

NOTAT

IMPLEMENTERING AF TRE MISBRUGSBEHANDLINGER FOR UDSATTE UNGE

CECILIE DOHLMANN WEATHERALL
TINA TERMANSEN

KØBENHAVN 2013
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

IMPLEMENTERING AF TRE MISBRUGSBEHANDLINGER FOR UDSATTE UNGE.

Afdelingsleder: Mette Deding

Afdelingen for kontrollerede forsøg

© 2013 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

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

INDHOLD

1	FORMÅL MED NOTATET	5
2	BAGGRUND OG CENTRALE BEGREBER	7
	Baggrund for "Projekt misbrugsbehandling til udsatte unge"	7
	Den sociale stofmisbrugsbehandling	8
	Misbrug	10
	Data og metode til analyse af implementeringen	11
3	DE TRE MODELLER	15
	Behandlingsmodellernes formål	15
	MST-SA fra USA	16
	U-TURN fra København	19
	ÅKM fra Århus	22
	Opsamling på de tre modeller	24
4	IMPLEMENTERING AF DE TRE MODELLER	25

Implementering af MST-SA	26
Implementering af U-turn	30
Implementeringen af ÅKM	35
Opsamling på implementeringen af MST-SA, U-turn og ÅKM	40
5 FREMTIDIG IMPLEMENTERING AF DE TRE MODELLER	43
Modellens centrale elementer skal kunne overføres	44
Opstart og praktiske ting tager tid	44
Dokumentation er tidskrævende	44
Kompleksitet er svær at overføre direkte	45
Forankring i kommunen er vigtig	45
BILAG	47
Bilag 1 Væsentlige love og paragraffer	47
LITTERATUR	51

FORMÅL MED NOTATET

SFI- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd skal evaluere ”Projekt misbrugsbehandling for udsatte unge”, som løber fra 2011 til 2014. De tre behandlingsmodeller, som indgår i Socialstyrelsens (SOS) ”Projekt misbrugsbehandling for udsatte unge”, er MST-SA (Multi Systemic Therapy Substance Abuse)¹, U-turn og Aarhusmodellen (ÅKM).² Dette notat beskriver implementeringen af disse tre misbrugsbehandlingsmodeller til unge under 18 år i perioden medio 2011 til april 2013. Modellerne er blevet implementeret i seks danske kommuner henholdsvis Horsens, Helsingør, Herning, Aarhus, Aalborg og Odense med henblik på dels at undersøge implementeringen og dels at undersøge effekten af de tre slags behandlinger. Nærværende notat afdækker udelukkende implementeringen af modellerne, som SFI har monitoreret fra projektets opstart medio 2011 og ca. to år frem.

Implementeringsforskning er et relativt nyt fænomen både i Danmark og internationalt. Dog er der et stigende fokus på, at det er et centralt element for at opnå gode evalueringer (Fixen m.fl., 2005; Fixen m.fl., 2009; Durlak & DuPre, 2008), idet implementeringen af en indsats kan have stor betydning for den effekt, der observeres. Ifølge Durlak og

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

2. Modellerne beskrives i kapitel 2 og 3.

DuPre (2008) er det derfor vigtigt at stille følgende spørgsmål i forhold til implementeringen af en indsats:

- Er indsatsen fx implementeret efter hensigten?
- Er der behov for tilpasning?
- Hvordan er kvaliteten?
- Er der udfordringer i forhold til medarbejdere eller målgruppe etc.?

Implementeringsafdækningen i nærværende projekt er baseret på erfaringsopsamlinger fra nøgleaktører i projektet. Der er således ikke foretaget en kvalitetssikring af implementeringen, men en afdækning af relevante implementeringsspørgsmål defineret på baggrund af ovennævnte implementeringsforskning, modeludvikleres og behandleres udsagn samt modelbeskrivelser. Implementeringsafdækningen sikrer os viden om både de praktiske aspekter af udrulningen af misbrugsbehandlingsmodeller samt potentielle kontekstuelle, organisatoriske eller samarbejds-mæssige udfordringer, som kan være vigtige at kende i forbindelse med både en effektmåling og en eventuel fremtidig implementering. Netop derfor har vi opsamlet implementeringserfaringer fra de tre misbrugsbehandlingsmodeller (MST-SA, U-turn og ÅKM) i dette notat.

BAGGRUND OG CENTRALE BEGREBER

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

BAGGRUND FOR ”PROJEKT MISBRUGSBEHANDLING TIL UDSATTE UNGE”

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

Kommunernes indsats på misbrugsbehandlingsområdet for unge er meget forskellige. Hvor nogle kommuner har flere typer af tilbud, har andre kommuner kun ganske få former for tilbud. Tilbuddene hand-

ler typisk om: Rådgivning ved misbrugskonsulent, familierapi, behandlingstilbud i nærområdet, individuel terapi, behandling uden fokus på misbruget, gruppeterapi, samtalegrupper eller bolig i tilknytning til ambulantly behandlingssted. I 80 procent af tilfældene tilbydes den unge en misbrugskonsulent og rådgivning (Ehenreich m.fl., 2005).

Der er ingen konkret viden om effekten af disse forskellige tilbud til unge med misbrugsproblemer. Kommunerne er derfor usikre på, hvordan de bedst hjælper målgruppen af unge under 18 år med misbrugsproblemer. Der findes dog nogle få behandlingstiltag til unge med misbrugsproblemer, hvis indhold og resultater dokumenteres systematisk, hvilket muliggør måling af effekter af de involverede misbrugsbehandlinger.

Formålet med den endelige evalueringsrapport, som udkommer i 2015, er at afdække effekterne af de tre veldokumenterede misbrugsbehandlingsmodeller i Danmark; U-turn fra København, ÅKM fra Århus samt MST-SA, en udenlandsk model fra USA. De tre modeller har overordnet det samme formål:

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

Selvom de tre modeller overordnet har det samme mål, så adskiller de sig fra hinanden med hensyn til målgruppe, visitation til indsats, implementering, forløb og målemuligheder. Netop disse forskelle og ligheder vil fremgå af dette notat om implementeringen af ”Projekt misbrugsbehandling for udsatte unge”.

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

Behandlingsmodellerne som indgår i projektet, henholdsvis MST-SA, U-turn og ÅKM, befinder sig alle under den paraply, der betegnes som so-

cial stofmisbrugsbehandling (i modsætning til den medicinske behandling såsom fx metadonbehandling). Definitionen af social stofmisbrugsbehandling i boks 2.1 er baseret på Benjaminsen m.fl. (2009), som har skrevet om den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

BOKS 2.1

Social stofmisbrugsbehandling

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

Kilde: Benjaminsen m.fl., 2009.

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

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

Den sociale misbrugsbehandlings mangeartethed og ofte helhedsorienterede tilgang til misbrugsbehandling betyder, at det kan være

svært at definere én metode eller ét kernekomponent i behandlingsmodellerne.

MISBRUG

Behandlingsmodellerne tager kun unge ind med et problematisk forbrug af stoffer. Det er udfordrende at definere grænsen mellem forbrug og misbrug af stoffer, men da vi analyserer indsatser, der går under Service-loven³, definerer vi unge med et stofmisbrugsproblem ud fra WHO's ⁴ misbrugsdefinition anvendt af SOS⁵ (jf. boks 2.2).

BOKS 2.2

SOS' definition af stofmisbrug.

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

WHO's misbrugsdefinition har fokus på, at forbruget af rusmidler har forårsaget fysisk eller psykisk skade. Det indebærer desuden, at misbrugeren vedbliver med at tage rusmidlet trods tydelige skader (WHO ICD-10, 2010). DSM-VI (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition) udgivet af American Psychiatric Association og anvendt af sundhedspraktikere verden over, definerer misbrug i tråd med WHO med fokus på skadesvirkningerne af forbruget⁶.

WHO definerer desuden også afhængighed, som er tæt forbundet med misbrug, ud fra ICD-10⁷. Afhængighed er, når mindst tre af følgende tilstande eksisterer samtidigt i mindst en måned eller gentagne gange inden for et år (WHO ICD-10, 2010; Ege, 2004; Ege, 2012; Thisgaard m.fl., 2001):

- Trang ('craving')
- Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen

3.Se bilag 1.

4. World Health Organisation.

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

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

7.International Classification of Diseases-10.

- Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse
- Toleransudvikling
- Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
- Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning.

De tre behandlingsindsatser behandler unge, der falder under ovennævnte definition, men det skal dog siges, at de ikke arbejder stringent efter denne misbrugsdefinition i visitationen.

DATA OG METODE TIL ANALYSE AF IMPLEMENTERINGEN

Implementering af sociale indsatser er ofte langvarig og kan sjældent ses som en enkeltstående begivenhed, hvis afslutning kan fastlægges (Rønnov & Marckmann, 2010). Derfor er implementeringsafdækningen baseret på en løbende monitorering, som har fundet sted i løbet af projektets første ca. to år.

Implementeringen har vi primært afdækket via fokusgruppeinterview med behandlere og projektledere⁸ samt telefoninterview med modelejere⁹, som har stået for rådgivning og ugentlig supervision af behandlerne. Derudover har vi deltaget i netværks- og koordinationsgruppemøder med deltagelse af både behandlere, modelejere, projektejere og projektledere, ligesom at vi har været i løbende dialog med behandlere og projektledere. Tabel 2.1 giver et overblik over de forskellige informanter, vi har indsamlet data fra. Dette har bidraget til et løbende indblik i implementeringen af de tre modeller og de udfordringer, som kommunerne er stødt ind i både praktisk, strukturelt og i relation til evalueringen.

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

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

TABEL 2.1

Dataindsamling til implementeringsafdækning

Informanter	Periode	Type interview
Behandlere og projektleder fra U-turn Helsingør	Primo 2013	Fokusgruppeinterview
Behandlere og Projektleder fra U-turn Horsens	Primo 2013	Fokusgruppeinterview
Behandlere og projektleder fra ÅKM Aalborg	Ultimo 2012	Fokusgruppeinterview
Behandlere og projektleder fra ÅKM Odense	Ultimo 2012	Fokusgruppeinterview
Behandler og projektleder fra MST-SA Aarhus	Ultimo 2012	Fokusgruppeinterview
Behandler og projektleder fra MST-SA Herning	Ultimo 2012	Fokusgruppeinterview
Modelejer til U-turn	Primo 2013	Telefoninterview
Modelejer til ÅKM	Primo 2013	Telefoninterview
Modelejer til MST-SA	Primo 2013	Mailkorrespondance
Opstartsmøder	Primo 2012	Møder med Rambøll og de involverede kommunale aktører, herunder projektledere, behandlere, modelejere og samarbejdspartnere.
Netværksmøder	Løbende i 2012	Møder med Rambøll og de involverede kommuners projektledere og behandlere
Koordinationsgruppemøder	Løbende	Møder med Rambøll og modelejere.

Kilde: SFI.

En fordel ved et fokusgruppeinterview er, at deltagerne i interviewet kan bruge hinandens udsagn som inspiration til at skabe konsensus eller til at give hinanden modspil (Frey & Fontana, 1991; Halkier, 2008). Gruppetsituationen nødvendiggør således, at deltagerne uddyber, begrundes og diskuterer, og det er derfor en oplagt metode til at indfange oplevelser og holdninger til praksis. Derudover findes også nogle pragmatiske fordele ved gruppeinterviewformen i forhold til planlægning og udførelse af interview, som betyder, at flere data kan indsamles end ved interview med enkeltpersoner.

I fokusgruppeinterviewene lagde vi vægt på, at både behandlere og projektledere var repræsenteret, da dette ville bidrage med forskellige perspektiver på implementeringen. Behandlerne besidder en mere praksisnær viden, idet de sidder med de konkrete sager og arbejder konkret med modellerne, mens projektlederne har bidraget med perspektiver på de strukturelle, organisatoriske og politiske aspekter af implementeringen.

Interviewene er udført efter en semi-struktureret interviewguide. Spørgsmålene i guiden blev udformet dels på baggrund af modelbeskrivelserne, dvs. spørgsmål til implementeringen af konkrete og centrale

dele af modellerne, og dels på baggrund af viden tilegnet via vores løbende dialog med kommunerne og diverse møder. Her har vi blandt andet spurgt om konkrete udfordringer, som behandlere og projektledere har italesat løbende under implementeringen. Derudover har nogle spørgsmål været åbne, således at vi sikrede os at indfange aspekter ved implementeringen, som vi ikke forhåndsdefinerede, men som har været væsentlige for behandlerne og projektlederne.

Det semi-strukturerede kvalitative interview, som vi foretog med modelejerne¹⁰ pr. telefon, har fungeret som et såkaldt ekspertinterview, idet modelejerne har siddet inde med en indgående viden om modellerne og detaljer vedrørende vigtigheden af modellernes delelementer og behandlernes udfordringer.

Enkeltpersonsinterviewet er velegnet til retrospektivt at afdække mere dybdegående individuelle motivationer, oplevelser af konsekvenser og afledte behov. Det kvalitative interview giver endvidere mulighed for, at interviewerens kan følge nye spor, som måtte opstå i løbet af interviewet (Kvale, 1997). Vi har således gennem interview fået åbnet for aspekter af implementeringen set fra forskellige perspektiver. Modelejerne udsagn har vi således brugt til at perspektivere fokusgruppeinterviewene og sammenligne kommunernes implementeringsproces.

10. MST-CM's modelejer blev ikke interviewet, men adspurgt via e-mail. Dette skyldtes den tidsmæssige og geografiske afstand.

DE TRE MODELLER

De tre behandlingsmodeller, som skal evalueres, er som nævnt MST-SA, U-turn og ÅKM. Dette notat om implementeringen af de tre indsatser tager udgangspunkt i modelbeskrivelser udarbejdet af medarbejdere (her kaldet modelejere) tilknyttet de oprindelige behandlingsmodeller i samarbejde med Rambøll Management. Behandlingsmodellerne er alle komplekse og arbejder med mange lag af de unges misbrug, ligesom at de hver tager hensyn til den enkelte unges situation og behov. Vi gør derfor opmærksom på, at beskrivelserne er generelle og ikke dækker alle detaljer af indsatsernes behandling.

I dette notat vælger vi at fokusere på kerneelementerne i behandlingsmodellerne og henviser til SFT's interne Datanotat (Weatherall m.fl., 2011), Rambølls modelbeskrivelser og kommunernes hjemmesider for yderligere detaljer.

BEHANDLINGSMODELLERNES FORMÅL

De tre modeller har, som beskrevet tidligere, alle overordnet defineret samme formål:

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

Trods modellernes fælles mål, adskiller de sig, hvad angår målgruppe, visitation til indsatserne, varighed, metode og forløb.

MST-SA FRA USA

MST-SA¹¹ er en manualbaseret model, der arbejder multisystemisk. MST-SA er en udvidet udgave af MST Standard, som er et behandlingstilbud til unge mellem 12 og 17 år med adfærdsvanskeligheder. SA-delen er en overbygning med en lignende målgruppe, dog med særligt fokus på unge, der udover adfærdsvanskeligheder, har alvorlige misbrugsproblemer. MST-SA har som formål at arbejde med forældrene og give dem redskaber til at håndtere deres børn og deres stofforbrug. Modellen er som sagt udviklet i USA, vi tager dog udgangspunkt i modellens danske modelbeskrivelse¹². Nogle centrale komponenter af MST-SA, er følgende aktiviteter:

- Regelmæssige og hyppige rusmiddeltests af den unge
- Belønninger til den unge ved ren rusmiddeltest
- Udvikling af selvledelsesplaner til den unge
- Point- og niveausystem, som forældrene lærer at benytte i forbindelse med rusmiddeltest af den unge.

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

12. Det kan således ikke udelukkes, at der er mindre forskelle mellem MST-SA som det udføres i USA og MST-SA, som det udføres i Danmark. Modelbeskrivelsen er dog godkendt af modelejerne fra USA.

Særligt for MST-SA er den noget stringente manualbaserede behandling og det store dokumentationsarbejde, som behandlerne foretager i form af screeningsskemaer for stofforbrug.

MÅLGRUPPE

MST-SA's målgruppe er unge i alderen 12-17 år med et behandlingskrævende rusmiddelforbrug. Der stilles i MST-SA krav til, at den unge bor sammen med sine forældre eller en anden permanent omsorgsgiver, da de spiller en væsentlig rolle i behandlingen.

VISITATION

For at en ung kan komme i en MST-SA behandling, skal han eller hun visiteres til behandlingen. Dette foregår i samarbejde mellem MST-SA-behandleren og den unges socialrådgiver. Man kan altså ikke henvende sig direkte fra gaden. Visitationen foretages blandt andet gennem screeningsværktøjer, som afdækker, om den unge benytter sig af rusmidler, omfanget af forbruget og konsekvensen af den unges rusmiddelbrug. Derudover anvendes skemaerne til at redegøre for behov for behandling og til at engagere omsorgsgivere (fx forældre eller plejeforældre) og den unge i behandlingsprocessen. Urintest og alkoholtest benyttes både i visitationen og løbende i behandlingen.

BEHANDLINGEN

MST-SA-behandlingen kan opdeles i nogle kernekomponenter:

- 1) Lokaltet: Behandlingen foregår som udgangspunkt hjemme hos forældrene.
- 2) 4 faser:
 - a. Familien introduceres og undervises i behandlingens elementer. Belønningssystemet udarbejdes, hvor behandlere, forældre og den unge indgår aftale om, hvilke belønninger der skal gives for rene urintest.
 - b. Den unge skal holde sig stoffri i 10 uger.
 - c. Den unge skal efter de 10 uger holde sig stoffri i 8 uger.
 - d. Behandlingsafslutning. Den unge opfordres til at fastholde afslutningsaftaler i 6 måneder.

- 3) Pointsystem: urintests, opsparing af point og belønninger i forbindelse med ophørt eller reduceret forbrug.
- 4) Rusmiddelprotokol: Administrering af rusmiddeladfærd.

Forældrene¹³ eller omsorgsgiverne spiller en afgørende rolle i behandlingen i MST-SA og i modsætning til de to andre indsatser, er det i MST-SA et krav, at forældrene eller omsorgsgiveren kan deltage aktivt i behandlingen. Der arbejdes blandt andet med forældrenes rolle og relation til den unge. Derfor er det også afgørende, at den unge, der kommer i behandling i MST-SA, bor sammen med sine forældre eller værger, som dagligt har med den unge at gøre. Den unges forældre er altså centrale og skal kunne dedikere sig.

Behandlingen foregår som udgangspunkt hjemme hos familien og på tider, som er passende for familien, men kan dog ligeledes foregå andre steder, som fx på en klinik eller på en skole. Der arbejdes næsten udelukkende med forældrene sammen med den unge og meget sjældent med den unge alene. Behandlingstiden er typisk 3-5 måneders intensiv behandling.

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

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

BEHANDLERE

Krav til behandlerne er, at de har en relevant uddannelse som fx pædagog, lærer, socialrådgiver, psykolog eller lign., og at de er trænet i MST-

13. Det er ikke et ultimativt krav, at det er den unges forældre der deltager, men det skal være permanente omsorgsgivere. Når vi skriver forældre, kan det dermed også dække over plejeforældre eller i sjældnere tilfælde pædagoger.

SA, hvilket tager seks dage. En fordel, men ikke et krav er, at behandlerne har erfaring indenfor kognitiv eller systemisk terapi i forbindelse med familiebehandling.¹⁴

U-TURN FRA KØBENHAVN

U-turn er en model, der bygger på en systemisk, løsningsfokuseret og narrativ tilgang til den unge og stofforbruget indenfor ustigmatiserende rammer. Det vil sige, at der ligesom i MST-SA arbejdes med en systemisk problemforståelse, hvor den unges problemer anskues som skabt og opretholdt gennem de systemer, relationer og kontekster, som den unge indgår i. I U-turn ses rusmidlerne ofte som et symptom på de øvrige problemer i den unges liv. Den unge skal først og fremmest ses som ung fremfor misbruger, og modellen bygger på en helhedsorienteret tilgang, hvor der tages udgangspunkt i hele den unges liv, den unges udfordringer og ressourcer. Det betyder også, at der lægges stor vægt på inddragelse af den unges familie, netværk og relevante samarbejdspartnere. Modellen kan opdeles i følgende delkomponenter:

- 1) Anonym rådgivning: Rådgivning til unge, forældre, pårørende og andre aktører som har med den unge at gøre. Modelejeren påpeger vigtigheden af rådgivningen, da U-turn stræber efter at løse problemerne med så lille indgriben som muligt.
- 2) Individuel behandling: Samtaler og mindre forløb både dag og aften med blandede aktiviteter til den unge.
- 3) Daggrupper: skoleundervisning, samtaler (individuel og i grupper) og aktiviteter for unge, der ikke har andre skoletilbud.
- 4) Forældregrupper både for forældre, der har børn i behandling og ikke har børn i behandling.
- 5) Konsulent- og flyverfunktion, hvilket indebærer rådgivning til relevante aktører, som har med de unge at gøre, fx sagsbehandlere, skoler og fritidsordninger, herunder hjælp til udredning.

14. Antagelsen, der ligger til grund for *kognitiv terapi*, er, at vores følelser og adfærd i høj grad bestemmes af, hvordan vi strukturerer verden ved hjælp af tænkning, antagelser, og evalueringer; hvis man derfor kan identificere destruktive tanke- og handlingsmønstre, kan man ved passende terapi søge at erstatte disse med mere realistiske eller mindre destruktive.

MÅLGRUPPE

U-turns målgruppe er unge i alderen 13-25 år¹⁵. Der stilles ikke særlige krav til de unge og deres familierelationer, udover et problemgivende rusmiddelforbrug.

VISITATIONEN

Ofte sker den første henvendelse fra de unge i den anonyme rådgivning på foranledning af forældre eller det professionelle netværk. Derudover henvender unge sig på baggrund af andre unges positive omtale af tilbudet. I rådgivningen vurderes det, om den unge har behov for yderligere behandling i U-turn, om behandlingen kan afsluttes i rådgivningen, eller om den unge skal henvises til et andet tilbud. U-turn afviser ikke unge i rådgivningen, men arbejder ud fra princippet om at løse så mange af problemerne med så lidt indgriben som muligt, så hvis det er muligt at færdiggøre behandling i rådgivningsdelen, gøres dette. Det vil sige, at en del af U-turns unge gennemgår et forløb i den anonyme rådgivning uden at blive indskrevet i et ”egentligt” behandlingsforløb.

BEHANDLING

Den anonyme rådgivning og forældrekurserne er etableret i henhold til Servicelovens § 11¹⁶. Indgangen til U-turn er den anonyme rådgivning, men grænsen mellem rådgivning og behandling er flydende.

Det er centralt for modellen, at de enkelte delelementer ikke ses isoleret fra hinanden. U-turns elementer kombineres med andre relevante aktørers indsatser (skoletilbud, kontaktpersoner, UU-vejledning¹⁷, sagsbehandlere, praktik etc.), hvor det er relevant. For at sikre, at den unge får den indsats, hun har behov for, er det væsentligt, at rådgiverne har et overblik over relevante samarbejdspartnere og aktører, der har kontakt med den unge. Netværkssamarbejdet er derfor en stor del af behandlernes arbejde.

Der ligger også i U-turn et netværkssamarbejde i deres flyverfunktion. Denne består af konsulenthjælp til ungedarbejdere og myndighedssagsbehandlere, og drejer sig som udgangspunkt om unge U-turn ikke kender. Flyverfunktionen indebærer konsulenthjælp, hjælp til udredning og faglig sparring til blandt andet sagsbehandlere og andre relevante

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

16. Jf. bilag 1.

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

aktører. Det er således vigtigt, at U-turn fungerer som en integreret del af indsatsen på børne- og ungeområdet, da behandlerne skal lave opsøgende arbejde i forhold til skole, politi, kommuner og ungerådgivere.

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

Behandlingstiden afhænger af den unge og tilpasses alt efter, hvornår den unge er godt forankret i en meningsfuld hverdag – enten i skole eller arbejde. Vejledende for længden af de forskellige behandlingsforløb kan siges at:

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

Der lægges stor vægt på at integrere sportsaktiviteter, kost, musik, film etc. i behandlingsforløbet, som skal være med til at skabe et positivt og spændende miljø i behandlingsforløbet. Indsætterne i U-turn er primært møntet på nuet og fremtiden fremfor fortiden.

Overordnet er princippet i U-turn, at tilbuddene skal være så attraktive, at både de unge og personalet på behandlingsstedet ønsker at være en del af U-turn. Helhedstænkning er en del af indsatsprincippet, da det mange gange ikke kun er et misbrugsproblem, de unge kommer med. Det er derfor ikke altid misbrugsproblematikken, der er i fokus i samtalerne, men andre problematikker som eksempelvis bolig, økonomi, familieforhold og kriminalitet.

BEHANDLERE

Krav til behandlerne i U-turn er, at de skal have en relevant faglig uddannelse minimum på bachelorniveau. De skal desuden have en solid erfaring indenfor arbejde med socialt udsatte unge, herunder erfaring i tæt relationsarbejde.

ÅKM FRA ÅRHUS

ÅKM er et tilbud til unge, der har et misbrug som bør have indsatsen behandling¹⁸. ÅKM benytter kognitive, dynamiske og adfærdsterapeutiske metoder. Modellens behandling er baseret på *best practice*, hvilket betyder, at behandlerne konstant holder sig opdateret på den aktuelt bedste viden på behandlingsområdet og kan tilpasse fremgangsmåder og metoder til denne viden (ofte forskningsbaseret, men også ekspertudsagn mv.).

MÅLGRUPPE

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

VISITATION

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

BEHANDLING

ÅKM behandlingen er systematisk, og modellen består af en række delkomponenter, som følger efter hinanden. Forældrekurserne foregår dog samtidig med, at den unge er i behandling:

- 1) Rådgivning og udvidet rådgivning: 1-2 samtaler oftest anonyme i rådgivningsdelen. Unge, som alene har et risikoforbrug af rus-

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

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

midler, kan tilbydes en udvidet rådgivningsindsats, som består af 8 sessioner, hvor forældrene deltager i 2 rådgivningssamtaler med en forebyggelseskonsulent. Den unge deltager i 4 samtaler med en behandler fra misbrugstemaet. Forløbet afsluttes med 2 rådgivningssamtaler, hvor både den unge og forældrene deltager.

- 2) Udredning: 1-8 samtaler. Formålet er at undgå, at den unge, som ikke har et egentligt behandlingsbehov, kommer i behandling. Nogle unge kan nøjes med rådgivning.
- 3) Individuel behandling og gruppeforløb: Varer ca. 6 måneder og indebærer håndtering af misbrug, netværksanalyse, rusmiddelreduktion, gruppeundervisning etc.
- 4) Forældrekurser: Et frivilligt tilbud til forældre som har et barn i behandling. Består af 4 vejlednings- og informationsmøder af 3 timers varighed kun for forældre.

Modellen har fokus på hjælp til selvhjælp, og målet er en tidlig indsats, så den unge helt undgår at skulle i et behandlingsforløb, men kan klare sig med rådgivning. Nogle unge stopper behandling efter rådgivning eller udredning, men selve behandlingsforløbet kan vare op til 6 måneder.

Den unge skal ikke være koordinator for egen indsats, hvorfor det er vigtigt, at der kun er én indgangsdør, som den unge guides fra. Det er yderligere vigtigt, at indgangsdøren til misbrugsbehandlingen og rådgivningen ikke har prædikatet ”misbrug”, men muliggør anonymitet.

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

BEHANDLERE

Krav til behandlerteamet er, at det skal være tværfagligt sammensat, og som minimum bestå af en psykolog og to til flere socialfagligt uddannede. Derudover er det et krav, at behandlerne har terapeutisk behandlingserfaring, herunder erfaring med/og eller lyst til at arbejde med kognitiv behandling, og at de har erfaring med at arbejde med målgruppen af unge.

OPSAMLING PÅ DE TRE MODELLER

Vi har ovenfor præsenteret de tre misbrugsbehandlingsmodeller, MST-SA, U-turn og ÅKM og deres mest centrale behandlingskomponenter. Generelt har modellerne en helhedsorienteret tankegang, hvor der ikke ses isoleret på den unges misbrug. Dog er der variationer i modellernes behandlingstilgang. Vi opridses nedenfor væsentlige opmærksomhedspunkter vedrørende forskelle på MST-SA, U-turn og ÅKM.

- **Visitation:** De unge visiteres forskelligt i modellerne. I MST-SA kan de unge ikke henvende sig direkte, mens dette er muligt i de andre modeller. Udredningen foregår også forskelligt, idet ÅKM har et særligt udredningsforløb, mens de andre modeller kun udreder de unge i den indledende visitation eller rådgivning.
- **Målgruppe:** De tre modelleres målgrupper er vanskelige at adskille skarpt fra hinanden og er i vid udstrækning ens. Dog kan det overordnet siges, at MST-SA modsat de to andre modeller har klare krav til den unges familie eller omsorgsgiver. Dette betyder, at alle deres unge har en form for netværk, som der arbejdes med i modellen. Dog får de samtidig i højere grad unge ind, som har været igennem systemet, hvor de to andre modeller også tager unge ind, som selv henvender sig. MST-SA's målgruppe kan således siges at være mindre end de andre modelleres, eller en såkaldt delgruppe af de andres målgruppe. ÅKM-modellen bygger umiddelbart på, at de unge har kognitive færdigheder, mens U-turn ikke har listet sådanne karakteristika op i forhold til deres målgruppe.
- **Behandlingstilgang:** Alle tre behandlinger er karakteriseret ved en kompleksitet og helhedsorienteret tilgang til den unge og misbruget, hvilket gør det vanskeligt at beskrive alle detaljer og nuancer af indsatserne. De adskiller sig dog fra hinanden på visse punkter i deres opbygning og tilgang. MST-SA er fx opbygget i faste faser i såkaldte lineære forløb med visse elementer, der skal gennemgås i en bestemt rækkefølge, og som den unge skal gennemføre. ÅKM har en lignende tilgang, dog mere fleksibelt, mens U-turn ikke arbejder i deciderede lineære forløb.
- **Behandlere:** Kravene til behandlerne varierer modellerne imellem. Dog har de alle krav til, at behandlerne har erfaring inden for arbejdet med unge og/eller terapeutisk behandlingserfaring.

IMPLEMENTERING AF DE TRE MODELLER

I foregående kapitel beskrev vi de tre misbrugsbehandlingsmodeller MST-SA, U-turn og ÅKM og deres kernekomponenter. I dette kapitel belyser vi, hvordan modellerne rent praktisk er blevet implementeret, og i hvilket omfang de er indført i henhold til modelbeskrivelserne i de seks forskellige projektkommuner (Odense, Aalborg, Aarhus, Herning, Horsens og Helsingør).

De seks indsatskommuner er vidt forskellige, både hvad angår størrelse, befolkningssammensætning og behandlingstilbud. Sådanne forhold påvirker implementeringen af de tre behandlingsmodeller, som vi har med at gøre i nærværende projekt. Formålet med dette afsnit er derfor også at rette opmærksomhed mod indsatsernes eventuelle tilpasning, da enhver tilpasning til lokale forhold medfører en risiko for, at essentielle komponenter af indsatsen forandres eller udgår (Rønnov & Marckmann, 2010). De primære fokuspunkter i dette kapitel er indsatsernes implementeringsgrad, målgrupperne og eventuel tilpasning, som alle er vigtige opmærksomhedspunkter i en implementeringsafdækning (se Durlak & DuPre, 2008). Det er vigtigt at understrege, at nærværende notat udelukkende afdækker implementeringen af modellerne fra projektets opstart medio 2011 til april 2013, det vil sige, at der til stadighed arbejdes med implementering i flere af kommunerne, og at indsatskom-

munerne også, efter SFI har stoppet analysen af implementeringen, får vejledning af modelejerne til implementeringen.

IMPLEMENTERING AF MST-SA

Vi har i afdækningen af implementeringen af MST-SA interviewet behandlere fra de to kommuner, hvor MST-SA er implementeret. Vi har grundet geografiske afstande spurgt modelejerne fra USA om implementeringen via mailkorrespondance. Både behandlere og modelejer fortæller, at modellen er færdigimplementeret i begge kommuner. MST-SA-behandlingsteamene følger efter egne udsagn modellens principper og holder sig meget nøje til modellens manualer.

MST-SA'S DEELEMENTER ER IMPLEMENTERET

MST-SA-behandlerne vurderer, at modellen er implementeret ud fra følgende kriterier:

- 1) **Lokalitet:** Behandlingen foregår som udgangspunkt hjemme hos forældrene. Behandlingen foregår primært i de unges hjem, mens behandlerne har til huse i egne lokaler i begge kommuner. MST-SA er begge steder forankret i børne- og ungeafdelingen. Behandlerteamene består af henholdsvis tre og fire behandlere, som lever op til de uddannelsesmæssige krav og er MST-SA certificerede.
- 1) **4 faser:** Både modelejer og behandlere udtrykker, at de 4 faser kører efter modelbeskrivelsen (jf. kapitel 3). Heri arbejder behandlerne meget manualbaseret med forældrene og de unge, og de udtrykker, at de ikke har problemer hermed.
- 2) **Pointsystem:** Dette følger modelbeskrivelsen og anvendes systematisk gennem behandlingen.
- 3) **Rusmiddelprotokol:** Der føres rusmiddelprotokol på baggrund af urintests i henhold til MST-SA's standarder.

MÅLGRUPPEN BESTÅR AF UNGE MED MANGE PROBLEMER

I den ene kommune har den primære udfordring været at få henvist nok unge til misbrugsbehandlingsmodellen. Behandlerne giver udtryk for, at dette skyldes, at MST-SA endnu ikke har formået at gøre sig bemærket nok i kommunen og blandt visitatorerne. Unge henvises således primært

til andre tilbud i kommunen. I den anden kommune fortæller behandlerne, at der har været problemer med at få visiteret de rigtige unge til behandlingen.

I den ene kommune oplever behandlerne, at de ofte får de unge ind, hvor stofmisbruget og de dertilhørende sociale problemer er meget store, og alle andre behandlinger er afprøvet. MST-SA er ofte den sidste udvej for familierne og socialrådgiverne, hvilket betyder, at de i vid udstrækning får særligt ”tunge” unge ind.

ARBEJDET MED EN NY MODEL ER UKOMPLICERET

Den ene kommune har i flere år henvist familier med adfærdsvanskelige unge til MST-behandling, og det er de samme behandlere, som har søgt om deltagelse i dette projekt med henblik på at tilføje SA til MST. Det betyder, at behandlerne har et grundlæggende og dybdegående kendskab til store dele af MST-SA-metoderne, inden de gik ind i projektet. I deres terminologi betragtes MST-SA som bestående af 85 pct. MST og 15 pct. SA. Det har blandt andet betydet, at implementeringen ikke har krævet en lang læringsproces, men at behandlerne forholdsvist hurtigt har kunnet igangsætte SA-behandling.

Nogle mindre udfordringer, som begge kommuner har stået overfor, er, at de skriftlige materialer i starten ikke var oversat til et dansk, som familierne kunne forstå. Det har været forstyrrende for behandlingen ude i hjemmene, da behandlerne benytter skriftligt materiale i den direkte kontakt med forældrene. Derudover angiver en behandler, at det har krævet noget tilvænning at skulle inddrage urintest fra de unge, da hun ikke tidligere har arbejdet med den slags kontrol af de unge. Hun nævnte blandt andet:

”Det er jo urinkontrol: det handler om mistillid. Det var sådan det næste ord. Men sådan fungerer det slet ikke. Vi har slet ikke haft nogle, som ikke ville testes! For urinkontrol giver jo, at der er en masse, du slipper for at have konflikter om”.

En anden udfordring, som specielt den ene kommune har haft, har været, at MST-SA er startet med et nyt team af ucertificerede behandlere. Derfor har de nye terapeuter både skullet lære MST og SA fra bunden. Trods den relativt korte certificeringsproces på ca. en uge giver behandlerne

udtryk for, at det er en længerevarende proces at internalisere behandlingsmetoderne og rutinerne. En behandler sagde således:

[...] sådan nogle MST terapeuter, de hænger ikke på træerne. Der er vi meget misundelige på dem i den anden kommune (red.), for de kunne bare tage af den etablerede bestand af MST terapeuter - det har man ikke kunnet her, fordi så mange var der simpelthen ikke. [...] Vi har ansat nogle, der har skullet starte med både at lære MST og så SA(red.) oven i, så det har været en kæmpe udfordring. [...] Det tager lang tid. Fordi man ikke lærer det på skolebænken. Fordi man skal ud i praksis ...

Det har derfor taget længere tid for kommunen at implementere modellen og blive klædt på til behandlingen, da der har været en længere oplæringsproces. Overordnet har det for nogle af kommunens medarbejdere været en udfordring at skulle arbejde så manualbaseret, som modellen kræver det. De har i processen derfor været nødt til at afskedige enkelte terapeuter, der ikke fulgte det manualbaserede arbejde.

ORGANISATORISKE UDFORDRINGER

Behandlere og projektleder har givet udtryk for, at MST-SA adskiller sig fra originalmodellen i USA i forhold til det systemiske arbejde. Det skyldes, at det danske og amerikanske system adskiller sig væsentligt fra hinanden. For eksempel spiller kirken en meget stor rolle i mange amerikanske familiers liv, fx som velgørende institution og gennem socialt arbejde, mens kirken i Danmark fylder meget lidt i de flestes liv. Det er således andre dele af systemet, der skal inddrages i de danske unges liv end i de amerikanske unges. Modelejerne vurderer dog ikke, at dette har indflydelse på selve modellen.

Organisatorisk har den ene kommune haft udfordringer med deres samarbejdspartnere. Dette skyldes blandt andet, at kommunen er magistrat opdelt, hvilket gør det svært at samarbejde på tværs, da projektlederen ikke har indflydelse i de andre magistrater. Desuden giver projektlederen udtryk for, at ledelsen med fordel kunne have været inddraget mere i forhold til at optimere samarbejdet mellem magistrater og for at lette kommunikationen med de mange ledelsesniveauer. Projektlederen udtrykte et behov for forankring på øverste ledelsesniveau, som han på interviewtidspunktet ikke mente fandt sted:

Når det skal forankres i en kommune, så tænker jeg, at så skal det også være på det øverste plan. Og det synes jeg ikke lige ...

Det er desuden svært for projektlederen at slå igennem helt oppe systemet i forhold til synlighed og samarbejde.

I den anden kommune har det organisatorisk været en udfordring, at MST-SA ikke tidligere har været en integreret del af misbrugsbehandlingen i kommunen, da det betyder, at kommunen ikke har et indgående kendskab til modellen. Det har resulteret i, at MST-SA i denne kommune ikke har fået henvist så mange unge. Der ligger derfor et stort arbejde i at indgå samarbejde med de nødvendige aktører og derigennem gøre MST-SA til en integreret del af ungeindsatsen i kommunen. Desuden har den kommunale ledelses manglende deltagelse bevirket, at nogle samarbejdspartnere, såsom behandlere i det traditionelle tilbud, ser MST-SA som konkurrenter. Kommunen så gerne, at den øverste ledelse i kommunen havde været mere i spil. De påpeger, at ledelsens manglende deltagelse kan skyldes modellens ”midlertidighed” som del af nærværende projekt.

DOKUMENTATIONSPRAKSIS OG PROCESSTØTTE ER EN TIDSRØVER

I begge kommuner har behandlerne indtil nu anvendt dokumentationsredskaberne Cage, AUDIT og DUDIT¹⁹, hvormed de kortlægger den unges rusmiddelforbrug. Derudover dokumenterer begge team via SFI's spørgeskemaer i forhold til den endelige evaluering af ”Projekt misbrugsbehandling af udsatte unge”. Begge behandlerteam har givet udtryk for, at SFI's skemaer er meget omfattende og svære at integrere i deres tilgang til den unge, da hovedparten af MST-SA-behandling foregår i de unges hjem med forældrenes tilstedeværelse. Begge team har derfor valgt at ansætte en studentermedhjælp til at foretage spørgeskemainterviewene.

Samtidig giver kommunerne udtryk for, at det at være en del af et forsøgsprojekt og deltage i processtøtte mv. til tider er tidskrævende og forvirrende.

19. Cage er et akronym for skemaets fire spørgsmål. AUDIT og DUDIT står for Alcohol Use Disorder Identification Test og Drug Use Disorder Identification Test.

OVERORDNET FOR MST-SA

I begge kommuner er misbrugsbehandlingsmodellen implementeret, og det vil sige, at den grad, hvormed indsatsen svarer til den originale model, er høj. Det har formentlig en betydning her, at indsatsen er manualbaseret og i mindre grad giver plads til fortolkning og fleksibilitet. Der har ikke i kommunerne været behov for tilpasning af modellens elementer. Dette er vurderet på baggrund af indsatsens modelbeskrivelse.

IMPLEMENTERING AF U-TURN

Implementeringen af U-turn følger en trappetrinsmodel, hvilket betyder, at hvert delement implementeres ét af gangen. Efter planen er alle delementer færdigimplementeret i begge kommuner i 2014, hvor SFT's informationsindsamling til nærværende implementeringsnotat sluttede april 2013. Både behandlere og modelejere vurderer, at implementeringen følger planen i begge kommuner, og at de elementer, der indtil nu er indført, er færdigimplementerede. Dog har der i begge kommuner været visse udfordringer og behov for tilpasning, som vi uddyber nedenfor. Teamene består af hver fire behandlere, som lever op til modellens uddannelseskraav. Begge kommuner har behandlere med erfaring fra tidligere behandlingstilbud. I den ene kommune hører U-turn under børneungeafdelingen, hvor U-turn i den anden kommune hører sammen med voksen-misbrugscenteret. I begge kommuner har U-turn til huse i særligt indrettede lokaler med køkken og fællesarealer til aktiviteter. Det ene U-turn team er forankret i kommunens familieafdeling og har et tæt samarbejde med visitationen, hvilket fungerer godt.

FLERE AF U-TURN MODELLENS DELEMENTER ER IMPLEMENTERET

Modelejere og behandlersteam vurderer, at U-turn-modellen er implementeret i forhold til følgende delementer:

- 1) **Åben anonym rådgivning:** Både behandlere og modelejer understreger, at denne kører efter modelbeskrivelsen. Den ene kommunes behandlersteam har haft mange henvendelser fra både unge, forældre og andre aktører. Modelejeren har gjort meget ud af at få rådgivningen til at køre, da den udgør en central del af behandlingen. Hvor modelejeren påpeger, at den anden kom-

munes behandlerteam har haft udfordringer i forbindelse med at anvende den anonyme rådgivning, som den var tiltænkt. Det drejer sig specifikt om, at rådgivningsdelen bør spille en central rolle, og at behandling bør afsluttes i dette forløb hvis muligt. Her har behandlerteamet altså i starten af implementeringen indskrevet mange unge i individuel behandling for tidligt, uden at gøre en særlig indsats for at løse problemerne i den anonyme rådgivning. De er dog gjort opmærksomme på vigtigheden af rådgivningen og har ændret procedure.

- 2) **Individuel behandling:** Denne fungerer som modelbeskrivelsen foreskriver. Den primære udfordring har været, at U-turn-modellen i høj grad er kendetegnet ved en særlig ånd, som behandlerne har skullet tillære sig i forbindelse med implementeringen af modellens bærende principper (uddybes senere).
- 3) **Daggrupperne:** Den ene kommune har ikke haft store udfordringer i forbindelse med daggrupperne. Projektlederen understreger, at daggrupperne er rigtig gode og med til at tiltrække de unge. Det er dog et dyrt tilbud. For den anden kommune startede U-turn-daggrupperne op på ungdomsskolen for at undgå, at U-turn kom til at fungere som et konkurrerende tilbud. U-turn behandlingsteamet indgik derfor en samarbejdsaftale med ungdomsskolen, hvor ungdomsskolen står for undervisningen og lægger lokaler til. Her i dette samarbejde har der ligget en udfordring i at koble de to kulturer. Ungdomsskolen har nemlig tidligere haft en socialpædagogisk rolle i forhold til de unge og har svært ved at lægge det arbejde fra sig. Derudover har behandlerteamet haft svært ved at nå de unge, der ikke går på ungdomsskolen i forvejen på trods af, at daggrupperne primært er målrettede unge, der ikke har et skoletilbud. På trods af at modelejerne i U-turns oprindelseskommune København har bil til rådighed til afhentning af de unge i den første måneds tid, så har projektkommunerne ikke som udgangspunkt en bil. Men hvis de unge har svært ved at komme op, finder de dog nogle løsninger ved hjælp af behandlernes bil eller involvering af forældre eller kontaktpersoner. Ligeledes foregår madlavningen ikke på samme måde som i København, hvor en person er ansat til at lave mad til de unge. I den ene kommune laver behandlerne selv maden sammen med de unge, og bruger det på denne måde som en ak-

tivitet. Modelejerne vurderer ikke, at disse tilpasninger har en afgørende betydning for modellen, men bemærker, at det er uvist, i hvilken grad den manglende afhentning kan vise sig betydningsfuld i forhold til at etablere et tillidsfuldt forhold til den unge.

- 4) **Forældregrupper:** Disse var kun i den ene kommune igangsat på interviewtidspunktet, men er planlagt til at starte op primo 2013 i den anden kommune.
- 5) **Konsulent- og flyverfunktionen:** Flyverfunktionen er ikke implementeret endnu i kommunerne, men skal implementeres som det sidste trin i modellen. Dog har den ene kommune set sig nødsaget til at foretage opsøgende og oplysende arbejde i forbindelse med implementeringen for at gøre opmærksom på sig selv.

MÅLGRUPPEN VARIERER I KOMMUNERNE

Da U-turn henvender sig til en bred målgruppe, har ingen af kommunerne haft problemer med at finde unge, der egner sig til behandling. De har haft mange henvendelser og vurderer, at de er synlige i lokalmiljøet. Et væsentligt opmærksomhedspunkt vedrørende implementeringen af U-turn i den ene kommune er dog, at daggruppetilbuddet i modelbeskrivelsen primært er ment som et tilbud til unge, der ikke har andre tilbud. De unge i misbrugsbehandlingen i pågældende kommune er dog allerede i et dagtilbud, idet de går på ungdomsskolen. Misbrugsbehandlingen rammer således ikke de ”tungere” unge andre steder fra med deres daggruppetilbud. De påpeger selv, at de skal arbejde med at nå ud til de unge, der hænger ud på gaden i den anden ende af byen.

Målgruppen i den anden kommune adskiller sig ikke synderligt fra de københavnske unge og har ikke problemer med at finde unge til behandling. Ligesom i København, tager kommunen unge ind i alderen 13-25 år.²⁰ En behandler, som tidligere har arbejdet i U-turn i København, bemærker dog, at de unge virker en smule mere uskyldige end i København. De har naturligvis store problemer, men de har ikke været udsat for helt så hårdt et miljø som dem i København. Samtidig er det en udfordring at rumme alle de mange unge med det få antal behandlere, de har. De er det eneste rusmiddeltilbud i kommunen og får derfor alle unge, der henvises til behandling for stofmisbrug. Derudover har U-turn i

20. I evalueringen inddrages kun de unge fra Helsingør, der er under 18 år.

kommunen haft problemer med, at de unge ikke bliver udredt i kommunen i forhold til § 50.²¹ Dette bevirker, at nogle unge kommer i behandling uden, at denne undersøgelse er startet. Lovgivningen på dette område har været ukendt for behandlerteamet, da de er placeret under voksenmisbrugscentret. Behandlerteamet har gjort Børne- og ungeforvaltningen opmærksom på problemet, men det var uvist primo 2013, hvor hurtigt det ville blive ændret i forvaltningen.

Derudover beretter behandlerne, at nogle unge forsvinder under et behandlingsforløb og ikke dukker op til aftaler. Af og til kommer disse unge tilbage i behandling igen efter noget tid.

EN NY MODEL KRÆVER TID

Implementeringen af U-turn har været langvarig og er endnu ikke helt færdig i kommunerne. Dog er de behandlingsmæssige komponenter implementeret. Det har særligt for den ene kommunes behandlerteam været udfordrende at få U-turns behandlingstilgang ind under huden, da den indebærer en særlig ånd og tilgang til de unge. En behandler fra den ene kommune udtrykker, at det er ukonkret at lære en særlig ånd:

Jeg tror helt fra start, stod det klart, at U-turnmodellen var bygget op omkring noget, der handler om ånd, altså det var en ånd, der var i U-turn Købehavn, og den ånd har vi jo været ovre og både se og mærke, og det har måske været noget af det, der har været enormt ukonkret. For hvordan fanden implementerer man en ånd? Den model er blevet mere og mere finpudset undervejs [...]. Det var også lidt ukonkret i starten.

U-turn-behandling er funderet i nogle bærende principper, som tager udgangspunkt i en systemisk, løsningsorienteret og narrativ tilgang. Tilgangen indebærer således et særligt menneskesyn baseret på nogle principper om at være attraktiv, åben, kreativ, fremadskuende etc. (jf. modelbeskrivelsen). Dette beskrives af nogle behandlere som en ånd. Menneskesynet og principperne beskrives som styrken ved behandlingen, men har også gjort det svært for behandlerne at arbejde mod noget konkret, idet denne ånd, som behandlerne henviser til, kan forekomme uhåndgribelig. Det har derfor været afgørende, at behandlerne har besøgt U-turn i København for at få inspiration, ligesom at modelejerne har rådgivet og

21. Jf. bilag 1.

har afholdt månedlig supervision med behandlerne i forbindelse med behandlingen for at sikre den rette behandlingstilgang.

Den anden kommunes behandler fortæller, at U-turns tilgang har været let at tilpasse sig, men at det har været en lang proces at få det hele implementeret, særligt fordi rammerne såsom et ordentligt hus og samarbejdsaftaler er et krav for modellen. Kommunen brugte lang tid i opstartsfasen på at finde og få godkendelse til at bruge et hus i byen. Behandlerne påpeger endvidere, at det er svært at tage en model fra en kontekst som København og overføre den, og at man ikke kan forvente, at det bliver den eksakt samme model på så kort tid.

Man kan jo ikke tage en organisation med 20 ansatte, som kører en model med to skoler ... to daggrupper kalder de det, øh ... altså, vi bliver nødt til at tilpasse det til vore forhold, men når man tager det i betragtning, så synes jeg, at vi har gjort det til 99 pct. ik'. Fordi vi følger jo ... det har vi jo snakket en del med U-turn (København) om, men det der for os meget er modellen, det er jo tilgangen. Den anerkendende tilgang til at arbejde med unge.

ORGANISATORISKE OG RESSOURCEMÆSSIGE UDFORDRINGER

En udfordring for begge kommuner har været den størrelsesmæssige og kontekstuelle forskel mellem projektkommunerne og København. Først og fremmest har København et helt andet klientgrundlag med mange flere unge og Christiania i nærheden. Ressourcerne til U-turn i projektkommunerne er færre end i U-turn i København, hvilket afspejler sig i kommunernes faciliteter. For eksempel har de ikke en bil, og madlavningen er ligeledes tilpasset de økonomiske rammer som nævnt tidligere.

Behandlerteamet fra den ene kommune mener også, at der ud fra U-turns vision burde være et grundhold af medarbejdere til at varetage nogle af de væsentlige funktioner, som er afgørende for modellen. Enkelte behandlere mener, at det er svært at konkretisere betydningen af funktioner såsom madlavningen, aktiviteter og afhentning i praksis, selv om de italesættes som essentielle dele af modellen for at kunne arbejde efter de bærende principper.

Kommunerne har haft forskellige organisatoriske udfordringer i forbindelse med, at dele af behandlingen er blevet opfattet som konkurrerende tilbud til allerede eksisterende tilbud i kommunen, herunder

blandt andet daggruppen. Dog lægger begge kommuner vægt på, at den implementerede indsats er tro mod modelbeskrivelsen.

DOKUMENTATIONSPRAKSIS OG PROCESSTØTTE ER EN TIDSRØVER

Begge kommuner har ønsket at dokumentere deres anonyme rådgivning. Samtidig har den ene kommune indtil nu benyttet Center for Rusmiddel-forskningens UngMAP som dokumentationsredskab. De indberetter derudover til Register over stofmisbrugere i behandling (SIB). Det betyder, at SFI's skemaer falder oven i et allerede omfattende dokumentationsarbejde. Medarbejderen opfatter også SFI skemaerne i sig selv som omfattende.

Begge kommuner giver udtryk for, at de har haft brug for meget støtte og dialog med modelejerne, men at det til tider har været forvirrende med processtøtten og netværksmøderne fra SOS og Rambøll.

OVERORDNET FOR U-TURN

Begge kommuner har oplevet udfordringer i forbindelse med implementeringen af U-turn. Implementeringsgraden vurderes dog at være god blandt modelejerne, selvom alle delkomponenter endnu ikke er fuldt implementerede, fordi det først er tiltænkt, at de skal være implementeret i 2014. Et væsentligt opmærksomhedspunkt er, at den ene kommunes behandlerteam ikke i tilstrækkelig grad når målgruppen med deres daggrupper.

I begge kommuner spiller den anonyme rådgivning en central rolle, selvom den er svær at dokumentere. Desuden har den anonyme rådgivning ikke kørt helt efter modelbeskrivelsen i starten af implementeringsperioden i den ene kommune.

Helt overordnet, i forbindelse med evalueringen af U-turn, er det vigtigt at understrege, at U-turn modellen er implementeret ifølge tidsplanen, men modellen er ikke fuldstændigt færdigimplementeret, da dette notats data blev indsamlet før april 2013.

IMPLEMENTERINGEN AF ÅKM

Ud fra interview med både behandlere og modelejere i begge kommuner, vurderes det, at ÅKM, og herunder modellens delkomponenter, er im-

plementeret og kører i henhold til modellens principper og rammer i begge kommuner. Modelejerne understreger modellens fleksibilitet og muligheder for tilpasning, idet ÅKM er udviklet som en model, der skal køre efter *best practice*. Det betyder blandt andet, at der er plads til justeringer i forhold til lokale forhold. I forbindelse med implementeringen af ÅKM i den ene kommune er der netop foretaget nogle tilpasninger, som af modelejerne betegnes som liggende inden for modellens rammer.

I den anden kommune vurderer både behandlere og modelejere, at modellen er implementeret, både hvad angår delkomponenterne og behandlingstilgangen. I begge kommuner lægges der vægt på, at modellen er implementeret og kører i henhold til modellens principper og rammer, og at behandlerne er på det faglige niveau, som kræves.

ÅKMS DELELEMENTER ER IMPLEMENTERET

Både behandlerteamet og modelejerne vurderer, at ÅKM er færdigimplementeret i kommunerne. Der er i kommunerne foretaget en smule småjusteringer af modellen for at efterkomme lokale og organisatoriske strukturer (jf. kapitel 3).

- 1) **Rådgivning:** I den ene kommune befinder rådgivningen sig ikke i behandlingsmodellen, men hos forebyggelsesdelen, som ikke ligger under ÅKM. Det er således ikke muligt at efterleve kravet om én indgangsdør til den unge som beskrevet i modelbeskrivelsen. Modelejerne ser dog ikke dette som et afgørende problem, men understreger, at det er vigtigt at være opmærksom på integrationen af denne del med ÅKM, da de afhænger af hinanden – særligt afhænger antallet af henviste unge af et godt samarbejde mellem forebyggelsesafsnittet og ÅKM. Desuden opererer ÅKM ikke med en udvidet rådgivning, som de gør i modellens ”hjemkommune” (hvor den blev udviklet), da de ikke får penge til at rådgive disse unge. De arbejder dog pt. på at finde en løsning på dette.

Rådgivningsdelen i den anden kommune fungerer efter hensigten. ÅKM står selv for rådgivning og udvidet rådgivning. Dog er det problematisk, at der ikke er andre egnede tilbud til unge, hvor ÅKM ikke er den bedst egnede indsats. Der arbejdes på, at teamet i udredningen bliver bedre til at sende de meget tunge unge andre steder hen.

- 2) **Udredninger.** Disse foregår efter hensigten, og indgår når der er behov for at sikre den rette behandling.
- 3) **Individuelle og temabaserede gruppeforløb:** Disse kører efter hensigten, og både behandlerteamet og modelejer vurderer, at behandlerne har styr på den behandlingsmæssige tilgang til de unge og er på det faglige niveau, som kræves. Behandlingen lever altså op til modellens krav. Særligt har det været vigtigt, at der arbejdes kognitivt, socialt og netværksorienteret i modellen, hvilket efterleves. I den ene kommune arbejdes der dog med at bruge udredningen bedre til at sende de unge, der ikke har gavn af kognitiv terapi, andre steder hen. I denne kommune har man yderligere ansat to nye medarbejdere pr. 3. marts 2013, hvilket indebærer en ny oplæring med supervision for at sikre behandlingsprincipperne.
- 4) **Forældrekurser:** Disse er implementerede og kører efter hensigten i begge kommuner. Behandlere og modelejer giver ikke udtryk for, at der har været problemer med etableringen af disse. Dog påpeger den ene kommune, at de har haft behov for at tilpasse kursernes form, men ikke i en grad, der påvirker kurset.

UDFORDRINGER MED MÅLGRUPPEN

Da ÅKM's målgruppe er bred og primært beror på, at de unge skal kunne arbejde kognitivt, er der ikke udfordringer i forbindelse med at få henvist egnede unge.

Den ene kommune skal dog være opmærksom på, om de får henvist *alle* egnede unge fra forebyggelsesafsnittet, da de ikke selv er ansvarlige for henvisningen. Det har desuden været en udfordring for den anden kommune, at de er det eneste behandlingstilbud til unge under 18 år, som har et stofmisbrug. Det betyder, at de får mange "tunge" unge, herunder også unge, som muligvis ville have mere gavn af en anden slags behandling. Derfor har de i enkelte tilfælde måttet arbejde mere adfærdsorienteret end kognitivt med de særligt belastede unge. Modelejeren påpeger, at der arbejdes med dette, og at målet er, at disse unge, efter udredning i ÅKM i kommunen, skal henvises til andre foranstaltninger, hvis det vurderes bedst for dem.

IMPLEMENTERINGEN AF EN NY MODEL ER UDFORDRENDE

Behandlerne i begge kommuner giver udtryk for, at det har været en lang og udfordrende proces at få implementeret ÅKM, og at arbejdet har været omfattende. For behandlerteamene har det generelt været en udfordring at lære en ny model at kende og ikke mindst at glemme deres hidtidige rutiner og vaner i forbindelse med behandling af unge med et stofmisbrug. Derudover har behandlerne oplevet det som udfordrende at skulle arbejde efter en model som ÅKM med mange procedurer og systematik, da det kræver en grundig fordybelse og en god hukommelse at huske og lære. I den ene kommune udtrykker behandlerne og projektlederen, at der har manglet et nøjere fokus på tilgangen til den unge i ungebehandling, da dette ikke har fremgået af modelbeskrivelsen:

Der har været mange ting at forholde sig til. Man skal have fundet en struktur i den arbejdsgang, rytmer og rutiner. [...] Det har været nye arbejdsmetoder. Der har ikke været mange nye ting, vi skulle gøre, men der har været mange forskellige ting og nye måder. Og det er det der med, at det er systematisk. Og det var mange ting på samme tid.

ORGANISATORISKE OG LEDELSESMÆSSIGE UDFORDRINGER

I den ene kommune har det været en udfordring at omsætte ÅKM til en anden organisatorisk virkelighed ikke mindst det, at de servicerer tre kommuner i stedet for en som ÅKM i oprindelseskommunen Aarhus. Dette er blandt andet, fordi der ikke er taget en overordnet beslutning fra de implicerede børn- og ungeforvaltninger om, at samarbejdskommunerne er forpligtede til at benytte ÅKM i kommunen. Derudover understreger modelejerne, at der har været visse udfordringer i forbindelse med at få samarbejdskommunerne til at forstå Serviceloven og kravet om igangsættelsen af en § 50 undersøgelse. Kommunen har haft og har til dels stadig svært ved at få deres behandling integreret i hele kommunens behandlingsafsnit. De betragtes mere som en selvstændig satellit end som en integreret del af ungebehandlingen, og dette besværliggør arbejdet, da forebyggelsesdelen fx ikke henviser alle egnede unge. Der arbejdes stadig for at etablere et godt samarbejde, og modelejerne understreger vigtigheden af at integrere modellen i kommunens ungeområde.

Det er yderligere en udfordring, at den kommunale ledelse ikke har fokus på, at modellen skal implementeres langsigtet, men kun som

del af et midlertidigt projekt. Dette har holdt den kommunale ledelse fra at engagere sig i projektet og behandlingen.

Den anden kommune har haft nogle mindre udfordringer i forhold til samarbejdspartnere i kommunen, der også arbejder med unge. Det væsentligste problem er, at rådgiverne ikke kender og forstår modellen, og hvad den kan. En behandler sagde:

Man skal være opmærksom på, at ens samarbejdspartnere forstår det ... Det er et problem, at ens rådgivere ikke kender modellen.

Dette er et problem, når ÅKM i kommunen er afhængig af, at samarbejdspartnerne bruger dem. Behandlere og projektlederen i kommunen giver yderligere udtryk for den manglende forankring af behandlingen. De fortæller, at ledelsen ikke lader til at tænke ÅKM i kommunen ind i en større sammenhæng, da modellen kun indgår på projektbasis, og dermed er midlertidig.

Jeg tror, at det, at det er et projekt er med til at gøre, at man også tænker det som et projekt. At man ikke tænker, at det her er noget, vi har besluttet os for at have i kommunen fra øverste led. Her er det sådan opstået som et andet behov på et andet niveau, som vi skal ind i. Og vi skal ind og sige, at vi har ret til at være her. Det er ikke noget, som nogen i øverste led siger [...].

DOKUMENTATIONSPRAKSIS ER EN TIDSRØVER

Den ene kommune har, ligesom ÅKM i Aarhus, anvendt UngMAP i en længere periode, inden projektet startede og fortsætter med at indberette hertil, mens projektet står på. Kommunen har udviklet deres eget elektroniske system, der gør det muligt at journalføre de unge, registrere og udfylde UngMAP og desuden registrere alle oplysninger på de unge i behandling. Kommunen benytter dog i projektperioden også SFI's spørgeskemaer til dokumentation. De indberetter således dobbelt, da skemaerne ikke er sammenkørte. Kommunen indberetter endvidere til registrene SIB og VBGS i Socialstyrelsens stofmisbrugsdatabase. Kommunen har således en ret omfattende indberetningsbyrde.

Den anden kommune har ikke tidligere arbejdet med systematisk dokumentation, men har anvendt et selvudviklet udredningsværktøj til vurdering af sværhedsgraden af den unges misbrug, herunder om den unge falder indenfor eller udenfor behandlingsgarantien. Udrednings-

værktøjet har form af en skabelon og kaldes 'Misbrugsprofil', hvor der alene er fokus på den unges misbrug. Herudover indberetter kommunen nu til SFI gennem evalueringsskemaer. Dette er mere omfattende end deres tidligere praksis, hvilket har krævet tilvænning og tilpasning.

Kommunerne giver udtryk for, at det har været tidskrævende at dokumentere og deltage i diverse processtøttemøder og netværksmøder, samtidig med at de skulle implementere behandlingsmodellen.

OVERORDNET FOR ÅKM:

I begge kommuner er det afgørende, at modellen integreres i systemet, så samarbejdet mellem de relevante aktører kommer op at køre, og behandlingen bliver brugt efter hensigten. Desuden har begge kommuner oplevet udfordringer i forhold til at lære modellen at kende og indarbejde de rette rutiner og den rigtige ungetilgang.

OPSAMLING PÅ IMPLEMENTERINGEN AF MST-SA, U-TURN OG ÅKM

Vi har hidtil beskrevet, at der er forskel på, hvordan det har kunnet lade sig gøre at implementere tre modellerne under nye organisatoriske og strukturelle omstændigheder i seks kommuner. Primo 2013, hvor data til dette notat blev indsamlet, tegnede der sig et overordnet billede af, at implementeringen i grove træk er færdig, og at behandlingerne nu kører efter hensigten (hvis vi ser bort fra enkelte delelementer i U-turn-modellen). Vi kan således som evaluører understrege, at både model-ejerne og behandlerne mener, at modellerne kører efter modelbeskrivelserne. Dog har der været nogle generelle udfordringer i forbindelse med implementeringen af modellerne på tværs af kommunerne, hvilket har krævet tilpasning af modellerne i visse kommuner, fx rådgivningen i ÅKM og daggruppen i U-turn:

- **Opstart:** Det er vigtigt at være opmærksom på de ændringer, der er foretaget i modellerne i overførslen fra én kontekst til en anden. Sådanne eller lignende ændringer er også noget, som vil blive aktuelt, hvis modellerne rulles ud i flere kommuner. For eksempel kæmper flere af kommunerne med samarbejdsrelationer. Hvor originalmodellerne har haft flere år til at etablere samarbejder, gøre sig synlige og finde sig til rette, har kommunerne i

dette projekt kun haft et-to år. Det har naturligvis betydning for, i hvor høj grad modellerne kan forventes implementeret i samme grad som originalmodellerne. Det er ikke noget, der nødvendigvis påvirker den direkte kontakt til de unge, men det kan have en indflydelse på rammerne for behandlingen.

- **Støtte og dokumentation:** I forbindelse med opstartsforløbet, herunder implementeringen af de tre modeller, har flere af behandlerne i kommunerne givet udtryk for forvirring og frustration. Det drejer sig blandt andet om, at der har været mange styrende aktører (Rambøll, SOS, SFI og lokale ledere) indblandet i implementeringsarbejdet. De mange arrangementer og møder i denne periode har været tidskrævende og til tider svære at finde nytte af oven i det krævende arbejde med implementeringen af de nye modeller, siger flere af projektlederne og behandlerne. Flere af kommunerne påpeger, at processtøtten fra Rambøll Management ville have gavnet mere, hvis den i højere grad var tilpasset implementeringsforløbet og kommunernes individuelle behov. De har også givet udtryk for, at det har været et pres samtidig at skulle dokumentere blandt andet via spørgeskemaerne til SFI.
- **Kompleksitet:** Implementeringen af alle tre modeller har været langvarig og er i nogle kommuner ikke helt færdig primo 2013. Dog er de behandlingsmæssige komponenter implementeret. Flere behandlere specielt i U-turn og ÅKM har givet udtryk for, at det har været udfordrende at få dele af den nye behandlingstilgang ind under huden, da den indebærer et særligt menneskesyn og tilgang til de unge.
- **Kommunale ramme:** De fleste behandlerteam i kommunerne har haft udfordringer i forhold til at skulle etablere samarbejde opadtil i systemet og få den kommunale ledelse til at anerkende modellerne og engagere sig i dem. Problemet har været, at modellerne indtil videre rulles ud midlertidigt, og derfor ikke anses som en integreret og fast del af behandlingssystemet. Nogle behandlerteam i kommunerne føler, at det anses som et midlertidigt projekt, som ledelsen ikke behøver at involvere sig i.

FREMTIDIG IMPLEMENTERING AF DE TRE MODELLER

De tre behandlingsmodeller MST-SA, U-turn og ÅKM, som skal evalueres i ”Projekt misbrugsbehandling til unge”, er implementeret i en forsøgsordning, hvilket betyder, at der undervejs i forsøgsperioden bliver gjort mange erfaringer i forhold til implementeringen af modellerne. For en eventuel fremtidig implementering af de tre modeller eller lignende indsatser kan en erfaringsopsamling fra nærværende projekt være yderst gavnlig. Vi opridser derfor nogle opmærksomhedspunkter, som er vigtige at forholde sig til i forbindelse med en eventuel fremtidig udrulning af modellerne.

Implementeringen af behandlingsmodellerne fra medio 2011 til april 2013 har fundet sted under forskellige forhold, både hvad angår kommunestørrelse, målgruppesammensætning, organisatoriske og strukturelle forhold etc. Den overordnede implementering er som sagt i april 2013 fuldført i en sådan grad, at behandlingsmodellerne kører efter hensigten, og ifølge både behandlere og modelejere lever op til modelbeskrivelsernes krav. Dog har graden af implementering og måden, hvorpå det er gjort, varieret mellem kommunerne. Det er vigtigt at holde sig disse variationer for øje, da det er variationer, der højst sandsynligt vil gøre sig gældende ved en fremtidig implementering. Derudover vil det spare ressourcer, hvis man fremover kan foregribe og forhindre nogle af udfordringerne.

MODELLENS CENTRALE ELEMENTER SKAL KUNNE OVERFØRES

Generelt har modellerne en helhedsorienteret tankegang, hvor der ikke ses isoleret på den unges misbrug. Før modellerne tages i brug er det derfor yderst vigtigt, at man analyserer de lokale rammer med henblik på muligheden for at implementere modellernes centrale komponenter.

Det skal undersøges, hvordan kommunernes visitationsgrundlag er, fx kan de unge henvende sig direkte, eller skal de henvises og i så fald af hvem. Samtidig er det vigtigt at beskrive målgruppen til modellerne, og hvordan man får fat på målgruppen.

Og sidst, men ikke mindst, skal kompleksiteten af modellen karakteriseres og beskrives, så de nye behandlere har mulighed for på systematisk vis at anvende modellernes metoder i deres behandling.

OPSTART OG PRAKTISKE TING TAGER TID

Et simpelt, men tidskrævende aspekt af implementeringen har været at få de fysiske rammer på plads. Dette gælder særligt kommunerne, der har implementeret U-turn-modellen, da denne stiller særlige krav til lokaler. Dette er et aspekt, som kan forsinke en opstart, og som derfor er væsentlig at være forberedt på. Optimalt bør disse rammer være på plads inden projektopstart.

Det samme gælder alle formelle procedurer. Her tænkes særligt på procedurer som den børnefaglige udredning (§50), hvor projekterne skal arbejde sammen med myndigheden. Denne kontakt mellem projektet og myndigheden skal skabes, inden projektet går i gang.

DOKUMENTATION ER TIDSKRÆVENDE

For at kunne påvise effekten af de tre behandlingsmodeller har det været nødvendigt, at behandlerne dokumenterede de unges udvikling. Alle kommunerne arbejdede i forskellig grad med dokumentation udover SFI's spørgeskemaer, hvilket formentlig har været årsag til at dokumentationsbyrden har forekommet overvældende for nogle. Hvis man fremover ønsker at dokumentere modellerne effekt, er det dog vigtigt at in-

korporere dokumentationsredskaber i arbejdet med modellen på en hensigtsmæssig måde.

Hvis arbejdsbyrden skal mindskes, kan dokumentationen evt. tilpasses eller mindskes. Dog er det vigtigt at påpege væsentligheden af at dokumentere både praksis og resultater.

KOMPLEKSITET ER SVÆR AT OVERFØRE DIREKTE

Alle tre modeller er komplekse og kræver meget oplæring og rutineindarbejdning. Trods krav til behandlernes uddannelser og erfaring med behandlingsarbejdet er det nødvendigt at afsætte tid til oplæring. Særligt U-turn og ÅKM har vist sig udfordrende, idet de er mindre manualbaserede end MST-SA og hviler en del på en indarbejdet ungetilgang, et særligt menneskesyn eller nogle principper.

Dette betyder, at implementeringen af modellerne altid vil være tidskrævende, idet den hviler på, at behandlerne får indarbejdet rutiner, metoder og tryghed i arbejdet med modellen. En sådan tillæring kan være svær at tidsætte, men er nødvendig at medtænke i forbindelse med implementeringen.

FORANKRING I KOMMUNEN ER VIGTIG

Et vigtigt opmærksomhedspunkt er modellernes forankring i kommunerne. Som nævnt tidligere har det været til frustration for flere projektledere, at behandlingsmodellerne ikke blev forankret ordentligt på alle niveauer i kommunen. Hvis ikke det ledelsesmæssige niveau er engageret eller kan se vigtigheden af projektet, besværliggøres arbejdet med modellen, herunder særligt synliggørelsen blandt andre relevante aktører og mulige samarbejdspartnere i kommunen. Det vil således fremover være vigtigt at inddrage den kommunale ledelse og arbejde på, at modellernes tilstedeværelse eventuelt bliver mere langsigtet.

BILAG

BILAG 1 VÆSENTLIGE LOVE OG PARAGRAFFER

De sociale stofmisbrugsbehandlinger er hovedsageligt reguleret i forhold til Serviceloven, og vi vil kort opridse de centrale paragraffer her.

BOKS B1.1

Service洛vens § 11.

Ifølge Service洛ven § 11 skal kommunalbestyrelsen sørge for, at forældre med børn og unge eller andre, der sørger for et barn eller en ung, kan få en gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Kommunalbestyrelsen er forpligtet til ved opsøgende arbejde at tilbyde denne rådgivning til enhver, som på grund af særlige forhold må antages at have behov for det. Tilbuddet om rådgivning skal også omfatte vordende forældre.²²

Kilde: Service洛ven. www.retsinformation.dk.

BOKS B1.2

Service洛vens § 101.

Kommunernes pligt til at tilbyde social stofmisbrugsbehandling er fastsat i Service洛vens § 101. Service洛vens § 101 er hovedindgangen til misbrugsbehandlingssystemet. Denne paragraf giver borgerne krav på, at et socialt behandlingstilbud er iværksat inden for 14 dage efter, at borgeren har givet udtryk for sit behov. Det er kommunerne, der har pligt til at sikre forsyningen af tilbud enten ved at oprette egne kommunale tilbud eller ved at samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud (Service洛vens § 4).

Kilde: Service洛ven. www.retsinformation.dk.

BOKS B1.3

Service洛vens § 140.

Kommunalbestyrelsen skal efter Service洛vens § 140, stk. 2, udarbejde en handleplan for den behandling, der skal iværksættes samt for den nødvendige støtte, når unge under 18 år har et behandlingskrævende stofmisbrug. Handleplanen skal udarbejdes i samarbejde med den unge og dennes familie.

Kilde: Service洛ven. www.retsinformation.dk.

22. Stk. 2.: Såvel forældre som børn og unge, der alene søger rådgivning efter stk. 1, skal kunne modtage denne anonymt og som et åbent tilbud.

Stk. 3.: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt deres familier. Opgaverne kan varetages i samarbejde med andre kommuner.

Stk. 4.: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt deres familier. Opgaverne kan varetages i samarbejde med andre kommuner.

Stk. 5.: Kommunalbestyrelsen skal etablere en særlig familievejlederordning for familier med børn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Vejledningen skal tilbydes inden for 3 måneder efter, at kommunalbestyrelsen har fået kendskab til, at funktionsnedsættelsen er konstateret.

Stk. 6.: Socialministeren fastsætter nærmere regler om familievejlederordningen.

BOKS B1.4

§ 50 – Børnefaglig undersøgelse.

En misbrugsbehandling til unge kræver en børnefaglig undersøgelse ud fra § 50. Hvis det antages, at et barn eller en ung under 18 år trænger til særlig støtte, herunder pga. nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal kommunalbestyrelsen undersøge barnets eller den unges forhold. Undersøgelsen, der betegnes som en børnefaglig undersøgelse, gennemføres så vidt muligt i samarbejde med forældremyndighedsindehaveren og den unge, som er fyldt 15 år. Undersøgelsen skal gennemføres så skånsomt som forholdene tillader, og må ikke være mere omfattende end formålet tilsiger.²³

Kilde: Serviceloven. www.retsinformation.dk.

BOKS B1.5

§ 52

Ud fra § 52 skal kommunalbestyrelsen træffe afgørelse om foranstaltninger efter stk. 3, når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til et barns eller en ungs særlige behov for støtte. Kommunalbestyrelsen skal vælge den eller de foranstaltninger, som bedst kan løse de problemer og behov, der er afdækket gennem den børnefaglige undersøgelse efter § 50. Afgørelsen træffes med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren.

Kilde: Serviceloven. www.retsinformation.dk.

23.Stk. 2.: Kommunens undersøgelse skal anlægge en helhedsbetragtning, der medmindre konkrete forhold betyder, at et eller flere af nedestående numre ikke er relevante i forhold til det pågældende barn, skal omfatte barnets eller den unges 1) udvikling 2) familieforhold 3)skoleforhold 4) sundhedsforhold 5) fritidsforhold og venskaber 6) andre relevante forhold.

LITTERATUR

- Asmussen, V. & H. Dahl (2002): Skadesreduktion som forebyggelse på stofmisbrugsområdet. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 19(4), s. 249-261.
- Benjaminsen, L., D. Andersen & M. Sørensen (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Bernards, S., K. Graham, K., H. Kuendig, S. Hettige & I. Obot (2009): "I Have No Interest in Drinking: A Cross-national Comparison of Reasons Why Men and Women Abstain from Alcohol Use". *Addiction*, 104(10), s. 1658-1668.
- Ege, P. (2004): *Stofmisbrug og afhængighed hos unge og voksne*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ege, P. (2012): "Hvad skal vi stille op med begrebet afhængighed?" *Stofbladet*.
- Ehrenreich, D. & S. Pihl (2005): *Undersøgelse af unge under 18 år med misbrugsproblemer*. VFC socialt udsatte.
- Frey, J.H. & A. Fontana (1991): "The Group Interview in Social Research". *The Social Science Journal*, 28, 2.
- Houborg, E. (2006): *Stofmisbrug, metadon, subjektivering – Historiske og aktuelle fremstillinger af stofmisbrug*. København: Ph.d.-afhandling, Sociologisk Institut, s. 7-18, 175-230, 277-294.

- Kvale, S. (1997): *Interview: En Introduktion til det Kvalitative Forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Laursen, L. (1995): "Harm Reduction Strategy and the Drug Problem: Definitions and Applications in Denmark". I: *Nordic Alcohol Studies*, 12, s. 97-107.
- Pedersen, M.U. & K. Frederiksen (2012): *Unge der misbruger rusmidler*. Center for rusmiddelforskning.
- Piontek, D. (2011): "The Validity of DSM-V Cannabis Abuse and Dependence Criteria in Adolescents and the Value of Additional Cannabis Use Indicators". *Addiction*, 106(6), s. 1137-1145.
- Rønno, L. & B. Marckmann (2010): *Implementeringsforskning om forebyggelse: En baggrundsrapport*. København: Sundhedsstyrelsen.
- SAMHSA (2010): *National Survey on Drug Use and Health*. Substance Abuse and Mental Health Service Administration).
- Thisgaard, O. (2001): *Undersøgelse af under 18-årige stofmisbrugerers situation*. Formidlingscentret for socialt arbejde.
- Weatherall, C.D., T. Tjernansen & N. Lagoni (2011): *Datanotat: Data til Effektevaluering af "projekt misbrugsbehandling for udsatte unge"*. Internt SFI-notat.
- WHO (2010): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO.
- Wittchen, H.U. (1995): *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.

WEBSIDER:

Socialstyrelsen 2013:

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

DMS-IV misbrugsdefinition:

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

SAMSHA questionnaire:

<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k10MRB/2k10Q.pdf>.

