gør behandlingstilbuddet brug af en indholdsmæssig struktur designet specielt til unge?*

- Et enkelt behandlingstilbud rapporterer, at man ikke har en indholdsmæssig struktur designet specielt til unge, men påpeger samtidig, at man har to behandlere, der i interesse og erfaring er specielt rettet imod de unge.
- Alle øvrige behandlingstilbud rapporterer, at man selv mener at have et tilbud specielt designet til unge.

Der er mange forskellige beskrivelser af, hvad der gør det enkelte behandlingstilbud særligt egnet til unge. Beskrivelserne falder groft inddelt i to hovedkategorier: beskrivelser der er rettet imod tilbuddets form, eksempelvis en særlig fleksibilitet med det formål ikke at komme på kant med de unges ambivalens, at man i vid udstrækning sms'er med de unge, eksempelvis ringer og vækker dem før en behandlingsaftale mv. Og beskrivelser der er rettet imod behandlingstilbuddets indhold: at man er optaget af nogle temaer, der er særligt væsentlige for de unge: eksempelvis temaer vedrørende relationen til venner og familie, temaer vedrørende arbejde/uddannelse og fremtidsønsker, mv. Det er gennemgående, at næsten alle tilbud er optagede af både formmæssigt og indholdsmæssigt at forsøge at matche gruppen af helt unge med misbrugsproblemer.

Vedr. spørgsmålet: *Tilpasser man i behandlingstilbuddet aktiviteterne og den indholdsmæssige struktur i forhold til **den enkelte unges** udviklingsmæssige niveau?*

- 7 behandlingstilbud rapporterer, at alt, hvad man foretager sig behandlingsmæssigt, er individuelt tilpasset den enkelte klient.

- 15 behandlingstilbud rapporterer, at behandlingen er tilpasset den unges alder. 3 tilbud nævner samtidig begavelse eller refleksionsniveau.
- 3 behandlingstilbud rapporterer, at man tilpasser behandlingen til den unges begavelse kombineret med enten alder, psykiske problemer eller behov for fysisk aktivitet.

30 ud af 31 behandlingstilbud rapporterer, at de tilpasser aktiviteterne til den enkelte unges udviklingsmæssige niveau. Der er imidlertid forskellige perspektiver på, hvad der forstås ved udvikling.

Vedr. spørgsmålet: *Har man i behandlingstilbuddet inkorporeret oplevelsesorienterede aktiviteter i behandlingen? Det kan være elementer af sport, naturoplevelser mv.*

- 14 behandlingstilbud rapporterer, at man har inkorporeret oplevelsesorienterede aktiviteter i behandlingen.
- 11 behandlingstilbud fokuserer udelukkende på behandlingen.
- 5 behandlingstilbud rapporterer, at man i nogen udstrækning inddrager det oplevelsesorienterede i den samlede ydelse.
- 1 behandlingstilbud har ikke besvaret spørgsmålet.

Blandt de oplevelsesorienterede aktiviteter, der beskrives at være inkorporeret i behandlingen, kan man skelne mellem to hovedtyper:

- Sportslige aktiviteter som svømning, bowling, cykelture, boksning, styrketræning, skiture, kanoture mv.
- Socialt prægede aktiviteter som fælles madlavning og – spisning, fælles udflugter – eksempelvis 'vis-mig-din-skole', biografture, fisketure, overlevelsesture mv.

Vedr. spørgsmålet: *Anvendes der i behandlingstilbuddet metoder, der tager højde for, at unge er mere konkret tænkende end voksne?*

- 20 behandlingstilbud rapporterer at anvende metoder, der tager højde for, at unge er mere konkret tænkende end voksne. Der refereres til brug af skemaer, tavle, tegning, genogrammer, hjemmeopgaver, visualisering mv.

- 11 behandlingstilbud refererer lidt bredere til en tilgang, hvor man har fokus på at være konkrete, at sætte samtalen i et dagligdags perspektiv, og til en kognitiv tilgang.

Generelt er man i behandlingstilbuddene tilsyneladende opmærksomme på, at unge ikke tænker helt på samme måde som voksne.

Vedr. spørgsmålet: *Modtager de unge behandling alene eller sammen med andre, og er ungebehandlingen et selvstændigt tilbud eller integreret med voksenbehandlingen?*

- 31 behandlingstilbud rapporterer at tilbyde individuel behandling til den enkelte unge.
- 20 behandlingstilbud rapporterer at tilbyde forskellige former for gruppebehandling.
- I 22 behandlingstilbud er ungebehandlingen en selvstændig ydelse.
- I 9 behandlingstilbud ydes ungebehandlingen i samme organisation eller behandlingscenter som voksenbehandlingen.

1.3.5 Behandlingselementer der knytter sig til engagering og fastholdelse af de unge

Brannigan et al. anbefaler i forbindelse med guidelinens femte mindstekrav, at der i behandlingsprogrammet bør opbygges et klima af tillid mellem de unge og behandlerne. I evalueringværktøjet knytter følgende spørgsmål sig til det femte kvalitetskrav:

- Er der i behandlingstilbuddet fokus på at opbygge en terapeutisk alliance mellem den unge og behandleren/behandlerne?
- Gør man i behandlingstilbuddet brug af motivationsforstærkende teknikker, eksempelvis Motivational Interviewing eller lignende?
- Har man i behandlingstilbuddet indlagt elementer af belønning, eksempelvis i form af at den unge får øget ansvar og/eller privilegier med henblik på at opbygge incitament for deltagelse?
- Er der i behandlingstilbuddet indlagt særlige 'alternative' behandlingselementer, 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 den unge i behandling?

- Gør man i behandlingstilbuddet en særlig indsats for at indlemme familien med det formål at holde den unge engageret i behandlingen?

Vedr. spørgsmålet: *Er der i behandlingstilbuddet fokus på at opbygge en terapeutisk alliance mellem den unge og behandleren/behandlerne?*

30 ud af 31 behandlingstilbud rapporterer, at der i behandlingstilbuddet er fokus på at opbygge en terapeutisk alliance mellem den unge og behandleren. Beskrivelserne af, hvordan der er fokus på den terapeutiske alliance, rummer en del forskelligheder, men der er generelt tale om en venlig, imødekommende, ikke-moraliserende relation, hvor alt kan siges og afprøves. Den unges mål er i centrum, relationen og tilliden er afgørende, og der lyttes. Nogle behandlingstilbud inddrager også tydelighed samt anvisning af muligheder – guidning.

Vedr. spørgsmålet: *Gør man i behandlingstilbuddet brug af motivationsforstærkende teknikker, eksempelvis Motivational Interviewing eller lignende?*

- 74 procent af alle behandlere anvender uspecificerede motivations-teknikker.
- 17 procent anvender den motivationsforstærkende metode Motivational Interviewing (MI).
- 7 procent anvender metoden Motivationsforstærkende Terapi (MET)

Selv om ikke alle behandlere anvender en evidensbaseret motivationsforstærkende metode, er der altså meget stærkt fokus på motivationsarbejde blandt behandlerne i de indrapporterende behandlingstilbud.

Vedr. spørgsmålet: *Har man i behandlingstilbuddet indlagt elementer af belønning, eksempelvis i form af at den unge får øget ansvar og/eller privilegier med henblik på at opbygge incitament for deltagelse?*

- 7 behandlingstilbud rapporterer, at man har indlagt elementer af belønning i behandlingsforløbet. Det kan være i form af udnævnelse af ambasadør-unge, diplomer, biografbilletter, selvstyre i forhold til medicin, udnævnelse til ekspert i et ekspertpanel samt andre oplevelsestilbud.

- 24 af 31 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke har direkte elementer af belønning indlagt i behandlingsforløbet, men man er generelt optaget af at anvende ros og navnlig anerkendelse i behandlingsarbejdet.

Vedr. spørgsmålet: *Er der i behandlingstilbuddet indlagt særlige 'alternative' behandlingselementer, 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 den unge i behandling?*

- 9 behandlingstilbud rapporterer, at man anvender alternative behandlingsmetoder som NADA (akupunktur), fantasirejser og massage.
- 3 behandlingstilbud rapporterer, at man yder kurser i sikker sex, pårørende kurser, socialfærdighedstræning og anger management.
- 8 behandlingstilbud rapporterer, at disse emner tages op individuelt som en del af behandlingssamtalerne.
- 11 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke har disse særlige 'alternative' behandlingselementer indlagt.

Vedr. spørgsmålet: *Gør man i behandlingstilbuddet en særlig indsats for at indlemme familien med det formål at holde den unge engageret i behandlingen?*

- 2 behandlingstilbud svarer direkte nej på spørgsmålet.
- 29 behandlingstilbud rapporterer, at man i nogle tilfælde gør en særlig indsats for at indlemme familien i behandlingen med det formål at holde den unge engageret i behandlingen. 8 af disse tilbud har dog det forbehold, at indlemmelsen af familien ikke er en bevidst plan alene med fastholdelse for sigte. Man påpeger, at der snarere er tale om en afledt effekt af familieinvolveringen.

1.3.6 Behandlingselementer vedrørende kvalificeret personale

Brannigan et al. anbefaler i forbindelse med guidelinens sjette mindstekrav, at behandlingspersonalet bør være uddannet og trænet i unges udvikling, sameksisterende mentale forstyrrelser samt misbrugs- og afhængighedsproblematikker. I evalueringsværktøjet knytter følgende spørgsmål sig til det sjette kvalitetskrav:

- Har mindst én behandler i organisationen uddannelse/træning i forhold til unges udvikling?
- Har mindst én behandler i organisationen uddannelse/træning i forhold til sameksisterende lidelser (eksempelvis psykiatriske lidelser)?
- Er mindst én behandler i organisationen uddannet/trænet i familieterapi?
- Tilbyder behandlingstilbuddet løbende videreuddannelse og/eller træning til behandlingspersonalet?
- Har den behandlingsansvarlige/behandlingssupervisoren som et minimum en akademisk uddannelse på masterniveau?

Vedr. spørgsmålet: *Har mindst én behandler i organisationen uddannelse/træning i forhold til unges udvikling?*

- 26 behandlingstilbud rapporterer at have mindst én behandler i organisationen, der har uddannelse og/eller træning i forhold til unges udvikling. 18 af disse tilbud angiver uddannelsen pædagog i forbindelse hermed. Herudover nævnes i færre tilfælde psykolog, psykiater og psykoterapeut.
- 5 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke har en sådan person ansat.

En meget stor del af behandlingstilbuddene angiver altså at have medarbejdere med uddannelse og/eller træning i unges udvikling. Da der i de fleste tilfælde refereres til viden erfaret i den pædagogiske uddannelse, er der overvejende tale om basisviden vedrørende børn og unges udvikling, og kun i mindre grad tale om mere specialiseret viden.

Vedr. spørgsmålet: *Har mindst én behandler i organisationen uddannelse/træning i forhold til sameksisterende lidelser (eksempelvis psykiatriske lidelser)?*

- 23 behandlingstilbud rapporterer at have rådighed over mindst én behandler med uddannelse og/eller træning i forhold til sameksisterende lidelser. 10 af disse behandlingstilbud angiver, at der er tale om en medarbejder med tidligere erfaring fra arbejde i psykiatrien. 5 behandlingstilbud angiver, at der er tale om medarbejdere, der har erhvervet den specielle viden gennem kurser og temadage. I færre til-

fælde angives disse medarbejdere at være psykologer, psykiatere og sygeplejersker.

- 8 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke har rådighed over en sådan medarbejder.

En forholdsvis stor del af behandlingstilbuddene angiver altså at have medarbejdere med uddannelse og/eller træning i sameksisterende lidelser. I de fleste tilfælde er der tale om medarbejdere, der tidligere har arbejdet i psykiatrien.

Vedr. spørgsmålet: *Er mindst én behandler i organisationen uddannet/trænet i familierapi?*

- 19 behandlingstilbud angiver at råde over mindst én behandler, der er uddannet eller trænet i familierapi.
- 12 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke råder over en sådan person.

Vedr. spørgsmålet: *Tilbyder behandlingstilbuddet løbende videreuddannelse og/eller træning til behandlingspersonalet?*

- 29 behandlingstilbud rapporterer at modtage løbende videreuddannelse og/eller træning til behandlingspersonalet.
- Et enkelt behandlingstilbud rapporterer, at man ikke modtager videreuddannelse eller træning til behandlingspersonalet.
- Et behandlingstilbud har ikke besvaret spørgsmålet.

Blandt de 29 behandlingstilbud, der har bekræftet spørgsmålet, er der reelt en forholdsvis stor spredning i forhold til, hvad svaret dækker over. I en lille gruppe af behandlingstilbud modtager behandlerne kun supervision, når lederen vurderer, at der er behov for det. I nogle behandlingstilbud modtager medarbejderne udelukkende kollegial supervision. I nogle behandlingstilbud modtager medarbejderne fast ekstern supervision 1-3 gange hver måned, og endelig modtager medarbejderne i nogle behandlingstilbud løbende supervision kombineret med løbende, længerevarende efteruddannelser.

Vedr. spørgsmålet: *Har den behandlingsansvarlige/behandlingssupervisorsen som et minimum en akademisk uddannelse på masterniveau?*

- Ét behandlingstilbud har en behandlingsansvarlig med en akademisk uddannelse på masterniveau.
- De øvrige 30 behandlingsansvarlige har typisk en mellemlang uddannelse, i de fleste tilfælde en socialrådgiveruddannelse, kombineret med én eller flere terapeutiske uddannelser, og én eller flere lederuddannelser. Nogle få behandlingsansvarlige er samtidig i gang med en diplomuddannelse eller en masteruddannelse.

I forhold til behandlingsledernes uddannelsesmæssige baggrund er disse data formodentlig udtryk for ansættelsesstrukturen inden for det sociale og psykosociale behandlingsområde, hvor man kun i få tilfælde ansætter akademisk uddannede ledere. Til gengæld har en stor del af behandlingslederne en omfattende mængde efteruddannelse bag sig.

1.3.7 Behandlingselementer vedrørende køns- og kulturspecifikke komponenter

Brannigan et al. anbefaler i forbindelse med guidelinens syvende mindstekrav, at behandlingsprogrammet bør være rettet imod specifikke behov hos drenge henholdsvis piger såvel som kulturelt betingede behov blandt forskellige minoritetsgrupper. I evalueringsværktøjet knytter følgende spørgsmål sig til det syvende kvalitetskrav:

- Er behandlingstilbuddet designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov hos minoritetsgrupper?
- Tilbydes der i behandlingstilbuddet kønsopdelt gruppebehandling?
- Varierer de individuelle tilbud såvel som gruppetilbuddene indholdsmæssigt i forhold til drenges henholdsvis pigers særlige behov?
- Er behandlingstilbuddet designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov blandt homoseksuelle unge?
- Har man i behandlingstilbuddet forholdsregler og/eller adfærd, der sikrer, at alle typer klienter kan bevare deres personlige integritet? (Det kan eksempelvis være at sikre piger imod seksuelle kommentarer fra andre klienter, at sikre at muslimske drenge får en mandlig behandler mv.)

Vedr. spørgsmålet: *Er behandlingstilbuddet designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov hos minoritetsgrupper?*

- 5 behandlingstilbud rapporterer, at behandlingen er designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov hos minoritetsgrupper. De minoritetsgrupper, der nævnes, er altovervejende unge med anden etnisk baggrund, men herudover nævnes også psykisk syge unge samt umotiverede unge.
- 2 behandlingstilbud rapporterer ligeledes, at behandlingen er designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov hos minoritetsgrupper, men begrundelsen i disse tilbud er, at alle behandlingsforløb er individuelle, og dermed tilpasset enhver klients særlige behov – og dermed også minoritetsgruppers behov.
- 2 behandlingstilbud rapporterer, at behandlingen ikke er designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov hos minoritetsgrupper, men at det er irrelevant, idet der ydes individuelle behandlingsforløb.
- 2 behandlingstilbud rapporterer at have en bredt sammensat medarbejdergruppe og finder, at dette bidrager til at imødekomme særlige behandlingsbehov hos minoritetsgrupper.
- 20 behandlingstilbud rapporterer, at behandlingen ikke er designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov hos minoritetsgrupper.

Ca. 5 behandlingstilbud har således tiltag eller medarbejdere direkte rettet imod at imødekomme nogle særlige behandlingsbehov – ofte i relation til etniske minoriteter. En meget stor del af de øvrige behandlingstilbud anvender individuelle behandlingssamtaler og tager givetvis ofte automatisk hensyn til de særlige behov hos forskellige minoritetsgrupper. Begrænsningen kommer da til at ligge i, om den enkelte behandler reelt har den erfaring og det køn, der kræves for at yde bestemte hensyn til bestemte minoritetsgrupper.

Vedr. spørgsmålet: *Tilbydes der i behandlingstilbuddet kønsopdelt gruppebehandling?*

- 6 behandlingstilbud tilbyder kønsopdelt gruppebehandling. I 2 af disse tilbud sker det dog kun i perioder, hvor der er klienter nok til at det kan lade sig gøre.
- 25 behandlingstilbud tilbyder ikke kønsopdelt gruppebehandling, men adskillige af disse tilbyder udelukkende individuel behandling og pointerer, at denne jo er kønsopdelt.

Gruppebehandling, og navnlig kønsopdelt gruppebehandling, kræver en vis klientmasse, som kan være svær at opnå i navnlig de mindre befolkede landdistrikter. Der er derfor blandt de indrapporterende behandlingstilbud kun ca. en femtedel, der tilbyder kønsopdelt gruppebehandling.

Vedr. spørgsmålet: *Variere de individuelle tilbud såvel som gruppetilbuddene indholdsmæssigt i forhold til drenges henholdsvis pigers særlige behov?*

- 20 behandlingstilbud svarer bekræftende på dette spørgsmål. En stor del af behandlingstilbuddene refererer dog samtidig til, at det primært er gennem de individuelle behandlingsforløb, der tages særlige hensyn til pigers henholdsvis drenges særlige behov.
- 11 behandlingstilbud mener ikke, at indholdet i behandlingen varierer i forhold til drenges henholdsvis pigers særlige behov. Mange af disse tilbud refererer imidlertid samtidig også til netop de individuelle behandlingsforløb.

Nogle ganske få behandlingstilbud rapporterer, at de gennem særlige grupper, ofte kønsopdelte, tager hensyn til nogle kønsspecifikke behov – eksempelvis graviditet. De fleste behandlingstilbud rapporterer dog, at man håndterer de særlige behov i de individuelle behandlingsforløb.

Vedr. spørgsmålet: *Er behandlingstilbuddet designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov blandt homoseksuelle unge?*

- 1 behandlingstilbud rapporterer, at behandlingen er designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov blandt homoseksuelle ved at skabe forståelse og accept for de problemstillinger, der måtte være forbundet med det.
- 2 behandlingstilbud rapporterer – igen med reference til den individuelle behandlingstilgang – at behandlingen er designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov blandt homoseksuelle.
- 2 behandlingstilbud rapporterer, at behandlingen er designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov blandt homoseksuelle, idet man taler seksualitet og eventuelle seksuelt tilknyttede problemstillinger med alle unge.

- 26 behandlingstilbud mener ikke, at behandlingen er designet til at imødekomme særlige behandlingsbehov blandt homoseksuelle.

Hovedparten af de indrapporterende behandlingstilbud har ikke fokus på særlige behandlingsbehov blandt homoseksuelle. En del behandlingstilbud vil dog mene, at hvis der opstår særlige behov omkring en homoseksuel klient, da vil man være i stand til at tilgodese dette, i det mindste i de individuelle behandlingsforløb.

Vedr. spørgsmålet: *Har man i behandlingstilbuddet forholdsregler og/eller adfærd, der sikrer, at alle typer klienter kan bevare deres personlige integritet? (Det kan eksempelvis være at sikre piger imod seksuelle kommentarer fra andre klienter, at sikre at muslimske drenge får en mandlig behandler mv.)*

- 3 behandlingstilbud angiver, at man ikke har eksplicitte regler, men at man generelt er meget opmærksom på tonen i huset og griber ind, hvis den bliver destruktiv.
- 7 behandlingstilbud angiver, at man har regler for samvær. I nogle tilfælde er der tale om generelt gældende husregler. I andre tilfælde er der tale om, at man danner adfærdsregler i forbindelse med etableringen af en ny behandlingsgruppe.
- 7 behandlingstilbud angiver, at man på forskellige måder har adskilt klientgruppen fra de voksne klienter, eller at man har lavet specielle adgangsveje for eksempelvis muslimske piger.
- 1 behandlingstilbud har en regel om, at de unge ikke må komme i tilbuddet, når de er påvirkede af rusmidler.
- De øvrige tilbud angiver, at det ikke er relevant med forholdsregler, fordi de unge stort set ikke er sammen, bl.a. fordi de udelukkende kommer til individuelle behandlingssamtaler.

Ca. halvdelen af de indrapporterende behandlingstilbud forholder sig altså enten dynamisk eller mekanisk til forholdsregler vedrørende det at sikre klienternes personlige integritet. Der er helt overvejende tale om at beskytte klienterne imod hinanden. Ingen rapporterer forholdsregler i forhold til relationen mellem behandlere og klienter.

1.3.8 Behandlingselementer vedrørende kontinuerlig behandling

Brannigan et al. anbefaler i forbindelse med guidelinens ottende mindstekrav, at behandlingsprogrammet bør omfatte tilbagefaldsforebyggende behandling, efterbehandlingsplaner, videre henvisning til lokale (kommunale) ressourcer samt opfølgning. I evalueringsværktøjet knytter følgende spørgsmål sig til det ottende kvalitetskrav:

- Tager man i jeres behandlingstilbud systematisk ansvar for, at klienten har en langsigtet handleplan og/eller behandlingsplan, der rækker ud over at henvise klienten til efterfølgende ydelser?
- Tager man i jeres behandlingstilbud ansvar for, at klienten har en plan, der rækker mindst seks måneder frem i tiden?
- Yder jeres behandlingstilbud tilbagefaldsforebyggende behandling?
- Tager man i jeres behandlingstilbud systematisk ansvar for, at der bliver skabt kontakt til instanser, der skal have med den unge at gøre efter endt behandling (eksempelvis arbejds/praktikplads, uddannelsesinstitution mv.)?
- Følger man i jeres behandlingsprogram på nogen måde klienterne efter udskrivning?

Vedr. spørgsmålet: *Tager man i jeres behandlingstilbud systematisk ansvar for, at klienten har en langsigtet handleplan og/eller behandlingsplan, der rækker ud over at henvise klienten til efterfølgende ydelser?*

- 22 behandlingstilbud rapporterer, at man systematisk tager ansvar for, at klienten har en langsigtet handleplan.
- 1 behandlingstilbud rapporterer, at man tager dette ansvar, når det er relevant.
- 3 behandlingstilbud rapporterer, at man tager ansvaret direkte for misbrugsdelen, og derudover påtager sig et koordinerende ansvar i forhold til øvrige indsatsområder.
- 1 behandlingstilbud tager ansvaret for misbrugsdelen, mens resten håndteres i ungdomscentret.
- 1 behandlingstilbud rapporterer, at man kan indstille og anbefale, men ikke effektuere i forhold til handleplanen.
- 2 behandlingstilbud rapporterer, at handleplanen er familierådgiverens ansvarsområde.

- 1 behandlingstilbud rapporterer blot, at man ikke tager ansvaret for handleplanen.

28 ud af 31 behandlingstilbud er organiseret på en sådan måde, at behandlerne har mulighed for direkte eller indirekte at tage ansvar for, at klienten har en langsigtet handleplan.

Vedr. spørgsmålet: *Tager man i jeres behandlingstilbud ansvar for, at klienten har en plan, der rækker mindst 6 måneder frem i tiden?*

- 25 behandlingstilbud rapporterer, at man tager ansvar for, at klienten har en plan, der rækker 6 måneder frem i tiden.
- 4 behandlingstilbud rapporterer, at man gør det i nogle tilfælde.
- 1 behandlingstilbud rapporterer, at man lægger op til planen, og at myndigheden derefter tager stilling og beslutter.
- 1 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke tager ansvar for en sådan plan, men at man til gengæld arbejder med langsigtede behandlingsforløb.

25 behandlingstilbud tager direkte ansvar for, at klienten har en plan, der rækker seks måneder frem i tiden. De øvrige behandlingstilbud har alle på en eller anden måde det langsigtede aspekt med i behandlingsovervejelserne.

Vedr. spørgsmålet: *Yder jeres behandlingstilbud tilbagefaldsforebyggende behandling?*

- 29 behandlingstilbud rapporterer at yde tilbagefaldsforebyggende behandling.
- 1 behandlingstilbud rapporterer, at man i begrænset omfang yder tilbagefaldsforebyggende behandling, men at man i øvrigt har mere fokus på lange udslusningsforløb.
- 1 behandlingsforløb rapporterer, at man ikke yder tilbagefaldsforebyggende behandling.

30 ud af 31 behandlingstilbud yder tilbagefaldsforebyggende behandling eller tilsvarende lang udslusning.

Vedr. spørgsmålet: *Tager man i jeres behandlingstilbud systematisk ansvar for, at der bliver skabt kontakt til instanser, der skal have med den un-*

ge at gøre efter endt behandling (eksempelvis arbejds/praktikplads, uddannelsesinstitution mv.)?

- 21 behandlingstilbud rapporterer, at man systematisk tager ansvar for, at der bliver skabt kontakt til instanser, der skal have med den unge at gøre efter endt behandling.
- 2 behandlingstilbud rapporterer, at man i højere grad fokuserer på at forberede den unge på det, der skal ske efter behandlingsforløbet.
- 5 behandlingstilbud rapporterer, at denne opgave ligger hos en sagsbehandler eller i et ungdomscenter.
- 1 behandlingstilbud rapporterer, at det afgøres på statusmøde, om man skal påtage sig denne opgave.
- 1 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke påtager sig denne opgave.
- 1 behandlingstilbud har ikke besvaret spørgsmålet.

Stort set alle de behandlingstilbud, der organisatorisk har mulighed for det, tager et ansvar i forhold til den unges kontakt til de instanser, der skal have med den unge at gøre efter endt behandling.

Vedr. spørgsmålet: *Følger man i jeres behandlingsprogram på nogen måde klienterne efter udskrivning?*

- 4 behandlingstilbud rapporterer, at man ser de unge efter udskrivning. Enten ved et møde 3-6 måneder efter udskrivning eller i et egentligt efterværnstilbud.
- 3 behandlingstilbud rapporterer, at de ser nogle klienter efter udskrivning, men at det er noget, der aftales individuelt.
- 1 behandlingstilbud rapporterer, at de ikke ser klienterne efter udskrivning, men at man til gengæld er meget længe om at foretage den endelige udskrivning.
- 22 behandlingstilbud rapporterer, at man kun tilfældigt ser klienterne efter udskrivning.
- 1 behandlingstilbud har ikke besvaret spørgsmålet.

Ca. en tredjedel af behandlingstilbuddene ser klienterne efter udskrivningen, enten fordi man har aftalt et opfølgende møde, eller fordi man ser kli-

enten i et efterværnstilbud. De øvrige behandlingstilbud ser kun tilfældigt klienterne efter udskrivningen.

1.3.9 Behandlingselementer vedrørende behandlingsudbytte (dokumentation og evaluering)

Brannigan et al. anbefaler i forbindelse med guidelinens niende mindstekrav, at der i behandlingsprogrammet behøves en stram evaluering til måling af succes, målretning af ressourcerne og forbedring af behandlingstilbuddet. I evalueringsværktøjet knytter følgende spørgsmål sig til det niende kvalitetskrav:

- Indsamler man i behandlingstilbuddet sine egne data relateret til klientudbytte (eksempelvis resultater fra opfølgingsundersøgelser), og/eller forsyner man staten (eller andre evaluerings- eller forskningsinstitutioner) med denne type data?
- Analyserer man i behandlingstilbuddet sine egne indsamlede data med henblik på at måle effekten af behandlingstilbuddet?
- Har man i behandlingstilbuddet gennemført effektevalueringer i forhold til klientudbytte?
- Har en uafhængig instans gennemført effektevalueringer i forhold til klientudbytte?
- Hvis ja til det foregående spørgsmål: Blev der i denne uafhængige evaluering 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)?
- Indsamler man i jeres behandlingstilbud data hos relevante samarbejdspartnere vedrørende tilfredshed med jeres ydelser?

Vedr. spørgsmålet: *Indsamler man i behandlingstilbuddet sine egne data relateret til klientudbytte (eksempelvis resultater fra opfølgingsundersøgelser), og/eller forsyner man staten (eller andre evaluerings- eller forskningsinstitutioner) med denne type data?*

- 13 behandlingstilbud rapporterer, at man indsamler data til Servicestyrelsens Stofmisbrugsindberetning (VBGS). 6 af disse tilbud indsamler samtidig data til egne lokale formål.

- 4 behandlingstilbud rapporterer, at man indsamler data til Center for Rusmiddelforsknings unge-projekt (UngMAP). Disse 4 indsamler alle samtidig data til egne lokale formål⁵.
- 9 behandlingstilbud rapporterer at indsamle data til både VBGS og UngMAP.
- 2 behandlingstilbud rapporterer, at man kun indsamler data til egne lokale formål.
- 3 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke indsamler data relateret til klientudbytte.

26 ud af 31 behandlingstilbud indsamler data til enten Servicestyrelsens Stofmisbrugsindberetning, eller Center for Rusmiddelforsknings unge-projekt eller til begge. Begge registreringsystemer har bl.a. til formål, at det enkelte behandlingstilbud kan trække egne data ud.

Vedr. spørgsmålet: *Analyserer man i behandlingstilbuddet sine egne indsamlede data med henblik på at måle effekten af behandlingstilbuddet?*

- 13 behandlingstilbud rapporterer, at man analyserer egne data med henblik på at måle effekten af behandlingstilbuddet.
- 1 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke selv analyserer resultater, men at man får disse resultater fra Center for Rusmiddelforskning
- 17 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke analyserer egne data med henblik på at måle effekten af behandlingstilbuddet.

14 ud af 31 behandlingstilbud reflekterer i større eller mindre udstrækning over egne ydelser ved hjælp af analyserede data knyttet til behandlingseffekt.

Vedr. spørgsmålet: *Har man i behandlingstilbuddet gennemført effektevalueringer i forhold til klientudbytte?*

- 9 behandlingstilbud rapporterer at have gennemført effektevalueringer i forhold til klientudbytte. En del af disse besvarelser dækker dog

⁵ Dette var, hvad lederne umiddelbart svarede til interviewereren. Reelt er det som tidligere nævnt i alt 22, der indsamler og indsender data fra UngMAP til Center for Rusmiddelforskning.

over aktiviteter, man ikke sædvanligvis henfører under effektevaluering.

- 22 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke har gennemført effektevalueringer i forhold til klientudbytte.

Kun en lille del af de 31 behandlingstilbud udarbejder egentlige effektevalueringer i forhold til klientudbytte.

Vedr. spørgsmålet: *Har en uafhængig instans gennemført effektevalueringer i forhold til klientudbytte?*

- 2 behandlingstilbud rapporterer, at en ekstern instans på et tidspunkt har gennemført en effektevaluering i forhold til klientudbytte.
- 3 behandlingstilbud rapporterer, at en ekstern instans på et tidspunkt har gennemført en effektevaluering af dele af behandlingstilbuddets ydelser eller af hele den organisation, hvori behandlingstilbuddet indgår.

To behandlingstilbud har på et tidspunkt haft en ekstern instans til at foretage en effektevaluering i forhold til klientudbytte.

Vedr. spørgsmålet: *Hvis ja til sp. 44: Blev der i denne uafhængige evaluering 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)?*

- En af de to ovenstående evalueringer med eksterne evaluatorene rapporteres at have et videnskabeligt baseret forskningsdesign.

Vedr. spørgsmålet: *Indsamler man i jeres behandlingstilbud data hos relevante samarbejdspartnere vedrørende tilfredshed med jeres ydelser?*

- 16 behandlingstilbud rapporterer at indsamle data hos relevante samarbejdspartnere vedrørende tilfredshed med tilbuddets ydelser. 11 af disse tilbud beskriver, at denne dataindsamling foregår i forbindelse med netværksmøder, samarbejds møder mv.
- 3 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke indsamler data hos relevante samarbejdspartnere vedrørende tilfredshed med tilbuddets ydelser, men at man er vidende om, at behandlingstilbuddet har et godt ry blandt samarbejdspartnere.

- 12 behandlingstilbud rapporterer, at man ikke indsamler data hos relevante samarbejdspartnere vedrørende tilfredshed med tilbuddets ydelser.

Ca. halvdelen af de 31 behandlingstilbud har fokus på at indhente information hos samarbejdspartnere vedrørende tilfredshed med tilbuddets ydelser. For hovedparten af tilbuddene bliver denne information indhentet i forbindelse med, at man er samlet med disse samarbejdspartnere på netværksmøder og samarbejds møder. Der er således i de fleste tilfælde ikke tale om systematisk dataindsamling vedrørende tilfredshed med ydelserne.

1.4 Sammenfatning

Sammenholder vi data fra denne undersøgelse med data fra den tilsvarende undersøgelse i 2006, ser det ud til, at man i dag er i kontakt med ca. samme antal unge, som det var tilfældet før kommunalreformen, nemlig ca. 5-10 procent af den estimerede potentielle målgruppe. At behandlingen i store træk er blevet lagt ud i kommunerne har tilsyneladende ikke, som nogen havde forventet, betydet, at klientmængden blev forøget. Dette giver anledning til at tro, at vi i Danmark har nået den mængde unge, man får i behandling, når man har en indtogsstruktur, der de fleste steder er baseret på, at behandlingstilbuddene modtager de klienter eller bekymrede voksne omkring klienterne, der selv henvender sig. Hvis vi ønsker en større procentdel af de unge med misbrugsproblemer i behandling, ser det således ud til, at vi er nødt til i højere grad blandt andet at fokusere på forskellige former for opsporende aktiviteter.

Udredning og behandlingsmatchning

I 2006 konkluderedes det, at udredningen primært blev foretaget gennem kliniske interviews, ofte lokalt udviklede, eller gennem ASI-lignende udredningsinstrumenter. På landsplan var der en ringe kapacitet i forhold til mere specialiserede udredninger, eksempelvis i forhold til mentale lidelser.

I dag er der sket en klar udvikling i forhold til undersøgelsen i 2006, idet 75 procent af behandlingstilbuddene ved indskrivningen foretager en screening af den unges generelle situation, ofte med et standardiseret og forskningsbaseret instrument. 25 procent af tilbuddene udreder samtidig ved be-

hov de unge med et instrument beregnet til udredning af mentale problemer – dog oftest instrumenter beregnet til voksne mennesker.

Genudredning undervejs i behandlingsforløbet sker til gengæld næsten aldrig.

Helhedsorienteret behandling

I 2006 havde de fleste behandlingstilbud ikke nem adgang til andre specialer end deres eget. Det betød, at hvis klienten havde problemer inden for andre specialeområder, var der størst chance for at få hjælp til disse problemer, hvis disse var af en lettere grad, så misbrugsbehandlere selv kunne afhjælpe problemerne.

I dag behandler ca. en tredjedel af behandlingstilbuddene selv enten alle mentale lidelser eller lettere mentale lidelser. De fleste tilbud henviser dog til behandlingen andre steder og tager eventuelt med den unge til behandlingen. Det ser således ud til, at lidt flere behandlingstilbud end i 2006 har opnået en hurtig adgang til især psykiatrisk faglighed, enten ved at behandlingstilbuddet har en ansat psykiatrisk medarbejder, eller ved at behandlingstilbuddet har en psykiater tilknyttet på konsulentbasis. For en stor del af behandlingstilbuddene ser det dog stadig ud til at gælde, at der er et underskud i forhold til især psykiatrisk faglighed.

Involvering af familien

I 2006 tilbød knapt halvdelen af behandlingstilbuddene familierapi, mens de fleste behandlingstilbud involverede familien i større eller mindre grad som samarbejdspartnere i behandlingsforløbet.

I dag yder 7 af 31 behandlingstilbud behandling til den unges familie, når det skønnes relevant. 3 tilbud yder behandling til familier, men har ikke ressourcer til at tilbyde ydelsen til alle, der måtte ønske det. 21 behandlingstilbud rapporterer at henvise til andre kommunale enheder. For nogle tilbuds vedkommende betyder dette reelt, at der i de fleste tilfælde ikke ydes familiebehandling. For andre tilbuds vedkommende er der et meget tæt samarbejde med enheder, der er specialiserede i familiebehandling.

Ser vi samlet på den familierettede del af den ambulante misbrugsbehandling til unge under 18 år, ser det således ud til, at der i dag indsatsmæssigt

fokuseres mindre på den unges familiemæssige sammenhæng, end det var tilfældet i 2006.

Behandlingstilbuddets udviklingsmæssige tilpasning til gruppen af unge

I 2006 konkluderedes det, at der generelt på landsplan var stærkt fokus på, at indsatsen skulle være særligt målrettet gruppen af helt unge med misbrugsproblemer frem for at overføre behandlingskoncepterne fra voksenbehandling.

I dag er næsten alle behandlingstilbud ligeledes optagede af både formmæssigt og indholdsmæssigt at tilpasse sig målgruppen af helt unge mennesker. 30 ud af 31 behandlingstilbud rapporterer, at man tilpasser behandlingen til den enkelte unges udviklingsmæssige niveau. Ca. halvdelen af behandlingstilbuddene har inkorporeret oplevelsesorienterede aktiviteter i behandlingstilbuddet i større eller mindre omfang. 20 behandlingstilbud anvender konkret beskrevne metoder, der tager hensyn til, at unge ofte tænker mere konkret end voksne. De øvrige behandlingstilbud synes ligeledes at være opmærksomme på fænomenet, uden at kunne referere direkte til konkrete metoder.

Alle behandlingstilbud yder individuel behandling til unge. To tredjedele af behandlingstilbuddene tilbyder samtidig én eller flere former for gruppebehandling. I 22 behandlingstilbud er ungebehandlingen en selvstændig ydelse adskilt fra voksenbehandling.

Engagering og fastholdelse af de unge

I 2006 konkluderedes det, at der var et særdeles stærkt fokus på at opbygge behandlingstilbuddene på en sådan måde, at man bedst muligt kunne engagere og fastholde de unge i behandlingen.

I dag er der stadig meget stærkt fokus på motivationsforstærkende interventioner generelt blandt behandlerne i de indrapporterende behandlingstilbud. To tredjedele af behandlingstilbuddene rapporterer at indlægge særlige alternative behandlingselementer med henblik på at engagere og fastholde den unge i behandling. Knap en fjerdedel af behandlingstilbuddene anvender forskellige former for direkte belønning i behandlingsforløbene. De øvrige behandlingstilbud er generelt optagede af at anvende ros og anerkendelse i behandlingsarbejdet. 30 ud af 31 behandlingstilbud har i forskellig

grad fokus på opbygning af en terapeutisk alliance mellem den unge og behandleren. Næsten alle behandlingstilbud involverer familien med den effekt, at den unge i højere grad fastholdes i behandlingsforløbet. En stor gruppe af behandlingstilbuddene pointerer dog, at familieinvolveringen ikke er en direkte strategi for at fastholde den unge. Der er snarere tale om, at involveringen af familien har en fastholdende følgevirkning.

Kvalificeret personale

I 2006 konkluderedes det, at næsten alt personale havde en socialfagligt relevant basisuddannelse, men at de færreste herudover havde en specialiseret uddannelse eller viden om unge, om samtidigt optrædende mentale lidelser mv.

I dag angiver en stor del af behandlingstilbuddene at have medarbejdere med uddannelse og/eller træning i unges udvikling. Da der i de fleste tilfælde refereres til viden erfarede i den pædagogiske uddannelse, er der overvejende tale om basisviden vedrørende børn og unges udvikling, og kun i mindre grad tale om mere specialiseret viden. En forholdsvis stor del af behandlingstilbuddene angiver at have medarbejdere med uddannelse og/eller træning i sameksisterende lidelser. I de fleste tilfælde er der tale om medarbejdere, der tidligere har arbejdet i psykiatrien. 19 behandlingstilbud ud af 31 angiver at råde over mindst én familieterapeut.

Når man sammenligner den danske misbrugsbehandling med den amerikanske kontekst, hvor Brannigan og hendes kolleger udviklede evalueringsværktøjet, er det slående, at den danske behandlergruppe er særdeles godt grundlæggende uddannet. Der findes stort set ikke behandlere uden en uddannelse, og hovedparten har en socialfagligt relevant uddannelse. Til gengæld mangler der stadig specialviden i feltet. Dog ser det ud til, at der foregår en tilstrømning af medarbejdere med mellemlang uddannelse og års erfaring, især fra det psykiatriske område.

Køns- og kulturspecifikke komponenter

I 2006 konkluderedes det, at ca. halvdelen af behandlingstilbuddene havde nogle særlige indsatser til særlige målgrupper – især i forhold til kønsrelaterede temaer. Ingen behandlingstilbud havde på det tidspunkt særlige indsatser i forhold til etniske minoritetsgrupper. Lige som i 2006 er der en ten-

dens til, at særlige behandlingsbehov, kønsrelaterede, etnisk relaterede mv., primært søges håndteret gennem de individuelle behandlingsforløb, der til gengæld er langt den mest udbredte behandlingsform. Der ses dog i forhold til 2006 en stigning i forhold til særlige hensyn i forhold til etniske problematikker. I dag har 5 behandlingstilbud således tiltag eller medarbejdere direkte rettet imod at imødekomme nogle særlige behandlingsbehov – ofte i relation til etniske minoriteter.

Ca. halvdelen af de indrapporterende behandlingstilbud har enten dynamiske eller mekaniske forholdsregler vedrørende det at sikre klienternes personlige integritet. Der er helt overvejende tale om at beskytte klienterne imod hinanden. Ingen rapporterer forholdsregler i forhold til relationen mellem behandlere og klienter.

Kontinuerlig behandling

I 2006 konkluderedes det, at der i forhold til kontinuerlig behandling især fandtes en god indsats i forhold til at hjælpe den unge videre efter misbrugsbehandlingen.

I dag er 28 ud af 31 behandlingstilbud organiseret på en sådan måde, at behandlerne har mulighed for direkte eller indirekte at tage ansvar for, at klienten har en langsigtet handleplan. 25 behandlingstilbud tager direkte ansvar for, at klienten har en plan, der rækker seks måneder frem i tiden. De øvrige behandlingstilbud har alle på én eller anden måde det langsigtede aspekt med i behandlingsovervejelserne. 30 ud af 31 behandlingstilbud yder tilbagefaldsforebyggende behandling eller tilsvarende lang udslusning. Stort set alle de behandlingstilbud, der organisatorisk har mulighed for det, tager et ansvar i forhold til den unges kontakt til de instanser, der skal have med den unge at gøre efter endt behandling. Ca. en tredjedel af behandlingstilbuddene ser klienterne efter udskrivningen, enten fordi man har aftalt et opfølgende møde, eller fordi man ser klienten i et efterværnstilbud. De øvrige behandlingstilbud ser kun tilfældigt klienterne efter udskrivningen.

Behandlingsudbytte (dokumentation og evaluering)

I 2006 konkluderedes det, at næsten alle behandlingstilbud indberettede data, og at ca. halvdelen af behandlingstilbuddene selv anvendte data ved-

rørende behandlingen i forbindelse med evaluering, refleksion over, og justering af behandlingstilbuddet.

I forhold til evaluering og dokumentation gælder det i dag, at der er forholdsvis stor opbakning i forhold til at indberette data til centrale registre som VBGS og UngMAP. Der er ligeledes stor aktivitet i forhold til at op-søge feedback fra samarbejdspartnere vedrørende tilfredshed med behandlingstilbuddenes ydelser. Derimod er der, ligesom i 2006, store problemer i forhold til den del af dokumentationsområdet, der handler om systematisk at anvende data til at foretage forbedringer af behandlingselementerne. Det er således primært den del af dokumentationsarbejdet, der kræver nogle særlige analytiske kompetencer, der volder problemer i forhold til Brannigan et al.s anbefalinger i forhold til dokumentation.

Kapitel 2. Evidensbaseret praksis i behandlingsarbejdet

I rapportens kapitel 1 blev den ambulante behandling til unge med misbrugsproblemer beskrevet på et strukturelt niveau. I dette kapitel analyseres de interventioner, der tilbydes de unge. Det ville være oplagt at sige noget om kvaliteten ud fra en opgørelse over effekten af de indsatser, der ydes i de 31 behandlingstilbud. De fleste steder findes der imidlertid ikke valide mål for effekten af behandlingen, hverken i forbindelse med selve behandlingen eller som opfølgning efter eksempelvis seks måneder. Vi kan derfor i stedet forsøge at sige noget om behandlingskvaliteten ved at undersøge, i hvilket omfang de 31 behandlingstilbud er optaget af at anvende metoder med en vis forskningsdokumenteret behandlingseffekt. Vi vil med andre ord undersøge, i hvilket omfang behandlingstilbuddene anvender evidensbaseret viden og praksis.

2.1 Om evidensbaseret praksis

Professionelle, der arbejder med menneskelig forandring betalt af det offentlige, bliver mødt med en forventning om, at de løbende udvikler og effektiviserer deres indsats. Inden for sundhedssektoren er der tradition for, at denne effektivisering foregår ved, at der etableres mere og mere evidensbaseret praksis (Sackett and Rosenberg 1995). At behandlingspraksis er evidensbaseret betyder, at man anvender procedurer og metoder baseret på en kritisk brug af den aktuelt bedste viden, man har inden for et givet behandlingsområde. Idéen er, at man opretholder et tæt forhold mellem forskning og praksis, og at man som praktiker justerer sin praksis løbende i forhold til, hvilke nye resultater forskningen producerer, sådan at man til en hver tid arbejder i overensstemmelse med den nyeste viden.

Der er to grundlæggende vanskeligheder forbundet med at arbejde med udgangspunkt i den aktuelt bedste viden. Den ene vanskelighed ligger i begrebet 'aktuelt', og den anden vanskelighed ligger i begrebet 'bedste viden'.

Begrebet 'aktuelt': At arbejde evidensbaseret betyder, at man til enhver tid har justeret sin indsats ud fra den nyeste viden inden for området. Dette rummer imidlertid flere vanskeligheder. Én vanskelighed er, at mange af de behandlingstilbud, der findes i dag, og som tilbyder behandling til unge

med misbrugsproblemer, er meget små institutioner. To tredjedele af alle behandlingsenhederne har under fem medarbejdere, og har derfor kun i ringe grad ressourcer til regelmæssigt og systematisk at holde sig ajour med den seneste udvikling. En anden vanskelighed ligger i at implementere den nye viden, når man har fået kendskab til den. Det er forholdsvis håndgribeligt at udskifte ét medicinsk præparat med et andet, når evidensen foreskriver det. Det er straks en del vanskeligere at gennemføre større justeringer i de meget komplekse psykosociale behandlingsmetoder. Vanskelighederne med at opdage og at implementere nye, evidensbaserede behandlingsmetoder beskrives senere i dette kapitel.

Begrebet 'bedste viden': For mange praktikere er erfaringsbaseret viden i høj kurs. Hvis man har oplevet at få et behandlingsforløb til at virke ved at gøre nogle bestemte ting, vil man have en tendens til at gøre det samme igen i lignende situationer. Med tiden vil denne fremgangsmåde få karakter af at være måden, man gør det på. Nogle vil sige, at metoden er blevet institutionaliseret (Berger and Luckmann 1966/1983). Mange metoder og procedurer inden for socialt arbejde er opstået på denne måde. Forskningen har imidlertid vist, at erfaringsbaseret viden har en tendens til at være behæftet med fejl. Eksempelvis er der en tendens til, at vi bekræfter metodens fortræffelighed i de tilfælde, hvor den virker, mens vi ignorerer eller bortforklarer de tilfælde, hvor metoden ikke har en effekt. I evidensbaseret praksis er der derfor strenge krav til måden, hvorpå viden produceres. Man taler om et videnhierarki eller evidenshierarki (Nordentoft 2002), hvor man nederst i hierarkiet finder det, der kommer tættest på erfaringsbaseret viden, nemlig udtalelser fra ekspertkomitéer og andre anerkendte autoriteter inden for området (se tabel 3). Det er en udbredt holdning blandt formidlere af evidensbaseret praksis, at man kun anerkender viden fra de to øverste niveauer i evidenshierarkiet. Det vil sige forskningsbaseret viden fra en randomiseret, kontrolleret undersøgelse eller endnu bedre: viden fra én eller flere metaanalyser af gode randomiserede undersøgelser.

Tabel 3: Videnhierarkiet (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

Gennem 1990'erne så man på internationalt plan, at interessen voksede for, at også socialt og psykosocialt arbejde skulle underlægges evidensprincipperne (Webb 2001; Webb 2002). I begyndelsen af det nye årti bredte presset sig til misbrugsområdet, og *Journal of Substance Abuse Treatment* reserverede i 2002 et helt temanummer til artikler, der næsten alle handlede om betingelserne for at indføre forskningsbaserede metoder i misbrugsbehandlingen (Brown and Flynn 2002; Dansereau and Dees 2002; Lehman et al. 2002; Liddle et al. 2002; Simpson 2002). I Skandinavien tog man med konferencen '21st Century Drug Free Treatment? Between Evidence and Belief' i 2004 fat på mere grundlæggende spørgsmål vedrørende evidensrationalets muligheder og begrænsninger i forhold til misbrugsfeltet (Bergmark 2005; Koski-Jännes 2005; Pedersen 2005a; Ravndal 2005; Svensson 2005; Vind 2005).

2.1.1 Argumenter for og imod evidensbaseret praksis

Der er blandt både forskere og praktikere grundlæggende uenigheder om, hvorvidt evidensrationalet er fornuftigt at anvende som drivkraft for udvikling inden for socialt arbejde. Der er mange argumenter for og navnlig imod idéen om at forsøge at skabe kvalitet i behandlingsarbejdet ved at fokusere på evidensbaseret praksis. Nogle mener, at evidensrationalet er blevet institutionaliseret i det moderne behandlersamfund, og at det har fået legitimerende betydning frem for egentlig forbedrende effekt på behandlingen (Bergmark 2005). Dette må imidlertid siges at være en kritik til dem, der hævder at have implementeret evidensbaseret behandling snarere end til evidensrationalet i sig selv.

Andre mener, at evidensrationalet har en risiko for at resultere i en reduktionistisk tilgang til praksis (Miller 2006; Zachariae 2007). Behandlingen af unge med misbrugsproblemer er endnu et forholdsvis nyt område, hvad forskning angår. Det betyder, at det overvejende er de 'nemme' behandlingsmetoder, man indtil videre har gennemforsket i sådan en grad, at der foreligger randomiserede, kontrollerede undersøgelser, og dermed niveau I-evidens. Miller pointerer, at hvis man insisterer på kun at anvende evidensbaserede metoder, baseret på randomiserede, kontrollerede undersøgelser inden for et område med kun få af disse undersøgelser, da ender vi med kun at kunne sige, hvilken farmakologi, hvilken adfærdsterapi og hvilken individuel korttidsterapi der er mere effektiv end andre tilsvarende behandlingstilbud. Hvis standardbehandling afvises, fordi der kun foreligger niveau III-evidens (ekspertkonsensus), vil den overvejende del af klienterne i den offentlige behandling blive snydt, fordi der næsten ikke er produceret evidens i forhold til eksempelvis familierapi, gruppeterapi og dagbehandling (Miller 2006).

"...udfordringen ligger i at etablere systemer, der tilstræber en høj grad af evidensbaseret standardiseret klinisk praksis uden at hæmme udvikling, kreativitet og innovation. Omvendt vil fraværet af EBP ikke i sig selv fremme innovation, ligesom den daglige kliniske praksis ikke automatisk stimulerer nytænkning."

(Zachariae, 2007:22)

Et sofistikeret bidrag til reduktionisme-argumentet kommer fra De Jong & Berg (2006), der mener, at det er problematisk at sidestille social og psykosocial behandling med medicinsk behandling. Forfatterne pointerer, at sygdomme, der er en konsekvens af fysiologiske processer, i højere grad ligner de videnskabelige problemer, som naturvidenskaben beskæftiger sig med, end de klientvanskeligheder, som hjælpeprofessionerne inden for det psykosociale område søger at tage sig af.

De Jong og Berg fremhæver, at forskning og ræsonnementer i forhold til fysiologisk betingede sygdomme fungerer gennem konvergent tænkning. Det indebærer, at mere og mere avancerede undersøgelser med tiden vil frembringe forskellige løsninger, der gradvist konvergerer i retning af det rigtige svar. Eksperimentel forskning, som er et eksempel på konvergent tænkning, har vist sig særdeles vellykket i forhold til videnskabelige og medicinske puslespil. De problemer, som behandlere i hjælperprofessio-

nerne kommer ud for, er imidlertid ifølge De Jong & Berg anderledes. Disse problemer har ofte ikke én bestemt korrekt løsning. Et eksempel er familien, der søger hjælp, fordi den oplever konflikt mellem forældre og børn. En sådan problematik vil man kunne gribe an på et utal af måder, og valget af indsatsfokus afhænger af forældrenes individuelle behov på dette tidspunkt i deres liv, deres erfaring med forælderrollen, og deres kulturelle værdier med hensyn til arbejde og børneopdragelse.

Fordi den enkelte behandler og de enkelte medlemmer af familien og deres livsopfattelser er så varierede, er der ikke nogen færdig løsning på familiens problem, og ud fra denne forståelse påpeger De Jong & Berg, at det er mere hensigtsmæssigt at knytte hjælperprofessionerne til divergent tænkning. Dette indebærer, at behandleren frem for at have en færdig løsning undersøger forskellige perspektiver på problemet sammen med familien og søger efter potentielt anvendelige løsninger. Den divergente tænkning lægger således lige så stor vægt på klienternes opfattelser som på behandlerens. De Jong og Berg konkluderer herudfra, at målet for hjælpeprofessionerne er empowerment, dvs. at give klienterne redskaber til at leve et mere tilfredsstillende liv. Det dominerende fokus på klientproblemer og ekspertløsninger underminerer bestræbelserne på empowerment, mener forfatterne, og refererer til en lang række forfattere, der tilslutter sig denne opfattelse. Hvis behandleren fokuserer på kategorier af problemer eller patologi, kan klienten miste modet og føle, at han eller hun er offer for en eller anden sygdom eller dysfunktion. At styrke klientens handlekraft vil derimod sige, at man hjælper folk til at opdage den betragtelige styrke, der ligger i dem selv, deres familier og deres lokalområder.

De Jong & Bergs overvejelser er ikke et opgør med evidensbaseret behandling i betydningen at arbejde med det, der virker bedst, men et opgør med den naturvidenskabelige – de færdige løsningers – forståelse baseret på problemløsningstilgangen. Problemet er ikke noget, der kan endeligt udredes og følges op med en færdigpakket indsats. Løsningen er derimod noget, der konstrueres i et samarbejde mellem behandler og klient. Og derfor er personalet især interesseret i og åbne for metoder, der bidrager til denne fælles konstruktionsproces (De Jong and Berg 2006 (2002)).

De Jong & Bergs indvendinger mod evidensbaseret praksis er altså ikke en protest imod idéen om, at man gennem forskning kan komme frem til bedre og bedre metoder, men en protest imod idéen om, at man kan forske sig frem til en færdig løsning eller manual, der passer på enhver klient med de aktuelle karakteristika. De to væsentligste grunde til, at man ikke kan forske sig frem til færdige løsninger inden for psykosocial behandling er dels, at der ofte er mange tilgange til løsningen af et psykosocialt problem, og at klientens konkrete, komplekse situation er medbestemmende for, hvilken løsning der vil virke bedst. Og dels at klienten i den psykosociale behandling i modsætning til klienten i medicinsk behandling skal skabe løsningen sammen med behandleren, for at den kan have en virkning. En behandlingsmetode er ifølge De Jong & Berg kun virkningsfuld i det omfang, den giver mening for den enkelte klient.

Udover de grundlæggende kritikpunkter i forhold til evidensrationalet som drivkraft for faglig udvikling inden for psykosocialt arbejde findes der en række mere konkrete kritikpunkter, hvoraf mange knytter sig til problemerne med at implementere evidensbaseret praksis i den behandlingsmæssige hverdag. Det er forholdsvis tilgængeligt at evidenssteste konkrete behandlingselementer i klinisk eksperimentelle forsøg. Problemet er derimod at få viden og praksis til at gå den modsatte vej – altså at implementere et egentligt evidensbaseret behandlingsprogram (Zachariae 2007).

Det første problem er at komme fra forskningens snævert evidensbaserede viden til konkrete, realistiske, brugbare og navnlig anvendte guidelines for praksis (Finney 2000). Under forskningen udføres den undersøgte indsats strengt systematisk af behandlere, der har fået træning og supervision i metoden. Efter forskningsfasen anvendes den nye evidensbaserede metode af behandlere, der ofte har mindre eller ingen træning i metoden, og den bliver samtidig anvendt under mindre strukturerede forhold, i en mindre homogen behandlingskontekst (Hall 1997).

Næste problem er, at mennesker, der udfører socialt arbejde, i hovedtræk ikke tager rationelt baserede beslutninger (Webb 2001). Webb argumenterer for, at selv om det skulle lykkes at overvinde de tidligere beskrevne metodiske problemer, vil man alligevel aldrig opnå et egentligt evidensbaseret behandlingstilbud, primært fordi den enkelte behandler på grund af kogni-

tive begrænsninger tager beslutninger på baggrund af tommelfingerregler – altså erfaringsbaseret viden – uden fuld opmærksomhed på al tilgængelig evident viden. Dette økonomiserer beslutningsprocessen, men gør den samtidig mangelfuld og i nogle tilfælde fejlbehæftet. Fordi der er grænser for, hvor meget evident viden man som behandler kan have i spil på én gang, og fordi det sociale arbejde er langt mere komplekst og langt mindre homogent end evidensrationalet lægger op til, tenderer behandleres beslutningsprocesser til at falde tilbage på tilbøjeligheder, værdier, præferencer og sund fornuft frem for evidensbaseret viden. Med udgangspunkt i denne viden om, hvordan der reelt tages beslutninger i behandlingsarbejdet, lægger Webb op til, at man ikke forsøger at overføre det eksperimentelt orienterede evidensrationale fra den medicinske verden til det sociale og psykosociale område, men tværtimod udvikler en form, der passer til det sociale arbejdes særlige forhold.

Det tredje problem er, at praktikere, som De Jong & Berg antydede, i mange tilfælde er bekymrede for at arbejde manualbaseret. Når et behandlingstilbud indfører et egentligt evidensbaseret behandlingsregime, medfører det et krav til behandlerne om øget systematik og i mange tilfælde et krav om at arbejde med udgangspunkt i én eller flere manualer, sådan som man har set det eksempelvis inden for alkoholbehandlingen i Odensemodellen (Nielsen og Nielsen 2001). Forskningen viser imidlertid, at praktikere ikke er begejstrede for at arbejde med alt for megen styring lagt ned over deres behandlingsforløb, og ikke bryder sig om at arbejde stringent efter manualer (Abrahamson 1999; Addis et al. 1999; Reynolds 2000; Wolfe 1999). Addis et al. (1999) gør rede for seks typer af problemer, der set fra praktikernes perspektiv især gør det problematisk at indføre manualbaseret behandling:

- 1) Fokusering på manualen kan vanskeliggøre etableringen og fastholdelsen af en terapeutisk alliance med klienten.
- 2) Det kan blive vanskeligere at møde den enkelte klients individuelle behov, når man følger manualen.
- 3) Nogle praktikere oplever, at de ikke er kompetente i forhold til at lære og at anvende den manualbaserede teknologi, og nogle oplever tab af selvstændighed og jobtilfredshed, når de pålægges at følge manualen.

- 4) Nogle praktikere tillægger ikke manualbaseret eller evidensbaseret praksis betydning.
- 5) Nogle praktikere oplever, at den manualbaserede praksis udgør en hindring for udvikling af nye teorier og metoder.
- 6) Nogle praktikere oplever, at den manualbaserede behandling ikke passer til virkeligheden i netop deres praksis.

Der er med andre ord mange principielle såvel som praktiske argumenter imod at indføre evidensbaseret praksis som drivkraft i udviklingen af det sociale og psykosociale arbejde. Eller, lidt blødere formuleret, der er mange hensyn at tage, hvis man vælger at overføre det oprindeligt naturvidenskabelige paradigme for forbedring til det sociale og psykosociale område.

Hvis man ser på argumenterne for trods alt at fastholde den evidensbaserede tilgang som ét af drivmidlerne for løbende metodeudvikling og -forbedring, er det væsentligste nok, at den øgede fokusering på evidensbaseret praksis har medført en velkommen fokusering på forskning og effektivitet også i det sociale arbejde (Trinder 2000). Når man som medarbejder i en organisation udfører en opgave, har man – ligesom organisationen – brug for at vide, om man udfører opgaven tilfredsstillende. Om man udfører opgaven på den rigtige måde, kan man tendentielt få viden om gennem to typer af kontrol: outputkontrol og adfærdskontrol (Hasenfeld 1983; Ouchi 1977).

Outputkontrollen er baseret på, at man kan måle effekten af medarbejderens indsats. Man kan eksempelvis tælle, hvor mange cigaretter en cigarruller laver i timen, og man kan tælle, hvor mange procent af disse cigaretter, der opfylder kvalitetskravene. Når man har outputkontrol, er man sædvanligvis ikke optaget af måden, hvorpå opgaven udføres, blot medarbejderen laver mange cigaretter, der samtidig er af høj kvalitet.

Når man benytter adfærdskontrol, har man derimod fokus på, at medarbejderen udfører opgaven i overensstemmelse med organisationens specifikationer. Når man har udviklet et evidensbaseret behandlingsregime med manualer for visitationen og for en række mulige efterfølgende behandlingsindsatser, er man optaget af, at medarbejderne følger manualen som foreskrevet, idet denne adfærdskontrol sikrer den bedste effekt, på samme måde som outputkontrollen gør det på cigarfabrikken. Når man anvender ad-

færdskontrol, er man derfor ikke længe så optaget af at måle effekter, men derimod af at 'måle' i hvilken udstrækning medarbejderen følger procedurerne, der til gengæld oprindeligt blev skabt på baggrund af effektmålinger.

Nogle former for socialt og psykosocialt arbejde har en sådan karakter, eller er organiseret på en sådan måde, at man ikke har mulighed for at foretage outputkontrol, og samtidig har man ikke indført evidensbaserede behandlingsregimer med manualer, der giver mulighed for adfærdskontrol. I sådanne behandlingstilbud er der en tendens til udvikling af en tredje kontrolform i form af socialisering til praksisideologien (Hasenfeld 1983). Begrebet 'socialisering til praksisideologien' refererer til, at personalet oplæres, trænes og superviseres tæt i forhold til organisationens behandlingsideologi eller -program. Denne kontrolform er effektiv, fordi den typisk er kædet sammen med organisationens belønnings- og strafsysteem. En behandler er dygtig, når hun udfører behandling helt i overensstemmelse med behandlingsideologiens anbefaling, og ikke fordi hendes indsats har en god effekt på klienten. Fordi man i sådanne behandlingstilbud kun har behandlingsideologien at holde de konkrete indsatser op imod, er disse tilbud derfor i særlig stor risiko for at blive selvrefererende og bære meningen i sig selv, uden nævneværdig kobling til reelle behandlingseffekter.

Fokuseringen på evidensbaseret praksis som drivmiddel for faglig udvikling har således den effekt, at behandlingsformer, der i for høj grad er blevet selvrefererende og ikke har nævneværdig effekt i praksis, med tiden får sværere og sværere ved at bevare deres legitimitet, med mindre disse metoder gennem ny forskning revideres, så der ses en effekt af behandlingen.

I denne undersøgelse anerkendes evidensbaseret praksis således som en hensigtsmæssig, om end problematisk, drivkraft i forhold til løbende forbedring af behandlingsarbejdet, og vi har derfor undersøgt, i hvilket omfang behandlingstilbuddene har adopteret evidensbaserede metoder, samt behandlingstilbuddenes generelle orientering imod at indføre nye, evidensbaserede metoder.

I det følgende vil vi forsøge at kortlægge to hovedspørgsmål, nemlig dels i hvilket omfang der anvendes evidensbaserede metoder i behandlingsarbejdet, og dels i hvilket omfang disse metoder anvendes i overensstemmelse med de oprindelige (evidenssikrede) anbefalinger.

2.2 Anvendt metode i denne del af undersøgelsen

Data til denne del af undersøgelsen er fremkommet primært gennem en spørgeskemaundersøgelse og sekundært gennem kvalitative telefoniske interviews.

Alle behandlere i de behandlingsorganisationer, der har indvilliget i at deltage i denne undersøgelse, har via e-mail modtaget et elektronisk spørgeskema. Spørgeskemaet rummer indledningsvis spørgsmål vedrørende den enkelte behandler's køn, alder, faglige grunduddannelse mv. Herudover bedes den enkelte behandler om at besvare spørgsmål om, hvilke behandlingsmetoder behandleren selv anvender. Behandleren har mulighed for at vælge i en liste med ca. 40 kendte metoder, og behandleren råder herudover i besvarelsen over muligheden for selv at tilføje andre metoder i en åben rubrik. I forhold til alle de metoder, behandleren angiver at anvende, bedes behandleren markere omfanget af den uddannelse og træning, vedkommende har i forhold til den enkelte markerede metode. Der gives fire valgmuligheder: 1) ingen uddannelse og træning, 2) kortere kurser, seminarer mv., 3) uddannelse og træning af 1-2 års varighed, og 4) uddannelse og træning af mindst 2 års varighed.

Endelig stilles behandleren 15 spørgsmål vedrørende holdningen til evidensbaseret behandling i det hele taget, samt 5 spørgsmål vedrørende behandlerens opmærksomhed på, når der dukker nye evidensbaserede behandlingsmetoder op.

De deltagende behandlingsorganisationer indrapporterede i alt 108 behandlere, der alle fik det elektroniske spørgeskema tilsendt. 81 behandlere (74 procent) indledte besvarelsen af spørgeskemaet, og 69 behandlere (64 procent) gennemførte hele besvarelsen. En frafaldsanalyse viser, at frafaldet undervejs i besvarelsen er jævnt fordelt over hele spørgeskemaet for de 12 personer, der påbegyndte besvarelsen uden at afslutte den.

I de kvalitative telefoniske telefoninterviews er en række behandlere blevet interviewet bl.a. i forhold til måden, hvorpå de er kommet i kontakt med en bestemt behandlingsmetode.

2.3 Anvendelsen af evidensbaseret praksis i behandlingstilbuddene

Indføring og anvendelse af evidensbaseret praksis stiller nogle krav til aktørerne i det behandlingsfelt, der skal adoptere og anvende de evidensbaserede praksisformer. I dette kapitel belyses behandlingen og feltet omkring behandlingen af unge med misbrugsproblemer i forhold til disse krav.

2.3.1 Et generelt billede af uddannelsesniveau og metodeanvendelse

Der findes tilsyneladende – og måske ikke overraskende – en sammenhæng mellem behandleres uddannelse og arbejds erfaring på den ene side, og deres forhold til at arbejde evidensbaseret på den anden side. En undersøgelse viser, at det at blive certificeret eller at få en licens inden for misbrugsbehandlingsområdet leder til større accept af at anvende evidensbaserede praksisformer (Haug et al. 2008). En anden undersøgelse viser, at behandlere generelt er mere åbne for at adoptere evidensbaseret praksis, jo bedre uddannede de er (Aarons 2005). Til gengæld er behandlere med lang praksiserfaring mindre tilbøjelige til at adoptere nye evidensbaserede praksisformer, end behandlere med kortere praksiserfaring (Aarons 2005). Litteraturen om nye, evidensbaserede metoder har ofte en mono-metodisk tilgang til behandlingsarbejdet, hvor én afgrænset metode systematisk iværksættes over for alle klienter, ofte med udgangspunkt i en behandlingsmanual. Samtidig gælder det, at personalet i mange tilfælde – navnlig i USA – ikke har anden uddannelse end netop træningen i den aktuelle metode. Når dette personale trænes intensivt i en ny metode, får denne metode derfor ofte en forholdsvis stor effekt sammenholdt med 'treatment as usual'.

Næsten alle er uddannede

Hverdagen i det danske ambulante behandlingsarbejde med unge med misbrugsproblemer er langt fra den ikke-uddannede, mono-metodiske tilgang til arbejdet. Stort set alle behandlerne har her en mellemlang eller lang uddannelse bag sig, inden de blev ansat som behandlere inden for ungeområdet. Blandt de behandlere, der har besvaret denne undersøgelses spørgeskema, har:

- 33 % en pædagogisk uddannelse
- 33 % en uddannelse som socialrådgiver
- 6 % en uddannelse som psykolog

- 2 % en uddannelse som sygeplejerske
- 27 % en anden udannelse

27 procent har angivet 'andet' under uddannelse, men en stor del af disse behandlere har ligeledes en mellemlang eller en lang uddannelse, eksempelvis folkeskolelærer, ergoterapeut eller speciallæge. Nogle få har kortere uddannelser bag sig, eksempelvis social- og sundhedsassistent og fængselsfunktionær. Nogle få har en uddannelse, man ikke umiddelbart forbinder med socialt arbejde, eksempelvis journalist og håndværker, og endelig har ganske få behandlere ikke nogen egentlig grunduddannelse bag sig, men har i stedet kvalificeret sig til behandlingsarbejdet ved at have gennemført en terapeutisk uddannelse. De fleste behandlere i denne undersøgelse har således en relevant uddannelse og/eller en terapeutisk uddannelse, der kvalificerer dem til på et generelt niveau at arbejde udviklingsorienteret med mennesker.

Behandlerne anvender en bred vifte af metoder

Herudover har alle behandlere en vifte af metoder, de bringer i anvendelse i forhold til forskellige aspekter af behandlingsarbejdet. 10 procent af behandlerne er næsten mono-metodiske, når det kommer til metodeanvendelse, idet de angiver kun at anvende to forskellige metoder i deres daglige arbejde. Det generelle billede er dog, at den enkelte behandler råder over ganske mange metoder. 66 procent af behandlerne anvender mere end fem forskellige metoder i deres daglige behandlingsarbejde, og 10 procent angiver at anvende 12-15 forskellige metoder i deres daglige arbejde. Det brogede metodebillede kan ses som udtryk for, at mange behandlere har en 'bærende' metode, eksempelvis den kognitive eller den løsningsorienterede tilgang, og at de herudover har en række støttende metoder eksempelvis meditationsmetoder, anger management, akupunktur og Motivational Interviewing, som de efter behov bruger understøttende i forhold til den grundlæggende intervention. Samtidig repræsenterer metodebilledet også en metode-historik, idet nogle behandlere først har lært én metode, eksempelvis gestaltterapi eller psykodynamiske behandlingsmetoder, og senere en ny metode, eksempelvis kognitiv behandling.

Undersøgelsens data antyder en tendens til, at behandlerne, udover at bruge mange forskellige metoder, også mikser disse metoder sammen til lokale

og/eller individuelle metoder. Det er karakteristisk, at de metoder, som flest behandlere angiver at bruge i det daglige, er de såkaldt uspecificerede metoder. 74 procent af behandlerne angiver at anvende en uspecificeret form for støttende samtaler, 70 procent angiver at anvende en uspecificeret form for støttende familiesamtaler, og 74 procent angiver at anvende en uspecificeret form for motiverende samtale.

De færreste behandlingstilbud er præget af en tilnærmelsesvis monometodisk tilgang til behandlingen, og kan snarere ses som en smeltedigel af forskellige metoder, anvendt hvor behandlerne finder det mest hensigtsmæssigt. Nogle få behandlingssteder er bagved det brogede metodebillede styret af en fælles interesse for en enkelt bærende metode, eksempelvis den løsningsfokuserede behandlingsmetode, og har denne metode som fælles faglig platform, mens andre metoder er mere løst organiseret udenom denne bærende metode. Andre steder, og nok de fleste, er præget af, at hver behandler har sin egen personlige smeltedigel af metoder.

De anvendte metoder

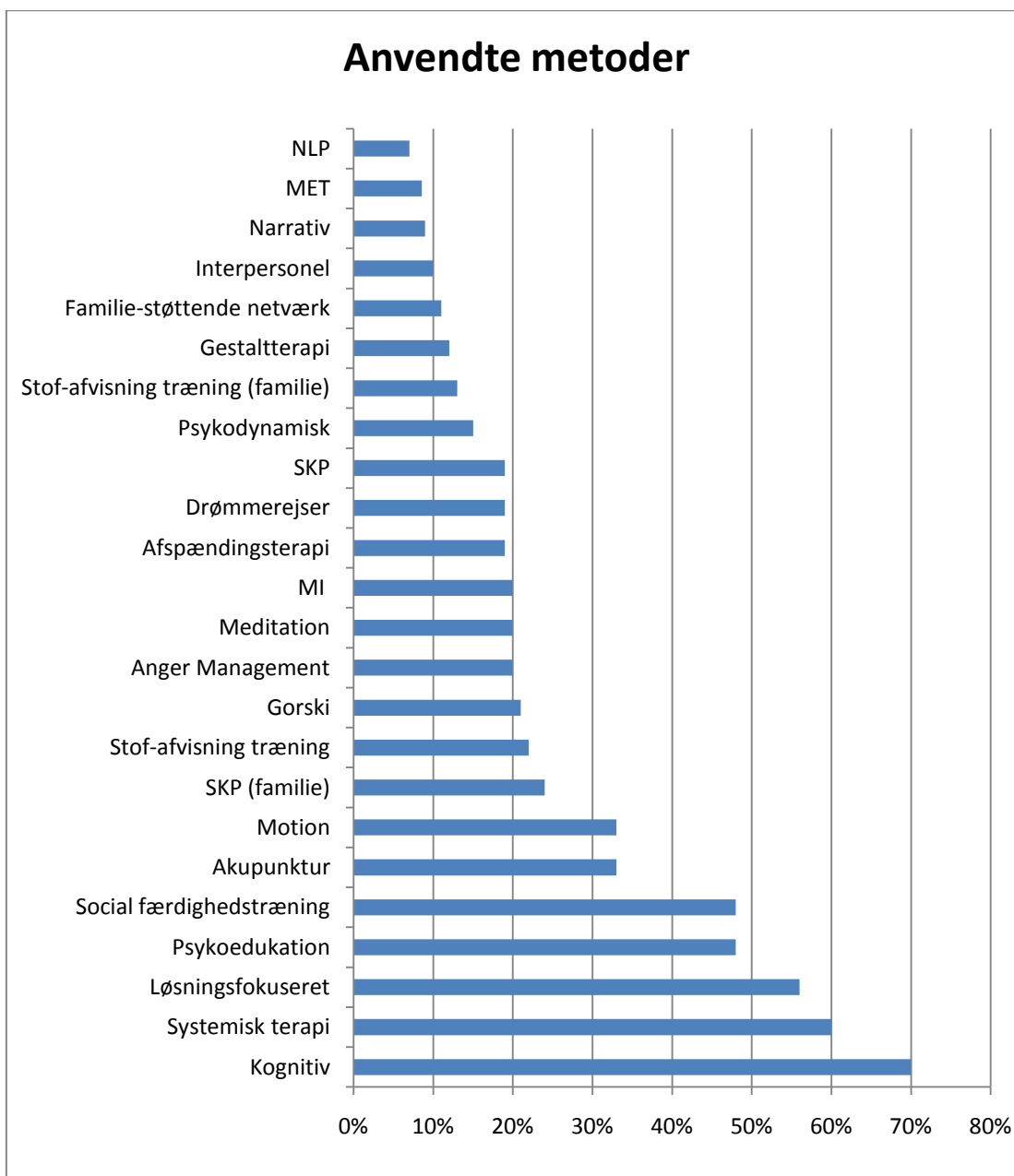
Blandt de 40 eksplicitte metoder, man har mulighed for at angive i spørgeskemaundersøgelsen, er en del behandlingsunderstøttende metoder, der ikke kan stå alene, eksempelvis massage, motion og meditation. Nogle få metoder er imidlertid sammenhængende metodesystemer, der kan fungere som bærende eller gennemgående metoder hen over et behandlingsforløb. Her er tale om eksempelvis kognitiv behandling, systemisk behandling og løsningsfokuseret behandling for de nyere metoders vedkommende, og eksempelvis psykodynamisk behandling og gestaltterapeutisk behandling for de lidt ældre metoders vedkommende.

Blandt de behandlere, der har besvaret spørgeskemaundersøgelsen, anvender 96 procent enten kognitiv behandling, systemisk behandling eller løsningsfokuseret behandling i deres daglige arbejde. 41 procent anvender to af disse metoder, og 25 procent anvender alle tre metoder. Disse metoder er alle evidensbaserede i deres oprindelige form, og man kan konkludere, at næsten alle behandlere – udover at være veluddannede – også anvender én eller flere oprindeligt evidensbaserede behandlingsmetoder i deres arbejde med klienterne. Vi kan dog ikke ud af besvarelsen se, i hvilket omfang disse metoder indgår som bærende henholdsvis støttende element i behand-

lernes arbejde. Eftersom mere end 70 procent af behandlerne angiver at anvende forskellige former for uspecificerede behandlingsformer, og 66 procent anvender mere end én af disse metoder, er der dog noget, der tyder på, at de færreste behandlere arbejder stringent ud fra én af de evidensbaserede metoder. Samtidig ved vi, at en del behandlere kun anvender nogle ganske få og afgrænsede dele fra en given metode og dog angiver at anvende metoden. Eksempelvis anvender mange behandlere udelukkende nogle ganske få skematiske interventionsmodeller fra den kognitive metode og optræder dog i spørgeskemaundersøgelsen som brugere af den kognitive metode.

I tabel 4 ses en oversigt over de mest udbredte metoder blandt ungebehandlere.

Tabel 4: Metoder anvendt af mindst 5 procent af behandlerne



Det er et ganske karakteristisk eksempel for anvendelsen af evidensbaserede metoder i misbrugsbehandlingen, at 74 procent angiver at arbejde med uspecificerede motiverende samtaler, mens kun 24 procent angiver at arbejde med én af de to evidensbaserede metoder: Motivational Interviewing (MI) eller motivationsforstærkende terapi (MET).

2.4 Behandlingsfeltets kapacitet i forhold til at opdage og indføre nye evidensbaserede praksisformer

Når vi ser på en succesfuld spredning og implementering af nye evidensbaserede metoder, viser forskningslitteraturen, at processen rummer tre faser (Gotham 2004):

Fase 1- teknologiudvikling: udvikling af behandlingsformer, der er virkningsfulde i kontrollerede undersøgelser og også effektive i praksis.

Fase 2 – teknologispredning: spredning og distribution af information vedrørende effektive behandlingsformer, der vil tillade dem at blive adopteret af klinikere og organisationer.

Fase 3 - teknologi-implementering: sikring af, at behandlingen faktisk anvendes af behandlerne og organisationerne på en sådan måde, at metoderne effektivitet og kvalitet fastholdes.

Den grundlæggende idé bag evidensbaseret praksis er, at behandlerssystemet løbende orienterer sig vedrørende ny forskning og viden inden for området og implementerer den nye viden i praksis. Det bærende element er således en opmærksomhed hos behandlerne på at skifte gamle metoder ud med nye i takt med, at forskningen viser, at nye metoder er mere effektive end de oprindelige. Forskningen har imidlertid vist, at klinikere inden for socialt og psykosocialt arbejde ikke skifter deres metoder ud, blot fordi nye resultater viser, at andre metoder er mere effektive. Derimod er klinikere tilbøjelige til at indføre en ny metode, hvis de føler sig ineffektive, eller hvis de føler, der vil blive en bred kundeefterspørgsel i forhold til en given praksis (Torrey et al. 2001). Man kan med andre ord sige, at klinikeres motivation for at indføre en ny praksis ikke ligger i objektive, forskningsbaserede data om en given ny metodes overlegenhed i forhold til eksisterende praksisformer, men i et oplevet behov for den nye metode. Klinikere har således en tendens til primært at være opmærksomme på tilsynekomsten af nye metoder, når de selv oplever et behov.

Man kan altså sige, at 'normaltilstanden' er, at praktikere opdager og indfører nye evidensbaserede metoder, hvis de oplever et metodisk behov eller problem, som de ønsker at afhjælpe, eller hvis de tror, at der vil blive meget stor efterspørgsel i forhold til en ny metode. Tilstanden, hvor praktikere

systematisk holder sig orienteret om tilsynekomsten af nye evidensbaserede metoder og løbende indfører disse nye metoder, er derimod en kunstig situation, der er baseret på overvindelsen af to grundlæggende udfordringer: spredningsudfordringen og implementeringsudfordringen. Vi vil i det følgende belyse, hvordan behandlingstilbuddene er udrustet i forhold til at overvinde sprednings og implementeringsudfordringerne.

2.4.1 Spredningsudfordringen

Når der er skabt evidens for, at en ny metode er mere effektiv end de oprindelige, skal metoden spredes til de relevante behandlere i feltet. Her kan man analytisk tale om dissemination i forbindelse med målrettet og planlagt spredning, og diffusion i forbindelse med spontan spredning (Schoenwald and Hoagwood 2001). Forskning i spredning og implementering af nye, evidensbaserede metoder har vist, at spredningen foregår mest effektivt, når man opbygger en infrastruktur omkring relationen mellem forskning og praksis i det hele taget (Lenaway et al. 2006), og når man udvikler selv bærende praksismiljøer (Rosenheck 2001). Alternativet er, at man opbygger en infrastruktur omkring spredningen og implementeringen af hver enkelt ny metode, hvis man ønsker at sikre, at den anvendes i behandlingsarbejdet. Spredning af nye behandlingsmetoder er med andre ord i de fleste tilfælde betydeligt mere effektiv, når den styres af målrettede, planlagte mekanismer og foregår inden for en bærende infrastruktur. Når spredningen er overladt til spontane mekanismer, bliver adoptionen ofte afhængig af bestemte karakteristika ved den nye metode (Henggeler and Lee 2002):

- Jo større fordele den nye metode synes at have, desto større er sandsynligheden for adoption.
- Jo bedre den nye metode passer ind i eksisterende praksis, desto større er sandsynligheden for adoption.
- Jo mindre kompleks den nye metode er, desto større er sandsynligheden for adoption.
- Jo mere synlig eller observerbar den nye metode er, desto større er sandsynligheden for adoption.
- Endelig er der større sandsynlighed for, at en ny metode adopteres, hvis den kan afprøves og indføres trinvis.

Dette betyder omvendt, at nye metoder, der kun kan indføres samlet, der er svære at tilegne sig gennem observation, der er komplekse, der er fremmedartede i forhold til eksisterende praksis, og som kun lover en mindre effektforbedring, kun sjældent adopteres gennem spontane spredningsprocesser.

Inden for misbrugsområdet findes der i praksis mindst fire forskellige spredningsmodeller:

- 1) Måltrettet spredning (dissemination) gennem et centralt organ, der har påtaget sig opgaverne: a) løbende og systematisk at holde øje med, når der kommer nye evidensbaserede metoder, b) at udvælge et begrænset antal gode programmer, så man kan komme op på en kritisk masse for spredning, og c) at sprede kendskab til og færdigheder i disse nye metoder (Backer 2000). Et eksempel er den amerikanske organisation Addiction Technology Transfer Center (ATTC) (se hjemmesiden www.attcnetwork.org). ATTC har som erklæret mål at forene forskning, uddannelse og behandling inden for misbrugsområdet i USA. Udover hovedkontoret har organisationen 14 lokale afdelinger fordelt over hele USA, hvor man tilbyder en række ydelser til de lokale behandlingstilbud måltrettet faglig og metodisk udvikling.
- 2) Måltrettet spredning (dissemination) af enkeltstående nye evidensbaserede metoder via et centralt organ. Et eksempel på dette er Servicestyrelsen, der med mellemrum sætter fokus på en ny, dokumenteret effektiv behandlingsmetode (i øjeblikket eksempelvis MultifunC og Parent Management Training Oregon), og efterfølgende medfinansierer og iværksætter information og uddannelse i forhold til den nye metode.
- 3) Spredning af enkeltstående metoder gennem offentlige, private og selvejende uddannelsesorganisationer. Denne spredning kan foregå både som dissemination (måltrettet) og diffusion (spontan). De meget udbredte bærende behandlingsformer kognitiv behandling, systemisk behandling og løsningsfokuseret behandling er alle overvejende spredt på denne måde.
- 4) Endelig findes der den spontane spredning, der foregår, når en lokal behandlingsaktør på eget initiativ opsøger eksperter eller ekspert-

grupper inden for en ny metode og foranstalter, at denne ekspert(gruppe) yder oplæring til den lokale behandlingsaktør. Et eksempel er den systemiske behandlingsform, der som et af de første steder i Danmark blev adopteret af medarbejdere i den psykiatriske organisation Stolpegården. Medarbejdere fra Stolpegården havde inviteret udenlandske udøvere af den systemiske metode til Danmark for at uddanne medarbejdere fra Stolpegården samt andre interesserede i den systemiske metode. Flere af deltagerne i dette første uddannelsesstiltag på Stolpegården har siden uddannet en stor gruppe danske læger, psykologer og socialarbejdere i systemiske og løsningsfokuserede metoder.

Ser vi på det ambulante felt som helhed, er der stort set kun tale om spontan spredning af metoder. Der findes ikke centrale organisationer, der har påtaget sig 1) at holde øje med udviklingen af nye, evidensbaserede metoder, 2) at udvælge nogle få gode metoder, der kan sikre, at man kommer op på en kritisk masse, og 3) at videreformidle disse metoder til hele behandlingsfeltet. Og der findes ikke en infrastruktur i form af et fagligt netværk, hvori en sådan spredning af nye, evidensbaserede metoder med lethed vil kunne glide ind i behandlingsfeltet. Når feltet er blottet for instanser, der påtager sig en koordinerende rolle i forhold til spredning og implementering af nye, evidensbaserede metoder, bliver behandlernes opsamling af nye metoder særligt afhængige af tre faktorer:

- behandlernes motivation for at adoptere en ny metode
- behandlernes generelle åbenhed for at adoptere nye evidensbaserede metoder og
- behandlernes kompetence og kapacitet i forhold til at holde sig orienteret om nye metoders opdukken i omgivelserne.

Behandlernes motivation for at adoptere nye metoder

Når der ikke findes en overordnet organisering og en infrastruktur, der sørger for at behandlerne løbende adopterer nye lovende behandlingsmetoder, har forskningen vist, at klinikere især er motiverede for at lære en ny praksis, hvis de tror, det vil hjælpe dem inden for et område, hvor de føler sig ineffektive (Torrey et al. 2001). At behandlernes motivation for adoption af nye metoder fungerer på denne måde har to konsekvenser: den første kon-

sekvens er, at behandlere, der oplever, at de metoder, de allerede anvender, er tilstrækkelige, ikke er optagede af at indføre nye metoder, blot fordi forskning viser, at de nye metoder er mere effektive end de oprindelige. Den anden konsekvens er, at behandlere typisk ønsker uddannelse i nye intervenerende metoder, fordi den adoptionsmotiverende utilstrækkelighedsfølelse primært opstår i forbindelse med behandlernes forsøg på at hjælpe klienterne med at ændre adfærd. Det betyder, at andre metoder, eksempelvis udredningsmetoder, sjældent efterspørges af behandlerne, mens nye behandlingsformer efterspørges bredt. I et behandlingsfelt uden overordnet styring og infrastruktur, med overvejende spontan spredning og adoption, hvor der primært adopteres det, som behandlerne oplever behov for, der vil man altså se et stort marked for behandlingsteknologier, men et betydeligt mindre marked for andre teknologier, eksempelvis udredningsteknologier.

Mens 96 procent af behandlerne knytter an til en af de nyere internationalt anerkendte behandlingsmetoder (kognitiv, systemisk, løsningsfokuseret), knytter kun 73 procent an til en dansk eller international standardiseret udredningsmetode. Dette tal dækker imidlertid over, at en stor del af behandlingstilbuddene i perioden 2007 til 2010 har valgt at indgå i det landsdækkende UngMAP-projekt, drevet fra Center for Rusmiddelforskning. En del af disse behandlingstilbud knyttede ikke tidligere an til en standardiseret udredningsmetode, hvilket betyder, at reelt kun godt halvdelen af behandlerne ville knytte an til et standardiseret udredningsværktøj, hvis ikke UngMAP var blevet spredt systematisk. Her er der i de fleste tilfælde tale om anvendelsen af udredningsværktøjet Addiction Severity Index (McLellan et al. 1980), der oprindeligt er udviklet til udredning af voksne med misbrugsproblemer, og i mindre omfang er egnet til udredning af unge mennesker under 18 år.

Behandlernes generelle åbenhed for at adoptere nye evidensbaserede metoder

I et felt styret af primært spontane spredningsdynamikker er behandlernes generelle åbenhed for at adoptere nye evidensbaserede metoder af stor betydning for, om der reelt adopteres nye metoder.

Der findes mange faktorer, der på forskellig vis influerer på, om en personalegruppe adopterer en ny evidensbaseret praksis; eksempelvis om behandlerne oplever, at den nye metode passer til klienternes behov, om den nye metode harmonerer med principperne i den måde, behandlerne arbejder på i forvejen, om den nye metode kan indføres uden omfattende omstrukturering af behandlingstilbuddet mv. (Aarons and Palinkas 2007). Mange af de faktorer, der påvirker behandlernes endelige beslutning om adoption 'mellemlander' imidlertid i medarbejdernes generelle holdning til adoption af nye evidensbaserede praksisformer. Medarbejdernes generelle holdning kan således være en faciliterende eller en begrænsende faktor i forhold til adoption (Aarons 2005). Aarons og kolleger (Aarons 2004; Aarons and Sawitzky 2006) har udviklet et værktøj til bedømmelse af behandleres generelle åbenhed for adoption af nye evidensbaserede praksisformer Evidence-Based Practice Assessment Scale (EBPAS). Værktøjet er baseret på fire underskalaer:

Tiltrækningskalaen (the appeal scale): der måler omfanget, i hvilket behandleren ville adoptere en ny evidensbaseret praksis, hvis den var umiddelbart appellerende, kunne anvendes korrekt, eller blev anvendt af kolleger, der var glade for den.

Tvangsskalaen (the requirements scale): måler omfanget, i hvilket behandleren ville adoptere en ny evidensbaseret praksis, hvis det blev forlangt – eksempelvis af staten, behandlingsorganisationen, eller en behandlingsleder.

Åbenhedsskalaen (the openness scale): måler omfanget, i hvilket behandleren generelt er åben i forhold til at prøve nye interventioner og ville være villig til at prøve eller anvende nye evidensbaserede praksisformer.

Divergensskalaen (the divergence scale): måler omfanget, i hvilket behandleren opfatter nye evidensbaserede praksisformer som klinisk ubrugelige og mindre vigtige end klinisk erfaring. I modsætning til de tre første skalaer er en høj score på denne skala negativt forbundet med sandsynligheden for at adoptere nye evidensbaserede praksisformer, og skalaen vendes derfor om i forbindelse med udregning af den globale score.

I Aarons' undersøgelser fra USA (Aarons 2004) blandt behandlere, der arbejder med børn og unge, fandt han en gennemsnitlig global score på 2,3 på en skala fra 0 til 5, hvor 5 er udtryk for højeste grad af positiv holdning til adoption og implementering af nye evidensbaserede praksisformer. I den amerikanske undersøgelse var behandlerne mest orienterede i retning af nye evidensbaserede praksisformer på tiltrækningskalaen (2,90), hvilket betyder, at behandlerne var orienterede mod adoption, når den nye metode var umiddelbart appellerende, kunne anvendes korrekt, eller blev anvendt af kolleger, der var glade for den. Behandlerne scorede lavest på divergensskalaen, hvilket betyder, at behandlerne i den undersøgelse havde en tendens til at se evidensbaserede metoder som klinisk ubrugelige og mindre vigtige end klinisk erfaring.

Hos de danske unge-misbrugsbehandlere finder vi en markant højere global score (3,66). De danske behandlere scorer ligesom de amerikanske højest på tiltrækningskalaen. Hvilket altså betyder, at den enkeltstående faktor, der i højest grad har indflydelse på behandlernes positive holdning til nye evidensbaserede praksisformer, er den nye metodes umiddelbare appel til behandlerne. Spørgsmålet, som behandlerne har scoret højest på i hele testen, er spørgsmålet om, hvorvidt de ville anvende en ny metode, hvis den gav mening for dem. At en metode giver mening for behandlerne er altså en særdeles stærk drivkraft – måske den stærkeste – i forhold til at møde en positiv holdning til adoption af en ny evidensbaseret praksisform. Spørgsmålet, som behandlerne scorede næsthøjest på, er spørgsmålet om, hvorvidt de ville anvende en ny metode, hvis de oplevede at have modtaget tilstrækkelig træning til at anvende metoden rigtigt. Træningsaspektet er således ligeledes en særdeles væsentlig faktor i forhold til at udvikle en positiv holdning til adoption af en ny evidensbaseret praksisform.

En meget markant forskel mellem de amerikanske og de danske behandlere er, at de danske behandlere scorer stort set ens på de tre øvrige skalaer (tabel 5), hvilket indebærer, at de danske behandlere scorer markant højere end de amerikanske på divergensskalaen. Dette betyder ifølge Aarons udlægning af skalaerne (Aarons 2004), at de danske behandlere i langt højere grad ser evidensfænomenet som et nyttigt bidrag til det kliniske arbejde, hvor de amerikanske behandlere vægter den kliniske erfaring langt højere, og kun i ringe grad ser evidensbaserede praksisformer som vigtigt bidrag til

forbedring af behandlingen. En af grundene til, at de danske behandlere scorer højt her, er deres villighed til at arbejde med udgangspunkt i en manual, og en opfattelse af at forskningsbaserede behandlingsmetoder faktisk er anvendelige i det daglige behandlingsarbejde.

Tabel 5: Danske og amerikanske behandleres holdning til ny evidensbaseret praksis

Skala	USA (2004) (n=301)	Danmark (2010) (n=68)
Tiltrækningsskala	2,90	4,10
Tvangsskala	2,47	3,53
Åbenhedsskala	2,49	3,50
Divergensskala	1,34	3,51
Global skala	2,30	3,66

De danske behandlere scorer globalt markant højere end amerikanerne. Det skyldes formodentlig et samspil mellem flere faktorer. For det første er det tænkeligt, at der er kommet en større accept af hele idéen om evidensbaseret praksis, siden Aarons lavede den første dataindsamling i USA i 2003. Dernæst har flere forskere fundet en sammenhæng mellem forskellige uddannelsesfaktorer og det at have en positiv holdning til evidensbaseret praksis. Én undersøgelse har vist, at bedre uddannelse hænger sammen med højere score på den globale skala (Aarons 2005). Og en anden undersøgelse har vist, at mennesker tidligt i ansættelsen er mere åbne for evidensbaseret praksis end erfarne professionelle (Aarons 2005). De fleste behandlere i ungeområdet er netop både grundlæggende veluddannede og samtidig forholdsvis nye i deres stillinger. Det er karakteristisk, at de erfarne behandlere med de historisk set ældste metoder, gestaltterapien og psykodynamisk terapi, scorer lavere end de øvrige behandlere på den globale skala (tabel 6).

Det at blive certificeret eller at få en licens inden for misbrugsbehandlingsområdet leder ligeledes til større accept af at anvende evidensbaserede praksisformer (Haug et al. 2008). Denne tendens kan vi imidlertid ikke genfinde i vores undersøgelse. De behandlere, der har de ældste efteruddannelser (gestaltterapi og psykodynamisk terapi), har samtidig de længste efteruddannelser, og de scorer samtidig lavere i forhold til åbenhed for nye evidensbaserede praksisformer. Dette har sin forklaring i, at de behandlere, der anvender de gamle metoder, scorer lavere på tvangsskalaen og divergensskalaen. Det betyder med andre ord, at disse behandlere er lidt mindre

tilbøjelige til at adoptere en ny metode, blot fordi der stilles krav om det, og at de i mindre grad end de øvrige behandlere opfatter evidensfænomenet som noget, der bidrager positivt til forbedring af behandlingsmetoderne. Samtidig er de i endnu højere grad end de øvrige behandlere drevet af ønsket om at adoptere nye metoder, fordi de umiddelbart appellerer til behandlerne og giver mening.

Tabel 6: Holdningen til ny evidensbaseret praksis hos medarbejdere uddannet i ældre behandlingsmetoder

Skala	Anvender psykodynamiske /gestaltterapeutiske metoder (n=13)	Anvender ikke psykodynamiske /gestaltterapeutiske metoder (n=55)
Tiltrækningsskala	4,21	4,08
Tvangsskala*	3,08	3,64
Åbenhedsskala	3,60	3,48
Divergensskala*	3,20	3,59
Global skala	3,52	3,70

* $p < .05$, Mann-Whitney U test/Independent samples T-test, SPSS

Spørgsmålet er imidlertid, om ikke licenseffekten i USA skyldes, at behandlerne i USA ofte ikke har anden uddannelse bag sig end netop deres licensbærende metodeuddannelse. Ud fra vores materiale at dømme ser det ud til, at det generelt høje grunduddannelsesniveaue overskygger licens-effekten.

Herudover deler danskerne amerikanernes forkærlighed for at adoptere nye metoder, der umiddelbart giver mening for dem. Men danskerne adskiller sig fra amerikanerne, måske igen pga. uddannelsesniveaue, ved samtidig at have en langt højere grad af accept for, at evidensfænomenet kan bidrage positivt til forbedring af behandling, hvor amerikanerne primært prioriterer den kliniske erfaring. Ud fra en måling af de danske behandleres generelle holdning til evidensbaseret praksis, med udgangspunkt i Aarons Evidence-Based Practice Assessment Scale (EBPAS), er danskerne altså generelt langt mere åbne for adoption af ny evidensbaseret praksis. Dette ses i særdeleshed i forhold til danskernes tilbøjelighed til at anerkende evidensbaseret viden som et vigtigt bidrag til behandlingsforbedring, og i forhold til danskernes større tendens til at acceptere at arbejde med udgangspunkt i behandlingsmanualer. De danske behandlere, der i det daglige arbejder med udrednings- eller behandlingsmanualer, scorer signifikant højere end de, der ikke arbejder med manualer i det daglige (tabel 7).

Tabel 7: Holdningen til ny evidensbaseret praksis hos medarbejdere, der anvender manualer

Skala	Anvender manualer (N=35)	Anvender ikke manualer (N=33)
Tiltrækningsskala**	4,31	3,90
Tvangsskala	3,70	3,37
Åbenhedsskala*	3,65	3,34
Divergensskala	3,64	3,37
Global skala**	3,82	3,49

*= $p < .05$, **= $p < .01$, Mann-Whitney U test/independent samples T-test, SPSS

Behandlernes kompetence og kapacitet i forhold til at holde sig orienteret

I et felt styret af spontane spredninger er behandlernes generelle holdning til evidensbaseret behandling altså som ovenfor beskrevet af særlig stor betydning. En anden vigtig faktor er imidlertid behandlernes faktiske kapacitet i forhold til at opsluge nye metoder, der sættes i omløb. Behandlers såkaldte kapacitet for absorbering forklarer i en amerikansk undersøgelse 26,3 procent af variansen i forhold til anvendelsen af nye behandlingsmetoder (Knudsen and Roman 2004). Dette betyder, at når man ud fra de amerikanske undersøgelsesdata skal forudsige, om en given behandlingsorganisation adopterer en ny metode eller ikke, da udgør tilstedeværelsen af tilstrækkelig kapacitet for absorbering alene en fjerdedel af forklaringen. Knudsen & Roman fandt, at et særligt aktivt element i kapaciteten for absorbering af nye metoder er organisationens og medarbejdernes såkaldte scanning af omgivelserne. Omverdensscanningen er i praksis baseret på især følgende faktorer:

- læsning af publikationer og fagbøger
- deltagelse i kurser, konferencer og temadage med eksterne undervisere
- medlemskab af faglige sammenslutninger, brancheforeninger mv.
- samtaler med andre behandlere, kolleger såvel som behandlere, fra andre behandlingstilbud
- deltagelse i intern og ekstern supervision

Når man i en såkaldt firefeltstabel (tabel 8) stiller de to vigtige faktorer – holdningen til ny evidensbaseret praksis og kapaciteten for omverdensscanning – op over for hinanden, viser det sig, at indføringen af nye behandlingsmetoder ikke uventet hænger sammen med en høj score inden for

begge faktorer. Der findes dog nogle afvigelser herfra. Således ser det ud til, at en positiv holdning til evidensbaseret praksis har større indflydelse end kapaciteten for omverdensscanning på adoptionen af de kognitive metoder. Med udgangspunkt i besvarelsen af spørgeskemaerne ser det ud til, at dette skyldes, at medarbejdernes holdning til at arbejde med en manualbaseret tilgang til behandlingen er særlig væsentlig i forhold til adoption af de kognitive metoder. Netop en positiv indstilling i forhold til manualer indgår som et element i scoringen af medarbejderes holdning til ny evidensbaseret praksis.

I modsætning til de kognitive metoder har det tilsyneladende stor betydning for de systemiske og løsningsfokuserede metoder, at behandlingstilbuddene har en høj kapacitet for omverdensscanning. Vurderet ud fra kvalitative telefoninterviews skyldes dette blandt andet, at disse metoder i højere grad end de kognitive metoder spredes og trives i nogle uformelle netværk baseret på mennesker, der via omverdensscanningen er i kontakt med hinanden.

Tabel 8: Holdning til ny evidensbaseret praksis i forhold til omverdensscanning

Behandlere med lav score vedr. omverdensscanning		.. høj score vedr. omverdensscanning	
.. lav score vedr. holdning til evidensbaseret praksis	Kognitiv metode:	61%	Kognitiv metode:	70%
	Løsningsfokuseret metode:	53%	Løsningsfokuseret metode:	70%
	Systemisk metode:	62%	Systemisk metode:	67%
	MI:	8%	MI:	7%
	MET:	8%	MET:	22%
	(n=13)		(n=26)*	
.. høj score vedr. holdning til evidensbaseret praksis	Kognitiv metode:	76%	Kognitiv metode:	71%
	Løsningsfokuseret metode:	24%	Løsningsfokuseret metode:	86%
	Systemisk metode:	48%	Systemisk metode:	71%
	MI:	5%	MI:	29%
	MET:	21%	MET:	43%
	(n=22)*		(n=7)	

*) Disse to grupper adskiller sig med hensyn til tvangs- og divergensskalaerne, men scorer ens på tiltræknings- og åbenhedsskalaerne.

Kombinationen mellem en høj score i omverdensscanning og en positiv holdning til evidensbaseret praksis synes dog at være særlig gunstig. Behandlere i denne gruppe anvender både løsningsfokuserede og systemiske metoder samt motivational interviewing og motivationsforstærkende terapi i højere til langt højere grad end behandlere med lavere score, og samtidig anvendes der her kognitive metoder i nogenlunde samme omfang som de øvrige behandlere.

2.4.2 Implementeringsudfordringen

Én væsentlig opgave er, som beskrevet i de foregående afsnit, at få viden om nye metoder spredt ud i behandlingsfeltet. En anden udfordring opstår i det øjeblik behandlere eller hele behandlingsorganisationer implementerer nye evidensbaserede praksisformer. En forskergruppe (Bero et al. 1998) har gennem litteraturstudier undersøgt effekten af forskellige strategier i forhold til at opnå implementering af nye forskningsresultater blandt sundhedspersonale. Gruppen fandt at:

- Distribution af undervisningsmateriale (anbefalinger, guidelines, audiovisuelle materialer samt elektroniske publikationer) har ringe eller ingen virkning i forhold til at opnå implementering.

- Audit og feedback har varierende virkning i forhold til at opnå implementering.
- Uddannelsesmæssige besøg, påmindelser, multifacetterede interventioner, samt interaktive uddannelsesorienterede møder i form af workshops har en god virkning i forhold til at opnå implementering.

En anden forskergruppe (McFarlane et al. 2001) har fundet, at forskningsbaseret viden om, at en ny metode virker mere effektivt end en eksisterende metode, kun i meget ringe grad har indflydelse på, at behandlere eller behandlingsorganisationer vælger at implementere en ny metode. Langt mere indflydelse på beslutningen om at implementere har derimod den nye metodes behandlingsfilosofi (i forhold til behandlernes eksisterende filosofi), selve metoden, overvejelser vedrørende implementeringens gennemførlighed, og ikke mindst metodens følelsesmæssige appel til behandlerne. Dette bekræfter, at det – især ved spontane spredningsprocesser – ikke er det evidensbaserede element, der får praksisfeltet til at implementere en ny teknologi.

McFarlane et al. konkluderer, at forskernes traditionelle metode i forhold til at øve indflydelse på behandlingsfeltet, at publicere kliniske forsøg i prestigefyldte internationale tidsskrifter, har en særdeles begrænset virkning på praksis, i hvert fald når de individer, der har potentialet til at implementere de nye metoder, ikke selv er en del af det akademiske miljø. Og her ser vi måske én af de store forskelle mellem den medicinske verden, der har succes med evidensprojektet til forskel fra de psykosociale behandlingsmiljøer, der ind til videre ikke i samme grad har haft succes med projektet. I den medicinske verden er der et stort sammenfald mellem de forskende og publicerende enheder og de anvendende enheder. I det psykosociale felt er der derimod en større adskillelse mellem forskere og praktikere. Som vi så i det foregående kapitel, bidrager ca. to tredjedele af behandlingstilbuddene med data til Center for Rusmiddelforskning's UngMAP-projekt, og kan på den måde forvente at blive delagtiggjort i den viden, der kommer ud af projektet. Ud over deltagelse i UngMAP-projektet har imidlertid kun nogle ganske få behandlingstilbud foretaget dataindsamling og -analyse i et omfang og på en sådan måde, at det kan karakteriseres som (praksis-) forskning. I modsætning til hospitalssektoren er forskningsfeltet og behandlingsfeltet

inden for behandlingen af unge med misbrugsproblemer to stærkt adskilte systemer, der ikke automatisk driver hinanden fremad.

I forhold til implementering af ny evidensbaseret praksis i et socialt område er især to faktorer forbundet med effektiv implementering af nye metoder: uddannelsesfaktoren og det, man inden for den institutionelle teori kalder oversættelsesfaktoren (Røvik 1998; Vind and Hecksher 2004), dvs. problemet med, at en ny metode altid udsættes for hensigtsmæssige såvel som uhensigtsmæssige tilpasningstiltag, når det adopteres af en ny behandler eller behandlingsorganisation.

Uddannelsesfaktoren

Hvis en ny evidensbaseret praksis skal implementeres på en sådan måde, at den har en effekt, der kommer i nærheden af effekten i forskningsfasen, kræver det, at behandlerne modtager både undervisning og opfølgende supervision/coaching (Miller et al. 2006; Miller et al. 2004; Robbins et al. 2002). Miller et al. (2006) nævner tre afgørende elementer i forhold til at implementere en ny evidensbaseret praksis:

- Erhvervelse af grundlæggende viden om den nye praksis i form af læsning, verbal instruktion, observering af kompetente praksisudøvere mv.
- Egen praktisering med feedback.
- Coaching/supervision til forstærkning af korrekt praksis og til at tilbyde behandlerne ekspert-tips i forhold til forbedring af udførelsen af den nye metode.

Miller et al. konkluderer, at kun implementeringsforsøg med både træning, feedback og coaching/supervision medfører, at behandlerne kommer til at anvende den nye metode som den oprindeligt blev brugt under effektmålingerne.

Egen praktisering med feedback samt coaching/supervision til forstærkning af korrekt praksis er begge to tiltag, der har til formål at sikre, at den nye metode eller praksis anvendes på den måde, der oprindeligt blev testet og fundet effektiv. Dette element beskrives nærmere i det følgende afsnit. Første skridt er imidlertid erhvervelsen af grundlæggende viden om den nye

praksis i form af læsning, verbal instruktion, observering af kompetente praksisudøvere mv.

Ser vi på de mest udbredte bærende behandlingsmetoder: kognitiv behandling, systemisk behandling og løsningsfokuseret behandling, har 55,1 procent, 57,2 procent og 38,5 procent mindst ét års efteruddannelse i forhold til at anvende disse metoder (tabel 9). Bedre ser det ud for medarbejdere med de lidt ældre behandlingsmetoder psykodynamisk behandling og interpersonel behandling, hvor 66,6 procent henholdsvis 66,7 procent af behandlerne har mindst ét års efteruddannelse, men kun 15 henholdsvis 10 procent af behandlerne anvender disse metoder. De behandlere, der anvender motiverende metoder, ser ud til at være forholdsvis veluddannede i disse metoder, og bl.a. Motivational Interviewing synes derudover også at indgå i nogle af de bærende metodeuddannelser. Således har nogle behandlere under deres kognitive efteruddannelser modtaget forholdsvis omfattende træning også i MI. Til gengæld anvender kun få medarbejdere disse motiverende metoder. Tendensen i 2010 er altså, at de kognitive, systemiske, og løsningsfokuserede metoder er forholdsvis udbredte, mens kun ca. halvdelen af de behandlere, der anvender disse metoder, har en efteruddannelse af en vis varighed i anvendelsen af metoderne.

Tabel 9: Behandlernes uddannelse inden for de anvendte behandlingsmetoder

Anvendt metode	Uddannelse i den anvendte metode (angivet i % af de deltagende behandlere)			
	> 2 år	1-2 år	Kortere kurser	Ingen uddannelse
NLP (n=5)	20	20	40	20
MET (n=6)		50	50	
Narrativ beh. (n=7)	42,9	28,6	28,6	
Interpersonel beh. (n=7)	66,7		16,7	16,7
Familie-støttende netværk (n=8)		25	25	50
Gestaltterapi (n=10)	55,6		11,1	33,3
Stof-afvisning træning (familie) (n=9)	22,2	11,1	44,4	22,2
Psykodynamisk beh. (n=11)	44,4	22,2	33,3	
SKP (n=14)	30,8	15,4	23,1	30,8
Drømmerejser (n=14)	8,3		66,7	25
Afspændingsterapi (n=14)	21,4		64,3	14,3
MI (n=14)	7,1	21,4	71,4	
Meditation (n=15)	33,3			66,7
Anger Management (n=15)	7,1		42,9	50
Gorski (n=15)	14,3		35,7	50
Stof-afvisning træning (n=16)	7,7	15,4	53,8	30,8
SKP (familie) (n=17)	43,8		25	31,3
Motion (n=24)	4,3		30,4	65,2
Akupunktur (n=25)		8,7	87	4,3
Social færdigheds-træning (n=35)	18,2	15,2	39,4	27,3
Psykoedukation (n=35)	30,8	15,4	53,8	
Løsningsfokuseret beh. (n=41)	10,3	28,2	46,2	15,4
Systemisk behandling (n=44)	28,6	28,6	40,5	2,4
Kognitiv behandling (n=51)	12,2	42,9	30,6	14,3

Oversættelsesfaktoren

Erfaringen viser, at kun meget ukomplekse fremgangsmåder implementeres direkte i form af kopiering. De fleste metoder gennemgår, når de spredes i praksisfeltet, en form for oversættelse eller tilpasning, når de adopteres af en ny behandler eller behandlingsorganisation.

I forbindelse med overføringen fra en homogen forskningsmæssig sammenhæng til en mere uforudsigelig heterogen behandlingsvirkelighed findes flere udfordringer. Det første problem er, at de videnskabelige produkter skal reduceres til ny reproducerbar praksis, før teknologien kan spredes (Milby et al. 2007). Milby et al. skriver, at for især naturvidenskabelige produkter er reduktionen en milepæl. Reduktionen er her ofte forbundet med procedurer, der beskytter den intellektuelle ejendom i form af patente-

ring, copyright, trademark mv. Inden for adfærdsvidenskaben og behandlingsforskningen findes kun i sjældne tilfælde en beskyttelse af den intellektuelle ejendom. I stedet opnås 'belønningen' ved, at resultaterne i forbindelse med anvendelsen af den nye teknologi publiceres i tidsskrifter. Teknologierne kommer derfor, ifølge Milby et al. til at lide under, at der sædvanligvis ikke findes personer, der har særlig interesse i at varetage en beskyttelse af den nye teknologi. Ansvar for kvaliteten ved implementeringen af den nye teknologi er derfor overladt til den adopterende part. Samtidig er det ofte vanskeligere at se tydeligt, når en social teknologi anvendes på en måde, der ikke er effektiv. Hvis man kommer en forkert brændstoftype på en motor, opdages det umiddelbart, hvorimod en ukorrekt anvendt behandlingsmetode kan være langt sværere at opdage. Det er i praksis ofte næsten umuligt at afgøre, om træghed i et behandlingsforløb skyldes, at det er svært at afhjælpe klientens problem, eller at man anvender en given metode forkert. Milby et al. konkluderer, at mange sociale teknologier derfor ikke bliver implementeret på den rigtige måde, hvilket betyder, at de ofte ikke får den effekt, der oprindeligt var knyttet til anvendelsen af metoden, da den blev evidenstaget.

Udover de utilsigtede oversættelser findes der mindst to fornuftige årsager til, at nye metoder gennemgår en tilpasning under adoptionen. Den første årsag til, at en ny metode bevidst tilpasses i forbindelse med implementeringen, er, at den kontekst, hvori metoden implementeres, stiller nogle særlige krav til anvendelsen af metoden, som der ikke var taget hensyn til i den oprindelige udgave af metoden. Den anden årsag er, at den nye bruger af metoden i nogle tilfælde forbedrer metoden (Dusenbury et al. 2003).

En tredje årsag til oversættelse af den nye metode under implementeringen ligger i de psykologiske mekanismer omkring tilegnelsen af en ny metode. En gruppe forskere (Simons et al. 2003) har undersøgt, hvordan skolelærere genererer, validerer og anvender forskningsbaseret viden til forbedring af deres faglige praksis. Man fandt i projektet, at lærere har brug for at fortolke og genfortolke, hvad evidens betyder for dem i den konkrete situation, i hvilken de underviser, og konklusionen i projektet er, at en faktor, der har forholdsvis stor indflydelse på, om og hvordan en ny evidensbaseret praksis implementeres, er, at der hele tiden forhandles om at skabe mening ud af de tilstedeværende omstændigheder. Dette er i god overensstemmelse

med, at vi i undersøgelsen af behandlernes holdning til evidensbaseret praksis fandt, at spørgsmålet om, hvorvidt den nye metode giver mening for behandlerne, bliver tillagt den største betydning.

Oversættelse ser med andre ord ud til at være næsten uundgåeligt i forbindelse med adoption af en ny evidensbaseret metode. Der er imidlertid blandt forskere stor uenighed om, hvordan man skal forholde sig til denne ændring af 'opskriften' på vej ind i organisationen. På den ene side står forskere med særligt fokus på de pædagogisk-psykologiske aspekter forbundet med adoption af nye metoder. Disse forskere har en tendens til at mene, at genopfindelse, oversættelse eller tilpasning er nødvendig, når man implementerer forskningsbaserede metoder i nye lokale kontekster. Og at måden at slippe fra disse oversættelser med effekten i behold på er, at man fra begyndelsen identificerer de kritiske elementer i den nye metode, sådan at man kan koncentrere sig om at bevare disse kritiske elementer intakte frem for at fokusere på præcis kopiering af hele metoden (Dusenbury et al. 2003; Liddle et al. 2002).

På den anden side står forskere med særligt fokus på sikring af den oprindelige effektivitet i forbindelse med indføringen af den evidensbaserede metode i nye kontekster. Disse forskere har en tendens til at mene, at bæredygtig forandring kræver omstrukturering af det daglige arbejdsflow, sådan at rutineprocedurer gør det naturligt for klinikerne at yde omsorg på den nye måde (Torrey et al. 2001). Eller mere kompromisløse forskere som Elliott og Mihalic, der skriver, at det er muligt, at lokal tilpasning øger sandsynligheden for, at den nye metode implementeres, men hvis dette medfører, at metoden gøres ineffektiv, da er oversættelsen ikke ønskelig. Disse forfatteres hovedpointe er, at lokale oversættelser ikke foretages som et rationelt valg truffet i et samarbejde mellem den adopterende organisation og de personer, der har indsigt i værktøjet, men derimod træffes individuelt af de udførende praktikere uden indsigt i metodens bagvedliggende teori og principper – underforstået: de har ikke forstand på, hvad de ændrer. Og ændringen medfører altså oftest en nedsat behandlingseffekt. Forfatterne mener, at det ofte stillede spørgsmål: hvordan vil denne nye metode passe ind i en given kontekst, er forkert, og at man i stedet burde stille spørgsmålet: hvordan skal den konkrete kontekst forandres, for at man kan implementere den nye metode med succes (Elliott and Mihalic 2004)?

Diskussionen spænder således over implementeringens største dilemma; oversættelsen eller genopfindelsen af den nye metode fungerer på den ene side som brændstof for implementeringsprocessen, men går samtidig i mange tilfælde ud over det, der i behandlingsforskningen benævnes fidelity (Miller et al. 2006). Begrebet fidelity er et udtryk for, hvor loyal en behandler eller en behandlergruppe er over for den oprindeligt foreskrevne måde at anvende den nye metode på. Hvis to behandlingsprogrammer tilbyder en bestemt behandlingspraksis, der er kendt for at være effektiv, da gælder det, at programmet med den stærkeste 'trokab' mod den definerede praksismodel samtidig også har tendens til at producere det mest effektive udbytte (Drake et al. 2001).

Det er særdeles ressourcekrævende at foretage egentlige fidelityundersøgelser, idet man kun kan konstatere behandlernes loyalitet med den oprindeligt foreskrevne metode ved at foretage observationsstudier. Sådanne observationsstudier er ikke foretaget i forhold til de 31 behandlingstilbud, der har bidraget med data til denne undersøgelse. Vi har imidlertid en række informationer, der kan give fingerpeg i forhold til den aktuelle fidelity i behandlingstilbuddene.

- Hvad angår de bærende behandlingsmetoder, har kun 40-60 procent af behandlerne en egentlig efteruddannelse af mindst et års varighed i anvendelsen af den enkelte metode. Der er således en forholdsvis stor del af behandlerfeltet, der kun har kortere eller ingen kurser i den bærende behandlingsmetode, de anvender i det daglige.
- De mest anvendte metoder i behandlingsarbejdet er uspecificerede metoder, dvs. metoder der består af en blanding af forskellige metoder, samt den enkelte behandlers egne erfaringer, hvilket er ensbetydende med lav fidelity i forhold til de specifikke metoder.
- Der findes ikke systematisk indsamlet data i forhold til dette emne, men de kvalitative telefoninterviews giver anledning til at tro, at der i forbindelse med implementeringen af nye metoder generelt ikke ydes feedback og supervision i forhold til korrekt anvendelse af den nye metode. En undtagelse herfra er metoden Multisystemisk Terapi, hvor man indgår i en forholdsvis kontrolleret oplæringsproces.
- Endelig er der ikke systematisk indsamlet data i forhold til dette emne, men de kvalitative telefoninterviews giver anledning til at tro, at

der kun sjældent er fokus på en eksplicitering af de virksomme elementer i den nye metode i de tilfælde, hvor medarbejderne har modtaget en længerevarende efteruddannelse i metoden. Og under alle omstændigheder gives som allerede beskrevet kun yderst sjældent feedback og supervision, i forhold til om disse virksomme elementer i givet fald er blevet implementeret i overensstemmelse med de oprindelige, evidensstestede forskrifter.

Denne viden giver anledning til at tro, at der i de 31 behandlingstilbud generelt er en lav fidelity i forhold til de forskrifter, der oprindeligt har været knyttet til de metoder, der i dag anvendes i behandlingsarbejdet.

2.5 Sammenfattende vedrørende evidensbaseret praksis i behandlingsarbejdet

Næsten alle behandlere i de ambulante tilbud til unge under 18 år har en relevant uddannelse og/eller en terapeutisk efteruddannelse, der på et grundlæggende niveau kvalificerer dem til at arbejde udviklingsorienteret med unge mennesker. Dette er et af de områder, hvor de danske behandlere adskiller sig markant fra eksempelvis amerikanske behandlere, som vi i forhold til behandlingsforskning ofte sammenligner os med. I USA er det ikke ualmindeligt, at behandlere kun har den uddannelse, der er knyttet til den konkrete behandlingsmetode, der arbejdes med.

96 procent af de danske behandlere anvender enten kognitive, systemiske eller løsningsfokuserede metoder i deres arbejde med de unge. 41 procent anvender to af disse metoder, og 25 procent anvender elementer fra alle tre behandlingstilgange. Næsten alle behandlere anvender således i det daglige én eller flere bærende behandlingsmetoder, der – i hvert fald i deres oprindelige form – er evidensbaserede.

Ser vi på det danske ambulante behandlingsfelt for unge med misbrugsproblemer som helhed, findes der ikke centrale organisationer, der har påtaget sig:

- at holde øje med udviklingen af nye evidensbaserede praksisformer
- at udvælge få, men gode praksisformer, der kan sikre, at man kommer op på en kritisk masse
- at sprede disse praksisformer til hele behandlingsfeltet

Der findes ligeledes endnu ikke en veletableret infrastruktur i form af et fagligt netværk, hvori en sådan spredning af nye, evidensbaserede praksisformer vil kunne glide ind i behandlingsfeltet. Når feltet ikke har sådanne centrale organisationer og netværk, der kan fungere for planlagte spredningsprocesser, vil spredningen af nye evidensbaserede praksisformer foregå forholdsvis tilfældigt gennem spontane sprednings- og adoptionsprocesser.

I et felt styret af overvejende spontane sprednings- og adoptionsprocesser er behandlernes adoption af nye evidensbaserede praksisformer særligt afhængige af behandlernes motivation for adoption, behandlernes generelle åbenhed for nye evidensbaserede praksisformer, samt behandlernes kompetence og kapacitet i forhold til at holde sig orienteret om nye praksisformers opdukken i omgivelserne.

At spredningen af nye metoder afhænger af behandlernes motivation for adoption medfører, at behandlerne har en tendens til især at adoptere nye praksisformer, der er tæt knyttet til behandlernes kerneydelse, som er interventioner i forhold til de unges adfærd og selvforståelse. Det medfører, at behandlerne er mere tilbøjelige til at adoptere nye interventionsformer (terapeutiske metoder), end de er til at adoptere praksisformer, der befinder sig længere væk fra kerneydelsen, eksempelvis nye evidensbaserede udredningsmetoder. Blandt de behandlere, der har deltaget i denne undersøgelse, anvender 96 procent en evidensbaseret behandlingsmetode, mens kun 73 procent anvender en standardiseret udredningsmetode, og en del af disse anvender primært udredningen til indberetningen af data til UngMAP-projektet.

De danske ungebehandlere har generelt en betydelig mere positiv holdning til nye evidensbaserede praksisformer end eksempelvis amerikanske behandlere. De danske behandlere er langt mindre modvillige til at arbejde helt eller delvis med udgangspunkt i behandlingsmanualer, og samtidig ser man generelt ny forskningsbaseret viden som potentielt nyttigt i udviklingen af behandlingsarbejdet, hvor eksempelvis amerikanske behandlere i langt højere grad vægter klinisk erfaring og kun i ringe grad værdsætter forskningsbaseret viden. Samtidig er meningsfuldhed en særdeles vigtig drivkraft bag de danske behandleres indstilling til adoption af nye evidens-

baserede metoder. Ydermere lægger de danske behandlere vægt på adgang til nødvendig træning, hvis de skal adoptere en ny metode.

Blandt behandlerne i denne undersøgelse er der en tendens til, at behandle- re med de lidt ældre behandlingsmetoder: psykodynamiske metoder og ge- staltherapeutiske metoder, ser mindre positivt på indføring af nye evidens- baserede metoder, end det er tilfældet for medarbejdere med de nyere me- toder, eksempelvis kognitive og systemiske behandlingsmetoder. Dette skyldes navnlig, at behandlerne med de lidt ældre metoder er mindre tilbø- jelige til at adoptere de nye metoder, blot fordi deres arbejdsplads kræver det. Og samtidig værdsætter disse behandlere i højere grad end de øvrige den kliniske erfaring frem for forskningsbaseret viden. Disse behandlere er endelig i endnu højere grad end de øvrige behandlere drevet af ønsket om at adoptere nye metoder, når de umiddelbart appellerer til behandlerne og giver mening.

Endelig har behandlernes kapacitet i forhold til at holde øje med udviklin- gen af nye evidensbaserede praksisformer i deres omgivelser indflydelse på adoptionen af nye praksisformer. Især har kombinationen mellem en god kapacitet for omverdensscanning og en generel positiv holdning til nye evidensbaserede praksisformer indvirkning på adoptionen af evidensbase- rede praksisformer.

Ser vi på anvendelsen af de evidensbaserede metoder, tegner der sig et lidt mere dystert billede. Kun 40-60 procent af behandlerne har en efteruddan- nelse af mindst ét års varighed i forhold til den bærende behandlingsmeto- de, de anvender i det daglige. De mest anvendte metoder er uspecificerede behandlings- og motivationsmetoder. Det vil sige metoder, der består af en blanding af forskellige metoder, samt den enkelte behandlers egne erfarin- ger. Det er udbredt, at behandlerne afviger stærkt fra den måde, deres bæ- rende behandlingsmetoder oprindeligt var bestemt til at blive anvendt på, hvilket ofte har en negativ indflydelse på behandlingseffekten.

De danske ungebehandlere er altså gennemgående veluddannede og anven- der i vid udstrækning evidensbaserede praksisformer, samtidig med at de har en grundlæggende positiv holdning til nye evidensbaserede praksisfor- mer. De anvender imidlertid de evidensbaserede praksisformer på lokalt

udviklede måder, der afviger fra den måde, metoderne oprindeligt blev brugt på, hvilket i mange tilfælde går kraftigt ud over behandlingseffekten.

Kapitel 3. Håndtering af misbrugsproblemer i folkeskoler og ungdomsuddannelser

I de foregående kapitler har vi interesseret os for den ambulante misbrugsbehandling, der i dag tilbydes unge under 18 år i de 31 danske tilbud, der er eksplicit afgrænset til at yde behandling til netop denne målgruppe. Vi har imidlertid, som tidligere beskrevet, en begrundet formodning om, at kun omkring 5-10 procent af de unge under 18 år, der har et misbrug af alkohol eller illegale stoffer, faktisk ender med at komme i behandling i de ambulante misbrugsbehandlingstilbud til unge, der i dag findes i de danske kommuner (Vind og Finke 2006). En del unge modtager formodentlig behandling i andre offentlige tilbud, uden at denne behandling på noget tidspunkt benævnes eller registreres som misbrugsbehandling. Det er dog hævet over enhver tvivl, at en forholdsvis stor del af de unge under 18 år med misbrugsproblemer ikke modtager behandling.

Da disse unge ofte er skole- eller uddannelsessøgende på det tidspunkt, hvor de udvikler deres misbrug, har vi i denne undersøgelse valgt at belyse, hvordan skole- og uddannelsessystemet reagerer, når en elev udviser begyndende symptomer på misbrug af alkohol eller illegale rusmidler. Undersøgelsen fokuserer på at beskrive især folkeskolens beredskab i forhold til elevens begyndende misbrug, samt hvordan dette beredskab bringes i anvendelse.

3.1 Fremgangsmåde

Undersøgelsen af folkeskolens og ungdomsuddannelsernes beredskab i forhold til misbrug er gennemført som en kvalitativ interviewundersøgelse. Der er foretaget interviews i 2 gymnasier, 2 tekniske skoler, 8 folkeskoler fordelt over 4 kommuner i Danmark, hos et ambulante udgående pædagogisk team for unge i alderen 11-14 år i én af de kommuner, hvor der er blevet foretaget interviews i folkeskolerne, hos et ambulante udgående team for unge i alderen 15-18 år i samme kommune, og endelig i en ungdomsskole i en anden kommune, hvor der er foretaget interviews i folkeskolerne.

Der er foretaget interviews med følgende fagpersoner:

- Rektorerne for to gymnasier

- Ansvarlige for håndtering af misbrug og andre faglige og sociale problemer i to tekniske skoler (i alt 4 personer)
- 1 skoleinspektør
- 23 klasselærere i overbygningsklasserne (klassetrin 7 – 9)
- 3 AKT-medarbejdere⁶
- 1 SSP-medarbejder⁷
- 1 leder for det ambulante team 11-14 år
- 3 pædagogiske medarbejdere i det ambulante team 15-18 år
- 2 ungdomskonsulenter fra en kommunal ungdomsskole

De interviewede personer er alle blevet stillet indgangsspørgsmålet: Hvordan håndterer du/I unge med misbrugsproblemer? De interviewpersoner, der selv har daglig kontakt med de unge i form af undervisning, er blevet bedt om at tage udgangspunkt i egne erfaringer med tidligere eller nuværende elever med misbrugsproblemer. De interviewede, der ikke har daglig undervisningskontakt, er blevet bedt om så vidt muligt at tage udgangspunkt i konkrete elever med misbrugsproblemer, og hvis dette ikke har været muligt, er de blevet spurgt om deres arbejdsplads' generelle fremgangsmåder i forhold til at håndtere den aktuelle målgruppe. Der er interviewet 40 fagpersoner, og disse har fortalt om deres erfaringer med i alt 28 unge med misbrugsproblemer.

De fire kommuner er valgt ud fra et hensyn til at dække forskellige kommunestørrelser. I tre af de fire kommuner har skoleforvaltningen udpeget skoler med henholdsvis høj og lav belastningsgrad i forhold til misbrugsproblematikken. I den fjerde kommune er skolerne blevet kontaktet direkte af CRF. Den enkelte skole er blevet anmodet om at finde klasselærere med konkret erfaring med den aktuelle målgruppe, og disse lærere er efterfølgende blevet anmodet om et individuelt interview af 25-50 minutters varighed.

De 40 interviews er blevet foretaget med udgangspunkt i principperne i grounded theory (Glaser 1992; Strauss and Corbin 1998), og de indsamlede data er efterfølgende blevet organiseret og analyseret i en temaana-

⁶ AKT er forkortelsen for Adfærd, Kontakt, Trivsel.

⁷ SSP er forkortelsen for Skole, Socialforvaltning, Politi.

lyse (Harder 1993). Data i interviewene giver indhold til fire overordnede temaer, der præsenteres i det følgende:

- 1) Forstadier til udvikling af misbrug hos unge i folkeskolen og ungdomsuddannelserne
- 2) Folkeskolens og ungdomsuddannelsernes beredskab i forhold til at reagere på unges begyndende misbrugsproblemer
- 3) Systemets træghed i forhold til at reagere på unges begyndende misbrug
- 4) Systemets potentialer i forhold til at reagere på unges begyndende misbrug

3.2 Forstadier til udvikling af misbrug

Forskningen har vist, at der er mange veje til udviklingen af et misbrug, eksempelvis fysiologiske og genetiske årsager, måden hvorpå personligheden er sammensat, opdragelsen og opvækstvilkårene, samt sociale og samfundsmæssige faktorer i øvrigt (Pedersen 2005b). Det er naturligvis en helt umulig opgave for en lærer i folkeskolen eller en ungdomsuddannelse at vide, i hvilket omfang hver enkelt elev er disponeret i forhold til alle disse potentielt udløsende faktorer. Hvis man imidlertid i uddannelsessystemet ønsker at skærpe opmærksomheden på tidlige signaler, peger denne undersøgelses casebeskrivelser på tre typiske tilstande eller adfærdsmønstre, der potentielt fungerer som forstadier til et senere misbrug:

Tidligt manifesterede, grundlæggende problemer: unge der gennem hele deres skolegang har haft adfærdsmæssige, indlæringsmæssige, sociale eller psykiske problemer, der blot forstærkes omkring puberteten. Der kan være tale om adfærdsmønstre forbundet med kliniske diagnoser, eksempelvis ADHD. Men der kan også være tale om eksempelvis omsorgssvigt eller omfattende sociale problemer.

Sent manifesterede grundlæggende problemer og ungdomslivsproblemer: unge der har haft en upåagtet skolegang, men udvikler problemer omkring puberteten eller derefter. Her kan der være tale om grundlæggende problemer, der først tydeligt manifesterer sig i ungdommen, eksempelvis begyndende skizofreni, depressive tilstande, reaktioner på omsorgssvigt

over lang tid mv. Og der kan være tale om problemer, der i højere grad knytter sig til vanskeligheder med at begå sig i ungdomslivet.

Risikoadfærd: unge uden registrerbare personlige eller sociale problemer, der føler sig tiltrukket af at anvende alkohol og illegale rusmidler.

3.2.1 Tidligt manifesterede, grundlæggende problemer

De unge i denne gruppe har i de fleste tilfælde vakt en vis opmærksomhed stort set fra de begyndte i skolen. Nogle har adfærdsmæssige eller psykiske problemer. Nogle har, eller vil få, en diagnose, eksempelvis ADHD⁸. Nogle er blevet drillet gennem en stor del af deres skolegang, eller har selv været aggressive og drillende i forhold til deres kammerater. Nogle kommer fra meget belastede og belastende familie- og boligforhold. Og nogle kommer fra familier, hvor brug og misbrug af alkohol og illegale stoffer foregår åbenlyst i hjemmet, og hvor de eksempelvis ryger hash sammen med deres forældre.

Det er karakteristisk for disse unge, at der op igennem deres skolegang har været et vist problemtryk, og de unge har i mange tilfælde været i kontakt med én eller flere af de særlige ressourcepersoner, der er tilknyttet folkeskolen, eksempelvis PPR-psykologer⁹, AKT-lærere mv.

Nogle unge med tidligt manifesterede, grundlæggende problemer har det så vanskeligt, at de allerede i løbet af de første klassetrin opgives af det almindelige skolesystem og i stedet tilbydes undervisning på særlige skoler. For en del af de unge gælder det imidlertid, at lærerne og de særlige ressourcepersoner gennem de mindre klasser har været i stand til at etablere indsatser, der passede til den unges problemtryk.

Når disse unge kommer i puberteten og overbygningsklasserne, forskydes den balance, der hidtil har været mellem deres individuelle problemer og indsatserne fra klasselærere og særlige ressourcepersoner. Det viser sig på forskellige måder, men det er gennemgående i undersøgelsens fortællinger, at de unge skubbes eller selv søger (længere) ud i periferien af klasse miljøet og i stedet finder sammen med andre unge i eller uden for skolen, som ligeledes er trukket væk fra mainstream. I samme proces, som de skifter

⁸ ADHD er forkortelsen for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.

⁹ PPR er forkortelsen for Pædagogisk Psykologisk Rådgivning.

venner og interesser, begynder de at 'falde ud' af undervisningen, har mere fravær og flere forsømmelser, og skolesituationen mister gradvist mening for dem. Fraværet og forsømmelserne viser sig ofte først hos såkaldte randlærere eller faglærere og sidst hos klasselæreren, som dels ofte har den bedste kontakt til den unge, og som samtidig har et fag, hvor de unge bedre kan bidrage uden at være forberedte. I denne proces og i dette miljø bliver det på et tidspunkt naturligt at bruge rusmidler, og anvendelsen af især de illegale rusmidler gør det herefter endnu vanskeligere for de unge at fastholde en deltagelse i undervisningen.

Det er gruppen af unge med tidligt manifesterede problemer, der giver anledning til at man under uformelle former hører lærere og pædagoger udtale, at de allerede i de mindste klasser, ja nogle gange i børnehaven, kan se, hvem der senere vil udvikle problemer. Denne gruppe er netop karakteriseret ved, at der altid har været nogle vanskeligheder forbundet med deres skolegang. Og at disse vanskeligheder forstærkes i overbygningsklasserne og i forbindelse med puberteten og overgangen til et ungdomsliv. Denne gruppe unge har altså længe haft forskellige belastninger, der blot forstærkes yderligere i forbindelse med overgangen fra barn til ung og i mødet med større uddannelsesmæssige krav. Et eksempel:

Klara¹⁰ kommer til skolen i løbet af 3. klasse. Hun er flyttet fra en anden by sammen med sine forældre og en ældre søster. Allerede i 3. klasse observerer man på den nye skole, at Klara har en akavet personlighed. Hun har svært ved at håndtere de sociale relationer til klassekammeraterne. Der foreligger ikke mistanke om, at Klara har en diagnose, og hun har ikke været udredt af en PPR-psykolog. Ved overleveringssamtalen mellem den gamle og den nye klasselærer ved begyndelsen af 7. klasse får den nye lærer at vide, at der er noget med et alkoholmisbrug i hjemmet, og Klara har et meget anstrengt forhold til især faderen. Man ved fra Klara selv, at hun har været udsat for ét eller andet fra faderens side, men hun vil ikke sige præcis, hvad det drejer sig om. Den nye klasselærer er selv tilbøjelig til at tro, at det drejer sig om en form for vold. Klara har fagligt klaret sig nogenlunde i 3. - 6. klasse, og det er altså hidtil mest hendes sociale vanskeligheder, der har været opmærksomhed på i skolesammenhæng.

Klasselæreren beskriver, at Klara i begyndelsen af 7. klasse gør en stor indsats for at gøre et godt indtryk både fagligt og socialt. Lærerne når så vidt, at de på et møde roser hende for denne indsats. I løbet af efteråret går det imidlertid ret hurtigt ned ad bakke

¹⁰ Elevens navn og andre genkendelige data er ændret, men casens betydningsbærende indhold er intakt.

både i forhold til det faglige og det sociale, og allerede ved juletid har klasselæreren holdt flere møder med AKT-læreren, skolens pædagogiske leder og Klaras socialrådgiver. Klara er begyndt at være en del fraværende, og hun får oftere og oftere ikke afleveret sine opgaver. I løbet af 7. klasse får Klara efterhånden en ny omgangskreds, der er noget ældre end hun selv, hvor det er almindeligt med fester med alkohol og illegale rusmidler hver fredag og lørdag aften. AKT-læreren har jævnligt samtaler med pigen, men det virker ikke som om, det har en positiv effekt på hendes vanskeligheder i forhold til problemerne i klassen. Hun bliver mere og mere aggressiv over for sine klassekammerater. Klara nægter i lang tid, at have noget med illegale rusmidler at gøre, men da forskningsinterviewet med klasselæreren foretages i midten af 9. klasse, ved man, at hun har et stort alkoholforbrug, at hun ryger hash, og man har rimelig pålidelig information om, at hun nu selv er blevet forhandler af illegale rusmidler. Hun kommer på det tidspunkt næsten ikke længere i klassen.

Hovedparten af de 28 unge, der er beskrevet i interviewene i denne undersøgelse, er karakteriseret ved at have tidligt manifesterede, grundlæggende problemer. Der er altså tale om en gruppe unge, hvor selve misbruget kommer som en overraskelse for lærerne på skolen, men hvor man typisk gennem længere tid har haft en ekstraordinær opmærksomhed rettet imod dem. I et amerikansk forskningsprojekt (Jeremy et al. 1992) undersøgte man en gruppe unge, der var blevet indlagt på psykiatrisk hospital med henblik på behandling for misbrug. Der er således tale om den mest belastede del af unge med misbrugsproblemer. I denne gruppe havde 82 % samtidig en psykiatrisk diagnose, og 71 % havde to eller flere psykiatriske lidelser samtidig med misbruget. I 68 % af tilfældene havde de unge én eller flere psykiatriske lidelser forud for misbruget. Når man ser på den gruppe af unge, der er mest belastede i deres misbrugstilværelse, gælder det altså, at mere end to tredjedele har haft psykiatriske lidelser i kortere eller længere tid forud for etableringen af selve misbruget.

Nogle faktorer har en indirekte påvirkning på unges brug af rusmidler, idet de på forskellige måder trækker de unge ind i miljøer, hvor brug af rusmidler er nærliggende. Psykiske problemer i barndom og ungdom har derimod en direkte relation til senere afhængighed af rusmidler, hvor brugen af alkohol eller illegale rusmidler tjener som en måde at håndtere dagligdagen på (D'Amico et al. 2005).

3.2.2 Sent manifesterede, grundlæggende problemer og ungdomslivsproblemer

De unge i denne gruppe har, indtil de når overbygningen og puberteten, gennemgået en forholdsvis upåagtet skolegang. De har op igennem skoletiden klaret sig på en sådan måde, at der ikke har været særligt fokus på dem, og de har typisk ikke tidligere været i kontakt med folkeskolens særlige ressourcepersoner. I nogle tilfælde har lærerne dog haft et særligt fokus på dem rent fagligt. De har i disse tilfælde tilhørt den del af klassen, som lærerne har brugt mest tid på for at få dem til at hænge på rent indlæringsmæssigt. Men det gælder kun nogle af de unge i denne gruppe.

Tilsyneladende sker der noget med de unge i denne gruppe, når de når overbygningsklasserne og/eller puberteten og det lidt mere hektiske ungdomsliv. Nogle af de unge, der er beskrevet i de 28 cases, rammes tilsyneladende af identitetskriser. Der er flere historier om adopterede børn og tosprogede børn¹¹, der på dette tidspunkt får det svært med udgangspunkt i deres etniske anderledeshed. Der er ligeledes historier om unge, der har haft en helt normal skolegang, men som i forbindelse med en vanskelig skilsmisse mellem forældrene udvikler følelsesmæssige problemer. Andre unge har tilsyneladende fungeret normalt socialt i årene inden puberteten, men får vanskeligheder da deres jævnaldrene i overbygningen begynder at orientere sig i stigende grad imod ungdomslivet. Nogle rammes af psykiske problemer, som formodentlig i nogle tilfælde har ligget latent i dem i nogle år, og atter andre synes at løbe ind i vanskeligheder, fordi de 'rammer muren' rent indlæringsmæssigt. De faglige krav øges markant netop i overbygningen, og en del af de unge, der har klaret sig nogenlunde i de første 6-7 skoleår, kan lige pludselig ikke rigtigt klare sig længere. I litteraturen om ungdomslivsproblemer anvendes ofte begrebet ungdomsstress (teen stress). Ungdomsstress er forbundet med at klare sig dårligere i skolen såvel som udviklingen af brug og misbrug af rusmidler (Garnier et al. 1997).

Et fællestræk for de historier, der fortælles om de unge i denne gruppe er, at de ligesom den foregående gruppe skubbes eller selv trækker sig ud i periferien af klassens sociale og faglige liv og i stedet begynder at ses med

¹¹ Begrebet 'tosprogede børn' anvendes af en del lærere om elever med anden etnisk baggrund end dansk, og som typisk taler både dansk og deres forældres oprindelige modersmål.

andre unge, der ligeledes har forskellige vanskeligheder. Hermed træder de tilsyneladende ind på den samme uheldige glidebane som den foregående gruppe med øget fravær, manglende aflevering af hjemmeopgaver, og i det hele taget en oplevelse af tiltagende meningsløshed i forhold til livet i folkeskolen. Som den foregående gruppe finder disse unge en ny meningsfuldhed i at søge sammen med andre problembærende unge, og en del af den nye meningsfuldhed synes at være forbundet med et, ofte hurtigt voksende forbrug af rusmidler – især alkohol og hash. Når de først har et dagligt forbrug af hash, giver dette i sig selv yderligere vanskeligheder med at følge undervisningen, og lærerne oplever, at de unges problematiske situation udvikler sig meget hurtigt, når de er nået hertil.

I modsætning til den første gruppe, har disse unge altså ikke haft en synligt problemfyldt opvækst i årene forud for overbygningsskolerne. Lærerne kan i en del tilfælde efterrationalisere og finde faktorer i disse unge menneskers liv, der har gjort deres platform lidt mere vakkelvorn end andre unges, men det ser altså ud til, at det, udover eventuelle latente lidelser, er den lidt hårdere faglige udfordring i overbygningen samt en række ungdomslivsfaktorer, der bevirker, at platformen pludselig ikke længere holder. Denne gruppe er karakteriseret ved, at man netop ikke kunne forudse allerede i de tidlige klasser, at de ville udvikle problemer. Et eksempel:

Markus¹² har en dansk mor og en far fra Sydamerika. Markus er mørk i huden. Markus fødes og bor i sin fars hjemland sammen med begge forældre, men kommer sammen med sin mor til Danmark i 4. klasse, da forældrene skilles. Faderen bliver i sit hjemland. Markus beskrives som en 'sød og dejlig dreng', der trives godt i skolen i perioden 4.- 8. klasse. Han beskrives som både fagligt og socialt velfungerende i denne periode. Han har en god humor og udviser i disse år ingen tegn på lidelser eller problemer.

Læreren, der beskriver denne case, blev klasselærer for Markus, da han rykkede op i overbygningen ved starten af 7. klasse. Han gennemfører efter klasselærerens opfattelse 7. klasse uden mærkbare vanskeligheder. I de første måneder af 8. klasse begynder Markus at have et større og større fravær. I denne periode har han primært fravær hos de såkaldte randlærere, mens han ikke har et bekymrende fravær i klasselærerens timer. Han begynder at virke usammenhængende og har problemer med at huske, hvilket han selv slår hen. Læreren beskriver, at det virker som om verden stryger forbi ham, uden at han rigtigt lægger mærke til det. I samme periode trækker Markus sig meget fra den

¹² Elevens navn og andre genkendelige data er ændret, men casens betydningsbærende indhold er intakt.

øvrige klassesammenhæng og begynder i stedet at hænge ud sammen med tre andre drenge, der i samme periode udviser nogle af de samme adfærdstræk som Markus.

I 9. klasse deltager Markus i skoleaktiviteterne i ca. en måned stort set uden fravær, men i september falder han fra igen, og er væk i mange dage i træk. Omkring efterårsferien i 9. klasse er Markus nu også en del fraværende i klasselærerens timer. Kort efter jul i 9. klasse bryder Markus sammen på skolen. Han fortæller, at han har røget hash gennem to år, altså siden midten af 7. klasse, at han selv er begyndt at sælge hash, og at han nu er kommet i gæld til lokale personer i distributionskæden.

Lærerens overvejelser, omkring hvad der kan være årsagen til, at det begyndte at gå skævt for Markus i løbet af 7.- 8. klasse, går i retning af, at Markus i forbindelse med overgangen fra barn til ung udviklede eksistentielle problemer i forhold til at være halvt sydamerikaner og at være meget mørk i huden og dermed i det ydre fremstå med en anden etnisk baggrund. Læreren er af den opfattelse, at Markus ikke følte sig fuldt accepteret blandt kammeraterne, selv om han set udefra var temmelig afholdt.

Gruppen med sent manifesterede problemer og ungdomslivsproblemer udgør den næststørste gruppe i interviewmaterialet. Disse unge er kendetegnet ved, at man på den ene side ikke fra skolen har haft et ekstraordinært fokus på dem op igennem deres skoletid, men på den anden side har de forud for selve misbruget udviklet problemer, som nok i mange tilfælde i skolekonteksten ville kunne identificeres, hvis der var fokus på dem. Vanskeligheden i denne sammenhæng er imidlertid, at man i skolesystemet typisk vil have en tendens til først at fokusere på de unges problemer, hvis disse problemer har en negativ indvirkning på den unges deltagelse i undervisningen. Og denne negative indvirkning optræder først, når den unges problemer er eskaleret til eksempelvis misbrugsproblemer.

3.2.3 Risikoadfærd

De unge i denne gruppe har ikke kendte indlæringsmæssige, sociale, faglige eller kliniske problemer, men begynder af forskellige grunde at anvende alkohol og/eller illegale rusmidler i et u hensigtsmæssigt omfang¹³. Der er altså tale om tilsyneladende almindelige skoleelever fra tilsyneladende al-

¹³ Der er blandt fagfolk ikke en entydig holdning til, hvad anvendelse af rusmidler i et u hensigtsmæssigt omfang betyder. Nogle har en vis tolerance og forholder sig til begreber som rekreativt brug af hash. De fleste er dog af den opfattelse, at det er bekymrende, når unge under 16 år drikker alkohol, og at unge under 18 år skal holde sig fra illegale rusmidler.

mindelige familier uden nogen synlige faresignaler. Denne gruppes anvendelse af rusmidler forklares oftest enten med individuelle faktorer som:

- a) nydelse af selve rusen
- b) lyst til at eksperimentere og overskride egne grænser
- c) hang til risikoadfærd

eller lokalmiljøfaktorer:

- d) de unge vokser op i et boligområde, hvor de keder sig og søger spænding i eksempelvis rusmidler og kriminalitet
- e) de unge vokser op i et boligområde, hvor mange i forvejen omgås med både legale og illegale rusmidler i det daglige, og hvor det derfor synes at være en normal adfærd for unge
- f) de unge har et tilholdssted eller en fritidsinteresse hvor det er naturligt at drikke alkohol og ryge hash.

Denne gruppe unge har ingen symptomer eller karakteristika, der generer deres deltagelse i undervisningen, og de identificeres derfor ikke i interviewene med overbygningsklasselærere og AKT-lærere, men beskrives udelukkende af de socialarbejdere, der arbejder i de unges fritidsarena, som oftest SSP-medarbejdere og ungdomskonsulenter. Et eksempel:

En SSP-medarbejder har fulgt en ung mand, Kasper¹⁴, til afhøring hos politiet. SSP-medarbejderen har et forholdsvis godt kendskab til Kasper, og ved, at han er involveret i både brug og salg af hash. På vej hjem fra afhøringen sludrer de om, hvad Kasper laver udover det kriminelle, og hvem han ses med for tiden. SSP-medarbejderen hører, at en ny ung mand, Jeppe¹⁵, er begyndt at besøge Kasper. Jeppe går i 9. klasse på en skole, hvor SSP-medarbejderen har sin daglige gang. Jeppe bor sammen med sin mor og klarer sig fint i skolen, samtidig med at han har et fritidsjob. Kasper fortæller, at Jeppe ikke ryger hash, men at han dog har prøvet et par gange på det seneste. Kort efter kontakter SSP-medarbejderen Jeppe på skolen og siger, at han gerne vil have en samtale med ham. Under denne samtale konfronterer han Jeppe med, at han har hørt, at Jeppe er begyndt at ryge hash. Jeppe nægter først, men præsenteret for nogle meget konkrete fakta indrømmer han dog at have prøvet en enkelt gang. Jeppe siger, at hans mor under ingen omstændigheder må få det at vide. SSP-medarbejderen går med til

¹⁴ Elevens navn og andre genkendelige data er ændret, men casens betydningsbærende indhold er intakt.

¹⁵ Elevens navn og andre genkendelige data er ændret, men casens betydningsbærende indhold er intakt.

ikke at fortælle det til moderen på betingelse af, at Jeppe for fremtiden holder sig fra at ryge hash. I den følgende tid holder SSP-medarbejderen øje med, om Jeppe færdes i det lokale hash-miljø. SSP-medarbejderen er af den opfattelse, at det er vigtigt, at de mest risikovillige unge får fornemmelsen af, at de ikke kan begynde at ryge hash, uden man opdager det.

Det er vigtigt at pointere, at de unge i denne gruppe ikke nødvendigvis på noget tidspunkt udvikler problemer i forhold til deres brug af rusmidler, udover de juridiske problemer der er forbundet med at benytte illegale rusmidler. Når ungdomskonsulenter og SSP-medarbejdere alligevel ofte intervenserer i forhold til denne gruppe, skyldes det en viden om, at en uhensigtsmæssig brug af rusmidler i nogle tilfælde i længden udvikler sig til et misbrug, selv om de unge på alle områder var velfungerende, før de påbegyndte anvendelsen af rusmidlerne. Hvis disse unge udvikler et misbrug, vil det formodentlig først ske, efter at de har forladt folkeskolen.

Ud fra de 28 cases at dømme er der tre grundlæggende forskellige forstadier til udviklingen af et misbrug blandt unge i uddannelsessystemet: unge med tidligt manifesterede problemer, unge med problemer, der manifesterer sig omkring puberteten, og unge, der ikke udviser problemer i skoleregi, men som blot er tiltrukket af brugen af rusmidler, eksempelvis pga. den nydelse eller spænding, der er forbundet dermed.

Det er vigtigt at slå fast, at disse tre tilstande ikke nødvendigvis altid leder til udviklingen af et misbrug. Der ser imidlertid ud til at være nogle signaler, der indicerer, at den unge faktisk er i færd med at bevæge sig fra et af de tre forstadier til udviklingen af et misbrug. Den unge trækker sig eller skubbes ofte ud i periferien af klassens sociale sammenhæng og finder i stedet en ny omgangskreds bestående af andre unge i en lignende situation. Samtidig trækker den unge sig også i stigende grad fra undervisningssituationen. Pjækker i begyndelsen fra randlærernes timer, og senere også fra klasselærerens, og undlader i stigende grad at lave hjemmearbejde og aflevere opgaver. Lidt senere ses endnu tydeligere tegn, eksempelvis træthed, besværet kontakt og øget aggressivitet og/eller indesluttethed.

Hvor man i de indledende faser af misbruget kan tale om årsager til misbruget i form af tidligt manifesterede problemer, sent manifesterede problemer, ungdomslivsproblemer og risikoadfærd, så er det karakteristisk for

de unge i denne undersøgelse, at når de først har udviklet et egentligt forbrug af især hash, da får misbruget på et tidspunkt sin egen fremdrift. Misbruget bidrager i sig selv til en tiltagende meningsløshed i forhold til deltagelse i undervisningen, og lærerne beskriver typisk, at den unges uheldige situation på dette tidspunkt eskaleres forbavsende hurtigt. Man kan lidt populært sige, at misbruget har fået sit eget moment, sin egen fremdrift. Det er karakteristisk, at når den unge er nået til denne fase, er det meget vanskeligt for skolens eller ungdomsuddannelsens personale at hjælpe den unge. Der er således en meget konsistent sammenhæng mellem brugen af rusmidler og ikke-gennemført skolegang (Townsend et al. 2007). Forskning har vist, at unge, der på et eller andet tidspunkt har brugt hash, har øget risikoen 2-3 gange for at droppe ud af skolen i gymnasiet eller før. Dette gælder imidlertid alle, der blot på et eller andet tidspunkt har røget hash, og dækker altså også over de eksperimenterende unge (Bray et al. 2000). Unge med et regelmæssigt til massivt forbrug af hash har mere end fem gange så stor risiko for at afbryde deres skolegang eller uddannelse (Fergusson et al. 2003). Faren for at droppe ud er dog størst, når brugen af hash begynder i en tidlig alder (Mensch and Kandel 1988).

Flere forskningsprojekter konkluderer, at forringet skolegang og dropout ikke direkte skyldes rusmidlernes kognitive og motivationelle påvirkning på den unge, men at det især for de illegale rusmidlers vedkommende snarere skyldes effekten af livsstilen i den sociale kontekst, hvori hashen nydes (Fergusson et al. 2003). Dette synes altså imidlertid mest at gælde for gruppen af unge, der ikke har udviklet deres misbrug som konsekvens af psykiske problemer, men blot har en højere grad af risikoadfærd.

At dømme ud fra materialet i denne undersøgelse har den overvejende del af de unge, der udvikler et misbrug, mens de stadig er skole- eller uddannelsessøgende, enten tidligt manifesterede problemer, sent manifesterede problemer, eller ungdomslivsproblemer. Den største gruppe har haft synlige problemer i skolen eller hjemmet mange år forud for indledningen af misbruget. Kun en ganske lille gruppe udvikler misbrug alene pga. risikoadfærd. Det betyder, at de fleste af de unge, der senere udvikler et misbrug, forinden har udvist nogle symptomer, man i skolen eller ungdomsuddannelsen vil kunne få øje på, hvis man har fokus på det.

3.3 Beredskabet i folkeskolen og ungdomsuddannelserne

De fleste interviewede personer fra folkeskoleområdet og ungdomsuddannelserne føler sig på et eller andet tidspunkt under interviewene foranlediget til at påpege, at undervisning trods alt er skolens og lærernes kerneydelse. De understreger, at hvis der hos nogle elever opstår problemer, der lægger sig hindrende i vejen for at gennemføre undervisningen, så må man naturligvis forsøge at rydde disse hindringer af vejen, men der er grænser for, hvor omfattende problemer man er uddannet til at håndtere som skolelærer, gymnasielærer eller underviser på en teknisk skole.

Ikke desto mindre er der de seneste 10-15 år vokset et beredskab frem i især folkeskolen og de tekniske skoler. Et fagligt og personalemæssigt beredskab, der i nogen udstrækning forholder sig til et stort spektrum af problemer hos eleverne, spændende fra indlæringsvanskeligheder af forskellig art, adfærdsmæssige problemer, sociale problemer og psykiske problemer. Dette beredskab adskiller sig dog i sin selvforståelse fra kommunens sociale foranstaltninger ved at have fokus på elevernes vanskeligheder som noget, der hindrer undervisningen. Børn og unge, der følger undervisningen uden problemer, og uden at skabe problemer for de andre elever, men som måske derudover plages af sociale eller psykiske vanskeligheder, er således ikke i søgelyset i forhold til skolens beredskab. Beredskabet skal primært ses som en støtte til at fastholde kerneydelsen under vanskelige forhold.

3.3.1 Beredskabet i gymnasierne

De to gymnasier, der har bidraget med data i denne undersøgelse, oplever, at misbrugsproblematikken er stort set fraværende i den gymnasiale kontekst, og man har ikke noget egentligt beredskab i forhold til at reagere på problemstillingen. Man er opmærksom på, at nogle elever drikker mere alkohol end sundhedsstyrelsens anbefaling, og man har også en formodning om, at nogle elever anvender illegale rusmidler. Anvendelsen af legale og illegale rusmidler synes imidlertid ikke at påvirke gymnasieelevernes deltagelse i undervisningen, eller lærerstaben er i hvert fald ikke opmærksom på det, hvis det skulle være tilfældet. Hvis enkelte elever udviser synlige misbrugsproblemer, løses dette tilsyneladende strukturelt gennem advarsler eller bortvisning i kortere eller længere tid. Vi ved dog fra tidligere undersøgelser, at mange gymnasier i dag har ansat psykologer til støtte for elever, der har det svært. Disse psykologer giver udtryk for, at en hel del af de

elever, der søger hjælp hos dem, faktisk har misbrugsproblemer (Vind og Finke 2006), men at det ikke nødvendigvis er årsagen til, at de søger hjælp. Gymnasiernes beredskab i forhold til at reagere på begyndende misbrugsproblemer synes således at være afgrænset til tilbuddet om psykologsamtaler på de gymnasier, der har psykologer tilknyttet.

3.3.2 Beredskabet i de tekniske skoler

I modsætning til gymnasierne oplever de tekniske skoler, at brug og misbrug af alkohol og illegale rusmidler påvirker deltagelsen i undervisningen for forholdsvis mange elevers vedkommende. På de tekniske skoler er dette særlig problematisk, idet der udover de unges trivsel og indlæringsmuligheder i mange afdelinger også er et sikkerhedsproblem forbundet med, at eleverne er påvirkede af rusmidler. De tekniske skoler har i overensstemmelse hermed et betydeligt mere udbygget beredskab end gymnasierne.

Fælles for de to skoler, der har deltaget i denne undersøgelse, er, at de ude i afdelingerne har mentorer i form af en lille gruppe faglærere, som sideløbende med undervisningen har som opgave at 'opfange' og hjælpe elever med mindre problemer af forskellig art. De elever, der har mere omfattende problemer, henvises til 2-3 elev-coaches, der er ansat på fuld tid til at hjælpe elever med særlige faglige, sociale eller psykiske problemer. Herudover har begge skoler 3-4 deltidsansatte psykologer tilknyttet. Endelig benyttes studievejlederne på især den ene skole ligeledes i forhold til at tale med de unge om individuelle vanskeligheder.

De særlige ressourcepersoner på de to skoler har ekstraordinære indsats i forhold til 300-500 elever om året på hver skole, og af disse har 100-200 elever problemer med rusmidler i større eller mindre grad. Ressourcepersonerne gør et stort arbejde i forhold til at konfrontere unge, som de har mistænkt for misbrugsproblemer, men den egentlige behandling henvises helst til de kommunale ambulante behandlingstilbud.

I kommunen, hvor den ene tekniske skole er geografisk beliggende, findes der ikke noget egentligt ambulante misbrugsbehandlingstilbud til unge under 18 år, hvilket blandt ressourcepersonerne på den tekniske skole betragtes som meget problematisk. De oplever, at de ikke har noget sted at gå hen med de unge, når de endelig får dem motiveret til at gøre noget ved misbruget. Skolen har i nogle tilfælde anvendt behandlingstilbuddet for voks-

ne, men oplever at procedurerne her tager for lang tid i forhold til den forholdsvis korte periode, skolen har de unge. Skolen oplever et behov for, at et behandlingsforløb skal kunne indledes med nærmest dags varsel, men misbrugscentrets indskrivnings- og udredningsprocedurer betyder, at egentlig behandling først begynder nogle uger efter, at den unge har henvendt sig.

Den anden tekniske skole er geografisk beliggende i en kommune med et ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år. Ressourcepersonerne på denne skole har gennem en periode forsøgt at udvikle et egentligt samarbejde med de kommunale ambulante tilbud til unge under 18 år, henholdsvis til voksne, men ind til videre uden succes. Den manglende succes synes blandt andet at skyldes, at den tekniske skole har forsøgt at indlede et generelt samarbejde på et organisatorisk niveau, mens det lokale ambulante behandlingstilbud primært har forholdt sig til samarbejdet i forhold til den enkelte klient.

De to skoler adskiller sig beredskabsmæssigt fra hinanden, idet skolen, der ligger i en kommune med et ambulante behandlingstilbud, primært er forebyggelsesorienteret og især optaget af at påvirke studiemiljøet i retning af at bruge færre rusmidler, mens skolen i kommunen uden et ambulante behandlingstilbud i højere grad bruger ressourcer på at hjælpe de unge, der allerede har udviklet problemer. Her er man er i færd med at opbygge et forholdsvis omfattende hjælpesystem inden for skolens egne rammer.

3.3.3 Beredskabet i folkeskolerne

Folkeskolens anvendelse af beredskabet i forhold til unge med vanskeligheder afhænger af den enkelte elevs særlige situation. Ser man på, hvem der foretager sig noget i forhold til den unges situation, giver det mening at skelne mellem tre niveauer i beredskabet: 1) klasselærerberedskabet, 2) resourcepersonberedskabet og 3) det eksterne beredskab.

- 1) Klasselærerberedskabet varetager de første ekstraordinære indsatser over for en elev med problemer. Dette beredskab består af de lærere, der er knyttet til den enkelte elev. På de fleste skoler vil der på dette niveau i første omgang være tale om klasselæreren og herefter klasseteamet, der udgøres af en bredere lærerkreds omkring den enkelte klasse.

- 2) Det næste niveau udgøres af det, der i nogle sammenhænge benævnes som skolens særlige ressourcepersoner (Danmarks Evalueringsinstitut 2009). Det er personer, ansat internt på skolen, men som har særlige funktioner i forhold til elever med særlige vanskeligheder eller behov. Betegnelsen særlige ressourcepersoner dækker over mindst 13 forskellige funktioner (Danmarks Evalueringsinstitut 2009:21-22), men i forbindelse med misbrugsproblematikken og beslægtede problemer vil der sædvanligvis primært være tale om AKT-medarbejdere, SSP-medarbejdere og sundhedsplejersker. En gråzone mellem ressourcepersonberedskabet og det eksterne beredskab udgøres af PPR-medarbejderne. PPR råder blandt andet over skolepsykologer, der har som hovedopgave at udrede og teste elever med særlige problemer. PPR-psykologen er sædvanligvis ikke ansat på den enkelte skole, men i en PPR-enhed og tilhører derfor ikke skolens interne ressourcepersoner. I praksis vil PPR i de fleste kommuner dog være organiseret sådan, at den enkelte folkeskole har en eller to faste psykologer tilknyttet fra PPR-afdelingen, og på denne måde har skolen og psykologen et kendskab til hinanden alligevel. PPR er sædvanligvis organiseret i samme forvaltning som skolen og kan rekvireres direkte, i modsætning til det øvrige eksterne beredskab, der skal rekvireres gennem den enkelte elevs socialrådgiver. I denne sammenhæng beskrives PPR derfor under ressourcepersonberedskabet.
- 3) Det tredje niveau i beredskabet udgøres af inddragelsen af eksterne professionelle. Der kan være tale om en lang række faglige områder, men generelt rekvireres disse i de fleste tilfælde gennem den enkelte elevs sagsbehandler.

3.3.4 Anvendelsen af folkeskolens beredskab i praksis

En enkelt blandt de 28 cases beskriver et forløb, hvor en ung tilsyneladende udvikler et misbrug i løbet af sommerferien uden synlige forudgående signaler, men det almindelige er, at 'glidebanen' starter med nogle mindre alarmerende forandringer, sådan som det er beskrevet i afsnittet om forstadierne til udvikling af misbrugsproblematikker. Det betyder, at de første symptomer, som skolens personale observerer, sædvanligvis er øget fravær, manglende faglig deltagelse og tilbagetrækning fra klassens sociale miljø. Dette vil de fleste klasselærere opleve som en problematik, de selv bør gå

ind i, og derfor mødes mange begyndende misbrugsproblematikker med klasselærerens personlige beredskab som den første indsats.

Klasselærerberedskabet

Klasselærerberedskabet er typisk en ekstraordinær indsats fra klasselærerens side, rettet imod at støtte en udvikling inden for normalområdet. Som en lærer udtrykker det: *”Vi holder bekymringssamtaler og ekstraordinære skole-hjemsamtaler, og på baggrund af samtalerne laver vi handleplaner, når vi har nogle elever, vi er bekymrede for. Men det er beregnet på at støtte en udvikling inden for normalområdet. Man laver ikke en handleplan om, at man ikke må ryge hash. Så er man forbi handleplanspunktet.”*

Et eksempel på anvendelse af klasselærerberedskabet:

Rune¹⁶ begyndte at pjække meget i løbet af 8. klasse. Inden da havde han haft en normal skolegang og blev af klasselæreren i overbygningen betragtet som en velbegavet dreng. Rune havde en storebror, der havde klaret sig bogligt godt og læste på universitetet. Rune havde en drøm om også selv at komme til at læse på universitetet. Læreren var af den opfattelse, at Runes pjæk skyldtes nogle ude fra set belastende familief forhold. Faderen havde angiveligt et alkoholproblem og kunne ikke få et arbejde. Moderen blev beskrevet som en kvinde, der sad hjemme og læste ugeblade og røg cigaretter. Klasselæreren var af den opfattelse, at Rune gennem overbygningen havde det tiltagende svært med sin families situation.

Da Rune begyndte at pjække meget, foregik det primært sammen med en anden elev, der efter lærerens opfattelse kommer fra et hjem med ’meget flydende normer’. Da pjækkeriet blev bekymrende i klasselærerens øjne, tog hun i første omgang kontakt til Rune selv, der kom med nogle undskyldninger, der ikke beroligede klasselæreren. Herefter tog klasselæreren kontakt til Runes mor. Moderen var glad for lærerens omsorg for Rune, men kunne ifølge læreren ikke selv stille noget op. Runes lillebror fortalte på et tidspunkt i processen klasselæreren, at Rune gjorde præcis, hvad der passede ham i hjemmet. Klasselæreren beskrev, at moderen indimellem blev meget vred på Rune, hun var dybt frustreret, men magtede ikke at sætte sig igennem.

Læreren fik på et tidspunkt Rune ind i lektiecaféen, men det gad han alligevel ikke rigtig og blev hurtigt væk også herfra. Herefter lavede klasselæreren en aftale med Runes mor om, at læreren ville samle Rune op på vej til skole hver morgen. Læreren stoppede hver morgen gennem længere tid foran Runes hjem, og samlede ham op. Nogle gange var han der og kom med. Andre gange syntes han, det var for pinligt, og var selv gået i

¹⁶ Elevens navn og andre genkendelige data er ændret, men casens betydningsbærende indhold er intakt.

skole. Lærerens indsats havde tilsyneladende nogen effekt, Rune endte med at gå op i alle fag i 9. klasse, men fik ikke den eksamen, han kunne have fået, hvis han havde været mere stabil i skolen.

Klasselæreren overvejede aldrig at involvere andre professionelle i Runes situation. Det var der angiveligt flere grunde til: én grund var, at der på tidspunktet for historien med Rune var en inspektør på skolen, der havde den holdning, at lærerne selv skulle tage sig af den slags problemer. Læreren var således af den opfattelse, at hvis hun havde taget sagen op på et kompetencecentermøde, ville hun alligevel være endt med sagen selv. Den anden – og nok vigtigste – grund var, at læreren gennem hele forløbet følte, at hun havde en god kontakt med både Rune og Runes mor. Rune lovede mange gange under forløbet, at han ville tage sig sammen, komme hver dag og lave sine lektier. Dette forsøgte han også typisk i korte perioder efter en bekymringssamtale, men han formåede ikke at fastholde det. Klasselæreren mener ikke, at Rune og hans kammerat havde noget særlig omfattende forbrug af rusmidler. Rune fik således aldrig så tydelige symptomer som en del af de øvrige unge i denne undersøgelse.

Historien om Rune er atypisk for interviewene i undersøgelsen, idet ingen andre lærere er gået så vidt, at de har hentet deres elever om morgenen på vej til skole. På andre måder er historien imidlertid typisk for anvendelsen af klasselærerberedskabet. De fleste lærere har været igennem et forløb, hvor de indledningsvist har talt med den unge om deres bekymring for den unges situation. Det er gennemgående, at den unge i disse indledende samtaler er afvisende over for, at der skulle være tale om særlige problemer, eller det slås hen som skoletræthed. Når den unges bekymrende adfærd fortsætter, indledes i de fleste tilfælde en dialog med forældrene, og det ender ofte med, at den unge, forældrene og læreren lover hinanden, at der skal strammes op. Herefter kommer en tid, hvor opstramningen enten lykkes eller mislykkes. En del lærere yder i denne periode forskellige former for ekstra opmærksomhed over for den unge. Flere lærere sender eksempelvis sms'er til den unge og/eller den unges forældre, når den unge ikke dukker op til undervisningen. Udover lærerens bekymringssamtaler med eleven og forældrene foranstalter lærerne i en del tilfælde lektiehjælp. I nogle tilfælde har skolen en formaliseret lektiecafé som i historien om Rune. I andre tilfælde foranstalter den enkelte lærer privat lektiehjælp til én eller flere elever på skolen efter skoletid.

Når klasselæreren arbejder ekstraordinært med den unge og den unges familie, sker det som allerede beskrevet typisk med udgangspunkt i sympto-

mer som fravær, forsømmelse og tilbagetrækning fra klassens sociale liv. Det er sjældent, at læreren på det tidspunkt, hvor klasselærerberedskabet sættes ind, ved, at der er tale om en begyndende misbrugsproblematik, hvilket der i øvrigt heller ikke altid er på det tidspunkt. I de tilfælde, hvor der reelt er tale om en begyndende rusmiddelproblematik, viser casene i denne undersøgelse, at indsatser alene på klasselærerberedskabsniveauet ikke er tilstrækkelig hjælp til at få den unge på ret køl.

Ressourcepersonberedskabet

Hvis situationen omkring en elev har udviklet sig på sådan en måde, at klasselæreren ikke mener selv at kunne håndtere det, er der mulighed for at løfte sagen op til ressourcepersonberedskabet. De fleste folkeskoler har en gruppe medarbejdere, der tilsammen kaldes særlige ressourcepersoner. Denne betegnelse dækker over mindst 13 forskellige funktioner (Danmarks Evalueringsinstitut 2009:21-22), men i relation til misbrugsproblematikken inddrages især AKT-medarbejdere, SSP-medarbejdere, sundhedsplejersker og PPR-medarbejdere.

Hvis klasselæreren ønsker at involvere særlige ressourcepersoner, vil proceduren på de fleste skoler indledningsvis være, at læreren bestiller konsultationstid på et møde, der afholdes regelmæssigt på skolen, og hvor en række interne og eksterne ressourcepersoner er samlet. Mødet har mange forskellige navne, eksempelvis koordineringsmøde, koordinationsgruppemøde, koordineringskonference, SCU-møde (SCU står for specialcenterudvalg) eller kompetencecentermøde, men fremgangsmåden og 'bemandingen' ser ud til at være genkendelig fra skole til skole. Vi benævner herefter mødet Kompetencecentermødet. På mødet deltager sædvanligvis skoleledelsen, skolens PPR-psykolog, i nogle tilfælde en læsevejleder, en AKT-medarbejder, ofte en SSP-medarbejder, i nogle tilfælde sundhedsplejersken, og i nogle tilfælde en socialrådgiver. På kompetencecentermødet kan alle klasselærere rekvirere tid til at komme og drøfte enkeltelever, og i nogle tilfælde også grupper af elever, eller en hel klasse. De mange ressourcepersoner spørger på mødet ind til lærerens oplevelse af eleven og problematikken, og herudfra beslutter man, hvad man mener, der skal forsøges i forhold til eleven.

En lærer beskriver: *”Vi har en klar procedure i forhold til mistanke om problemer – eksempelvis mistanke om et misbrugsproblem. Et sådant problem tager vi op i kompetencecentret. Der sidder vores psykolog, vores pædagogiske leder, en AKT-medarbejder, og så kan der nogle gange deltage en fra familieafdelingen. Kompetencecentret har åbent en dag om ugen. Det kan være i forhold til faglige problemer, i forhold til misbrug osv. Jeg skitserer mit problem for min leder, og så finder han ud af, hvem der skal sidde i kompetencecentret den dag. På mødet prøver vi at dirke op, hvad det er for et problemfelt, og hvad vi skal gøre derfra. Det kan være, vi finder ud af, at der skal en AKT-person på sagen. Det kan være, vi indkalder til et netværksmøde. Det kan være, det er en ung, hvor vi skal arbejde på at få ham på efterskole.”*

På de fleste skoler har man en implicit eller eksplicit matchning mellem bestemte typer af problemer og bestemte typer af ressourcepersoner. Indledningsvis skelnes der mellem udredningsindsatser og indgribende indsatser. PPR-psykologerne bruges primært til udredningsopgaver. På nogle skoler bruges de kun til udredning i forhold til indlæringsvanskeligheder, mens de unge henvises til eksempelvis ungdomspsykiatrien, hvis de skal udredes i forhold til andre vanskeligheder. På andre skoler udreder PPR-psykologen tilsyneladende mere bredt. I forhold til unge med misbrugsproblemer er der dog en generel tendens til at søge andre veje, idet PPR mange steder har en ventetid på ½ - 1½ år, hvilket er lang tid i forhold til en hurtigt eskalerende misbrugsproblematik.

I forhold til de indgribende indsatser involveres sundhedsplejersken typisk, hvor indgangsvinklen er sundhedsmæssige aspekter, læsevejlederne involveres i forhold til læse- eller indlæringsproblemer, SSP-medarbejdere involveres i forhold til kriminalitet og risikoadfærd, og AKT-medarbejdere involveres i forhold til adfærdsmæssige og/eller sociale problemer. Det er dog tilsyneladende meget forskelligt, hvordan man anvender AKT-medarbejderne. På nogle skoler går AKT-medarbejderne ind i stort set alle problemer, der ikke er definerede som indlæringsvanskeligheder eller kriminalitet, mens de på andre skoler kun involveres i udadrettede, adfærdsmæssige problemer, dvs. børn og unge, der forstyrrer eller generer de øvrige elever eller undervisningen.

En lærer, der under interviewet gav udtryk for, at hun var i tvivl, om hun havde gjort nok, blev spurgt, om hun havde overvejet at bede AKT-medarbejderne om hjælp. Hun svarede: *”Det har jeg ikke tænkt på. Det er jo mere noget med den fysiske adfærd i klassen. Dem tænker jeg slet ikke ind i forhold til noget med rusmidler. Jeg bruger dem faktisk ikke rigtigt. Det er jo mest noget med, at eleven lige kan komme ned til AKT og få en puster, hvis der er sket noget i klassen. Det er jo mest i forhold til noget meget akut – hvis der er sket noget dramatisk i klassen. Og så er de meget inde og observere, hvis man har en klasse, man ikke kan få til at fungere.”*

Blandt de 28 unge, som denne undersøgelse baseres på, er de fleste bragt i kontakt med enten en AKT-medarbejder, en SSP-medarbejder eller begge dele, i de tilfælde hvor man har valgt at involvere de særlige ressourcepersoner. På de skoler, hvor AKT-medarbejderne involveres ikke blot i forstyrrende adfærd, men også i de unges sociale og/eller indadrettede problemer, er der en tendens til, at nogle af AKT-medarbejderne har terapeutisk orienterede efteruddannelser. Dette er ud fra et forskningsmæssigt perspektiv særdeles fornuftigt, idet man ved, at brug og senere misbrug af rusmidler i høj grad er kædet sammen med unges indadrettede problemer (Buelga et al. 2006). Unge, der føler sig særligt overvældede af regler, normer, forventninger og snærende bånd i deres hverdag, har en tendens til at søge den frihed, der ligger i rusen. Ligeledes gælder det, at unge, der vokser op i et miljø, der ikke kan stimulere dem til at udvikle tilfredsstillende sociale relationer, har en tendens til at udvikle følelser af hjælpeløshed, og til at udvikle adfærd i retning af sensationssøgning og involvering i brug af rusmidler. Man kan altså med ret stor sikkerhed sige, at unge, der udvikler et misbrug allerede i folkeskolen, har nogle bagvedliggende vanskeligheder, der berettiger, at man involverer særlige ressourcepersoner, der er uddannet til at arbejde med unges indadrettede problemer.

I de 28 cases i denne undersøgelse synes to indsatser på ressourcepersonniveauet at blive anvendt særlig ofte. Den ene indsats er gentagne samtaler mellem en AKT-medarbejder og eleven, nogle gange sammen med klasselæreren, nogle gange sammen med den unges forældre, og ofte blot samtaler mellem AKT og eleven. Den anden gennemgående indsats er reorganisering af den unges ugeskema. Ofte kommer den unge i en ordning, hvor han/hun er i arbejdspraktik 2-3 dage om ugen (i nogle tilfælde lønnet) og

undervises efter et stærkt reduceret skema de øvrige dage. Ofte blot dansk, engelsk og matematik.

Et eksempel på anvendelse af ressourcepersonberedskabet:

”Jeg fik en dreng i 7. klasse. Faderen havde, eller havde tidligere haft, nogle misbrugsproblemer. I 7. og 8. klasse kommer han nogenlunde normalt i skole. Der er noget fravær, men ikke alarmerende. I slutningen af 8. klasse begynder fraværet at blive slemt. Han kommer i puberteten og begynder at drikke rigtig meget alkohol til festerne. Jeg ved, at han også ryger noget hash. I 9. klasse begynder drengen at have meget fravær, og ender ofte i slagsmål, når han endelig er her. Han ender med at blive taget ud af 9. klasse. Han magter ikke skolen, og skolen magter ikke ham. Han er en af dem, der ødelægger undervisningen for de andre, og han kan ikke fungere i pauserne – reagerer udadvendt. Man skaffer ham noget arbejde eller praktik, kombineret med privatundervisning her på skolen. Han får vendt det. Skolen var simpelthen for meget for ham. Han fik en kæreste på et tidspunkt, der også kom til at betyde, at han ville noget mere med sit liv. Det var godt for ham med det arbejde. Det med at skulle møde i skolen og stå til regnskab for alting hele tiden, det var ikke godt for ham. Og mange af de ting, vi kunne komme i tanker om at gøre for ham, blev ikke til noget, fordi der ikke var penge til det. Eksempelvis sende ham til psykolog eller på efterskole.”

Indsatsen, hvor man reorganiserer den unges skema og indfører 2-3 dages praktik, er en strukturel løsning, hvor man ikke direkte intervenerer i forhold til misbrugsproblematikken (som man i parentes bemærket heller ikke altid har kendskab til på det tidspunkt), men hvor man forsøger at skabe nogle nye rammer til den unge, som den unge bedre kan fungere i. Hvis den unges problem netop er overvældelse af regler, normer, forventninger og snærende bånd, eller manglende evne til at indgå i de sociale sammenhænge, der udvikles i ungdomslivet, da vil denne indsats faktisk hjælpe den unge. Nogle af de 28 cases er da også netop kendetegnede ved, at læreren fortæller, hvordan den unge er blomstret op i praktikken og de reducerede skolemæssige krav. En lærer fortæller eksempelvis, hvordan en ung, der kom i praktik på et værksted, efter kort tid fik lønnen hævet til normal løn, fordi praktikstedet oplevede, at han mødte tidligt og præcist hver morgen og ydede en arbejdsindsats, der rigeligt svarede til normale ansættelser.

Ressourcepersonindsatserne over for unges problemer gennemføres meget forskelligt, afhængig af om der er tale om indlæringsvanskeligheder, kriminalitet, udadrettede adfærdsproblemer, eller indadrettede psykiske problemer.

I én kategori findes der indsatser i forhold til unge med indlæringsvanskeligheder. Denne type problemer håndteres i et specialiseret og højtuddannet felt, hvor proceduren ser ud næsten som i hospitalssektoren, hvor problemet først udredes omfattende, og hvor de efterfølgende indsatser tilrettelægges med udgangspunkt i udredningens anbefalinger. Udredningen er samtidig i mange tilfælde ressourceudløsende i forhold til den enkelte elev.

I en anden kategori findes der indsatser i forhold til unge med kriminalitetsproblemer, udadrettede problemer, og i nogle tilfælde også indadrettede problemer. Disse problemer henvises oftest til en løsningsmodel, hvor lærer- eller pædagoguddannede ressourcepersoner forsøger at hjælpe eleven videre gennem eksempelvis praktik og omlægning af skoleskemaet, uden nogen form for forudgående systematisk udredning.

Da misbrugsproblemer sædvanligvis placeres i den anden kategori, betyder det, at unge, der udvikler et misbrug, mens de endnu går i skole, kun i ganske få tilfælde gennemgår en egentlig udredning hos en psykolog eller anden udredningskyndig person, med mindre de særlige ressourcepersoner anmoder om involvering af det eksterne beredskab.

Det eksterne beredskab

I nogle tilfælde er situationen omkring en ung så vanskelig, at klasselærerberedskabet og de særlige ressourcepersoner anmoder om indgriben fra kommunen. Det eksterne beredskab dækker over de ressourcer, der kobles på den enkelte problembærende elev og/eller dennes familie uden for skolens regi. I modsætning til skolens interne beredskab er det eksterne beredskab ikke en sammenhængende enhed af muligheder, men snarere den enkelte kommunes udvalg af indsatsmuligheder over for problembærende familier, børn og unge, i de fleste tilfælde koordineret af den unges sagsbehandler. Udover ambulant misbrugsbehandling er der typisk tale om forskellige miljø- og/eller familierettede indsatser, samt henvisning til ungdomspsykiatri mv. Dette beredskab er meget forskelligt fra kommune til kommune.

Beredskabet rummer, for to kommuners vedkommende, et ambulant misbrugsbehandlingstilbud til unge under 18 år. I en tredje kommune findes to ambulante, udgående tilbud: et tilbud til unge i alderen 11-14 år og et tilbud til unge i alderen 15-17 år. Disse tilbud er ikke egentlige misbrugsbehand-

lingstilbud, men arbejder dog også i nogen udstrækning med denne type problemer. Den fjerde kommune har en ungdomsskole med en lang række indsatsmuligheder i forhold til en lang række ungdomslivsproblemer. I perioden for interviewenes gennemførelse var ungdomsskolen netop i færd med at uddanne to medarbejdere til at kunne udføre misbrugsbehandling.

En særlig interessant faktor i forhold til det eksterne beredskab er, hvor tæt kontakt der er mellem skolen og beredskabet. Kommunen med ungdomsskolen skiller sig her stærkt ud fra de øvrige, idet skolens personale har mulighed for at involvere ungdomsskolens medarbejdere inden for ganske få dage, hvis det er nødvendigt. Dette har nogle store konsekvenser for arbejdet med netop misbrugsproblemer, hvilket beskrives nærmere i dette kapitels sidste afsnit. I det følgende beskrives et eksempel, hvor det eksterne beredskab involveres:

”En dreng, der ellers havde fungeret nogenlunde tidligere, kom i sommerferien mellem 6. og 7. klasse ud i et enormt hashmisbrug – han var havnet i det forkerte selskab. Vi kontaktede moderen. Hun kunne ikke få ham op om morgenen og havde i det hele taget store problemer med ham. Så holdt vi et møde her på skolen: souschefen, psykologen, moderen, drengen, hans klasselærer og en SSP-medarbejder, fordi drengen var kriminalitetstruet. Vi prøvede at give ham et tilbud: hvad skal der til, for at du kommer i skole igen? Han ville gerne i praktik. Da vi så gik med på den, gad han ikke alligevel. Det samme gentog sig med andre forslag. Moderen var dybt frustreret og sagde, at det var det samme derhjemme. Vi kom frem til, at det nok havde noget at gøre med forældrenes skilsmisse, og at faderen ikke rigtigt gad ham. Vi fandt ud af, at det, han måske i virkeligheden havde brug for, var nogle samtaler, hvor der var nogen, der tog sig tid til at sætte sig ned og lytte til ham. Vi tilbød ham samtidig samtaler i kommunens ambulante misbrugsbehandlingstilbud for unge under 18 år.

Han starter i misbrugsbehandlingen. Han gør på det tidspunkt, hvad der passer ham, og har ikke lyst til at stoppe sit misbrug. Så sker der langsomt en ændring. Det er så heldigt, at han der snakker med ham, de har en rigtig god kemi. Så bliver vi opmærksomme på, at han har en drøm om at blive håndværker. Vi finder et tilbud til ham – en blanding mellem praktik og skole. Han får penge for at være i praktikken. Det går faktisk rigtig godt for ham. Han har fået en helt anden lyst og motivation.”

Andre former for ekstern hjælp kan være et kortere eller længere ophold i en bemandet ungdomsbolig, et tilbud om familiebehandling, en støttekontakt-person mv., og endelig kan der i usædvanligt problematiske tilfælde blive tale om en anbringelse uden for hjemmet.

Der er i de 28 cases kun få beretninger om succesfuld involvering af det eksterne beredskab. Dette skyldes formodentlig, at hovedparten af de interviewede er folkeskolelærere, og at det eksterne beredskab i mange tilfælde først sættes ind, efter at klasselæreren har mistet kontakten med den unge, og derfor ikke har viden om, at det eksterne beredskab er sat ind. Det er generelt for lærerfortællingerne, at klasselærerne i mange tilfælde ikke får nogen form for tilbagemelding, når de udarbejder en underretning til kommunen. Hvis den unge stadig følger undervisningen på skolen, når en eventuel ekstern indsats sættes ind, hører klasselæreren i nogle tilfælde om det fra den unge selv eller dennes familie. I de tilfælde, hvor klasselærerens eller skolens underretning til kommunen falder tidsmæssigt sammen med, at den unge helt opgiver skolen, da får klasselæreren kun i sjældne tilfælde information om, hvordan det videre forløber for den unge. Når en ung er holdt helt op med at komme på skolen, ved klasselæreren således ofte ikke, om det skyldes, at kommunen har taget hånd om situationen, eksempelvis gennem en anbringelse, eller om fraværet blot skyldes, at den unges vanskelige situation er eskaleret yderligere. Klasselærerne giver generelt udtryk for et ønske om, at det eksterne beredskab i mange tilfælde sættes ind på et meget tidligere tidspunkt. Og mange klasselærere efterlyser, at det kommunale system i langt højere grad 'kvitterer' for indberetningerne i form af information om, hvilke foranstaltninger indberetningen har medført.

I de 28 elevcases, der er indsamlet i denne undersøgelse, har de interviewede klasselærere kun viden om, at to elever er blevet sat i forbindelse med ambulante misbrugsbehandling for unge under 18 år, og kun den ene elev tog imod tilbuddet. Det lave tal kan skyldes, at nogle elever går i ambulante misbrugsbehandling uden klasselærerens viden om det. Ud fra interviews med unge i misbrugsbehandling (Vind 2010) er det imidlertid mere sandsynligt, at det lave tal er et udtryk for, at de unge, hvis de overhovedet kommer i misbrugsbehandling, i de fleste tilfælde først kommer i ambulante misbrugsbehandling længe efter, at de er droppet helt ud af den almindelige undervisning, og derfor ikke længere har kontakt med deres oprindelige klasselærer.

3.4 Systemets træghed

Når man interviewer unge under 18 år, der er kommet i misbrugsbehandling, fortæller mange, at de gennem en længere periode, i nogle tilfælde op til to år, har røget hash dagligt i skolen, før de endelig kommer ind i det ambulante misbrugsbehandlingssystem (Vind 2010). Samtidig er det kun en mindre del af det estimerede antal af unge med misbrugsproblemer, der overhovedet når frem til det ambulante behandlingssystem (Vind og Finke 2006). Dette har i behandlermiljøet givet anledning til gisninger om, at skolelærerne generelt tilsyneladende har en berøringsangst i forhold til håndtering af misbrugsproblemerne. De 28 cases i denne undersøgelse tegner imidlertid et helt anderledes aktivt billede af klasselærernes og skolens indsats i forhold til misbrug. Som skitseret ovenfor bliver der arbejdet med unge med begyndende misbrug på klasselærerniveau, på ressourcepersonniveau, og i nogle tilfælde ved hjælp af det eksterne beredskab. Men hvordan hænger dette da sammen med, at mange af disse unge kan fortælle, at de har haft et dagligt misbrug, mens de gik i skole?

At dømme ud fra casene i undersøgelsen er der ikke tale om, som ellers antaget, at klasselærerne i for mange tilfælde ikke reagerer på de unges situation. Der er tilsyneladende snarere tale om, at der af en lang række årsager opstår en træghed eller forsinkelse i forhold til især ressourcepersonberedskabet og det eksterne beredskab. En forsinkelse der betyder, at indsatserne har en tendens til at halte bagefter eskaleringen i misbrugsproblemet. Den tidligere beskrevne case med Markus illustrerer det eksemplarisk, når man kobler beredskabsindsatserne på historien:

Markus begyndte reelt at ryge hash i løbet af 7. klasse, men indrømmer det først ved juletid i 9. klasse. Klasselæreren, der fik Markus ved indgangen til 7. klasse, oplevede ham som socialt og fagligt velfungerende gennem hele 7. klasse. I de første måneder af 8. klasse begynder Markus at udvise de klassiske symptomer: Han har et hurtigt voksende fravær, han trækker sig ud i periferien af klassens sociale liv og etablerer en ny omgangskreds med en gruppe drenge med samme adfærdsmønster. Dertil kommer, at han allerede nu også virker usammenhængende og udviser problemer med at huske.

I perioden henover 8. klasse er der ekstraordinære aktiviteter på klasselærerniveauet. Klasselæreren taler med Markus om hans voksende fravær, og hun sender sms'er til ham, når han er fraværende. Beskeder hvori hun skriver, at det betyder meget for både hende og klassen, at Markus kommer og deltager i undervisningen. Herudover afholder klasselæreren udover de ordinære skole-hjem-samtaler også to ekstraordinære møder med Markus og hans mor. På både de ordinære og de ekstraordinære møder drøfter klasselæreren Markus' fravær med ham og hans mor. På det sidste møde, kort før sommerferien i 8. klasse, siger klasselæreren til Markus, at hun har en mistanke om, at han ryger hash. Moderen siger, at hun har haft samme tanke. Markus afviser fuldstændig denne mistanke, og har tilsyneladende succes med at overbevise sin mor og læreren om, at han ikke ryger hash. I hvert fald bliver dette ikke forfulgt yderligere på det tidspunkt. På samme møde aftaler læreren med Markus og moderen, at de skal holde et møde kort efter sommerferien, hvor de sammen skal lægge en strategi for Markus skolegang i 9. klasse. Det lykkes således Markus på dette møde at give klasselæreren en oplevelse af, at de er i færd med at tage hånd om problematikken, hvad de reelt slet ikke er.

I starten af 9. klasse holder klasselæreren det aftalte strategimøde med Markus og moderen. Markus giver udtryk for, at han har været glad for de sms'er læreren sendte til ham gennem 8. klasse, og de aftaler, at læreren skal blive ved med dette, og samtidig også sende sms'er til moderen, når han ikke dukker op til undervisningen. Læreren får igen en følelse af, at de har en god kontakt vedrørende problematikken, og Markus er selv med til at komme med forslag til, hvordan de kan arbejde med det. Markus deltager herefter i skoleaktiviteterne i ca. en måned stort set uden fravær. Herefter falder han fra igen og er væk mange dage i træk. Omkring efterårsferien i 9. klasse kontakter klasselæreren moderen og fortæller hende, at hun nu mener, der er brug for hjælp udover klasselærerens indsats, og hun udarbejder herefter en underretning til PPR. På det tidspunkt er der altså på forskellige måder arbejdet ekstraordinært med Markus på klasselærerniveauet i mere end et år.

Tæt på jul i 9. klasse har PPR endnu ikke haft kontakt med Markus, og moderen presser nu selv kommunen for at få PPR til at udrede ham. I forbindelse med moderens nødråb kobles en ungemedarbejder på Markus, hvilket

dog ikke har nogen synlig effekt i skoletiden. Kort efter jul bryder Markus som tidligere beskrevet sammen i skolen og indrømmer sit misbrug. Han bryder så meget sammen, at han indlægges på psykiatrisk hospital. Han bliver dog hurtigt sendt hjem igen, men bliver ved denne lejlighed henvist til ambulans misbrugsbehandling, hvilket han dog ikke er interesseret i. Markus opholder sig nu i hjemmet i en periode, uden at komme i skole. Moderen er nervøs for at have ansvaret for at have ham hjemme, og der drøftes gennem en periode forskellige muligheder med kommunen. Disse muligheder afvises imidlertid af Markus. I løbet af foråret opfordrer skolen derfor Markus til at komme tilbage til skolen, eventuelt i et specielt tilrettelagt forløb. Det accepterer han og vender tilbage, dog med et meget stort fravær. I løbet af foråret i 9. klasse kobles særlige terapeutisk uddannede behandlere på Markus. Denne indsats oplever klasselæreren som betydelig mere målrettet og intensiv end tidligere indsatser, hvilket klasselæreren giver udtryk for at have savnet på et meget tidligere tidspunkt i forløbet. Det lykkes Markus at få papir på, at han har gennemført 9. klasse.

I Markus tilfælde har der altså været tale om en del ekstraordinære indsatser fra klasselærerberedskabet, ligesom mindst tre aktører fra det eksterne beredskab har været i kontakt med eleven. De særlige ressourcepersoner i form af PPR nåede dog ikke at blive aktive i Markus tilfælde.

Markus' case har det tilfælles med en stor del af de øvrige cases i denne undersøgelse, at der faktisk ydes mange ekstraordinære indsatser fra op til tre forskellige beredskaber i forhold til det, der på et eller andet tidspunkt viser sig at være et voksende misbrugsproblem. Det synes imidlertid at være reglen snarere end undtagelsen, at disse indsatsers intensitet er bagud i forhold til misbrugsproblemets intensitet. Der synes at være en række faktorer med indvirkning på dette, nemlig 1) træghed i klasselærerberedskabet, 2) træghed pga. den unges strategier, 3) træghed i forhold til at opnå hjælp fra særlige ressourcepersoner og eksternt beredskab, og 4) træghed pga. frivillighedsaspektet.

Træghed i selve klasselærerberedskabet

Spørger man medarbejdere i ressourcepersonberedskabet, og især i det eksterne beredskab, hvorfor de er så længe om at komme ind i billedet, siger de, at en af grundene er, at klasselærerne er længe om at opgive at håndtere

problemet selv og give sagen videre. Lederen af et ambulans, udgående team for 11-14-årige med risiko for anbringelse udtrykker det på følgende måde: *”Først når barnet ikke har gået i skole i 3-4 måneder, får skolen lavet en indberetning, og så skal kommunen til at behandle indberetningen. Så er det, at der går halve år, før der sker noget, og det er meget lang tid i forhold til sådan en problematik.”*

De 28 cases bekræfter, at lærerne selv arbejder med de unge i forholdsvis lang tid. Det er der tilsyneladende flere årsager til:

- a) Nogle få lærere synes ikke at have blik for de unges første symptomer på mistrivsel. En ung lærer siger om nogle ældre kolleger: *”Det er ikke, fordi de ikke vil se det, men de kan nok ikke se det. Hanne¹⁷ siger for eksempel, at hun aldrig har set en ung på stoffer, men det er jo ikke, fordi hun ikke har mødt en ung på stoffer, men snarere fordi hun ikke ved, at hun har mødt en. Jeg taler f.eks. lige i øjeblikket med en fra hendes klasse, som helt sikkert ryger hash, eller har gjort det i hvert fald.”*
- b) De fleste klasselærere synes at have et godt udviklet menneskeligt beredskab i forhold til at opdage elevens begyndende mistrivsel, men er ikke altid i stand til at vurdere alvoren eller tyngden i de første signaler: *”Man er ikke altid opmærksom på alvoren i de første symptomer, det gælder også dem, der har været problemer med hele vejen igennem. Jeg skulle først lige ind på hende, og så begyndte jeg at tale med hende om problemerne. Og så var det vist nok moderen, der fortalte, at datteren røg hash. Jeg tænkte lidt naivt, at det kunne jeg godt håndtere, det er jo ikke stofferne, der er hendes problem. Men det ku jeg bare overhovedet ikke.”*
- c) Under alle omstændigheder tager det tid at udvikle de symptomer, som læreren skal reagere på. Der er en enkelt historie om en elev, der udviklede en stærkt problematisk situation henover sommerferien, men for de fleste unges vedkommende tager det måneder at udvikle de primære symptomer: fravær, manglende opgaveafleveringer, tilbagetrækning fra klassens sociale liv, etablering af ny vennekreds mv. En yderligere for-

¹⁷ Navnet er ændret.

hindring for klasselærerne er, at de unge i den første tid kun har fravær hos de såkaldte randlærere, mens klasselærerne oplever, at de har styr på dem. De forholder sig derfor rådgivende over for randlærerne gennem en periode, ind til det går op for dem, at det er alvorligt. Dette illustreres af følgende eksempel:

”Jeg havde en dreng, jeg fulgte hele vejen op. Ved skolestarten var der en periode, hvor det gik fint, så gik det galt i løbet af efteråret. Så havde vi et møde med forældrene, hvor der blev aftalt at stramme op, og så kunne vi konstatere til forårsmødet, at nu gik det fint. Dette mønster kunne vi fastholde ind til konfirmationsalderen. I 7. klasse begynder det at glide os ad hænde. Skolen fylder ikke længere noget for ham, familien er også faldet fra hinanden på det tidspunkt. Jeg har tænkt efterfølgende, at jeg tog for meget på mig i forhold til ham. Jeg troede, at jeg kunne vende skuden, jeg havde jo styr på ham. Begavelsesmæssigt var han faktisk rigtig god, og under mine rammer var han også i lang tid velfungerende. Jeg skulle have lyttet mere til mine faglærere, som jeg blot forsøgte at rådgive, sige gør sådan og sådan i stedet for. Hvis jeg havde lyttet mere til dem... jeg ved ikke, hvad vi kunne have gjort anderledes. Jeg har ikke nogen anden opskrift – måske noget med at have ungdomsskolen med meget tidligere. Ungdomskonsulenten er rigtig god, og de har mange tilbud til dem, der har lidt svært ved at finde ud af det hjemme eller i skolen. Jeg vil så sige, at den udvikling, hvor det også blev stoffer og kriminalitet, det havde jeg slet ikke forestillet mig. Det gik bare lige pludselig rigtig rigtig stærkt.”

- d) Når klasselæreren har observeret symptomerne, er problemet ofte reelt værre, end læreren og forældrene er klar over. Det betyder, at læreren gennem en længere periode taler med den unge og eventuelt forældrene om at stramme op, uden at vide at der er tale om et begyndende misbrug. Lærerens første skridt vil i næsten alle tilfælde være samtaler med den unge og med den unges familie. Hvis familien også er problembærende, kan ønsket om at have familien med i en afgørelse om hjælp til den unge i nogle tilfælde trække sagen voldsomt i langdrag. Det viser følgende case:

”Jeg fik en dreng i 7. klasse. Der var noget adfærdsmæssigt, allerede da jeg fik ham. Forældrene var blevet skilt kort før 7. klasse. Han skilte sig ud, fordi han meget tidligere end de andre i klassen havde prøvet at drikke alkohol. Drengen fortæller selv, at han drikker sammen med forældrene. Ikke bare smager, men drikker meget. Han begynder at have en del fravær henover 7. klasse. Han gider ikke skolen, men opfører sig rimeligt pænt, dog en anelse aggressivt. Jeg havde en bekymrings-

samtale med ham og moderen, da der begyndte at komme fravær. Moderen reagerer positivt, det skal de da se at få gjort noget ved. Der sker bare ikke noget efterfølgende. Så indkaldte jeg til samtale igen, fordi der ikke var sket noget. På det møde aftalte vi, at han skulle tale med ungdomskonsulenten. På det tidspunkt var der sket noget med hans humør, han var blevet mere sur og sådan. Men han får aldrig mødt ungdomskonsulenten. Så kommer 8. klasse, og her begynder han at ryge. Det taler jeg med moderen om, men det ved hun godt. I begyndelsen af 8. klasse begynder jeg og UU-vejlederen at tale med ham om, om han skal have nogle afbræk i undervisningen. Det skulle så have været aftalt på et skole-hjem-møde i efteråret i 8. klasse, men forældrene dukker aldrig op til det aftalte møde. Ved juletid i 8. klasse (tidspunktet for interviewet) er der ikke rigtigt sket noget siden, fordi der ikke er kommet nogen reaktion fra moderen. Jeg har sagt til moderen, at det ville være en god idé, hvis vi kunne lave nogle aftaler om praktik. De skal jo med i det, og det er det, vi mangler. Så status er, at vi venter på en reaktion fra dem. Hvis det er noget, han skal, så skal det jo også være noget, der er opbakning til. Han vil gerne, men det er ikke noget, han sådan er opsøgende i forhold til. Så lige nu er mit billede en familie, der ikke rigtig magter. Man bliver selv meget i tvivl om, hvor meget man skal sætte i gang. Der kommer jo ikke noget ud af det, hvis man ikke har dem med i det. ”

- e) En væsentlig årsag til, at det kan tage lang tid, før klasselæreren involverer yderligere ressourcepersoner, er at mange lærere ikke bringer sagen videre, før de føler sig forholdsvis sikre på, at der er et konkret problem. En del lærere oplever, at det er en meget alvorlig sag at have bragt en mistanke om misbrug ind i samtalen med den unge og forældrene, hvis det alligevel ikke er rigtigt - ligesom at beskyldte et barn for at stjæle uden at være helt sikker på, at det er rigtigt. Det betyder, at læreren typisk ikke involverer det øvrige beredskab, før læreren selv føler sig helt overbevist om, at der er tale om et misbrug, og i øvrigt også helst har fået den unges bekræftelse på, at det er tilfældet. I forbindelse med udviklingen af et misbrug tager det ofte lang tid for omgivelserne at blive helt sikre på, hvad symptomerne skyldes. En lærer fortæller om det at lave en underretning til PPR: *”Det har været sådan, at det at lave en underretning har været lærerens redskab at ty til, når det har været helt derude, hvor man overhovedet ikke har været i tvivl. Alle de elever, hvor man har tænkt: ”Det er ikke helt i orden”, der har man forsøgt at gøre et eller andet – sådan lidt her og der, og sådan lidt halvt.”*

Træghed pga. den unges strategier

Lærerens tilbageholdenhed pga. manglende viden om problemets egentlige årsag og omfang, og forældrenes manglende medvirken forstærkes i mange tilfælde af, at de unge udvikler en række strategier til at overbevise læreren og forældrene om, at situationen ikke er så alvorlig, som den faktisk er (Vind 2010). De unge nægter næsten altid i de første konfrontationer, at de har noget med rusmidler at gøre. Har de ikke held med dette, laver de 'fal-ske' indrømmelser, dvs. at de indrømmer at have prøvet at ryge hash nogle enkelte gange, men at de nu er stoppet med det, skønt de måske i virkeligheden har et dagligt forbrug. Det betyder, at selve processen med at komme til at tale med den unge om, hvor alvorligt problemet reelt er, i sig selv kan tage meget lang tid. I nogle få tilfælde bliver problemet forstærket af, at forældrene i en periode dækker over den unge, selv om de eksempelvis er vidende om, at den unge ryger hash. De unges tilslørende strategier kombi-neret med lærernes behov for at føle sig forholdsvis sikre, udgør således en meget uheldig forsinkende faktor i forhold til at reagere på udviklingen af misbruget i tide, idet misbrugets indledende faser netop typisk er karakteri-seret ved ikke direkte at vise noget om misbruget.

Træghed i forhold til at opnå hjælp fra særlige ressourcepersoner og eks-ternt beredskab

Når klasselæreren føler sig sikker på, at der skal mere hjælp til, end der kan ydes gennem klasselærerberedskabet, begynder involveringen af skolens særlige ressourcepersoner og i nogle tilfælde involvering af det eksterne beredskab. Involveringen af disse ydelser er imidlertid også i mange tilfæl-de forbundet med en del træghed:

- a) De første skridt mod involvering af særlige ressourcepersoner går ofte gennem skolens ledelse. Mange lærere oplever, at ledelsen ved den første henvendelse reagerer mindre indgribende, end læreren ønsker. I mange tilfælde går læreren først til ledelsen, når de er ret sikre på, at der er et grundlæggende problem, og da har eleven allerede gennem en læn-gere periode givet læreren vanskeligheder. Når ledelsen hører om den enkelte sag første gang, virker situationen ikke så alvorlig på ledelsen, som læreren selv oplever det, og ledelsen reagerer ofte med indled-ningsvis at nedtone sagen og anbefale læreren forskellige måder selv at arbejde med den unge på. Mange klasselærere oplever således nogen

træghed i forhold til overhovedet at få sagen rykket op i ressourceberedskabet.

- b) Efter at skolens ledelse har accepteret at tage en sag op, kan den som regel komme forholdsvis hurtigt op på kompetencecentermødet. Herefter kan det imidlertid i nogle tilfælde tage endog meget lang tid at etablere nogle foranstaltninger i forhold til den unge. I nogle tilfælde træffes der ikke nogen egentlige beslutninger på det første kompetencecentermøde, eksempelvis fordi sagen er for diffus, eller fordi den rette specialist ikke deltog i mødet netop denne dag. Det betyder, at der går nogle uger eller måneder, før læreren igen kan få sagen op på kompetencecentermøde og få udløst foranstaltninger. En lærer fortæller om resultatet af et kompetencecentermøde: *"Det endte med, at man besluttede, at der skulle indkaldes til et netværksmøde. Men det tager meget lang tid at få sådan et i stand. Da jeg havde indkaldt til netværksmødet, følte jeg ikke, at jeg kunne gøre mere. Mødet blev en realitet i slutningen af skoleåret, men jeg indkaldte til det omkring juletid. Jeg kan desværre ikke selv være tovholder på sådan et møde, det skal jeg give videre (i dette tilfælde til skoleinspektøren), og det kan selvfølgelig være, det er ham, der er langsom, eller det kan være systemet er langsomt, men ventetiden er under alle omstændigheder meget lang. Hvad gør man så? Jeg var meget overrasket over at se, hvordan det misbrug voksede i mellemtiden."* Hvis man på kompetencecentermødet beslutter sig for en indsats, der involverer en SSP-medarbejder, en AKT-medarbejder eller en sundhedsplejerske, kan det gå rimelig hurtigt, men ønsker man at involvere PPR eller personer fra det eksterne beredskab, kan der gå mange måneder. Adskillige forløb blandt de 28 cases vidner om passiv ventetid på 6-18 måneder, fra klasselæreren laver en skriftlig indstilling til PPR eller elevens sagsbehandler. Det betyder, at indsatsen over for den unge forbliver på det utilstrækkelige klasselærerberedskabsniveau i ventetiden. En lærer fortæller om det at involvere familieafdelingen: *"Første gang jeg bragte familieafdelingen ind i sagen, det er over et år siden. Siden er der ikke rigtigt sket noget fra den side. For to uger siden havde vi så et nyt møde med en ny medarbejder fra familieafdelingen, og hun sagde, at der ikke lå nogen papirer på eleven fra det første møde for et år siden, og at pigens situation i øvrigt skal være værre, før man kan gribe ind. Så nu skal vi begynde forfra. I al den tid har vi bare set en pige, der skejede*

mere og mere ud med fravær, forkert miljø, kærester der er meget ældre end hende selv, mere og mere på stoffer osv. Jeg har i lang tid ikke vidst, hvad jeg skulle stille op. Hun er kommet og gået, som det har passet hende. Jeg har talt meget med hendes mor om det, og begyndte også at tale med hendes sagsbehandler om det. Jeg har måttet konstatere, at situationen er helt ude af mine hænder.” Lærere, der har involveret PPR eller det eksterne beredskab, beskriver en stærk følelse af magtesløshed i forhold til i mange måneders ventetid dagligt at se eleven blive mere og mere indfanget i misbruget, uden at der tilsyneladende bliver grebet ind over for situationen. Dette skærpes yderligere af, at lærerne i de fleste tilfælde ikke får nogen form for ’kvittering’ for deres indberetninger til kommune eller PPR. De ved således i mange tilfælde ikke, om der faktisk sker noget i sagen andre steder, eller om der blot er tale om passiv ventetid.

Træghed på grund af frivillighedsaspektet

En del af de 28 cases beskriver lærernes frustration over, at frivilligheden i forhold til at modtage hjælp, når den endelig er blevet etableret, efter deres mening er gået alt for vidt. Flere lærere har været vidner til, at en elevs situation er blevet stadig forværret, fordi kommunen har tilbudt en hjælp, som den unge eller familien ikke ønsker at modtage, hvorefter kommunen i lang tid ikke foretager sig yderligere. Hjælpen kan blive blokeret af forældrene såvel som den unge selv.

- a) Manglende interesse for hjælp hos den unge; flere cases beskriver tilfælde, hvor den unges situation ifølge lærerens beskrivelse allerede er ganske belastet. Et eksempel er Markus’ case, som allerede er beskrevet tidligere. Markus indrømmede ved juletid i 9. klasse, at han var stærkt involveret i brug og distribution af illegale rusmidler og havde været det i ca. to år. I forbindelse med hjemsendelse efter en kort indlæggelse på psykiatrisk hospital tilbydes han ambulante misbrugsbehandling, men ønsker ikke at benytte dette tilbud og vælger i stedet at opholde sig i hjemmet, mens han fortsætter sit misbrug. Klasselæreren, der beskriver casen i et interview, giver udtryk for en stor frustration over, at det offentlige system lader det være op til den 15-årige Markus selv at vurdere, om han behøver hjælp i sin aktuelle situation. Læreren mener, at det er meget tydeligt, at Markus er i en

situation, han ikke kan håndtere, og at hans tilstand er så alvorlig, at han ikke selv er i stand til at vurdere, hvad der er bedst for ham, og at man derfor er nødt til at iværksætte hjælp helt uafhængig af, om Markus i øvrigt er enig i beslutningen. Man må formode, at Markus tilhører den gruppe af unge, der på et tidspunkt bliver anbragt udenfor hjemmet, hvis deres kriminalitet eller deres misbrug fortsat eskaleres. Klasselærernes beretninger viser imidlertid, at der i en del tilfælde går forholdsvis lang tid, før kommunen opgiver at nå den enkelte unge ad frivillighedens vej.

- b) Manglende interesse for hjælp hos familien; flere cases viser, at hjælpen til en elev med misbrugsproblemer blokeres, fordi familien ikke ønsker hjælp, eller blot ikke har ressourcer til at reagere på henvendelser. En af de tidligere beskrevne cases viser, hvordan en elev og hans klasselærer sammen med UU-vejlederen allerede er blevet enige om, at eleven skal ind i en særlig ordning med praktik og reduceret skoleskema, men beslutningsprocessen går i stå i adskillige måneder, fordi elevens forældre ikke reagerer på klasselærerens henvendelser og udebliver fra aftalte møder. En anden case viser, hvordan hjælpen til en elev i 9. klasse blokeres, idet forældrene først afviser, at den unge overhovedet har noget at gøre med rusmidler, og efterfølgende gennem en længere periode bagatelliserer den unges brug af hash som normal ungdomsadfærd, skønt eleven ikke længere var i stand til at følge med i undervisningen.

Det er et fælles træk ved de cases, der beskriver forsinket hjælp pga. afvisning fra den unge eller familien, at når først kommunen har tilbudt en ydelse, går der ret lang tid, før kommunen selv erfarer, at den tilbudte ydelse ikke har den ønskede effekt. Man kan sige, at det kommunale system fortæller sig selv, at der er reageret behørigt på et identificeret problem, og at der skal yderligere reaktioner til udefra, før kommunen opdager, at den tilbudte indsats ikke har effekt.

3.5 Systemets potentiale

En stor del af dette kapitel har beskrevet en træghed i forhold til at iværksætte hjælp tidligt nok til unge med begyndende misbrugsproblemer. Og det er beskrevet, at en stor del af årsagen til denne træghed ligger i det kommunale systems måde at reagere på. Der skal imidlertid også peges på

nogle potentielt lovende måder at opbygge indsatsen på i forhold til unge med misbrugsproblemer. Et eksempel på dette er tilstedeværelsen af 'Ungdomsskolen' i én af de fire kommuner, hvor der er foretaget interviews. Ungdomsskolen er i dette tilfælde en organisation med en meget bred vifte af funktioner. Ungdomsskolen har som en del af sit tilbud tre ungdomskonsulenter placeret sådan, at de tilsammen geografisk dækker hele kommunen. Ungdomskonsulenterne er organisatorisk knyttet til moderorganisationen i kommunens største by, men har samtidig kontor på en skole i hvert sit lokale område af kommunen. Ungdomskonsulenternes arbejdsområde er bredt defineret til at være rettet mod alle former for ungdomslivsproblemer. I praksis udfører konsulenterne overvejende arbejde, der ligger inden for AKT-området og SSP-området, og de tre ungdomskonsulenter involveres blandt andet, hver gang man på en skole i kommunen erfarer, at en elev har problemer forbundet med rusmidler.

Det særlige ved ungdomskonsulenterne er bl.a., at de reagerer på henvendelser inden for 1-3 dage, men meget ofte straks de bliver kontaktet. Når ungdomskonsulenten involveres, er der oftest iværksat én eller anden form for foranstaltning i løbet af meget få dage.

I modsætning til skolernes ressourcepersoner har ungdomskonsulenterne direkte adgang til de besluttende niveauer i kommunen, og kan altid komme i kontakt med en sagsbehandler inden for 1-2 døgn. Ungdomskonsulenterne har ikke journalpligt, og har herudover mulighed for at iværksætte indsatser uden en forudgående §50-undersøgelse, hvilket alt i alt betyder, at den træghed, der beskrives i de øvrige kommuner, i forhold til at få kommunen til at skride ind hurtigt i forhold til et eskalerende misbrug, ikke findes så udtalt i denne kommune.

Der er ikke nogen bestemt henvisningsvej til ungdomskonsulenterne, og de kan kontaktes af den unge selv, den unges forældre, den unges lærer eller andre omkring den unge. Eller konsulenterne kan selv opsøge den unge, hvis de i byens fest- og fritidsmiljø hører om en ung med begyndende problemer.

Ungdomskonsulenterne sidder med egne ord som edderkopper i et netværk af politi, psykolog, sundhedsplejerske, socialforvaltning, PPR, produktions-skole, erhvervsliv mv. og kan trække på de ressourcer, der kræves i forhold

til den enkelte unge. Udover en række ambulante indsatsmuligheder har ungdomsskolen tilknyttet to små opholdssteder til unge, der i en periode har behov for at komme væk fra hjemmet.

På tidspunktet for dataindsamlingen til denne undersøgelse var ungdomsskolen netop i færd med at uddanne to medarbejdere til at gennemføre misbrugsbehandling, og ungdomsskolen minder således på mange måder om det, man i større byer organiserer under betegnelsen ungdomscentre. Det er imidlertid en afgørende forskel, at ungdomskonsulenterne har mulighed for at reagere med indsatser meget hurtigt, efter at de er blevet kontaktet første gang. Ungdomskonsulentfunktionen ser således ud til i mange tilfælde at 'kortslutte' den træghed, som skolerne i de øvrige kommuner oplever i forhold til at reagere på et eskalerende misbrug. Der er ikke noget, der umiddelbart tyder på, at løsningen med ungdomskonsulenterne er mere ressourcetrækvende end løsninger i andre kommuner.

3.6 Sammenfatning og konklusion

De 28 cases om unge med begyndende misbrugsproblemer, der er indsamlet blandt klasselærere i overbygningsklasserne i folkeskoler i fire danske kommuner, viser, at hovedparten af de unge, der allerede i skoletiden udvikler synlige misbrugsproblemer, har haft psykiske, sociale eller adfærdsmæssige problemer i kortere eller længere tid forud for udviklingen af selve misbruget. Disse data er i overensstemmelse med resultaterne fra et amerikansk pilotstudie blandt døgnindlagte unge (Jeremy et al. 1992), der viser, at 82 procent af de indlagte havde en eller flere psykiatriske lidelser samtidigt med misbrugslidelsen, og at den psykiatriske lidelse i 68 procent af tilfældene gik forud for udviklingen af misbruget.

Hvis disse data viser sig at være generelle i forhold til elever i den danske folkeskole, viser de altså, at misbrug i de fleste tilfælde ikke rammer såkaldt 'almindelige unge' med risikoadfærd, men tværtimod oftest rammer unge, som i kortere eller længere tid har været belastet af andre problemer, som man i mange tilfælde har mulighed for at opdage og identificere i uddannelsessystemet, hvis man har fokus og ressourcer rettet imod det. For de unge med forudgående problemer synes der at være to faser med mere eller mindre synlige symptomer knyttet til udviklingen af det senere synlige misbrug. I den første fase ses de symptomer, der knytter sig til det forudgå-

ende problem. Der kan her være tale om symptomer på ADHD, depression, angst, tidligt svigt fra familien osv. I den anden fase ses de symptomer, der knytter sig til det begyndende misbrug. Der er her ofte tale om, at den unge trækker sig ud i periferien af klassens sociale liv, og i stedet får en ny vennekreds, hvor fester og brug af rusmidler er ofte forekommende. Den unge begynder ligeledes at trække sig fra undervisningssituationen, dels ved fravær og dels ved manglende aflevering af opgaver mv. Fravær fra undervisningen ses tilsyneladende ofte først hos randlærerne. Når anvendelsen af rusmidler intensiveres, ses ligeledes fald i koncentrationsevne og hukommelse, og i nogle tilfælde øget aggressivitet og/eller indesluttethed.

I den danske folkeskole bliver brug og misbrug af rusmidler ofte sat i forbindelse med risikoadfærd, og emnet overlades som konsekvens heraf i høj grad til forebyggelsesmedarbejdere at håndtere. Hvis de fleste misbrugsproblematikker er en konsekvens af forudgående psykiske problemer hos den enkelte unge og ikke af risikoadfærd, er det imidlertid værd at overveje, om man i højere grad end nu kan målrette indsatsen i forhold til den gruppe unge, der har disse forudgående problemer.

At anslået højst 5-10 procent af målgruppen henvises til ambulantly misbrugsbehandling har givet anledning til hypoteser om, at lærerne i folkeskolen enten ikke har blik for, at de unge har problemer, eller at lærerne har berøringsangst i forhold til at reagere på det. Data fra denne undersøgelse bekræfter, at kun ganske få unge henvises til ambulantly misbrugsbehandling, men giver samtidig et mere aktivt billede af klasselærernes og skolerens reaktioner over for unge med begyndende misbrugsproblemer. Interviewene med klasselærerne viser, at de i de fleste tilfælde har gennemgået en periode, hvor de ihærdigt har forsøgt at tale med den unge, og støttet den unge i at deltage mere aktivt i undervisningen. Casene viser ligeledes, at lærerne i mange tilfælde efter en periode med usikkerhed i forhold til den unges situation har involveret skolens interne ressourcepersoner, og i nogle tilfælde har anmodet kommunen om at skride yderligere ind. Når disse indsatser ofte ikke har den ønskede effekt i forhold til den unges situation, skyldes det tilsyneladende, at intensiteten i indsatsen i mange tilfælde er langt bagud i forhold til intensiteten i udviklingen af den unges problematiske situation. Når skolens og kommunens beredskab reagerer på begyndende misbrugsproblemer, er den unge i mange tilfælde allerede langt inde i et

problematisk misbrug. Årsagen til denne forsinkede reaktion skal findes i en bred vifte af trægheder. Dels går der ofte lang tid, hvor læreren er opmærksom på, at der er noget galt, men hvor problemets alvor ikke er synligt. Dette skyldes delvist, at de unge selv i mange tilfælde gør en stor indsats for, at skolen og hjemmet ikke skal opdage deres begyndende misbrug. I denne periode forsøger klasselæreren selv at hjælpe den unge, og først når læreren bliver forholdsvis sikker på, at hun ikke selv kan rette op på problemet, beder læreren om yderligere hjælp. Når klasselæreren beder om yderligere hjælp, tager det ofte forholdsvis lang tid, før hjælpen sættes ind. Dette gælder især, hvis hjælpen involverer PPR eller eksterne ressourcepersoner. Endelig er de kommunale systemer længe om at opdage, når den tilbudte hjælp ikke modtages af den unge eller den unges familie, eller hvis hjælpen ikke har den ønskede virkning. Trægheden i de forskellige dele af beredskabet betyder sammenlagt, at der i mange tilfælde går mange måneder tabt med at vente, mens den unges misbrug eskalerer voldsomt. Der findes dog i interviewmaterialet eksempler på, hvordan man i én af de fire kommuner i undersøgelsen har installeret ungdomskonsulenter, der har mandat og ressourcer til at kortslutte den træghed, der beskrives i de øvrige kommuner. Disse ungdomskonsulenter kan kontaktes af alle med bekymring for en ung, og involveres straks, når en problematik omhandler rusmidler. Ungdomskonsulenterne har mulighed for at reagere umiddelbart på henvendelser, og har samtidig adgang til at iværksætte hjælpeforanstaltninger inden for forholdsvis få dage.

Referencer

- Abrahamson, Daniel J. 1999. "Outcomes, Guidelines, and Manuals: On Leading Horses to Water." *Clinical Psychology: Science and Practice* Vol. 6, No. 4, Winter:467-471.
- Addis, Michael E., Wendy A. Wade and Christina Hatgis. 1999. "Barriers to Dissemination of Evidence-Based Practices: Addressing Practitioners' Concerns About Manual-Based Psychotherapies." *Clinical Psychology: Science and Practice* Vol. 6, No. 4, Winter:430-441.
- Backer, Thomas E. 2000. "The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs." *Journal of Community Psychology* Vol. 28, No. 3:363-373.
- Berger, Peter L. and Thomas Luckmann. 1966/1983. *Den samfundsskabte virkelighed*. Oversat af A. Diemer and E. Lyng. Viborg: Lindhardt og Ringhof.
- Bergmark, Anders. 2005. "Evidence Based Practice - More Control or More Uncertainty?" *NAD (Nordic Council for Alcohol and Drug Research)* Vol. 47:27-36.
- Bero, Lisa A., Roberto Grilli, Jeremy M. Grimshaw, Emma Harvey, Andrew D. Oxman and Mary Ann Thomson. 1998. "Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings." *British Medical Journal* Vol. 317, August:465-468.
- Brannigan, Rosalind, Bruce R. Schackman, Mathea Falco and Robert 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.
- Bray, Jeremy W., Gary A. Zarkin, Chris Ringwalt and Junfeng Qi. 2000. "The relationship between marijuana initiation and dropping out of high school." *Health Economics* Vol. 9:9-18.
- Brown, Barry S. and Patrick M. Flynn. 2002. "The federal role in drug abuse technology transfer: a history and perspective." *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 22, Issue 4, June:245-257.
- Buelga, Sofia, Marcella Ravenna, Gonzalo Musitu and Marisol Lila. 2006. "Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescent drug consumption." Pp. 337-364 in *Handbook of Adolescent Development*, edited by S. Jackson and L. Goossens. New York: Psychology Press - Taylor & Francis Group.
- D'Amico, Elizabeth J., Phyllis L. Ellickson, Rebecca L. Collins, Steven Martino and David J. Klein. 2005. "Processes Linking Adolescent

- Problems to Substance-Use Problems in Late Young Adulthood." *Journal of Studies on Alcohol* November:766-775.
- Danmarks Evalueringsinstitut, 2009. "Særlige ressourcepersoner i folkeskolen." Danmarks Evalueringsinstitut.
- Dansereau, Donald F. and Sandra M. Dees. 2002. "Mapping training: the transfer of a cognitive technology for improving counseling." *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 22:219-230.
- De Jong, Peter and Insoo Kim Berg. 2006 (2002). *Løsningsfokuserede samtaler*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Drake, Robert E., Howard H. Goldman, H. Stephen Leff, Anthony F. Lehman, Lisa Dixon, Kim T. Mueser and William C. Torrey. 2001. "Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings." *Psychiatric Services* Vol. 52, No. 2:179-182.
- Dusenbury, Linda, Rosalind Brannigan, Mathea Falco and William B. Hansen. 2003. "A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings." *Health Education Research* Vol. 18, No. 2:237-256.
- Elliott, Delbert S. and Sharon Mihalic. 2004. "Issues in Disseminating and Replicating Effective Prevention Programs." *Prevention Science* Vol. 5, No. 1, March:47-53.
- Fergusson, David M., L. John Horwood and Annette L. Beautrais. 2003. "Cannabis and educational achievement." *Addiction* Vol. 98:1681-1692.
- Finney, John W. 2000. "Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines." *Addiction* Vol. 95, No. 10:1491-1500.
- Friedman, Alfred S. and Arlene Utada. 1989. "A method for diagnosing and planning the treatment for adolescent drug abusers (The adolescent drug abuse diagnosis (ADAD) instrument." *Journal of Drug Education* Vol. 19, No. 4:285-312.
- Garnier, Helen E., Judith A. Stein and Jennifer K. Jacobs. 1997. "The Process of Dropping Out of High School: A 19-Year Perspective." *American Educational Research Journal* Vol. 34, No. 2, Summer:395-419.
- Glaser, Barney. G. 1992. *Basics of Grounded Theory Analysis*: Sociology Press.
- Gotham, Heather J. 2004. "Diffusion of Mental Health and Substance Abuse Treatments: Development, Dissemination, and Implementation." *Clinical Psychology: Science and Practice* Vol. 11, No. 2:160-176.

- Hall, Wayne. 1997. "Evidence-based treatment for drug misuse: bridging the gap between aspiration and achievement." *Addiction* Vol. 92, No. 4:373-374.
- Harder, Ingegerd. 1993. "Grounded Theory - praksisforankret teoriudvikling." i *Overvejelser og metoder i sundhedsforskningen*, P. Ramhøj (red.). København: Akademisk Forlag A/S.
- Hasenfeld, Yeheskel. 1983. *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Haug, Nancy A., Michael Shopshire, Barbara Tajima, Valerie Gruber and Joseph Gurdish. 2008. "Adoption of Evidence-Based Practices Among Substance Abuse Treatment Providers." *Journal of Drug Education* Vol. 38, No. 2:181-192.
- Henggeler, Scott W. and Terry Lee. 2002. "What Happens After the Innovation Is Identified?" *Clinical Psychology: Science and Practice* Vol. 9, No. 2, Summer:191-194.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries. Stockholm: Det Svenske Råd for Information om Alkohol og Andre Stoffer.
- Jeremy, R., A. Stowell and Todd W. Estroff. 1992. "Psychiatric Disorders in Substance-Abusing Adolescent Inpatients: A Pilot Study." *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Vol. 31, No. 6, November:1036-1040.
- Knudsen, Hannah K. and Paul M. Roman. 2004. "Modeling the use of innovations in private treatment organizations: The role of absorptive capacity." *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 26, No. 1, January:51-59.
- Koski-Jännes, Anja. 2005. "On the Problems of Randomized Clinical Trials as Means of Advancing Clinical Practice." *NAD (Nordic Council for Alcohol and Drug Research)* Vol. 47:37-46.
- Lehman, Wayne E. K., Jack M. Greener and D. Dwayne Simpson. 2002. "Assessing organizational readiness for change." *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 22:197-209.
- Lenaway, Dennis, Paul Halverson, Sergey Sotnikov, Hugh Tilson, Liza Corso and Wayne Millington. 2006. "Public Health Systems Research: Setting a National Agenda." *American Journal of Public Health* Vol. 96, No.3, March:410-413.
- Liddle, Howard A., Cynthia L. Rowe, Tanya J. Quille, Gayle A. Dakof, Dana S. Mills, Eve Sakran and Hector Biaggi. 2002. "Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice." *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 22:231-243.

- McFarlane, William R., Scot McNary, Lisa Dixon, Helaine Hornby and Eve Cimett. 2001. "Predictors of Dissemination of Family Psychoeducation in Community Mental Health Centers in Maine and Illinois." *Psychiatric Services* Vol. 52, No. 7:935-942.
- McLellan, A. Thomas, Lester Luborsky, George E. Woody and Charles P. O'Brien. 1980. "An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients: The Addiction Severity Index." *The Journal of Nervous and Mental Disease* Vol. 168, nr. 1:26-33.
- Mensch, Barbara S. and Denise B. Kandel. 1988. "Dropping out of high school and drug involvement." *Sociology of Education* Vol. 61, April:95-113.
- Milby, Jesse B., Joseph E. Schumacher, Michelle Freedman, Kristin Lester, Kelli L. Netson, William Norwood, Patricia Averill, Alexis Llewellyn and Howard Rhoades. 2007. "A Progressive Process for Technology Transfer of a Complex, Effective Psychosocial Intervention." *Addictive Disorders & Their Treatment* Vol. 6, No. 4, December:187-196.
- Miller, Michael. 2006. "The seductiveness of evidence." *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 30:91-92.
- Miller, William R., James L. Sorensen, Jeffrey A. Selzer and Gregory S. Brigham. 2006. "Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions." *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 31:25-39.
- Miller, William R., Carolina E. Yahne, Theresa B. Moyers, James Martinez and Matthew Pirritano. 2004. "A Randomized Trial of Methods to Help Clinicians Learn Motivational Interviewing." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 72, No. 6:1050-1062.
- Nielsen, Bent og Anette S. Nielsen. 2001. "Odensemodellen - Et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere." Pp. 172: Fyns Amt.
- Nordentoft, Merete. 2002. "Elementer i medicinsk teknologivurdering." Pp. 149-163 in *Psykiatri - Forskning, teknologivurdering og kvalitetsudvikling*, edited by P. Jørgensen, J. Mainz and R. Rosenberg. København: Munksgaard Danmark.
- NSDUH (National Survey on Drug Use and Health) 2009. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health:National Findings. <http://www.oas.samhsa.gov/NSDUH/2k8NSDUH/2k8results.cfm#Ch7>
- Ouchi, W. 1977. "Relationship between Organizational Structure and Organizational Control." *Administrative Science Quarterly* Vol. 22:95-113.

- Pedersen, Mads U. 2005a. "Drug-Free Treatment of Substance Misusers: Where are We Now, Where are We Heading?" *NAD (Nordic Council for Alcohol and Drug Research)* Vol. 47:11-26.
- . 2005b. *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Pedersen, Mads U., Leif Vind og Marianne Bækbøl. 2009. "13-17-årige piger der misbruger rusmidler, og den behandling de tilbydes." Pp. 139. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Ravndal, Edle. 2005. "Drug Treatment in 2004 - Evidence Based Research or Qualified Beliefs?" *NAD (Nordic Council for Alcohol and Drug Research)* Vol. 47:47-56.
- Reynolds, Shirley. 2000. "The Anatomy of Evidence-Based Practice: Principles and Methods." Pp. 17-34 in *Evidence-Based Practice - A Critical Appraisal*, edited by L. Trinder and S. Reynolds: Blackwell Science.
- Rheinländer, Thilde & Gert A. Nielsen (2007). *Unge livsstil og dagligdag 2006*. København: Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.
- Robbins, Michael S., K. Bachrach and José Szapocznik. 2002. "Bridging the Research-Practice Gap in Adolescent Substance Abuse Treatment: The Case of Brief Strategic Family Therapy." *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 23:123-132.
- Rosenheck, Robert A. 2001. "Organizational Process: A Missing Link Between Research and Practice." *Psychiatric Services* Vol. 52, No. 12:1607-1612.
- Røvik, Kjell Arne. 1998. *Moderne organisationer - Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- 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.
- Schoenwald, Sonja K. and Kimberly Hoagwood. 2001. "Effectiveness, Transportability, and Dissemination of Interventions: What Matters When?" *Psychiatric Services* Vol. 52, No. 9, September:1190-1197.
- Simons, Helen, Saville Kushner, Keith Jones and David James. 2003. "From evidence-based practice to practice-based evidence: the idea of situated generalisation." *Research Papers in Education* Vol. 18, No. 4, December:347-364.
- Simpson, D. Dwayne. 2002. "A conceptual framework for transferring research to practice." *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 22:171-182.

- Strauss, Anselm and Juliet Corbin. 1998. *Basics of Qualitative Research, Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks - London - New Delhi: SAGE Publications, Inc.
- Svensson, Kerstin. 2005. "Rhythm and Rationality in the Relationship Between Social Worker, Client and Researcher." *NAD (Nordic Council for Alcohol and Drug Research)* Vol. 47:57-70.
- Torrey, William C., Robert E. Drake, Lisa Dixon, Barbara J. Burns, Laurie Flynn, A. John Rush, Robin E. Clark and Dale Klitzker. 2001. "Implementing Evidence-Based Practices for Persons With Severe Mental Illnesses." *Psychiatric Services* Vol. 52, No. 1, January:45-50.
- Townsend, Loraine, Alan J. Flisher and Gary King. 2007. "A Systematic Review of the Relationship between High School Dropout and Substance Use." *Clinical Child and Family Psychology* Vol. 10, No. 4, December:295-317.
- Trinder, Liz. 2000. "Evidence-Based Practice in Social Work and Probation." Pp. 138-162 in *Evidence-Based Practice - A Critical Appraisal*, edited by L. Trinder and S. Reynolds: Blackwell Science.
- Vind, Leif. 2005. "Evaluation Capacity in Innovative Versus Reproducing Residential Treatment Centres for Substance Abusers in Denmark." *NAD (Nordic Council for Alcohol and Drug Research)* Vol. 47:97-106.
- . 2010. "Hvordan familien påvirkes, når husets teenager udvikler et misbrug." Pp. 187-216 in *Unge, rusmidler og sociale netværk*, edited by T. Kolind and M. U. Pedersen. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Vind, Leif and Katrine Finke. 2006. "Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer." Pp. 94. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Vind, Leif and Dorte Hecksher. 2004. "The Diffusion of ASI in Denmark: The Implementation of a National Monitoring System Based on EuroASI." *Journal of Substance Use* Vol. 9, No. 3-4:156-162.
- Webb, Stephen A. 2001. "Some Considerations on the Validity of Evidence-based Practice in Social Work." *British Journal of Social Work* Vol. 31:57-79.
- . 2002. "Evidence-based Practice and Decision Analysis in Social Work: An Implementation Model." *Journal of Social Work* Vol. 2, No. 1:45-63.
- Wolfe, Jessica. 1999. "Overcoming Barriers to Evidence-Based Practice: Lessons From Medical Practitioners." *Clinical Psychology: Science and Practice* Vol. 6, No. 4, Winter:445-448.
- Zachariae, Bobby (2007): Evidensbaseret psykologisk praksis. *Psykolog Nyt*, Nr. 12, s. 16-25.

- Aarons, Gregory A. 2004. "Mental Health Provider Attitudes Toward Adoption of Evidence-Based Practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)." *Mental Health Services Research* Vol. 6, No. 2, June:61-74.
- . 2005. "Measuring Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practice: Consideration of Organizational Context and Individual Differences." *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* Vol. 14, No. 2, April:255-271.
- Aarons, Gregory A. and Lawrence A. Palinkas. 2007. "Implementation of Evidence-based Practice in Child Welfare: Service Provider Perspectives." *administration and Policy in Mental Health* Vol. 34, No. 4, July:411-419.
- Aarons, Gregory A. and Angelina C Sawitzky. 2006. "Organizational Culture and Climate and Mental Health Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practice." *Psychological Services* Vol. 3, No. 1:61-72.