

Hvordan organiserer vi behandlingen af unge med dobbeltdiagnose i dag?

Af Susanne Pihl Hansen, chefkonsulent PIHL INKLUSIVE



Unge, som både har psykiske vanskeligheder og et problematisk rusmiddelbrug, har behov for hjælp fra flere forskellige hjælpesystemer på én gang, typisk fra den kommunale rusmiddelbehandling og den regionale behandlingspsykiatri.

Og det har de også ret til. Dét slår Sundheds- og Ældreministeriet i 2016 fast i et brev til Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg samt Social- og Indenrigsudvalg vedr. ansvar for misbrugsbehandling af personer, som udover misbruget har en psykisk lidelse:

”Bl.a. fordi behandling af misbruget ofte vil være en forudsætning for, at patienter kan profitere af psykiatrisk behandling, og omvendt, er koordination og samarbejde mellem kommunen og regionen med henblik på at sikre sammenhæng og kontinuitet i indsatsen helt afgørende. Personer, som har både et misbrug og en psykisk lidelse, er en gruppe, som er særligt skrøbelig, og som ikke kan forventes selv at varetage koordinationen.

Med det overordnede formål at tilbyde sammenhængende behandlingsforløb af høj kvalitet skal sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner derfor bl.a. medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om behandlingsforløb til personer med samtidig psykisk lidelse og misbrug af rusmidler, herunder aftaler om koordinering af indsatsen i det konkrete patientforløb.”

Sundheds- og Ældreministeriet, 2016

Det sker dog langt fra altid i dag. Viden fra forskning, evalueringer og praksis, drøftet i Alliancens Fagekspertpanel, og erfaringer fra de unge og forældre, drøftet i Alliancens Unge- og Forældrepanel, viser, at de unge ofte falder mellem flere stole.

De unge – og deres forældre – oplever, at det kan være særdeles svært at få hjælp fra flere hjælpesystemer på én gang: Når de henvender sig i psykiatrien, får de at vide, at de først skal have behandlet deres rusmiddelproblem et andet sted, før de kan få hjælp til de psykiske problemer. Og når de henvender sig i rusmiddelbehandlingen, kan de blive afvist med begrundelsen, at de er for psykisk dårlige til at kunne få gavn af rusmiddelbehandlingen. Dertil kommer, at problemerne sjældent begrænser sig til to områder: Ofte vil den unge også have brug for hjælp til økonomi, uddannelse/job, familieforhold m.m., dvs. problemfelter, der hører til i helt andre systemer, og når de unge nærmer sig de 18 år, kan det hele blive endnu mere komplekst, fordi de skal overgå fra et hjælpesystem til et andet: fra børne/unge myndighed til voksenmyndighed og fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri.

Den norske professor Helge Ramsdal kaldte på Dansk Fagligt Netværk for Dobbeldiagnoses konference i juni 2019 denne problematik for *strukturel ansvarsfraskrivelse* (Ramsdal, 2019). Strukturel ansvarsfraskrivelse sker, når systemer afviser fx en ung med dobbeltdiagnose, med begrundelsen, at den unge ikke passer til stedets målgruppe, og/eller at andre systemer vil kunne hjælpe den unge bedre. Den unge afvises med en strukturel begrundelse: At han/hun ikke passer ind i det pågældende system.¹ Her anlægges altså et

¹ Ramsdal præsenterede på konferencen også et andet begreb: *Individuel ansvarsoversvømmelse*. Individuel ansvarsoversvømmelse er, når enkelte medarbejder i systemet gør noget andet eller mere end deres funktionsbeskrivelse egentlig tilsiger for at gøre deres arbejde ordentligt. For nogle af disse medarbejdere kan den individuelle ansvarsoversvømmelse ses som kompensation for den strukturelle ansvarsfraskrivelse.

systemperspektiv på dobbeltdiagnoseproblematikken. I denne optik er der tale om flere adskilte problemer, som skal løses ved hjælp af særlig ekspertise i flere forskellige hjælpesystemer.

Set fra de unges vinkel vil der næppe være tale om adskilte problemer – tværtimod: Når man bruger rusmidler dagligt, er det måske netop for at dulme angst og uro, eller fordi det er uudholdeligt at være hjemme i familien, eller fordi rusmidlerne gør det lidt nemmere at begå sig bedre i sociale sammenhænge. Her er ikke tale om flere uafhængige problemer, der kan løses hver for sig, men derimod om ét sammenhængende problemkompleks. I dette perspektiv er det altså ikke problemerne i sig selv, der gør sagen kompleks. Det er snarere systemets tendens til at ville opsplutte problemer og løse disse hver for sig, der gør sagen kompleks for de unge. (Andersen og Bengtsson, 2019)

I det følgende vil vi se nærmere på organiseringen af den behandling, som unge med dobbeltdiagnoser kan have brug for. Det vil vi gøre med udgangspunkt i de tre overordnede behandlingstyper: **integreret behandling, parallel behandling og sekventiel behandling** samt ud fra aktuel praksis, som er blevet drøftet i Alliancens tre paneler.

Tre modeller for organisering af behandling

Der skelnes overordnet mellem tre former for behandling af mennesker med dobbeltdiagnoser:

- **Integreret behandling** er, når de psykiske vanskeligheder behandles samtidigt og integreret med de rusmiddelrelaterede vanskeligheder, under samme organisatoriske set-up.
- **Parallel behandling** er, når de psykiske vanskeligheder behandles sideløbende med de rusmiddelrelaterede vanskeligheder, eller omvendt. Ofte i forskellige og uafhængige organisatoriske set-ups, fx kommunal rusmiddelbehandling og regional psykiatri. Disse parallelle forløb kan være mere eller mindre koordinerede.
- **Sekventiel behandling** er, når fx de psykiske og rusmiddelrelaterede vanskeligheder bliver behandlet i forlængelse af hinanden, ofte med et krav om at de rusmiddelrelaterede vanskeligheder først skal være færdigbehandlede (= den unge skal være stoffri), før der kan igangsættes udredning (herunder diagnosticering) samt behandling af de psykiske vanskeligheder.

Der findes ikke dansk forskning, der særskilt har undersøgt hvilken behandlingsmodel, der vil være den mest optimale til unge under 25 år med dobbeltdiagnoser, men internationale retningslinjer og forskning på området anbefaler integreret behandling, som den mest optimale indsats til voksne med dobbeltdiagnoser, mens sekventiel behandling ikke anbefales til målgruppen. (SAMSHA, 2011 og 2013; Frederiksen m.fl., 2019) (se også Baggrundsartikel: **Retningslinjer for indsatser**)

I det følgende gennemgås en række eksempler på organisering af behandlingstilbud til unge med dobbeltdiagnoser, hhv. integreret og parallel behandling. Disse behandlingstilbud er primært forankret i kommunal eller privat rusmiddelbehandling.

Den mest optimale løsning: Integreret behandling

Når komplekse problemer skal behandles og mange forskellige fagligheder er involveret, er der en vis risiko for, at de behandlingsindsatser, der sættes i gang, arbejder ud fra hver sit mål og trækker i hver sin retning, bl.a. fordi indsatserne bygger på forskellig lovgivning – og i værste fald direkte modarbejder hinanden. Dét har både unge og forældre i Alliancens Ungepanel og Forældrepanel givet adskillige eksempler på. (se også Baggrundsartikel: **Erfaringer fra det levede liv – portrætter af unge og deres familier**)

Det mest optimale vil derfor være, at de behandlingsindsatser, der sættes i gang, bliver integreret under samme overordnede mål: At yde den unge rettidig hjælp, dvs. den rigtige hjælp på det rigtige tidspunkt. (Andersen & Bengtsson, 2019). Først og fremmest af hensyn til den enkelte unge og dennes familie, men også for

at sikre at der ikke igangsættes behandlingsindsatser, som ikke kan gennemføres eller som modarbejder andre behandlingsindsatser – og dermed i bedste fald ikke gør nok gavn.

Integreret behandling er, når de psykiske og de rusmiddelrelaterede vanskeligheder behandles samtidigt og integreret. Overordnet fordrer en sådan systematisk integration fire dimensioner af integration (*Frederiksen m.fl., 2019*):

- *Integration af selve indsatsen*, dvs. at indsatsen indtænker afhjælpning af de psykiske og de rusmiddelrelaterede vanskeligheder på samme tid, i samme plan med et fælles overordnet mål – og også indtænker afhjælpning af andre vanskeligheder, som den unge måtte have, fx dårlig økonomi, ustabil boligsituation m.m.
- *Integration af kliniske teams*, dvs. at indsatsen varetages af forskellige fagligheder (fx psykiatere, pædagoger, psykologer, rusmiddelbehandlere, socialrådgivere m.fl.) i et tæt tværfagligt og multidisciplinært samarbejde.
- *Funktionel integration*, dvs. at indsatsen er fysisk forankret under samme tag, med en samlet økonomi, en fælles administrativ struktur og fælles informationssystemer.
- *Normativ integration*, dvs. at indsatsen bygger på en fælles forståelse af ungesyn og behandlingstilgang.

Danske eksempler på integrerede behandlingstilbud til unge

To eksempler på danske rusmiddelbehandlingstilbud, hvor behandlingen til unge med dobbeltdiagnoser er samlet i én enhed, findes i det storkøbenhavnske område:

Behandlingstilbud 1 er organisatorisk forankret under en storkøbenhavnsk kommune og er fysisk beliggende i København. Behandlingsstedet har unge i behandling fra en lang række kommuner, primært kommuner i Storkøbenhavn. Følgende fagligheder indgår i behandlingen: speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, speciallæger i psykiatri, sygeplejerske og social- og sundhedsassistenter med erfaringer fra psykiatri, pædagoger, socialrådgivere, psykologer, musikterapeuter m.fl. Behandlingsindsatsen udføres af de forskellige fagligheder i et team, med et fælles mål for behandlingen af den unge.

Behandlingstilbud 2 er organisatorisk forankret i en privat nonprofit-virksomhed, og er fysisk beliggende i København. Behandlingsstedet har unge i behandling fra en lang række kommuner, primært kommuner i Storkøbenhavn. Enkelte unge er i selvbetalende behandlingsforløb. Følgende fagligheder indgår i behandlingen: speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, speciallæger i psykiatri, psykologer, socialrådgivere, pædagoger og psykoterapeuter. Mål for behandlingsindsatsen bliver udarbejdet i tæt samarbejde med den unge, forældre og kommunen, og selve behandlingsindsatsen udføres af et flerfagligt team af medarbejdere.

De to behandlingstilbud tilbyder integreret behandling til unge, der er dobbeltbelastede: De unge kan både blive behandlet for deres rusmiddelbrug og de psykiske vanskeligheder – og samtidig få hjælp til at få styr på økonomi m.m. – hvis den unges kommune bevilger behandlingstilbuddet.

Begge behandlingstilbud er organisatorisk forankret relativt uafhængigt af overordnede rammer: Det ene tilbud er privat, det andet tilbud forankret i en kommune, men begge tilbud modtager unge i behandling, der kommer fra mange forskellige kommuner. Begge tilbud er tilmed placeret i det storkøbenhavnske område med et stort befolkningsgrundlag.

Begge behandlingstilbud er dog stadig afhængige af et tæt og godt samarbejde med mange andre hjælpesystemer. Først og fremmest med myndighedsområdet, dvs. den unges kommunale sagsbehandler, der har visitationsretten og bevilger behandlingsforløb. Dertil kommer samarbejdet med fx

skole/uddannelsessted, egen læge, regional børne- og ungepsykiatri, voksenpsykiatri eller andre områder, som den unge kan have brug for hjælp fra.

Dette samarbejde med andre hjælpesystemer omkring den unge er nødvendigt for at sikre at den unge får den optimale hjælp – men det kan også være udfordrende, fordi det igen er mange forskellige systemer – med forskellige grundforståelser, opgaver og mål – der skal arbejde sammen, og med meget forskellig lovgivning, der rummer krav om målsætning og behandling i forhold til netop den del af den samlede opgave, som lovgivningen giver hjemmel til.

Det har ikke været muligt at finde integrerede behandlingstilbud særligt målrettet unge, der er forankret i den regionale behandlingspsykiatri. Afdeling M på Skt. Hans, Region Hovedstadens Psykiatri, tilbyder integreret behandling til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og svært behandleligt misbrug, men er ikke særligt målrettet unge under 25 år.

Samarbejdende og koordineret behandling – parallel behandling, når det er bedst

I praksis er det i Danmark vanskeligt at forestille sig, at alle unge med dobbeltdiagnoser kan tilbydes integreret behandling i den reneste form: Dels fordi hjælpen i dag er organiseret i mange forskellige sektorer, og dels fordi der næppe vil være kapacitet og ressourcer til at tilbyde integreret behandling i alle dele af landet, hvis vi samtidig også skal have et nærhedsprincip: at tilbuddet skal være nemt tilgængeligt for de unge.

Men hvis indsatserne til de unge derfor i stedet må foregå parallelt, i organisatorisk adskilte hjælpesystemer, fx kommunal rusmiddelbehandling og regional behandlingspsykiatri, må vi i det mindste stræbe efter, at disse indsatser foregår som en samarbejdende og koordineret indsats. "Samarbejdende og koordineret" skal her forstås som forskellige og adskilte gruppers anstrengelser for at nå et fælles overordnet mål i et tæt og koordineret samarbejde.

En sådan mere pragmatisk tilgang ses også i bl.a. USA, hvor man er gået fra entydigt at anbefale integrerede behandlingsindsatser til mennesker med dobbeltdiagnoser, til nu også at se på hvad der er praktisk muligt. (SAMSHA, 2013) (se også Baggrundsartikel: **Retningslinjer for indsatser af Susanne Pihl Hansen og Katrine Schepelern Johansen**)

Danske eksempler på parallelle, koordinerede og samarbejdende behandlingsindsatser

Ikke alle rusmiddelbehandlingstilbud har et så stort opland og/eller kapacitet, at det er muligt at have alle fagligheder ansat i ét og samme behandlingstilbud, kun målrettet unge. Men her har nogle behandlingstilbud til unge med rusmiddelsproblemer mulighed for at samarbejde med flere forskellige fagligheder i den moderorganisation, som de er organisatorisk forankret under.

Et eksempel på et sådant behandlingstilbud er Behandlingssted 3, der er en underafdeling i et større kommunalt Rusmiddelcenter:

Behandlingstilbud 3 er organisatorisk forankret under en moderorganisation, et kommunalt rusmiddelcenter. Behandlingsstedet er ét af i alt 4 forskellige afdelinger under Rusmiddelcentret, og er et unge-behandlingssted: Målgruppen er unge i alderen 15-25 år. Behandlingssted 3 er fysisk beliggende i en mellemstor kommune, og har primært unge fra egen kommune i behandling, men andre kommuner kan også købe pladser. Rusmiddelbehandlerne på behandlingsstedet har alle socialfaglige baggrunde (pædagoger, lærere, coach, familierapeut og psykoterapeut), og derudover har moderorganisationen, Rusmiddelcentret, andre fagpersoner ansat, som unge-behandlingsstedet kan trække på, når det er nødvendigt: overlæge (1x pr. måned), speciallæger i psykiatri (2x pr. måned), psykologer (2x 37 t pr. uge) eller speciallæge i almen medicin. Behandlingsstedet 3 samarbejder typisk med kollegaer i

moderorganisationen, Rusmiddelcentret, når unge har en dobbeltdiagnose eller er belastet af både psykiske og rusmiddelrelaterede vanskeligheder:

- Hvis den unge er over 18 år, vil Behandlingssted 3 trække på den speciallæge i psykiatri, der er tilknyttet moderorganisationen. Denne vurderer om behandling af de psykiske vanskeligheder kan foregå i ungebehandlingsstedet, eller om der skal henvises videre til voksenpsykiatri. Typisk vil behandlingen ved mindre indgribende diagnoser foregå på behandlingsstedet, med intern psykiatrisk bistand fra speciallæge.
- Hvis den unge er under 18 år, samarbejder Behandlingssted 3 med den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Typisk vil den unge blive tilbudt behandling i børne- og ungdomspsykiatrien for de psykiske lidelser, mens rusmiddelbehandling bliver tilbudt på sidelinjen. Her er der således tale om en parallel behandlingsindsats, hvor behandlingen af hhv. de psykiske og rusmiddelrelaterede vanskeligheder foregår sideløbende – og under forskellige organiseringer, psykiatri og rusmiddelbehandling.

Nogle rusmiddelbehandlingstilbud har ikke størrelsen til at ansætte speciallæge i psykiatri, og har derfor i stedet etableret et tæt samarbejde med psykiatrien for at sikre at indsatsen til de unge bliver koordineret. Ofte er dette samarbejde personbåret eller opstået, fordi medarbejdere eller ledere kender hinanden fra andre sammenhænge, eller samarbejdet er opstået som følge af andre fælles opgaver. Fælles for disse eksempler er, at det tilstræbes at samarbejde omkring et fælles overordnet mål.

To eksempler på sådanne behandlingstilbud er Behandlingstilbud 4 og 5, der begge er beliggende i storbykommuner:

Behandlingstilbud 4 er organisatorisk forankret i den kommunale rusmiddelbehandling i en storbykommune, og er et ungebehandlingssted, der dækker målgruppen af unge op til 30 år. Her har man etableret et samarbejde med psykiatrisk afdeling på det nærliggende hospital. Samarbejdet var i første omgang baseret på et personligt kendskab mellem lederen af Behandlingssted 4 og lederen af den psykiatriske afdeling, men er nu blevet organisatorisk forankret i en særlig fremskudt indsats, der er støttet af kommunale udviklingsmidler. I den fremskudte indsats er rusmiddelbehandlere fra Behandlingssted 4 to gange om ugen fysisk tilstede på psykiatrisk afdeling mhp. at vejlede og rådgive unge ml. 20-30 år om rusmidler og behandling, for at brobygge til behandlingsindsats i Behandlingssted 4 samt for evt. bidrage til at få udarbejdet en koordineret indsatsplan (via forløbskoordinator, som er etableret i denne region). Den fremskudte indsats har bidraget til at gøre rusmiddelcentret synligt i psykiatrien – og rusmiddelbehandlerne oplever i stigende grad at blive inddraget som sparringspart/ekspert, når de ansatte på den psykiatriske afdeling støder på rusmiddelrelaterede problemer.

Behandlingstilbud 5 er organisatorisk forankret i et særligt ungdomscenter i en storbykommune og har gennem årene haft et tæt, men ofte meget personbåret samarbejde med børne- og ungepsykiatrien på det nærliggende hospital. Senest er samarbejdet dog blevet opkvalificeret yderligere gennem et gensidigt uddannelses- og videndelingsforløb mellem psykiatrien og Behandlingssted 5, hvilket bl.a. ses ved, at børne og unge under 18 år, der er indskrevet i Børne- og ungdomspsykiatrien, bliver mødt med krav om behandling i Behandlingssted 5 samtidig med at de er indskrevet, i stedet for en besked om at komme igen, når rusmiddelproblemet er væk.

Fælles for disse tre eksempler er, at et godt samarbejde på tværs af forskellige fagligheder/ enheder/ organisationer meget ofte er båret af personlige relationer mellem enkeltpersoner. Systemerne hænger også sammen qua medarbejdernes kendskab til hinanden samt erfaringer med at arbejde sammen.

Det er vigtigt at have et vist kendskab til, hvad de andre kan og gør, og at have faglig respekt og tillid til ”de andre” for at turde at afgive styring – eller for overhovedet at vide, hvor i andre organisationer, der sidder fagpersoner som kan bidrage med dét, der er nødvendigt/ønskeligt.

Og det er frem for alt vigtigt med en tydelig og gensidig forståelig kommunikation, for at kunne samarbejde om et fælles mål. Det er samtidig også vigtigt at få opbygget et godt grundlag for at understøtte dette relationelle samarbejde, sådan at det ikke forsvinder, hvis én af medarbejderne får nyt job.

Opsamling

Det er nødvendigt at unge med dobbeltdiagnoser mødes ud fra en helhedsorienteret tilgang, der ser problemerne som sammenhængende og ikke adskilte, og som derfor også stræber efter at tilbyde de unge rettidig hjælp, dvs. en hjælp der er tilpasset den enkelte på det rette tidspunkt.

En integreret behandlingsindsats, hvor det er muligt at få en koordineret og helhedsorienteret hjælp ét sted, er den optimale løsning, især for de unge, der er allermost belastede af psykiske vanskeligheder og misbrug af rusmidler. Men ikke alle kommuner har et befolkningsgrundlag eller økonomisk kapacitet til at kunne lave et fuldt integreret behandlingstilbud. Kommunerne har forskellige geografiske og socioøkonomiske vilkår, som gør det nødvendigt at tænke kreativt ift. behandlingsindsatser til dobbeltbelastede unge: Den model, der vil fungere rigtig godt i et storby-kommune, vil ikke nødvendigvis fungere lige så hensigtsmæssigt i en mindre landkommune.

Erfaringerne fra praksis viser dog, at det er muligt at lave parallelle indsatser eller lokale samarbejder, hvor indsatserne er tilpasset de lokale forhold – med udgangspunkt i et fælles helhedsorienteret syn på de unges behov, både her og nu og på længere sigt.

Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose

Unge ramt af både psykiske vanskeligheder og et problematisk brug af rusmidler falder ofte mellem flere stole, når de har brug for hjælp.

Derfor har **Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose** i 2018-19 undersøgt, hvordan vi kan styrke og kvalificere hjælpen til de unge og deres familier. Alliancen er igangsat og støttet af Helsefonden, og består af unge og forældre med personlige erfaringer samt af forskere og fagpersoner med viden og praktisk erfaring fra området.

Denne artikel er én blandt flere baggrundsartikler, der er skrevet som opsamling på Alliancens arbejde. Essensen af baggrundsartiklerne er samlet i Alliancens Grønbog, der er udgivet som oplæg til høringen *Unge med dobbeltdiagnose* på Christiansborg den 20. november 2019.

Grønbog og baggrundsartikler kan frit downloades her:

- www.dobeltdiagnose.net
- www.spuk.dk
- www.pihl-inklusive.dk

Litteratur

Andersen, Ditte og Tea Torbenfeldt Bengtsson (2019): *Rettighed og synkronisering af indsatser i komplekse ungesager*. Kapitel 2 i *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder*, redigeret af Bjerger & Houborg, Aarhus Universitetsforlag.

Bender, Kimberly & Davis W. Springer & Johnny S. Kim (2006): *Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A Systematic Review*. Brief Treatment and Crisis Intervention, Volume 6:3, Oxford Journals.

Frederiksen, Kirsten, Mads Uffe Pedersen og Sheila Jones (2019): *Hvordan hjælpes unge med psykiske problemer bedst i rusmiddelbehandlingssystemet?* Kapitel 7 i *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder*, redigeret af Bjerger & Houborg, Aarhus Universitetsforlag.

Pihl Hansen, Susanne og Katrine Schepelern Johansen (2019): *Retningslinjer for indsatser*, Baggrundsartikel, Alliancen – unge med dobbeltdiagnose

Pihl Hansen, Susanne (red.) (2019): *Erfaringer fra det levede liv – portrætter af unge og deres familier*, Baggrundsartikel, Alliancen – unge med dobbeltdiagnose

Ramsdal, Helge (2019): *ROPIT – Integrated Services for Patients with Dual Diagnosis*, PowerPoints fra konferencen *Meeting the Dragon*, arrangeret af Dansk Fagligt Netværk for Dobbelt diagnose.

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011): *Identifying Mental Health and Substance Use Problems of Children and Adolescents – a Guide for Child-Serving Organizations*, U.S Department of Health and Human Services.

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2013): *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. A Treatment Improvement Protocol TIP 42*, U.S Department of Health and Human Services.

Socialstyrelsen (2016): *Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling*.

Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *Brev til Sundheds- og Ældreudvalget samt Social- og Indenrigsudvalget vedr. ansvar for misbrugsbehandling af personer, som udover misbruget har en psykisk lidelse*.

Vind, Leif og Katrine Finke (2006): *Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.