

Tina Termansen

*Cand.scient.anth,
Videnskabelig assistent, Antropolog
Det Nationale Forskningscenter for Velfærd,
SFI*

Jan Hyld Pejtersen

*Cand.polyt, seniorforsker
Civilingeniør
Det Nationale Forskningscenter for Velfærd,
SFI*



Misbrugsbehandling til unge

En evaluering af tre behandlingsmodeller

Vi præsenterer i denne artikel hovedresultaterne fra SFIs evaluering af tre sociale behandlingsmodeller til unge under 18 år med et problematisk forbrug af rusmidler. Projektet blev igangsat af Socialstyrelsen på baggrund af et ønske om at øge vidensgrundlaget vedr. misbrugsbehandling til unge. Artiklen beskriver først formålet med undersøgelsen samt undersøgelsens metoder, hvorefter vi præsenterer resultaterne og diskuterer udfordringerne og perspektiverne i evalueringer af kvaliteten i social misbrugsbehandling.

Undersøgelsens baggrund

Der er i dag stor forskel på kommunernes misbrugsbehandling til unge. Udover at typen og kvaliteten er vidt forskellige (Lauridsen, Kronbæk & Lundsberg 2010; Thylstrup, Hesse & Pedersen 2015), er tilbuddene også forankret vidt forskellige steder. Det være sig alt fra voksenområdet, socialpsykiatrien, ungeafdelinger til sundhedsområdet, jobcentre m.m. (Pedersen, Vind & Bækboel 2009; Raahauge 2013). Variationen skyldes dels kommunernes forskellighed, hvad angår størrelse, geografi og befolkningssammensætning, men er også en konsekvens af, at der på ungeområdet er sparsom viden om behandlingernes virkning, da der er foretaget relativt få danske studier på området (Pedersen & Hesse 2012; Hesse & Thylstrup 2015).

For at styrke vidensgrundlaget vedr. misbrugsbehandling til unge, igangsatte Socialstyrelsen projektet "Misbrugsbehandling til unge under 18 år". Formålet var at implementere og afprøve tre behandlingsmodeller målrettet unge under 18 år med et problematisk forbrug af rusmidler. Modellerne er U-turn (udviklet i København), U18 (udviklet i Aarhus) og Multi Systemic Therapy – Substance Abuse (MST-SA, udviklet i USA).

Vi har på SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd – stået for evalueringen, hvis formål har været at undersøge modellernes virkning på de unges rusmiddelforbrug, skoletilknytning, sociale relationer, psykisk helbred og kriminalitet. Fokusområderne er udvalgt med udgangspunkt i modellernes egne fælles definerede mål samt anbefalinger om at anskue misbrugsbehandlings effekter ud fra et helhedsorienteret perspektiv.

Behandlingsmodellerne

Overordnet har de tre modeller det til fælles, at de falder under termen social misbrugsbehandling, hvor der arbejdes systemisk og helhedsorienteret med fokus på borgernes sociale problematikker (forsøgelse, netværk, helbred, bolig, familieforhold, skoleforhold, beskæftigelse, baggrund, kriminalitet etc.). Dette gøres med en filosofi om, at alle disse aspekter af brugerens liv er forbundne og må bearbejdes samtidig. De tre modeller arbejder desuden ud fra *skadesreduktionsprincippet*, som anerkender stoffrihed som et ideelt mål, men samtidig anerkender, at dette mål ikke vil være lige opnåeligt for hvert individ. De anvender dog forskellige metoder til at opnå dette.

MST-SA

MST-SA er en manualbaseret familiebehandling, hvor der primært arbejdes med forældrene og deres håndtering af den unges rusmiddelforbrug. Behandlerne inddrager så vidt muligt de positive netværk og forsøger at fjerne barrierer såsom mistrivsel, dårlige relationer mv. MST-SA anvender faste elementer såsom rusmiddeltest, pointsystem og skriftlige analyser.

U18

I U18 arbejdes der direkte med den unge. U18 kan opdeles i delindsatser i form af rådgivning, udredning, individuel behandling og forældrekurser. Der arbejdes ud fra en anerkendende tilgang, hvor den unge indgår som en aktiv samarbejdspartner i sit eget forløb og dermed er medansvarlig for forløbet. Der arbejdes aktivt med at inddrage den unges netværk, hvor det er muligt.

U-turn

I U-turn arbejdes der direkte med den unge. I arbejdet med den unge anvendes metoder inspireret af systemiske, anerkendende, narrative og løsningsorienterede tilgange. Modellen omfatter en række delindsatser i form af anonym rådgivning, individuel behandling, daggrupper (kombineret skole- og behandlingstilbud), forældregrupper og konsulenttilbud. Der arbejdes også i U-turn aktivt med at inddrage den unges netværk, hvor det er muligt.

Metode

Vi har i evalueringen anvendt både kvantitative og kvalitative metoder. Fordelen ved at kombinere kvantitative og kvalitative metoder er, at de forskellige metoder kan komplementere hinanden gennem fx triangulering og perspektivering af resultaterne og derved skabe datamæssige synergieffekter, der styrker undersøgelsen (Bergman 2008). Behandlingernes betydning for de unges forbrug og øvrige

hverdagsliv, såsom skolegang, sociale relationer, psykiske velbefindende og kriminalitet, har vi undersøgt via en før- og eftermåling¹, hvor de unge har udfyldt et spørgeskema ved indskrivning i og udskrivning fra behandling. Ud af ca. 400² indskrevne unge i de seks kommuner fik vi brugbare data på 177 unge³. Disse udgøres både af unge, der har gennemført behandling og unge, som er stoppet undervejs (behandlere har kunnet udfylde centrale oplysninger i skemaerne på vegne af de unge, der ikke har gennemført), og det er disse 177, som indgår i analyserne. Det skal dog bemærkes, at det store frafald kan betyde en overrepræsentativitet af unge, der har gennemført behandling blandt de 177, som indgår i analyserne. Kvalitativt har vi foretaget semi-strukturerede interview med modeludviklere, behandlere og 21 unge. Interviewene har blandt andet bidraget med viden om, hvad der har været af særlig betydning for de unge i behandlingsforløbene. For detaljer herom henviser vi til rapporten (se Termansen, Dyrvig, Niss & Pejtersen 2015).

De unge

Generelt kan vi fremhæve følgende karakteristika for de unge, som er indskrevet i behandling i de tre modeller:

- **9 ud af 10 unge er over 15 år ved indskrivning.**
- **Kun hver tredje er pige.**
- **Cirka halvdelen går på opstartstidspunktet i folkeskolen/på efterskole, og hver fjerde går på produktionsskole.**
- **Hovedparten er hjemmeboende, men kun hver femte bor sammen med begge forældre.**
- **Cirka hver sjette bor sammen med én eller flere, som bruger illegale rusmidler.**

1. Randomisering var udelukket af etiske årsager og grundet behandlingsgarantien på misbrugsbehandlingsområdet, som sikrer, at unge med behov for behandling får tilbudt en indsats inden for to uger i kommunerne.

2. Vi kan ikke angive det præcise tal, da registreringen af de unge i kommunerne ikke har været helt udførlig. Udregningen af kommunernes indskrevne unge er derfor baseret på en kombination af spørgeskemaindberetninger og indsendte oplysninger fra kommunerne.

3. Brugbart data er spørgeskemaer, hvor spørgsmålene ang. rusmiddelforbrug som minimum er besvaret.

Går vi ind i de enkelte behandlingsindsatser, viser data, at der er nogle målgruppeforskelle. Fx har U18 at gøre med en større gruppe af unge over 17 år (ca. 50 pct.) end de øvrige modeller (ca. 30 pct.). Derudover viser data at 3 ud af 4 af de unge, som U-turn har i behandling, er folkeskoleelever, mens det samme gør sig gældende for under halvdelen af de unge, som er tilknyttet U18. U18 har derimod en større andel af unge, der går på produktionsskole ved opstart i behandlingen, hvilket gælder for 31 pct. Til sammenligning gælder det kun for 11 pct. af de unge, som U-turn har indskrevet i behandling. MST-SA befinder sig midt mellem de to med flest unge i folkeskole (61 pct.) og produktionsskole (25 pct.). At fordelingen er så forskellig mellem U-turn og U18 stemmer godt overens med aldersfordelingen, hvor de unge, som er startet i behandling hos U-turn, generelt er lidt yngre end de unge, som er startet i behandling hos U18, som derfor har med en større andel, der er tilknyttet folkeskolen, at gøre. Mht. om de unge bor med nogen der tager illegale rusmidler eller har et alkoholproblem, er der også en målgruppeforskel, idet 19 pct. af de unge i U-turn og U18, bor sammen med personer, som bruger illegale rusmidler, mens det kun gør sig gældende for 5 pct. af de unge, som er tilknyttet MST-SA. Denne forskel imellem de tre modeller kan evt. skyldes forskelle i modellernes inklusionskriterier, idet omsorgsgiverne fx i MST-SA skal have (potentielle) ressourcer og kunne samarbejde med behandlere om den unge, mens U-turn og U18 ikke stiller dette krav.



Resultater

Rusmidler

Hash er det rusmiddel, som langt størstedelen af de unge angiver som deres mest problemgivende (90 pct.). Tabel 1 viser ændringen i de unges forbrug af rusmidler ved ind- og udskrivning. Vi ser, at andelen, som har røget hash to eller flere gange om ugen den sidste måned, falder fra 56 pct. til 14 pct. i MST-SA, fra 77 pct. til 38 pct. i U-turn og fra 47 pct. til 24 pct. i U18 (tabel 1). Samtidig er andelen af unge, der slet ikke ryger hash, steget.

Tabel 1. Unge fordelt efter forbrug af hash de sidste 30 dage ved ind- og udskrivning. Procent.

Hash	MST-SA			U-turn			U18		
	Ind	Ud	***	Ind	Ud	***	Ind	Ud	***
2 gange om ugen eller oftere	56	14		77	38		47	24	
1-4 gange på en måned	16	19		7	17		24	14	
Slet ikke	28	67		17	45		28	62	
Unge, antal	43	43		60	60		74	74	
Amfetamin, kokain og/eller ecstasy	#			***			#		
2 gange om ugen eller oftere	2	0		3	0		3	0	
1-4 gange på en måned	7	5		30	7		12	8	
Slet ikke	91	95		67	93		85	92	
Unge, antal	43	43		60	60		74	74	

Anm.: Forskel mellem indskrivning og udskrivning, Cochran-Armitage-test for trend: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,001$.

Resultaterne viser herudover, at der hos U-turn er sket en reduktion i andelen af unge, som har taget amfetamin, kokain og/eller ecstasy inden for de sidste 30 dage – fra 33 pct. ved indskrivning til 7 pct. ved udskrivning (tabel 2). Andelen af unge i MST-SA og U18, der har taget amfetamin, kokain og/eller ecstasy inden for de sidste 30 dage, er under 15 pct., og de mindre ændringer, vi ser, er ikke signifikante. Resultaterne peger på, at behandlingsindsatserne for en stor gruppe af unge har haft succes med at reducere eller stoppe de unges forbrug af rusmidler (særligt hashforbruget) under behandlingsforløbet. Resultaterne viser dog også en målgruppeforskel, idet U-turn har at gøre med flere unge, der tager andre rusmidler end hash, ligesom U-turn ved ind-

skrivning har en større andel af unge i behandling, som ryger hash 2 gange om ugen eller oftere, end de øvrige modeller. Dette har givetvis betydning for behandlingstilgangen over for de enkelte unge.

Vi ser desuden i tabel 2, at der er en andel af unge (19-25 pct.), som enten har et uændret forbrug eller et større forbrug ved behandlingsafslutning. Dette er en indikator på, at ikke alle har fået et positivt udbytte af behandlingerne. Hvad dette skyldes, ved vi ikke, men en forklaring kan være, at tilbuddene ikke egner sig til alle unge, eller at der har været udefrakommende faktorer, som har påvirket de unge.

Udbytte af behandling	MST-SA	U-turn	U18
Uændret eller stigning i forbrug¹	19	25	24
Reduceret forbrug eller stoppet helt¹	63	68	50
Intet forbrug	19	7	26
Unge, antal	43	60	74

Tabel 2. Unge fordelt efter udbytte af behandlingen baseret på deres forbrug af illegale rusmidler de sidste 30 dage ved ind- og udskrivning. Procent.

1. For enkelte af de unge ses et blandet mønster. Hvis en ung har haft nedgang i forbruget på mere end et rusmiddel med en stigning på et enkelt rusmiddel, er det kodet som et reduceret forbrug. Hvis det ikke har været entydigt, om der er et reduceret forbrug, er det kodet som uændret forbrug.

Skolefravær

Skolefravær er en vigtig indikator på modellernes virkning, da det ifølge tidligere undersøgelser ikke er usædvanligt at se en sammenhæng mellem rusmiddelforbrug og mistrivsel i skolen samt skolefravær (Fergusson, Horwood & Beautrais 2003).

Behandlere fra alle modeller fortæller, at de arbejder med de unges motivation og ønsker for fremtidige uddannelsesforløb og benytter tilgange, der er individuelt tilpassede, hvor en ung fx hjælpes med at sætte sig nogle mål for fremtiden og tage kontakt til et ønsket skole-/arbejdsforløb, såsom en efterskole eller praktikplads. U-turn har desuden et konkret skoletilbud i behandlingsregi, som henvender sig til unge, der er faldet ud af skolesystemet og dermed har udfordringer med at kunne passe en skolegang.

Som figur 1 viser, er der en stigning i andelen af unge, der passer deres uddannelsestilbud dagligt hos MST-SA og U-turn, men ikke hos U18. Det skal dog bemærkes, at andelen af unge i U18, der passer deres uddannelsestilbud dagligt, allerede var relativt høj ved indskrivning og dermed ved udskrivning ligger på niveau med de øvrige to modeller. Dette kan hænge sammen med U18's lidt ældre målgruppe, som i højere grad udgøres af unge på 16-17 år end i de øvrige to modeller.

Sociale relationer

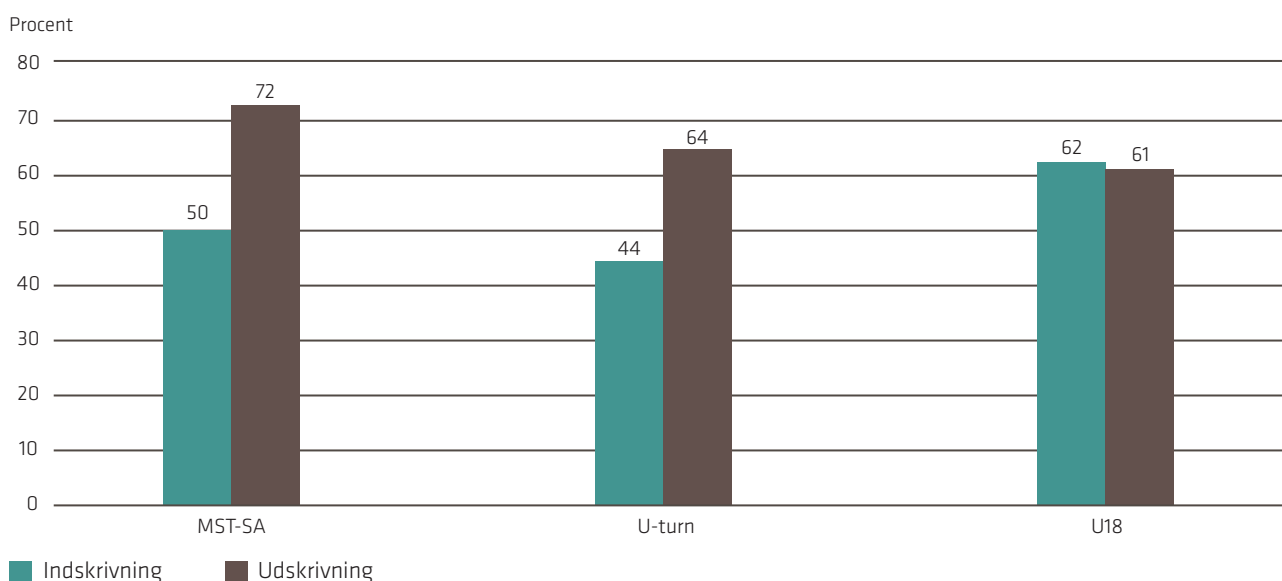
De sociale relationer – særligt forholdet til vennerne – er vigtige at se på i forbindelse med behandling af rusmiddel-

forbrug, da de har stor betydning for de unges hverdagsliv, og i høj grad er bestemmende for de unges muligheder for at reducere eller stoppe deres forbrug. Resultaterne viser, at 95 pct. af de unge tager rusmidler sammen med venner. Vi valgte derfor, at undersøge om de unge efter behandlingen havde reduceret kontakten til de venner, der brugte rusmidler, da dette er noget, behandlingsindsatserne arbejder med. Vi fik dog relativt få besvarelser og har derfor kun indikationer på, at der samlet set er sket en ændring i hyppigheden af kontakt til venner, der bruger rusmidler (data er ikke vist).

Analyserne indikerer, at der er sket et skift, så de unge i mindre grad ser venner, der bruger rusmidler, og i højere grad ser venner, der ikke bruger rusmidler. En årsag, til at vi ikke ser en entydig ændring i de unges vennekreds som følge af behandlingen, kan være, som en behandler fra U-turn fortæller, at behandlerne ikke kun arbejder med udskiftning af vennekredsen, men anerkender, at det kan være svært at skifte vennerne ud og derfor også arbejder med strategier, som de unge kan tage i brug for at undgå at blive fristet, hvis de vælger fortsat at omgås venner, der bruger rusmidler. En anden årsag, til at spørgeskemadata ikke viser et entydigt resultat, kan være, at udskiftningen af vennerne for nogle af de unge er noget, der sker over en længere periode og evt. efter behandlingens afslutning.

Udover vennerne udgør forældrene også en vigtig del af de unges sociale netværk. Vi har ikke i spørgeskemadata kunnet se, om behandlingerne har haft betydning for de

Figur 1. Andelen af unge, der passer uddannelsestilbud dagligt. Særskilt for behandlingsmodeller og for ind- og udskrivning.



Anm.: N = 173, Missing = 4; N = 161, Missing = 16. Chi-square: MST-SA, p = 0,047; U-turn, p = 0,025; U18, p = ns.

unges forhold til deres forældre, men de kvalitative interview indikerer, at modellerne for nogle unge formår at skabe nogle ændringer i de til tider konfliktfyldte forældrerelationer. Både behandlerne og flere unge tillægger forældreinddragelse stor betydning i forbindelse med behandlingsudbyttet. Behandlerne påpeger, at det især handler om at lære forældrene at håndtere deres barns rusmiddelbrug på en konstruktiv måde, som nedbringer konfliktniveauet, og flere unge italesætter at have oplevet en adfærdændring hos deres forældre, som har gjort relationen mindre konfliktfyldt.

Psykisk velbefindende

De unges psykiske velbefindende er en vigtig indikator på generel trivsel, og forbedringer i psykisk velbefindende kan desuden sige noget om, hvorvidt behandlerne har arbejdet med dette aspekt af de unges liv i relation til rusmiddelforbruget.

Personer med et problematisk forbrug af rusmidler og særligt et langvarigt forbrug er ofte i større risiko for at have eller udvikle psykiske symptomer⁴ end personer, der ikke har

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

et problematisk forbrug af rusmidler (Fergusson m.fl. i Ege 2006). Derfor er det også et aspekt, der får opmærksomhed i behandlingen. Emilie, som var i behandling i U18, fortæller fx, at de snakkede meget om, at det var svært at stoppe, fordi hun brugte rusmidlerne til at håndtere en depression, og at de derfor skulle arbejde med disse psykiske vanskeligheder for at komme hendes forbrug af rusmidler til livs. Enkelte unge fortæller i forlængelse heraf, at de helt konkret fik hjælp til deres psykiske problemer gennem henvisninger til psykiatere eller psykologer fra deres behandlere.

Når vi ser på ændringen i de unges psykiske velbefindende, er der i alle tre behandlingsmodeller sket en signifikant reduktion i andelen af unge, der har oplevet koncentrationsbesvær de sidste 30 dage (tabel 5). Samlet set er denne andel faldet fra 73 pct. ved indskrivning til 50 pct. ved udskrivning. Hos MST-SA og U18 ser vi også en signifikant reduktion i andelen af unge med aggressiv adfærd, mens andelen af unge, der har oplevet depression, er signifikant reduceret hos U-turn og U18. Herudover ser vi nogle mindre ændringer på andre områder enkeltvis for hver model. Der er således noget, der tyder på, at de unge, som følge af behandlingen og muligvis i sammenhæng med reduktion af eller ophør med rusmiddelforbrug, har fået det psykisk bedre på nogle områder. Variationen skyldes formentlig målgruppeforskelle.

Tabel 3. Andelen af unge, der har oplevet en tydelig periode med psykiske symptomer de sidste 30 dage. Særsilt for behandlingsmodeller. Procent.

Symptom:	MST-SA			U-turn			U18		
	Ind	Ud		Ind	Ud		Ind	Ud	
Depression	33	21		30	15	*	37	16	**
Angst	35	23		28	28		47	35	
Koncentrationsbesvær	70	37	**	68	42	**	80	64	*
Hallucinationer	12	5		13	5		27	6	**
Aggressiv adfærd	47	19	**	40	32		57	35	**
Skadet andre	16	5		13	8		8	8	
Selv mordstanker	23	12		22	8	*	11	10	
Forsøgt selvmord	7	2		2	2		3	1	
Skadet sig selv	16	9		7	7		8	3	
Traumatiske	7	12		8	8		18	14	
Spiseforstyrrelser	7	9		2	0		16	4	*
Andet	14	9		5	1		9	1	*
Ingen	7	19		23	25		8	14	
Unge, antal	43	43		60	60		74	74	

Anm.: Forskel mellem indskrivning og udskrivning Chi-square-test: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. $N = 177$.

Kriminalitet

Mht. de unges kriminelle adfærd er det vigtigt at påpege, at kriminalitet ikke behøver at være en direkte konsekvens af rusmiddelforbruget, men også kan være et tegn på at de unges liv allerede inden forbruget var præget af risikoadfærd. I nærværende undersøgelse ser vi fx, at en stor andel (75 pct.) har begået kriminalitet på et givent tidspunkt i deres liv. Vi ser dog også, at der for alle tre modeller sker en reduktion i andelen af unge, der har begået kriminalitet den seneste måned (tabel 6).

Tabel 4. Andelen af unge, der har været i behandling, som har begået kriminalitet de sidste 30 dage. Særskilt for behandlingsmodeller og for svar ved indskrivning og udskrivning. Procent.

	MST-SA			U-turn			U18		
	Ind	Ud		Ind	Ud		Ind	Ud	
Har begået kriminalitet de sidste 30 dage	27	3	*	45	14	**	29	14	#
Antal	30	36		38	56		52	63	

Anm.: Forskel indskrivning og udskrivning chi-square: * $p < 0,01$; ** $p < 0,001$; # ikke signifikant.

Ændringen er kun signifikant for MST-SA og U-turn. Vi ser også, at U-turn har at gøre med en større andel af unge, som ved indskrivning har begået kriminalitet inden for de sidste 30 dage end de øvrige to modeller. Dette er endnu en indikator på, at U-turns målgruppe står med flere eller andre udfordringer end de unge i MST-SA og U18.

Behandlingens betydning for de unge

De unges fortællinger, om hvad der har betydet noget for dem i behandlingsforløbet, er i høj grad centreret omkring relationen til behandlerne. Flere af de unge svarer fx som det første på spørgsmålet om, hvad der har været godt ved behandlingen, at det er behandlernes ikke-fordømmende tilgang uden løftede pegefingre. Dette er ikke ensbetydende med, at selve behandlingen og indholdet heri ikke har haft betydning for de unges udbytte (det flyder jo netop sammen), men siger blot noget om, at den menneskelige relation er noget, som de unge vægter højt i mødet med behandlingssystemet – et aspekt, der er svært at måle på. Desuden fikserer mange af de unge deres beslutning om at reducere eller stoppe deres forbrug på situationer og relationer uden for behandlingen. Dette er nok ikke usædvanligt, idet de unge lever størstedelen af deres liv "uden for" behandlingsregi. Deres ønsker, motivation og behandlingsmodtagelighed vil således blive påvirket af udefrakommende faktorer



(Pedersen & Hesse 2012), og det liv der leves. I interviewene berører nogle af de unge dog, at disse erkendelser er opstået under behandlingsforløbet, og at de gennem samtaler med behandlerne har været i stand til at holde fast i ønsket om at stoppe deres forbrug. Netop det fokus, som de unge har på behandlerrelationen og faktorer uden for behandlingen som afgørende for deres udbytte, kan være en indikator på, at behandlerne har formået at arbejde helhedsorienteret og berøre flere dele af de unges liv. Behandlingsmodellerne skal nemlig ikke ses isoleret fra de unges øvrige liv, men som en integreret del af de unges liv, der berører de unges øvrige hverdag.

Perspektivering

Vi har i artiklen vist, at andelen af unge, der har brugt rusmidler, reduceres for alle tre behandlingsmodeller. Derudover så vi positive ændringer for de unge, både i forbindelse med skolefravær, vennekontakt, psykisk velbefindende og kriminalitet. Resultaterne på disse områder er dog ikke helt ens for alle tre modeller, hvilket blandt andet kan tilskrives forskelle i modellernes målgrupper – noget, som givetvis er påvirket af modellernes behandlingstilgang og af kontekstuelle forhold så som geografi, demografi og kommunernes øvrige tilbud.

Det er vigtigt for os at understrege, at vi ikke kan konkludere, om én model er bedre end en anden (og hvornår er et resultat fx så godt, at det er god kvalitet?), men at vi blot kan sige, at alle tre modeller på hver sin måde formår at skabe positive ændringer for en gruppe af unge. Måske er den specifikke metode således ikke det vigtigste, men blot det at der arbejdes helhedsorienteret?

Vi har desuden via de kvalitative data kunnet bidrage med perspektiver på indsatsernes virkning, som selve den kvantitative måling ikke kan sige noget om. Vi så fx, at relationen, uanset behandlingsmodel, vægtes meget højt, hvilket kan tænkes at være afgørende for fastholdelse af de unge.

Vi synes også, at det er vigtigt at trække nogle mere generelle erfaringer frem vedr. evalueringer som denne. Fx må vi understrege, at det allerede i tilrettelæggelsen af evalueringens designet er vigtigt at forberede sig på de udfordringer, der kan opstå i evalueringer af indsatser, der har med udvalgte grupper at gøre. Det drejer sig blandt andet om frafald blandt de unge. En simpel, men effektiv måde at gøre dette på er ved at tilpasse spørgeskemaet til målgruppen – i denne undersøgelse kunne et væsentligt kortere spørgeskema med kun de højst nødvendige spørgsmål formentlig have øget svarprocenten (altså en sortering af *nice to know* og *need to know*). Derudover er et vigtigt, men også vanskeligt aspekt af evalueringer af sociale indsatser, de langsigtede virkninger. Vi har i artiklen udelukkende fokuseret på behandlingernes virkning på kort sigt, og tidligere forskning viser da også, at social behandling som regel virker, så længe den pågår, men at udfordringen ligger i at få dette til at vare ved (Pedersen & Hesse 2012). Det er dog også sparsomt med viden om de meget langsigtede effekter, hvorfor det kan være relevant at indtænke i lignende evalueringer, da det vil kunne give et mere fyldestgørende billede af indsatsernes virkning.

Selvom vi ser visse positive resultater hos unge i alle tre modeller, er det vigtigt at huske på, at der også er en gruppe af unge, som ikke umiddelbart har haft gavn af behandlingerne. Dette kan skyldes, at der er unge, for hvem netop disse modeller ikke er de rigtige (her kan uafsluttede forløb være én konsekvens). I forlængelse heraf lægger det relativt lave antal af unge i behandling (10-16 pct. af det estimerede antal af unge med et behandlingsbehov) op til, at forskningen i højere grad stiller skarpt på denne gruppe af unge, samt at der er potentiale i kommunerne for at opprioritere det opsøgende arbejde, således at den sociale misbrugsbehandling kan realisere sit fulde potentiale (Pedersen & Vind 2010; Pedersen & Frederiksen 2012).

Endelig vil vi gøre opmærksom på den udfordring, der ligger i, at det sociale arbejde kan være vanskeligt at specificere. Ofte består det sociale arbejde af en kombination af metoder eller tilgange, som er dynamiske og individuelt tilpassede, og som desuden skal kunne imødekomme forskellige behov og målsætninger. Forløbene vil også være afhængige af den relation, der opbygges mellem yder og ydelsesmodtager (jf. behandlerrelationen). Dette kan gøre det vanskeligt at vurdere præcis, hvad det er, vi måler kvaliteten af. Selvom metoderne kan være svære at specificere fuldstændigt, er det alligevel vigtigt at få beskrevet metoderne, der anvendes så nøje som muligt. Dette er nemlig den eneste mulighed for at sikre en vis systematik i arbejdet og uden systematik, er der ingen mulighed for at nærme sig en kvalificeret og brugbar vurdering af kvaliteten af det arbejde, der foretages, endsige at sikre sig at gode metoder kan overføres til andre kontekster eller justeres/rettes til, hvis der er behov for forbedring.

Litteratur

- Bergman, M.: *Advances in mixed methods research: Theories and applications*, Sage Publications 2008.
- Ege, P.: "Enkelt er det jo ikke." *Stof*, 7, 2006, 39-49.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Beautrais, A.L.: *Cannabis and educational achievement*, *Addiction*, 98, 2003, 1681-1692.
- Hesse, M. & Thylstrup, B.: *Behandlingsmodaliteter i stofmisbrugsbehandling*, i Thylstrup B., Hesse, M., Pedersen, M. & Frederiksen, K. (red.): *Misbrugsbehandling: Organisering, indsatser og behov*, Aarhus: Aarhus Universitetsforlag 2015.
- Lauridsen, M., Kronbæk, M. & Lundsberg, P.S.: *Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv*, København: Socialstyrelsen 2010.
- Pedersen, M., Vind, L. & Bækbo, M.: *13-17-årige piger der misbruger rusmidler, og den behandling de tilbydes*, Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet 2009.
- Pedersen, M. & Vind, L.: *Behandling og andre sociale indsatser der tilbydes unge, der misbruger rusmidler*, Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet 2010.
- Pedersen, M. & Hesse, M.: *Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling*, Aarhus: Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet 2012.
- Pedersen, M. & Frederiksen, K.: *Unge der misbruger rusmidler*, Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet 2012.
- Raahauge, K.: *Misbrugsområdet hører hjemme i kommunerne: Høringssvar*, *Stof*, 21, 2013, 42-45.
- Termansen, T., Dyrvig, T., Niss, N. & Pejtersen, J.: *Unge i misbrugsbehandling: En evaluering af tre behandlingsindsatser*, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 15:24, 2015.
- Thylstrup, B., Hesse, M. & Pedersen, M.: *Introduktion*, i Thylstrup, B., Hesse, M., Pedersen, M. & Frederiksen, K. (red.): *Misbrugsbehandling: Organisering, indsatser og behov*, Aarhus: Aarhus Universitetsforlag 2015.





Tidsskriftet kan læses online på www.cepra.dk.

Henvendelse om CEPRAstriben rettes til mail: tlh@ucn.dk



CEPRAsriben er rangeret som niveau 1-tidsskrift på den danske Autoritetsliste.

cepra-sriben

