

**BEHANDLINGSTILBUD TIL BØRN OG
UNGE FRA FAMILIER MED STOF- ELLER
ALKOHOLMISBRUG**

MIDTVEJSRAPPORT, DECEMBER 2017

MIDTVEJSRAPPORT

INDHOLD

1.	INDLEDNING	1
1.1	Metoder og datakilder i midtvejsevalueringen	2
1.2	Læsevejledning	5
2.	RESUMÉ OG HOVEDKONKLUSIONER	6
3.	BEHANDLINGSTILBUD OG INDSATSER I PULJEN	12
4.	MÅLGRUPPEN	15
4.1	Den samlede målgruppes karakteristika	15
4.2	Målgruppeprofil: Børn fra 0-10 år	18
4.3	Målgruppeprofil: Børn og unge fra 11-16 år	20
4.4	Målgruppeprofil: Unge fra 17-24 år	22
4.5	Sammenligning på tværs af aldersgrupper	23
4.6	Frafaldsanalyse	25
5.	FORELØBIGE RESULTATER FOR BØRNENE OG DE UNGE	26
5.1	Generelt udbytte af indsatsen	26
5.2	Udvikling i børnene og de unges trivsel	27
5.3	Udvikling i børnene og de unges livsmestring	29
5.4	Udvikling i familien	37
6.	ERFARINGER MED IMPLEMENTERING	41
6.1	Opsporing og rekruttering til indsatsen	41
6.2	Metoder og kompetencer i behandlingstilbuddene	44
6.3	Fastholdelse af målgruppen i tilbuddene	45
6.4	Samarbejde om og organisering af indsatsen	45
6.5	Dokumentation, anvendelse af data og datadrevet refleksion i behandlingstilbuddene	46
7.	LÆRINGSPUNKTER FREMADRETTET	49

BILAG

Bilag 1 Øvrige tabeller og figurer

1. INDLEDNING

Denne rapport udgør midtvejsevalueringen for puljen Behandlingstilbud til børn og unge fra familier med stof- eller alkoholmisbrug. Midtvejsevalueringen beskriver de behandlingstilbud og indsatser, som gives til målgruppen i puljen og belyser hvad der kendetegner de børn og unge, som på nuværende tidspunkt indgår i behandlingstilbuddene. Desuden belyser midtvejsevalueringen de foreløbige resultater for de børn og unge, som har afsluttet en indsats og projekternes erfaringer med at etablere og implementere behandlingstilbuddene til målgruppen. Afslutningsvis peges der på en række læringspunkter for projekterne fremadrettet.

Forskning viser, at det har store konsekvenser for børn og unge at vokse op i familier med stof- og/eller alkoholmisbrug. Børn og unge fra familier, hvor mindst én forælder har et misbrug, har markant større risiko for trivselsproblemer i børne- og ungdomslivet, sammenlignet med andre børn og unge. Undersøgelser viser desuden, at trivselsproblemerne ofte følger børnene og de unge, og at en kaotisk og ustabil opvækst kan få direkte konsekvenser for deres voksenliv.

Det har store konsekvenser for børn og unge, der vokser op i familier med misbrug

Børn og unge, der vokser op i familier med stof- og/eller alkoholmisbrug, har ofte, eller er i stor risiko for at udvikle, mange facetterede og ganske omfattende følgevirkninger. Sammenlignet med andre børn og unge har børn og unge, der vokser op i familier med stof- og alkoholmisbrug, blandt andet:

- 2½ gange større risiko for at blive indlagt på psykiatrisk afdeling
- 3½ gange større risiko for at blive anbragt uden for hjemmet
- Ca. dobbelt så stor risiko for at forsøge selvmord og være selvskadende
- Hele otte gange så stor risiko for at opleve vold i hjemmet.

Herudover ses også en øget forekomst af lavt selvværd, social isolation, adfærdsproblemer, hyperaktivitet og aggressivitet blandt børn og unge, der vokser i familier med misbrug (Pisinger, Hawton og Tolstrup, 2017)

En opvækst med stof- og/eller alkoholmisbrug i familien har ikke kun store menneskelige konsekvenser på kort og langt sigt. Problemet omfang betyder også, at det har store samfundsøkonomiske konsekvenser. Blandt andet har Sundhedsstyrelsen estimeret, at omkostningen pr. barn eller ung, der er vokset op i en familie med alkoholmisbrug, er mellem kr. 30-50.000 kroner højere årligt, end for et barn eller ung, der vokser op i familier uden alkoholmisbrug (Sundhedsstyrelsen, 2009). Det er derfor vigtigt og afgørende, både fra et medmenneskeligt og et samfundsøkonomisk perspektiv, at børn og unge, der vokser op i familier med stof- og/eller alkoholmisbrug, bliver mødt med tilstrækkelige og virkningsfulde indsatser.

En varig pulje til udbredelse af behandlingstilbud til børn og unge

Det er i lyset af ovenstående, at der som led i aftalen om satspuljen 2015 er afsat midler til en varig pulje til udbredelse af behandlingstilbud til børn og unge fra familier med stof og/eller alkoholmisbrug. Puljen skal understøtte, at flere børn og unge, der har behov for støtte, får et behandlingstilbud, og at de behandlingstilbud, der gives, er velbeskrevne og baseret på viden om, hvilke indsatser der er velegnede til målgruppen af børn og unge. Med udgangspunkt i Socialstyrelsens forståelse af lovende praksis på det specialiserede socialområde, er det således formålet at modne de sociale indsatser og de organisatoriske rammer for behandlingstilbud til målgruppen¹.

På landsplan har kommuner samt private og frivillige organisationer (herefter projekter) med en ambition om at etablere nye indsatser, eller udvide eller videreudvikle eksisterende indsatser, til målgruppen af børn og unge, der vokser op i familier med stof og/eller alkoholmisbrug, kunnet

¹ Læs mere om Socialstyrelsens redskab til at identificere lovende praksis her <https://socialstyrelsen.dk/nyheder/2016/hvad-er-lovende-praksis-1>

søge puljen i perioden 2016 til 2019. Til at understøtte puljens formål og skabe et solidt vidensgrundlag for udmeldingen af en varig pulje i 2019 gennemfører Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) en evaluering af puljen. Evalueringen skal samlet set bidrage med at tilvejebringe viden om virkningsfulde indsatser til børn og unge i målgruppen, og til at understøtte og kvalificere at de indsatser der gives til målgruppen er velbeskrevet og baserer sig på viden om, hvad der virker.

Fokus i midtvejsevalueringen

Midtvejsevalueringen har et dobbelt formål og sigte. For det første er formålet at tegne et første billede af, i hvilket omfang indsatserne under puljen er virkningsfulde og bidrager til at øge trivsel og livsmestring, dvs. evnen til at håndtere sine følelser og sin adfærd i den situation man er sat i, blandt børn og unge, der vokser op i familier med stof- og/eller alkoholmisbrug. For det andet er formålet at samle op på foreløbig læringspunkter og erfaringer fra arbejdet med indsatsen. Dette særligt med henblik på at pege på fremadrettede opmærksomhedspunkter i arbejdet med behandlingstilbuddene i 2018 og 2019 og frem mod udmeldingen af en varig pulje af virkningsfulde behandlingstilbud til børn og unge i målgruppen.

Centrale evalueringsspørgsmål i midtvejsevalueringen

Midtvejsevalueringen fokuserer på at adressere og give svar på følgende centrale spørgsmål:

- Hvad kendetegner de børn og unge, som modtager behandlingstilbud under projekterne i puljen, og er der centrale forskelle mellem forskellige grupper af børn og unge, der modtager et behandlingstilbud?
- Hvad viser de foreløbige resultater for børnene og de unges trivsel og livsmestring, og er der forskelle i resultaterne på tværs af forskellige grupper af børn og unge?
- Hvad er projekternes erfaringer med implementeringen af behandlingstilbuddene i egen kontekst, og hvad oplever de, er de centrale drivkræfter og barrierer for en effektiv implementering af behandlingstilbuddene?

Slutevalueringen, som foreligger ultimo 2019, vil tilvejebringe viden om de endelige effekter for børnene og de unge, herunder også tegne et billede af, hvilke elementer i indsatserne fx individuelle indsatser, gruppeindsatser og familieinddragelse, der viser sig virkningsfulde på tværs af forskellige typer af behandlingstilbud, målrettet forskellige grupper af børn og unge, der vokser op i familier med stof- og/eller alkoholmisbrug.

1.1 Metoder og datakilder i midtvejsevalueringen

Midtvejsevalueringen er baseret på både kvalitative og kvantitative metoder og datakilder. Analysen og behandlingstilbuddenes resultater for børnene og de unge er overvejende baseret på før- og eftermålinger på baggrund af validerede måleredskaber, ligesom det billede, der tegnes af særlige kendetegn blandt børnene og de unge, er baseret på baggrundsmålinger gennemført, når børnene og de unge starter op i et behandlingstilbud. Tabellen nedenfor viser en oversigt over de enkelte metoder og datakilder benyttet i midtvejsevalueringen.

Tabel 1-1: Metoder og datakilder i midtvejsevalueringen

Metoder	Datakilder
Baggrundsmålinger	Barnet, den unge, forældre og behandlere
Før- og eftermålinger af trivsel og livsmestring	Barnet, den unge, forældre og behandlere
Lokale projektbesøg	Ledere, projektledere, behandlere
Seminarer og læringsworkshops	Projektledere og behandlere

Før- og eftermålinger af trivsel og livsmestring

Børnene og de unges trivsel er målt med WHO-5 trivselsindeks for alle børn og unge fra 3 til 24 år i indsatsen. Det vil sige, at vi refererer til WHO-5 målingerne, når målgruppens trivsel omtales. Trivselsmålingerne bliver ikke gennemført for de 0-2-årige børn.

WHO-5 trivselsindeks – score og fortolkning

WHO-5 er et valideret måleredskab og kan anvendes som et mål for en persons generelle trivsel eller velbefindende. Måleredskabet består af fem spørgsmål om, hvordan personen har følt sig tilpas i de seneste to uger. Måleredskabet giver en trivselsscore mellem 0 og 100, hvor 100 er den højeste grad af trivsel:

Risiko for depression og stressbelastning

- Pointtal mellem 0-35: Der kan være stor risiko for depression eller stressbelastning
- Pointtal mellem 36-50: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning
- Pointtal over 50: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning
- Den gennemsnitlige score for befolkningen ligger på 68.

Kilde: Guide til trivselsindekset: WHO-5, Sundhedsstyrelsen.

Måleredskabet er blevet anvendt ved indsatsens start og afslutning og udviklingen kan give en indikation af, hvorvidt indsatsen har haft en effekt på barnet/den unges trivsel.

Der er erfaring med at bruge WHO-5 til personer fra 16 år og op. Rambøll har i samarbejde med Socialstyrelsen valgt at bruge WHO-5 til trivselsmålingerne til hele målgruppen (3-24 år) for at have et samlet effektmål på tværs af aldersgrupperne. De 11-24-årige rapporterer selv deres trivsel, hvor det for de 3-10-årige er forældrene, som vurderer og rapporterer deres trivsel. Da redskabet normalt ikke bruges til børn, og da redskabet normalt besvares af personen selv, kan der være nogle forbehold ved tolkningen af resultaterne for børnene.

For de mindste børn (3-10 år) kan forældrene have et skævt billede eller manglende viden til at kunne rapportere deres børns trivsel korrekt. Der er således en vis risiko for, at forældrene vurderer deres børns trivsel højere, end den egentlig er.

Samtidig ved vi, at udsatte børn, herunder børn fra familier med rusmiddelproblemer, kan have en tilbøjelighed til at prøve at skjule vanskelighederne i hjemmet og prøve at fremstå som om, de har det godt, selvom de har det svært. Der kan således også være en skævhed i trivselsniveauet for de 11-16-årige, som kan fremstå som om, de har en højere trivsel, end hvad der egentlig er tilfældet, når de starter i indsatsen, og behandleralliancen ikke er skabt endnu. Disse forbehold er relevante at holde sig for øje i tolkningen af evalueringens resultater.

Da alder har en betydning for, hvad der kan forventes af børnene og de unges funktionsniveau og livsmestring, måles dette med aldersopdelte validerede måleredskaber, som beskrives nedenfor. Redskaberne har en række fælles fokusområder, som handler om at afdække børnene og de unges mentale styrker og vanskeligheder i forhold til deres følelser, adfærd og velbefindende.

Målingen af de 0-2-åriges udvikling foregår med et redskab, som Rambøll har udviklet. Her vurderer forældrene deres børn ud fra en række spørgsmål, som afdækker barnets velbefindende og adfærd.

Vurdering af udvikling for de 0-2-årige

Forældrene til de 0-2-årige vurderer deres barn inden for fem temaer:

- Fysik og sundhed (fx: *Dit barn kan lide at bruge sin krop og begiver sig ud i nye fysiske aktiviteter*)
- Rytme (fx: *Dit barn har en alderssvarende sove- og vågnerytme*)
- Sansning (fx: *Dit barn er i særlig grad følsom over for berøring*)
- Kontakt og tilknytning (fx: *Dit barn reagerer alderssvarende på, at du forlader rummet*)
- Social- og følelsesmæssig udvikling (fx: *Dit barn udviser lyst til at lege*).

De 3-10-årige børns udvikling i livsmestring er målt med det validerede redskab *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

SDQ-scoren er et udtryk for børnene og de unges vanskeligheder inden for temaerne:

- Vanskeligheder i relationer til jævnaldrende
- Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder
- Adfærdsvanskeligheder
- Emotionelle symptomer

Forældrene vurderer deres børn ud fra en række spørgsmål. Den samlede score er mellem 0 og 40, hvor en højere score er udtryk for en større grad af vanskeligheder.

De 17-24-åriges udvikling er målt med CORE-Outcome Measure og de 11-16-åriges udvikling er målt med CORE-YP (Young Person), som er en videreudviklet udgave særligt til denne aldersgruppe.

CORE-Outcome Measure

CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) er udviklet til at måle effekten af psykoterapeutiske forløb. Core-OM (Outcome Measure) består af 34 spørgsmål, som måler den unges styrker og vanskeligheder på fire temaer:

- Velbefindende
- Problemer og symptomer
- Mestring
- Risiko for selvskade.

Hvert spørgsmål vurderes på en skala fra 0 til 4 og den samlede score kan derfor gå fra 0 til 136, hvor en høj score er udtryk for en større grad af vanskeligheder. Det er således en positiv udvikling for den unge, når scoren er mindre.

CORE-YP

CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) er udviklet til at måle effekten af psykoterapeutiske forløb. Der er udviklet en særlig version, CORE-Young People, som egner sig til 11-16-årige børn og unge. CORE-YP består af 10 spørgsmål, som barnet eller den unge vurderer sig selv på fra 0 til 4.

Den samlede score kan gå fra 0 til 40, hvor en høj score er udtryk for en større grad af vanskeligheder. Det er således en positiv udvikling for barnet, når scoren er mindre.

Samtidig er der gennemført lokale projektbesøg og tværgående workshops med projektledere og behandlere. De lokale projektbesøg har særligt haft fokus på at give viden om fremdriften i projekternes implementering af behandlingstilbuddene, herunder også hvilke drivkræfter og barrierer projekterne har oplevet i takt med implementeringen. På enkelte projektbesøg er der gennemført interviews med pårørende og unge i behandlingstilbuddet, ligesom et panel af unge fra et af behandlingstilbuddene har deltaget med deres input på en af de tværgående workshops for projekterne.

1.2 Læsevejledning

Ud over indledningen består rapporten af følgende dele:

Kapitel 2: Hovedkonklusioner giver et kort resumé af rapporten og opsummerer konklusionerne på evalueringen. Dette kapitel er målrettet ledere og beslutningstagere, som vil danne sig et hurtigt overblik over rapportens væsentligste hovedfund.

Kapitel 3: Behandlingstilbud og indsatser i puljen beskriver projekterne i puljen, dvs. de behandlingstilbud som indgår i puljen, de indsatser som målgruppen tilbydes og de kerneelementer, som indsatserne består af. Kapitlet fungerer som en rammesætning for resten af rapportens kapitel.

Kapitel 4: Målgruppen beskriver, hvad der kendetegner de børn og unge, som på nuværende tidspunkt har startet et forløb i behandlingstilbuddene. Kapitlet giver således en samlet karakteristik af de børn og unge, som indgår i puljen, tegner målgruppeprofiler baseret på børnene og de unges alder og præsenterer en analyse af de børn og unge, som frafalder inden indsatsen starter. Kapitlet er målrettet ledere, beslutningstagere, projektledere og behandlere, som kan have interesse i, hvad der kendetegner målgruppen i puljen.

Kapitel 5: Foreløbige resultater præsenterer de foreløbige resultater af indsatserne baseret på de børn og unge, som på nuværende tidspunkt har afsluttet et behandlingsforløb. Kapitlet præsenterer børnene og de unges udbytte af indsatsen, deres udvikling i trivsel og livsmestring og hvordan de oplever udviklingen i familien. Resultaterne er præsenteret på tværs af behandlingstilbud og indsatser. Kapitlet er målrettet ledere, beslutningstagere, projektledere og behandlere, som kan have interesse i de foreløbige resultater i puljen.

Kapitel 6: Implementeringserfaringer beskriver de erfaringer, behandlingstilbuddene har gjort sig i forhold til at etablere og implementere indsatserne til målgruppen, herunder særligt erfaringerne med rekruttering af målgruppen samt behandlingstilbuddenes erfaringer med at udvikle og implementere effektive indsatser. Kapitlet er målrettet projektledere og behandlere i puljen, der kan drage nytte af hinandens erfaringer med implementeringen samt ledere og behandlere i lignende tilbud, som kan drage nytte af projekternes erfaringer.




Kapitel 7: Læringspunkter fremadrettet beskriver de opmærksomhedspunkter, som midtvejs-evalueringens resultater giver anledning til. I kapitlet præsenteres konkrete læringspunkter og greb, som projekterne kan bruge som inspiration fremadrettet. Kapitlet er således primært målrettet projektledere og behandlere i puljen, men kan også bruges af ledere og medarbejdere i lignende tilbud, som kan drage nytte af projekternes erfaringer.

I løbet af rapporten er der fremhævet enkelte nøgleord i brødteksten, der fungerer som en støtte til læseren.

2. RESUMÉ OG HOVEDKONKLUSIONER

I dette kapitel opsummerer vi midtvejsevalueringens samlede indhold samt opridser de centrale konklusioner for rapportens tre hovedkapitler om målgruppen, resultater for målgruppen og erfaringer med implementering af behandlingstilbuddene.

Tabel 2-1: Midtvejsevalueringens hovedkonklusioner

Tema	Hovedkonklusioner
<p>Målgruppen</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Stor overvægt af piger på tværs af behandlingstilbud – især blandt de ældre. • Stor andel af børn og unge, hvor de biologiske forældre ikke bor sammen. Hjemmeboende børn og unge bor primært hos moderen. • De 17-24-årige udgør den største andel i den samlede målgruppe, som indgår i behandlingstilbuddene. • Alkoholmisbrug er den mest gennemgående misbrugsproblematik – det er en lille andel af familierne, hvor der er stofmisbrug. • Det er primært faderen, som er den misbrugende part. • 87 pct. af børnene og de unge har øvrige problematikker i familien ud over rusmiddelproblemerne. De oftest forekommende problematikker er psykiske vanskeligheder i familien og højt og langvarigt konfliktniveau i familien. • Omkring 40 pct. af børnene og de unge modtager øvrig støtte ud over behandlingstilbuddene. Størst er andelen for de ældste unge, der bruger private tilbud.
<p>Foreløbige resultater af indsatserne</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Børnene og de unge oplever, at behandlingstilbuddet har bidraget positivt til deres liv. • Særligt de unge (17 år eller derover) oplever en markant fremgang i trivsel, om end de også har et markant lavere trivselsniveau ved start i indsatsen end de øvrige aldersgrupper. • Børnene og de unge oplever samlet set en positiv udvikling i deres vanskeligheder og livsmestring. • For de mindre børn (3-10 år) gælder det, at de særligt har store vanskeligheder i forhold til emotionelle symptomer, men at det også er dette parameter, hvor den største positive udvikling sker. • De positive resultater skal ses i lyset af, at børnene og de unge i udgangspunktet har større vanskeligheder end normen for børn og unge i samme alder. Resultaterne af indsatsen bringer børnene og de unge tættere på det normale niveau for trivsel og livsmestring, men børnene og de unges trivsel er stadig lavere end normen ved behandlingsforløbets afslutning. • Særligt de små børns udvikling i trivsel hænger tæt sammen med udviklingen i familien.
<p>Implementering af indsatserne</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Målgruppen er heterogen og der er behov for en differentieret rekrutteringsstrategi for at nå de forskellige børn, unge og familier i målgruppen samt et løbende fokus på at rekruttere til behandlingstilbuddet, da målgruppen ikke nødvendigvis henvender sig af sig selv. • Videns- og holdningsbearbejdning er nødvendigt for at kunne rekruttere gennem andre aktører og interessenter. • Der er forskellige grader af metodefrihed i behandlingstilbuddene. Fælles for alle er dog, at det er centralt at kende de faglige rammer for indsatsen. • Det er nødvendigt at sikre supervision for at etablere en systematisk erfaringsudveksling, der kan understøtte højt fagligt fokus og mulighed for faglig refleksion. • Geografiske forhold kan have stor betydning både for rekruttering og fastholdelse. • Inddragelse af forældre og netværk kan være en drivkraft for fastholdelse i indsatsen. • På tværs af tilbuddene oplever behandlere, at der er stort behov for at koordinere med andre indsatser og aktører. • Data om resultaterne i indsatsen kan anvendes på flere niveauer: Som udgangspunkt for dialog med børnene, de unge og forældrene, til faglig refleksion og som vidensindsamlings til relevante beslutningstagere.

Denne midtvejsrapport udgør en midtvejsevaluering af behandlingstilbud målrettet børn og unge i familier med alkohol- eller stofmisbrug, finansieret under en pulje udmøntet af Socialstyrelsen. Formålet med rapporten er at tegne et første billede af, i hvilket omfang indsatsene er virkningsfulde og bidrager til at øge trivsel og livsmestring blandt børn og unge, der vokser op i familier med stof- og/eller alkoholmisbrug. Rapporten har også til formål at samle op på foreløbige læringspunkter og erfaringer fra arbejdet med indsatsene. Dette særligt med henblik på at pege på fremadrettede opmærksomhedspunkter i arbejdet med behandlingstilbuddene i 2018 og 2019 og frem mod udmeldingen af en varig pulje af virkningsfulde behandlingstilbud til børn og unge i målgruppen

Børn og unge fra familier med stof- eller alkoholmisbrug

Målgruppen for puljen er børn og unge i alderen 0-24 år, hvor de fleste af behandlingstilbuddene henvender sig til hele denne målgruppe, henvender nogle af behandlingstilbuddene sig kun til bestemte aldersgrupper (fx 5-24 år eller 14-24 år). Midtvejsevalueringens analyser af målgruppen bygger på 2.136 baggrundsmålinger.

Den samlede målgruppes karakteristik

Midtvejsevalueringen viser, at der er en stor andel af piger blandt de børn og unge, som indgår i behandlingstilbuddene. Særligt i den ældre gruppe (17 år og ældre) er der en stor andel af piger, hvor kønsfordelingen er mere ligeligt fordelt blandt de yngre børn (0-10 år). Dette afspejler formentlig, at de mindre børn i højere grad starter i tilbuddet via deres forældre, mens de unge i mindre grad er afhængige af deres forældre i forhold til at starte i tilbuddet. 51 pct. af børnene og de unge i behandlingstilbuddene er 17 år eller derover, og den ældste gruppe udgør således den største andel af den samlede målgruppe i tilbuddene. 42 pct. af den samlede målgruppe bor delvist hos mor og far, primært hos mor eller primært hos far, hvilket tyder på, at familiestrukturen for en stor andel af børnene og de unge i målgruppen er karakteriseret af skilsmisser eller opbrud i familien, hvor barnets forældre ikke (længere) bor sammen. Der er en overvægt af børn og unge, hvor faderen har rusmiddelproblemet (71 pct.), mens det kun er lidt over hver tredje, hvor mor er den, der har rusmiddelproblemet (39 pct.). Børnene og de unges familier er samtidig kendetegnet ved at have andre problematikker end rusmiddelproblemet, og især psykiske vanskeligheder og/eller et højt og langvarigt konfliktniveau i familien er de mest fremtrædende problematikker. For kun 13 pct. af børnene og de unge er der ingen øvrige problematikker i familien.

Kendetegn ved målgruppeprofiler

En række kendetegn gør sig gældende for henholdsvis den yngste del af målgruppen fra 0-10 år, den midterste gruppe fra 11-16 år og den ældste gruppe fra 17-24 år. For den yngste målgruppeprofil er det i højere grad far end mor, som har rusmiddelproblemet, og børnene bor i højere grad primært med mor. Det tyder således på, at en mor uden rusmiddelproblem er en drivkraft for, at de mindre børn starter i behandlingstilbuddet, og behandlingstilbuddene i mindre grad lykkes med at rekruttere de mindre børn via fædre, hvor det er mor, der har rusmiddelproblemet. Ca. en fjerdedel af de 0-10-årige modtager øvrig støtte ud over behandlingstilbuddet, og blandt dem, som modtager øvrig støtte, gælder det for halvdelen, at det er en social foranstaltning på baggrund af en § 50-undersøgelse. Blandt de 3-10-årige er der lige under 20 pct., som kan karakteriseres ved at have en lav trivsel, når de starter i indsatsen.

For de 11-16-årige gælder det også, at de primært bor ved mor, at det primært er far, der har rusmiddelproblemet, og at det primært er alkohol, som er rusmiddelproblematikken i familien. Her modtager 40 pct. øvrig støtte ud over behandlingstilbuddet, og ca. 40 pct. kan betegnes som værende i lav trivsel, når de starter i indsatsen. Både de mindre børn (3-10 år) og de større børn (11-16 år), som har lav trivsel, når de starter i indsatsen, er kendetegnet ved, at de i mindre grad end de øvrige børn bor ved begge forældre og at det i højere grad er mor eller begge forældre, som har rusmiddelproblemet.

Blandt de 17-24-årige er størstedelen udeboende. Her gælder det, at andelen, hvor mor har rusmiddelproblemet, er større end i de andre aldersgrupper, hvilket tyder på, at de unge i højere grad selv henvender sig, uanset om det er mor eller far, der har rusmiddelproblemet. 44 pct. modtager øvrig støtte ud over behandlingstilbuddet og heraf modtager hovedparten støtte i privat eller frivilligt regi. Samtidigt er der en stor andel af de unge (ca. 60 pct.), som kan karakteriseres som værende i lav trivsel ved indsatsens start. De unge, som er i lav trivsel ved indsatsens start, kommer i højere grad fra familier med stofproblematikker end de øvrige unge, og modtager i højere grad støtte ud over behandlingstilbuddet end de øvrige unge.

Frafaldsanalyse

De børn og unge, som tager kontakt til tilbuddet, men som ikke når at starte en indsats bor i mindre grad ved mor eller ved begge forældre, sammenlignet med dem, som starter indsatsen. Det tyder således på, at det er en drivkraft for at starte i indsatsen at bo sammen med mor. Samtidigt tyder det på, at børnene og de unge i højere grad frafalder, inden indsatsen starter, når de bor med den, som har rusmiddelproblemet. Der er en større andel af unge i gruppen, som falder fra, inden indsatsen går i gang, og i nogle af behandlingstilbuddene oplever behandlerne, at der kan være unge og familier, som er hjulpet fint efter et par rådgivende samtaler. Det kan dog ikke udelukkes, at nogle af de børn og unge, som falder fra, inden indsatsen starter, har behov for indsatsen.

Frafaldsanalysen viser også, hvad der kendetegner de børn og unge, som afslutter deres forløb som planlagt (dvs. gennemfører indsatsen), og dem, som afslutter deres forløb før tid (dvs. stopper i behandlingstilbuddet, inden indsatsen er færdig). De børn og unge, som afslutter indsatsen før tid, er i højere grad kendetegnet ved at bo hos far, i højere grad at være fra familier, hvor mor eller begge forældre har et rusmiddelproblem, og der kan således være behov for en ekstra opmærksomhed på, hvordan behandlingstilbuddene kan arbejde med at understøtte disse børn og unge i at gennemføre indsatsen.

Foreløbige resultater for målgruppen

I analysen af de foreløbige resultater for målgruppen ser vi på målgruppens udvikling i trivsel, og vi ser på målgruppens udvikling forbundet med deres livsmestring. Udvikling i trivsel vurderes ved hjælp af WHO-5 trivselsindeks på tværs af 3-24-årige, mens livsmestring afdækkes gennem aldersspecifikke validerede måleredskaber, der anvendes overfor målgruppeprofilerne 3-10 år, 11-16 år og 17-24 år. Resultaterne sammenholdes, hvor det er muligt, med baggrundsforhold ved børnene og de unges familie.

Målgruppens udvikling i trivsel

På tværs af målgruppen af børn og unge samt hos forældrene til de mindre børn opleves i høj grad, at behandlingsforløbet har haft en positiv betydning for dem, når de afslutter deres forløb i behandlingstilbuddet. Som led i børnene og de unges deltagelse i behandlingsindsatserne, er WHO-5 trivselsmåling blevet udfyldt i forbindelse med opstart og afslutning i indsatserne. Samlet set går børnene og de unge i indsatserne fra en gennemsnitsscore på 53 til en gennemsnitsscore på 67, og de nærmer sig derfor samlet set gennemsnitsscoren for befolkningen som helhed, der ligger på 68. Især de ældste unge går fra en gennemsnitsscore, hvor de er i risiko for at udvikle depression eller stressbelastning til en gennemsnitsscore, som nærmer sig normen for trivselsmålet. På tværs af hele målgruppen oplever 72 pct. af børnene og de unge fremgang i trivsel, og 22 pct. oplever tilbagegang.

Målgruppeprofilernes udvikling i styrker og vanskeligheder

Da der anvendes aldersopdelt dataindsamling i forhold til målgruppens udvikling i styrker og vanskeligheder – *livsmestring* – afrapporteres herpå i målgruppeprofilerne.

For de helt små børn på 0-2 år kommer udviklingen primært til udtryk gennem arbejdet med forældrene og de kompetencer og den livsmestring, som forældrene tilegner sig. Den gennemsnitlige udvikling for de mindste børn sker primært i forhold til rytme i hverdagen, tydelige overgange mellem aktivitet og hvile samt kontinuitet i familiens hverdag i forhold til sove-, spise- og øvrige aktiviteter. Forældrene oplever derudover, at de har gennemgået en positiv udvikling i forhold til at skabe en struktur i familielivet, hvilket kan hænge sammen med, at det er barnets rytme, som der primært har været en positiv udvikling indenfor.

For målgruppen af børn fra 3-10 år er der samlet set sket en positiv udvikling i børnenes vanskeligheder fra start til afslutning. Analysen viser desuden, at børnene har en væsentlig positiv udvikling i deres vanskeligheder, særligt de emotionelle symptomer. Selvom deres vanskeligheder ikke mindskes i en sådan grad, at de er på niveau med gennemsnittet for 5-7-årige børn, tyder analysen på, at behandlingstilbuddene har en positiv virkning på børnenes livsmestring og vanskeligheder.

Målgruppen af børn og unge fra 11-16 år udvikler sig også positivt fra start til slut, når vi ser på udviklingen i deres styrker og vanskeligheder. Børnene og de unge starter med en langt højere grad af vanskeligheder end børn og unge i samme aldersgruppe, men deres vanskeligheder mindskes i løbet af behandlingsforløbet, så deres livsmestring nærmer sig det normale niveau for 11-16-årige. Samlet set oplever 70 pct. af børnene og de unge fra 11-16 år en positiv udvikling i deres livsmestring.

Den ældste del af målgruppen fra 17-24 år flytter sig samlet set fra at have en moderat grad af vanskeligheder til en mild eller lav grad af vanskeligheder. Det største gennemsnitlige (og positive) fald sker på temaet *velbefindende*, men målgruppen flytter sig også positivt ift. risiko for selvskaade, problemer og depressive, angst- eller fysiske symptomer samt mestring. Samlet set oplever 83 pct. af de unge en positiv udvikling i deres livsmestring.

Udvikling i familien

De børn og unge, hvor enten mor eller begge forældre har eller har haft rusmiddelproblemer, oplever i større omfang fremgang i trivsel. Samtidigt er der en tendens til, at de børn og unge, som oplever tilbagegang i deres livsmestring, er de børn og unge, hvor enten mor eller begge forældre har eller har haft rusmiddelproblemet. Det tyder derfor på, at der er behov for at være særligt opmærksomme på de børn og unge, der har en mor med rusmiddelproblem, da dette har stor indvirkning på børnene og de unges udvikling i trivsel og livsmestring. På tværs af målgruppen vurderer 62 pct. af børnene, de unge og forældrene, at der sker en positiv udvikling i familien fra opstart til afslutning af indsatsen, hvorimod ca. en tredjedel oplever en negativ udvikling i familien. Samlet set indikerer analysen, at en positiv fremgang i de mindre børns trivsel i langt højere grad afhænger af en positiv udvikling i familien, hvorimod de ældre børn og unge godt kan opleve øget trivsel på trods af en negativ udvikling i familien.

Erfaringer med implementering

De foreløbige implementeringserfaringer i projekterne er tæt forbundet med behandlingstilbuddenes udgangspunkter i organisering og historik, idet der både er kommunale og private tilbud, og både er tilbud, som har eksisteret i mange år, og tilbud, som er blevet etableret i kraft af puljen.

Der er dog en række tematikker, der har gjort sig gældende på tværs af alle behandlingstilbuddene, herunder rekruttering af målgruppen, metoder og kompetencer i tilbuddene, fastholdelse af målgruppen i tilbud, samarbejde og organisering af tilbuddene samt dokumentation og anvendelse af data.

Rekruttering kræver differentieret rekrutteringsstrategi og løbende holdningsbearbejdelse

Tilbuddenes erfaring er, at rekruttering kræver forskellige strategier afhængigt af 1) den målgruppe, man ønsker at rekruttere, og 2) den 'kanal' – de fagpersoner – man ønsker at rekruttere gennem. I henhold til førstnævnte har mange af tilbuddene erfaret, at det er nemmere at rekruttere familier med alkoholmisbrug end stofmisbrug, ligesom den yngste del af målgruppen i højere grad kommer via deres forældre, mens de unge ofte henvender sig på egen hånd. Flere tilbud har også fundet det afgørende, at de tilbyder indledende anonyme samtaler, da målgruppen ofte er tynget af skam og skyld forbundet med deres familiesituation, og derfor er nogle behandlingstilbud også udfordret af, at mange af borgerne i de mindre kommuner kender hinanden.

På tværs af tilbuddene er erfaringen også, at der er forskelligartet praksis hos de aktører, som kan være med til at rekruttere til indsatserne. Tilbuddene oplever det centralt, at de har en tæt dialog med relevante 'rekrutteringskanaler', herunder især har fokus på at forstå og arbejde med de kommunale rusmiddelcentre, myndigheden på børneområdet samt frontpersonalet, fx på uddannelsesinstitutioner og på sundhedsområdet. Dialogen og samarbejdet med disse aktører kan bl.a. handle om at etablere faste arbejdsgange på tværs af det kommunale misbrugscenter og behandlingstilbudet. Det kan også handle om at sikre, at myndigheden på børneområdet kender til tilbudet og formålet hermed samt understøtter frontpersonalerne gennem opkvalificering og konkrete forslag til sætninger, som personalerne kan anvende i dialog med børn og unge.

Metodefrihed inden for klare rammer om indsatsens form og indhold

Projekterne spænder vidt i forhold til anvendelsen af manualbaserede, terapeutiske og socialpædagogiske metoder, ligesom de konkrete redskaber og materialer, der anvendes, er af forskellige karakterer afhængigt af både målgruppens behov og refleksionsniveau samt medarbejdernes erfaringer og kompetencer. På tværs af behandlingstilbuddene ses vidt forskellig faglighed hos behandlerne, hvorfor flere af tilbuddene har oplevet det essentielt løbende at arbejde med den professionelle praksis for at sikre en enighed om tilbuddets indhold og form samt især tilgangen til målgruppen. Hovedparten af tilbuddene oplever det også som nødvendigt at foretage supervision og etablere en systematisk erfaringsudveksling for at sikre højt fagligt fokus og mulighed for faglig refleksion på tværs af behandlergruppen.

Fastholdelse af målgruppen

På tværs af tilbuddene opleves en række drivkræfter og barrierer i forbindelse med fastholdelse af børnene og de unge i behandlingsindsatsen, når de er rekrutteret og har deltaget et par gange. Nogle af tilbuddene oplever en barriere i store geografiske afstande, der udfordrer den del af målgruppen, der fx har begrænsede ressourcer og overskud til at transportere sig til et tilbud en gang om ugen. Derudover kan det være svært at fastholde de ældre unge (jf. frafaldsanalysen), bl.a. da behandlerne oplever, at mange af de unge er stressede, bekymrede og har svært ved at etablere struktur i deres dagligdag. Tilbuddene oplever det som en central drivkraft at inddrage forældrene eller relevante omsorgspersoner i deres børns forløb uanset barnet eller den unges alder, da det kan være den nødvendige støtte for at komme kontinuerligt i tilbuddene.

Samarbejde og organisering om indsatsen

Behandlingstilbuddene under denne pulje er vidt forskelligt forankret og har deraf også vidt forskellig organisering, ledelse og samarbejdsrelationer. På tværs af tilbuddene opleves det som afgørende at have stor opmærksomhed på de øvrige tilbud, barnet eller den unge indgår i (fx mentor eller psykolog), så der pågår en klar koordinering af dette. Mange tilbud har haft god erfaring med at nedsætte styregrupper, der består af repræsentanter fra forskellige relevante samarbejdsaktører og/eller kommuner, og det opleves også som afgørende, at der er stærk ledelsesmæssig opbakning til behandlingstilbudet, da det giver projektlederen ro til at fokusere på rekruttering og drift ifm. tilbudet, samt kan blive en 'adgangsbillet' til mange af samarbejdsaktørerne, der allerede kender til problematikken og prioriteringen af arbejdet hermed.

Dokumentation, anvendelse af data og viden i faglig refleksion

Den løbende monitorering og dokumentation af målgruppens udvikling opleves relevant hos alle behandlingstilbud, om end vanskeligt at få tid til. Her har flere af tilbuddene haft god erfaring med at etablere *faste arbejdsgange og systematik* for indberetning af data, bl.a. i dialogen med målgruppen som del af behandlingsindsatsen. Nogle af tilbuddene anvender data som udgangspunkt for kvalificering og udvikling af deres behandlingstilbud løbende, bl.a. ved at drøfte resultaterne på personalemøderne løbende. Derudover er der flere af projektlederne, der oplever det givtigt at medbringe analyser af data (rapporter) på styregruppemøder og møder med beslutningstagere generelt, da det fx kan understøtte et politisk fokus på tilbuddets formål, målgruppe og tilbuddets løbende resultater

3. BEHANDLINGSTILBUD OG INDSATSER I PULJEN

Formålet med dette kapitel er at give en kort beskrivelse af de projekter, og dermed behandlingstilbud, som indgår i puljen, og de indsatser, som børnene og de unge modtager i behandlingstilbuddene. Kapitlet fungerer som en rammesætning for de følgende kapitler, der hver især beskriver den konkrete målgruppe, som indgår i behandlingstilbuddene og de foreløbige resultater for børnene og de unge.

Der er stor forskel på behandlingstilbuddene i puljen, hvor nogle er kommunale og andre er private. Samtidig er nogle af behandlingstilbuddene nystartede i forbindelse med projektet, hvorimod andre har eksisteret i længere tid og udvider deres målgruppe og/eller udvikler deres indsats i forbindelse med projektet. I tabellen nedenfor præsenteres de projekter, der har fået tildelt midler i puljen.

Tabel 3-1: Projekter, der indgår i puljen

Projekter	Organisering og indsatser
Aalborg Kommune	Projektet er forankret i Aalborg Kommunes misbrugsafsnit og tilbyder individuelle og familiesamtaler, børne- / teenage- og voksengrupper og på sigt flerfamilies grupper. Behandlingstilbuddet er til børn og unge mellem 0-24 år, der vokser op i en familie med stof- og/eller alkoholproblemer.
BRUS	Projektet er et fælleskommunalt projekt i 11 midtjyske kommuner, hvor behandlingstilbuddet er forankret i de kommunale rusmiddelcentre. Der tilbydes aldersinddelte gruppeforløb af 8-10 sessioner, individuelle samtaler, familiesamtaler og åben og anonym chatrådgivning. Målgruppen for tilbuddet er børn og unge i alderen 0-24 år, der vokser op i familier med rusmiddelproblemer.
Barnets Blå Hus	Barnets Blå Hus drives af den private, sociale organisation Blå Kors Danmark. Husene tilbyder børnegrupper og andre terapeutiske forløb samt en række sociale aktiviteter. Målgruppen er børn i alderen 0-13 år, som lever i familier med misbrugsproblemer, samt deres forældre.
CTU- Center for trivsel og udvikling	Projektet er et samarbejde mellem Den Boligsociale Fond og Lolland og Guldborgsund kommuner. CTU tilbyder både individuelle samtaler med børn og unge, gruppesamtaler med børn og unge (aldersopdelt og temaopdelt) og familiesamtaler. Derudover også åbne frivillige tilbud. Målgruppen er børn og unge fra 10-25 år.
ProjektGIV	Projektet er tværkommunalt forankret i et samarbejde mellem Greve, Ishøj og Vallensbæk kommuner. ProjektGIV tilbyder samtalegrupper (aldersopdelt), kropsgrupper, mindfulness, familiesamtaler samt forskellige former for rådgivning. Målgruppen er børn og unge i alderen 8-24 år fra familier med stof- og/eller alkoholproblemer i Greve, Ishøj eller Vallensbæk Kommune.
Dit RUM	Projektet er forankret i KABS viden, Glostrup Kommune. Dit Rum tilbyder forløb til gravide (det ufødte barn), legestuegrupper, individuelle samtaler, familiesamtaler, netværkssamtaler, børne- og ungegrupper og mentorordning. Målgruppen for tilbuddene er børn og unge fra 0-25 år, der er vokset op med stoffer eller alkohol i familien, gravide, der har/nyligt har haft et forbrug af stoffer eller alkohol, eller partner har, samt gravide og forældre under 25 år, der selv er vokset op med stoffer eller alkohol i familien.
BALLAST	Projektet er forankret under KFUM's sociale arbejde. Ballast tilbyder (aldersopdelte) gruppeforløb samt individuelle forløb og aktiviteter med frivillige. Ballast er et tilbud til børn og unge mellem 5-25 år fra familier med afhængighed og misbrugsproblemer.
DeDrikkerDerhjemme	Projektet er forankret i Københavns Kommune. De Drikker Derhjemme tilbyder anonyme samtaler/samtaleforløb, børnesamtaler med inddragelse af forældre/netværk, samtalegrupper for børn og unge, familie- og netværkssamtaler samt rådgivning. Målgruppen er børn og unge fra 0-25 år (herunder også ufødte børn, dvs. gravide mødre).
Familieværkstedet	Projektet er forankret i Københavns Kommune. Familieværkstedet tilbyder spædbarnssamtaler, legeterapi og børnesamtale, gravidsamtale og gruppeaktiviteter. Familieværkstedet er et tilbud til københavnske familier med børn i alderen 0-5 år og gravide, som har oplevet/har problemer med alkohol, hash eller andre stoffer.

Projekter	Organisering og indsatser
Rusbehandling København	Projektet er forankret i Københavns Kommunes Center for Rusmiddelbehandling og tilbyder familiesamtaler, individuelle børne- og ungesamtaler efter behov og brobygning til projektets øvrige tilbud, hvor det er relevant. Målgruppen er børn og unge op til 25 år, hvis forælder eller anden pårørende er i behandling i Center for Rusmiddelbehandling København.
Novavi Ung Revers	Projektet er forankret under Fonden Novavi (tidligere Fonden Lænkeambulatorierne) og tilbyder individuelle samtaleforløb eller i gruppe. Ung Revers er et tilbud til børn og unge i alderen 0–25 år, som er vokset op i familier med stof- og alkoholproblemer.
De små skuldre	De små skuldre er forankret i Tjele Behandlingscenter og tilbyder aldersopdelte gruppeforløb á 10 ugers varighed, som tager udgangspunkt i 10 forskellige temaer. Målgruppen er børn og unge pårørende til alkohol- og stofafhængige i alderen 8-24 år.
TUBA	TUBA er en privat organisation under Blå Kors Danmark og tilbyder terapi og rådgivning i individuelle samtaler eller i gruppeterapi sammen med andre unge. Målgruppen er unge mellem 14-24 år (i mange afdelinger også 25-35-årige), der har problemer med trivsel i deres hverdag som følge af opvæksten i en familie med alkohol- eller stofmisbrug.
Just Be you/Care4you	Projektet er forankret i Tønder Kommunes misbrugscenter og tilbyder tre anonyme samtaler og samtaleforløb for målgruppen af børn og unge mellem 7-25 år, i familier med misbrug.

Note: For en mere uddybende beskrivelse af behandlingstilbuddene, herunder målgruppe og indsats, se Socialstyrelsens pjece: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/behandlingstilbud-til-born-og-unge>

Som det fremgår af tabellen ovenfor består indsatserne på tværs af behandlingstilbuddene typisk af gruppesamtaler, individuelle samtaler, sociale aktiviteter og familiesamtaler. I forbindelse med evalueringen har projekterne desuden beskrevet de potentielle virkningsfulde kerneelementer i indsatserne. Boksen nedenfor beskriver, hvad der i denne evaluering forstås ved kerneelementer.

Definition af kerneelementer

Kerneelementer er de elementer – grundlæggende principper - der definerer den effektive indsats. Kerneelementer inkluderer de funktioner og principper samt dertilhørende aktiviteter, der vurderes nødvendige for at opnå effekter. Det vil sige de dele af indsatsen, der skal være til stede, for at en indsats har den ønskede effekt. I evalueringen skelner vi mellem *potentielle* kerneelementer, som er de kerneelementer behandlingstilbuddene vurderer er virksomme i indsatsen og *reelle* kerneelementer, som vi først kender, når evalueringen af sammenhængen mellem kerneelementerne og resultaterne for børnene og de unge er gennemført.

På tværs af behandlingstilbuddene og indsatserne dokumenterer projekterne således i hvilken grad det enkelte barn og den enkelte ung modtager de kerneelementer, som indsatsen består af. Tabellen nedenfor viser de potentielle kerneelementer på tværs af indsatserne i behandlingstilbuddene.

Tabel 3-1: Kerneelementer, der indgår i indsatserne

Kerneelement	Uddybning
Fokus på ressourcer, udvikling og handlemuligheder	Dette kerneelement handler om, at medarbejdere har en positiv tilgang til barnets kunnen, og løbende lægger vægt på barnets fremgang og de 'små succeser' undervejs. Mange børn/unge oplever at føle sig til besvær overfor en forælder med rusmiddelproblemer, og gennem et fokus på barnets/den unges konstante udvikling og ressourcer understøttes barnet/den unge i at forstå sin egen situation og regulere sine handlinger herefter. Nogle projekter fremhæver her et 'løsningsorienteret fokus' som en god tilgang til at understøtte barnets/den unges handlemuligheder, da barnet/den unge herved guides i bestemte retninger, som barnet/den unge ikke selv er i stand til at udpege.
Barnet i centrum	Med dette kerneelement refereres til et princip om, at barnet/den unge har styringen i hans/hendes liv. Flere af de involverede projekter understreger her, at det er vigtigt at anerkende barnets/den unges behov og oplevelse af sin situation for dernæst at støtte vedkommende ift. det, han/hun finder relevant. Hovedparten af

Kerneelement	Uddybning
	projekterne understreger, at det handler om, at barnet skal føle sig 'set', 'hørt' og 'forstået' for på den måde føle ejerskab over egen situation og motivation for at arbejde med den og sig selv. Derudover handler det om, at man som behandler udviser fleksibilitet, er serviceminded og imødekommer det, som barnet/den unge har behov for.
Leg og øvelser	Dette kerneelement handler om at understøtte barnet/den unge gennem leg og øvelser. Ved at lege og øve stimuleres barnets/den unges følelser og kompetencer, og de opnår større kendskab til eget følelsesliv og dertilhørende adfærd såvel som evne til at regulere begge dele. Det kan være en del af kerneelementet at behandleren fastholder en struktur og opretholder en funktion som facilitator af øvelsen/legen – og støtter barnet/den unge i denne.
Fokus på netværk	Dette kerneelement ligger tæt op af forståelsen omkring en 'helhedsorienteret tilgang'. Det handler i høj grad om at betragte alle barnets kontekster og omgivelser som værdifulde ressourcer at trække på undervejs i indsatsen. Enkelte behandlingstilbud arbejder fx med netværkskort og genogram for at afdække hvilke personer, der kan være relevante at inddrage i barnets/den unges deltagelse i indsatsen. De vigtigste personer at inddrage er forældrene, som kan være en fordel at samarbejde med løbende under indsatsen. Ved at tilskynde forældre i at deltage eller følge barnet/den unges forløb på tæt hold, arbejder man med forhold omkring barnet/den unge, som også gør sig gældende efter indsatsens afslutning. Desuden handler kerneelementet også om, at barnet/den unge hjælpes videre til øvrige aktiviteter og foreninger udenfor indsatsens regi, og den bliver således brobyggende i en eller anden grad.
Tillid og tryghed i rammer og relationer	Tillid og tryghed er et vigtigt kerneelement i indsatsen, og er afgørende for at barnet/den unge får en god virkning af at indgå i indsatsen. Tillid og tryghed dækker både over tillid til personerne, man er omgivet af samt trygheden, denne tillid giver. Tillid mellem behandler og barn/unge, samt mellem barn/unge og øvrige deltagere fx i et gruppeforløb kan skabes på forskellige måder, men bl.a. fremhæver behandlingstilbuddene, at man opnår tillid og tryghed ved at være nærværende, anerkendende og accepterende i sin tilgang som behandler overfor barnet. Tillid og tryghed etableres også, ved at understøtte en vis genkendelighed, fast struktur, forudsigelighed og ritualer med sin indsats.
Oplevelse af at være en del af et fællesskab	Dette kerneelement omhandler barnets/den unges følelse af at være inkluderet i en social sammenhæng. Gennem både mindre og større sociale grupper – såvel som uformelle sociale samværsaktiviteter – kan indsatserne understøtte, at barnet/den unge ikke oplever sig alene i/med sine udfordringer, men derimod oplever at kunne spejle sig i andre børn/unge, der sidder med samme type udfordringer. Dette kan bl.a. bidrage til at aftabusere, afstigmatisere og normalisere barnet/den unges situation.
Fokus på forståelse af egen situation	Ved at have fokus på barnets/den unges forståelse af egen situation kan indsatserne understøtte en bearbejdning og positiv udvikling hos barnet/den unge. Flere af projekterne fremhæver bl.a. brugen af psykoedukation og fokus på mentalisering som en god måde at forstå den situation barnet/den unge er i. Det er vigtigt, at barnet/den unge får en oplevelse af, at det ikke er deres skyld, at deres forælder/omsorgsgiver har rusmiddelproblemer – og at det heller ikke er deres ansvar. På den måde understøttes børnene/de unge også i at arbejde med den skam, som mange føler i forbindelse med den familie, de vokser op i.

Der er ikke på nuværende tidspunkt datagrundlag til at koble indsatsernes kernelementer med resultaterne for børnene og de unge. I slutevalueringen vil der derimod være fokus på at belyse, hvilke typer af indsatser fx gruppesamtaler og individuelle samtaler og hvilke kerneelementer, der er virkningsfulde over for målgruppen.

4. MÅLGRUPPEN

Formålet med dette kapitel er at beskrive målgruppen af børn og unge, som indgår i projekternes behandlingstilbud. Kapitlet beskriver baggrundsforhold og familieforhold for børnene og de unge i behandlingstilbuddene samt trivselsniveau ved opstarten af indsatsen. Kapitlet beskriver desuden aldersopdelte målgruppeprofiler for de børn og unge, som indgår i behandlingstilbuddene.

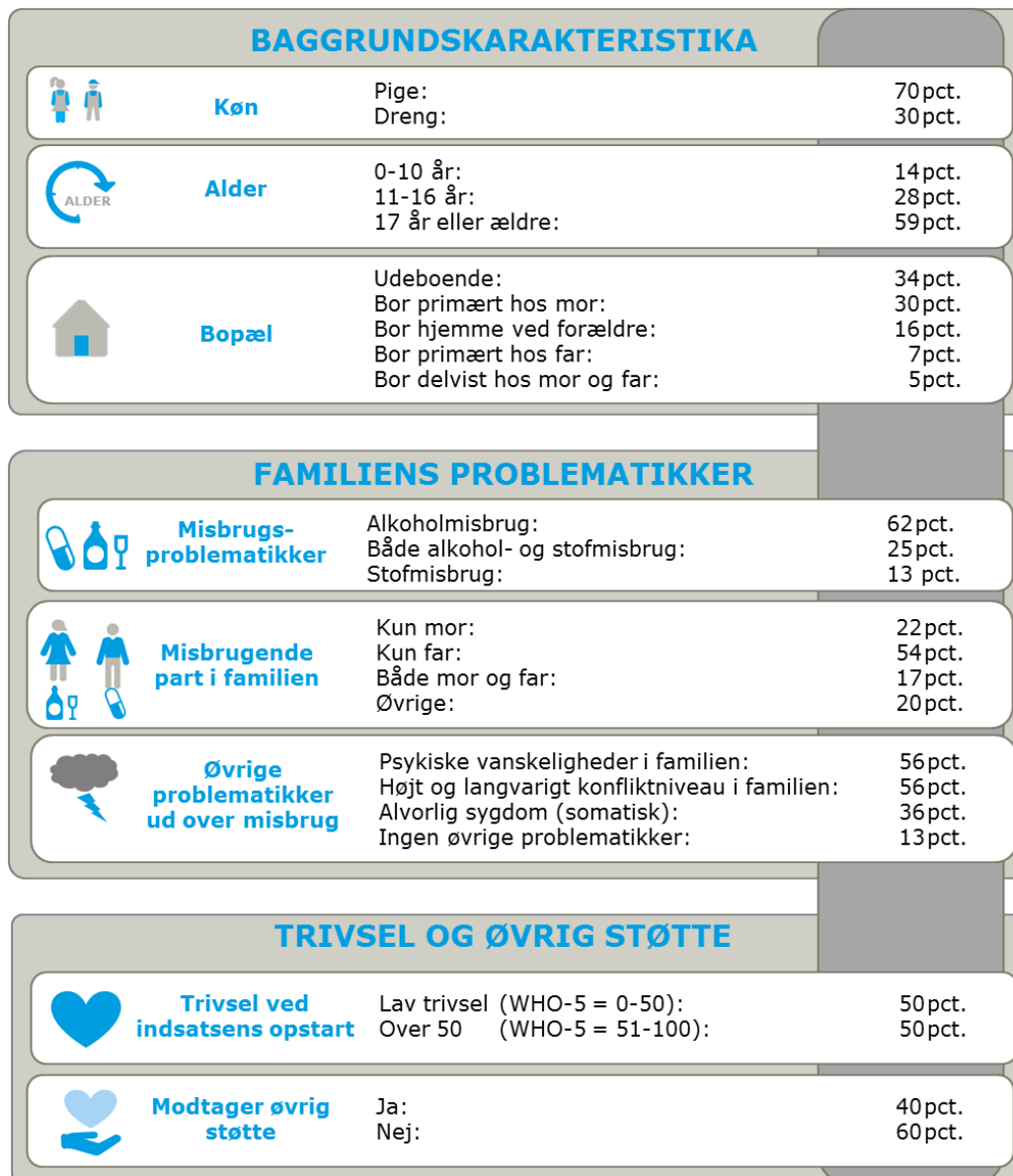
Boks 4-1: Kapitlets centrale konklusioner

- Der er samlet set en stor overvægt af piger i behandlingstilbuddene – især blandt de ældre (17-24 år).
 - Det gælder for en stor andel af børnene og de unge er de biologiske forældre ikke bor sammen. Hjemmeboende børn og unge bor primært hos moderen.
 - De 17-24-årige udgør den største andel i den samlede målgruppe, som indgår i behandlingstilbuddene.
 - Alkoholmisbrug er den mest gennemgående misbrugsproblematik – det er en lille andel af familierne, hvor der er stofmisbrug.
 - Det er primært faderen, som er den misbrugende part.
 - Ca. en tredjedel af børnene og de unge bor enten delvist eller hele tiden med den, der har misbruget.
 - 87 pct. af børnene og de unge har øvrige belastninger i familien ud over misbrugsproblematikker. De oftest forekommende belastninger er psykisk sygdom i familien og/eller et højt længerevarende konflikt-niveau.
 - Omkring 40 pct. af målgruppen modtager øvrig støtte udover behandlingstilbuddene. Størst er andelen for de ældste unge.
 - De unge, som modtager øvrig støtte, bruger i højere grad private og frivillige tilbud, mens de yngre i højere grad anvender offentlige tilbud.
 - Ca. halvdelen af børnene og de unge har lav trivsel, når de starter i indsatsen.
 - Den ældste målgruppe har den laveste trivsel ved start, hvor næsten to ud af tre er i risiko eller i stor risiko for at udvikle depression og stressbelastning.
-

4.1 Den samlede målgruppes karakteristika

I nedenstående figur fremgår baggrundskarakteristika for de børn og unge, som indgår i projekterne. Målgruppen for puljen er børn og unge i alderen 0-24 år, hvor de fleste af behandlingstilbuddene henvender sig til hele denne målgruppe, henvender nogle af behandlingstilbuddene sig kun til bestemte aldersgrupper (fx 5-24 år eller 14-24 år). Figuren nedenfor viser, hvad der samlet set karakteriserer den gruppe af børn og unge, som på nuværende tidspunkt er startet i behandlingstilbuddene i puljen.

Figur 4-1: Målgruppens karakteristika, samlet på tværs af behandlingstilbud i puljen



Kilde: SIV/B98

N = Køn (3324), Alder (3314), Bopæl (2655), Rusmiddelproblematikker (658), Misbrugende part (3244), Øvrige problematikker (2462), Trivsel (2311), Øvrig støtte (2508).

Note: Under *misbrugende part* og *Øvrige problematikker udover misbrug*, har det været muligt at angive flere forskellige svar, hvorfor andelen ikke stemmer til 100 pct. Det fulde datagrundlag for figuren findes i Bilag figur 1 til Bilag figur 11.

Note: "Øvrige" i misbrugende part kan fx være bedsteforældre, stedforældre eller søskende

Overordnet er der en skæv fordeling i andelen af piger og drenge, som indgår i projekterne. Der er en klar **overvægt af piger**, som udgør 70 pct. af de børn og unge, der er startet i behandlingstilbuddene. **51 pct. er 17 år eller derover**, og den unge gruppe udgør således den største andel af de børn og unge, som indgår i projekterne. 34 pct. af målgruppen er udeboende, hvilket svarer overens med, at den ældste gruppe udgør den største andel. Samtidig viser figuren ovenfor, at 16 pct. bor i hjemmet med begge forældre, hvilket indikerer, at de hjemmeboende børn og unge i behandlingstilbuddene typisk ikke bor med begge deres biologiske forældre. Det gælder således for samlet set 42 pct., at de bor delvist hos mor og far, primært hos mor eller primært hos far, hvilket tyder på, at familiestrukturen for en stor andel af børnene og de unge i målgruppen er karakteriseret af skilsmisser eller opbrud i familien, hvor barnets forældre ikke (længere) bor sammen.

Figuren viser, at størstedelen (62 pct.) af børnene og de unge kommer fra en familie med **alkoholproblemer**, og at 25 pct. kommer fra en familie med både alkohol- og stofmisbrug. Det er således en mindre andel på 13 pct., hvor det alene er stofmisbrug, der er problematikken i familien. Dette kan dels skyldes, at stofmisbrug generelt er mindre udbredt end alkoholmisbrug, men det kan samtidig tyde på, at det kan være sværere for projekterne at nå ud til de familier, hvor der er en stofmisbrugsproblematik. At projekterne har sværere ved at rekruttere børn og unge fra stofmisbrugsfamilier kan skyldes, at det kan være sværere for frontpersonalet på fx skoler eller daginstitutioner at opspore børn fra familier med stofmisbrug, da fx hash, kokain og pillemisbrug kan være mindre synligt, fx hvis forældrene virker friske, når de i kontakt med frontpersonalet eller ikke misbruger stoffer i hverdagen. Omvendt kan det også skyldes, at de børn og unge, som er vokset op i mere udsatte familier præget af massivt stofmisbrug, allerede er blevet identificeret og får en anden mere omfattende social indsats fx i form af anbringelse.

Der er en overvægt af børn og/unge, hvor **faderen har rusmiddelproblemet** (71 pct.), mens det kun er lidt over hver tredje, hvor mor er den, der har rusmiddelproblemet (39 pct.). Kønsfordelingen i forældrenes rusmiddelproblemer følger Sundhedsstyrelsens opgørelse over personer, som har været i kontakt med sygehus på grund af alkoholrelateret sygdom, hvor hovedparten (68 pct.) var mænd og 32 pct. kvinder², hvilket tyder på, at der generelt set er en overvægt af mænd med alkoholproblemer, som således afspejles i de familier, der indgår i behandlingstilbuddene. Endvidere er 14 pct. af målgruppen karakteriseret ved, at både faderen og moderen har misbrugsproblematikker. Endeligt er der 17 pct. hvor det er de øvrige relationer i familien, der har misbrugsproblemet.

Børnene og de unges familier er samtidig kendetegnet ved at have **andre problematikker** end rusmiddelproblemet, idet det gælder for over halvdelen (56 pct.) af børnene og de unge, at der er psykiske vanskeligheder i familien og for over halvdelen (56 pct.), at der er et højt og langvarigt konfliktniveau i familien. Det er kun 13 pct. af børnene og de unge, hvor der ikke er øvrige problematikker end rusmiddelproblemet i familien (se Bilag figur 5 for fuld opgørelse over øvrige problematikker i familien). Samtidig viser figuren, at 40 pct. af børnene og de unge modtager **øvrige støtte** ud over behandlingstilbuddet. Den øvrige støtte kan have betydning for de resultater, som børnene og de unge opnår, mens de er i behandlingstilbuddet.

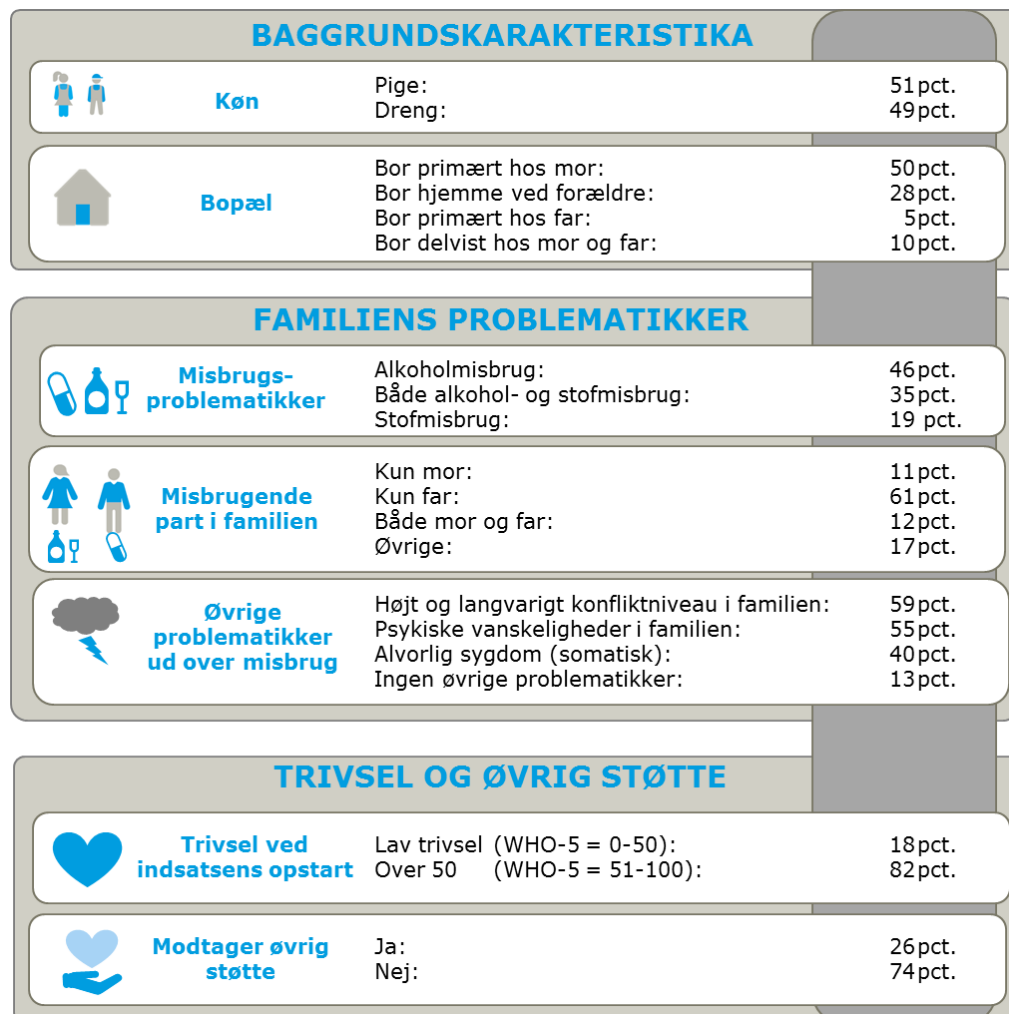
På baggrund af målingerne om baggrundsforhold og familieforhold optegner vi i det følgende målgruppeprofiler for børnene og de unge, som indgår i behandlingstilbuddet. Målgruppeprofilerne er lavet for de tre aldersgrupper 0-10 år, 11-16 år og 17-24 år.

² Sundhedsstyrelsen, 2015, *Alkoholstatistik*.

4.2 Målgruppeprofil: Børn fra 0-10 år

Figuren nedenfor opsummerer, hvad der karakteriserer de 0-10-årige børn, som indgår i behandlingstilbuddene.

Figur 4-2: Målgruppeprofil 0-10 år



Kilde: SIV/B98

N = Køn (468), Bopæl (419), Misbrugsproblematikker (202), Misbrugende part (414), Øvrige problematikker (415), Trivsel (271), Øvrig støtte (379).

Note: Under *misbrugende part* og *Øvrige problematikker udover misbrug*, har det været muligt at angive flere forskellige svar, hvorfor andelen ikke stemmer til 100 pct. Det fulde datagrundlag for figuren findes i Bilag figur 1 til Bilag figur 11.

Note: "Øvrige" i misbrugende part kan fx være bedsteforældre, stedforældre eller søskende

Kønsfordelingen blandt de 0-10-årige er næsten ligelige med 49 pct. drenge og 51 pct. piger. 30 pct. af børnene i denne aldersgruppe går i daginstitution og 70 pct. er skolebørn (jf. Bilag figur 10). Figuren viser samtidigt, at den største andel af børnene primært bor hos mor, og at det for 61 pct. er far, der har rusmiddelproblemet. Dette indikerer, at de små børn primært starter i tilbuddet via en mor, som ikke har rusmiddelproblemer, men som henvender sig på grund af fars rusmiddelproblemer, da projekternes rekruttering af specielt den yngste aldersgruppe typisk vil gå gennem forældrene. Samtidigt tyder det på, at behandlingstilbuddene i mindre grad formår at rekruttere familier via fædre, hvor det er mor, der har rusmiddelproblemet. Det fremgår af figuren, at 26 pct. modtager øvrig støtte ud over behandlingstilbuddet. Det gælder for halvdelen af børnene, som modtager øvrig støtte, at dette er en social foranstaltning efter servicelovens § 50 (jf. Bilag figur 9).

Når vi ser på børnenes trivselsniveau ved start i behandlingstilbuddet, er der generelt en lille andel (18 pct.), som falder inden for kategorien lav trivsel³. De 3-10-åriges gennemsnitlige trivsel ved start i indsatsen er på 66 på WHO-trivselsindeks, hvilket er tæt på den gennemsnitlige score i befolkningen (jf. Bilag figur 7). Det tyder således på, at de mindre børns trivsel er relativt høj, når de starter i indsatsen. Der er dog det forbehold, at det er forældrene, som vurderer trivslen for de 0-10-årige, og der er en risiko for, at forældrene rapporterer deres børns trivsel højere, end hvad den egentlig er, fx fordi de overvurderer deres børns trivsel eller ikke er bevidste om, at børnene mistrives. Samtidig påpeger en del af behandlerne på tværs af behandlingstilbuddene, at det kan være vanskeligt at identificere mistrivsel hos de mindre børn, hvilket også vanskeliggør opspøringsarbejde blandt frontpersonale på skoler og daginstitutioner. Dette kan således også være forklaringen på, at de mindste børns trivsel vurderes meget højt, når de starter i behandlingstilbuddet. Figuren nedenfor viser, hvad der kendetegner de børn (3-10 år), som har lav trivsel, når de starter i behandlingstilbuddet i forhold til de børn, som har højere trivsel. Figuren illustrerer således forskellen på de to grupper.

Figur 4-3: Børn med lav trivsel ved indsatsens start, 3-10 år

BAGGRUNDSKARAKTERISTIKA		Lav trivsel (WHO=0-50)	Bedre trivsel (WHO=51-100)
 Køn	Dreng:	38 pct.	48 pct.
 Bopæl	Bor med begge forældre:	17 pct.	24 pct.
PROBLEMATIKKER OG ØVRIG STØTTE			
 Misbrugsproblematikker		Marginal forskel	
 Misbrugende part i familien	Kun mor:	17 pct.	11 pct.
	Både mor og far:	11 pct.	5 pct.
 Bor med misbrugende part	Ja, hele tiden:	12 pct.	19 pct.
	Ja, noget af tiden:	34 pct.	42 pct.
	Nej:	54 pct.	40 pct.
 Modtager øvrig støtte		Marginal forskel	

Kilde: SIV/B98

Note: Lav trivsel n = køn (50), bopæl (42), rusmiddelproblematik (24), misbrugende part i familien (41), bor med misbrugende part (41), modtager øvrig støtte (40)

Note: Bedre trivsel n = køn (221), bopæl (197), rusmiddelproblematik (85), misbrugende part i familien (194), bor med misbrugende part (192), modtager øvrig støtte (186).

Note: I figuren er kun fremhævet de parametre, hvor der er en forskel mellem grupperne. Marginal forskel betyder, at der er mindre end 5 procentpoint forskel mellem grupperne og disse fordelinger fremhæves derfor ikke her. Det fulde datagrundlag for analysen findes i Bilag figur 12 til Bilag figur 17

Blandt børnene med lav trivsel er der en større andel af **piger** sammenlignet med børnene med højere trivsel i aldersgruppen. Da den samlede kønsfordeling for de 0-10-årige ellers er omkring 50/50, tyder det på, at det især er pigerne i denne aldersgruppe, som har lav trivsel ved indsatsens opstart.

Børnene med lav trivsel ved opstart er endvidere kendetegnet ved **i lavere grad at bo hjemme ved begge forældre** end de øvrige børn. Der er ikke nogen udpræget forskel mellem de børn, som har lav trivsel ved start og børnene med bedre trivsel i forhold til rusmiddelproblematikken i familien, dvs. om det er alkohol- eller stofmisbrug. Blandt børnene med lav trivsel er der en større andel, hvor **mor eller begge forældre har rusmiddelproblemet** end de øvrige børn. Børnene med lav trivsel bor desuden i mindre grad sammen med den, som har rusmiddelproblemet end børnene med bedre trivsel. Dette kan måske skyldes, at der er tale om et mere voldsomt misbrug,

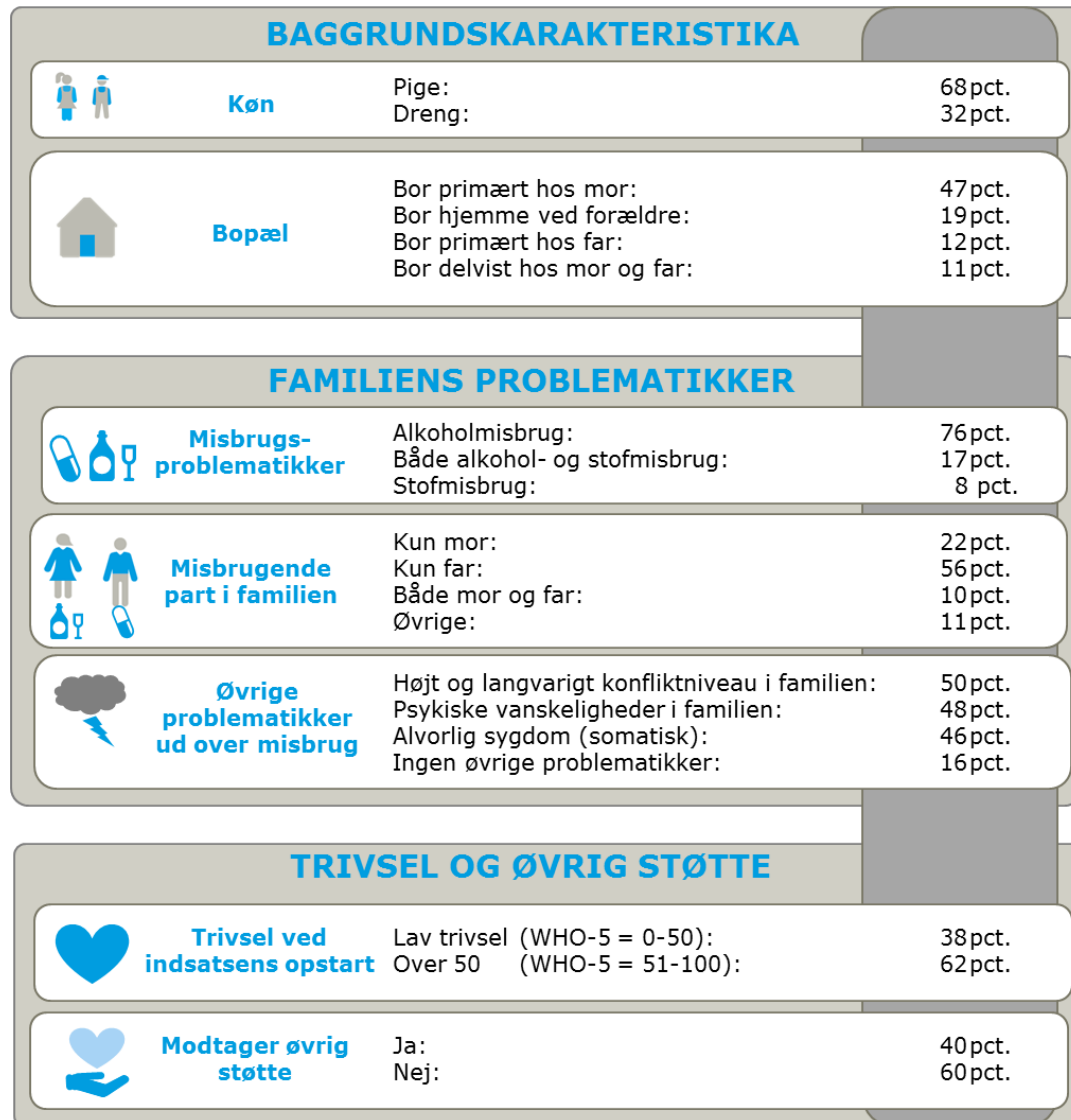
³ Lav trivsel er defineret som en WHO-5-score på 50 eller derunder, dvs. at barnet er i høj risiko eller meget høj risiko for at udvikle depression eller stressbelastning. Der er få respondenter i gruppen med lav trivsel. Det lave antal respondenter gør, at få observationer får stor vægt i analysen, hvorfor man bør være forsigtig med konklusionerne for børnene med lav trivsel i denne aldersgruppe.

hvorfor barnet ikke længere bor hos forælderen, men hvor misbruget stadig påvirker barnets trivsel i en negativ retning. Der er ingen forskel mellem børnene med lav trivsel og de øvrige børn i forhold til, om de modtager øvrig støtte ud over behandlingstilbuddet.

4.3 Målgruppeprofil: Børn og unge fra 11-16 år

Figuren nedenfor viser en opsummering af, hvad der kendetegner de 11-16-årige, som indgår i behandlingstilbuddene.

Figur 4-4: Målgruppeprofil 11-16 år



Kilde: SIV/B98

N = Køn (917), Bopæl (419), Misbrugsproblematikker (205), Misbrugende part (797), Øvrige problematikker (674), Trivsel (611), Øvrig støtte (681).

Note: Under *misbrugende part* og *Øvrige problematikker udover misbrug*, har det været muligt at angive flere forskellige svar, hvorfor andelen ikke stemmer til 100 pct. Det fulde datagrundlag for figuren findes i Bilag figur 1 til Bilag figur 11.

Note: "Øvrige" i misbrugende part kan fx være bedsteforældre, stedforældre eller søskende

For de 11-16-årige gælder det, at der er en skæv kønsfordeling med størst andel af **piger** (68 pct.). I denne aldersgruppe er det ca. 20 pct., som bor hjemme med begge deres forældre, hvorimod næsten halvdelen (47 pct.) **primært bor med deres mor**. For 76 pct. gælder det, at rusmiddelproblemet i familien er **alkohol**, og for over halvdelen (56 pct.) er det **far, som har rusmiddelproblemet**. Det gælder for halvdelen af børnene og de unge, at der ud over rusmiddelproblemet er højt- og langvarigt konfliktniveau i familien og for næsten halvdelen, at der er psykiske

vanskeligheder i familien. Næsten 40 pct. af børnene i denne gruppe har lav trivsel, når de starter i behandlingstilbuddet, og 40 pct. modtager øvrig støtte ud over tilbuddet. For de 11-16-årige gælder det, at 44 pct. af dem, som modtager øvrig støtte, modtager dette i privat eller frivilligt regi, og 36 pct. modtager øvrig støtte som en social foranstaltning på baggrund af en § 50-undersøgelse (jf. Bilag figur 9)

De 11-16-årige børn, som har lav trivsel, når de starter i behandlingstilbuddet, er kendetegnet ved i overvejende grad at være piger, jf. figuren nedenfor. Figuren viser forskellen mellem gruppen med lav trivsel og gruppen med bedre trivsel for de 11-16-årige.

Figur 4-5: Børn og unge med lav trivsel ved indsatsens start, 11-16 år

BAGGRUNDSKARAKTERISTIKA		Lav trivsel (WHO=0-50)	Bedre trivsel (WHO=51-100)
 Køn	Dreng:	20 pct.	35 pct.
 Bopæl	Bor delvist hjemme hos mor og far eller bor med begge forældre:	24 pct.	32 pct.
	Bor primært hos mor	52 pct.	44 pct.
PROBLEMATIKKER OG ØVRIG STØTTE			
 Misbrugsproblematikker	Alkohol:	67 pct.	78 pct.
 Misbrugende part i familien		Marginal forskel	
 Bor med misbrugende part	Ja, hele tiden:	21 pct.	17 pct.
	Ja, noget af tiden:	24 pct.	36 pct.
	Nej:	55 pct.	47 pct.
 Modtager øvrig støtte	Ja:	45 pct.	34 pct.

Kilde: SIV/B98

Note: Lav trivsel n = køn (230), bopæl (187), rusmiddelproblematik (49), misbrugende part i familien (209), bor med misbrugende part (210), modtager øvrig støtte (176)

Note: Bedre trivsel n = køn (381), bopæl (316), rusmiddelproblematik (97), misbrugende part i familien (340), bor med misbrugende part (333), modtager øvrig støtte (300).

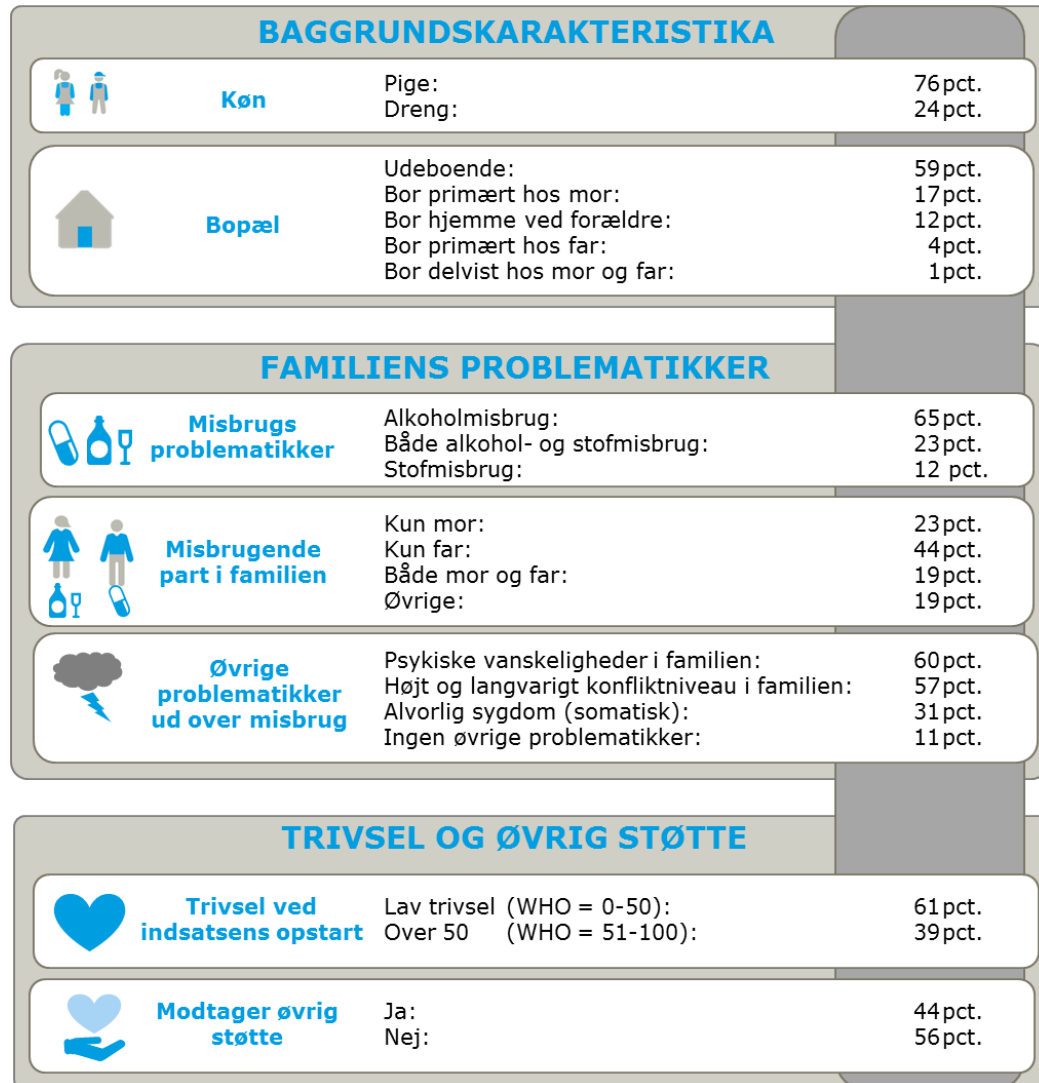
Note: I figuren er kun fremhævet de parametre, hvor der er en forskel mellem grupperne. Marginal forskel betyder, at der er mindre end 5 procentpoint forskel mellem grupperne og disse fordelinger fremhæves derfor ikke her. Det fulde datagrundlag for analysen findes i Bilag figur 12 til Bilag figur 17.

Det fremgår, at børnene og de unge med lav trivsel i højere grad **primært bor med deres mor**, hvorimod de børn og unge med bedre trivsel i højere grad bor enten med forældrene sammen eller delt (lige meget) hos begge forældre, som ikke bor sammen. Det fremgår også, at det i mindre grad er alkohol, som er rusmiddelproblemet i familien hos de børn og unge, som har lav trivsel, og familierne her derfor i højere grad er kendetegnet ved, at rusmiddelproblemet er **stoffer eller kombination af stof og alkohol**. Børnene og de unge med lav trivsel bor i mindre grad end de øvrige børn med den, som har rusmiddelproblemet, og modtager i højere grad end de **øvrige børn støtte ud over behandlingstilbuddet**.

4.4 Målgruppeprofil: Unge fra 17-24 år

Nedenfor fremgår en målgruppekarakteristik for de 17-24-årige i behandlingstilbuddene. De unge er karakteriseret ved, at der er en overrepræsentation af **piger**, idet 76 pct. i denne aldersgruppe er piger.

Figur 4-6: Målgruppeprofil 17-24 år



Kilde: SIV/B98

N = Køn (1925), Bopæl (251), Misbrugsproblematikker (205), Misbrugende part (1724), Øvrige problematikker (1356), Trivsel (1282), Øvrig støtte (1428).

Note: Under *misbrugende part* og *Øvrige problematikker udover misbrug*, har det været muligt at angive flere forskellige svar, hvorfor andelen ikke stemmer til 100 pct. Det fulde datagrundlag for figuren findes i Bilag figur 1 til Bilag figur 11.

Note: "Øvrige" i misbrugende part kan fx være bedsteforældre, stedforældre eller søskende

For den ældste aldersgruppe er over halvdelen (59 pct.) **udeboende**, mens 12 pct. bor hjemme hos begge deres forældre, og 17 pct. bor hos deres mor. I forhold til **uddannelsesbaggrund** tegner der sig et billede af en heterogen målgruppe. 24 pct. af de unge har folkeskole som den højeste afsluttede uddannelse, hvilket peger på, at man formår at nå ud til unge, som endnu ikke er påbegyndt eller er droppet ud af en ungdomsuddannelse. Herudover ses det, at tilbuddene også formår at henvende sig til unge med en gymnasial eller en højere uddannelse, hvor 38 pct. af de unge enten er i gang med eller har afsluttet en gymnasial uddannelse, ligesom hver fjerde har eller er i gang med en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse. Endeligt er kun 11 pct. af aldersgruppen, som har eller er i gang med en erhvervsuddannelse. Da andelen af unge med eller i erhvervsuddannelse er væsentlig lavere end de øvrige uddannelseskategorier, tyder det på,

at projekterne har sværere ved, eller haft mindre fokus på, at nå ud til og rekruttere unge fra erhvervsuddannelserne.

Blandt de unge er der 23 pct., hvor rusmiddelproblemet er **både alkohol- og stofmisbrug**, og 42 pct., hvor **mor eller både mor og far** er den, som har rusmiddelproblemet. Det gælder for 60 pct., at der er psykiske vanskeligheder i familien, og for næsten 60 pct., at der er højt og langvarigt konfliktniveau. 60 pct. af de unge er i **lav trivsel**, når de starter i indsatsen, og der er 44 pct. af de unge, som modtager øvrig støtte ud over behandlingstilbuddet. De unge har en gennemsnitlig trivselsscore på 45, hvilket er markant lavere end befolkningens gennemsnit på 68 og også er lavere end 50, som markerer, om man er i risiko for at udvikle depression eller stressbelastning (jf. Bilag figur 7). Figuren nedenfor viser forskellen mellem de unge, som har lav trivsel ved start og de unge, som har bedre trivsel.

Figur 4-7: Unge med lav trivsel ved indsatsens start

BAGGRUNDSKARAKTERISTIKA		Lav trivsel (WHO=0-50)	Bedre trivsel (WHO=51-100)
 Køn	Dreng:	22 pct.	28 pct.
 Bopæl	Udeboende	60 pct.	55 pct.
PROBLEMATIKKER OG ØVRIG STØTTE			
 Misbrugsproblematikker	Alkohol:	56 pct.	69 pct.
 Misbrugende part i familien		Marginal forskel	
 Bor med misbrugende part		Marginal forskel	
 Modtager øvrig støtte	Ja:	49 pct.	36 pct.

Kilde: SIV/B98

Note: Lav trivsel n = køn (783), bopæl (616), rusmiddelproblematik (116), misbrugende part i familien (719), bor med misbrugende part (665), modtager øvrig støtte (587)

Note: Bedre trivsel n = køn (499), bopæl (397), rusmiddelproblematik (71), misbrugende part i familien (452), bor med misbrugende part (440), modtager øvrig støtte (383).

Note: I figuren er kun fremhævet de parametre, hvor der er en forskel mellem grupperne. Marginal forskel betyder, at der er mindre end 5 procentpoint forskel mellem grupperne og disse fordelinger fremhæves derfor ikke her. Det fulde datagrundlag for analysen findes i Bilag figur 12 til Bilag figur 17

De unge, som har lav trivsel, når de starter indsatsen, er kendetegnet ved i højere grad at være **piger** og være **udeboende** end de øvrige unge. Samtidigt er der en væsentligt lavere andel af unge med lav trivsel, hvor alkohol er problemet, hvilket tyder på, at de unge med lav trivsel i højere grad kommer fra familier med **stofmisbrug** enten alene eller i kombination med alkoholproblemer. Der er ingen forskel mellem de unge med lav trivsel og de unge med bedre trivsel i forhold til, om det er mor eller far, der har rusmiddelproblemet, og ingen forskel mellem, om de bor med den, der har rusmiddelproblemet eller ej. De unge med lav trivsel modtager i højere grad end de øvrige unge **støtte ud over behandlingstilbuddet**. Det tyder således på, at de unge med lavere trivsel er fra mere belastede familier, hvor stofmisbrug er rusmiddelproblematikken og hvor de unge er i gang med andre støtteforløb, når de starter i behandlingstilbuddet.

4.5 Sammenligning på tværs af aldersgrupper

Når vi sammenligner målgruppeprofilerne på tværs af aldersgrupperne, fremgår det, at den skæve **kønsfordeling** bliver større, jo ældre aldersgruppen er, da kønsfordelingen næsten er ligelig for den yngste aldersgruppe, mens fordelingen for den ældste målgruppe består af 75 pct. piger og 24 pct. drenge. På tværs af behandlingstilbuddene er oplevelsen blandt behandlerne, at vejen ind i behandlingstilbuddet for de mindre børn (0-10 år) er afhængig af forældrene, hvorimod de ældre børn (11-16 år) og særligt de unge (17 år og ældre) i højere grad selv kan opsøge og starte i tilbuddene. Dette kan være en forklaring på, at kønsfordelingen er ligelig blandt de mindre børn, da

der ikke nødvendigvis er forskel på, om forældrene, som opsøger behandlingstilbuddet, har drenge eller piger. Det tyder også på, at behandlingstilbuddene særligt appellerer til piger i den ældste gruppe, da det i højere grad er lykkedes at rekruttere piger og i mindre grad drenge direkte til indsatsen.

Omkring halvdelen af børnene og de unge i de to yngste aldersgrupper **bor primært hos deres mor**, mens kun en mindre andel bor hos deres far. Dette billede ses også for de ældste unge, som ikke er flyttet hjemmefra (40 pct.⁴). Det tyder således på, at moderen er den primære omsorgsperson for et flertal af børnene og de unge i målgruppen. Samtidig viser målgruppeprofilerne, at det for den yngste gruppe (0-3 år) kun er 11 pct., der indgår i behandlingstilbuddet på grund af mors **rusmiddelproblemer**, hvorimod dette gør sig gældende for 23 pct. for den ældste gruppe. For de to yngste aldersgrupper er andelen, hvor begge forældre er den misbrugende part, omkring 10 pct., mens denne andel er væsentlig højere for den ældste aldersgruppe (19 pct.). Resultaterne indikerer derfor, at de unge i højere grad henvender sig, uanset om det er far eller mor, der har eller har haft rusmiddelproblemet. Samtidig tyder resultaterne på, at en mor uden rusmiddelproblemer er en stor drivkraft for, at de små børn starter i behandlingstilbuddet.

Jo yngre aldersgruppen er, desto større andel bor helt eller delvist med den misbrugende part (jf. Bilag figur 11). For den yngste målgruppe bor næsten to ud af tre af børnene helt eller delvist af tiden med den misbrugende part i familien, mens dette tal kun er omkring hver anden for den midterste aldersgruppe. For den ældste aldersgruppe er det kun omkring 20 pct., som bor med den misbrugende part. Dette skyldes sandsynligvis, at en stor del af de unge i aldersgruppen er flyttet hjemmefra.

Det fremgår af målgruppeprofilerne, at en stor del af de ældre i målgruppe, som modtager **yderligere støtte**, hovedsageligt modtager private og frivillige tilbud, mens de yngre, som modtager yderligere støtte, i højere grad modtager en social foranstaltning. Dette tyder på, at familierne med de yngre børn i behandlingstilbuddene, som modtager anden støtte, i højere grad har en aktiv sag i kommunen, hvorimod de unge, som modtager anden støtte, i højere grad har søgt denne støtte på egen hånd gennem frivillige eller private aktører.

Den ældste aldersgruppe er den gruppe, som samlet set har den laveste **trivsel ved indsatsens start**, hvor de gennemsnitligt ligger i risiko for at udvikle depression og stressbelastning. Samlet viser resultaterne, at der er tale om en målgruppe, som generelt har en lavere trivsel end normalbefolkningen, hvor der inden for målgruppen er stor spredning i børnene/de unges trivsel ved indsatsopstart.

⁴ Procentsatsen fremgår ikke af målgruppeprofilen, men er beregnet som andelen af ikke-udeboende, som bor primært hos mor.

4.6 Frafaldsanalyse

I det følgende beskriver vi kort, hvad der kendetegner de børn og unge, som falder fra i behandlingstilbuddet, inden indsatsen når at starte op, og hvad der kendetegner de børn og unge, som falder fra i løbet af indsatsen. Den fulde frafaldsanalyse findes i Bilag figur 18 til Bilag figur 30.

Frafald inden indsatsen starter

Der er 3.766 børn og unge⁵, som er blevet registreret i dokumentationssystemet. Af disse er ca. 20 pct. frafaldet, inden indsatsen går i gang – dvs. at børnene/de unge er registreret i systemet, men ikke har en førmåling på deres trivsel og livsmestring⁶. Det er de resterende 2.136 børn og unge, som danner grundlag for målgruppeanalyserne.

Sammenlignes de børn og unge, som ikke får påbegyndt indsatsen, med de børn og unge, som forsætter i indsatsen, adskiller dem, som starter i indsatsen, sig ved i højere grad at bo ved begge forældre eller bo primært hos mor. Dette kunne tyde på, at det er en drivkraft i forhold til at starte indsatsen at bo ved mor. Samtidigt er der en større gruppe af dem, som falder fra, der bor med personen med rusmiddelproblemet, end dem, som ikke falder fra. Det er således også en drivkraft for at starte i indsatsen, at man ikke bor med den, der har rusmiddelproblemet. Der er kun marginal forskel mellem dem, som frafalder, og dem, som fortsætter, når man ser på, hvem af forældrene, som har rusmiddelproblemet. Endeligt ses det, at gruppen, der falder fra, adskiller sig fra gruppen, der starter indsatsen, ved at have en større andel i aldersgruppen 17 år eller derover og i forlængelse heraf også en større andel af udeboende. I relation til dette fund fremhæver flere projekttilbud, at de oplever, at der er unge, som kommer ind og får nogle enkelte rådgivende samtaler, som kan være nok til at hjælpe dem videre, hvilket kan være en forklaring på frafaldet i denne aldersgruppe. Der kan selvfølgelig også være unge, som har behov for tilbuddet, men som falder fra, og det kan derfor være et opmærksomhedspunkt for tilbuddene fremadrettet, om de får fastholdt de unge i vejen ind i indsatsen.

Frafald i løbet af indsatsen

Ved udformningen af midtvejsevalueringen er der 832 børn og unge, som har afsluttet deres forløb. Heraf er 30 pct. afsluttet før tid, dvs. at børnene og de unge er stoppet i behandlingstilbuddet, før de er færdige med indsatsen. Der er således 70 pct. af forløbene, som er planlagt afsluttet, svarende til, at 579 børn og unge, som har gennemført indsatsen og dermed indgår i analysen af de foreløbige resultater i kapitel 4.

De børn og unge, som er afsluttet før tid, og derfor kan siges at være frafaldet i løbet af indsatsforløbet, adskiller sig fra gruppen af planlagt afsluttede ved, at de i højere grad er piger, at de i højere grad primært bor hos deres far, og at de i højere grad er fra familier, hvor mor eller både mor og far har rusmiddelproblemet. Det tyder således på, at der kan være et opmærksomhedspunkt i forhold til at sikre gennemførelsen af indsatsen for de børn og unge, som primært bor hos deres far og dem, hvor mor eller begge forældre har rusmiddelproblemet.

At der er en vis systematisk forskel i, hvem der har afsluttet forløbet som planlagt, og hvem der har afsluttet forløbet før tid, kan betyde noget for, i hvor høj grad midtvejsevalueringens resultater kan generaliseres til hele populationen af børn og unge med misbrugsproblematikker. Det betyder, at vi potentielt kommer til at overvurdere de positive resultater for piger, for dem som primært bor hos deres far og for børn fra familier, hvor mor eller både mor og far har en rusmiddelsproblematik, da der er en systematik i, at disse grupper i højere grad har afsluttet indsatsen før tid og derfor potentielt vil være underrepræsenteret i effektanalyserne.

⁵ Efter datarens, hvor dubletter, fejloprettelser og testpersoner er blevet fjernet.

⁶ Dette kan for enkelte børn/unge være et udtryk for, at behandleren endnu ikke har gennemført en førmåling, men behandlingstilbudene har givet udtryk for, at der sker et mindre frafald i starten/under rekrutteringen. Vi ser derfor dem, som registreres i dokumentationssystemet, men som ikke har fået en førmåling, som frafaldne i denne frafaldsanalyse.

5. FORELØBIGE RESULTATER FOR BØRNENE OG DE UNGE

Formålet med dette kapitel er at beskrive de foreløbige resultater af behandlingsindsatserne i puljen. Analysen baserer sig på de børn og unge, som har gennemført en indsats i behandlingstilbudene på nuværende tidspunkt. I kapitlet belyser vi, i hvilken grad børnene, de unge og familierne oplever, at behandlingstilbuddet har en positiv betydning for deres liv, og i hvilken grad de udvikler sig i forhold til trivsel og livsmestring. Resultaterne sammenholdes med baggrundsforhold ved børnene og de unges familie og med udviklingen i familien.

Boks 5-1: Kapitlets centrale konklusioner

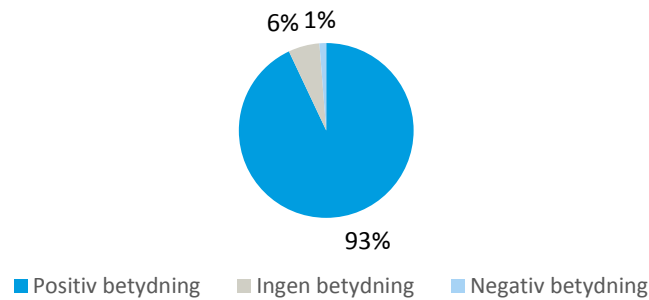
- Børnene og de unge oplever, at behandlingstilbuddet har bidraget positivt til deres liv.
- Særligt de unge (17 år eller derover) oplever en markant fremgang i trivsel. De unge har et markant lavere trivselsniveau ved start i indsatsen end de øvrige aldersgrupper, men oplever en stor stigning i trivsel fra start til afslutning. Næsten 80 pct. af de unge oplever fremgang i trivsel.
- Børnene og de unge oplever samlet set en positiv udvikling i deres vanskeligheder og livsmestring.
- For de mindre børn (3-10 år) gælder det, at de særligt oplever store vanskeligheder i forhold til emotionelle symptomer, men at det også er dette parameter, hvor den største positive udvikling sker.
- De positive resultater skal ses i lyset af, at børnene og de unge i udgangspunktet har større vanskeligheder end normen. Resultaterne af indsatsen bringer børnene og de unge tættere på det normale niveau for trivsel og livsmestring, men børnene og de unges trivsel er stadig lavere end normen ved behandlingsforløbets afslutning.
- Evalueringen viser, at særligt de små børns udvikling i trivsel hænger tæt sammen med udviklingen i familien. For de børn og unge, som oplever en negativ udvikling i familien i løbet af behandlingsindsatsen, gælder det for 57 pct. af de små børn, at de også oplever negativ udvikling i trivsel. Til sammenligning gælder det kun for 18 pct. af de unge, at de oplever negativ udvikling i trivsel, når de har oplevet negativ udvikling i familien.

5.1 Generelt udbytte af indsatsen

På tværs af målgruppen af børn og unge, samt hos forældrene til de mindre børn, opleves i høj grad, at behandlingsforløbet har haft en positiv betydning for dem, når de afslutter deres forløb i behandlingstilbuddet.

De ældre børn (11-16 år) og de unge (17 år og derover) har selv besvaret, hvordan de vurderer behandlingsforløbets betydning for dem, hvor det for de mindre børn (3-10 år) er forældrene, som har besvaret, hvordan de vurderer behandlingsforløbets betydning for barnet. Figur 4-1 herunder viser, at 93 pct. oplever, at behandlingsforløbet har haft en positiv betydning for dem, 6 pct. vurderer, at det ikke har haft nogen betydning, og kun 1 pct., svarende til fire personer, oplever, at det har haft en negativ betydning for dem. Der er ikke nævneværdig forskel på vurderingen aldersgrupperne imellem (jf. Bilag figur 31).

Figur 5-1: Efter din vurdering, har dit forløb/dit barns forløb hos os haft en betydning for, hvor du er i livet nu? Samlet 3-24 år



N= 399.

Note: De, som har svaret, at behandlingsforløbet har haft negativ betydning eller meget negativ betydning, er lagt sammen i kategorien *Negativ betydning*. De, som har svaret, at behandlingstilbuddet har haft positiv betydning eller meget positiv betydning, er lagt sammen i *Positiv betydning*.

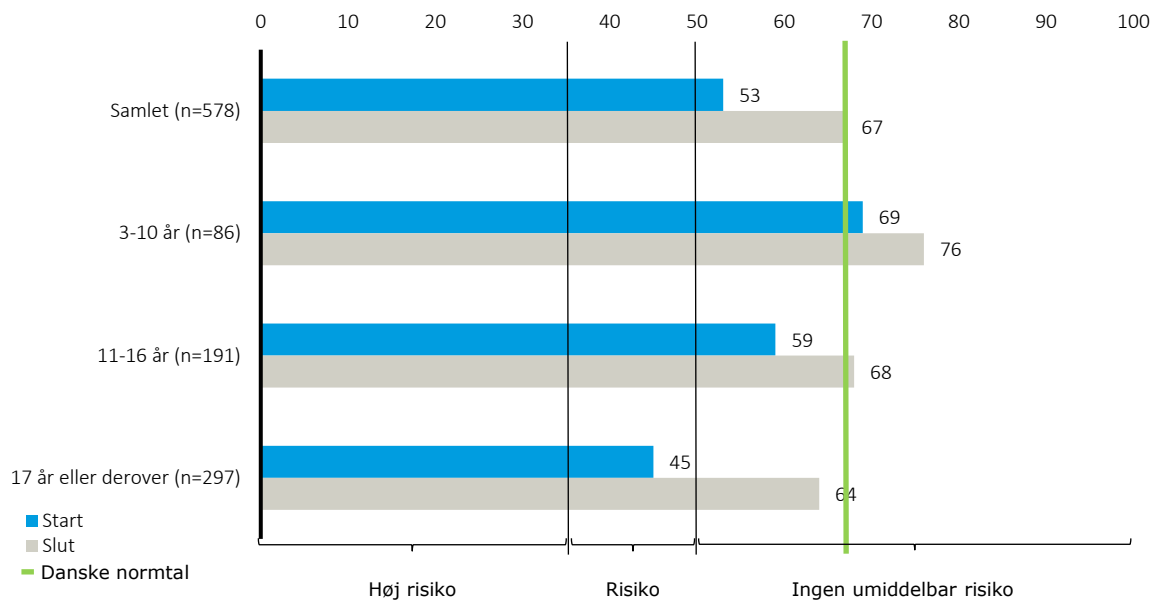
Kilde: SIV/B98.

På tværs af behandlingstilbuddene lægger behandlerne særligt vægt på, at de arbejder med at bryde det tabu for børnene og de unge, som der ofte kan være i forbindelse med rusmiddelproblemerne i familien. Behandlerne fremhæver, at det er væsentligt at børnene får sat ord på det som er svært, lærer at reflektere over deres egen situation og føler sig hørt og forstået. Det er også centralt, at børnene i behandlingsindsatsen oplever, at andre børn og unge i samme situation oplever de samme tanker og følelser, og at de derfor ikke er anderledes eller unormale.

5.2 Udvikling i børnene og de unges trivsel

Som led i børnene og de unges deltagelse i behandlingsindsatserne er WHO-5 trivselsmåling blevet udfyldt i forbindelse med opstart og afslutning i indsatserne. I dette afsnit beskriver vi nærmere, hvordan børnene og de unge udvikler sig i forhold til deres trivsel. Figur 5-2 nedenfor viser den gennemsnitlige score på WHO-5 trivselsmål for de børn og unge, som er afsluttet i behandlingstilbuddet. For disse børn og unge gælder det, at der sker en positiv udvikling, da de samlet set går fra en gennemsnitsscore på 53⁷ til en gennemsnitsscore på 67. Børnene og de unges gennemsnit de nærmer sig derfor samlet set gennemsnitsscoren for befolkningen som helhed, der ligger på 68.

⁷ Gennemsnitsscoren her er lavere end det gennemsnit, som er præsenteret i kapitel 4: Målgruppen. Det skyldes, at vi i kapitel 5 kun inkluderer de børn og unge, som har afsluttet behandlingsforløbet og derfor både har en førmåling og en eftermåling. Denne gruppe børn og unge har således en lidt lavere gennemsnitsscore, når de starter i behandlingstilbuddet, end den samlede gruppe af børn og unge, som indgår i projektet.

Figur 5-2: Udvikling, WHO-5 trivselsindeks, gennemsnitsscore, samlet og aldersopdelt

Kilde: SIV/B98.

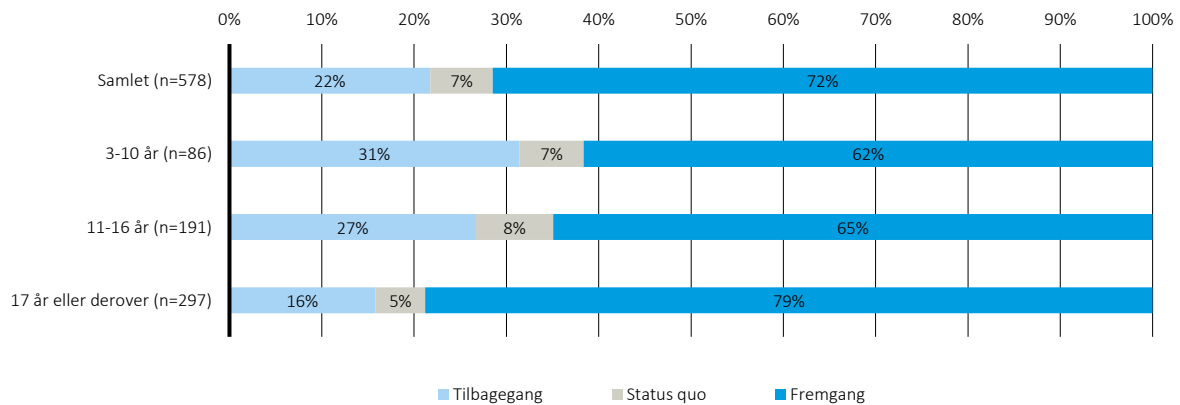
Note: Scoren er mellem 0 og 100, hvor en højere score betyder højere trivsel.

De unge (17-24 år), som har gennemført en behandlingsindsats, har en stor positiv udvikling i trivsel fra en gennemsnitlig score på 45 til en gennemsnitlig score på 64. De ældste går derfor samlet set fra en gennemsnitsscore, hvor de er i risiko for at udvikle depression eller stressbelastning, til en gennemsnitsscore, som nærmer sig normen for trivselsmålet. Selvom den ældste gruppes trivsel ikke når op på normen, sker der en betydelig fremgang i denne gruppes trivsel fra start til slut.

Figuren viser samtidigt, at de 11-16-årige oplever en positiv udvikling på ni pointtal, idet scoren for denne gruppe går fra 59 til 68, og dermed opnår en gennemsnitlig trivselscore, som er på niveau med det normale i den samlede befolkning. De 3-10-årige ligger højt på trivselsvurderingen i udgangspunktet, men oplever stadig en positiv udvikling (fra 69 til 76). Selvom de mindste børns forældre vurderer børnenes trivsel højt ved start, viser resultaterne alligevel, at forældrene i gennemsnit vurderer deres børns trivsel højere ved afslutningen af behandlingsforløbet end ved starten, hvilket indikerer, at behandlingsforløbet har gjort en positiv forskel.

Ovenfor har vi beskrevet udviklingen i børnene og de unges gennemsnitlige trivselscore. Gennemsnittet er udtryk for, hvorvidt og i hvilken grad børnene og de unge samlet set oplever fremgang, men siger ikke noget om variationen i børnene og de unges udvikling i trivsel, dvs. hvad der trækker gennemsnittet op eller ned. Figur 5-3 nedenfor viser derfor, hvor stor en andel af børnene og de unge, som oplever hhv. fremgang, status quo og tilbagegang på WHO-5 trivselsindekset.

Figur 5-3: Udvikling, WHO-5 trivselsindeks, andel, som har oplevet hhv. tilbagegang, status quo og fremgang, aldersopdelt



Kilde: SIV/B98.

Som det fremgår af Figur 5-3 gælder det samlet for 72 pct. af børnene og de unge, at de oplever fremgang i trivslen, og for 22 pct., at de oplever tilbagegang. Figuren viser også denne fordeling for de tre aldersgrupper. Her fremgår det, at den ældste gruppe (17 år eller derover) er den gruppe, hvor den største procentandel (79 pct.) oplever fremgang. For de unge (17 år eller derover) gælder det således, at den gennemsnitlige trivselsscore forbedres markant fra start til slut, og at det er en relativt stor andel, der oplever en positiv fremgang i deres trivsel. Som vi så tidligere, har de 3-10-årige i udgangspunktet en højere gennemsnitlig trivselsscore og oplever i gennemsnit en lille positiv fremgang. Figur 5-3 viser dog også, at de mindre børn (3-10 år) er den gruppe, hvor den største andel (31 pct.) oplever en tilbagegang i trivsel fra start til slut. Dette kan hænge sammen med, at det er forældrene, der vurderer børnene og de unges trivsel, og at forældrene ved slutmålingen er blevet mere i stand til at se og forstå børnenes trivselstilstand. Der er ikke nævneværdig forskel på drenge og piger i udviklingen i trivsel (jf. Bilag figur 32).

5.3 Udvikling i børnene og de unges livsmestring

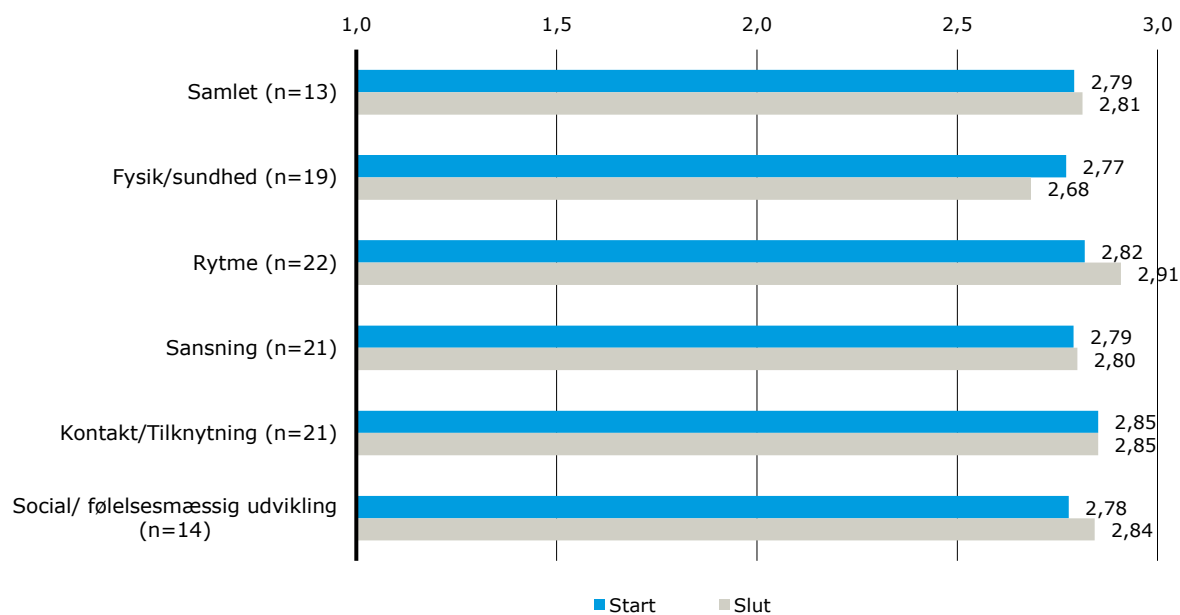
I det foregående afsnit præsenterede vi resultater knyttet til målgruppens udvikling i trivsel. I det følgende beskriver vi børnene og de unges udvikling i livsmestring opdelt på de tre målgruppeprofiler præsenteret i foregående kapitel: Børn fra 0-10 år, børn og unge fra 11-16 år og unge fra 17-24 år. Den yngste målgruppeprofil er dog yderligere underopdelt i henholdsvis børn fra 0-2 år og børn fra 3-10 år, da der er anvendt forskellige måleredskaber for disse to grupper, hvorfor de af-rapporteres separat.

Udviklingen og udbytte af indsatsen for de 0-2-årige

For de helt små børn på 0-2 år henvender behandlingsforløbet sig primært til forældrene, og udviklingen for de 0-2-årige kommer primært til udtryk gennem arbejdet med forældrene og de kompetencer og den livsmestring, som forældrene tilegner sig.

Figur 5-4 nedenfor viser udviklingen for de 0-2-årige, som har en før- og eftermåling. Figur 5-4 viser, at den gennemsnitlige udvikling for de mindste børn primært sker i forhold til rytme, dvs. at børnene har alderssvarende sove- og vågenrytme og spisemønstre, at der er tydelige alderssvarende overgange mellem aktivitet og hvile, og at der er en vis kontinuitet i familiens hverdag i forhold til sove-, spise- og øvrige aktiviteter. Figuren viser samtidig, at der gennemsnitligt set ikke sker en udvikling i forhold til kontakt og tilknytning, og at der sker en negativ udvikling i fysik og sundhed.

Figur 5-4: Udviklingen for de 0-2-årige vurderet på fem temaer på en skala fra 1 til 3, en højere score er et udtryk for et positivt resultat



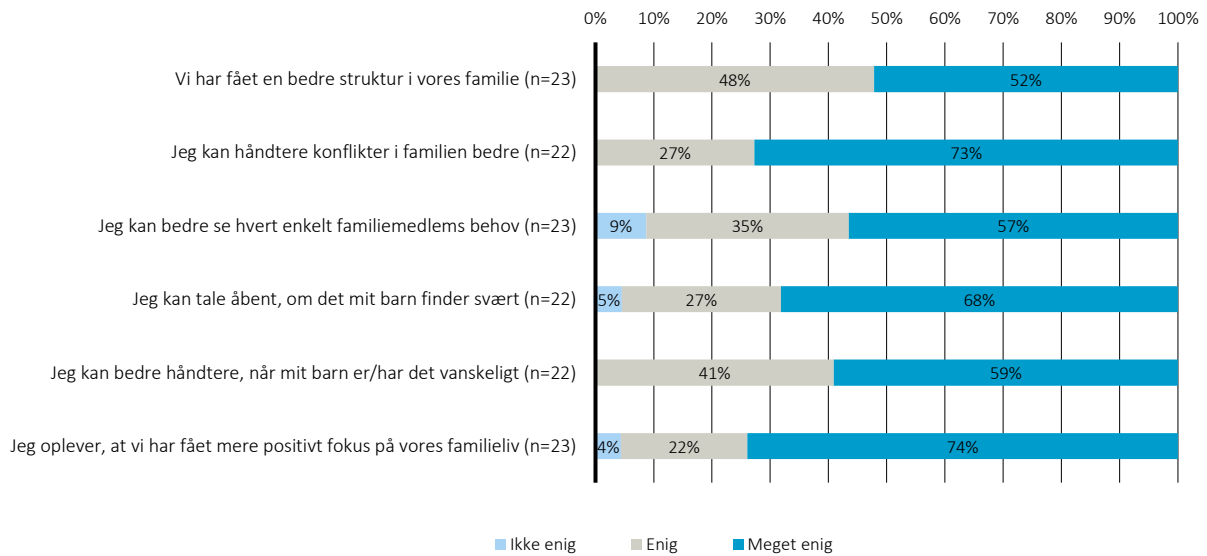
Kilde: SIV/B98.

Note: Forældrene vurderer barnet på en skala fra 1-3, hvor 1 betyder passer ikke, 2 betyder passer delvist og 3 betyder passer godt. En højere score er derfor udtryk for en positiv udvikling.

Nogle af spørgsmålene i skemaet er formuleret negativt, så "passer ikke" er det ønskede svar i en positiv udvikling, fx: Dit barn er i særlig grad følsom over for berøring. Der er taget højde for dette i figuren ovenfor, så en højere score kan tolkes som en positiv udvikling på tværs af temaerne.

Temaet rytme er det tema, som forældrene umiddelbart selv har den største indflydelse på og dermed mulighed for at ændre på kortere sigt, hvilket kan være forklaringen på, at det er her, den største udvikling for de små børn kan spores.

Når vi ser på forældrenes oplevelse af, hvilken betydning behandlingsforløbet har haft for dem, som Figur 5-5 nedenfor viser, er det tydeligt, at forældrene oplever, at de har gennemgået en positiv udvikling i forhold til at skabe en struktur i familielivet, hvilket kan hænge sammen med, at det er barnets rytme, som der primært har været en positiv udvikling indenfor.

Figur 5-5: Forældrenes oplevelse af forløbets betydning (0-2-årige)

Kilde: SIV/B98.

Note: Forældrene bliver kun spurgt til dette ved behandlingsforløbets afslutning. Figuren ovenfor viser således ikke en reel udvikling fra start til slut, men forældrenes oplevelse af deres egen udvikling ved behandlingsforløbets afslutning.

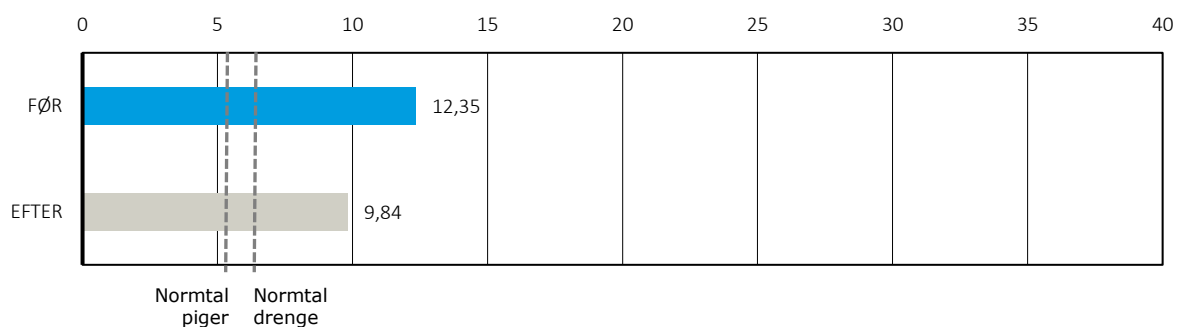
Samtidig viser Figur 5-5 ovenfor, at forældrene oplever, at de er blevet bedre til at håndtere konflikter og håndtere, når barnet har det vanskeligt. I et af de behandlingstilbud, som arbejder med småbørn og deres forældre, består indsatsen af en kombination af børnesessioner, på barnets præmisser, forældresession med fokus på forældrenes liv og oplevelser og gruppesessioner, hvor familier kan møde andre i lignende situationer. Behandlerne fremhæver, at det her er centralt at arbejde med forældrenes selvtillid, så det også bliver muligt at skabe åbenhed i familien og tale højt om de svære ting.

*Jeg føler, at vi er kommet tættere på hinanden. Det er svært at sige højt, for så er det som at sige, at vi ikke var tæt på hinanden før. Men jeg kunne godt føle, før vi startede, at der var en distance. På en måde havde jeg svært ved at komme tæt på hende, og det føler jeg, at jeg kan nu.
(Mor til 1-årig i behandlingstilbud)*

Samlet set viser analysen, at den målbare udvikling for de 0-2-årige børn er meget lille, men at forældrene i høj grad oplever, at de har udviklet sig positivt i forhold til at skabe bedre rammer for barnet og familien.

Udvikling i styrker og vanskeligheder for de 3-10-årige

Ligesom med trivselsmålet er det forældrene til de 3-10-årige, som vurderer deres barns livsstring ved opstart og afslutning i behandlingstilbuddet. I Figur 5-6 nedenfor fremgår den gennemsnitlige samlede score ved opstart og afslutning for de 3-10-årige, som har gennemført et behandlingsforløb. En høj score er udtryk for en større grad af vanskeligheder.

Figur 5-6: Udvikling i styrker og vanskeligheder, SDQ, 3-10 år, gennemsnitsscore ved start og slut

Kilde: SIV/B98.

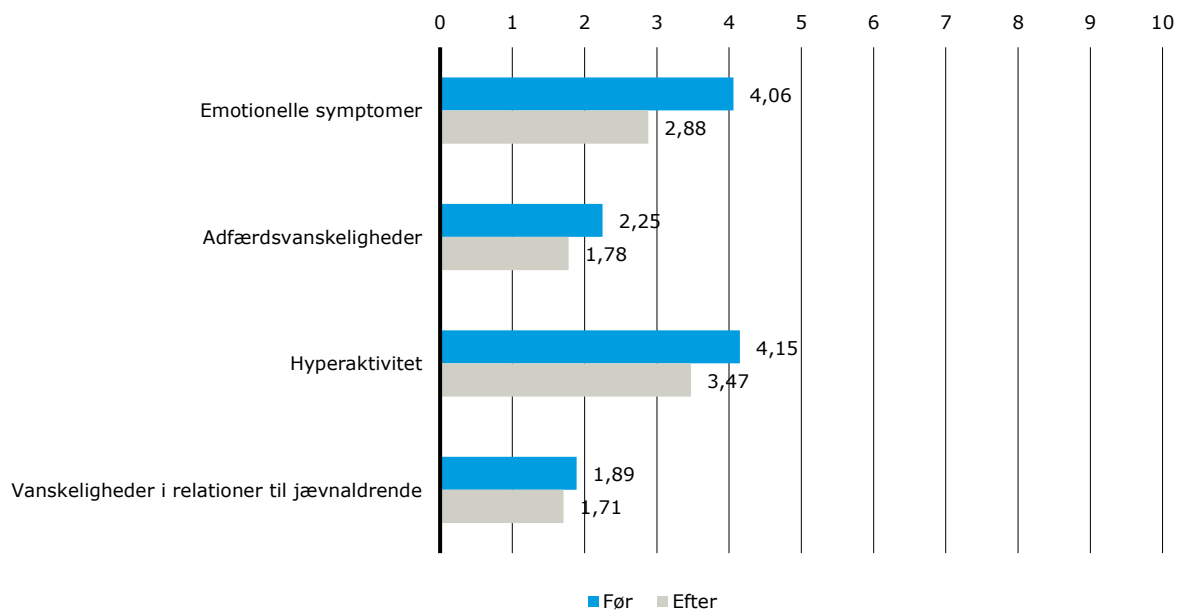
N=85. Der er kun medtaget observationer, som både har en før- og en eftermåling.

Note: SDQ-scoren er på en skala fra 0 til 40, hvor en høj score er udtryk for en større grad af vanskeligheder. Det er således en positiv udvikling for barnet, når scoren er mindre. Normaltallet, dvs. den gennemsnitlige score for børn på 5-7 år, er 6,4 for drenge og 5,4 for piger.

Figuren viser, at de 3-10-årige oplever en positiv udvikling fra en gennemsnitlig score på 12,35 til en gennemsnitlig score på 9,84. Der er således samlet sket en positiv udvikling i børnenes vanskeligheder fra start til afslutning. Sammenlignet med børn i almindelighed, er børnenes vanskeligheder dog stadig store. Den gennemsnitlige score for 7-5-årige drenge er på 6,4 og for piger 5,4. Børnene i behandlingstilbuddene har derfor markant større vanskeligheder end andre børn i samme alder, når de starter i behandlingstilbuddet, og selvom der sker en positiv udvikling i deres livsmestring, er deres niveau af vanskeligheder stadig højt, når de afslutter behandlingstilbuddet. Det er ikke muligt at sige, på baggrund af data, hvad dette resultat skyldes. En forklaring kan være, at nogle af børnene har brug for en mere indgribende indsats eller afslutter for tidligt i behandlingstilbuddet. Det er også muligt, at dette er et forventeligt niveau for denne gruppe børn og unge. I den afsluttende evaluering afdækker vi nærmere, hvad der driver resultaterne for børnene og de unge.

I det følgende ser vi nærmere på, hvilke vanskeligheder som mindskes hos børnene, og som den positive udvikling hos børnene derfor er drevet af.

Figur 5-7 nedenfor viser udviklingen i den gennemsnitlige score for hvert af de fire temaer for de 3-10-årige, som den samlede score baserer sig på. Figuren viser, at børnene udvikler sig positivt på alle fire temaer i forhold til livsmestring.

Figur 5-7: Udvikling i styrker og vanskeligheder, SDQ, 3-10 år, gennemsnitsscore, fordelt på temaer

Kilde: SIV/B98.

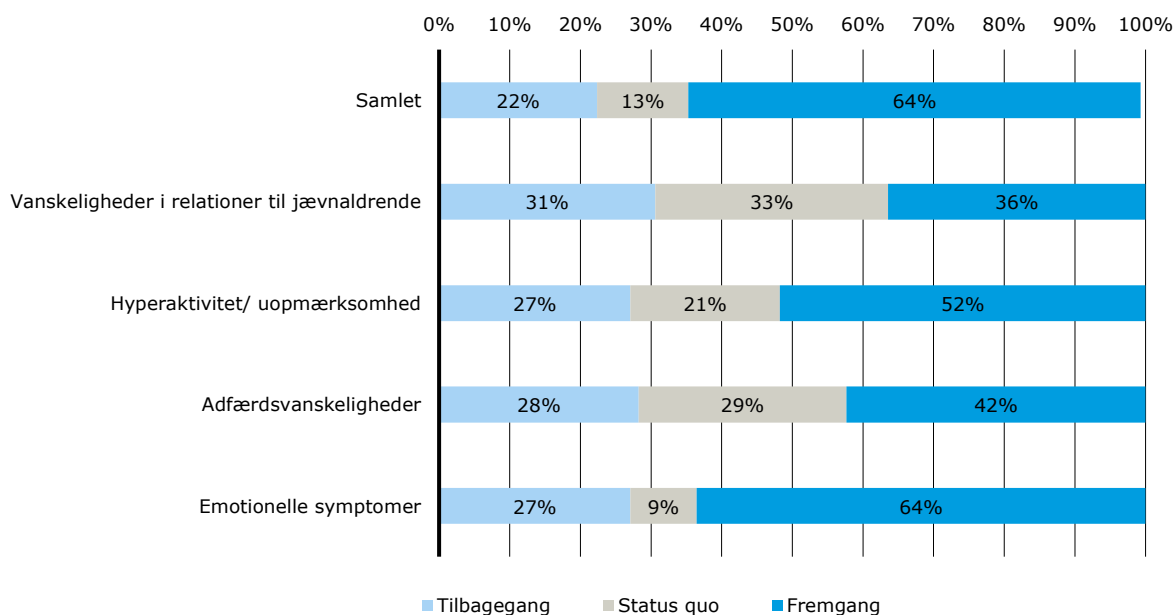
N=85.

Note: En høj score er udtryk for større grad af vanskeligheder og en lavere score er derfor udtryk for en positiv udvikling. Skalaen på de enkelte temaer går fra 0-10.

Figuren ovenfor viser, at det særligt er de emotionelle symptomer, som børnene har en relativt stor positiv udvikling i. De emotionelle symptomer kan fx være, at børnene ofte klager over hovedpine, ondt i maven eller kvalme, at de bekymrer sig om mange ting eller er kede af det, triste eller har let til gråd. Den positive udvikling på emotionelle symptomer skal dog ses i lyset af, at børnenes udgangspunkt er væsentligt højere end gennemsnittet for drenge og piger på samme alder. Børnene i behandlingstilbuddet har en score på 4,06, når de starter, hvilket mindskes markant til en gennemsnitlig score på 2,88. Til sammenligning er den gennemsnitlige score for 5-7-årige drenge generelt på 1,59 og for piger 1,66. Selvom børnenes vanskeligheder i forhold til emotionelle symptomer mindskes, har børnene således stadig højere grad af vanskeligheder end normen, når de slutter behandlingstilbuddet. Dette indikerer, at børnene har store vanskeligheder i forhold til emotionelle symptomer, men at disse vanskeligheder kan mindskes i løbet af behandlingsforløbet – dog kan børnene stadig have flere udfordringer end den generelle gruppe af børn i samme alder, når de afslutter behandlingsforløbet.

Samlet set sker der en positiv udvikling for størstedelen (64 pct.) af børnene i forhold til deres livsmestring, som det fremgår af figuren nedenfor. Der er dog stadig ca. en tredjedel af børnene, som har ingen eller negativ udvikling (tilbagegang) i deres livsmestring.

Figur 5-8: Udvikling i styrker og vanskeligheder, SDQ, 3-10 år, andel, som har oplevet hhv. tilbagegang, status quo og fremgang, opdelt på temaer



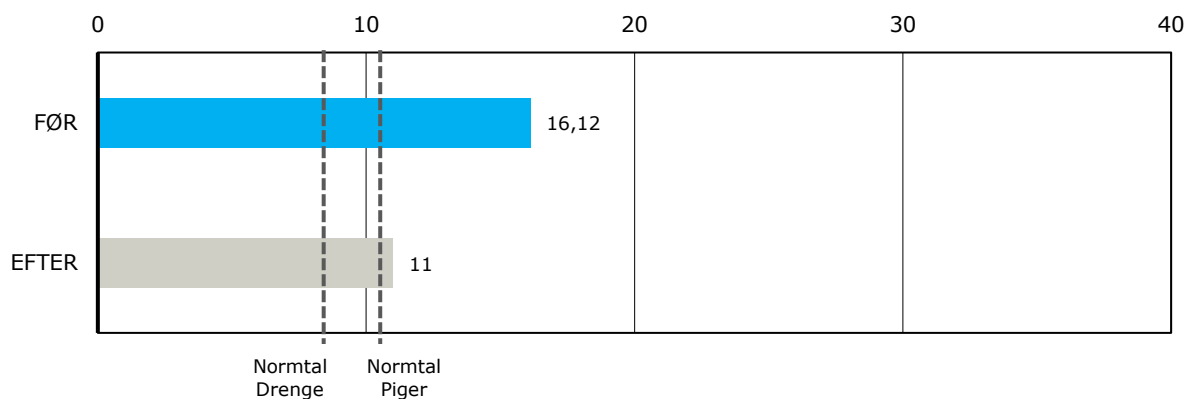
Kilde: SIV/B98.
N=85.

Analysen viser, at der for de mindre børn (3-10 år) sker en væsentlig positiv udvikling i deres vanskeligheder, særligt de emotionelle symptomer. Selvom deres vanskeligheder ikke mindskes i en sådan grad, at de er på niveau med gennemsnittet for 5-7-årige børn, tyder analysen på, at behandlingstilbuddene har en positiv virkning på børnenes livsmestring og vanskeligheder.

Udvikling i styrker og vanskeligheder for de 11-16-årige

Når vi ser på de ældre børns udvikling i styrker og vanskeligheder, sker der også en positiv udvikling fra start til slut for de 11-16-årige.

Figur 5-9: Udvikling i styrker og vanskeligheder, CORE-YP, 11-16 år, gennemsnitsscore ved start og slut



Kilde: SIV/B98.
N= 216.

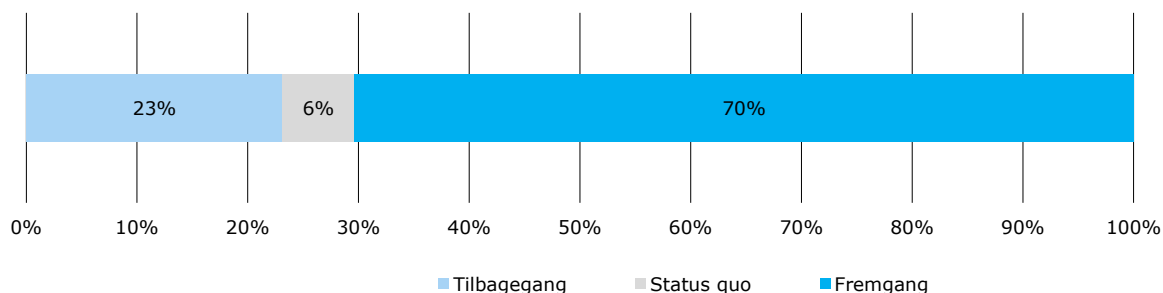
Note: CORE-YP måles på en skala fra 0 til 40, hvor en højere score betyder en højere grad af vanskeligheder. En lavere score ved afslutning end ved start er således udtryk for en positiv udvikling. Normscoren, dvs. den gennemsnitlige score i en generel gruppe af 11-16-årige, er 8,4 for drenge og 10,4 for piger.

Figur 5-9 ovenfor viser, at den gennemsnitlige score falder fra 16,1 ved start i behandlingsforløbet til 11 ved afslutningen af behandlingsforløbet, hvilket er udtryk for en positiv udvikling. Den gennemsnitlige score for 11-16-årige er 8,4 for drenge og 10,4 for piger. Børnene og de unge starter således med en langt højere grad af vanskeligheder end børn og unge i samme aldersgruppe, men

deres vanskeligheder mindskes i løbet af behandlingsforløbet, så deres livsmestring nærmer sig det normale niveau for 11-16-årige.

Figuren nedenfor viser, hvor stor en andel af de 11-16-årige, der oplever hhv. fremgang, status quo og tilbagegang i forhold til deres vanskeligheder fra start til afslutning af behandlingsforløbet. Her fremgår det, at 70 pct. af de 11-16-årige oplever fremgang, dvs. at deres vanskeligheder er blevet mindre.

Figur 5-10: Udvikling i styrker og vanskeligheder, CORE-YP, 11-16 år, andel, som har oplevet hhv. fremgang, status quo og tilbagegang



Kilde: SIV/B98.

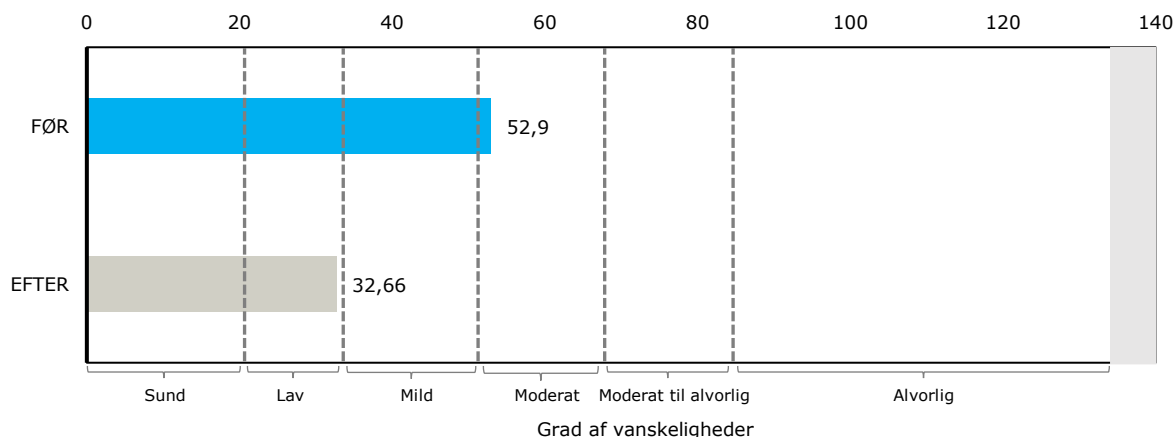
N=216.

Samlet set viser analysen, at de ældre børn (11-16 år) oplever en positiv udvikling i deres vanskeligheder fra start til afslutning i behandlingstilbuddet.

Udvikling styrker og vanskeligheder for de 17-24-årige

Den ældste gruppe (17 år eller derover) oplever tilsvarende fremgang i forhold til deres vanskeligheder og livsmestring. Som det fremgår af Figur 5-11 nedenfor, er den gennemsnitlige score for de unge 52,9 ved behandlingsforløbets start, hvilket svarer til en moderat grad af vanskeligheder. Den gennemsnitlige score falder til 32,66 ved afslutning i behandlingsindsatsen, hvilket netop ligger inden for kategorien lav grad af vanskeligheder. Samlet set tyder det derfor på, at de unge flytter sig fra at have en moderat grad af vanskeligheder til en mild eller lav grad af vanskeligheder.

Figur 5-11: Udvikling i styrker og vanskeligheder, CORE-OM, 17 år eller derover, gennemsnit ved start og slut

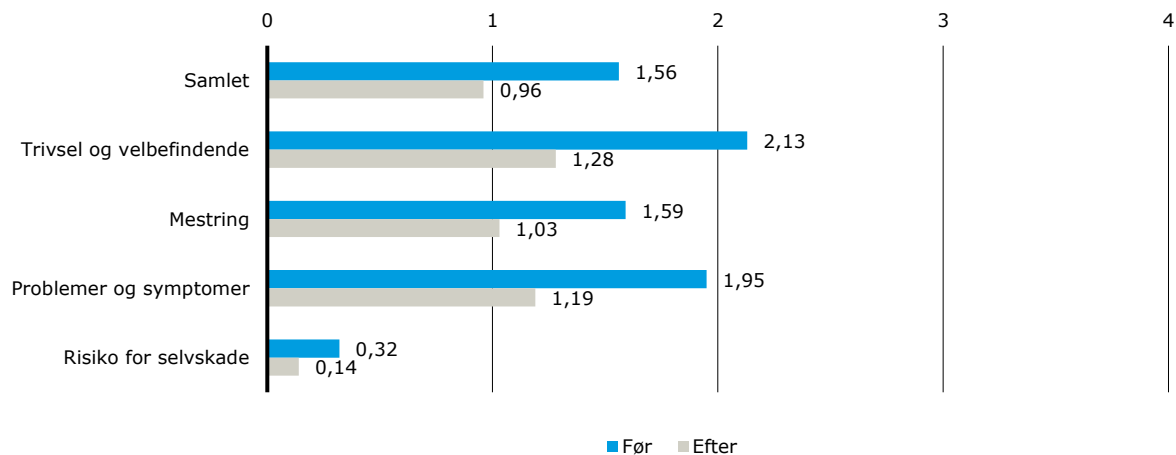


N=350.

Note: Hvert spørgsmål vurderes på en skala fra 0 til 4 og den samlede score kan derfor gå fra 0 til 136, hvor en høj score er udtryk for en større grad af vanskeligheder. Det er således en positiv udvikling for den unge, når scoren er mindre.

I det følgende ser vi nærmere på, hvilke vanskeligheder som mindskes hos de unge. Figur 5-12 nedenfor viser udviklingen i den gennemsnitlige score for hvert af de fire temaer for de 17-24-årige. Den gennemsnitlige score inden for hvert af de fire temaer falder markant, hvilket betyder, at de unge oplever en gennemsnitlig positiv fremgang inden for hvert tema, som det fremgår af figuren nedenfor.

Figur 5-12: Udvikling i styrker og vanskeligheder, CORE-OM, 17-24 år, gennemsnitsscore, fordelt på temaer



Kilde: SIV/B98.

N=350.

Note: Hvert spørgsmål vurderes på en skala fra 0 til 4 og den samlede score inden for hvert tema kan gå fra 0 til 4, hvor en høj score er udtryk for en større grad af vanskeligheder. Det er således en positiv udvikling for den unge, når scoren er mindre.

Det største gennemsnitlige (og positive) fald sker på temaet velbefindende, hvor de unges score falder fra 2,13 i gennemsnit til 1,28. Til sammenligning er gennemsnittet i befolkningen på dette parameter 0,91⁸, hvilket betyder, at de unge oplever en markant positiv fremgang, men stadig har et større niveau af vanskeligheder end gennemsnittet i befolkningen, når de afslutter indsatsen. Samtidigt viser figuren, at de unge har en score på 0,32 i forhold til risiko for selvskade, når de starter, men at deres gennemsnitlige score på dette parameter falder til 0,14 ved afslutning i behandlingstilbuddet. Til sammenligning er den gennemsnitlige score i befolkningen 0,20 på dette parameter, og de unge flytter sig derfor i gennemsnit positivt til et niveau, der ligner resten af befolkningen i forhold til risiko for selvskade. Dette indikerer, at behandlingstilbuddene særligt lykkes med at hjælpe de unge i en positiv retning på dette alvorlige parameter hen imod mindre risiko for selvskade.

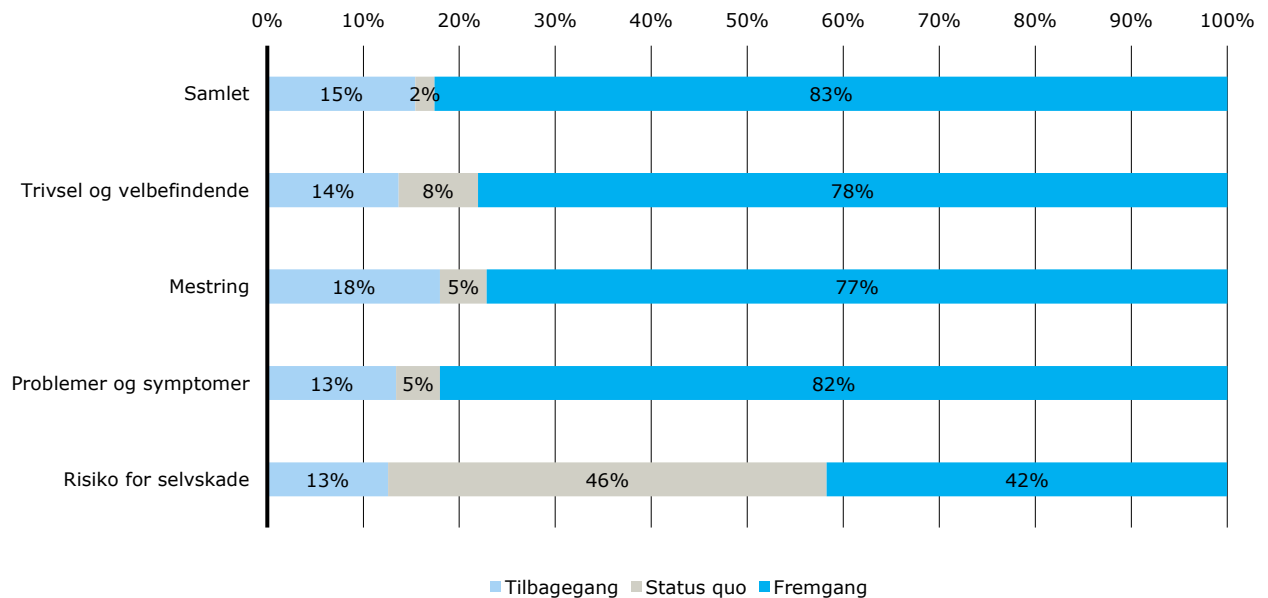
Under lokale projektbesøg er der gennemført interviews med en række unge, som har modtaget forskellige typer af indsatser. I et af behandlingstilbuddene under puljen, hvor de unge har modtaget gruppeindsatser, fortæller de unge, at de særligt har profiteret af, at de i gruppen har haft mulighed for at spejle sig i andre unge med lignende udfordringer, og herigennem få konkrete værktøjer og styrket mestringsevne til at håndtere egen situation og de udfordringer, som de oplever undervejs i deres proces mod en forandring.

*Vi kan give gode råd til hinanden og ideer, så vi hjælper hinanden. Men vi kan også komme til at "bitche" sammen og brokke os. Så går [behandleren] lige ind og stopper det, så vi ikke trækker hinanden ned. Det hjælper rigtig meget at høre, hvordan de andre har det, så finder man ud af, hey, det er ikke mig, der har gjort noget forkert.
(Ung, 22 år i et behandlingstilbud)*

⁸ Kilde: En fuld oversigt over de unges udvikling på CORE-OM score sammenlignet med normtal og klinisk cut off score, kan findes i Bilag figur 33)

Det er vigtigt, at behandleren tager en aktiv rolle og styrer og faciliterer gruppeprocessen, så der sker en positiv spejling i gruppen, hvor de unge kan få en forståelse af hinanden og deres egen situation og undgår negativ spejling ved at give modspil, nye perspektiver og styre processen, hvis der opstår en negativ spejling.

Figur 5-13: Udvikling i styrker og vanskeligheder, CORE-OM, 17 år og derover, andel, som har oplevet hhv. positiv, negativ og ingen udvikling



Kilde: SIV/B98.
N=350.

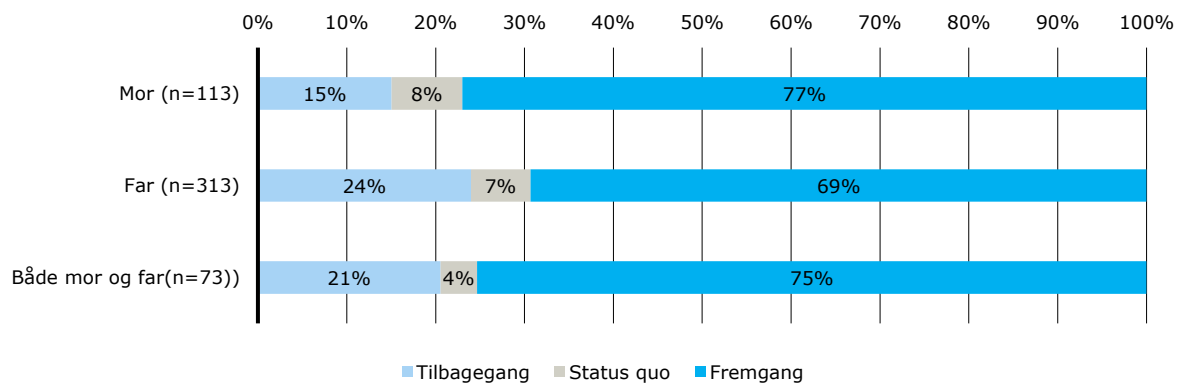
Figuren ovenfor viser, at det særligt er i forhold til temaet problemer og symptomer, som indebærer stress- og angstsymptomer, hvor en stor andel (82 pct.) af de unge oplever en positiv fremgang. Samtidigt oplever 42 pct. en positiv udvikling i forhold til risiko for selvskade. Dette parameter er særligt, da det handler om at afdække, om den unge er i direkte risiko for selvskadende adfærd. Da det ikke nødvendigvis er alle unge, som er i risiko for selvskadende adfærd – grundet problematikens tyngde – kan dette være forklaringen på den relativt store andel (46 pct.), som ikke oplever nogen udvikling på dette parameter. Samlet set oplever 83 pct. af de unge en positiv udvikling i deres livsmestring, som det fremgår af Figur 5-13 ovenfor.

5.4 Udvikling i familien

Der kan være en række faktorer ved familien og rusmiddelproblemerne, som har en betydning for udviklingen af børnene og de unges trivsel såvel som deres livsmestring. I dette afsnit fordyber vi os i resultater forbundet med målgruppens familie. Det er dog vigtigt at bemærke, at der også kan være andre faktorer, end dem som fremhæves i denne analyse, der har en betydning for resultaterne.

Figur 5-14 nedenfor viser sammenhængen mellem udviklingen i børnene og de unges trivsel, og hvem af forældrene der har eller har haft rusmiddelproblemer.

Figur 5-14: Udvikling i trivselsmåling, WHO-5, fordelt på, hvem af forældrene der har eller har haft rusmiddelproblemer



Kilde: SIV/B98.

På tværs af behandlingstilbuddene peger behandlerne på, at arbejdet med forældrene eller andre pårørende er afgørende for at skabe tryghed og understøtte barnets trivsel og udvikling. Figuren ovenfor viser, at det særligt er de børn og unge, hvor enten mor eller begge forældre har eller har haft rusmiddelproblemer, som oplever en fremgang i trivsel, idet dette gælder for hhv. 77 pct. og 75 pct. af børnene og de unge. Det er derimod blandt de børn og unge, hvor det kun er far, der har eller har haft et rusmiddelproblem, hvor den største andel oplever tilbagegang. Det tyder således på, at børnene og de unge særligt profiterer af behandlingstilbuddene i forhold til deres trivsel, når det er mor, der har eller har haft et rusmiddelproblem. Nogle af behandlerne fremhæver, at arbejdet med den forælder pårørende, som ikke selv har rusmiddelproblemet er helt centralt for at skabe opmærksomhed om barnet og sikre handling, som understøtter en positiv udvikling for barnet. Desuden kan arbejdet med den forælder, der har eller har haft rusmiddelproblemet være helt afgørende for at skabe en forståelse for, hvordan rusmiddelproblemet påvirker barnet eller den unge, og dermed sætte fokus på forældrens ansvar for barnet eller den unges trivsel og tryghed.

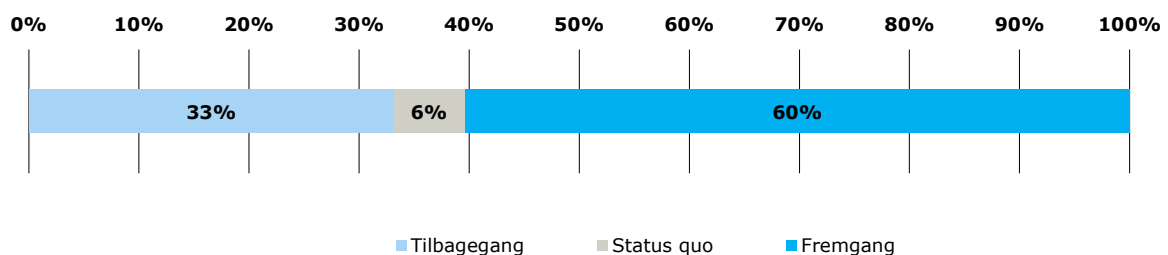
Når vi ser på sammenhængen mellem udvikling i livsmestring og hvilken forælder der har rusmiddelproblemet (jf. Bilag figur 34), ser vi, at der i den lille gruppe af 3-10årige, hvor mor har rusmiddelproblemet (bemærk, der kun er tale om otte børn), ikke er nogen, der oplever fremgang i deres livsmestring. Selvom der er tale om et meget lille antal børn, er det påfaldende, at der ikke er nogen positiv udvikling i forhold til disse børns vanskeligheder. For de unge gælder det også, at den største andel af dem, som oplever tilbagegang i forhold til deres vanskeligheder, er de unge, hvor mor har rusmiddelproblemet. For de ældre børn (11-16 år) er det dem, hvor begge forældre har et misbrug, der i højest grad oplever tilbagegang i forhold til udviklingen i vanskeligheder. Det tyder derfor på, at der er behov for at være særligt opmærksomme på de børn og unge, der har en mor med rusmiddelproblem, da dette kan have en indvirkning på børnene og de unges udvikling i livsmestring.

Det er ikke muligt, på baggrund af de kvantitative data, at sige noget om, hvorfor der ses denne tendens. En mulig forklaring kan dog være, at moren måske oftere end faren, er den person i familien, som sikrer sammenhæng, kontinuitet og stabilitet i familielivet. Når moren ikke er i stand til dette, kan barnet eller den unge opleve, at nogle af de faktorer, der bidrager til at indsatsen virker, ikke er tilstede. Derfor kan det være nødvendigt, at behandlingstilbuddene fremadrettet har ekstra opmærksomhed på disse børn og unge, da der udover indsatsen kan være et behov for, at børnene og de unge støttes på en anden måde end andre børn og unge, hvor det ikke er moren, der har en misbrugsproblematik. Det kan fx være at give barnet nogle redskaber til at håndtere hverdagen og agere i en situation, hvor moren ikke er den stabile og faste støtte, og arbejde med at kompensere barnet eller den unge for manglende sammenhæng og stabilitet i hjemmet.

Når vi ser på betydningen af at bo sammen med den, som har rusmiddelproblemet (se Bilag figur 35), fremgår det, at de 3-10-årige og de 11-16-årige børn i højere grad oplever en positiv fremgang i udviklingen af deres livsmestring, når de *ikke* bor sammen med den, som har rusmiddelproblemet. Samtidigt er der en relativt stor andel af de unge, som bor sammen med den, der har rusmiddelproblemet, som oplever fremgang i deres livsmestring. Selvom der er tale om en relativt lille gruppe unge antalsmæssigt (n=10), er det bemærkelsesværdigt, at en relativt stor del af disse oplever en øget livsmestring i løbet af behandlingsindsatsen, selvom de bor sammen med den, der har rusmiddelproblemet. Der kan være andre forklaringer på denne udvikling, men resultaterne indikerer, at de unge kan få et positivt udbytte af en behandlingsindsats, selvom de bor med den, der har eller har haft et rusmiddelproblem, hvorimod børnene, som er i den hjemmeboende alder, i højere grad oplever fremgang i deres styrker og vanskeligheder, når de ikke bor med den, som har eller har haft rusmiddelproblemet.

I evalueringen måler vi ikke direkte på forældrenes udvikling i indsatsen, men vi ser nærmere på den oplevede udvikling i familien fra start til afslutning i behandlingstilbuddet. I denne sammenhæng betyder *familien* den familie, hvor der har været eller er et rusmiddelproblem. Det er således en relationel betragtning på begrebet familie, som børnene og de unge bliver bedt om at vurdere deres familie ud fra⁹.

Figur 5-15: Udvikling i familien, andel, som samlet set oplever fremgang, status quo og tilbagegang på familiespørgsmålene



Kilde: SIV/B98.
N=341.

Som figuren ovenfor viser, vurderer 62 pct. af børnene, de unge og forældrene, at der sker en positiv udvikling i familien, hvorimod ca. en tredjedel oplever en negativ udvikling i familien. Når vi ser nærmere på, hvad udviklingen i familien indebærer, fremgår det (jf. Bilag figur 36 til Bilag figur 40), at der særligt sker en positiv udvikling for de unge (17 år eller derover). Blandt de unge er der samlet set en fremgang i andelen, som oplever, at familien er i stand til at tage hensyn til hinandens følelser, vise omsorg for hinanden og i mindre grad skændes uden at løse problemerne. For de mindre børn gælder det, at forældrene i høj grad fra start angiver, at familien er gode til at tage hensyn til hinandens følelser og vise omsorg for hinanden. Der er således ikke i samme grad en positiv udvikling at spore her, da familierne i forvejen vurderer deres situation som positiv på disse parametre. Det gælder dog på tværs af aldersgrupperne, at der er en markant positiv udvikling i, om familien ser lyst på fremtiden, og om familien er glad det meste af tiden. Her gælder det på tværs af aldersgrupperne, at flere oplever familien positivt ved afslutning i behandlingstilbuddet end ved start. På samme måde er der en positiv udvikling på tværs af aldersgrupperne i vurderingen af, om familien skændes meget og aldrig løser problemerne.

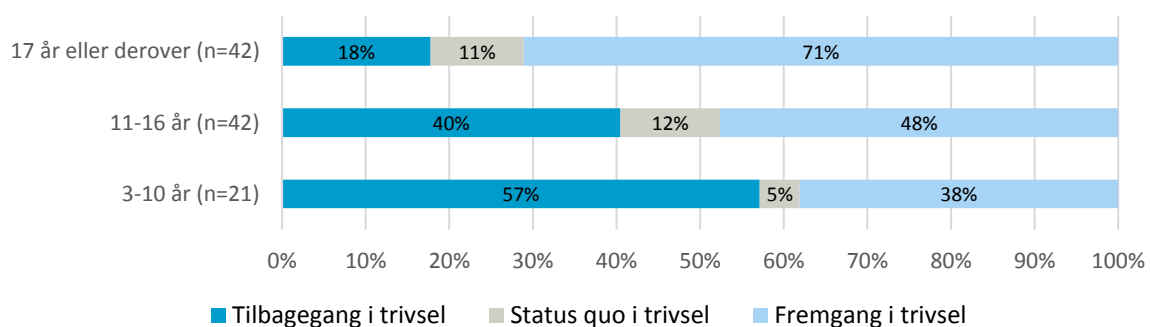
Analysen indikerer således, at behandlingstilbuddene har en positiv virkning i forhold til at understøtte udviklingen for de unge hen imod familierelationer, hvor man i højere grad tager hensyn til hinandens følelser og viser omsorg for hinanden. Analysen viser samtidigt, at behandlingstilbuddene kan have en positiv virkning på tværs af aldersgrupper i forhold til at understøtte en mere

⁹ Der har i spørgeskemaet stået, at der med familie menes det sted, hvor barnet/den unge har folkeregisteradresse. Dette er dog rettet, så der spørges til familie forstået som den familie, hvor der har været eller er et rusmiddelproblem. Samtidigt er behandlingstilbuddene blevet instrueret i, at familie skal forstås relationelt og ikke ud fra adresse.

optimistisk og glad stemning i familien og nedbringe oplevelsen af, at familien ofte skændes uden at løse problemerne. Dette er særligt interessant for de 3-10-årige, da det indikerer, at det er på disse parametre, forældrene oplever en positiv udvikling i familien. Når vi sammenholder disse resultater med resultaterne for børnenes udvikling, der viste, at de 3-10-årige børn særligt oplever en positiv udvikling i forhold til deres emotionelle vanskeligheder, indikerer det, at der er en positiv virkning for familierne i behandlingstilbuddene, særligt i forhold til at skabe en bedre stemning i familien, som understøtter, at børnene trives bedre og mindsker deres følelsesmæssige vanskeligheder.

Som nævnt ovenfor, er der også en del af målgruppen (32 pct.), der oplever en tilbagegang i familien. Den del af målgruppen, der oplever en tilbagegang i familien, kan dog godt vise positiv udvikling i egen trivsel. Figuren nedenfor viser udviklingen i trivsel for de børn og unge, som samlet set oplever en *tilbagegang* i familiens udvikling.

Figur 5-16: Udvikling i trivsel, WHO, for dem, som oplever tilbagegang i familiespørgsmål



Note: De ældre børn og unge (11 år og derover) svarer på en række spørgsmål om deres familie ved start og afslutning af behandlingstilbuddet. Forældrene til de mindre børn (3-10 år) svarer på en række lignende spørgsmål om familien. Der er således forskel mellem aldersgrupperne på, om det er børnene eller de unge selv, som har vurderet familien, eller om det er forældrene. Der er lavet et indeks for samtlige spørgsmål og på baggrund af det enkelte barns vurdering ved start og slut udregnet hhv. fremgang, status quo og tilbagegang i familiespørgsmålene. Den fulde oversigt over spørgsmålene og fordelingen af svar findes Bilag figur 36 til Bilag figur 40.

Figuren viser, at der blandt de unge, som oplever tilbagegang i familiespørgsmålene, er en relativt stor andel (71 pct.), som samtidigt oplever en fremgang i trivsel. Dette kan tyde på, at de unge kan blive mere bevidste om udfordringer og problematikker i familien i løbet af behandlingsindsatsen, men samtidigt kan opleve, at de opnår en øget trivsel, evt. fordi der arbejdes med at reducere de unges skyld og skam. Samtidigt viser figuren, at der for de mindre børn (3-10 år), hvor forældrene oplever en negativ udvikling i familien, også er en større andel (57 pct.), som oplever tilbagegang i deres trivsel fra start til afslutning i behandlingstilbuddet. Dette kan skyldes en reel negativ udvikling i familien og barnets trivsel, eller det kan skyldes, at forældrene er blevet mere bevidste om problematikker i familien og mere opmærksomme på deres børns signaler og tegn på mistrivsel. Samlet set indikerer analysen, at en positiv fremgang i de mindre børns trivsel i langt højere grad afhænger af en positiv udvikling i familien, hvorimod de ældre børn og de unge godt kan opleve øget trivsel på trods af en negativ udvikling i familien.

6. ERFARINGER MED IMPLEMENTERING

Formålet med dette kapitel er at belyse de foreløbige implementeringserfaringer i projekterne. Behandlingstilbuddene har forskellige udgangspunkter i organisering og historik, idet der både er kommunale og private tilbud, og både er tilbud, som har eksisteret i mange år, og tilbud, som er blevet etableret i kraft af puljen.

Som beskrevet i indledningen, er et af formålene med puljen til behandlingstilbud til børn og unge fra familier med alkohol- og/eller stofmisbrug at understøtte *modningen* og vidensgrundlaget for disse behandlingstilbud for at sikre den mest virkningsfulde indsats overfor målgruppen. I dette kapitel vil projekternes erfaringer derfor løbende holdes op mod flere af de i alt 11 elementer i Socialstyrelsens typologi om *lovende social praksis*.

Kapitlet er struktureret i afsnit, der omhandler tematikker, der både knytter sig til implementeringen i praksis, men også lægger sig op af elementer fra lovende praksis. For hver tematik opridses de faktorer, der virker som drivkræfter og barrierer. Der er således nogle afsnit, der er mere omfattende end andre, da de repræsenterer de erfaringer, som tilbuddene har gjort sig, og som naturligt på nuværende tidspunkt fx i højere grad handler om rekruttering til indsatsen fremfor resultaterne heraf.

Boks 6-1: Kapitlets centrale konklusioner

- Der opleves et behov for at arbejde med en differentieret rekruttering af målgruppen, da der kan være brug for nogle virkemidler overfor én gruppe af børn og unge, og andre overfor en anden gruppe. Derudover er et løbende fokus på rekruttering centralt for at sikre, at børn og unge hører om tilbuddet.
- Videns- og holdningsbearbejdning er nødvendigt for at kunne rekruttere gennem fagpersoner. Forskellige rekrutteringskanaler kræver forskellige rekrutteringsstrategier (fx fysisk tilstedeværelse, opkvalificering).
- Der er forskellige grader af metodefrihed i behandlingstilbuddene. Fælles for alle er dog, at det er centralt at arbejde med den professionelle praksis hos behandlergruppen for at sikre en enighed om tilbuddets indhold, form og tilgang til målgruppen.
- Det er nødvendigt at sikre supervision for at etablere en systematisk erfaringsudveksling, der kan understøtte højt fagligt fokus og mulighed for faglig refleksion.
- Behandlerne oplever, at det er ekstra vigtigt, målgruppen taget i betragtning, at besidde solide relationskompetencer og møde barnet og familien med forståelse.
- Geografiske forhold kan have stor betydning både for rekruttering og fastholdelse. Særligt behandlingstilbud i mindre tæt befolkede områder oplever, at dette kan være en barriere, da målgruppen er bekymret for at møde nogen, de kender, samt kan falde fra pga. transporttid til behandlingstilbuddet.
- Inddragelse af forældre og netværk kan være en drivkraft for fastholdelse i indsatsen.
- På tværs af tilbuddene oplever behandlere, at der er stort behov for at koordinere med andre indsatser og aktører.
- Data om resultaterne i indsatsen kan anvendes på flere niveauer: Som udgangspunkt for dialog med børnene, de unge og forældrene, til faglig refleksion og som vidensindspil til relevante beslutningstagere.

6.1 Opsporing og rekruttering til indsatsen

Den indledende proces i behandlingstilbuddene har i høj grad handlet om at få **beskrevet indsatsen**, herunder dennes aktiviteter og i særlig grad en afgrænsning af målgruppen. Det er et centralt element i en såkaldt *lovende praksis*, at praksis er systematisk beskrevet, fx når det gælder, hvilken gruppe borgere den er rettet mod, hvilke aktiviteter den består af, og hvilket mål den har.

På tværs af behandlingstilbuddene under puljen er der stor opmærksomhed på rekruttering til indsatsen. På den ene side er dette en naturlig konsekvens af, at mange af tilbuddene er nyopstartede og ikke er kendt i de kommuner og områder, som de befinder sig i. På den anden side er det en erfaring på tværs af alle tilbuddene, at et fokus på rekruttering bør være fortløbende, uanset om behandlingstilbuddet er nyopstartet eller har eksisteret i flere år.

Projektledernes erfaring er, at rekruttering kræver forskellige strategier afhængigt af 1) den målgruppe, man ønsker at rekruttere, og 2) den 'kanal' – de fagpersoner – man ønsker at rekruttere gennem. I alle behandlingstilbud er man i øvrigt optagede af, hvor mange ressourcer der skal investeres i opsporing og rekruttering til indsatsen under hele projektperioden, hvilket for nogle af projekterne har været en overraskelse.

Rekruttering af en heterogen målgruppe

Målgruppen for den samlede pulje er børn og unge mellem 0-24 år. Hovedparten af tilbuddene arbejder med en forholdsvis bred målgruppe, og mange af tilbuddene oplever, at det er vigtigt, at målgruppen ikke er afgrænset nærmere. Erfaringen er, at dette kan håndteres ved at have fokus på en differentieret rekrutteringsstrategi.

På tværs af tilbuddene tegner der sig et tosidet billede af, hvordan rekruttering af *den yngste del af målgruppen* foregår. På den ene side er de yngste nemme at rekruttere, da henvisning til indsatsen i høj grad sker gennem (den ikke-misbrugende) forælder, der således afgør deltagelsen på vegne af barnet. På den anden side kan den yngre del af målgruppen, ifølge flere af projektlederne, være vanskelig at opspore, idet børnene typisk ikke 'slår ud' i mistrivselsmålninger, hvorfor det kræver en nuanceret forståelse af opmærksomhedspunkter hos frontpersonale (mere herom følger).

Hertil oplever nogle af tilbuddene også, at forældrenes egen belastningsgrad har en indvirkning på rekrutteringen og udbyttet for barnet (såvel som forældrene) af indsatsen. Især børn, der kommer fra familier med mange øvrige problematikker udover rusmiddelproblemet, er vanskelige at rekruttere, da behandlerne oplever, at forældrene mangler overskud til at sikre barnets deltagelse eller virker nervøse for, at barnet indgår i et tilbud, der fx er kommunalt forankret.

Jo mindre belastning forældrene selv har, jo mere opsøgende er forældrene ift. at få den fornødne hjælp og de rette forældrekompetencer til at hjælpe barnet med at håndtere situationen... altså forælderen, der ikke har et misbrug.

(Projektleder fra behandlingstilbud)

I nogle af behandlingstilbuddene opleves barrierer knyttet til *geografiske forhold*. Især de behandlingstilbud, der er placeret i mindre kommuner og lokalsamfund, oplever en række udfordringer forbundet med borgernes kendskab til hinanden. Rusmiddelproblemer i familien er forbundet med en række tabuer, og for en stor del af målgruppen vil henvendelsen til behandlingstilbuddene være forbundet med en følelse af skyld og skam, som kan forstærkes yderligere, hvis man risikerer at blive set eller mødt af personer, som man kender i forvejen, når man træder ind over dørtærsklen. Her opleves det mere hensigtsmæssigt at rekruttere til individuelle forløb fremfor gruppeforløb, hvor børnene og de unge risikerer at sidde sammen med klassekammerater eller bekendte. Samtidigt er der også flere tilbud, der oplever det som en drivkraft, at især de unge kender andre unge, der også deltager/har deltaget i tilbuddet. Et af behandlingstilbuddene fortæller bl.a., at de har haft flere unge, der har deltaget i behandlingstilbuddet, som fortæller andre unge om forløbet og tager en ven med den næste gang, hvilket er en stærk rekrutteringskanal.

En anden barriere forbundet med geografiske forhold er også, hvis tilbuddet er lokaliseret i kommuner med stort areal (og mindre befolkningstal), da de store distancer kan forhindre, at målgruppen har mulighed for at møde op ved tilbuddet på egen hånd. Her har flere af projekterne valgt at betragte transport som en opgave, der så vidt muligt varetages af fagpersonerne.

Rekruttering gennem andre samarbejdspartnere og relevante aktører

På tværs af tilbuddene er erfaringen, at der er forskelligartet praksis hos de aktører, som kan være med til at rekruttere til indsatserne. For at sikre rekruttering på tværs af de relevante aktører, opleves det centralt at have en forståelse for aktørernes viden og holdninger til (arbejdet) med rusmiddelproblematikker og tage udgangspunkt heri.

Der opleves især behov for at have særskilt fokus på at forstå og arbejde med:

1. De kommunale rusmiddelcentre
2. Myndighed på børneområdet
3. Frontpersonalet, fx på uddannelsesinstitutioner, sundhedsområdet.

For nogle tilbud kan det være en udfordring at rekruttere **internt fra kommunens rusmiddelscenter**, da projektlederne oplever en mere individuelt orienteret kultur som en barriere herfor. I nogle kommuner arbejder rusmiddelbehandlingen i højere grad med individet med misbrug og indtænker ikke nødvendigvis pårørende og familien som del af behandlingen. Det kan derfor blive en barriere at sikre henvisninger fra kommunens lokale rusmiddelbehandling til behandlingstilbuddet for børn og unge, hvorfor potentialet for denne rekrutteringskanal ikke udnyttes tilstrækkeligt for alle projekterne.

Omvendt oplever nogle behandlingstilbud det også som en drivkraft at være forankret i et behandlingstilbud målrettet voksne med rusmiddelproblemer, da børn og unge kan rekrutteres via kontakten til forældrene, som går i rusmiddelbehandling.

Det er også et udviklingspunkt at arbejde tættere sammen med de øvrige kommunale afdelinger, og i særdeleshed **myndighedsområdet** på børneområdet. Det opleves som en central drivkraft, at relevante samarbejdspartnere, herunder myndigheden på børneområdet, kender til behandlingstilbuddet og det konkrete indhold i behandlingsindsatsen. Her bliver det således vigtigt, at tilbuddet er grundigt beskrevet, så det kan videreformidles til andre relevante aktører. Nogle af tilbuddene er 'kendt' af relevante samarbejdsaktører og afdelinger i kommunen på forhånd, da de fx har eksisteret i mange år og/eller har arbejdet tæt med dele af forvaltningen i forbindelse med andre former for behandlingstilbud. Enkelte behandlere og projektledere fremhæver, at det kan være en drivkraft af profilere sig som sparringspartner for de relevante samarbejdspartnere i kommunen, bl.a. børne- og ungeforvaltningen. Dermed bliver behandlingstilbuddet i højere grad tænkt ind i dagligdagen som en hjælp og ressource til opkvalificering af fx sagsbehandlere, der gennemfører samtaler med familier med rusmiddelproblemer. Derudover arbejder flere af behandlingstilbuddene i andre (it-)systemer end deres kommunale samarbejdspartnere, hvorfor udveksling af information på tværs ofte kræver en række drøftelser, afklaring såvel som samtykke fra familien.

Udover, at tilbuddene oplever behov for kontinuerligt at gøre opmærksom på deres konkrete tilstedeværelse, er der også et behov for løbende at **sikre det rette vidensniveau og sprog om rusmiddelproblemer hos især frontpersonalerne**, der får en vigtig funktion i rekrutteringen til tilbuddene. Et af tilbuddene har erfaret, at kontakten til målgruppen ikke alene sker gennem viden om tilbuddets eksistens, men at der er behov for en tættere opfølgning og støtte for at møde op hos tilbuddet. Som tidligere nævnt, er det en målgruppe, der kan være tynget af skyld og skam og derfor ikke nødvendigvis møder op til behandlingstilbuddet, fordi fx en lærer uddeler en brochure om tilbuddet. Oplysningsarbejdet og opkvalificering af frontpersonaler opleves langt mere omfattende, end først antaget af mange af tilbuddene. Flere af tilbuddene oplever det særlig virkningsfuldt at give frontpersonerne en konkret sætning, som de kan bruge overfor målgruppen. Mange frontpersoner kan opleve en berøringsangst med emnet, hvorfor det kan være vanskeligt blot at 'tage hul' på en samtale om rusmiddelproblemer og herunder indirekte også om forældreavner.

Udover systematisk oplysningsarbejde og målrettet opkvalificering, oplever flere af tilbuddene også, at det er en drivkraft med fysisk og synlig tilstedeværelse hos relevante rekrutteringskanaler. Flere af tilbuddene har etableret faste dage, hvor behandlere er tilstede fx på uddannelsesinstitutioner eller i jobcentre. Dette bidrager bl.a. til, at behandlere selv kan opspore børn og unge i målgruppen, og behandlere oplever også, at målgruppen finder det nemmere, mindre tabuiserende og trygkere at indgå i tilbuddet, da de mindes om tilbuddet kontinuerligt og har set behandlere før, som også har mulighed for at reagere hurtigt via deres tilstedeværelse. Det bidrager også til at øge bevidstheden om tilbuddet hos relevante samarbejdspartnere, som mindes om at tænkte behandlingstilbuddet ind i deres samtaler med målgruppen.

6.2 Metoder og kompetencer i behandlingstilbuddene

For at etablere en lovende praksis er det en fordel at sikre, at praksis understøtter en fælles professionel **faglig refleksion**, og at indsatsen er forankret i **veldefineret teori** og **aktuelt bedste vid**.

På tværs af behandlingstilbuddene er der stor opmærksomhed på, hvilke tilgange, metoder og redskaber der trækkes på i arbejdet med målgruppen af børn og unge. Projekterne spænder vidt i forhold til anvendelsen af manualbaserede, terapeutiske og socialpædagogiske metoder, ligesom de konkrete redskaber og materialer, der anvendes, er af forskellige karakter, afhængigt af både målgruppens behov og refleksionsniveau samt medarbejdernes erfaringer og kompetencer.

Tilbuddenes metodeanvendelse spænder over et kontinuum, der strækker sig fra streng metodestringens (fx i form af en manual) til en mere eklektisk anvendelse af metoder og tilgange i arbejdet med målgruppen. Nogle af tilbuddene oplever det som et stærkt fundament for tilbuddet, at det bygger på en **velafprøvet metode**, som enten er afprøvet tidligere i regi af det pågældende tilbud eller i andre relevante kontekster. For de tilbud, der arbejder med en ny og velafprøvet metode, har det dog krævet mange ressourcer at starte behandlingstilbuddet op, da behandlerne har skullet gøre sig bekendte med metodens vidensgrundlag og indhold.

For andre af tilbuddene opleves det som en drivkraft at have en vis form for *metodefrihed*, der understøtter et valg af metode, afhængigt af den specifikke fx børnegruppens sammensætning og behov såvel som fx forbundet med det enkelte individs refleksionsniveau. I disse tilbud kan det dog til tider skabe en usikkerhed i forhold til, hvornår den enkelte behandler udvikler eller skifter metode afhængigt af situationen.

På tværs af behandlingstilbuddene er der **vidt forskellig faglighed**, og der ses både psykologer, socialrådgivere, familierapeuter og mange flere faggrupper repræsenteret blandt behandlerne. I forlængelse heraf har flere af tilbuddene oplevet det essentielt løbende at arbejde med den professionelle praksis hos behandlergruppen for at sikre en enighed om tilbuddets indhold og form samt især tilgangen til målgruppen. Flere af tilbuddene oplever, at det er nødvendigt at foretage **supervision og etablere en systematisk erfaringsudveksling** for at sikre højt fagligt fokus og mulighed for faglig refleksion, ligesom de faglige fora også kan bidrage til at skærpe blikket på, hvilke kerneelementer, konkrete aktiviteter og tilgange der har den bedste virkning på (den brede og heterogene) målgruppe.

Som det fremgår af citatet i boksen til højre, er en vigtig drivkraft for det fagfaglige arbejde i tilbuddene, at alle behandlere oplever sig set, hørt og forstået i deres faglige praksis. Det er en drivkraft, når projektleder og behandler etablerer nogle faste rammer for erfaringsudvekslingen med en dagsorden, der understøtter, at nye behandlere kan lære af gamle, og at der indgår drøftelser i mindre grupper på tværs af en eventuel stor behandlingsgruppe. Som en af projektlederne fremhæver, er det vigtigt, at ingen af behandlerne oplever at sidde alene med usikkerhed forbundet med arbejdet med målgruppen.

Der er behov for at skabe et rum til supervision, hvor det ikke nødvendigvis er de behandlere, der har arbejdet længe med metoden, som har det sidste ord ift., hvordan indsatsen og metoden leveres.

(Projektleder fra behandlingstilbud)

En vigtig kompetence i arbejdet med målgruppen er, ifølge hovedparten af behandlerne, især at besidde stærke relationskompetencer og et helhedsorienteret blik på barnet eller den unge. Der er tale om en målgruppe, der har behov for at føle sig tryk i situationen (i tilbuddet), og her opleves det afgørende, at der er etableret en god relation mellem behandler og barn/den unge. En af de måder, hvorpå det 'gode første møde' og en god relation kan etableres, er ifølge et af tilbuddene bl.a. at møde barnet den unge med forståelse og ro, og et andet tilbud fremhæver det afgørende,

at der ikke foregår behandlerskift for det enkelte barn eller unge, der kan have svært ved at åbne sig op overfor flere.

Flere af tilbuddene har valgt at **inkludere frivillige** som del af indsatsen overfor målgruppen. De frivillige bliver, ifølge nogle af behandlerne, et godt supplement til terapeutiske aktiviteter, da de får mere uformel karakter og ofte består af sociale aktiviteter med andre børn og unge også.

6.3 Fastholdelse af målgruppen i tilbuddene

En lovende praksis er bl.a. karakteriseret ved en **individuel tilrettelæggelse**, hvor medarbejdere tager udgangspunkt i de konkrete styrker, udfordringer og ønsker hos den gruppe borgere, indsatsen er rettet mod – og involverer borgerne i praksis.

På tværs af tilbuddene opleves en række drivkræfter og barrierer i forbindelse med fastholdelse af børnene og de unge i behandlingsindsatsen, når de er rekrutteret og har deltaget et par gange.

Nogle af tilbuddene er, som tidligere nævnt, udfordret af store geografiske strækninger og begrænset offentlig transport. Det kan således afhænge af børnene og de unges forældre om, hvorvidt de fx kommer til gruppebehandlingen på ugentlig basis. Her har nogle tilbud valgt at gennemføre behandlingsindsatsen på skolerne eller uddannelsesinstitutionen, hvor børnene og de unge kan deltage i forlængelse af deres skoledag.

Et par af tilbuddene har svært ved at fastholde unge drenge i indsatsen, og her har man bl.a. haft god erfaring med at etablere en god relation til en omsorgsperson i de unges nærmiljø, der kan støtte op om hans deltagelse i indsatsen. Omsorgspersonen kan være alt fra forældre, søskende, kontaktperson og en gadeplansmedarbejder.

Netop **forældreinddragelse** har vist sig at være en drivkraft for fastholdelsen i indsatsen (såvel som rekruttering og det oplevede udbytte) på tværs af hele målgruppen. En stor del af behandlerne oplever det som en afgørende faktor, at størstedelen af børnene og de unge forbinder misbruget i deres familie med både skyld og skam, hvorfor det ofte kræver en håndholdt og længerevarende proces at sikre barnets eller den unges deltagelse i det pågældende tilbud.

Hovedparten af behandlingstilbuddene arbejder direkte med henholdsvis holdningsbearbejdelse og involvering af forældrene – primært forælderen uden et misbrug – som del af behandlingsindsatsen overfor børnene og de unge. Ligesom den yngre del af målgruppen især rekrutteres via forældrene (der har markant større beslutningskompetence jo yngre barnet er), har den yngre del af målgruppen også behov for, at forældrene er tæt involveret og bidrager til at sikre, at barnet føler sig trykt i at indgå i indsatsen.

Den del af behandlingsindsatsen, der har fokus på holdningsbearbejdelse hos forældre uden misbrug og pårørende, lægger især vægt på, at forældrene bliver bevidste om rusmiddelproblemet og indvirkning på det pågældende barn eller ung. Forælderen med misbruget bliver især hjulpet til at se konsekvenserne af misbruget i forhold til barnet eller den unge og understøttes i at tage ansvar for problematikken, så barnet/den unge ikke oplever problemet som hans eller hendes. Dette har flere af tilbuddene også oplevet som en drivkraft for, at forælderen med misbrug selv vælger at gå i behandling.

6.4 Samarbejde om og organisering af indsatsen

Behandlingstilbuddene under denne pulje er vidt forskelligt forankret og har deraf også vidt forskellig organisering, ledelse og samarbejdsrelationer. En lovende praksis er bl.a. karakteriseret af et **relationelt samarbejde**, som understøttes af, at medarbejderne har de rette professionelle relationskompetencer til at samarbejde konstruktivt med borgere, kolleger og andre fagprofessionelle.

Som det fremgår af kapitel fire modtager næsten halvdelen af målgruppen øvrig støtte udover at indgå i behandlingsindsatsen. Hovedparten af behandlingstilbuddene oplever også, at der er behov for stor opmærksomhed på de øvrige tilbud, barnet eller den unge indgår i, og koordinering hermed. Det kan bl.a. dreje sig om, at barnet eller den unge går til psykolog eller har en mentor, som også arbejder med den unges trivsel og positive udvikling. Nogle af tilbuddene oplever det som en barriere, hvis der ikke er tilstrækkelig viden om både, hvilken støtte barnet eller den unge får, såvel som indholdet heri, da de risikerer, at målgruppen oplever sit forløb usammenhængende og uklart. En stor del af behandlingstilbuddene oplever det afgørende, at målgruppen og dennes familie 'tages i hånden', hvis de fx henvises til et andet relevant tilbud. Et af tilbuddene har bl.a. god erfaring med at invitere familien til et møde med begge tilbud eller invitere familien med på besøg ved det nye tilbud sammen med deres nuværende behandler/rådgiver.

Flere af de tilbud, der er forankret i kommunalt regi, oplever det som en fordel at være organiseret i tæt tilknytning fx til den kommunale misbrugsbehandling, da den relationelle koordinering med samarbejdsaktører omkring målgruppen er nemmere. Som en af projektlederne fortæller, er tilbuddet i tæt kontakt og dialog med behandlerne, der støtter forælderen med misbrug i hans/hendes behandling, hvorfor den familieorienterede indsats nemmere koordineres.

En central drivkraft for det gode samarbejde på tværs af kommuner, organisationer og andre aktører omkring målgruppen er, ifølge hovedparten af behandlingstilbuddene, oplevelsen af at have et **fælles syn** på og holdning til, hvordan og hvornår målgruppen har behov for hjælp. Mange af behandlingstilbuddene kan opleve udfordringer med at sikre den rette opbakning og opmærksomhed hos samarbejdspartnerne til at sætte ind overfor målgruppen. Ét af tilbuddene fremhæver eksempelvis, at det har været en udfordring at iværksætte et forløb hos et barn med én ædru forælder, da det opfattes tilstrækkeligt trygt og uproblematisk for barnets udvikling, ifølge tilbuddets kommunale samarbejdspartner. Denne erfaring har bl.a. vist et behov for at opkvalificere samarbejdspartnerne med viden om risikofaktorer ved at vokse op i en familie med rusmiddelproblematikker, og dette gerne kontinuerligt og hyppigt, ifølge flere af tilbuddene.

En drivkraft, der også er fremtrædende på tværs af behandlingstilbuddene, er stærk ledelsesmæssig opmærksomhed og opbakning til behandlingstilbuddet. Mange af de tilbud, der har oplevet solid ledelsesopbakning, oplever bl.a., at det skyldes et kommunalpolitisk fokus på misbrugsproblematikken, som dermed 'siver ned' gennem organisationen og kommer til udtryk i, at ledelsen i de involverede kommuner efterspørger viden om tilbuddets virkning. Den ledelsesmæssige opbakning skaber en såkaldt ro for projektlederen og behandlerne til at fokusere på kvaliteten i tilbuddet, og det opleves også som en 'adgangsbillet' til mange af samarbejdsaktørerne, der allerede kender til problematikken og prioriteringen af arbejdet hermed.

6.5 Dokumentation, anvendelse af data og datadrevet refleksion i behandlingstilbuddene

En lovende praksis er bl.a. karakteriseret ved at have opstillet **klare mål** for målgruppen, have etableret en systematisk **monitorering** af målgruppens udvikling, set i forhold til de mål, der er sat, samt en løbende **opfølgning** og justering af indsatsen i forlængelse af monitoreringen.

Behandlingstilbuddene arbejder alle med at dokumentere den behandlingsindsats, de udbyder overfor målgruppen, og hertil anvendes en række udvalgte måleredskaber, som er nærmere udfoldet i indledningen til denne rapport. På tværs af behandlingstilbuddene fremgår vidt forskellig erfaring med og anvendelse af dokumenteret viden i arbejdet med at modne deres behandlingsindsatser. Hvor nogle af tilbuddene har flere års erfaring med at dokumentere målgruppens udvikling, bl.a. gennem validerede måleredskaber, har mange af behandlingstilbuddene begrænset erfaring med systematisk dokumentationspraksis og datadrevet refleksion.

Den løbende monitorering af målgruppens udvikling opleves relevant hos alle behandlingstilbud, men det opleves vanskeligt for nogle af tilbuddene at etablere **faste arbejds gange** og systematik for indberetning af data. En af barriererne er oplevelsen af bl.a. dokumentationens omfang og behandlernes begrænsede tid til dokumentationen. Flere af behandlerne og projektlederne fortæller dog også, at dokumentationens omfang kan føles omfattende, fordi der netop ikke er etableret faste arbejds gange, og behandlerne endnu ikke har fået redskaberne "ind under huden", som en projektleder fortæller. Dette gør sig især gældende i de behandlingstilbud, der har iværksat et nyt tilbud og/eller ny metode, hvor ressourcerne er blevet brugt på at rekruttere til indsatsen og etablere arbejds gangene for selve indsatsen, mens dokumentations praksis har haft en lavere prioritet.

Som allerede nævnt, har behandlerne på tværs af tilbuddene mange forskellige faglige forudsætninger og erfaringer, der også har indflydelse på, hvor rutinerede de er ift. at dokumentere til daglig i et it-understøttet system. Her oplever hovedparten af behandlingstilbuddene dog, at opkvalificering i dokumentationsmodellen og muligheden for teknisk support har været en drivkraft i omstillingen til og udviklingen i at arbejde mere datafokuseret.

Mange af behandlingstilbuddene har gjort sig en række erfaringer og overvejelser forbundet med anvendelsen af data, der foregår på forskellig vis på tværs af tilbuddene.

En af måderne, hvorpå tilbuddene anvender data, er i den **datadrevne faglige refleksion** omkring behandlingsindsatsen i sin helhed. Behandlerne oplever det som et godt udgangspunkt for fælles drøftelser om indsatsens fremdrift og virkning, og i enkelte tilbud arbejder man aktivt med at udforske målgruppens udvikling med afsæt i data på månedlige personalemøder. Her drøftes og tolkes, i hvilken grad data illustrerer den virkning, man ønsker, at indsatsen skal have. Flere af projektlederne oplever det som afgørende, at behandlerne har en forståelse for hele opdraget for målingerne og kan tolke på den indberettede data. Derudover opleves især fidelitetsmålingerne positivt blandt mange af tilbuddene, da udfyldelsen af fidelitets skemaerne 'tvinger' behandlerne til at reflektere over egen praksis i højere grad, end de har gjort tidligere. Disse skemaer opleves dog også omfangsrige, hvilket nogle oplever som en barriere, da de risikerer at være misvisende, fordi de er udfyldt uden rum for refleksion grundet tids pres. Det opleves derfor centralt, at det drøftes i medarbejdergruppen, hvordan skemaerne bedst muligt forankres i den eksisterende praksis og ikke opleves som en ekstra opgave isoleret fra praksis og fra den faglige refleksion generelt.

En anden måde, hvorpå data anvendes, er i **dialogen med den enkelte** ung og som udgangspunkt for den individuelle tilrettelæggelse af indsatsen. Feedback Informed Treatment (FIT) opleves positivt i mange af tilbuddene, og mange af behandlerne anvender målingerne direkte i dialogen med barnet eller den unge til at drøfte, hvorfor der fx ses positiv udvikling siden sidst. Flere af behandlerne fortæller bl.a., at FIT understøtter indsigt i, hvad der fylder i børnene og de unges liv, som de dermed i mindre grad skal analysere sig frem til over længere tid. Dette understøtter også, at indsatsen kan målrettes til at tage højde for det enkelte barn eller unges situation, og behandleren kan tage hensyn til eventuelle udfordringer i barnets/den unges liv i behandlingen af den enkelte. Enkelte tilbud kan dog også finde det udfordrende at anvende viden fra FIT, hvis behandlingstilbudet fx er tilrettelagt som et struktureret gruppeforløb, der ikke nødvendigvis kan tilpasses den enkeltes behov ved hver mødegang. Her kan viden fra FIT indikere et behov for fx at give det enkelte barn eller ung en supplerende individuel indsats, der bedre imødekommer barnet/den unge.

En sidste anvendelse af data i mange af behandlingstilbuddene er overfor relevante **beslutningstagere** i kommunalt regi eller egen organisation. En del af projektlederne arbejder løbende på at formidle resultaterne af tilbuddet til relevante beslutningstagere mod en forventning om, at det øger den ledelsesmæssige opbakning og prioritering undervejs, samt øger *sandsynligheden for at tilbuddet forankres på længere sigt*. En af projektlederne medbringer fx rapporterne fra dokumentationssystemet på styregruppemøder for at illustrere erfaringer og resultater med indsatsen, mens en anden projektleder fremsender rapporterne til medlemmer i ledelsen, inden mødet afholdes, hvor

resultaterne drøftes mere indgående. At bruge rapporterne og behandlingsindsatsens eventuelle positive resultater kan således blive en løftestang til at sikre ledelsesmæssig opbakning. Udover at fremvise de overordnede resultater af behandlingsindsatsen, tyder det på også at være en drivkraft at analysere resultaterne inden for tilbuddets politiske kontekst. Hermed menes, at projektlederne med fordel kan arbejde strategisk med resultaterne og fx præsentere de data, der viser, at målgruppen ofte kommer fra familier med højt konfliktniveau og vold, hvis dette er et særligt fokusområde hos lokalpolitikere og/eller i de kommunale strategier. Med andre ord kan data anvendes strategisk – under forudsætning af, at det tolkes korrekt – hvis der fx er et ønske om at forankre det på længere sigt.

7. LÆRINGSPUNKTER FREMADRETTET

I dette kapitel præsenterer vi en række læringspunkter, udledt på baggrund af midtvejsevalueringen af behandlingstilbuddene under puljen målrettet børn og unge fra familier med stof- eller alkoholmisbrug.

For hvert læringspunkt fremhæver vi konkrete greb og inspiration til tilgange, der kan understøtte arbejdet med det pågældende læringspunkt. Læringspunkter og greb udspringer primært af input fra projektledere og behandlere på seminarer, workshops og ved lokale projektbesøg samt af de umiddelbare resultater af dataindsamlingen og evaluators erfaring med arbejdet i forhold til at modne lovende praksis. Nogle af de konkrete greb til inspiration er fremhævet i løbet af rapporten, men er også med i opsamlingen her. Kapitlet er tænkt som inspiration for det fremadrettede arbejde med effektiv implementering af indsatser til børn og unge fra familier med stof- og/eller alkoholmisbrug.

Behov for differentieret rekrutteringsstrategi for at nå målgruppen

Som rapporten viser, er der en overvægt af piger i behandlingstilbuddene, især i den ældste del af målgruppen. Resultaterne viser også, at der er en større andel af børnene og de unge, der kommer fra familier med alkoholmisbrug end fra familier med stofmisbrug. Nedenfor fremgår konkrete greb, som nogle af tilbuddene har haft god erfaring med at bruge i rekruttering til behandlingsindsatsen.

Flere af tilbuddene har gode erfaringer med, at unge, som selv har gået i behandlingsindsatsen, bliver klædt på til at være **ambassadører** i og gøre opmærksom på tilbuddenes eksistens. De fortæller andre unge, hvad de selv har fået ud af at indgå i indsatsen, hvilket bidrager til, at tilbuddene får rekrutteret flere unge – også unge, der typisk ikke ville henvende sig på grund af tabu omkring rusmiddelproblematikker.

Et tilbud oplever det som afgørende, at de tilbyder individuelle forløb, der giver mulighed for at tilpasse indsatsens aktiviteter til den enkeltes behov. Tilbuddet oplever, at **drengene ofte foretrækker** (at starte i en) én-til-én-relation, som handler om at lære hinanden at kende, mens man fx løber en tur eller spiller et spil. Det kan bl.a. blive en 'indgang' til den enkelte dreng, som kan fortsætte i et gruppeforløb, hvis det er relevant.

Et af tilbuddene har en **tidligere bruger** af tilbuddet ansat i en administrativ stilling. Det er denne medarbejder, som modtager henvendelser fra forældre, som har hørt om tilbuddet. Her oplever man, at det har stor betydning, at forældrene møder en, som har været det samme igennem selv, hvilket kan gøre det lettere for forældrene at tage skridtet fra at henvende sig til at møde op og starte i tilbuddet.

Det kan være en fordel at arbejde bevidst med sin **tilgang til formidling** i rekrutteringsstrategien. Et forslag er fx at tage udgangspunkt i de fire trin i figuren nedenfor, som handler om først at forstå målgruppen, som formidlingsmaterialet er målrettet, dernæst blive skarp på formålet med materialet (ændring af viden, holdning eller handling) og så udvælge det format og indhold, som materialet skal have. Afslutningsvist bør der lægges en plan for, hvordan materialet 'udrulles' for at sikre det bedst mulige udbytte.



Forstå målgruppen for formidlingen Hvem skal bruge jeres formidling af viden? (fx lærer socialchefen, ledere og medarbejdere i rusmiddelcentret, forældre, børn og unge), hvilke behov har målgruppen ift. formidlingen, hvornår skal målgruppen bruge den viden, I formidler?



Fastlæg formålet med formidlingen Hvad skal målgruppen bruge formidlingen til (Skal formidlingen af viden ændre målgruppens viden? Holdninger? Adfærd?)



Udvælg indhold og format for formidlingen Hvilket format passer bedst til målgruppen: behov og formålet med formidlingen? (fx brev, pjece, rapport, mundtlig præsentation, video, hjemmeside)



Planlæg proces for formidlingsprodukter og aktiviteter og planlæg opfølgning på, om formidlingen har opnået den ønskede virkning

Behov for at arbejde med holdninger og viden hos relevante rekrutteringskanaler

Behandlingstilbuddene arbejder med en lang række interessenter og samarbejdspartnere som led i behandlingsindsatsen overfor målgruppen. En erfaring er, at alle aktører har vidt forskellig viden om og holdning til alkohol- og stofmisbrug, hvilket samarbejdet med aktørerne bliver et resultat af. Nedenfor fremgår konkrete greb, som nogle af tilbuddene har haft god erfaring med at bruge i samarbejdet med rekrutteringskanaler til behandlingsindsatsen.

Et af tilbuddene har foretaget en **interessentanalyse** i forbindelse med behandlingstilbuddet, som har dannet afsæt for en systematisk praksis ift. oplysningsarbejdet. Helt konkret har projektlederen etableret et dokument, der indeholder information om, hvem der bør kontaktes, hvornår dette skal gøres, hvad der er nøglebudskabet i kommunikationen, samt hvem der er ansvarlig herfor.

Et af tilbuddene har **aftalt med det kommunale misbrugsafsnit**, at de ved mødet med en voksen med misbrug afdækker, om vedkommende har børn, og dernæst spørger, om børnene/de unge vil deltage i et behandlingstilbud. Hvis forælderen takker ja, udfyldes en tilmeldingsblanket, som sendes til behandlingstilbuddet, der dernæst tager den første kontakt. Behandlingstilbuddet for barnet/den unge bliver dermed en integreret del af den øvrige behandling, som forældrene får.

Et tilbud har valgt at fremhæve sig selv som **'ressourcepersoner' over for relevante samarbejdspartnere**, bl.a. ved at aflevere pjecer og materialer med kontaktoplysninger, så også samarbejdspartnere og øvrige interessenter kan trække på behandlerne i tilbuddet, hvis de savner viden om, hvordan de spørger ind til og generelt forholder sig til misbrugsproblematikken overfor målgruppen.

Rekruttering kræver løbende opmærksomhed – ikke kun ved tilbuddets opstart

Tilbuddene oplever det som afgørende løbende at have fokus på rekrutteringen til behandlingsindsatserne. Nedenfor fremgår konkrete greb, som nogle af tilbuddene har haft god erfaring med at bruge for at sikre en løbende rekruttering til behandlingsindsatsen.

Et af tilbuddene har valgt at ansætte **en medarbejder**, der (udelukkende) har til opgave at varetage **kommunikations- og oplysningsarbejdet** i forbindelse med behandlingsindsatsen, for netop at sikre, at de rette kompetencer bringes i spil, og for at understøtte et løbende systematisk og strategisk fokus på rekruttering og oplysning.

I et andet behandlingstilbud arbejdes systematisk med et **oversigtsark over samtlige relevante samarbejdspartnere**, interessenter og aktører, hvori det fremgår, *hvornår* og *hvem der* har kontakten til hvilke aktører, og sikrer deres løbende fokus på indsatsen. I arket fremgår også en plan for konkrete besøg og oplæg hos aktørerne, der løbende husker aktørerne på behandlingstilbuddets eksistens.

Det kan være vanskeligt at fastholde målgruppen i tilbuddene

Nogle af tilbuddene oplever det vanskeligt at fastholde målgruppen i tilbuddene. I boksene nedenfor fremgår konkrete greb, som nogle af tilbuddene har haft god erfaring med at anvende for at fastholde målgruppen i behandlingsindsatsen.

Et af projekterne anvender **sms'er** som kommunikation med unge i målgruppen. Via sms påmindes den unge om tid og sted for behandlingsindsatsen og sms'erne anvendes også, hvis den unge fx oplever noget negativt eller positivt, som de ønsker at dele med behandleren. Det er en kommunikationsform, der falder de unge meget naturlig, hvorfor det kan have en god virkning for dialogen mellem ung og behandler.

I et af tilbuddene fremhæver behandlerne, at de har gode erfaringer med at arbejde tæt sammen med den **forælder**, som ikke har rusmiddelproblemet for derigennem at sikre, at der kommer fokus på barnet og at en positiv udvikling for barnets trivsel og tryghed understøttes i behandlingsforløbet. Samtidigt kan samtaler med den forælder, som har eller har haft rusmiddelproblemet, understøtte, at der kommer en større forståelse for, hvordan rusmiddelproblemet påvirker barnet eller den unge og dennes behov.

Behov for faste arbejdsgange til at sikre datadrevet refleksion

Flere af tilbuddene oplever det vanskeligt at arbejde datadrevet og etablere gode faglige drøftelser med udgangspunkt i data. Det kan være en fordel med en systematisk tilgang til arbejdet med data, hvor arbejdet med data tager udgangspunkt i en forståelse af, at data beskriver et udsnit af verden, fx målgruppen, indsatsen og organisationen, og derfor indeholder mange historier, mulige forklaringer og årsager. Der er således et behov for at fortolke data for at skabe mening, og det kræver, at faglige og teoretiske paradigmer tages i brug i blikket på data. Enkelte tilbud har gjort sig nogle gode erfaringer med dette. Forslag til konkrete greb, der kan understøtte datadrevet refleksion, fremgår nedenfor.

Lederen eller projektlederen i behandlingstilbuddet har en vigtig rolle i den organisatoriske **fortolkning og oversættelse af data**. For at gøre data til viden, er det centralt at berige data med faglig teori og praksiserfaring. Det kan således være en god idé, at projektlederen skaber en oversættelse af FIT-data (Feedback Informed Treatment) og fidelitetsdata til behandlerne, dvs. udvælger de væsentligste opmærksomhedspunkter ved data, og faciliterer en faglig drøftelse heraf. På samme måde kan projektlederen oversætte de aggregerede data om målgruppen og resultaterne i indsatsen til styregruppen med henblik på at drøfte den overordnede udvikling og prioritering.

Nogle af behandlingstilbuddene har gjort sig erfaringer med at arbejde med data og resultater ud fra såkaldte **datamodeller**, der beskriver hvem der får hvilken data, i hvilken form samt hvor og hvornår data drøftes. Data kan eksempelvis drøftes i forskellige tværgangsmøder, hvor foreløbige resultater danner udgangspunkt for en fælles vurdering af, om indsatsen er på rette vej. Ved at følge den faste struktur, som datamodellen foreskriver, får alle relevante aktører i behandlingstilbuddet overblik over indsatsens udvikling og løbende resultater – og det giver anledning til at kvalificere indsatsen yderligere, hvis resultaterne ikke er som forventet.

Der er også eksempler på gode erfaringer med at anvende forskning og målgruppedata til at **vidensbaserer sin indsats**, ligesom nogle projekter har gjort gode erfaringer med at genbesøge forandringsteori som støtte til en dialog om, hvorvidt man når de mål, man har for målgruppen. Blandt andet har et behandlingstilbud brugt forskningsviden om risiko- og beskyttelsesfaktorer og målgruppedata som udgangspunkt for en dialog om, hvorvidt indsatsen når den rigtige målgruppe. Dette også med henblik på allerede i opstarten af indsatsen at få viden om, hvorvidt der er særlige forhold, de skal tilrettelægge indsatsen efter.

Udvikling og kvalificering af behandlingsindsatsen skal foregå hele tiden

Uanset om behandlingstilbuddene er nye eller erfarne, pågår der en løbende faglig refleksion, kvalificering og kvalitetsudvikling af tilbuddet og indsatserne. I boksene nedenfor fremgår forslag til at arbejde med løbende udvikling og kvalificering af behandlingsindsatserne.

Et af tilbuddene har haft god erfaring med at nedsætte et konkret **ungepanel**, der består af unge, som indgår i behandlingsindsatsen. Panelet bidrager til at give feedback til tilbuddet, så tilbuddet udvikler kvaliteten såvel som deres rekrutteringsstrategi på baggrund af de unges tilbagemeldinger.

I et af behandlingstilbuddene har man, på baggrund af de foreløbige erfaringer med indsatsen, lavet en **redskabskasse**, som beskriver den konkrete tilgang og de konkrete redskaber, som henvender sig til de forskellige målgrupper i behandlingstilbuddet (fx børn, unge og forældre). Denne redskabskasse har bidraget til, at behandlerne har fået dokumenteret den 'tavse viden', og muliggjort et overblik for andre med interesse i at se, hvilke metoder kan være gode overfor hvilke dele af målgruppen

Behov for at have øje for udvikling i familien, særligt når der tale om små børn

Evalueringen viser, at en positiv fremgang i de yngste børns trivsel i langt højere grad afhænger af en positiv udvikling i familien, hvorimod de ældre børn og unge godt kan opleve øget trivsel på trods af en negativ udvikling i familien. Det kalder på, at der særligt i arbejdet med børnene er behov for også at have et stærkt fokus på situationen i familien, herunder hvordan der sideløbende med indsatsen, kan arbejdes med forældrene, så der sikres en positiv udvikling i familien også.

I langt de fleste behandlingstilbud er der også et **familieperspektiv**. Her er erfaringen, at det er vigtigt, at der arbejdes med omsorgspersonernes erkendelse og forståelse af, hvordan misbruget påvirker barnet eller den unge, herunder også viden om, hvordan uheldige mønstre i familien kan brydes. Dette fx gennem brug af redskaber, værktøjer og hjælpemidler, som familien kan få i kraft af en indsats. Det kan bidrage til, at omsorgspersonerne ansvarliggøres og der indgås en "psykologisk" kontrakt mellem forældre og barnet, hvor det anerkendes, at misbrugsproblemet eksisterer, og at dette påvirker barnet negativt. På den måde er forældrene også med til at understøtte, at barnet indgår i indsatsen og modtager en behandling, der er målrettet hans eller hendes udfordringer.

Behov for løbende koordinering med andre aktører og indsatser

Evalueringen viser, at 40 pct. af børnene og de unge modtager øvrig støtte ud over behandlingstilbudet. Samtidigt oplever behandlerne, at der i høj grad er behov for at koordinere og samarbejde med andre aktører, som også arbejder med børnene, de unge eller familien for at sikre et sammenhængende og helhedsorienteret forløb. Nedenfor fremgår erfaringer fra nogle af tilbuddene på konkrete greb til at understøtte den løbende koordinering.

Et af tilbuddene har valgt at **låne lokaler** til behandlingsindsatsen hos forskellige uddannelsesinstitutioner og på rusmiddelbehandlingscentret. Dette opleves dels som en fordel i forhold til at rekruttere og fastholde målgruppen i indsatsen, men det understøtter også samarbejdet med de øvrige aktører omkring børnene og de unge, fx deres lærere eller forældrenes rusmiddelbehandlere, at behandlingstilbudet har sin faste gang på samme lokation.

Et greb, som understøtter koordinering og samarbejde på tværs af fagligheder, afdelinger og sektorer, er at nedsætte en strategisk forankret **styregruppe** med ledelsesrepræsentanter på tværs af de relevante aktører. Styregruppen sætter målene og den strategiske retning og sikrer et klart ledelsesfokus fra top og ud i organisationen. Styregruppen skal være et beslutningsdygtigt organ, som kan træffe forpligtende beslutninger på tværs af eventuelle samarbejdspartnere og dermed imødekomme og håndtere de barrierer for koordinering og samarbejde, som kan opstå.

Et andet greb, som kan understøtte samarbejdet, er klare **samarbejdsaftaler**, som sikrer, at roller og ansvar i samarbejdet er klart for alle, at der er en plan for kommunikation mellem samarbejdspartnerne, at der er en plan for, hvad der sker, hvis der sker et sammenbrud i indsatsen, og at der er klare arbejdsgange ved henvisning, udslusning og brobygning. Et af tilbuddene har gode erfaringer med at prioritere ressourcer til brobygningen til andre tilbud, fx ved at behandleren, som familien kender, tager med til møde i det nye tilbud.

BILAG 1 ØVRIGE TABELLER OG FIGURER

Indhold:

1.1. Supplerende figurer målgruppekarakteristik og -profiler

1. Køn (aldersopdelt)
2. Bopæl (aldersopdelt)
3. Typen af misbrugsproblematik (aldersopdelt)
4. Misbrugende part i familien (aldersopdelt)
5. Øvrige problematikker ud over misbrug (samlet)
6. Fem mest udbredte øvrige belastninger (aldersopdelt)
7. Trivsel ved opstart (samlet + aldersopdelt)
8. Risikogrupper pba. trivsel (samlet + aldersopdelt)
9. Type af støtte for dem, som modtager øvrig støtte (samlet + aldersopdelt)
10. Uddannelse (aldersopdelt)
11. Bor med misbrugende part (aldersopdelt)

1.2. Supplerende figurer målgruppeprofiler og lav trivsel

12. Trivsel køn (samlet + aldersopdelt)
13. Trivsel bopæl (samlet + aldersopdelt)
14. Trivsel misbrugsproblematik (samlet + aldersopdelt)
15. Trivsel Misbrugende part i familien (samlet + aldersopdelt)
16. Trivsel Bor med misbrugende part (samlet + aldersopdelt)
17. Trivsel Modtager øvrig støtte (samlet + aldersopdelt)

1.3. Supplerende figurer frafaldsanalyse

18. Frafald oversigtsfigur
19. Frafald opstart køn
20. Frafald opstart bopælssituation
21. Frafald opstart misbrugsproblematik
22. Frafald opstart misbrugende part
23. Frafald opstart bor med misbrugende part
24. Frafald opstart alder

Afsluttede forløb planlagt og uplanlagt

25. Frafald indsats køn
26. Frafald indsats bopælssituation
27. Frafald indsats misbrugsproblematik
28. Frafald indsats misbrugende part
29. Frafald indsats bor med misbrugende part
30. Frafald indsats alder

1.4. Supplerende figurer foreløbige resultater for børnene og de unge

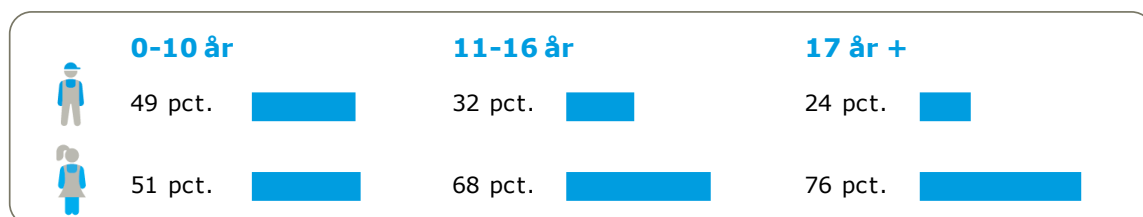
31. Vurdering af forløbets betydning – aldersopdelt
32. Udvikling i trivsel – kønsopdelt
33. De unges udvikling i CORE-OM score sammenlignet med normscore og klinisk cut off score
34. Misbrugende part ift. udvikling i livmestring
35. Bo sammen med den som har rusmiddelproblemet ift. udvikling i livmestring
36. Udvikling i familien – hensyn til hinandens følelser (aldersopdelt)
37. Udvikling i familien – vise omsorg for hinanden
38. Udvikling i familien – ser lyst på fremtiden
39. Udvikling i familien – glad det meste af tiden
40. Udvikling i familien – skændes uden at løse problemerne

Øvrige resultater og figurer

41. Hvor besværet eller bekymret har du været de sidste 30 dage pga. rusmiddelproblemet i familien (11-14 år), før og efter.

1.1 Supplerende figurer målgruppekarakteristik og -profiler

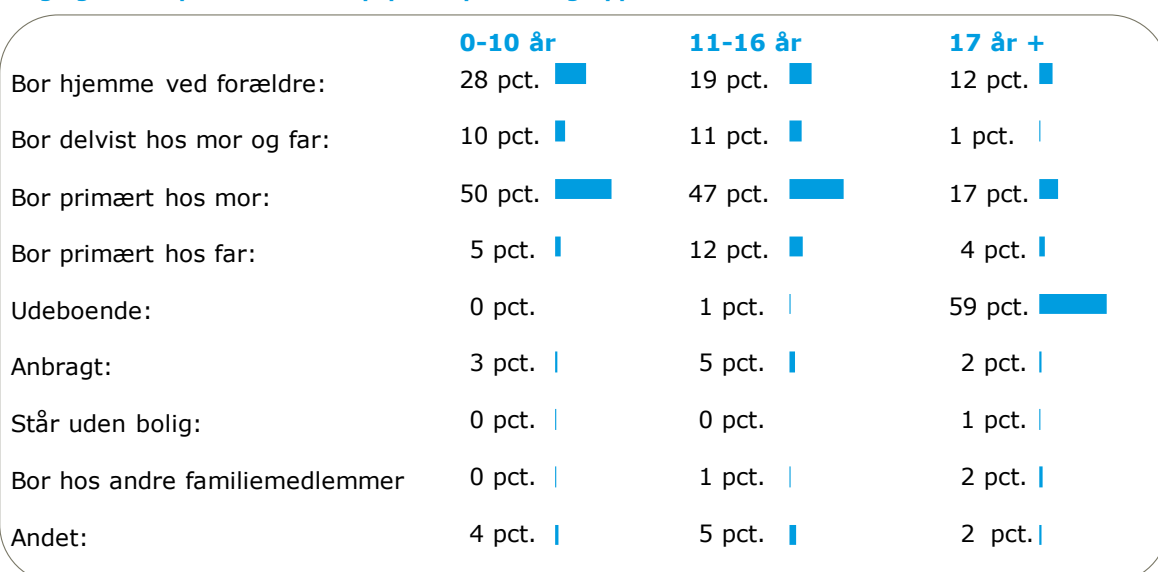
Bilag figur 1: Kønsfordeling – Opsplittet på aldersgrupper



Kilde: SIV/B98

Note: $n_{0-10 \text{ år}}=468$. $N_{11-16 \text{ år}}=917$. $N_{17 \text{ år} +}=1915$.

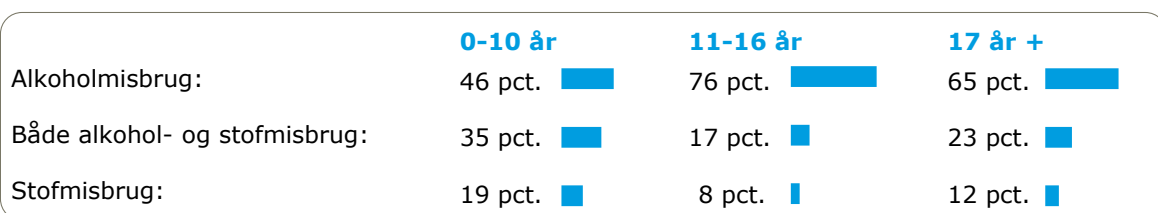
Bilag figur 2: Bopælsituation. Opsplittet på aldersgrupper. Procent.



Kilde: SIV/B98

Note: $n_{0-10 \text{ år}}=419$. $N_{11-16 \text{ år}}=721$. $N_{17 \text{ år} +}=1494$.

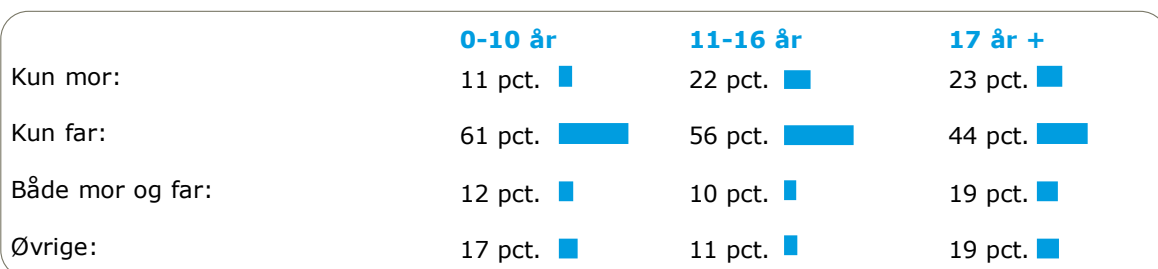
Bilag figur 3: Typen af rusmiddelproblematikker i familien – opdelt på aldersgrupper. Procent.



Kilde: SIV/B98

Note: $n_{0-10 \text{ år}}=202$. $N_{11-16 \text{ år}}=205$. $N_{17 \text{ år} +}=251$.

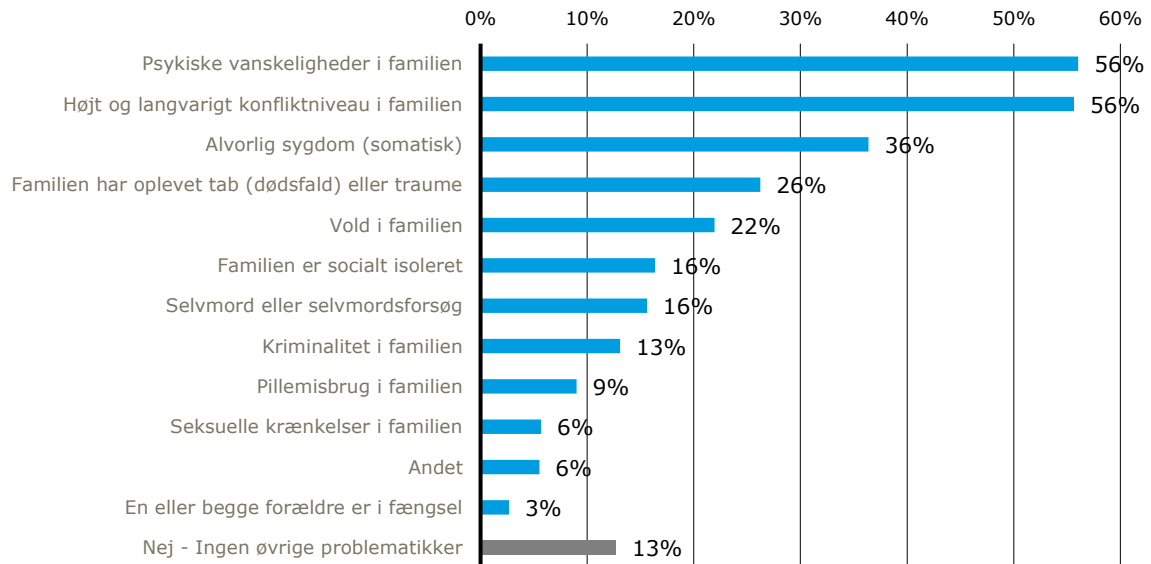
Bilag figur 4: Misbrugende part i familien - opdelt på aldersgrupper. Procent.



Kilde: SIV/B98

Note: n_{0-10 år}=414. n_{11-17 år}=797. n_{17 år +}=1724. Da det har været muligt at angive flere misbrugende parter stemmer andelene ikke til 100 pct.

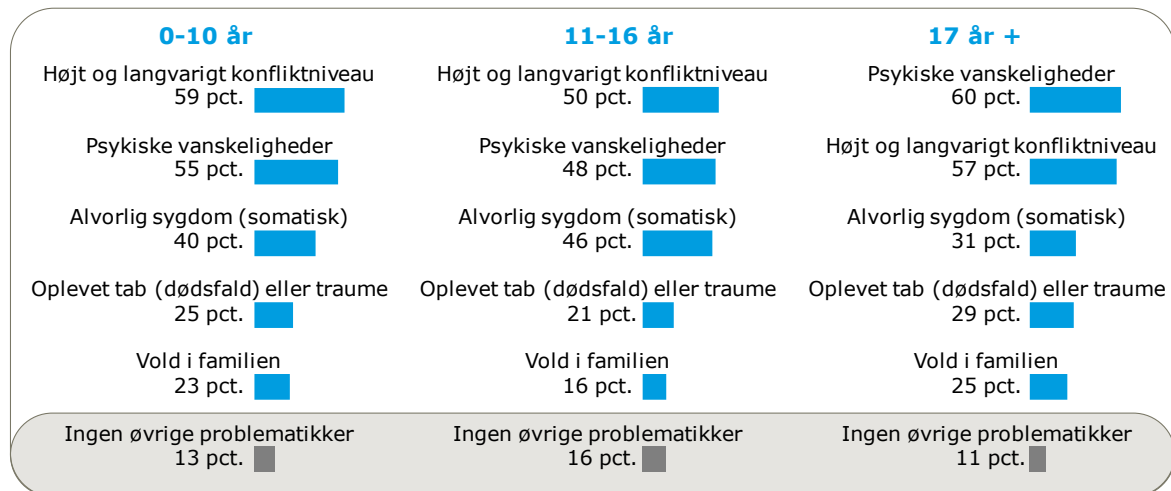
Bilag figur 5: Øvrige problematikker i familien – Andel af familie, som har den enkelte belastninger. Procent.



Kilde: SIV/B98

Note: N= 2462. Da det har været muligt at angive mere end en belastning stemmer andelene ikke til 100 pct..

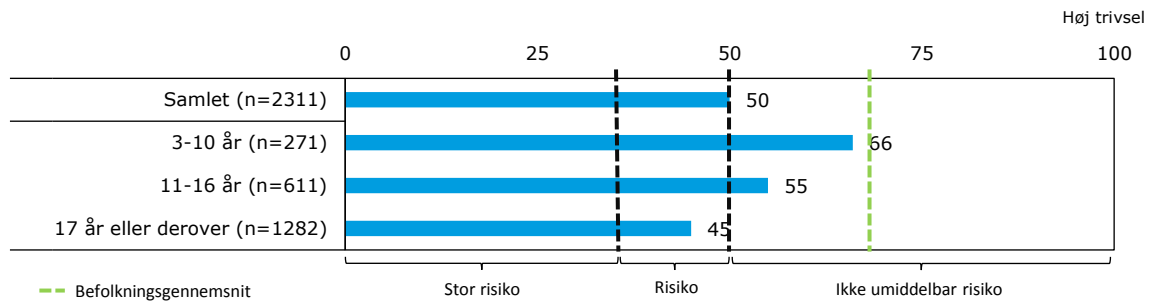
Bilag figur 6: De fem mest udbredte øvrige belastninger i familien – Opdelt på aldersgruppe. Procent



Kilde: SIV/B98

Note: n_{0-10 år}=415. n_{11-16 år}=674. n_{17 år +}=1356. Da det har været muligt at angive mere end en belastning stemmer andelene ikke til 100 pct.

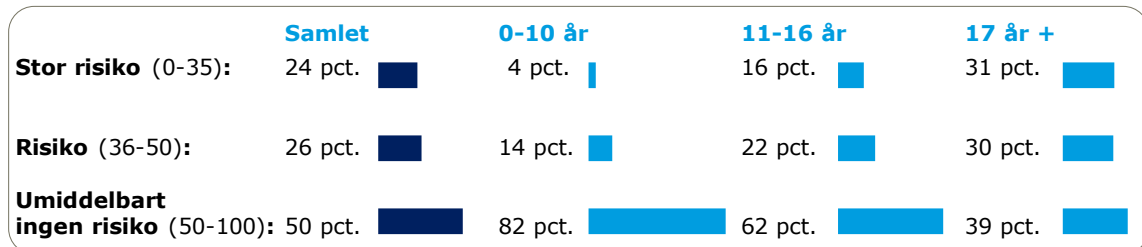
Bilag figur 7: Børnene de unges trivsel ved indsatsens opstart – Samlet og opsplittet på aldersgruppe. WHO-5 score.



Kilde: SIV/B98

WHO-scoren går fra 0-100, hvor en højere score er lig med en højere trivsel. Den gennemsnitlige score i befolkningen er 68. En score under 50 betyder, at man er i risiko for depression eller stressbelastning.

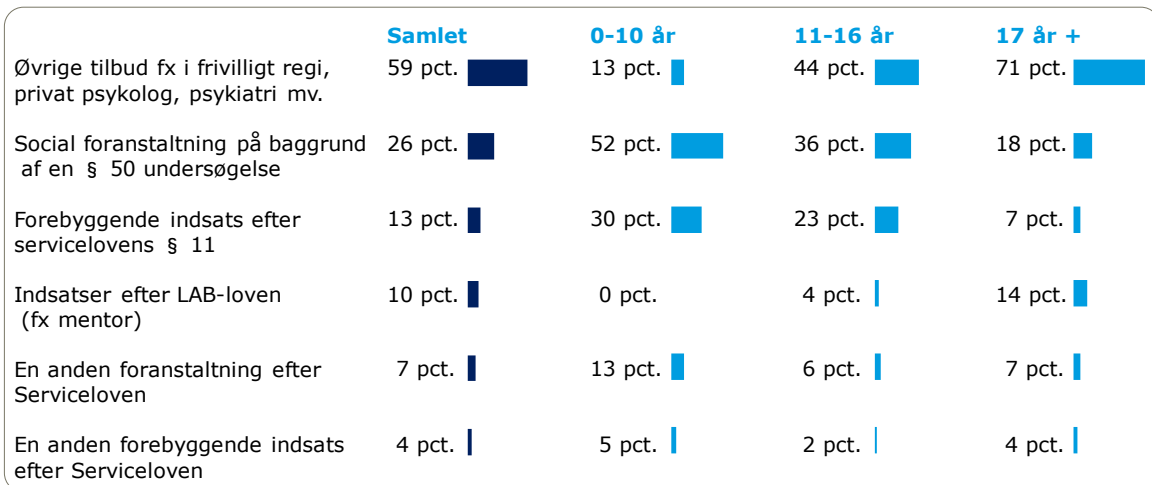
Bilag figur 8: Børnene/de unge opdelt i risikogrupper for depression eller stressbelastning (pba. WHO-5 måling). Opdelt på aldersgrupper. Procent.



Kilde: SIV/B98

Note: n samlet=2311. n_{0-10 år}=271. n_{11-16 år}=611. n_{17 år +}=1282.

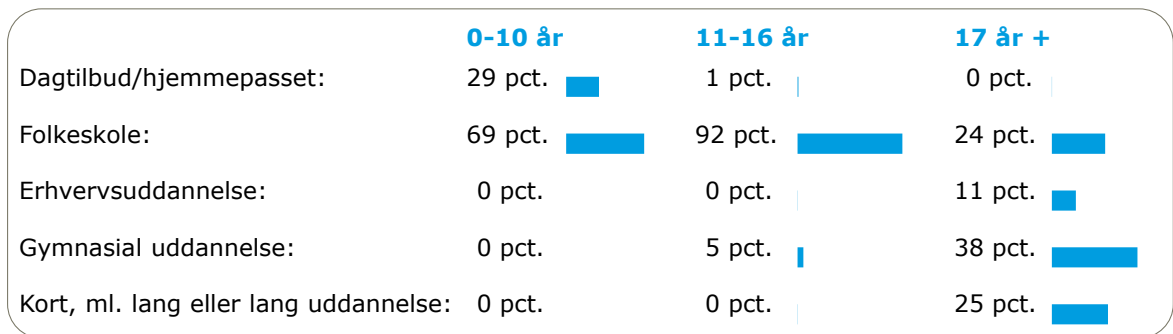
Bilag figur 9: Type af støtte, for dem, som får øvrig støtte udover projektet – opdelt på aldersgrupper. Procent.



Kilde: SIV/B98

Note: n samlet=896. n_{0-10 år}=77. n_{11-16 år}=232. n_{17 år +}=584. Da det har været muligt at angive mere end en type øvrig støtte stemmer andelene ikke til 100 pct.

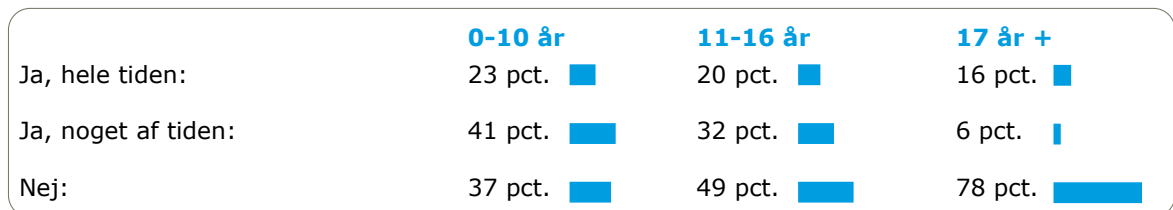
Bilag figur 10: Børnene/de unges igangværende eller senest afsluttede uddannelse – Opsplittet på aldersgrupper



Kilde: SIV/B98

Note: $n_{0-10 \text{ år}}=419$, heraf 11, som har svaret *Andet*. $n_{11-16 \text{ år}}=836$, heraf 9, som har svaret *Andet*. $n_{17 \text{ år} +}=1615$, heraf 53, som har svaret *Andet*.

Bilag figur 11: Bor barnet/den unge sammen med den misbrugende part – Opdelt på aldersgruppe. Procent.



Kilde: SIV/B98

Note: $n_{0-10 \text{ år}}=407$. $n_{11-16 \text{ år}}=792$. $n_{17 \text{ år} +}=1622$.

1.2 Supplerende figurer målgruppeprofiler og lav trivsel

Bilag figur 12: Kønsfordelingen opdelt på trivsel ved indsatsens opstart – Samlet og for de enkelte aldersgrupper

	Køn							
	Samlet		3-10 år		11-16 år		17 år eller ældre	
	Lav trivsel (n=1147)	Øvrige (n=1164)	Lav trivsel (n=50)	Øvrige (n=221)	Lav trivsel (n=230)	Øvrige (n=381)	Lav trivsel (n=783)	Øvrige (n=499)
Dreng	22%	33%	38%	48%	21%	35%	22%	28%
Pige	78%	62%	62%	52%	79%	65%	78%	71%

Kilde: SIV/B98

Note: Lav trivsel er defineret som WHO-5 score på 0-50.

Bilag figur 13: Børnene/de unges bopælsituation opdelt på trivsel ved indsatsens opstart – Samlet og for de enkelte aldersgrupper

	Bopælsituation							
	Samlet		3-10 år		11-16 år		17 år eller ældre	
	Lav trivsel (n=855)	Øvrige (n=814)	Lav trivsel (n=42)	Øvrige (n=197)	Lav trivsel (n=187)	Øvrige (n=316)	Lav trivsel (n=616)	Øvrige (n=397)
Andet	3%	4%	7%	5%	7%	5%	2%	3%
Bor delvist hos mor og delvist hos far	3%	7%	12%	9%	7%	13%	1%	0%
Bor hjemme hos forældre (mor og far)	13%	20%	17%	24%	16%	19%	13%	14%
Bor hos andre familiemedlemmer	2%	2%	0%	1%	1%	1%	3%	3%
Bor primært hos far (fx en 7/2)	5%	9%	5%	5%	9%	14%	4%	6%
Bor primært hos mor (fx en 7/2)	26%	26%	55%	52%	52%	44%	16%	17%
Er anbragt (frivilligt eller ufrivilligt)	2%	3%	2%	4%	5%	4%	1%	2%
Står uden bolig	1%	0%	2%	0%	0%	0%	1%	1%
Udeboende (fx lejlighed, bofælle)	44%	27%	0%	0%	2%	1%	60%	55%

Kilde: SIV/B98

Note: Lav trivsel er defineret som WHO-5 score på 0-50.

Bilag figur 14: Misbrugsproblematikker opdelt på trivsel ved indsatsens opstart – Samlet og for de enkelte aldersgrupper

	Hvilken misbrugsproblematik er der/har der været i familien							
	Samlet		3-10 år		11-16 år		17 år eller ældre	
	Lav trivsel (n=189)	Øvrige (n=253)	Lav trivsel (n=24)	Øvrige (n=85)	Lav trivsel (n=49)	Øvrige (n=97)	Lav trivsel (n=116)	Øvrige (n=71)
Alkoholmisbrug	59%	66%	54%	49%	67%	78%	56%	69%
Både alkohol- og stofmisbrug	26%	23%	29%	31%	22%	14%	28%	25%
Stofmisbrug	15%	11%	17%	20%	10%	7%	16%	6%

Kilde: SIV/B98

Note: Lav trivsel er defineret som WHO-5 score på 0-50.

Bilag figur 15: Den misbrugende part i familien opdelt på trivsel ved indsatsens opstart – Samlet og for de enkelte aldersgrupper

Misbrugende part i familien								
	Samlet		3-10 år		11-16 år		17 år eller ældre	
	Lav trivsel (n=1035)	Øvrige (n=1036)	Lav trivsel (n=41)	Øvrige (n=194)	Lav trivsel (n=209)	Øvrige (n=340)	Lav trivsel (n=719)	Øvrige (n=452)
Moren (men ikke faren)	23%	22%	17%	11%	24%	23%	24%	26%
Faren (men ikke moren)	52%	57%	76%	73%	61%	62%	48%	48%
Begge (både mor og far)	18%	15%	5%	11%	10%	12%	22%	17%
Øvrige:	20%	17%	17%	21%	14%	10%	21%	21%

Kilde: SIV/B98

Note: Lav trivsel er defineret som WHO-5 score på 0-50.

Bilag figur 16: Bor sammen med den misbrugende part opdelt på trivsel ved indsatsens opstart – Samlet og for de enkelte aldersgrupper

Bor sammen med misbrugende part								
	Samlet		3-10 år		11-16 år		17 år eller ældre	
	Lav trivsel (n=994)	Øvrige (n=1016)	Lav trivsel (n=41)	Øvrige (n=192)	Lav trivsel (n=210)	Øvrige (n=333)	Lav trivsel (n=665)	Øvrige (n=440)
Ja, hele tiden	17%	17%	12%	19%	21%	17%	16%	17%
Ja, noget af tiden	12%	22%	34%	42%	24%	36%	8%	5%
Nej	71%	61%	54%	40%	55%	47%	76%	78%

Kilde: SIV/B98

Note: Lav trivsel er defineret som WHO-5 score på 0-50.

Bilag figur 17: Modtager øvrig støtte udover projekttilbuddene opdelt på trivsel ved indsatsens opstart – Samlet og for de enkelte aldersgrupper

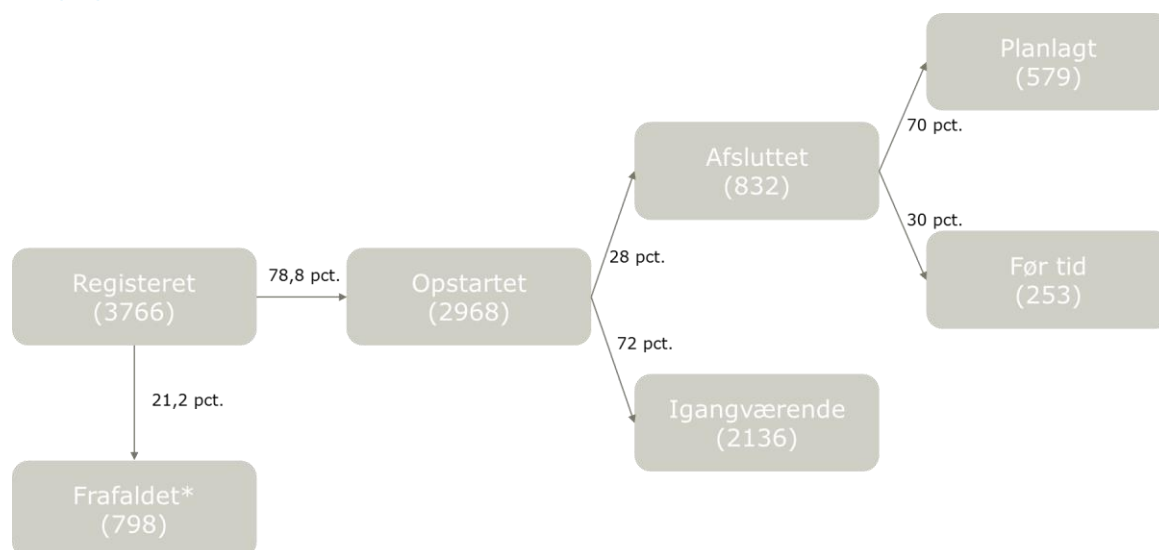
Modtager øvrig støtte								
	Samlet		3-10 år		11-16 år		17 år eller ældre	
	Lav trivsel (n=803)	Øvrige (n=869)	Lav trivsel (n=40)	Øvrige (n=186)	Lav trivsel (n=176)	Øvrige (n=300)	Lav trivsel (n=587)	Øvrige (n=383)
Ja	47%	33%	25%	25%	45%	34%	49%	36%
Nej	53%	67%	75%	75%	55%	66%	51%	64%

Kilde: SIV/B98

Note: Lav trivsel er defineret som WHO-5 score på 0-50.

1.3 Supplerende figurer frafaldsanalyse

Bilag figur 18: Overblik over frafald



Kilde: SIV/B98

Note: Frafaldet inden opstart er defineret som registrerede børn/unge, som ikke har gennemført en førmåling.

Forskelle mellem frafald og opstartede børn og unge

De følgende tabeller viser forskellene mellem de børn og unge, som er startet i indsatsen (dvs. har fået gennemført en førmåling) i forhold til de børn og unge, som er frafaldet inden indsatsens start (dvs. er oprettet i systemet, men ikke har en førmåling).

Bilag figur 19: Kønsfordeling – Opstartet vs. frafaldet

	Køn	
	Opstartet (2968)	Frafaldet (798)
Dreng	31%	21%
Pige	69%	79%

Bilag figur 20: Bopælsituation – Opstartet vs. frafaldet

	Bopælsituation	
	Opstartet (2314)	Frafaldet (341)
Andet	4%	1%
Delvist hos mor og de	5%	2%
Bor hjemme hos foræld	18%	6%
Bor hos andre familie	2%	1%
Primært hos far	7%	5%
Primært hos mor	31%	26%
Er anbragt	3%	3%
Står uden bolig	1%	0%
Udeboende	31%	57%

Bilag figur 21: Misbrugsproblematikker i familien – Opstartet vs. frafaldet

	Misbrugsproblematik	
	Opstartet (658)	Frafaldet (0)
Alkoholmisbrug	62%	0%

Både alkohol- og stof	25%	0%
Stofmisbrug	13%	0%

Note: Vi har ikke viden om rusmiddelproblematikkens betydning for frafald, da rusmiddelproblematikken i familien ikke er dokumenteret for disse børn og unge. Det skyldes formentlig, at dette er et spørgsmål, som behandlerne typisk dokumenterer senere, når de kender familien bedre.

Bilag figur 22: Den misbrugende part i familien – Opstartet vs. frafaldet

Misbrugende part		
	Opstartet (2628)	Frafaldet (616)
Mor	22%	23%
far	55%	49%
Begge	17%	17%
Øvrige	19%	25%

Bilag figur 23: Bor barnet den unge med den misbrugende part – Opstartet vs. frafaldet

Bor med den misbrugende part		
	Opstartet (2518)	Frafaldet (691)
Ja, hele tiden	18%	10%
Ja, noget af tiden	20%	4%
Nej	62%	87%

Bilag figur 24: Aldersfordeling – Opstartet vs. frafaldet

Alder		
	Opstartet (2796)	Frafaldet (518)
0-10 år	17%	0%
11-16 år	28%	25%
17 år eller over	55%	75%

Forskel mellem planlagte afsluttede og uplanlagt afsluttede forløb

De følgende figurer viser forskellen mellem de børn og unge, som er afsluttet som planlagt dvs. de har gennemført indsatsen i behandlingstilbuddet i forhold til de børn og unge, som er afsluttet uplanlagt, dvs. de er stoppet i behandlingstilbuddet inden indsatsen var færdig.

Bilag figur 25: Kønsfordeling – Planlagt vs. Uplanlagt afsluttet

Køn		
	Planlagt (579)	Uplanlagt (253)
Dreng	35%	31%
Pige	65%	69%

Bilag figur 26: Bopælsituation – Planlagt vs. Uplanlagt afsluttet

Bopælsituation		
	Planlagt (544)	Uplanlagt (232)
Andet	3%	3%
Delvist hos mor og de	6%	5%
Bor hjemme hos foræld	21%	18%
Bor hos andre familie	1%	2%
Primært hos far	6%	11%
Primært hos mor	33%	31%

Er anbragt	3%	5%
Står uden bolig	1%	1%
Udeboende	26%	25%

Bilag figur 27: Misbrugsproblematik i familien – Planlagt vs. Uplanlagt afsluttet

Misbrugsproblematik		
	Planlagt (90)	Uplanlagt (24)
Alkoholmisbrug	64%	75%
Både alkohol- og stof	22%	17%
Stofmisbrug	13%	8%

Bilag figur 28: Den misbrugende part i familien– Planlagt vs. Uplanlagt afsluttet

Misbrugende part		
	Planlagt (536)	Uplanlagt (232)
Mor	21%	22%
far	61%	51%
Begge	13%	22%
Øvrige	13%	22%

Bilag figur 29: Bor med den misbrugende part– Planlagt vs. Uplanlagt afsluttet

Bor med den misbrugende part		
	Planlagt (479)	Uplanlagt (209)
Ja, hele tiden	15%	14%
Ja, noget af tiden	29%	30%
Nej	56%	56%

Bilag figur 30: Aldersfordeling– Planlagt vs. Uplanlagt afsluttet

Alder		
	Planlagt (576)	Uplanlagt (251)
0-10 år	19%	18%
11-16 år	34%	37%
17 år eller over	47%	45%

1.4 Supplerende figurer foreløbige resultater for børnene og de unge

Bilag figur 31: Efter din vurdering, har dit forløb/dit barns forløb hos os haft en betydning for, hvor du er i livet nu? Samlet og opsplittet på aldersgruppe

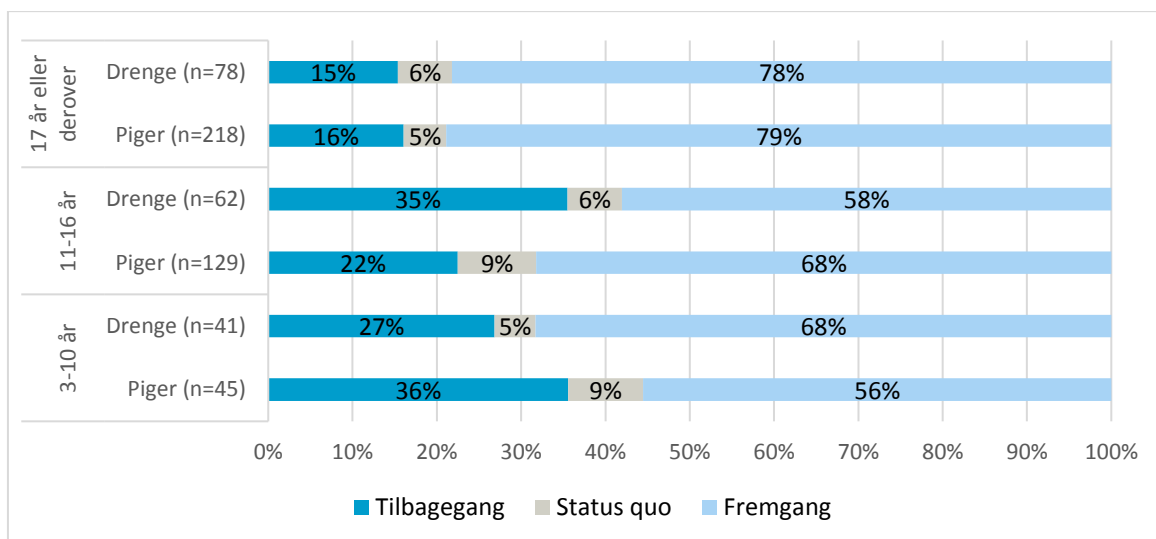
Efter din vurdering, har dit forløb hos os, haft betydning for, hvor du er i dit liv nu?				
	Samlet	3-10 år	11-16 år	17 år og ældre
Ja, det har haft meget negativ betydning	1%	0%	2%	0%
Ja, det har haft negativ betydning	1%	0%	1%	0%
Nej, det har ikke haft nogen betydning	6%	6%	9%	3%
Ja, det har haft positiv betydning	46%	50%	49%	40%
Ja, det har haft meget positiv betydning	47%	44%	39%	57%

Note: Spørgsmålet for de 3-10-årige er besvaret af forældrene

Kilde: SIV/B98.

Note: De, som har svaret, at behandlingsforløbet har haft negativ betydning eller meget negativ betydning, er lagt sammen i kategorien *Negativ betydning*. De, som har svaret, at behandlingstilbuddet har haft positiv betydning eller meget positiv betydning, er lagt sammen i *Positiv betydning*.

Bilag figur 32: Udvikling i trivselsmåling, WHO-5, fordelt på alder og køn



Bilag figur 33: Udvikling i styrker og vanskeligheder, CORE-OM, 17 år eller derover, fordelt på temaer, sammenlignet med normscore og klinisk cut-off score

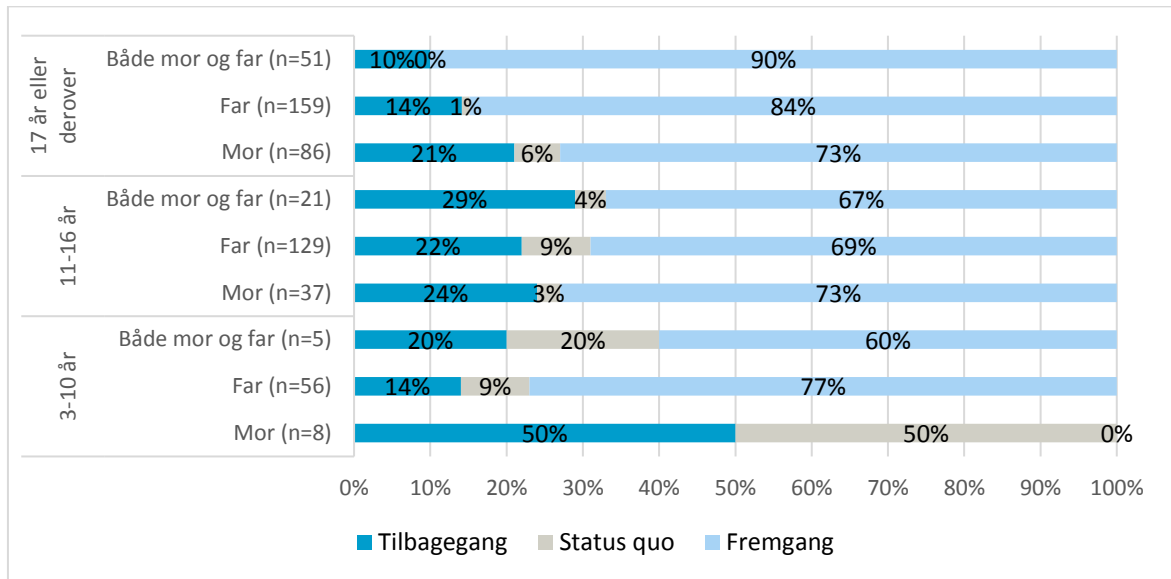
	Unge i behandlingstilbud (17 år eller derover)		Normscore	Klinisk cut-off score	
	Før	Efter		Mænd	Kvinder
Samlet	1,56	0,96	0,76	1,19	1,29
Velbefindende	2,13	1,28	0,91	1,37	1,77
Mestring	1,59	1,03	0,85	1,29	1,30
Problemer og symptomer	1,95	1,19	0,90	1,44	1,62
Risiko for selvskade	0,32	0,14	0,20	0,43	0,31

N=350,

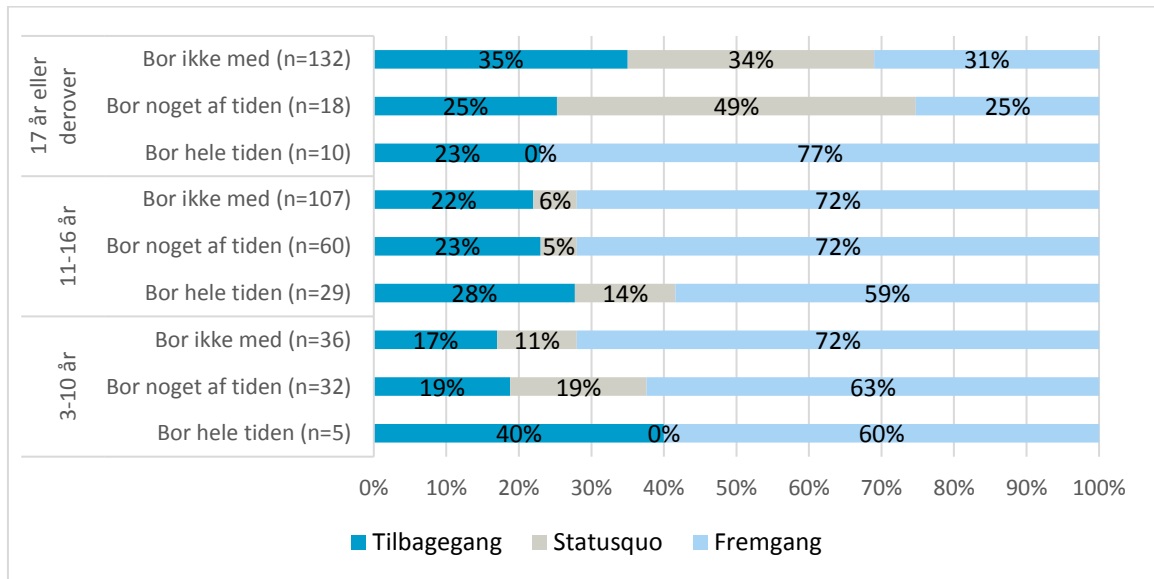
Kilde: Normscore og klinisk cut-off score *CORE-System User Manual*

Note: Udover den samlede CORE-OM score, kan der udregnes en klinisk score for hvert af de fire temaer og en samlet klinisk score på tværs af temaerne. Denne score kan være mellem 0 og 4, hvor en høj score er udtryk for større grad af vanskeligheder. Der findes både en normscore for denne score (dvs. gennemsnittet for en ikke-klinisk population) og en klinisk cut off score for hhv. mænd og kvinder, dvs. den score som en person i psyko-terapeutisk behandling skal passere for at behandlingsindsatsen kan siges at have haft klinisk signifikant positiv betydning.

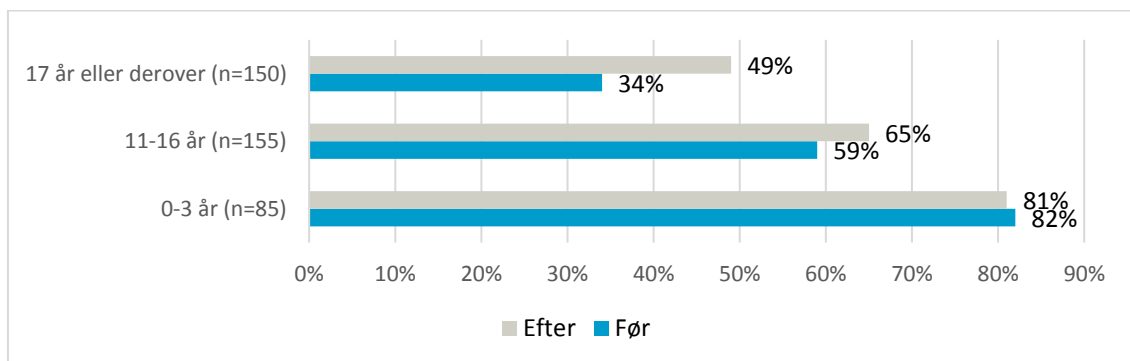
Bilag figur 34: Udvikling i styrker og vanskeligheder fordelt på, hvem der har eller har haft rusmiddelproblemet



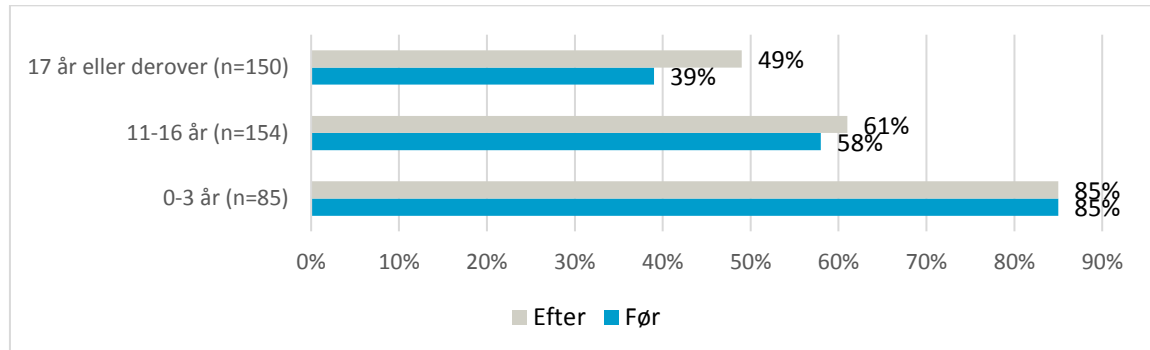
Bilag figur 35: Udvikling i styrker og vanskeligheder fordelt på om barnet eller den unge bor sammen med den, som har rusmiddelproblemet



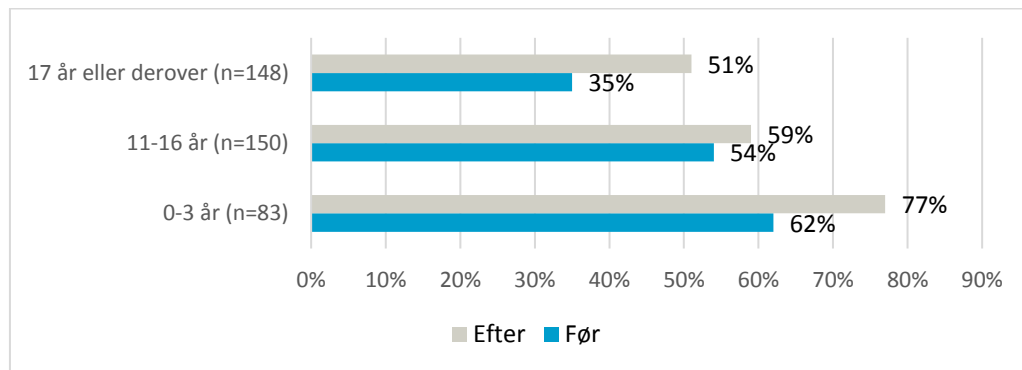
Bilag figur 36: I min/vores familie tager vi hensyn til hinandens følelser, andel som har svaret "passer godt"



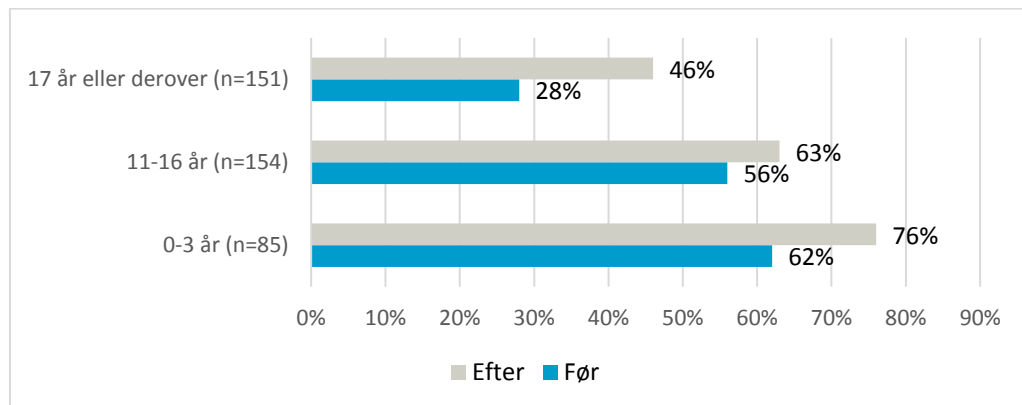
Bilag figur 37: I min/vores familie har vi let ved at vise varme og omsorg for hinanden, andel der har svaret "passer godt"



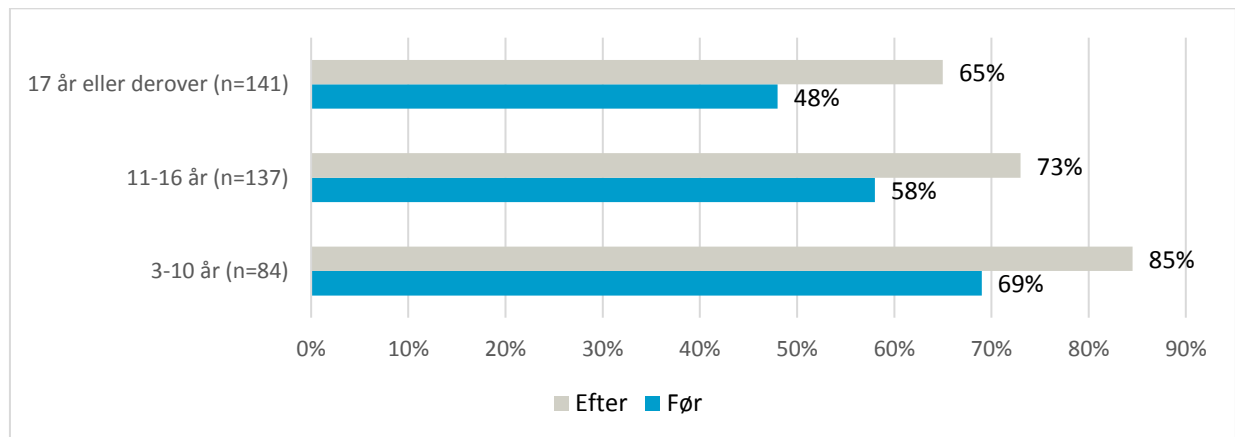
Bilag figur 38: I min/vores familie ser vi lyst på fremtiden, andel der har svaret "passer godt"



Bilag figur 39: Min/vores familie er glad det meste af tiden, andel der har svaret "passer godt"

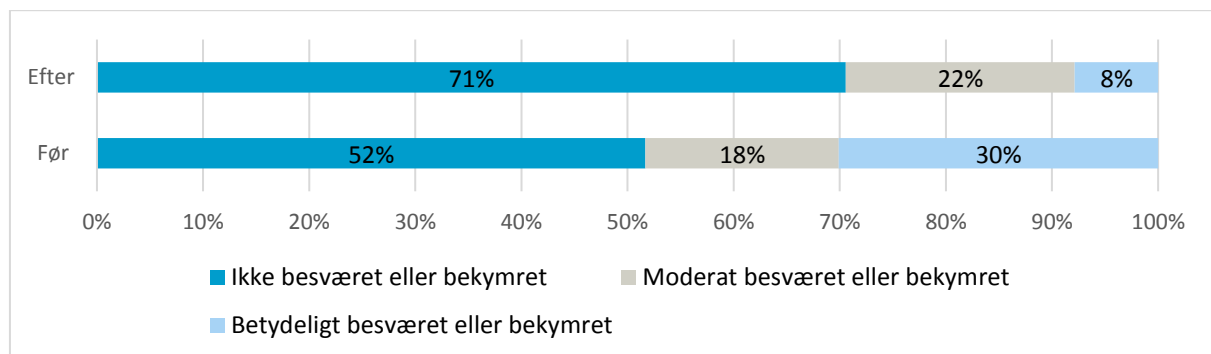


Bilag figur 40: Vi skændes ofte og løser aldrig problemerne i min/vores familie, andel der har svaret "passer ikke"



Øvrige resultater

Bilag figur 41: Hvor besværet eller bekymret har du været de sidste 30 dage på grund af stof- og/eller alkoholmisbrug i din familie? Samlet 11-24 år



N= 445. Note: Dem som har svaret *Ikke* besværet/bekymret og *Ubetydeligt* besværet/bekymret er lagt sammen i kategorien *Ikke besværet eller bekymret*. Dem som har svaret *Betydeligt* besværet eller bekymret og *Meget* besværet eller bekymret er lagt sammen i kategorien *Betydeligt besværet eller bekymret*.