

---

# MOVE – Implementering af Metodeprogrammet

---

## Resultater fra implementeringsprocessen

Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning

2018

Kirsten Søndergaard Frederiksen, Sheila Jones, Karina Berthu Ellegaard Skov,  
Michael Mulbjerg Pedersen & Mads Uffe Pedersen



**CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING**  
PSYKOLOGISK INSTITUT  
AARHUS UNIVERSITET



Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning

2018

## Data

Serietitel og nummer	Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning
Titel	MOVE – Implementering af Metodeprogrammet
Undertitel	Resultater fra implementeringsprocessen
Forfatter(e)	Kirsten Søndergaard Frederiksen, Sheila Jones, Karina Berthu Ellegaard Skov, Michael Mulbjerg Pedersen & Mads Uffe Pedersen
Afdeling	Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, School of Business and Social Sciences, Aarhus Universitet
Udgiver	Center for Rusmiddelforskning
URL	<a href="http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/">http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/</a>
Udgivelsesår	2018
Redaktion afsluttet	december 2018
ISBN	978-87-998845-1-3
Sideantal	95
Internet version	<a href="http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/publikationer/rapporter/">http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/publikationer/rapporter/</a>

Dette er én ud af seks publikationer om Metodeprogrammet for stofmisbrugsbehandling (MP), som blev lanceret i 2012 som en del af Stofmisbrugspakken. MP blev afprøvet i ni kommuners behandlingscentre i perioden 2014-2018. Formålet var at styrke det metodiske og systematiske arbejde, samt fremme anvendelsen af behandlingsmetoder med dokumenteret effekt i den kommunale stofmisbrugsbehandling. Programmets målgruppe var unge i alderen 15-25 år med et problematisk forbrug af rusmidler.

Rapporten beskriver og analyserer implementeringen af MP, herunder i hvilken grad målbare elementer af MP er blevet implementeret, lokale betingelser, der kan have betydning for implementeringsgraden, samt behandlingscentrenes erfaringer med at implementere MP.

#### Kontaktpersoner

Kirsten Søndergaard Frederiksen

Sheila Jones

Karina Berthu Ellegaard Skov

Michael Mulbjerg Pedersen

Mads Uffe Pedersen

Center for Rusmiddelforskning

Aarhus Universitet

November 2018

# Indhold

<b>DE SEKS PUBLIKATIONER</b>	<b>1</b>
<b>BAGGRUND FOR METODEPROGRAMMET</b>	<b>2</b>
<b>EVALUERINGSDESIGN OG BEHANDLINGSMETODERNE</b>	<b>3</b>
<b>INDLEDNING TIL DENNE DELRAPPORT</b>	<b>5</b>
<b>SAMMENFATNING AF DELRAPPORTENS RESULTATER OG ANBEFALINGER</b>	<b>6</b>
<b>TEORETISK IMPLEMENTERINGSMODEL</b>	<b>13</b>
<b>METODE OG DATA</b>	<b>21</b>
<b>UNGMAP: ET BEHANDLINGS- OG DOKUMENTATIONSREDSKAB</b>	<b>21</b>
<b>LOGBOG</b>	<b>21</b>
<b>UNGMAP TILBAGEMELDING</b>	<b>23</b>
<b>ANVENDELSE AF SAMTALETEKNIKKERNE OG SBIRT-MP</b>	<b>24</b>
<b>OVERENSSTEMMELSE MELLEM DOBBELTKODNINGERNE (INTERBEDØMMER RELIABILITET)</b>	<b>27</b>
<b>LEDERINTERVIEWS: BETINGELSER FOR AT IMPLEMENTERE KERNEKOMPONENTERNE</b>	<b>29</b>
<b>BEHANDLERSURVEY 2014 OG SURVEY2018</b>	<b>31</b>
<b>SMDB-DATA</b>	<b>31</b>
<b>IMPLEMENTERINGSANALYSE</b>	<b>32</b>
<b>SYNET PÅ METODEPROGRAMMET BLANDT LEDERE OG BEHANDLERE</b>	<b>33</b>
<b>SYNET PÅ DE STRUKTUREREDE OG MANUALBASEREDE BEHANDLINGSSAMTALER OG -FORLØB</b>	<b>33</b>
<b>IMPLEMENTERING AF TEORIBASEREDE ELEMENTER: MOTIVERENDE SAMTALE OG KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI</b>	<b>37</b>
<b>STOFFRIHED OG BEHANDLERNES BRUG AF SAMTALETEKNIKKERNE</b>	<b>41</b>
<b>IMPLEMENTERING AF STRUKTURELLE ELEMENTER</b>	<b>42</b>
<b>IMPLEMENTERINGEN AF UNGMAP</b>	<b>43</b>
<b>MÅLET OM 12 SAMTALER I DET PRIMÆRE BEHANDLINGSFORLØB</b>	<b>48</b>
<b>MÅLET OM UGENTLIG SAMTALER</b>	<b>49</b>
<b>TIDSFORBRUG: FORBEREDELSE OG SAMTALENS VARIGHED (1 TIME SOM STANDARD)</b>	<b>51</b>
<b>ANVENDELSEN AF TEM</b>	<b>54</b>
<b>DAGSORDEN</b>	<b>55</b>
<b>HJEMMEOPGAVER</b>	<b>57</b>
<b>KONTRAKT</b>	<b>59</b>
<b>STATUSBREV</b>	<b>60</b>
<b>ARBEJDE MED MÅL</b>	<b>61</b>
<b>UDLEVERING AF GAVEKORT</b>	<b>63</b>

PÅMINDELSER	65
OPFØLGENDE BEHANDLING	66
<b>ERFARINGER FRA IMPLEMENTERINGSPROCESSEN</b>	<b>69</b>
PROJEKTOPSTART	69
KOMMUNERNES EKSTERNE OG INTERNE BETINGELSER	73
ERFARINGERNE MED UDDANNELSE I METODEPROGRAMMET	82
FASTHOLDELSE: HVORDAN GÅR DET I DAG?	84
<b>LITTERATUR</b>	<b>93</b>
<hr/>	
<b>BILAG</b>	<b>95</b>
<hr/>	
<b>BILAG 1: INTERVIEWGUIDE MED LEDERNE PÅ BEHANDLINGSSTEDERNE I MP, 2014</b>	<b>95</b>
<b>BILAG 2: INTERVIEWGUIDE MED LEDERNE PÅ BEHANDLINGSSTEDERNE I MP, 2017</b>	<b>95</b>
<b>BILAG 3: SURVEY VEDRØRENDE BEHANDLERNES BAGGRUND, 2014</b>	<b>95</b>
<b>BILAG 4: BEHANDLER- LEDERSURVEY 2018</b>	<b>95</b>
<b>BILAG 5: KODEGUIDE SBIRT-MP</b>	<b>95</b>

## De seks publikationer

Metodeprogrammets resultater og redskaber offentliggøres i 6 publikationer, som behandler forskellige dele af Metodeprogrammet. Der er fire rapporter, som beskriver resultater, hvilket er en implementeringsanalyse, to effektanalyser (en rapport fra 2017 og en fra 2018) samt en omkostningsvurdering. Derudover er der to publikationer, der kan anvendes som redskaber i en videre implementering af MP. Det er Behandlingsportalen med et videomateriale omkring anvendelse af UngMap, TEM og fortolkningen af disse, samt eksempler på hvordan behandlingsamtaler kan foregå indenfor MP:

Pedersen MU, Jones S, Frederiksen KS, Skov KBE. *Behandlingsportalen*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Offentliggøres januar 2019.

Pedersen MU, Jones S, Skov KBE, Frederiksen KF, Pedersen MM. *MOVE behandling af unge: Manual*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet; Offentliggøres januar 2019.

---

Frederiksen KS, Jones S, Skov KBE, Pedersen MM, Pedersen MU. *MOVE - Implementering af Metodeprogrammet. Resultater fra implementeringsprocessen*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet;2018.

Pedersen MU. *MOVE. 21 måneder efter indskrivning*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet;2018.

Omkostningsvurderingen, som VIVE (Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) laver i samarbejde med Center for Rusmiddelforskning. Denne rapport forventes publiceret i januar/februar 2019.

Pedersen MU, Pedersen MM, Jones S, Skov KBE, Frederiksen KS. *Behandling af unge der misbruger stoffer. En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet;2017.

## Baggrund for Metodeprogrammet

Metodeprogrammet for stofmisbrugsbehandling (MP) er en del af den såkaldte Stofmisbrugspakke, som blev lanceret i 2012. Formålet med MP er ifølge Socialstyrelsen at styrke det metodiske og systematiske arbejde i den kommunale stofmisbrugsbehandling samt fremme anvendelsen af behandlingsmetoder, der har dokumenteret effekt i forhold til målgruppen.

Til at undersøge effekten af forskellige internationalt anerkendte metoder i en dansk kontekst blev 460 unge fra 9 kommuner ved lodtrækning fordelt på fire forskellige behandlingsspor. Hver af disse behandlingsspor anvendte forskellige strukturelle metoder i deres arbejde med at reducere eller bringe et stofmisbrug til ophør.

Fra 2014 til 2018 deltog kommunale rusmiddelcentre fra ni kommuner i MP, som blev udviklet og monitoreret af Center for Rusmiddelforskning (Aarhus Universitet) og finansieret og projektstyret af Socialstyrelsen. Fra april 2014 til september 2014 modtog behandlere fra de deltagende kommuner undervisning i metoderne og de forskellige registreringssystemer af Dobbeldiagnose I/S og Center for Rusmiddelforskning. Fra hver kommune blev fire behandlere vilkårligt fordelt til et af fire behandlingsspor, som alle skulle anvende de samme terapeutiske samtaleelementer, den motiverende samtale og den kognitive adfærdsterapi. Derudover repræsenterede de fire behandlingsspor fire forskellige anvendelseskombinationer i forhold til de strukturelle elementer, der blev afprøvet. Den respektive sammensætning af elementer i det tildelte behandlingsspor, skulle behandleren herefter følge i løbet af projektperioden. Til hvert spor blev der udviklet en særskilt behandlingsmanual. Behandlerne blev under hele forløbet undervist og superviseret i de terapeutiske metoder af undervisere fra Dobbeldiagnose I/S, mens ansatte fra CRF underviste i brugen af behandlingsmanualerne, screeningsredskabet UngMap, samt den logbog, som behandlerne skulle udfylde efter hver behandlingssamtale.

MP har været opdelt i to faser:

1. Randomiseringsfasen fra 2014 til 2016
2. Fastholdelsesfasen fra 2016 til 2018

I randomiseringsfasen fra september 2014 til og med april 2016 blev i alt 545 unge i alderen 15 til 25 år vilkårligt fordelt til et af de fire behandlingsspor. Da 85 udeblev fra screeningssamtalen, hvor UngMap blev udfyldt (undersøgelsens baseline data), baserer resultaterne sig på de 460 unge, der som minimum deltog i UngMap-screeningen. De unge blev randomiseret på baggrund af fire variable: køn, alder, antal dage med cannabisforbrug de sidste 30 dage og forbrug af andre illegale rusmidler end cannabis de sidste 30 dage. De unge skulle som minimum have haft et aktivt brug af rusmidler inden for to måneder op til indskrivning og ikke have opioider som det primære stof for at blive tilbudt behandling i MP. Det betyder, at unge i substitutionsbehandling ikke indgik i denne undersøgelse. Yderligere eksklusionskriterier var akut psykotisk lidelse, nedsat kognitiv funktion og voldelig/aggressiv adfærd. For nærmere beskrivelse af indtag i randomiseringsfasen henvises til Effektevalueringen (Pedersen, Pedersen et al., 2017).

I fastholdelsesfasen anvendtes elementerne fra MP med henblik på at fastholde de implementerede elementer, blot uden den tætte forskningsmæssige monitorering. Behandlerne anvendte stadig UngMap, logbog og TEM i arbejdet med de unge. Analyserne af fastholdelsesfasen baserer sig på data, der dækker



perioden april 2016-april 2018. 734 unge blev indskrevet i MP i perioden, hvoraf 512 unge er kommet til 1. samtale. Gruppen på 512 unge er udgangspunktet for analyserne af fastholdelsesfasen.

## Evalueringsdesign og behandlingsmetoderne

Behandlingens overordnede formål tager udgangspunkt i definitionen på social misbrugsbehandling, som denne er formuleret i de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling. Meget kort er formålet henholdsvis, a) at reducere eller bringe et uautoriseret forbrug af psykoaktive stoffer til ophør og b) at reducere sociale, psykiske og fysiske problemer, der virker som barrierer for at reducere/bringe et misbrug til ophør. Det er med andre ord ikke nok at have fokus på rusmidlerne. Ofte er disse unge svært belastede af psykiske, sociale og/eller fysiske problemer, der kan være barrierer for, at en reduktion eller ophør af deres rusmiddelbrug kan finde sted. UngMap-screeningen, som er en del af alle behandlingsspor i MP, afdækker en række af disse barrierer for at kunne målrette behandlingen sammen med den unge.

Alle fire behandlingsspor anvendte samtaleteknikkerne, den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi. Disse to samtaleteknikker har vist sig effektive i behandling af unge, der misbruger illegale stoffer (Gates, Sabioni et al., 2016; Tanner-Smith, Wilson et al., 2013).

### *Den motiverende samtale*

MI er en samarbejdende, ikke-dømmende, ikke-konfronterende kommunikationsform, der har til formål at reducere ambivalens med henblik på at arbejde hen imod specifikke mål. Samtaleteknisk bygger MI på åbne spørgsmål, bekræftelser, refleksioner og opsummeringer (Miller & Rollnick, 2014).

### *Kognitiv adfærdsterapi*

Kognitiv adfærdsterapi er en systematisk struktureret terapiform, der har til formål, at den unge lærer: at blive opmærksom på negative automatiske tanker i problemsituationer og at blive opmærksom på forbindelsen mellem tanker, følelser og adfærd. Væsentlige strukturelle elementer i kognitiv adfærdsterapi er at aftale en dagsorden for dagens samtale og at afprøve forskellige problemløsningsmodeller enten i forbindelse med samtalen eller derhjemme (hjemmeopgaver). For eksempler på hjemmeopgaver se manual (Pedersen, Jones et al., 2019).

MP går ud på at teste, hvorvidt anvendelsen af forskellige strukturelle elementer (eller kombinationer af disse) giver bedre effekt af behandlingen. Til dette anvendes et lodtrækningsdesign, hvor de unge vilkårligt fordeles til fire spor, hvor forskellige strukturelle elementer tages i anvendelse.

Forskellen mellem de fire behandlingsspor er alene af strukturel karakter. Nedenfor opstilles først de tre strukturelle elementer, som de fire behandlingsspor har tilfælles. Dernæst de strukturelle elementer, som adskiller de fire behandlingsspor.

### *Strukturelle elementer fælles for de fire behandlingsspor:*

12 samtaler     Alle 460 unge fik tilbudt 12 individuelle samtaler baseret på den *motiverende samtale* og *kognitiv adfærdsterapi*. Udeblivelse uden afbud tæller for en samtale, mens der ved afbud gives en ny tid til samtale. En ung kan derfor godt gennemføre

primærbehandlingen med 10 samtaler og 2 udeblivelser. Ved 3 sammenhængende udeblivelser udskrives den unge fra behandlingen/projektet.

**UngMap** UngMap er et redskab til screening af unge, der søger behandling for deres brug af rusmidler. UngMap-interviewet gennemføres af samme behandler, der skal være tilknyttet den unge gennem hele forløbet og altså den behandler, som den unge randomiseres til. Interviewet defineres som samtale 0, og UngMap er altså ikke inkluderet i de 12 samtaler. Ved samtale 1 gives der en dialogbaseret tilbagemelding ud fra de opsummerende profil-ark, som kan printes ud, når alle svarene er indberettet elektronisk. På baggrund heraf formuleres fælles accepterede mål og delmål for behandlingen.

**TEM** Trivsels- og Effekt Monitorerings-skemaet (TEM) indeholder i alt 9 spørgsmål, som stilles til den unge ved indledningen til hver session (eller hvor det passer bedst). På baggrund af de 9 spørgsmål kan der tegnes en graf over, hvordan forbruget af rusmidler og den unges trivsel har udviklet sig gennem forløbet.

#### Strukturelle elementer der adskiller de fire behandlingsspor:

Kontrakt	For to af sporene formuleres en kontrakt/behandlingsplan, som underskrives af såvel behandleren som den unge.
Statusbreve	For to af sporene formuleres et statusbrev hver fjerde uge, som diskuteres med den unge.
Påmindelser	For to af sporene huskes den unge på næste samtale via SMS eller telefon. Hvornår påmindelsen finder sted og hvordan, aftales med den unge.
Gavekort	I to af sporene udleveres et gavekort på en værdi af 200 DKK ved hvert andet fremmøde. For procedure se behandlingsmanualen (Pedersen, Jones et al., 2019).
Opfølgning	For to af sporene tilbydes seks måneders opfølgende behandling. Denne består i en personlig og tre telefoniske samtaler om måneden de første tre måneder. De næste tre måneder tilbydes en telefonisk samtale hver anden uge. Forløbet afsluttes med en personlig samtale seks måneder efter primærbehandlingens afslutning. Med andre ord en gradvist udfasende opfølgning.

I nedenstående tabel ses fordelingen af de strukturelle elementer.

**Tabel 1. De fire behandlingsspor og elementer.**

	MK ren	MK-G	MK-O	MOVE
12 samtaler (primær)	+	+	+	+
Screening (UngMap)	+	+	+	+
TEM (Trivsel/effekt)	+	+	+	+
Motiverende samtale terapi	+	+	+	+
Kognitiv adfærdsterapi	+	+	+	+
Gavekort		+		+
Opfølgende behandling			+	+
Påmindelser			+	+
Kontrakt og status			+	+

For nærmere beskrivelse af, hvorledes samtaleteknikker og strukturelle elementer anvendes, henvises til manualen (Pedersen, Jones et al., 2019).

## Indledning til denne delrapport

Denne rapport præsenterer resultaterne af en analyse af implementeringen af Metodeprogrammet (MP), herunder i hvilken grad målbare elementer af MP er blevet implementeret og kan kobles med effektundersøgelsen. Desuden analyseres lokale betingelser, der kan have betydning for implementeringsgraden samt behandlingscentrenes erfaringer med at implementere MP.

Analysen af implementeringen er baseret på Fixsen et al.'s (2005) implementeringsmodel. Inspireret heraf har vi defineret målbare kerneelementer i MP, idet læren er, at det ikke er muligt blot at antage, at hver organisation tager alle elementer af et program til sig i samme grad. Et eksempel er samtaleteknikkerne, hvor et undervisningsforløb i den motiverende samtale ikke kan stå alene. For det første sker læringen under projektførelsen, når behandlerne tager teknikkerne til sig, hvorfor behandlerne også løbende er blevet superviseret i metoderne. Den løbende træning er med til at sikre implementering, men fortæller ikke noget om, i hvilken grad samtaleteknikkerne anvendes i samtalerne. Derfor har behandlerne i MP optaget behandlingssamtalerne, hvorefter stikprøver af samtalerne er kodet for at besvare spørgsmålet, i hvilken grad er de samtaletekniske elementer anvendt i praksis? Det behandles i rapporten. Desuden har strukturelle elementer som for eksempel brug af gavekort eller påmindelser også været afgørende for MP og nærmere bestemt forskelle mellem behandlingssporene, hvorfor vi i denne rapport også analyserer implementeringsgraden for de MP-specifikke elementer. Implementeringsanalysen lærer os, hvad der er implementeret, som er vigtigt at vide, når vi måler effekt: er det effekten af MP, vi undersøger, eller er det behandling-as-usual?

I analyserne inddrages kvantitative data fra:

- UngMap og logbogsregistreringer foretaget af behandlere i de deltagende behandlingscentre i løbet af projektperioden
- Spørgeskemabesvarelser fra behandlere inden opstart af MP (2014) vedrørende deres forudsætninger forud for implementeringen
- Spørgeskemabesvarelser fra behandlere og ledere (2018) vedrørende deres erfaringer med MP
- Analyser af videooptagelser, som behandlerne optog af de individuelle behandlingssamtaler, inklusiv en optagelse fra hver behandler før projektstart

Der inddrages kvalitative data fra:

- Interviews med ledere og nøglepersoner på behandlingscentrene, som blev udført før projektets start i 2014 og igen i 2017 efter afslutning på randomiseringsfasen.

Opfattelsen og modtagelsen af enhver ny model har en væsentlig betydning i en implementeringsproces, derfor omhandler den første del af rapporten de ni behandlingscentres syn på MP's behandlingsmodeller. Blandt andet bliver ledernes og medarbejdernes syn på modellernes tilgang med et manualbaseret, afgrænset og struktureret forløb, hvor der fokus på motivation, præsenteret.

Dernæst analyseres selve implementeringen af de terapibaserede elementer, som er behandlernes brug af den motiverende samtale og den kognitive adfærdsterapi. Herefter følger en analyse af, i hvor høj grad behandlingscentrene har anvendt og implementeret de strukturelle elementer heriblandt ugentlig samtale, dagsorden, hjemmeopgave og gavekort. I den afsluttende del inddrages behandlingscentrenes (ledernes og behandlernes) erfaringer med implementeringen fra projektets opstart til undervisningsperioden, indkøring af selve behandlingsprogrammet og frem til fastholdelsesfasen i slutningen af projektperioden. Slutteligt vil data fra behandlingsforløbene blive inddraget for at se nærmere på praksis i tiden efter den forskningsmæssige monitorering (efter april 2016), det vi har valgt at kalde fastholdelsesfasen.

Rapporten indeholder også en erfaringsopsamling vedrørende de begrænsninger, muligheder og udfordringer, som de kommunale behandlingscentre er stødt på undervejs i projektperioden. Erfaringsopsamlingen viser, at implementering af et behandlingsprogram er en svær størrelse, der stiller store krav til behandlere og ledere, fordi de ikke blot skal tillære sig nye kompetencer, men også skal ændre strukturer og arbejdsrutiner som de ydermere skal tilpasse til deres personlige stil. Forhåbningen med denne rapport er også, at andre behandlingssteder kan anvende erfaringerne og forberede sig på de besværligheder, der kan opstå i implementeringsprojekter.

Først præsenteres en sammenfatning af rapportens væsentligste resultater og anbefalinger.

## Sammenfatning af delrapportens resultater og anbefalinger

Implementeringen af MP i de ni deltagende kommuner er forløbet med en høj grad af fidelitet. Der har med andre ord været en høj grad af efterlevelse af de retningslinjer for behandling af unge med rusmiddelproblemer, som modellen foreskriver. På baggrund af implementeringsanalysen og analysen af erfaringerne ved implementeringen vil vi give anbefalinger, som kan anvendes, når MP skal implementeres på andre behandlingsenheder. Anbefalinger fremhæves i punktform.

### Forberedelse på opstart

Det er vigtigt med klar forventningsafstemning, så kommunerne er forberedte på, hvad implementering af en ny behandlingsmodel betyder i forhold til den hverdagspraksis, de er vant til. Hvordan kommer projektet til at foregå? Er der tale om et fasttømret koncept? Hvorfor er det et meningsfyldt projekt for såvel behandlere som unge?

Det er vigtigt at italesætte, at projekter og omstillingsfaser følges af en besværlig opstart, og at tilpasninger undervejs oftest vil være nødvendige. Her kan det være en ide at forberede medarbejderne på de udfordringer, der kan opstå, for eksempel i forhold til rekruttering af deltagere til projektet og det tidspres, som kan opleves, når nye arbejdsgange skal implementeres løbende i det daglige arbejde.

Det er ligeledes et vigtigt aspekt, at hensigten med at implementere MP bliver kommunikeret klart ud fra projektstyrelsen til deltagerne og fra ledelsen til medarbejderne på selve behandlingscentrene. Det skal sikre, at medarbejderne kan se meningen med det store arbejde, det er, og kan være med til at sikre, at projektet kommer godt fra start.

- Hvis MP skal implementeres i andre sammenhænge, har der været gode erfaringer med at have en projektleder lokalt på behandlingscenteret. Desuden har det været ønsket, at projektlederne kunne

få sparring og undervisning i forhold til at håndtere et implementeringsprojekt samt de udfordringer, der måtte komme. I MP har der været forskellige udfordringer på de forskellige steder, men det kan være emner såsom håndtering af modstand fra medarbejdere på projektet og håndtering af udfordringer med rekrutteringen af deltagere til projektet.

- Rekruttering og kommunikation: det er vigtigt at beslutte sig for, hvad indgangen til behandlingstilbuddet (visitation, målgruppe med mere) skal være, og hvordan tilbuddet skal kommunikeres til de unge. Således skal de behandlere, som visiterer de unge til behandlingsmodellen, kunne præsentere behandlingens formål og ide på en god måde. Det er også vigtigt, når tilbuddet skal kommunikeres til samarbejdspartnere.

Desuden er det vigtigt, at justeringer undervejs i forløbet meldes ud til alle involverede.

### **MP: et kompetenceløft**

Implementeringen af de terapibaserede elementer i MP er behandlernes brug af den motiverende samtale og den kognitive adfærdsterapi. Dette terapeutiske grundlag har været fælles for de fire behandlingsspor i MP. Set fra før projektets start til efter uddannelsesforløbet og senere i projektperioden er der med enkelte undtagelser sket et markant kompetenceløft i forhold til behandlernes efterlevelse af metoderne. Det er især i forhold til positiv behandleradfærd, hvor den enkelte behandler anvender elementerne i samtaleteknikkerne, og kan eksempelvis være anvendelse af dagsorden, åbne spørgsmål, anerkendelse, refleksioner og opsummeringer. Vi fandt derimod ingen udvikling i forhold til negativ adfærd, hvor behandleren agerer i modstrid til metoderne. Dette er eksempelvis, når en behandler udtaler sig fordømmende, truer med konsekvenser af den unges handlinger eller anvender stereotyper. Der skete heller ikke en udvikling i forhold til graden af behandlerens empati og samarbejdsevne.

Erfaringerne med at anvende den motiverende samtale og kognitive adfærdsterapi har været positive, og der er generelt enighed blandt behandlerne og lederne i MP om, at det er anvendelige og brugbare metoder i behandlingen af de unge.

- Et vigtigt element for at lære og fastholde samtaleteknikkerne er løbende supervision, som kan gøres enten internt eller eksternt.
- Kodeguiden SBIRT-MP (vedlagt som bilag) kan anvendes internt til at tale om elementerne i en given samtale. Guiden kan anvendes som et samtaleredskab til at kvalificere intern supervision, hvor man kan diskutere brugen og anvendelsen af konkrete elementer i optagelser af samtaler. Vi vil ikke anbefale, at guiden anvendes til at give skriftlige tilbagemeldinger på hele samtaler uden undervisning i koderedskabet.

Netop den individuelle skriftlige evaluering, der blev udfærdiget af dobbeltdiagnose I/S, fremhæves som meget værdifuldt i læringsprocessen.

### **Struktureret manualbaseret behandling**

MP angiver bestemte strukturer for et forløb og en samtale (Pedersen, Jones et al., 2019), for eksempel, at behandleren anvender motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi som beskrevet ovenfor, men også at der for hver samtale aftales en dagsorden med den unge, laves hjemmearbejde med mere.

For kommunerne har strukturerne i MP haft den organisatoriske betydning, at de i dag er blevet tydeligere på deres kerneopgave og har fået en fælles tilgang til behandling. Desuden har de deltagende behandlere fået et kompetenceløft og er blevet specialiseret i en fælles metodisk tilgang, der har været med til at løfte behandlingsopgaven. Det mål er ikke nået uden udfordringer og har eksempelvis krævet, at behandlere har givet afkald på tidligere arbejdsformer.

- Håndtering af modstand: når MP skal implementeres mere bredt, er det vigtigt at have for øje, at der er mange forskellige erfaringer og holdninger til stringens i behandlingsarbejdet. Mange behandlere vil være vant til at have frihed til selv at vælge den terapeutiske metode, som de tænker, vil fungere bedst med en ung i en given situation. Mange behandlere har mange års erfaring og oplever ikke en naturlighed i den stringens, som manualen foreskriver. Den er for langt de fleste behandlere i MP kommet med tiden og værdsættes i dag. Et forslag fra en af kommunerne er, at det er vigtigt åbent at drøfte modstanden og fremhæve de fordele, den stringente tilgang har samt den effekt, som kan opnås ved at kombinere de elementer, der ligger i MOVE.
- Det er vigtigt at få kommunikeret, at strukturerne ikke står i modstrid med en god relation til den unge. Men det kan tage tid og kræver vedholdenhed at indøve nye vaner og arbejdsgange, og før man føler sig hjemme i metoden.
- Ugentlige metodemøder med de kolleger, som arbejder med behandlingsmodellen, hvor fokus er på metoder og strukturer, udfordringer og gode oplevelser. Internt kan det derfor være en stor fordel at have en nøgleperson, som sikrer vedholdende fokus på metode/strukturer.
- Et vigtigt element for at lære og fastholde strukturerne er løbende supervision, som kan gøres enten internt eller eksternt. Her kan 'Behandlerportalen' også anvendes, hvor det er muligt at se videooptagelser af de forskellige elementer anvendt i praksis.
- Desuden kan der udvælges en kontaktkommune, som har været igennem implementeringen af MP og derfor kan udgøre en supportfunktion med baggrund i praksiserfaring.

## De strukturelle elementer

I det følgende vil resultaterne vedrørende de strukturelle elementer blive præsenteret, og i hvor høj grad behandlingscentrene har anvendt og implementeret disse, heriblandt ugentlig samtaler, dagsorden, hjemmeopgaver og gavekort.

## Brugen af UngMap som screenings- og feedback-redskab

UngMap er et screeningsredskab, som er anvendt i MP. Alle deltagende unge har udfyldt UngMap sammen med en behandler ved opstart af behandlingsforløbet med det formål at anvende UngMap-svarene som grundlag for at identificere og tale om den unges risiko- og beskyttelsesfaktorer. Tilbagemeldingen på UngMap bør foregå som en dialog mellem den unge og behandleren, og tilbagemeldingen skal danne grundlag for at identificere den unges mål med behandlingen.

UngMap er i høj grad implementeret, og selvom det kan udfordre planlægningen af tid, er der gode erfaringer med, at det er den samme behandler, der screener, giver tilbage melding og efterfølgende har den unge i behandling, fordi der er mange informationer rundt om de svar, der gives, når UngMap udfyldes.

Analysen af UngMap som tilbage meldingsredskab peger på, at der fortsat kan arbejdes på:

- hvordan UngMap-tilbagemeldingen gives i dialog med den unge med en god vægtning af risiko- og beskyttelsesfaktorer
- hvordan UngMap tilbagemeldingen anvendes som udgangspunkt for at sætte mål for det videre behandlingsarbejde

55% af de analyserede tilbagemeldinger er foregået med en god vægtning mellem problemer og ressourcer og i god dialog med den unge.

Samlet set viser analysen, at UngMap blev anvendt som udgangspunkt for målsætningsarbejdet i blot 27,5% af samtalerne, mens der i 55% fastsættes mål uden at anvende UngMap-tilbagemeldingen, og i 17,2% sættes slet ikke mål for forløbet i de indledende samtaler. Anvendelsen af UngMap i selve målsætningsarbejdet kan ikke vurderes til at være blevet fuldt implementeret. Ikke desto mindre indledes fem ud af seks af de analyserede forløb således med, at behandleren og den unge drøfter og bliver enige om mål for forløbet, med eller uden brug af UngMap. Derudover peger resultater fra surveys med behandlere og ledere på, at man generelt oplever UngMap som et brugbart redskab i den indledende screening af den unges problemer og til at sætte mål for behandlingsforløbet.

### Samtaleintensitet

Resultaterne fra MP viser, at 12 ugentlige samtaler er en god ramme for et behandlingsforløb. Det samlede antal samtaler, som de unge har modtaget, kan ses i sammenhæng med stoffrihed 6 måneder efter indskrivning. Faktisk stiger andelen, der er stoffri, i sammenhæng med det antal samtaler, de har modtaget.

- Resultaterne viser, at det i praksis er svært at afholde en samtale om ugen i 12 uger, fordi målgruppen er svær at fastholde, og at ferier også kan forlænge forløb med mere, men det anbefales, at det så vidt muligt tilbydes, da det er centralt i forhold til behandlingseffekten.

I forhold til målet om en ugentlig samtale, finder vi, at der i gennemsnit er gået 13,4 dage mellem hver samtale i primærbehandlingen. I forhold til, at målgruppen generelt kan være svær at fastholde i behandling og ofte glemmer aftaler, samt at behandlerne afholder ferie og selv bliver syge, kan dette ikke ses som et udtryk for manglende implementering af kravet til behandlingens tidsmæssige intensitet. Faktisk er det lykkedes for behandlerne at have højst 7 dage mellem 41,3% af samtalerne.

### Trivsel- og effektmonitorering

Trivsel- og effektmonitorering (TEM) er et redskab til at afdække den unges trivsel og forbrug fra samtale til samtale. Generelt vurderer ledere og medarbejdere, at TEM er et værdifuldt redskab, og behandlerne får positive tilbagemeldinger fra de unge over at få en visuel fremstilling af deres udvikling. TEM er anvendt ved alle samtaler, og der er også her en høj grad af fidelitet.

### Dagsorden

Behandlerne har i høj grad været i stand til at implementere dagsordenen som et fast element i samtalerne. Analysen viser, at behandlerne angiver, at de i blot 1,7% af de personlige samtaler ikke har lavet en dagsorden. Videoanalyserne peger ligeledes på, at elementet dagsorden i høj grad blev implementeret. Spørgeskemaundersøgelsen af behandlernes oplevelse viser, at 94% vurderer, at en dagsorden i høj til meget høj grad er anvendelig og brugbar, og at behandlerne er meget glade for at

arbejde med elementet. Det er et af de elementer, der fremhæves, som værende nemt at implementere, anvendeligt og en god metode til at skabe struktur og målrettethed i samtalen.

Det er sværere at fastsætte en dagsorden i forbindelse med en telefonisk samtale. Arbejdet med dagsorden er en god forberedelse til samtalen og et bindeled mellem samtalerne, som samtidig er med til at tydeliggøre både over for den unge og behandleren selv, hvad der skal arbejdes med. En dagsorden er således en nem måde at kvalificere behandlingsarbejdet på:

- I arbejdet med dagorden er det vigtigt, at der gives plads til den unge, forstået på den måde, at den unge kan komme med input til dagsordenen og bliver spurgt, om han/hun er med på de foreslåede punkter

## Hjemmearbejde

De unge arbejder med en hjemmeopgave mellem hver samtale. Et hjemmearbejde kan have meget forskellig karakter, således kan det dreje sig om at registrere sit forbrug af hash i løbet af en uge, dyrke motion, inddrage ens netværk positivt med udgangspunkt i et givent arbejde hen imod et mål.

Analyserne viser, at hjemmearbejde er et nyt element for behandlerne, som nu er blevet en integreret del af samtaleforløbene. Behandlernes registreringer viser, at de kun i 16% af samtalerne ikke fik aftalt en opgave, og at de oftest ikke havde svært ved det. Til gengæld kan vi se ud fra behandlernes registreringer, at de i 26% af samtalerne ikke fik fulgt op på den hjemmeopgave, som den unge skulle arbejde på.

Årsagerne hertil kan være mange, men det at følge op på en hjemmeopgave bør være et fokuspunkt i fremtidige implementeringer af MP. Dels beror hjemmeopgaven på en aftale mellem den unge og behandleren, og dels repræsenterer hjemmearbejdet det arbejde, hvor de unge fører forandringerne hen mod et mål ud i livet.

- Et fokuspunkt i forhold til hjemmearbejde er dels, hvordan man arbejder med hjemmearbejde i forhold til mål, strategier og planlægning.
- Et andet fokuspunkt er at huske at få samlet op på sidste uges hjemmearbejde. Og hvis dette ikke er foretaget, er det vigtigt at tale med den unge om. Det handler om at integrere hjemmearbejdet i samtaleforløbet, fordi hjemmearbejdet handler om at aktivere forandringsarbejdet i den unges liv.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen viser også, at behandlerne generelt vurderer hjemmearbejdet til at være et brugbart terapeutisk element i arbejdet med de unge. Når behandlere finder gode rutiner med hjemmearbejde, vil de også opleve, at det giver materiale ind i samtalen.

## Kontrakt

I to af behandlingssporerne skulle behandlerne udfærdige en kontrakt for forløbet med den unge, hvori forventninger til den unge, den unges forventninger til behandleren samt den unges mål blev beskrevet og efterfølgende underskrevet af begge parter. Udfærdigelsen af kontrakten var baseret på de mål, der blev identificeret i forbindelse med UngMap-tilbagemeldingen i første samtale. Ved 75% af de unge, som har fået mere end 3 samtaler, har behandlerne angivet i logbogen, at de har arbejdet med kontrakt. Kontrakt i sig selv kan ikke knyttes til stoffrihed.



Resultater fra behandler- og ledersurvey peger på, at dette element ikke i så høj grad vurderes til at være anvendeligt. Det er således blot 54% af behandlerne og 66% af lederne, der mener, at det i høj eller meget høj grad er et brugbart element.

### Statusbreve

Behandlerne fra de to spor, der lavede kontrakt med de unge, skulle også formulere en skriftlig status hver fjerde uge, hvori de beskriver, hvordan de oplever, at den unge arbejder med sig selv hen imod målene. Af de unge, der modtog mere end fire samtaler, viser resultaterne, at henholdsvis 87% og 77% modtog mindst et statusbrev, og dette element er dermed implementeret med en høj grad af fidelitet. Det er et flot resultat implementeringsmæssigt, da blot 33% af behandlerne vurderede, at statusbreve i høj til meget høj grad var et brugbart element. Når vi har talt med behandlerne, har modviljen ofte handlet om, at statusbrevet var for formelt i forhold til, hvordan de ellers arbejder med de unge. Andre behandlere har udtrykt, at kravet om statusbreve medførte, at de med jævne mellemrum skabte sig et overblik over den unges forløb og fremskridt på en mere struktureret måde, end de tidligere havde gjort, og at de derfor ser statusbrevet som en gevinst for både dem og den unge.

- Det at formulere en tilbagemelding til den unge undervejs i behandlingen har for nogen været et godt redskab til at give feedback og holde fokus, men for andre været kunstigt og formelt. Derfor kan der findes andre mere uformelle måder at give en status eller tilbagemelding på den unges arbejde med sig selv, som passer til behandlingsstedet og behandlerne. Nogle behandlere begyndte eksempelvis at skrive deres tilbagemelding på postkort.

### Gavekort

I to af sporene fik de unge et gavekort på 200,- kr. ved hvert andet fremmøde. Resultater fra logbogsanalyserne viser, at behandlerne i de to spor har udleveret gavekort i 47% af samtalerne, hvilket svarer til godt og vel hver anden samtale. Dette element er således implementeret med en høj grad af fidelitet. Netop anvendelsen af gavekort har vist sig at have en signifikant betydning for, hvor mange samtaler den unge får, og i hvor høj grad de gennemfører behandlingen.

Gavekort i sig selv giver ikke bedre effekt i forhold til stoffrihed, men sammen med påmindelser har det den effekt, at de unge kommer til flere samtaler, som giver mulighed for at arbejde med forandringer. Det er også behandlernes oplevelse, at gavekortet gør det nemmere at fastholde de unge, og at de i højere grad aflyste samtaler fremfor at udeblive. Resultater fra behandlersurvey viser, at 76% vurderer, at gavekortet i høj til meget høj grad er et brugbart element.

- I arbejdet med gavekort er det vigtigt, at behandlerne undervises i, hvordan der arbejdes med gavekort som forstærkende element, da det for mange er svært at give de unge noget for at møde op
- Det er derfor også et element, der kan være godt at have fokus på i supervision, eventuelt i ugentlige møder med fokus på metoder og strukturer

### Påmindelser

I to af sporene anvendte behandlerne påmindelser, ofte en sms til den unge dagen før samtalen. Resultater fra logbogsanalysen viser, at behandlerne i de to spor har afsendt en påmindelse forud for 87% og 92% af samtalerne. Det er således et element, der er blevet implementeret med en høj grad af fidelitet, hvilket

blandt andet kan hænge sammen med, at man mange steder anvendte påmindelser forud for MP. Faktisk var en del behandlere fra de to andre spor, der ikke måtte sende påmindelser, kritiske overfor, at de ikke måtte anvende elementet. Resultater fra behandlersurvey viser også, at 91% vurderer, at påmindelser i høj til meget høj grad er et brugbart element.

Således er der også her en signifikant sammenhæng mellem brugen af påmindelser og antal samtaler den unge modtager, samt i hvor høj grad de gennemfører deres behandlingsforløb som planlagt. Resultaterne peger derfor på, at påmindelser bør være en fast del af praksis.

### Opfølgende behandling

De unge i to af sporene fik tilbudt opfølgende behandling efter de 12 primærsamtaler.

Opfølgingsbehandlingen bestod af 6 måneders udfasende behandling i en kombination af personlige samtaler og telefonsamtaler. I alt blev 103 ud af 270 unge indskrevet i et opfølgende behandlingsforløb efter at have gennemført de indledende 12 samtaler. Det har varieret fra behandler til behandler, hvor mange unge, der kom videre i den opfølgende del, ligesom der også er stor variation i, hvor mange samtaler de unge fik i opfølgingsforløbet. Nogle behandlere beskrev, at det kunne være svært at få fat i de unge på telefonen, mens andre oplevede det som en positiv måde at give slip på. Den store variation i antal samtaler i opfølgingsbehandlingen skal ses som et udtryk for, at der er stor forskel på de unges behov for kontakt.

Behandlerne oplever det som en positiv måde at give slip på, og når vi ser på de to spor, hvor telefonen anvendes ved samtalerne i opfølgingsdelen, kan vi se, at den spiller en positiv rolle for at fastholde effekten af primærbehandlingen.

### Opsamlende

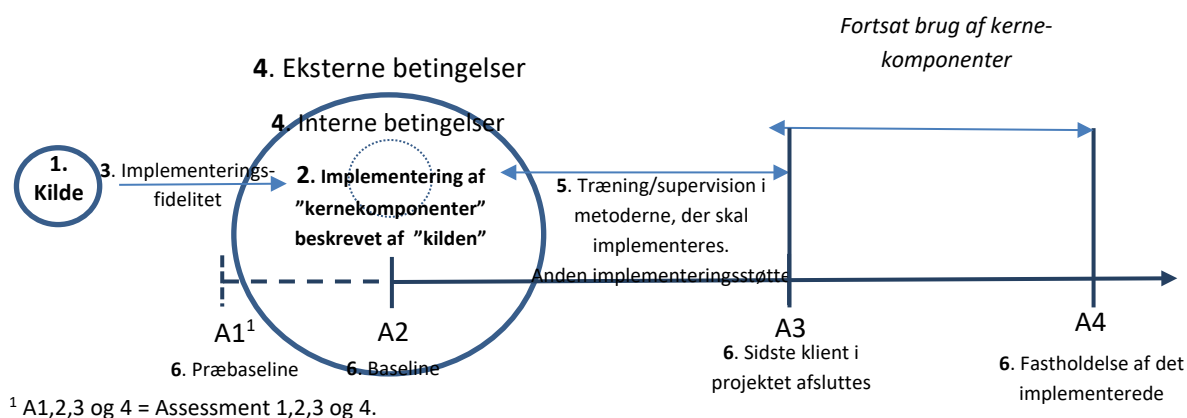
Kommunerne har været gode til at implementere og anvende MP's kerneelementer, og på en række områder er implementeringsfideliteten høj, såsom ved de strukturelle elementer UngMap, afholdelse af ugentlige samtaler, anvendelse af dagsorden, udlevering af gavekort, afsendelse af påmindelser og statusbrev. Samtidig viser analysen et kompetenceløft i anvendelsen af de terapeutiske metoder fra før projektstart sammenlignet med to målinger i løbet af projektet.

Det har desuden været et fokus for nærværende projekt at sikre fastholdelse. MP's definerede elementer, strukturerne, samarbejdet og den fire-årige projektperiode har – ud over indsatsen på behandlingscentrene – været med til at sikre implementering og gjort elementerne til en fast del af hverdagen. Succesfuld implementering og fastholdelse kræver også politisk opbakning, således at der kan afsættes tid, ressourcer og skabes de interne strukturer, der er nødvendige for at sikre, at elementerne ikke glider ud.

## Teoretisk implementeringsmodel

Den analytiske tilgang i evalueringen tager udgangspunkt i Fixsen et al.'s (2005) model for implementeringsforskning. Modellen illustrerer implementeringen af et program. Et program skal ikke anses som en helhed, der skal implementeres og virke i en given organisation. Snarere defineres et program ud fra dets kernekomponenter, som er de essentielle principper og funktioner i programmet, som vurderes at være nødvendige for, at der sker en forandring i praksis. En udspecificering af programmets kernekomponenter giver dels den fordel, at indsatsen er bedre beskrevet for de medarbejdere, der skal anvende programmet i praksis og gør det desuden muligt at måle implementeringsfidelitet på elementer og dermed også være i stand til at måle effekt på delelementer (Blase & Fixsen, 2013). Fixsen skelner på den ene side mellem betydningen af den faktiske brug af programmet og dets metoder (se 1. kilde nedenfor) og på den anden side de organisatoriske og eksterne faktorer (såsom uddannelse/træning af behandlere, behandlingsledernes aktive medvirken i implementeringen, det politiske mandat med mere), som kan have betydning for graden af implementering.

Analysen tager udgangspunkt i nedenstående model fra projektbeskrivelsen til MP, som uddybes i det følgende (Pedersen, 2014).



Figur 1. Implementeringsmodel

Figur 1 viser en kilde (1), hvorfra der implementeres nogle veldefinerede kernekomponenter med en vis grad af fidelitet/loyalitet til kilden (3). Implementeringens succes er i høj grad afhængig af de interne og eksterne betingelser (4), som implementeringsorganisationen lever med, samt den træning/supervision (5), de får til at implementere kernekomponenterne. A1, A2, A3 og A4 henviser til tidspunkt for målinger. Begreberne defineres i det følgende og eksemplificeres i forhold til MP.

### 1. Kilde

Kilden refererer til den originale kilde, det vil sige programmet eller metoden, som har defineret de kernekomponenter, der skal implementeres. Kilden henviser til metodens oprindelige praksis, mens den implementerede praksis tager udgangspunkt i det bedste eksempel herpå og er ofte en videreudvikling af den praksis, der oprindeligt blev udviklet og evalueret.

MP udgør her kilden, hvor der dels er velbeskrevne metoder (eksempelvis den motiverende samtale, kognitiv adfærdsterapi, anvendelse af gavekort og opfølgingsbehandling, se nærmere beskrivelse i følgende afsnit), forskellige redskaber (UngMap samt Trivsels- og Effekt-Monitorering (TEM)) og et struktureret behandlingsforløb. Der er udarbejdet en manual, som giver en detaljeret beskrivelse af MP's behandlingsforløb (Pedersen, Jones et al., 2019).

Kilden bliver belyst nærmere i den første del af analysen, som indleder med en beskrivelse af behandlingscentrenes syn på kilden/MP som helhed.

## *2. Kernekomponenter*

Målet er ikke at implementere et fuldstændigt program i en ny kontekst. Der vil være forskel mellem den praksis, kilden lægger op til, og den praksis, der bliver skabt, når kildens model udbredes og implementeres i andre organisationer. I stedet er hensigten at implementere veldefinerede kernekomponenter fra det oprindelige program (Fixsen, Naoom et al., 2005). Kernekomponenterne er de væsentligste funktioner, principper, tilhørende strukturelle elementer og interventionsaktiviteter fra programmet, som anses for at være nødvendige for at producere de ønskede resultater med de metoder, der er karakteristiske for kilden (Blase & Fixsen, 2013; Fixsen, Naoom et al., 2005).

Kernekomponenterne kan inddeles i nedenstående niveauer (Blase & Fixsen, 2013):

- 2a. Teoribaseret og empirisk udledte principper
- 2b. Kontekstuelle faktorer
- 2.c. Strukturelle elementer
- 2.d. Specifik interventionspraksis

### *2a. Teoribaseret og empirisk udledte principper*

I MP har ambitionen været dels at implementere et struktureret behandlingsprogram bestående af de mest evidensbaserede metoder til misbrugsbehandling: den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi, dels at evaluere effekten af de terapeutiske metoder i kombination med forskellige strukturelle elementer, der har til formål at øge fastholdelse og effekt af behandling. Motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi indgår dermed i alle fire behandlingsspor, mens anvendelsen af de strukturelle elementer varierer mellem hvert spor.

**Den motiverende samtale** er en samarbejdende, styret, ikke-dømmende og ikke-konfronterende samtale, der har til formål at tydeliggøre og reducere klientens ambivalens, samt at frembringe forandringsudsagn med henblik på at arbejde hen imod specifikke mål.

Samtaleteknisk bygger den motiverende samtale på åbne spørgsmål, bekræftelser, refleksioner og opsummeringer, som bliver anvendt strategisk til at tydeliggøre ambivalens eller forandringsudsagn. Hensigten med at anvende den motiverende samtale er dermed, at det terapeutiske arbejde fremmer behandlerens evne til at a) frembringe den unges egne begrundelser og tanker om forandringer, b) etablere et samarbejde med den unge, c) give den unge en oplevelse af autonomi, d) arbejde retningsbestemt hen imod målopfyldelse og e) arbejde empatisk (Pedersen, Jones et al., 2019).

I den motiverende samtale søger behandleren at fremme en udvikling ved altid at have fokus på (SAMHSA, 2005):

- Gennemgang af den aktuelle situation, udforskning af ambivalens og fokus på forandringsudsagn
- Frembringelse af forandringsudsagn
- Anvendelse af feedback og rådgivning

Overordnet set skal anvendelsen af den motiverende samtales teknikker føre til, at der arbejdes hen imod, at den unge selv begynder at udtrykke ønske om forandring, som kan føre til planlægning og handling. For at understøtte dette anvendes forandringscirklen, som bruges til at afdække den unges nuværende motivation til forandring (Prochaska & Norcross, 2001)

**Kognitiv adfærdsterapi** er en systematisk struktureret terapiform, der (i dette projekt) har til formål, at den unge lærer:

- At blive opmærksom på negative automatiske tanker i problemsituationer
- At blive opmærksom på forbindelsen mellem tanker, følelser og adfærd
- At undersøge validiteten af de negative automatiske tanker
- At lære nye strategier for håndtering af risikosituationer

I kognitiv adfærdsterapi bliver en række konkrete redskaber anvendt i behandlingen, såsom kortlægning og håndtering af risikosituationer (coping), formulering af problemlister, afklaring af fordele og ulemper ved adfærden, udarbejdelse af kriseplaner med mere. Derudover spiller psykoedukation en stor rolle i kognitiv adfærdsterapi, ved for eksempel at informere den unge om, hvordan trang udvikler sig og aftager, hvordan forskellige rusmidler påvirker hjernen og humøret både under og efter den akutte rus med mere.

Samtaleteknisk anvendes blandt andet den sokratiske dialog og aktiv/empatisk lytning.

Kognitiv adfærdsterapi er en meget struktureret behandlingsform, hvor samtalen styres af behandleren. Det ses blandt andet ved, at der anvendes dagsorden for samtalen, der udarbejdes hjemmeopgaver baseret på de aktuelle problemer, der arbejdes på i samtalen, samt ved, at der laves en opsamling og evaluering i slutningen af hver samtale. Selvom terapiformen er meget struktureret og styret af behandleren, tager den udgangspunkt i den unges aktuelle problemer, ligesom den unge også involveres i de punkter, der kommer på dagsordenen.

De to behandlingsmetoder (motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi) er blevet anvendt i alle fire behandlingsspor i MP, mens varighed af behandlingsforløbet samt de strukturelle elementer er blevet anvendt på forskellig vis i de fire spor. Behandlingsmetoderne samt anvendelsen af de specifikke elementer er beskrevet mere detaljeret i manualen (Pedersen, Jones et al., 2019) og effektevalueringen (Pedersen, Pedersen et al., 2017).

*2b. Kontekstuelle faktorer:* Dette niveau henviser til den fysiske lokalitet, hvor interventionen bliver udført, og de personer, der udfører interventionen. I MP foregik næsten alle behandlingsaktiviteter på selve behandlingscentrene og blev udført af kommunale rusmiddelbehandlere. Enkelte kommuner har fremskudt

behandling, hvor samtaler er foregået på eksempelvis skoler for at være tilstede der, hvor de unge er. I de tilfælde har samtalerne stadig foregået i samtalerum. Nogle af de kontekstuelle faktorer bliver beskrevet yderligere i forbindelse med de interne og eksterne betingelser for behandlingscentrene. Se afsnittet i analysen "Kommunernes eksterne og interne betingelser".

*2.c. Strukturelle elementer:* Strukturelle elementer udgør specifikke, konkrete aktiviteter og fysiske produktioner, såsom samtaler og udarbejdelse af en kontrakt mellem behandleren og den unge.

Anvendelsen af strukturelle elementer bliver afdækket i logbøgerne, hvor behandlerne har skulle registrere hver eneste behandlingsaktivitet, blandt andet behandlingsamtaler, påmindelser, udlevering af gavekort, statusbreve, opfølgingsbehandling og udskrivning. Registreringerne i logbøgerne gør det muligt at følge de forskellige aktiviteter både for den enkelte unge og for hvert behandlingsspor. I MP har UngMap-screeningen været et vigtigt element, der både kan defineres som en aktivitet og en produktion. Her udgør tilbagemeldingen en aktivitet, mens UngMap-profilen udgør en produktion. Selve analysen af de strukturelle elementer er i afsnittet "Implementering af strukturelle elementer".

*2.d. Specifik interventionspraksis:*

Niveauet bliver afdækket ved hjælp af videomateriale. Under projektet har behandlerne optaget alle behandlingsamtaler i primærforløbet, samtale 1-12. Stikprøver af samtalerne er efterfølgende blevet analyseret af medarbejdere fra CRF ved hjælp af forskellige koderedskaber. Tilbage melding på UngMap (samtale 1) er blevet analyseret med henblik på at afdække, dels hvorvidt profilen er blevet anvendt som udgangspunkt for en målsætning for behandlingsforløbet, og dels om tilbagemeldingen og målsætningsarbejdet er foregået i et dialogisk samarbejde mellem behandleren og den unge. Derudover er anvendelsen af de specifikke metoder blevet analyseret ved hjælp af en revideret udgave af kodeværktøjet MD3 Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT-MP), der undersøger anvendelsen af elementer fra både den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi (DiClemente, Crouch et al., 2015). Udvælgelse af videoer, koderedskab, metode, validitet og resultater bliver beskrevet mere indgående i afsnittet om metode og data.

### *3. Implementeringsfidelitet*

Fidelitet henviser til, hvorvidt kernekomponenterne er blevet implementeret i overensstemmelse med kildens intentioner. Her undersøges det, i hvilken grad implementeringen følger den beskrevne praksis.

Begrebet er således anvendt løbende i analysen af implementeringen af de teoribaserede og strukturelle elementer. Der er ikke et særskilt afsnit, hvor implementeringsfideliteten analyseres. Den vil blive vurderet løbende i forhold til de forskellige dele af implementeringsanalysen med fokus på, i hvor høj grad behandlingscentrene har implementeret de teoribaserede og strukturelle elementer, samt hvorledes interventionspraksissen har fulgt intentionerne beskrevet i MP (kilden).

#### *4. Eksterne og interne betingelser*

Der er individuelle forskelle på de deltagende behandlingscentre og forvaltninger i de kommuner, de er placeret i, som kan have betydning for implementeringen af kernekomponenterne. Dette afsnit vil vise, hvilke muligheder og begrænsninger det har givet de enkelte behandlingssteder, som skal implementere MP. Her undersøges det, hvilke betingelser, der kan ses som en styrke eller en forhindring for implementeringen af de nye metoder.

Der skelnes mellem interne betingelser (såsom behandlingscentrenes størrelse, ressourcer, beliggenhed, behandler-flow, behandlernes uddannelse/erfaring/træning, ledelse, værdier/normer med mere) og eksterne betingelser (kommunale politikker, organisatorisk placering, tilgang af deltagere indenfor målgruppen, samarbejde med andre hjælpeorganisationer som psykiatri og uddannelsessystemet, hvilket pres der er på organisationen for at implementere de givne metoder fra politisk side eller fra andre organisationer/interessegrupper) (Damschroder, Aron et al., 2009; Damschroder & Hagedorn, 2011).

Niveauet bliver afdækket ved hjælp af to interviews med ledelsen på hvert af behandlingscentrene. Det første interview blev udført før projektstart, og det andet interview blev udført i anden halvdel af 2017, hvor den tætte monitorering af behandlingen i randomiseringsfasen var afsluttet, men mens implementeringen var i fastholdelsesfasen. Disse interviews er blevet analyseret med henblik på blandt andet at afdække faktorer, der hindrede den fulde implementering af metoden. Desuden har den løbende kontakt til behandlingscentrene givet et godt kendskab til de lokale betingelser.

#### *5. Træning/supervision i metoderne*

Der kan være mange forklaringer på succesfuld implementering af metoder og eventuel fravigelse fra metode/kernekomponenter. Et væsentligt element er, at behandlerne tror på og er engagerede i de metoder, de bliver trænet i, og her er uddannelse og træning i metodens kernekomponenter afgørende for en succesfuld implementering (Walters, Matson et al., 2005).

Dernæst har forskning vist, at en kompetenceudviklingsproces ikke kan anses som vellykket, før de involverede parter har demonstreret, at de har tilegnet sig de nødvendige kompetencer. Selvrapportering, hvor en behandler selv anfører, hvor meget og hvor godt vedkommende har tilegnet sig og anvender en bestemt metode, giver ofte et upræcist billede af behandlerens udvikling. For at kunne foretage en reel vurdering af behandlerens kompetencemæssige udvikling skal der helst være adgang til lyd eller videooptagelser af samtaler, som så kan danne baggrund for en objektiv vurdering af behandlerens praksis (Walters, Matson et al., 2005).

Uddannelsesforløbet blev varetaget af Eline Hyldager og Søren Søberg Hansen fra virksomheden Dobbeldt diagnose I/S, som begge er autoriserede psykologer og specialister i psykopatologi med erfaring i arbejdet med dobbeldt diagnosepatienter, samt uddannelse og supervision af personale, der arbejder inden for dette område. Dobbeldt diagnose I/S har varetaget alle uddannelses- og supervisionsopgaverne under MP's forløb.

Indledningsvist deltog alle behandlere i et 8 dages introduktionskursus, hvor de blev undervist i de terapeutiske metoder, som skulle anvendes i projektet: Den motiverende samtale, kognitiv adfærdsterapi, afdækning af forandringsparathed ved hjælp af forandringscirklen og anvendelsen af gavekort. Forud for undervisningsforløbene fik behandlerne tilsendt skriftligt materiale, der beskrev den teoretiske baggrund for og praktiske udførelse af de terapeutiske metoder. Selve undervisningen bestod af en gennemgang af metoderne koblet til praksiseksempler, samt øvelser, hvor behandlerne arbejdede praktisk med de forskellige elementer og metoder. En forsker fra CRF fulgte et uddannelsesforløb ved Dobbeldiagnose I/S for at sikre, at videoanalyserne til denne rapport fokuserede på at afdække de kompetencer, behandlerne var blevet undervist i.

Dobbeldiagnose I/S har derudover kørt to kortere introduktionsforløb på 4 dage for behandlere, der er trådt ind i MP på et senere tidspunkt. Introduktionskurserne blev fulgt op af 6 metodeseminarer, hvor alle behandlere deltog. Formålet med disse har været en yderligere opkvalificering af behandlernes metodemæssige kompetencer. Dagene har været afholdt som seminarer med 4 workshops, hvor deltagerne meldte sig til 2 seminarer hver. Emnerne på de enkelte seminarer blev udvalgt ud fra ønsker fra behandlerne, og emner, som Eline Hyldager og Søren Søberg Hansen vurderede, var relevante på baggrund af supervisionen.

Under hele MP har Dobbeldiagnose I/S varetaget metodesupervision af behandlerne med udgangspunkt i en udvalgt metodemæssig problemstilling, som behandlerne har stået i. For at sikre ensartethed har af Eline Hyldager og Søren Søberg Hansen skiftevist besøgt de deltagende kommuner. Kommunerne har fået supervision i alt 18 gange i "par", således at behandlere fra 2 kommuner fik supervision samtidig. Behandlerne havde hver især mulighed for at udvælge en videooptagelse af en samtale, som supervisionen kunne baseres på. Ud over metodesupervisionen udarbejdede af Eline Hyldager og Søren Søberg Hansen i løbet 2015 og 2016 en skriftlig evaluering til hver enkelt behandler, som var baseret på gennemgang af en række videooptagelser af samtaler. Videosupervisionens formål var at skærpe fokus på de mere individuelle punkter, som de enkelte behandlere kunne arbejde med i forhold til at forbedre deres metodemæssige kompetencer.

I opstartsfasen af projektet (de første 4 måneder) tilbød Dobbeldiagnose I/S desuden telefonsupervision i alt 12 gange a 3 timers varighed for at imødekomme akutte metodemæssige opstartsvanskeligheder, som behandlerne måtte have.

I starten af 2015 afholdt CRF to kurser i fortolkning af og tilbagemelding på UngMap. Disse kurser fokuserede på brugen af UngMap som et screeningsredskab med henblik på at anvende de risikofaktorer og ressourcer, som blev identificerede, i formuleringen af behandlingsplanen. Medarbejdere ved CRF har løbende afholdt kurser i fortolkning og tilbagemelding med nye behandlere. Derudover stillede Mads Uffe Pedersen sig til rådighed med telefonisk sparring på fortolkning af UngMap, og behandlerne har desuden løbende kunnet kontakte en CRF projektmedarbejder ved behov for sparring.

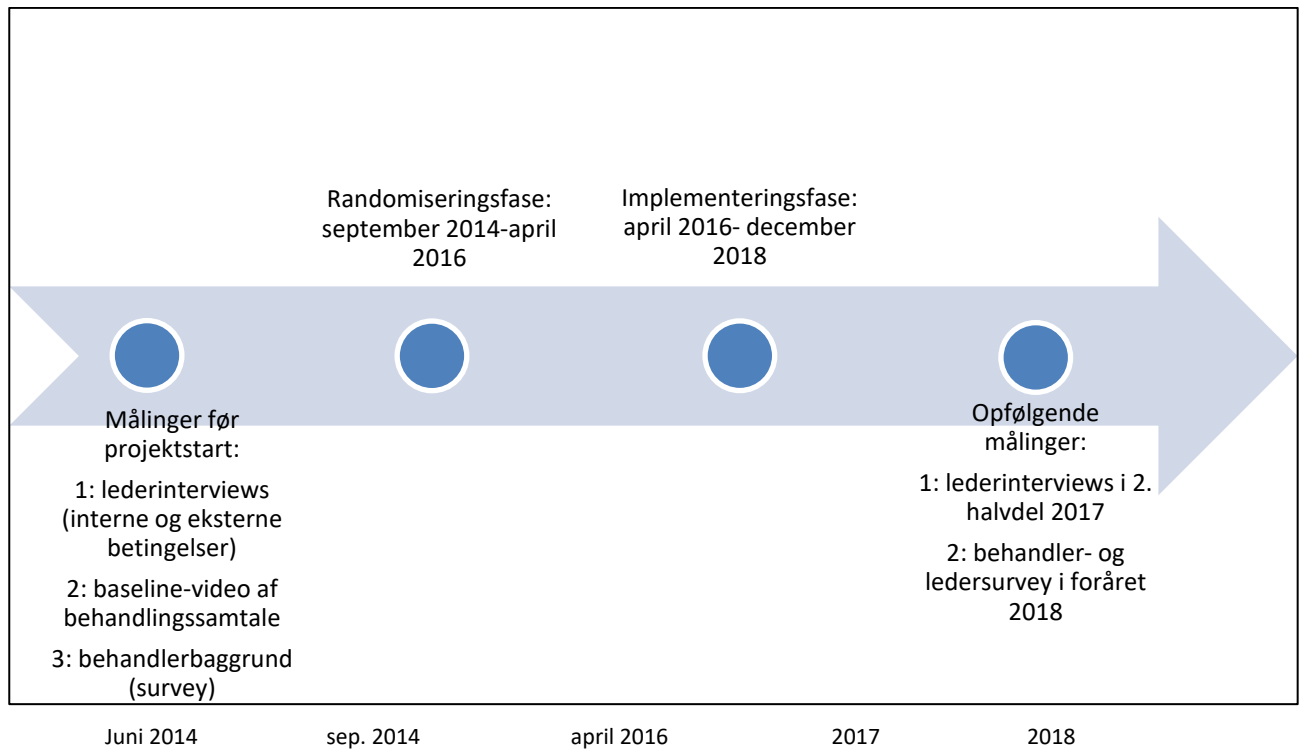


## 6. Måletidspunkter og implementeringsprocessen

Implementeringsfidelitet, træning i metoderne, samt de interne og eksterne betingelser er ikke nødvendigvis elementer, som kommer i en kronologisk rækkefølge i implementering af MP. Træningen i metoderne er ikke kun sket i uddannelsesforløbet i 2014, men er gennemført med løbende metodespecifikke supervisioner og opsamlende undervisningsgange med nye temaer. De interne og eksterne betingelser udøver ligeledes en kontinuerlig påvirkning af mulighederne for implementering, da nogle kommunerne eksempelvis har haft medarbejderskift eller været underlagt en kommunal omorganisering undervejs.

Samtidigt har MP haft forskellige faser for implementeringen sideløbende med forskellige målinger fra CRF. Projektperioden har således været opdelt i to faser: *randomiseringsfasen* (perioden 2014-2016) og *fastholdelsesfasen* (2016-2018). Det er unge, der blev indskrevet og fordelt til et behandlingsspor i randomiseringsfasen, der udgør det primære datagrundlag i analyserne både i effektrapporterne og denne implementeringsevaluering. Der indgår dog i slutningen af denne implementeringsevaluering logbogsmateriale vedrørende de unge, som blev indskrevet i løbet af fastholdelsesfasen. Dette skal hjælpe til en belysning af, hvorledes behandlingscentre arbejder med de strukturelle elementer og forankrer dem i hverdagen.

I begge faser har behandlerne registreret deres aktiviteter, men blev i randomiseringsfasen løbende monitoreret af medarbejdere på CRF, som sammen med behandleren havde mulighed for at gennemgå og følge op på, om der eksempelvis blev udleveret statusbreve, tilbudt ugentlige samtaler og givet gavekort. Denne form for forskningsmæssig monitorering vil også påvirke implementeringsfideliteten. Logbogen som redskab spiller i sig selv også ind på implementeringsfideliteten, for eksempel angiver behandlerne i logbogen, at de har opstillet en dagsorden ved 96% af samtalerne (se afsnittet "Dagsorden" under analysen af de strukturelle elementer). Idet spørgsmålet stilles ved hver registrering af en gennemført samtale, vil det i sig selv fungere som en påmindelse til behandlerne. I fastholdelsesfasen derimod blev behandlerne ikke længere monitoreret af CRF, og selvom Socialstyrelsen stillede krav til, hvilke kernekomponenter de deltagende kommuner som minimum skulle anvende i behandlingen, havde behandlingscentre større frihed til organiseringen af disse og kunne til- eller fravælge implementering af elementer, som Socialstyrelsen ikke stillede krav til. Desuden har behandlerne optaget hver samtale i primærbehandlingen i randomiseringsfasen. Samtalerne er en del af datamaterialet og har for nogle behandlere skabt et øget fokus på samtaleteknikkerne og for andre en øget ulyst til at have MP-samtaler (dette berøres også under afsnittet, Erfaringer fra implementeringsprocessen). Optagelserne påvirker således også implementeringsfidelitet.



**Figur 2: den faseopdelte implementering og dataindsamling**

Sideløbende med denne todeltede proces (randomiserings- og fastholdelsesfasen) har medarbejdere på CRF lavet to interviews med lederne, en gang før projektets start og et opfølgende interview i fastholdelsesfasen for at belyse kommunernes betingelser for og erfaringer med implementeringsprocessen og anvendelsen af MP. Ligeledes har behandlerne optaget en behandlingssamtale inden projektstart for at kunne undersøge, om behandlingsmetoderne og -elementerne blev anvendt før undervisning. Det gør det også muligt at undersøge, hvorvidt der er en forskel før og efter undervisning i forhold til anvendelsen af samtaleteknikker. Slutteligt har alle behandlere før projektets start udfyldt et spørgeskema om deres uddannelsesnivea, træning, anciennitet med videre, hvilket gør det muligt at belyse nogle af de interne betingelser hos kommunerne.

## Metode og data

### UngMap: et behandlings- og dokumentationsredskab

UngMap er et spørgeskema, som blev anvendt i det første møde mellem den unge og behandleren (samtale 0). UngMap indeholder 70-90 spørgsmål, der både afdækker baggrundsoplysninger og væsentlige aspekter i den unges liv, såsom alder, køn, indkomst, forbrug af illegale rusmidler og alkohol, fritidsinteresser, støtte/konflikt/stofbrug i netværk, psykiske problemer, traumatiske oplevelser, trivsel med flere. Formålet med spørgeskemaet er at identificere ressourcer og risikofaktorer, der kan anvendes som muligheder eller virke som barrierer i behandlingsforløbet.

Ved den efterfølgende samtale (samtale 1) blev UngMap-besvarelsen gennemgået med den unge med fokus på de forskellige ressourcer og barrierer, som UngMap havde identificeret. Det vigtige i forhold til denne tilbagemelding er, at den foregår som en dialog. Den unge sætter selv med behandlerens hjælp flere ord på de forskellige problemer og ressourcer og er selv med til at identificere det væsentlige i det videre arbejde med at nå målene for behandlingsforløbet (for en mere detaljeret beskrivelse af UngMap henvises til Effektevaluering, Pedersen 2017).

I evalueringen bliver UngMap-spørgsmålene desuden anvendt som et dokumentationsredskab og som baselinemåling for de unges udvikling, idet en tilpasset udgave af UngMap blev anvendt ved de opfølgingsinterviews udført af CRF med de unge. UngMap-skemaet fungerer dermed også som et redskab til at vurdere effekten af behandlingsforløbene (Pedersen, Pedersen et al., 2017).

I rapporten bliver behandlernes udførelse af UngMap-tilbagemeldingen beskrevet. Beskrivelsen er baseret på analyser af videooptagelser. En beskrivelse af kodeprocessen er i afsnittet "UngMap tilbagemelding", og resultaterne af analysen findes i afsnittet "Implementering af UngMap" i analysen af de strukturelle elementer.

### Logbog

Som en del af monitoreringen af behandlingsforløbene har behandlerne registreret alle strukturelle aktiviteter elektronisk i logbogen i programmet Survey Xact (Pedersen, Jones et al., 2019). Da aktiviteterne er planlagte og skal anvendes struktureret, for eksempel ugentlig samtale eller statusbreve hver fjerde uge, har det været muligt at minde behandlere om eventuelt glemte indtastninger og løbende monitorere behandlingsaktiviteterne. Det skal dog nævnes, at der kan være aktiviteter, som ikke er blevet registreret på trods af CRFs monitorering af registreringerne. Det betyder, at logbogen ikke nødvendigvis afspejler virkeligheden 1-1, og at aktiviteten godt have været gennemført, selvom der ikke har været en registrering (eksempelvis ved kontrakt og påmindelser). Analysen viser derfor et skøn, men overordnet set er datakvaliteten i logbogen høj, da behandlerne ved hver samtale er blevet bedt om at indtaste den unges besvarelse på TEM-spørgsmålene, som var en fast del ved hver behandlingssamtale.

Aktiviteter der skulle registreres i logbogen:

- Personlig samtale

- Telefonsamtale
- 6 måneders opfølgning
- SMS
- E-mails og breve
- Statusbrev
- Kontrakt
- Bestilling af gavekort
- Andet

*Personlig samtale* (alle behandlingsspor) er den mest omfattende registrering i logbogen. Her er det registreret fremmøde, aflysning eller udeblivelse, og behandleren angiver desuden, hvor lang tid vedkommende har brugt på forberedelse/efterarbejde, samt hvor lang tid samtalen har varet. Derudover om der blev udleveret gavekort, arbejdet med mål, hjemmearbejde, anvendelse af samtaleteknikkerne, og hvor vanskeligt arbejdet med metoderne var. Slutteligt blev der spurgt til behandlerens oplevelse af den unge, samt den unges angivelse af trivsel og forbrug den sidste uge (TEM).

*Telefonsamtale:* Denne registrering anvendtes enten ved opfølgningssamtaler, påmindelser (MK-opfølgning og MOVE) eller ved eventuel anden telefonisk kontakt. Ved opfølgende samtale efter primærforløbet spørges til arbejdet med målene, oplevelsen af den unge, samt den unges angivelse af trivsel og forbrug den sidste uge (TEM).

*6 måneders opfølgning* (MK ren og MK-gavekort): dette er en opfølgende statussamtale 6 måneder efter afslutning af primærforløbet for de spor, som ikke har opfølgende behandling med udfasende kontakt. Her spørges til, hvordan den unge har det, og det vurderes, om den unge har behov for yderligere tilbud.

*SMS og E-mail:* aktivitet i forbindelse med påmindelser forud for behandling (MK-opfølgning og MOVE). Der var også mulighed for at registrere, hvis en behandler havde kontaktet en ung pr brev.

*Statusbrev* (MK-opfølgning og MOVE): Her registrerede behandlerne den skriftlige status, som skulle sendes hver fjerde uge. Behandleren registrerer dette i logbogen efter afsendelse, samt angiver hvad tidsforbruget var.

*Kontrakt* (MK-opfølgning og MOVE): Kontrakten blev udarbejdet i samarbejde med den enkelte unge i løbet af de første par samtaler. Når den var færdiggjort, skulle behandlerne registrere i logbogen, at aktiviteten var fuldført, og hvor lang tid denne aktivitet samlet har taget.

Logbogsdata giver et godt billede af anvendelsen af de strukturelle elementer og i hvilket omfang, de er implementeret. Desuden har behandlerne indtastet arbejdet vedrørende de unges mål samt trivsel og forbrug (TEM) ved hver samtale, der gør det muligt at følge den enkeltes udvikling i løbet af samtaleforløbet (registreres under personlig samtale). Logbogsdata indgår hovedsagligt i analysen af de strukturelle elementer i afsnittet "Implementering af strukturelle elementer" og i den afsluttende analysedel vedrørende anvendelsen af de strukturelle elementer i fastholdelsesfasen.

## UngMap tilbagemelding

Projektleder ved CRF Mads Uffe Pedersen har løbende stillet sig til rådighed til at gennemgå profilerne med behandlerne telefonisk, inden de skulle give en tilbagemelding, og derudover deltog behandlerne i starten af 2015 i et kursus i tilbagemelding på UngMap. Vi har valgt at analysere videoer, der er optaget efter dette kursus, og derfor har skæringsdatoen i udvælgelsen af videoer været d. 1. april 2015.

Indledningsvist udarbejdede vi et kodningsinstrument, som skulle vurdere, a) hvorvidt behandleren gennemgik alle punkterne i profilen, b) om tilbagemeldingen blev brugt til målsætning og c) om tilbagemeldingen havde en dialogisk form; altså hvorvidt den unge blev inddraget og spurgt ind til de forskellige punkter, eller om tilbagemeldingen nærmere havde karakter af en opremsning af resultatet. Gennemgangen af punkterne blev vurderet ud fra en to-trins skala (gennemgås/gennemgås ikke), mens målformulering og dialog, som stillede højere krav til kvaliteten af behandlerens tilbagemelding, blev vurderet ud fra en 3-trins skala, som er uddybet i nedenstående tabel.

**Tabel 2: Kodeskema af UngMap-tilbagemeldingen**

	Noter	Mål	Ja/nej
Gives der feedback på UngMap. Hvis nej: 0. Der gives ikke tilbagemelding i samtale 1 eller 2 1. Samtale 2 findes ikke Hvis ja: adresseres?:			
i. forbrug af stoffer			
ii. Forbrug af alkohol			
iii. Psykiske problemer			
iv. Vennenetværk (herunder kæreste hvor relevant)			
v. Familie			
vi. Aktuel uddannelse, arbejde			
vii. Boligforhold samlivssituation			
viii. Traumer/stress			
Dialog: 0: Envejsdialog eller ingen tilbagemelding 1: Tilbagemeldingen er dialogisk, men emnerne diffuse, for problemorienteret eller den ene part er for styrende 2: Tilbagemeldingen er dialogisk og vægtningen mellem problemer og ressourcer er god			
Mål: 0: Der formuleres ingen mål i både samtale 1 og 2 1: Der formuleres mål, men de kobles ikke direkte til tilbagemeldingen eller målsnakken fylder for lidt eller målene formuleres af behandleren 2: Der formuleres mål i samarbejde og på baggrund af tilbagemeldingen			

Indledningsvist blev 10 videoer dobbeltkodet og gennemgået. De kodninger dannede grundlag for opbygningen af kodningsskemaet og kodeguiden. De forskellige områder og score blev i denne forbindelse præciseret, så der var enighed i kodningerne.

Til den endelige kodning udvalgte vi tilfældigt to videoer for hver behandler. Kodningen af tilbagemeldingen gik i gang, så snart tilbagemeldingen startede i samtalen. I alt er 79 videoer kodet, hvoraf 41 er dobbeltkodet.

## Anvendelse af samtaleteknikkerne og SBIRT-MP

Til analyse af samtaleteknikker i behandlingssamtalerne anvendte vi en tilpasset udgave af *MD3 Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment - coding scale* (MD3-SBIRT), som er udviklet af DiClemente, Crouch, Norwood, Delahanty og Welsh (2016). Den tilpassede udgave omtales SBIRT-MP. Analyseredskabet blev oprindeligt udviklet til at evaluere fideliteten af samtaler mellem læger og patienter, der fulgte Maryland's M.D.s Making a Difference (MD3) program, som har til formål at afdække eventuelle rusmiddelproblematikker og enten give en kort intervention eller henvise til et behandlingstilbud.

Som koderedskab indeholder MD3-SBIRT mange af de samme elementer, som bliver belyst i MP og har tidligere vist høj interrater reliabilitet (DiClemente et al. 2015). MD3-SBIRT giver mulighed for både at undersøge i, hvor høj grad behandlerne handler i overensstemmelse med det, som er intentionen i MP. Der er mulighed for at undersøge, hvorvidt behandlerne følger de terapeutiske metoder og eksempelvis anvender åbne spørgsmål, anvender refleksioner og følger den unges udsagn. Ligeledes kan adfærd, der ikke er i overensstemmelse med MP, belyses, såsom at udtale sig fordømmende, true med konsekvenser af den unges handlinger. Ligeledes er der globale scorere for behandlernes samarbejdsevne og grad af empati, hvilket er adapteret fra kodningsredskabet MITI, som er udviklet til at måle brugen af den motiverende samtale (Moyers, Martin et al., 2010).

For at integrere de dele af MP's behandlingsform, som ikke er repræsenteret i MD3-SBIRT, valgte vi at tilføje følgende delelementer til kodningen: *dagsorden, gennemgang af hjemmearbejde fra tidligere samtale og formulering af nyt hjemmearbejde*. Derudover ændrede vi på kriterierne for enkelte delelementer for at tilpasse dem til MP's tilgang. Disse delelementer var:

- *Gennemgang af forbrug og trivsel*, som i den oprindelige SBIRT omhandlede en afdækning af forbruget, men her blev kodet i forhold til selve arbejdet med trivsels og effektmonitoreringen (TEM).
- *Relevant information* som oprindeligt var begrænset til medicinsk information, og her blev en vurdering af behandlerens brug af informationer mere generelt og havde som krav til den højeste score, at behandleren spurgte den unge om lov først.
- *Respektfuld rådgivning* fik ligeledes som krav til den højeste score, at den unge spørges, før der gives råd.
- *Afslutning, opsummering og evaluering af samtalen*, var i det oprindelige kodningsskema en opfølgning eller henvisning til behandling, men i MP var det vigtigt at runde samtalen af med en grundig opsummering/evaluering, hvorfor også dette element blev udvidet (Se bilag, "Kodeguide SBIRT-MP").

Disse tilpasninger var baseret på den tilgang i MP, som behandlerne var blevet undervist i. Dobbelt diagnose I/S assisterede i denne proces ved at kommentere et udkast til kodningsskemaet og ved efterfølgende at validere, at det færdige redskab målte de kompetencer, som behandlerne var blevet undervist i.

Træning i kodning med de forskellige instrumenter foregik over en periode, inden den egentlige kodning gik i gang. Her blev træningsvideoer dobbeltkodet, hvorefter kriterierne for de forskellige delelementer blev diskuteret. Derudover analyserede de tre *kodere* (de personer, der udførte kodningsarbejdet) transskriberede uddrag fra samtaler og gennemgik de forskellige delelementer og kodninger. I efteråret 2016 deltog koderne i et Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4 (MITI-4) kursus, idet dele af MITI og den motiverende samtale indgår i såvel MD3-SBIRT som SBIRT-MP. MITI-4 retter sig mod en vurdering af, hvorvidt elementer fra den motiverende samtale anvendes i samtalen.

## Videosample og udvælgelse

Behandlerne videofilmede alle de behandlingssamtaler, de havde med unge, der blev randomiseret i projektperioden 2014-2016. Kameraet var rettet mod behandleren, mens den unge var uden for billedet for at sikre hans eller hendes anonymitet. Videoerne er blevet opbevaret forsvarligt på lukkede netværksdrev med backup på krypterede harddisks. Både behandlerne og de unge er anonymiseret i analyserne.

De medarbejdere, der har stået for kodningerne, har været involveret i projektet fra start og har hver været kontaktperson for tre af de deltagende kommuner. Alle samtaler blev fordelt af en medarbejder fra CRF, der ikke var involveret i kodningsarbejdet. Fordelingen blev udført på en måde, så koderne ikke skulle analysere videoer fra en af deres kontaktkommuner for at undgå, at personlige relationer skulle påvirke kodningerne.

Analysen er baseret på videooptagelser fra tre tidspunkter i behandlerens erfaringsforløb. Den første videooptagelse, der indgår i analysen, blev optaget ved baseline (før undervisning og projektstart). Den anden video er udvalgt efter, behandleren har haft minimum 15 samtaler (første bølge SBIRT-MP), og den sidste video er udvalgt efter, behandleren har haft minimum 30 samtaler (anden bølge SBIRT-MP).

## Baseline, SBIRT-MP

Baselinevideoerne blev optaget umiddelbart inden projektstart og før undervisning i juni 2014. Alle behandlerne udvalgte frit en samtale med en ung, som de havde i behandling. Videoerne blev fordelt manuelt mellem de tre koderne, og hver femte video blev dobbeltkodet for at sikre enighed. Det var ukendt for koderne, hvilke videoer der blev dobbeltkodet.

Der blev i denne baseline bølge kodet 33 videoer, hvoraf 5 er dobbeltkodet. Seks behandlere havde ikke optaget en baseline video og indgår derfor ikke. I projektperioden er der kommet behandlere til, som ikke har optaget en baseline video, fordi det har været et vigtigere hensyn at have en behandler til at varetage pågældende behandlingsspor end at skulle arrangere en optagelse med en vilkårlig ung, før arbejdet kunne påbegynde.

## Første bølge, SBIRT-MP

Første bølge repræsenterer den tidligste stikprøve i projektperioden. Der blev udvalgt en video per behandler inden for den samme erfaringsmæssige periode for behandlerne. Det vil sige, at der blev opstillet en samtalerække for hver behandler, hvorfra der udvalgte en video i spændet mellem behandlerens samtale 15-25. Denne udvælgelsesprocedure blev valgt fremfor for eksempel at analysere videoer fra en særlig måned i løbet af projektet, fordi behandlerne af forskellige årsager har haft et meget varierende antal samtaler i projektperioden (på grund af for eksempel barsel, flytning, udeblivelser, varierende antal deltagende unge i ungecenteret, etc.). Så vidt muligt anvendtes samtale 3 med en vilkårlig ung for at sikre, at der har været mulighed for at etablere en behandlingsalliance, at UngMap tilbagemeldingen var blevet gennemgået i samtale 1 eller 2 og for at sikre et repræsentativt udsnit af de unge i samplet, da flere droppede ud undervejs i behandlingsforløbet. Havde vi eksempelvis kun beskæftiget os med unge, der var fortsat til samtale 8, ville vi have haft en stor overrepræsentation af de succesfulde forløb. Ved at vælge den unges samtale 3 øges sandsynligheden for også at analysere samtaler med unge, der har en større grad af problemer, end hvis vi kun udvalgte samtaler med de unge, som havde gennemført behandlingen.

42 videoer blev kodet i denne første bølge. I alt blev 20 videoer dobbeltkodet for at beregne interbedømmer-pålideligheden (reliabiliteten), altså om kodningerne blev udført med en tilfredsstillende grad af ensartethed på tværs af kodere.

## Anden bølge, SBIRT-MP

I anden bølge blev en video per behandler i spændet mellem den enkelte beholders samtale 30-40 udvalgt. Så vidt muligt benyttes igen samtale 3 med en vilkårlig ung for at sikre, at der har været mulighed for at etablere en behandlingsalliance, og at flere af de unge, der dropper ud undervejs i behandlingsforløbet, er en del af samplet. At der ikke er udvalgt et sample blandt eksempelvis behandlerens samtale 90-100 eller højere, eller slut projektfase, har at gøre med den meget store variation i antal samlede samtaler per behandler og et ønske om at inkludere så mange behandlere som muligt i samplet.

På dette tidspunkt blev en fjerde koder, som var uddannet psykolog og PhD med erfaring inden for kognitiv terapi og rusmiddelforskning, trænet i analysearbejdet. Den fjerde koder analyserede tyve af videoerne, mens de resterende blev fordelt mellem de tre oprindelige kodere. Derudover blev ni videoer udvalgt til dobbeltkodning. Det var på kodningstidspunktet ukendt for koderne, hvilke videoer der blev dobbeltkodet.

34 videoer blev kodet i denne bølge, og ud af disse blev 8 dobbeltkodet. Da der var stor forskel på det samlede antal samtaler, de enkelte behandlere havde haft, var der behandlere, der ikke har haft samtaler nok til at indgå i denne analyse.



## Overensstemmelse mellem dobbeltkodningerne (interbedømmer reliabilitet)

Ved hver runde af kodninger (både af UngMap og SBIRT-MP) blev Cronbach's alfa beregnet som et mål for, hvorvidt der var intern enighed i forhold til kodningen af de forskellige delementer mellem de personer, der kodede videoerne. Interbedømmer-reliabiliteten blev udregnet ved hjælp af Intraclass correlation coefficient (ICC) (Faraway, 2006).

ICC måler graden af variation mellem de kodede resultater, således, at jo mere variationen mellem kodninger er tilfældig, des mere vil ICC nærme sig 0,00. Det vil ske, hvis kodningerne er meget forskelligt alt efter, hvem der har kodet samtalen. Men jo mere den samme session, kodet af to forskellige kodere, får den samme score, des mere vil værdien af ICC nærme sig 1,00. (Faraway, 2006). Med andre ord måles overensstemmelse eller enighed i mellem de personer, der kodede videoerne for at validere kodningerne. Interbedømmer-reliabiliteten opdeles ud fra, hvor god overensstemmelse der er mellem dobbeltkodningerne.

Værdierne i Tabel 3 kan anvendes som en tommelfingerregel for, hvor meget kodningerne er i overensstemmelse. Nedenstående tabel viser, hvorledes ICC-værdierne indenfor intervallet 0,5 - 0,75 repræsenterer en moderat grad af enighed mellem koderne, mens 0,75 – 0,9 er en god enighed og alt over 0,90 er excellent (Koo & Li, 2016):

**Tabel 3: ICC og graden af overensstemmelse**

Statistic Strength of Agreement	
< 0.5	Poor
0.5 to 0.75	Moderate
0.75 to 0.9	Good
0.9 to 1.00	Excellent

### ICC for UngMap-kodningerne

Analysen af kodningsredskabet for UngMap viser, at skalaen har en høj pålidelighed med en  $\alpha = 0.86$  (se Tabel 3), og en interbedømmer-reliabilitet på  $ICC = 0.89$ , som viser en høj grad af enighed koderne i mellem. Det vil sige, at dobbeltkodningerne er overensstemmende og kodningsskemaet et validt redskab.

**Tabel 4: interbedømmer-reliabilitet på UngMap-kodningerne**

	Procent	Cohen's $\kappa$	Procentvis overensstemmelse
Illegale stoffer	78%	0.8661	95%
Alkohol	48%	0.9486	97%
Psykisk helbred	75%	0.8556	95%
Venner/netværk	83%	0.6139	90%
Familie	88%	0.8943	97%
Skole/job	73%	0.8738	95%
Boligforhold samlivssituation	60%	0.7886	90%
Trauma/stress	73%	0.8561	95%
	middelværdi (standard afvigelse)		
Antal emner dækket i tilbagemeldingen	5.75(2.20)	0.8436 <sup>1</sup>	95%
Dialog	1.43(0.75)	0.6863 <sup>2</sup>	88%
Mål	1.05(0.64)	0.6947 <sup>3</sup>	90%

1, 2 og 3: Weighted  $\kappa$

### ICC for SBIRT-MP-kodningerne

ICC-analysen af SBIRT-MP-kodningerne og de tre bølger viser en intern enighed mellem koderne, som var 0.80 ved baseline-videoerne, 0.78 ved den første bølge og 0.72 ved den anden bølge. Nedenstående tabel viser ICC for mål, der beskriver positiv behandleradfærd. Dette er kodninger, der henviser til behandlerens efterlevelse af metoderne og anvender sig af de forskellige samtaleteknikker, herunder hvis de stiller åbne spørgsmål, spørger om lov, før de giver råd eller anvender refleksioner i samtalen.

Derudover viser tabellen mål for negativ behandleradfærd, som henviser til, når behandleren agerer i modstrid til samtaleteknikker og gør det modsatte af det, der er intentionen. Dette kan være, når en behandler udtaler sig fordømmende, er belærende eller truer med konsekvenser af den unges handlinger.

Tabellens nederste del viser den samlede score, hvor de to (positiv og negativ behandleradfærd) sammenholdes, samt til slut for de globale scores for graden af samarbejde og empati.

**Tabel 5: interbedømmer-reliabilitet på SBIRT-MP-kodningerne**

	ICC	95 % CI	P
Positiv behandleradfærd	0,66	0.43-0.84	p <0.001
Negativ behandleradfærd	0,73	0.54-0.88	p <0.001
Den totale score	0,76	0.58-0.88	p <0.001
Samarbejde (global score)	0,54	0.28-0.78	p <0.001
Empati (global score)	0,69	0.47- 0.85	p <0.001

Med en interbedømmer reliabiliteten på 0,76 for den totale score, 0,66 for positiv behandleradfærd, og 0,73 for negativ behandleradfærd, er der en betragtelig overensstemmelse mellem kodningerne. For de to globale scores (samarbejde og empati) var reliabiliteten 0,54 for samarbejde og en reliabilitet på 0,69 for empati, hvilket er en moderat reliabilitet.

Ovenstående analyser af kodningsarbejdet af UngMap-tilbagemeldinger samt SBIRT-MP viser således, at der er etableret en vis grad af enighed mellem koderne, og at resultaterne ikke blot er et udtryk for rene tilfældigheder. Samtidig er det en validering af kodeskemaerne til UngMap-tilbagemeldinger samt SBIRT-MP. Det betyder også, at vi kan påbegynde analyser af de forskellige koder og koble resultaterne med analyser af de unges udvikling, eksempelvis i forhold til brug af rusmidler, som bliver behandlet i selve implementeringsanalysen i denne rapport.

### Lederinterviews: betingelser for at implementere kernekomponenterne

Før projektets start i forsommeren 2014 gennemførte CRF interviews med center-, projekt- og afdelingsledere eller andre nøglepersoner i de ni kommuner, som skulle deltage i MP. Derudover blev der foretaget interviews i selve fastholdelsesfasen i 2017, efter alle randomiserede forløb var afsluttet. Formålet med første interview var at undersøge centrenes behandlings- og registreringspraksis, størrelse, tilgang af unge og brug af metoder/supervision med mere for at afdække de lokale betingelser dels 1) som udgangspunkt for den forestående implementering af en ny behandlingsmodel (for eksempel organisation, politisk opbakning, andre behandlingstilbud, hvor mange lokationer), 2) som information til os i forhold til den praksis/det sted, som vi skulle samarbejde med i randomiseringsfasen (behandlers baggrund, uddannelses- og supervisionspraksis) og 3) for at undersøge, hvilke informationer vi ville kunne sammenligne projektets resultater med (for eksempel om pågældende behandlingssted havde registreret alle indskrevne unge i SMDB).

Formålet med det andet interview var at undersøge, hvordan selve arbejdet med behandlingsmodellen havde været og at afdække udfordringer, barrierer og gevinster ved dels implementeringen og dels den strukturerede måde at arbejde på, som programmet krævede af behandlerne og behandlingsstedet. Her var det således vigtigt at tale med et ledelsesniveau, som også var tæt på praksis. Formålet har været dels at få nuancer med i forhold til barrierer for implementering og det, der har været vellykket og fordrende herfor i forhold til anbefalinger til videre udbredelse. Det har været vigtigt at få de lokale erfaringer med

implementeringsprocessen med, da der er meget læring i projektet, som nye kommuner og andre projekter også kan have gavn af.

Nedenfor er listet en opdeling mellem eksterne og interne betingelser for at eksemplificere betingelser, der kan spille ind på lokale implementeringsprocesser. Det kan således være i større eller mindre grad i de enkelte kommuner, og det er forskelligt, hvordan betingelserne kommer til udtryk de enkelte steder.

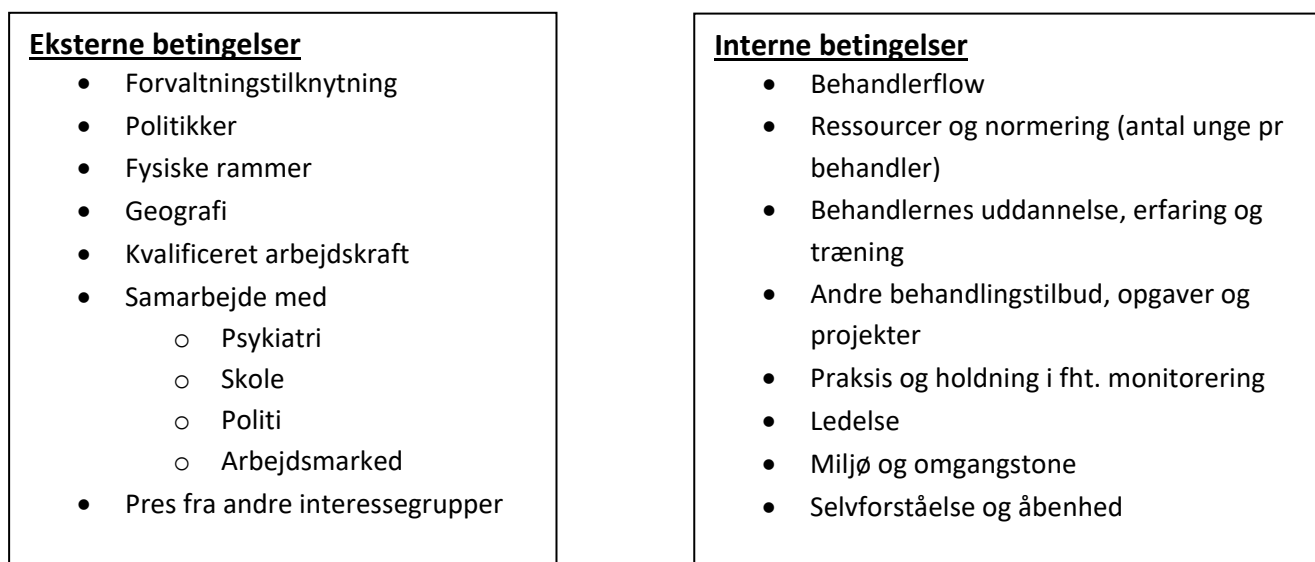


Fig. 3 Eksempler på interne og eksterne betingelser

Interviewene blev optaget og efterfølgende kodet. Første interviewrunde blev kodet i forhold til de deskriptive temaer, som figurerer i ovenstående tabel (analyseafsnittet "kommunernes interne og eksterne betingelser"). Den opfølgende interviewdel, gennemført i 2017, blev transskriberet og kodet ud fra kategorier, som er identificeret i gennemlæsning af interviewene:

- 1) Frustrationsfase/besværlig opstart
- 2) Implementering og fastholdelse af metoder
- 3) Manualbaseret behandling kontra mere ustruktureret behandlingstilgang
- 4) Oplevelser med elementerne/strukturene
- 5) Projektplanlægning
- 6) Interne/eksterne betingelser

Denne del indgår løbende i analysen både i forhold til implementeringen af kerneelementer, erfaringerne med implementeringen af MP samt selve fastholdelsen af kerneelementerne i den afsluttende del af MP.

## Behandlersurvey 2014 og Survey2018

CRF gennemførte før projektstart en elektronisk spørgeskemaundersøgelse, hvor alle de involverede behandlere skulle oplyse, hvilken faglige grunduddannelse de havde, hvilke terapeutiske/rådgivende metoder de anvendte, hvilke metoder de var trænet i, hvor intensiv denne træning havde været og engagement i metoderne med mere (se bilag 3). Spørgeskemaet blev rundsendt til alle behandlere ved projektstart og indsamlet i Survey Xact. Den primære dataindsamling foregik i perioden juni-september 2014. Nye behandlere, som kom ind i projektet senere i forløbet på grund af udskiftning i behandlergruppen, udfyldte ligeledes skemaet.

Oplysningerne om behandlernes forudsætninger, før de påbegyndte i projektet, anvendes i analysen omkring de interne betingelser og kan belyse eventuelle forskelle mellem kommunerne i behandlernes uddannelsesgrad, anciennitet eller lignende.

Derudover udsendte CRF i februar 2018 et spørgeskema til henholdsvis ledere og behandlere i projektkommunerne, hvor de skulle angive, hvor anvendelige og brugbare de terapeutiske og strukturelle elementer i MP havde været i behandlingen af de unge. Derudover skulle de svare på spørgsmål omkring projektets overordnede betydning i forhold til, om organisationen havde fået en fælles referenceramme, om der var sket en behandlingsmæssig opgradering, hvordan selve måden at starte et sådant projekt passede ind i organisationen og i hvilken udtrækning de havde oplevet en ændring i praksis. Afslutningsvist blev både behandlere og ledere stillet en række spørgsmål til den nuværende praksis og fastholdelse af det implementerede både i forhold til de strukturelle elementer, såsom kontrakt, gavekort og opfølgingsbehandling, og i forhold til implementeringsredskaber, såsom videobaseret supervision og projektmøder.

Disse to surveys med behandlere og ledere fra 2018 vil løbende blive brugt i afsnittene, som opridser kommunernes erfaringer med såvel de teoribaserede elementer som de strukturelle elementer, og i den afsluttende analyse af, hvordan behandlingscentre i dag fastholder elementerne fra MP ("Fastholdelse: hvordan går det i dag?").

## SMDB-DATA

Kommunernes indberetninger til Stofmisbrugsdatabasen (SMDB) anvendes i en analyse af de interne betingelser hos de involverede kommuner, og vil inkludere målgrupper indskrevet i løbet af projektperioden 2014-2016 i de forskellige kommuner, herunder hvilket hovedstof borgerne indskrives i misbrugsbehandling for. Dette vil blive brugt som et delelement til at analysere, hvilke forudsætninger og betingelser de enkelte behandlingscentre havde for at implementere MP.

## Implementeringsanalyse

MP er et samarbejde mellem praksis og forskning i forsøget på at skabe forandringer for unge og udvikle fagligheden for behandlere. I samarbejdet mellem forskning og praksis er der tale om forandring på flere niveauer lige fra at udvikle de ansattes kompetencer, til tjeneste- og organisationsudvikling, samt udvikling af faget (Støkken, 2014).

Det er en stor udfordring at implementere en hel behandlingsmodel som MP. Implementeringen stiller krav til ny praksis, nye samarbejdsformer, måder at strukturere behandlingen på, og nogle behandlere vil være nødt til at ændre behandlingsstil så markant, at det i en periode kan føles unaturligt og måske endda umuligt. Samtidigt adskiller de forskellige kommuner sig fra hinanden i forhold til størrelse, udbud af forskellige tilbud, organisationsstruktur, erfaring med at køre projekter med videre. Dermed er afsættet for at implementere MP forskelligt for de enkelte behandlingscentre. Disse forskelle er blandt andet belyst i afsnittet vedrørende de forskellige interne og eksterne betingelser, der gjorde sig gældende ved opstarts-interviewet i 2014.

I det følgende vil de involverede behandlingscentres oplevelser af implementeringsprocessen, og hvordan det har påvirket praksis at arbejde mere struktureret blive nærmere belyst. Analysen er opdelt med inspiration fra Fixsens analysemodel, der blev introduceret tidligere, og i det følgende vil analysen gennemgå de enkelte dele i modellen punkt for punkt:

- 1: Kilden og hvordan den blev modtaget
- 2: Implementering af kernekomponenter
  - 2a: Teoribaserede elementer (motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi)
  - 2b: Kontekstuelle elementer (behandles under interne betingelser)
  - 2c: Strukturelle elementer (blandt andet UngMap, 12 ugentlige samtaler, brugen af TEM og gavekort)
- 3: Implementeringsfideliteten med erfaringer fra implementeringsprocessen
- 4: Interne/eksterne betingelser for implementeringen
- 5: Erfaringerne med træning og supervision i metoderne (kerneelementerne)
- 6: Fastholdelse af det implementerede.

Analysen tager afsæt i de forskellige datakilder, som blev præsenteret i afsnittet *Metode og data*. De to surveys, som blev gennemført i februar 2018, hvor behandlere og ledere deltog, vil blive brugt til at belyse det retrospektive syn på og brugen af de forskellige elementer, og vil således løbende blive inddraget og være en del af hele analysen. Interviewene med lederne og andre nøglepersoner i ledelsen vil ligeledes blive anvendt til at belyse de erfaringer, som behandlingscentrene har gjort sig i løbet af projektperioden. Her vil citater fra de interviews, der blev gennemført i fastholdelsesfasen i sommeren 2017 primært blive præsenteret. De interviews, som blev gennemført inden projektstart i sommeren 2014, vil blive brugt til at belyse de interne og eksterne betingelser.

Dernæst vil videooptagelserne af behandlingssamtalerne og kodningen heraf blive brugt til at analysere implementeringen af den motiverende samtale og den kognitive adfærdsterapi (de teoribaserede elementer) samt implementeringen af UngMap som screenings- og feedbackredskab. Behandlernes

logbogsregistreringer, samt opfølgingsinterviewene med de unge vil derudover også blive brugt i analysen af de strukturelle elementer.

I første del vil "kilden" MP, som skulle implementeres i behandlingscentre og behandlingscentrenes overordnede syn på MP i starten af projektperioden, belyses. Her vil erfaringsopsamlingen fra lederinterviewene og de to surveys med ledere og behandlere udgøre datagrundlaget.

## Synet på Metodeprogrammet blandt ledere og behandlere

Med MP introduceres en defineret overordnet ramme og tidsmæssigt perspektiv for behandlingsforløbet. Derudover introduceres en fast ramme for de enkelte samtaler, som benytter en fast dagsorden, samt bestemte strukturelle elementer og terapeutiske metoder i henhold til manual. MP er et indspark i en behandlingsverden, som ofte ikke arbejder med så definerede rammer. Enkelte af de centre, som deltog i MP, udførte i forvejen en ret struktureret behandling, mens det på andre centre var meget forskelligt, hvilken behandling de unge modtog, alt efter den enkelte behandlers terapeutiske tilgang. Intensiteten af behandlingen varierede også forud for MP. Således blev unge i nogle kommuner tilbudt samtaler hver 14. dag, mens andre kommuner kunne tilbyde flere ugentlige samtaler ved behov. Som den tidligere effektevalueringen (Pedersen, Pedersen et al., 2017) viste, var der forud for MP til tider meget langstrakte forløb, uden at der nødvendigvis blev afholdt særlig mange samtaler. Implementeringen af MP betød således ret store forandringer i tilgangen til behandling på samtlige behandlingscentre, enten i form af nye terapeutiske metoder, en øget grad af struktur og/eller en ændret intensitet i behandlingstilbuddet.

## Synet på de strukturerede og manualbaserede behandlingsamtaler og -forløb

MP startede i en tid, hvor flere af centrene allerede havde foretaget ændringer mod mere afgrænsede og strukturerede tiltag:

*"Nu var vi i gang med den bevægelse fra noget løst, hvor vi havde de unge i behandling i rigtig lang tid, og der skete sgu ikke rigtig noget. Den var vi i gang med at ændre på blandt andet med hashgruppe, hvor vi sagde, at vi skal have dem hurtigere ud herfra. De skal ud og i gang med livet. De skal ikke hænge fast her og bilde sig selv og andre ind, at de er i behandling, hvor vi bare klapper dem på hovedet og siger "det var godt, du kunne komme i dag". Så på den måde har det tydeliggjort og gjort det nemmere for os at fastholde den målsætning, og også at melde den ud til vores samarbejdspartnere og til vores ledelse, og hvad det nu kan være. Vi ville gerne arbejde mere struktureret, vi ville gerne arbejde med kortere varighed"*

MP har således for en del centre understøttet en ny måde at tænke behandling på og styrket tiltag, som allerede var ved at blive iværksat. Ved at understøtte den meget strukturerede behandlingsform med tilhørende tydelige teoretiske kerneelementer har oplevelsen ved projektets start været, at det gav en sikkerhed og tryghed for behandlerne at arbejde på denne måde sammen med unge i behandling:

*"Der er to dele i det, tænker jeg – der er metodestringensen, men der er også noget struktur, som de [behandlerne] oplever giver godt og som giver en god ramme for behandlingen og*

*giver en tryghed i, at det er det her, jeg gør, når jeg behandler, og det, ved jeg, har en kvalitet og effekt, som faktisk virker. Jeg tror, det giver tryghed også, at der er en ramme og en struktur. For når man står med meget komplekse sager, så kan man godt som behandler blive ramt af tvivl, om "gør jeg egentlig det rigtige? Rykker det overhovedet noget? Men her er der et helt set-up omkring det, der siger, at det her en god måde at gøre tingene på"*

En projektleder fra en anden kommune tilføjer, at netop trygheden i strukturerne var med til at fastholde behandlerne i at gøre det, de siger, de gør, og en oplevelse af, at de blev fagligt rustet:

*"Vi har været tvunget til hele tiden at tale om, hvordan indretter vi os rent praktisk og metodisk, hvordan arbejder vi med det her, og hvordan præsenterer vi det til de unge, så det [MP] bliver meget mere gennemarbejdet. Så på den måde er der blevet en meget større bevidsthed om, hvad er det, vi gør, og hvordan gør vi det, og hvordan holder vi fast i det"*

Det har imidlertid været vigtigt for nogle af behandlingscentrene i implementering af MP at tage højde for en skepsis over for de meget strukturerede samtaler og forløb. Strukturen må altså ikke blive ufleksibel og rigid, der skal være mulighed for at bryde strukturen, også for at den unge kan bringe nyt til dagsordenen:

*"Der er delte meninger her, og det er diskussioner, vi har taget, men vi kan bare se, at de unge, de kommer, når det er struktureret, og der er en proces, der er fortløbende. Det er ikke, fordi vi ikke tager de andre ting, de bliver bare ikke hovedelementet i et behandlingsforløb. Vi snakker os lige lidt ind på hinanden, og så går vi i gang. Der bliver brugt meget mere tavle nu, og det er dagsordenen, og så er den forhandlet på plads, og så kører vi. Så kan der være samtaler, hvor den unge kommer med nogle ting, der gør, at dagsordenen bliver ryddet, men sådan er det jo i alle livets sammenhænge, at der kan opstå noget, der trumfer"*

Den indledningsvise skepsis overfor MP's strukturerede tilgang var især relateret til, om den kunne forstyrre dannelsen af en relation mellem behandleren og den unge. Senere i projektperioden møder de involverede behandlere og ledere lignende holdninger blandt kollegaer, der ikke er tilknyttet MP og ude hos andre behandlingssteder:

*"det er en udfordring i forhold til nogens tanke om, hvad der er vigtigt i stofmisbrugsbehandling, alt det omkring relations-snakken. [...] Men det synes jeg jo kun er fantastisk som faglig leder af det, at her kan man sige, "det er fint nok". Det er jo ikke sådan, at de mennesker, der sidder her i MP, er ufølsomme kolde mennesker. De er jo også i stand til at danne en relation"*

Som lederen nævner, er relationen stadig en vigtig prioritet. Det at sætte en dagsorden og en struktur for behandling kan sagtens gå hånd i hånd med en empatisk, samarbejdende, undersøgende og dialogisk tilgang til de unge, hvor det at skabe en god relation prioriteres i mødet med de unge. Det ligger også i de terapeutiske metoder (motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi), at de unge i høj grad har mulighed for at præge samtalens retning. Således sættes dagsordenen for samtalen altid i et samarbejde mellem behandler og den unge. Derudover skal behandleren følge op på, hvis der er særlige bekymringer eller problemer, der ligger uden for dagens tema eller dagsorden, men som fylder for den unge.



En behandler fortæller på konferencen for MP i november 2017, hvordan hun i starten af projektperioden så på de strukturelle elementer med modstand. Hun følte ikke behov for at ændre praksis, fordi det centrale i behandlingsarbejdet lå i relationen til den unge. Hun oplevede de strukturelle elementer som en spændetrøje, men hun forsøgte at møde metoderne med et åbent sind og med tiden ændrede hendes perspektiv sig:

*”Spændetrøjen er blevet til meget mere frihed, til langt mere faglighed og meget mindre brandslukning (...) De unge havde ikke brug for al den tid til udenomssnak, som jeg havde. De føler sig godt mødt og det er et godt udgangspunkt for behandlingen, at den er meget mere målrettet” (8. november 2017, konference i Kolding)*

Oplevelsen er her, at der er mere plads til faglighed, fordi strukturerne skaber nogle rammer, der gør behandlingen mere fokuseret. Synet på behandlingsmetoderne er generelt positivt, når behandlerne spørges. Således oplever 85% af behandlerne, at den behandlingsmetode, som de fik tildelt, var anvendelig i behandlingen af de unge (behandlerne blev tilfældig fordelt på de fire behandlingsspor via en lodtrækning).

**Tabel 6: I hvilken grad oplevede du generelt, at det behandlingsspor, du fik tildelt, var anvendelig i behandlingen af de unge?**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
Behandlere, n= 33	0	0	15%	55%	30%	0

I flere interviews med lederne på behandlingscentrene bliver det ligeledes tydeligt, at behandlingsindsatsen er blevet mere fokuseret, da brugen af rusmidler, samt ressourcer og barrierer, som kan have betydning for arbejdet med rusmiddelbruget, er kommet mere i fokus i behandlingen. Således sker der en selektion i forhold til aspekter, som er relevante at holde fokus på i samtalerne:

*”Der er mere struktur omkring, at vi laver misbrugsbehandling. De elementer, som vi så tager med ind, som ikke er decideret misbrug, skal være ting, som relaterer sig til misbrug, det kan være barrierer for at fastholde en reduktion, så går vi selvfølgelig ind og arbejder med det, men så har det et klart formål. Det er en mere tydelig misbrugsbehandlingsprofil”*

Behandlingsstedets profil er således blevet tydeligere, og afdelingslederen fortæller, at det har gjort de ansatte mere fokuseret på deres kerneopgave og gjort det lettere at kommunikere tilbuddet til samarbejdspartnere.

### *Er MP for alle?*

MP bliver mødt med en velvilje fra de deltagende behandlingscentre i forhold til at arbejde mere struktureret og fokuseret. Da processen med at implementere MP begyndte i efteråret 2014, fandt nogle af behandlingscentrene, at det ligeledes havde nogle konsekvenser. For med et stort fokus på, at der skulle anvendes definerede terapeutiske elementer som motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi, betød det samtidig, at andre terapeutiske samtalemeter ikke kunne inkluderes i denne sammenhæng, og i

nogle centre blev dette metodevalg den generelle linje. Behandlere, der arbejdede efter andre metoder, var således nødt til at tilpasse sig denne model:

*"Det har haft en stor betydning, for nu har vi jo faktisk nogen, der er eksperter. Vi har også nogen, der kan trække læsset for de øvrige, som ikke er en del af projektet og for nye, der kommer. Jeg synes, at det har været en hjælp også for mig som leder at sige 'det er sådan, det er, og vi har forpligtet os til, at vi vil'. På den måde passer det bare rigtigt godt sammen, og der er ikke nogen af behandlerne, som har haft lyst til at gøre noget andet. De har faktisk været meget tro mod det her [...] vi kan godt have sagt farvel til nogen hen ad vejen, som hellere vil arbejde mere psykodynamisk eller sådan nogle ting, og der må vi sige "så er det bare ikke her, du bliver glad for at være". Det her er bare med til at understøtte den fælles platform"*

En klar behandlingsmodel kan således også gøre, at nogle medarbejdere ikke kan finde sig til rette i det. Der må man gøre op med sig selv som leder, om man ønsker den fælles platform eller plads til, at behandlerne arbejder på den måde, de ønsker.

Derudover har de klart definerede rammer en konsekvens i forhold til, hvilke unge behandlingen bedst egner sig til:

*"De unge kan godt lide, at det er meget mere klart, hvad man er her for, hvad er dagsordenen og hvor bevæger vi os henad"*

Behandlerne oplever generelt et bedre fremmøde, og at flere melder afbud fremfor at udeblive fra samtalerne og dermed mere engagement i forløbet med de fleste unge. Der er imidlertid også unge, som ikke kan overskue strukturerne, og som har behov for andet. Det opleves som vigtigt at differentiere i forhold til de unges behov, hvor nogle unge efterspørger strukturerne, kan det være svært for andre. En anden leder siger:

*"Ja, der har du ikke kunnet jonglere i forhold til at kunne sige, jamen her, hvis vi nu giver ham samtale 1, 2 og 3 i første uge, så har vi ham måske fortsat... men han skal leve smerten ud og vente til næste uge, hvis man kan vælge og kalde det sådan, ikke? Og det er nogen, man har valgt at sige, jamen, så skal de ikke i MP, fordi så er begrænsningen for stor"*

Samme leder siger:

*"man kan jo sige, at det her, det er en borger under MP, så vi må ikke mere. Hvis vi endelig kunne sige, at "du kunne også have haft gavn af gruppeterapi", så skal vi hive dig ud af [...] [MP]. Så det er sådan at prøve at kombinere det med de behandlingstilbud, vi også har"*

Flere af lederne nævner, at de har savnet muligheden for at tilbyde gruppebehandling til de unge frem for individuelle forløb. Det er ikke altid, at rammerne/strukturerne passer til de unge, der træder ind ad døren, og så skal de visiteres til et andet tilbud. I ovennævnte eksempel opleves en ugentlig samtale at være for lidt, mens der for andre kommuner har været tale om en opgradering med MP fra en samtale hver fjortende dag til en ugentlig samtale. Fremadrettet er det således vigtigt også at have andre sideløbende

tilbud end et struktureret individuelt behandlingsforløb for at kunne rumme alle de unge, der kommer ind ad døren:

*"Så er der en gruppe, der ikke magter den der, de skal så have noget socialpædagogik, og hvor det måske også er aktører uden for huset, der egentlig skal lave arbejdet med sparring fra os"*

Citatet viser også, at når behandlingscentrene bliver tydelige på deres egen kerneopgave, så bliver det også tydeligere, når de skal sende opgaver, der falder udenfor, videre til andre aktører og dermed anvender tid og ressourcer bedst muligt.

MP har således været med til at give en tydeligere profil som behandlingscenter, både for de unge, behandlerne selv og samarbejdspartnere. Der er en oplevelse af, at MP har højnet fagligheden. Det er vigtigt, at der gives plads til den enkelte unge i strukturerne, og at der arbejdes på at skabe en god relation og dialog mellem behandleren og den unge. Desuden bliver det tydeligt, at MP i denne form ikke kan stå alene som tilbud, da nogle unge (og behandlere) har behov for andet, eksempelvis gruppebehandling.

## Implementering af teoribaserede elementer: Motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi

En succesfuld implementeringsanalyse afhænger af evnen til at vurdere loyaliteten over for behandlingsmetoden og de almindelige faktorer, som gør sig gældende i psykoterapien. Inden for behandlingssystemet bliver motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi i stigende grad anvendt, og undersøgelser har vist, at effekten af kognitiv adfærdsterapi kan øges, hvis elementer fra den motiverende tilgang integreres i den kognitive tilgang især for unge og i projekter både rettet mod stofmisbrug (Gibbons, Nich et al., 2010; Parsons, Rosof et al., 2005) og angst (Westra, Constantino et al., 2016).

Behandlerne og lederne har i surveyet fra 2018 besvaret spørgsmålet vedrørende brugen af de teoribaserede elementer, og i hvilken grad de oplevede dem som brugbare. De teoribaserede elementer har således i høj eller meget høj grad været anvendelige som metode både set fra behandlernes side (94% for motiverende samtale og 87% for kognitiv adfærdsterapi) og fra ledernes (100% for både motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi).

**Tabel 7: anvendeligheden af det terapeutiske grundlag for MP**

N= 33	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
At motivational interviewing var en brugbar metode i behandlingen af de unge?					
Behandlerne, n = 33	0%	0%	6%	27%	67%
Lederne, n = 9	0%	0%	0%	11%	89%
At kognitiv adfærdsterapi var en brugbar metode i behandlingen af de unge?					
Behandlerne, n = 33	0%	0%	12%	36%	51%
Lederne, n = 9	0%	0%	0%	11%	89%

Tabel 8 (næste side) viser resultatet af videoanalyserne af behandlingssamtalerne og de forskellige grader af anvendelsen af de terapeutiske metoder motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi.

Tabellens kolonner viser de tre måletidspunkter, hvor vi har udvalgt videooptagelserne. Baseline-kolonnen viser således kodningerne og scoringerne af de videoer, som behandlerne har optaget med en tilfældig borger indskrevet i behandling i foråret 2014 før projektets start. Næste kolonne viser 1. bølge, som er en udvælgelse af videoer optaget i spændet af samtale 15-25. Det er således den første bølge, efter behandlerne har modtaget undervisning og har påbegyndt implementeringen af MP i deres behandling. Næste kolonne er 2. bølge, som er videoer udvalgt senere i projektperioden, hvor behandlerne har mere erfaring og har fået mulighed for at afprøve MP i længere tid og flere behandlingsforløb. Videoerne er udvalgt ud fra at være behandlerens samtale 30-40. Den fjerde og sidste kolonne er målingen af interbedømmer reliabilitet målt ved hjælp af ICC (se afsnittet ” Overensstemmelse mellem dobbeltkodningerne”), således det er muligt at se graden af enighed på de enkelte områder mellem dem, som har kodet og scoret video-samtalerne. Dette afrapporteres med et 95% sikkerhedsinterval, som kan give en indikation af, hvor bredt eller snævert et spænd dette mål falder indenfor, og hvor præcist ICC er. Ligeledes er der anført en standard deviation (SD) for hvert måletidspunkt og de enkelte gennemsnit, som er beregnet for hvert enkelte delspørgsmål. Dette giver information om, hvor meget spredning, der er omkring den enkelte score, og hvor meget den enkelte frekvens fraviger gennemsnittet.

Tabellens rækker viser de enkelte delområder, som bliver kodet i forhold til positiv behandleradfærd, negativ behandleradfærd samt de to globale scorere fra MITI vedrørende samarbejdsevnen og graden af behandlerens empati.

**Table 8. samlede score fra SBIRT-MP kodningen**

	Baseline		Første bølge		Anden bølge		ICC	95% CI
	Gennemsnit	SD	Gennemsnit	SD	Gennemsnit	SD		
Dagsorden	0.31	0.66	1.13	0.70	1.20	0.80	0.69	0.47 to 0.85
Åbne spørgsmål	1.56	0.50	1.68	0.47	1.60	0.50	NE	
Anerkende ubehag	1.06	0.88	1.32	0.70	1.11	0.87	0.52	0.26 to 0.77
Trivsel og forbrug	0.63	0.71	1.82	0.49	1.69	0.53	0.33	0.09 to 0.68
Bekræftelse og fremhævning af styrker	1.41	0.67	1.47	0.65	1.32	0.70	0.39	0.14 to 0.71
Refleksioner	1.47	0.72	1.71	0.52	1.60	0.60	0.18	0.01 to 0.68
Udforskning af fordele og ulemper	1.03	0.69	1.29	0.73	0.91	0.85	0.48	0.12 to 0.70
Udforskning af forandringsparathed	0.72	0.77	1.32	0.66	1.06	0.84	0.12	0.00 to 0.74
Udforskning af tro på forandringsevne	0.34	0.60	0.71	0.84	0.40	.74	0.57	0.32 to 0.80
Gives relevant information	0.75	0.57	0.74	0.60	0.60	0.65	0.47	0.21 to 0.75
Respektfuld rådgivning	0.69	0.54	0.84	0.64	0.74	0.70	0.31	0.07 to 0.68
Målsætning og planlægning	0.81	0.74	1.21	0.74	1.09	0.78	0.61	0.37 to 0.82
Opsummer	0.97	0.78	1.24	0.75	1.34	0.73	0.56	0.31 to 0.79
Opfølgning på hjemmearbejde	0.09	0.39	1.16	0.82	0.94	0.91	0.72	0.52 to 0.87
Udarbejdelse af nyt hjemmearbejde	0.28	0.52	1.11	0.61	0.97	0.66	0.36	0.11 to 0.70
Afslutning og evaluering	0.69	0.69	1.39	0.68	1.29	0.83	0.38	0.13 to 0.71
<b>Total, positiv adfærd</b>	<b>12.81</b>	<b>5.20</b>	<b>20.13</b>	<b>4.56</b>	<b>17.97</b>	<b>5.29</b>	<b>0.66</b>	<b>0.43 to .84</b>
Advare	0.06	0.25	0.44	1.00	0.20	0.86	0.52	0.27 to 0.77
Handlingslammet	0.06	0.35	0.08	0.27	0.03	0.17	NE	
Respektløs rådgivning	0.16	0.45	0.95	2.05	0.60	1.24	0.34	0.09 to 0.69
Anvendelse af stereotyper	0.34	1.00	0.32	0.77	0.46	0.98	0.05	0.00 to 0.97
Fordømmende	0.56	0.98	0.50	0.95	0.40	1.14	0.51	0.25 to 0.76
Belærende	0.09	0.30	0.29	0.77	0.43	1.07	0.51	0.25 to 0.76
Upassende respons	0.56	1.32	0.50	1.97	0.37	0.81	NE	
<b>Total, negativ adfærd</b>	<b>1.84</b>	<b>3.30</b>	<b>2.82</b>	<b>3.88</b>	<b>2.49</b>	<b>3.69</b>	<b>0.73</b>	<b>0.54 to 0.88</b>
<b>Total score</b>	<b>10.97</b>	<b>6.77</b>	<b>17.26</b>	<b>7.27</b>	<b>15.49</b>	<b>6.78</b>	<b>0.76</b>	<b>0.58 to 0.89</b>
<b>Globale scores</b>								
Samarbejde	3.29	1.15	3.33	1.09	3.27	1.11	0.54	0.28 to 0.78
Empati	3.64	1.03	3.42	1.21	3.40	1.30	0.69	0.47 to 0.85

Tabellen viser således de enkelte dele, som kodningerne af behandlingssamtalerne har fokuseret på. Der er som sagt såkaldte "positiv" adfærd, som er den øverste del af tabellen. Dette inkluderer blandt andet, at behandleren sætter en dagsorden for den respektive samtale. En kodning kan være 0, 1 eller 2. Her gives en score på 0, hvis behandleren blot starter samtalen uden at præsentere en dagsorden eller uden at have skrevet den op på tavlen. En score på 1 gives, hvis behandleren introducerer dagsordenen uden at inddrage den unge og give mulighed for, at den unge kan justere dagsordenen. En score på 2 gives, hvis behandleren introducerer dagsordenen og har en dialog med den unge, om hvorvidt der skal tilføjes eller ændres på dagsordenen. På samme måde er de andre dele også kodet med 0,1 eller 2, og hvor 0 gives, hvis det er fraværende i samtalen, 1 er en score for, at det er tilstede men ikke kvalitativt godt, mens 2 er en score for den gode behandleradfærd. For at give et eksempel på disse forskelle mellem de enkelte score vises i tekstboksen, hvorledes der skelnes i kodningen af, hvorledes behandleren anvender åbne spørgsmål (se bilag "Kodeguide SBIRT-MP").

0: Behandleren anvender ikke åbne spørgsmål

1: Behandleren anvender enten få åbne spørgsmål eller spørgsmålene i sig selv, er malplacerede ift. samtalefokus på tidspunktet

2: Behandleren anvender enten få, men meget gode åbne spørgsmål, der flytter samtalen og interaktionen og forståelsen op på et højere niveau ELLER behandleren anvender mange åbne spørgsmål, der er velplacerede i forhold til samtalefokus på tidspunktet

I tabel 8 med resultaterne kan vi se en stigning i den totale score, hvor positiv og negativ behandleradfærd forholdes hinanden, således de negative scoringer fratrækkes de positive. Således stiger den totale score fra 10,97 i baseline video (før projektets start) til 17,26 i første bølge, efter behandlerne havde deltaget i undervisningen. Dette giver en stigning på **6,29** point på SBIRT-MP skalaen, hvilket vil sige, at der er sket en forbedring i behandlerens anvendelse af de enkelte dele.

Dette kan både skyldes en større andel af positiv behandleradfærd og en mindre andel, som anvender sig af de negative delelementer. Hvis vi ser nærmere på de to score, som hver for sig måler positiv og negativ behandleradfærd, er der dog markant forskel på forandring i forhold til de to skalaer. Således finder vi ikke nogen signifikant forskel på negativ behandleradfærd (hvor behandleren gør det modsatte af det, der er intentionen, for eksempel udtaler sig fordømmende, truer med konsekvenser af den unges handlinger) før og efter undervisning, hvor der er sket en samlet stigning på **0,98** (2,82-1,84) point på SBIRT-MP skalaen fra baseline til 1. bølge. Til gengæld finder vi et markant og signifikant kompetenceløft i forhold til de terapeutiske metoder, når man ser på de positive behandleradfærdsscores (hvor behandleren gør det, der er intentionen, for eksempel stiller åbne spørgsmål, spørger om lov, før de giver råd), hvor der samlet er sket en stigning på **7,3** point på SBIRT-MP skalaen (20,13-12,81).

Ser vi på de globale scores, empati og samarbejde, finder vi ikke nogen signifikant forskel fra, før behandlerne deltog i undervisningsforløbet til efter.

Når resultaterne fra 1. bølge sammenlignes med resultaterne fra 2. bølge, viser der sig en anden interessant observation. De fleste af scorerne er enten stabile eller lidt faldende fra 1. til 2. bølge. Den stigning, der kan ses fra baseline til 1. bølge, fortsætter således ikke videre til 2. bølge. Forskellen fra baseline er stadig tydelig med en forskel på 4,52 (15,49-10,97), men set i forhold til 1. bølge er det især

delene relaterede til en positiv behandleradfærd, som er lidt faldende med en score på 17,97 i ”total positiv adfærd”.

Forskellen på det markante kompetenceløft i de positive delelementer fra baseline til 1. bølge peger på, at det kan være lettere at integrere veldefinerede, specifikke handlemønstre såsom åbne spørgsmål, refleksioner med mere i sin praksis; men sværere at lade være med at holde et belærende foredrag eller at sætte mål uden at involvere den unge. Ligeledes ændrer uddannelse ikke på behandlernes empati- eller samarbejdsevne. Tidligere undersøgelser finder tilsvarende resultater, når man har undersøgt behandlerkompetencer inden for motiverende samtale før og efter undervisning (Giudice, Lewin et al., 2015).

### Stoffrihed og behandlernes brug af samtaleteknikkerne

I det følgende ser vi på, hvorvidt behandlernes anvendelse af elementerne fra den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi, betyder noget for udviklingen af de unges brug af rusmidler, altså om der er en sammenhæng mellem, i hvor høj grad en behandler anvender samtaleteknikkerne og den unges udbytte af behandlingen?

I en analyse af SBIRT-MP kodningerne og de unges stoffrihed efter behandlingens afslutning finder vi ikke en direkte sammenhæng. Der er således ikke en direkte sammenhæng mellem en behandler, som scorer højt i SBIRT-MP og de unges senere stoffrihed. Men hvis vi ser nærmere på gruppen af behandlere, som har en stor andel unge, der på sigt bliver stoffri, har de ofte også en høj SBIRT-score (se nedenstående tabel). Vi finder her en signifikant forskel i SBIRT-MP scores mellem behandlere, der har god effekt (har en stor andel af unge, som er stoffrie efter 6 og 9 måneder) og behandlere, der har en moderat effekt.

**Tabel 9: Behandler med god effekt og SBIRT-MP-scoren**

	Behandlere med god effekt N = 71 unge	Behandlere med moderat effekt N = 181 unge	p.værdi
Stoffri 9 måneder efter ind	63%	30%	<0,0001
Stoffri 6 måneder efter ind	46%	29%	0,03
<b>SBIRT-MP</b>			
Total	18,5	14,9	0,0001
Total pos.	20,4	18,5	0,005
Total neg.	1,9	3,7	0,0001
Empati	4,3	3,3	<0,0001

Som det fremgår af ovenstående tabel, scorer de behandlere, hvis unge har størst succes med at blive stoffri, signifikant højere i SBIRT-MP. De har for det første signifikant højere scores i forhold til antallet af positive elementer i kodningerne (åbne spørgsmål, arbejde med hjemmeopgaver, refleksioner, opsummeringer mv), hvor næsten 2 point adskiller de to grupper af behandlere fra hinanden. Tilsvarende

har de succesfulde behandlere en lavere score på negative elementer (i rettesættende, nedladende, konfronterende mv) med næsten på 2 points forskel. Ligeledes scorer de højere i empati, som er en score, der kan gå fra 1-5. De succesfulde behandlere scorer i snit 4,3, mens behandlere med moderat effekt scorer 3,3.

Overordnet viser analysen, at de terapeutiske metoder i MP er blevet implementeret, og at der er sket et markant kompetenceløft i forhold til positiv behandleradfærd og behandlerens efterlevelse af metoden, herunder behandlerens samlede anvendelse af eksempelvis dagsorden, åbne spørgsmål, anerkendelse, refleksioner og opsummeringer. Vi fandt ingen udvikling i forhold til negativ behandleradfærd, hvor behandleren agerer i modstrid til metoden. På samme måde var der heller ikke en udvikling i scoren for graden af empati og samarbejde.

Erfaringerne med at anvende den motiverende samtale og kognitive adfærdsterapi har været positive, og der er generelt enighed blandt behandlerne og lederne i MP om, at det er anvendelige og brugbare metoder i behandlingen af de unge.

## Implementering af strukturelle elementer

I det følgende vil det blive belyst, i hvilken grad kommunerne har formået at implementere de forskellige strukturelle elementer. Indledningsvist analyseres de strukturelle elementer, som de fire behandlingsspor har tilfælles, hvilket er UngMap, 12 ugentlige samtaler, dagsorden, TEM, hjemmeopgave og arbejde med mål. Dernæst følger de strukturelle elementer, som adskiller de fire behandlingsspor, hvilket er kontrakt, statusbrev, gavekort, påmindelser og opfølgende behandling. De fire behandlingsspor blev givet følgende navne og benyttede sig af nedenstående strukturelle elementer:

**Tabel 10: De 4 behandlingsspors strukturelle indhold**

MK ren	12 samtaler (MI, KAT), UngMap, TEM.
MK-gavekort	12 samtaler (MI, KAT), UngMap, TEM. Gavekort på en værdi af 200 DKK ved hvert andet fremmøde.
MK-opfølgning	12 samtaler (MI, KAT), UngMap, TEM. Opfølgende behandling (3+3 måneder) Kontrakt, status, Påmindelser
MOVE	12 samtaler (MI, KAT), UngMap, TEM. Gavekort på en værdi af 200 DKK ved hvert andet fremmøde. Opfølgende behandling (3+3 måneder) Kontrakt, status, Påmindelser

MI = Motiverende samtale    KAT = Kognitiv AdfærdsTerapi

Den følgende analyse af de enkelte strukturelle elementer vil være opbygget således, at først præsenteres den oprindelig beskrivelse af det enkelte strukturelle element fra manualen. Der er brugt tekst fra de oprindelige manualer, som behandlerne fik udleveret i starten af MP (Pedersen, Jones et al., 2014). Denne tekst er markeret med blå. Manualerne er efterfølgende blevet revideret, og var indtil projektperiodens afslutning internt materiale, som bliver offentliggjort efter projektets afslutning (Pedersen, Jones et al.,



2019), men i denne sammenhæng er det væsentligt at forholde resultaterne til det oprindelige udgangspunkt, da dette var, hvad behandlerne tog udgangspunkt i under randomiseringsfasen. Således er det muligt at se hensigten formuleret i selve "kilden", som Fixsen beskriver det. Dernæst inddrages logbogsregistreringerne for at undersøge, i hvilken grad det enkelte element er blevet implementeret. Afslutningsvist vil kommunernes erfaringer med det enkelte element blive samlet op med en præsentation af resultaterne fra 2018 surveyet samt erfaringerne fra interviewene med lederne og andre nøglepersoner.

## Implementeringen af UngMap

UngMap er et hjælperedskab til en indledende screening af unge, der søger behandling for problemer med rusmidler. UngMap-interviewet gennemføres af den behandler, der skal være kontaktperson for den unge gennem hele forløbet. Interviewet defineres som samtale 0, og udfyldelsen af UngMap er altså ikke inkluderet i de 12 samtaler. Ved samtale 1 gives en dialogbaseret tilbagemelding ud fra de opsummerende profil-ark, som kan printes ud, når alle svarene er indberettet elektronisk. Disse anvendes til at etablere fælles accepterede mål og delmål for behandlingen. UngMap er beskrevet således i manualen (Pedersen, Jones et al., 2014):

### **Samtale 0: UngMap udfyldes**

- *Forklar, hvad der skal ske nu, og hvorfor alle disse spørgsmål er nødvendige.*
- *Fortæl, at resultatet af udredningen gennemgås med den unge næste gang. Her vil I tale om, hvordan UngMap kan bruges i behandlingen*
- *Fortæl hvor lang tid det vil vare, og at den unge gerne må uddybe og spørge ind. I har tid nok.*

*NB! Vær opmærksom på, at der skabes en god stemning med plads til spørgsmål og uddybning og den unges kommentarer. Vis, at det er vigtigt, at denne udredning foregår for at tilbyde den rigtige behandling.*

UngMap blev introduceret som et screenings- og feedback-redskab i MP, hvor de deltagende kommuner forpligtede sig på at anvende UngMap som det primære screeningsredskab. Kommunerne fik dispensation fra at skulle anvende ASI<sup>1</sup> og var derfor ikke nødsaget til at bruge begge skemaer. Nogle af kommunerne valgte dog af interne grunde at fortsætte med at bruge ASI sideløbende med UngMap. Da udfyldelsen af UngMap var en forudsætning for at deltage i MP, blev UngMap implementeret ved alle behandlingscentre og anvendt af alle behandlere. Undtagelserne var de unge, som enten trak deres samtykke tilbage, eller som ikke mødte ind til mere end den indledende samtale. Dette kan dog ikke betragtes som et implementeringsrelateret problem.

Denne analyse vil fokusere på, hvorvidt behandlerne fik givet en tilbagemelding til de unge på baggrund af UngMap-skemaet, og hvilken karakter denne feedback havde, herunder hvorvidt alle områder i UngMap profilen blev drøftet, om det blev brugt til at sætte mål, og hvorvidt tilbagemeldingen foregik i dialog med den unge. Resultaterne i tabellen på næste side er baseret på kodningerne af behandlingssamtalerne, hvor samtale 1 og 2 er blevet gennemset og kodet med afsæt i det tidligere præsenterede UngMap-kodeskema.

---

<sup>1</sup> Addiction Severity Index. Semi-struktureret interview designet til at give information vedrørende aspekter af borgerens liv, som kan understøtte vedkommendes stof- og alkoholmisbrug.

**Tabel 11: I hvor høj grad dækker UngMap-tilbagemeldingen de forskellige spørgsmål?**

	Procent	Cohen's $\kappa$	Procentvis bedømmer-overensstemmelse
Illegale stoffer	78%	0.8661	95%
Alkohol	48%	0.9486	97%
Psykisk helbred	75%	0.8556	95%
Venner/netværk	83%	0.6139	90%
Familie	88%	0.8943	97%
Skole/job	73%	0.8738	95%
Boligforhold samlivssituation	60%	0.7886	90%
Trauma/stress	73%	0.8561	95%
Gennemsnit (standard deviation)			
Antal emner dækket i tilbagemeldingen	5.75(2.20)	0.8436 <sup>1</sup>	95%
Dialog	1.43(0.75)	0.6863 <sup>2</sup>	88%
Mål	1.05(0.64)	0.6947 <sup>3</sup>	90%

1, 2 og 3: Weighted  $\kappa$

Kodningerne af behandlingssamtalerne viser, hvor ofte de enkelte spørgsmål i UngMap-skemaet var en del af feedbacken i samtale 1. Analysen viser, at behandlerne oftest kommer omkring temaerne vedrørende familie (i 88% af tilbagemeldingssamtalerne), venner/ kæreste (83%), illegale stoffer (78%), psykiske problemer (75%), trauma/stress (73%) samt aktuell uddannelse/arbejde (73%). Men den unges svar omkring boligforhold (60% af tilbagemeldingssamtalerne) og alkoholforbrug (48%) er de temaer, som oftest udelades i tilbagemeldingerne.

I de sidste tre rækker i ovenstående tabel er gennemsnittene præsenteret for, hvor mange emner behandleren får dækket i sin tilbagemelding, graden af dialog, og i hvilken grad UngMap-tilbagemeldingen bruges til at sætte mål for den videre behandling. Der kan dækkes i alt 8 emner i UngMap-tilbagemeldingen, og med et gennemsnit på 5,75 emner er det således næsten  $\frac{3}{4}$  af emner, som behandlerne får dækket. Med en standard deviation på 2,20 er der dog en vis variation mellem, hvor mange emner behandlerne får dækket. Graden af dialog og hvorvidt der sættes mål, er udregnet ud fra tre punkter (0-2), som kan ses i de to følgende tabeller, hvor det bliver tydeligere, hvad de to gennemsnit på henholdsvis 1,43 og 1,05 er udregnet på baggrund af.

Nedenstående tabel viser, at over halvdelen af behandlerne (55%) har anvendt en dialogisk tilbagemelding på den unges UngMap-skema med en relevant vægtning mellem problemer og ressourcer hos den unge. Det betyder omvendt, at der i 45% af tilbagemeldingerne enten har været envejdialog (eller slet ikke nogen tilbagemelding), eller at tilbagemeldingen bærer præg af at være for problemorienteret, for styret af behandleren eller for ustruktureret i forhold til de emner, som behandles.

**Tabel 12: Graden af dialog i UngMap-tilbage meldingen**

<b>N=40</b>	Envejsdialog eller ingen tilbage melding	Tilbage meldingen er dialogisk, men emnerne diffuse, for problemorienteret eller den ene part er for styrende	Tilbage meldingen er dialogisk og vægtningen mellem problemer og ressourcer er god
Koder1	12,5%	32,5%	55%
Koder 2	12,5%	32,5%	55%

En analyse af UngMap-kodningerne viser, at der er en positiv sammenhæng mellem, hvorvidt behandleren får afholdt en tilbage meldingssamtale med afsæt i UngMap-profilen og antallet af samtaler, som den unge efterfølgende møder frem til. Her ses desuden en særlig sammenhæng mellem antal samtaler, og at behandleren i sin tilbage melding følger op på eventuelle psykiske problemer og traumatiske oplevelser.

Der formuleres oftest mål enten i løbet af samtale 1 eller 2, men oftest er målene ikke formuleret med afsæt i UngMap-tilbage meldingen eller de udarbejdes med lav grad af samarbejde med den unge. Således er det kun i 27,5% af tilfældene, at tilbage meldingen bliver brugt som afsæt til at identificere målene i samarbejde med den unge.

**Tabel 13: Graden af målsætning i UngMap-tilbage meldingen**

<b>N=40</b>	Der formuleres ingen mål i både samtale 1 og 2	Der formuleres mål, men de kobles ikke direkte til tilbage meldingen eller målsnakken fylder for lidt eller målene formuleres af behandleren	Der formuleres mål i samarbejde og på baggrund af tilbage meldingen
Koder1	17,5%	55%	27,5%
Koder2	12,5%	60%	27,5%

### Kommunernes erfaringer

I det survey, der blev gennemført i februar 2018, forholdte behandlere og ledere sig til, i hvilken grad de oplevede UngMap som et brugbart og anvendeligt redskab til screening, samt som en del af arbejdet med behandlingsplanen:

**Tabel 14: synet på UngMap**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
<b>UngMap som redskab til screening af de unge</b>						
Behandlere, n = 33	0%	0%	12%	21%	67%	0%
Ledere, n= 9	0%	0%	0%	33%	67%	
<b>Feedback med udgangspunkt i UngMap?</b>						
Behandlere, n = 33	0%	3%	12%	36%	49%	0%
Ledere, n= 9	0%	0%	0%	44%	56%	0%
<b>UngMap som redskab til at formulere en behandlingsplan sammen med den unge?</b>						
Behandlere, n= 33	0%	3%	18%	46%	33%	0%
Ledere, n= 9	0%	0%	0%	67%	33%	0%

Besvarelsene i de to surveys viser, at UngMap anses som et anvendeligt og brugbart redskab både i forhold til den udredende samtale og som et feedbackredskab, der anvendes til at formulere en behandlingsplan sammen med de unge. Lederne er lidt mere begejstrede end behandlerne, hvor alle har anført at det i høj grad eller meget høj grad er et anvendeligt redskab, mens nogle af behandlerne kun finder det anvendeligt i nogen grad (og en enkelt behandler i mindre grad). Flere af behandlerne (18%) mener, at UngMap kun i nogen grad er anvendeligt som en del af arbejdet med behandlingsplanen. Der er dog stadig 79% af behandlerne som i høj grad eller meget høj grad finder det anvendeligt. Og som screenings- og feedback redskab gør det sig gældende for 88% og 82%.

I lederinterviewene er der overordnet set positive tilbagemeldinger på anvendelsen af UngMap i MP:

*"Der er mange nuancer, og der bliver sagt meget i mellem spørgsmålene, som man får med, når man laver UngMap"*

Nogle af behandlingscentrene havde forinden opstarten af MP placeret selve screeningen af borgeren i en modtagelse-/rådgivningsenhed, hvor borgere kunne blive indskrevet i behandling. Dette blev ændret med MP, hvor det nu blev behandleren selv, som skulle gennemføre screeningen af den unge, hvilket har givet udfordringer i forhold til at omorganisere arbejdsfordelingen mellem modtagelsen og behandlingsafdelingen:

*"Det giver mere arbejde til behandlerne, men det kan ikke nytte noget, at screeningen ligger som en isoleret størrelse. Der vil gå en masse tabt, hvis det ikke er behandlerne, for der bliver jo sagt mange ting, som ikke nødvendigvis bliver skrevet ned. Det er en stor opgave, behandlerne skal tage, men det giver mening, at det er noget, man gerne skal se som en del af behandlingen"*

Generelt udtrykkes det, at tilbagemeldingen er rigtig god i forhold til de spørgsmål, der stilles og den feedback, der laves på baggrund af svarene:

*"Tilbagemeldingerne fra behandlerne er, at det er et rigtigt godt redskab og værktøj. Og den inddeling med SEP, SEIP, SIP og LAV giver rigtig god mening og giver nogle indikationer"*

En kommune har oplevet, at unge underrapporterer, hvilket også har givet anledning til, at de kategoriseres som LAV (lav grad af internaliserende og eksternaliserende problemer), selvom det kan give anledning til forundring hos behandleren. Det kan være svært, hvis det har betydning for, hvilket behandlingstilbud de unge får. Det er vigtigt ikke at betragte UngMap-profilen som en facitliste, men som en rettesnor, der skal gennemgås med den unge:

*"Og så en gang i mellem siger de, 'jeg kan simpelthen ikke forstå, at hun er LAV, for hun er da virkelig belastet', og så snakker vi om det, eller de ringer til dig [CRF], eller hvad der nu sker. Men det er få tilfælde. [...]. [Det er også godt, at de undrer sig], for så er det jo, at de skal bruge deres faglighed. Men generelt synes jeg, at de oplever, at det er et godt arbejdsredskab og at det er nemmere [at give feedback med] end ASI, hvis man skal stille det op på den måde. Og at det giver mening for den unge den måde, de taler om det på. De*

*[behandlerne] har selvfølgelig også øvet sig lang tid efterhånden, men der er ingen tvivl om, at de synes, det er et bedre værktøj end ASI er til den her målgruppe"*

Tilbage meldingen anvendes til at påpege risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer, som behandleren og den unge i samarbejde kan fokusere på, når de begynder med at arbejde med målsætning for forløbet:

*"[selve tilbage meldingen] hjælper os med at blive skarpere på at målrette behandlingen på de profiler, vi sidder med. Og det er måske i virkeligheden det, som UngMap hjælper os til"*

Arbejdet med UngMap og tilbage meldingen kræver, som med de andre metoder, at man skal finde sin egen stil i præsentationen af UngMap og i forhold til at give en tilbage melding:

*"Udfordringen med UngMap, tror jeg, har været, skal vi kalde det den pædagogiske del af det? Den har været i en tekstform, og så giver det nogle korte svar [...] den har taget lidt tid at skulle lære at forstå. Fordi den er sådan kodet"*

En anden kommune tilføjer:

*"det kan være udfordrende, man skal være skarp for at lave en god tilbage melding, så feedbacken ikke bliver fremmedgørende over for den unge"*

I denne kommune taler de vedvarende om UngMap og tilbage meldingen, og hvordan den gives bedst, fordi der er mange nuancer og forskellige unge, hvor formidlingen af resultaterne fra UngMap-profilen til de unge opfattes som vigtig. Ligeledes er det vigtigt, at feedbacken ikke bliver for problemorienteret, men også fokuserer på den unges ressourcer. De unge har ifølge en leder taget godt imod UngMap som en del af den indledende samtale:

*"det bliver taget meget seriøst og professionelt. De unge tager godt imod det"*

Mens andre ikke mener, at det betyder noget særligt for de unges oplevelse af opstarten:

*"det hyldes ikke stort af de unge. Ikke at det giver udfordringer; de gør det bare"*

Bekymringen om, at UngMap tilbage meldingen risikerer at blive problemfokuseret og fremmedgørende, nævnes af en leder som vigtig i forhold til at overveje, om de i behandlingscentreret skal vedblive med at bruge redskabet til screening. De mener, at UngMap er for kasseinddelt, selvom de også samtidig nævner fordelene ved, at man kan have en dialog omkring det, og at det er mere aktivt end ASI:

*"Det positive var tilbage meldingen og at screeningen bliver aktiv i stedet for noget, man bare putter i et system. Og det der så er udfordringen, det er at fremlægge noget, [hvor man ikke helt forstår, hvorfor] de bonger ud med de her ting"*

Et andet vigtigt aspekt er også, at der både er ASI og UngMap, så hvis UngMap kan anvendes i stedet for ASI, er kommunerne generelt interesserede, mens bekymringen er, at der bliver for mange spørgsmål, hvis både UngMap og ASI skal udfyldes.

## Målet om 12 samtaler i det primære behandlingsforløb

De 460 unge, der deltog i undersøgelsen af MP blev alle tilbudt 12 individuelle samtaler baseret på motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi. Udeblivelse uden afbud talte for en tabt samtale, mens der ved afbud blev givet en tid til en ny samtale. Ved 3 sammenhængende udeblivelser skulle den unge udskrives fra behandlingen. En ung har derfor kunnet gennemføre primærbehandlingen med 10 samtaler og 2 udeblivelser. I den oprindelige manual er dette strukturelle element blot beskrevet i forhold til, at behandleren skal informere den unge om forløbet (Pedersen, Jones et al., 2014):

### Session 1: Dagsorden for i dag.

- Fortæl først om, hvad der skal ske de næste 12 uger og den efterfølgende kontakt, I vil få efter de 12 uger med samtaler (opsummering).

Her socialiseres blandt andet til den kognitive metode, herunder dagsorden, hjemmeopgaver og den kognitive grundmodel/misbrugsmodel.

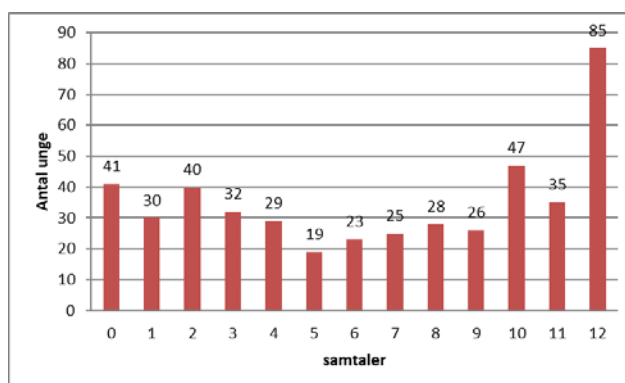
Behandlerne har registreret alle samtaler i logbogen, uanset om de er gennemført, eller om den unge er udeblevet eller har meldt afbud (eller eventuelt er blevet aflyst af behandleren selv). Således viser nedenstående tabel, at der er en vis variation mellem de fire spor i forhold til hvor mange behandlingssamtaler de har gennemført i primærbehandlingen. I MK ren er det således 43% af de samtaler, som i princippet kunne være blevet gennemført, hvor den unge har modtaget behandlingssamtalen. Dernæst kommer MK-opfølgning med 56% af mulige behandlingssamtaler, MK-gavekort med 60% og MOVE med 64% af de mulige primær-samtaler.

**Tabel 15: Antal samtaler i primærbehandlingen**

**Der er givet 3.063 primær-samtaler i alle 4 spor.**

MK ren	582 samtaler	43% af mulige
MK-gavekort	807 samtaler	60% af mulige
MK-opfølgning	748 samtaler	56% af mulige
MOVE	926 samtaler	64% af mulige

I det primære behandlingsforløb har de unge i gennemsnit gennemført 6,7 samtaler. Nedenstående figur viser, hvor mange samtaler de unge modtog. Således er der eksempelvis 41 unge, der kun mødte frem til samtale 0 (UngMap-samtalen), mens der i alt var 85 unge, der modtog 12 samtaler.



**Figur 4: Antal unge og gennemførte samtale**

I den nedenstående tabel vises fordelingen i forhold til de unges udeblivelser fra behandlingsamtaler. 37,6% af de unge havde ingen udeblivelser. De unge havde typisk mellem 1-4 udeblivelser med et gennemsnit på 1,5 udeblivelser pr. ung:

**Tabel 16: Udeblivelser**

Antal udeblivelser	Antal unge	%
0	173	37,61
1	98	21,3
2	79	17,17
3	55	11,96
4	34	7,39
5+	21	4,57

Det samlede antal samtaler, de unge modtog, kan ses i sammenhæng med de unges senere stoffrihed. Nedenstående tabel viser, hvorledes andelen, der er stoffrie 6 måneder efter indskrivningen, stiger med antallet af samtaler, de har modtaget, og der er en signifikant forskel på stoffrihed mellem unge, som har modtaget få og unge, der har modtaget flere samtaler ( $p=0,0007$ ).

**Tabel 17: Sammenhænge mellem antal samtaler i primær (12 tilbudte samtaler) og stoffrihed**

N=308	6 mdr. opfølgning
0-2 samtaler*	18,7%
3-9 samtaler	26,3%
10+ samtaler	43,8%
P=0.0007	

\* 0 samtaler referer til en ung, der er kommet til screeningssamtalen, men herefter udebliver

### Målet om ugentlig samtaler

I denne analyse er gennemførte samtaler og udeblivelser medtaget, da udeblivelser som tidligere nævnt, talte for en samtale. I manualen er oplægget til samtaleintensitet, at der tilbydes en ugentlig samtale i 12 uger. I praksis vil der komme aflysninger enten fra den unge eller behandleren, og desuden kan der komme en ferie, som kan forlænge primærbehandlingen. I sidste ende skal alle indskrevne unge tilbydes 12 individuelle samtaler med samme behandler og så vidt muligt en samtale om ugen.

Der er i alt registreret 3312 samtaler, som enten blev gennemført, eller hvor den unge udeblev, og der gik i gennemsnit 13,4 dage mellem hver samtale i primærbehandlingen. Der er dog et stort spænd i antallet af dage mellem samtalerne i primærbehandling, fra mellem 1 til 160 dage. Nedenstående tabel viser antal dage mellem hver samtale. For 41,3% af de registrerede samtaler er der gået højst 7 dage mellem samtalerne. Hvis der skal tages højde for weekender, logistiske udfordringer for den unge og for

behandlingen, kunne en uge med fordel defineres med en elastik og være inden for intervallet 5-10 dage. Der er 1746 af samtalerne, som falder inden for dette tidsinterval svarende til 64,8% af alle samtaler. For 16% er der gået fra 21 dage og helt op til 160 dage mellem to samtaler, og i alt er der 18 gange gået mere end 60 dage mellem to samtaler.

**Tabel 18: Tidsrum mellem hver samtale**

<b>N = 2693</b>	<b>Antal</b>	<b>%</b>
1-6 dage	366	13,6
7 dage	745	27,7
8-13 dage	646	24,0
14-20 dage	501	18,6
21-160 dage	435	16,2

Der er 226 samtaler (som blev registreret som gennemført eller udeblivelse), hvor der er gået mere end 30 dage mellem samtalerne. Af disse ligger 88, svarende til 39%, i januar eller august og vil sandsynligvis skyldes ferie. Hvis august og januar måned udelades af analysen, er der i gennemsnit 12,8 dage mellem hver samtale (uanset om den er gennemført eller en udeblivelse). Ferieperioderne giver således en lille gennemsnitlig forøgelse af tiden imellem samtalerne (en forskel fra 13,4 til 12,8 dage).

Analysen fra effektevalueringen viser desuden, at der er en sammenhæng mellem, hvor ofte de unge har en samtale, og hvorledes de klarer sig på sigt. Nedenstående tabel viser sammenhængen mellem samtaleintensiteten og senere stoffrihed.

**Tabel 19: Samtaleintensitet (primær) og stoffrihed**

	<b>3 måneders opfølgning</b> n = 349	<b>6 måneders opfølgning</b> n = 307	<b>9 måneders opfølgning</b> n = 295
<1 samtale om måneden	15.9	21.4	26.2
1 til 1.9 samtaler om måneden	19.2	33.3	43.1
2 til 2.9 samtaler om måneden	28.3	40.0	37.9
3+ samtaler om måneden	40.0	48.0	50.0
<b>I alt</b>	<b>22.1</b>	<b>33.2</b>	<b>37.6</b>
Chi2 test	0.02	0.02	0.047

Således finder vi en signifikant forskel på stoffrihed ved alle opfølgninger, når vi sammenligner dette ud fra samtaleintensiteten i de unges behandlingsforløb. Eksempelvis er 33% af de unge, som har modtaget mellem 1 og 2 samtaler om måneden, stoffrie 6 måneder efter indskrivning, mens dette gør sig gældende for 48% af unge, som har modtaget mere end 3 samtaler om måneden (se p-værdien ved chi2-testen).



## Kommunernes erfaringer

Som tidligere nævnt fungerede det godt for kommunerne at rammesætte behandlingen med en ugentlig samtale, der var afgrænset til 12 samtaler i alt, fremfor at de unge ikke fra en start har et omfangsmæssigt eller tidsmæssigt afgrænset tilbud at forholde sig til.

*"For langt de fleste unge passer det godt med 12 samtaler"*

Udgangspunktet for alle forløb er et tilbud om 12 samtaler, mens cirka halvdelen efterfølgende er blevet tilbudt opfølgende behandling, hvor tiden mellem samtalerne gradvist er blevet forlænget og i højere grad foregår over telefonen. Der har været forskelle på, hvor udfordrende kravet om den ugentlige samtale har været for kommunerne i forhold til de interne organisatoriske forhold.

En kommune fortæller, at de ind i mellem blev presset i forhold til de ugentlige samtaler, når der var mange unge i behandling og særligt, når der var tale om komplekse sager:

*"Og hvad er kerneopgaven så, når vi snakker helhedsorienteret behandling? Hvor langt er det, vi går – hvad er det, at det helhedsorienterede betyder? Og hos os er det jo misbrugsbehandling, som er kerneopgaven, men hvis der er nogle barrierer for det, så skal vi i hvert fald have fat på nogle samarbejdspartnere, og det kan man jo bruge sindssygt meget tid på. Det er især med de komplekse sager, og hvor jeg faktisk synes, vi gør det rigtigt godt, men så kommer de til at fylde meget og så bliver man presset i kalenderen. Og det er jo en ledelsesmæssig ting"*

Generelt oplever de forskellige behandlingscentre, at behandlernes kalendere har været mere bookede med aftaler og gøremål end tidligere, fordi de skal tilbyde ugentlige samtaler, nå at forberede sig til samtalen og efterfølgende gennemføre de forskellige registreringer. Denne problemstilling bliver behandlet yderligere i det følgende afsnit omkring forberedelsen.

## Tidsforbrug: forberedelse og samtalens varighed (1 time som standard)

I MP blev forberedelsen beskrevet som en fast del af behandlingssamtalerne. Således er det beskrevet i manualen for hver session, at der skal ske en forberedelse samt hvad denne forberedelse skal nå omkring inden samtalen. Ligeledes er det defineret, at hver behandlingssamtale tager omkring en times tid alt afhængigt af de unges situation (Pedersen, Jones et al., 2014):

**Forberedelse:** Forud for en samtale ligger der altid et forberedelsesarbejde. Forberedelsen kan være kortere eller længere afhængigt af, hvilke metoder der er involveret, og hvor i forløbet den unge befinder sig.

**Samtale 1-12:** Selve samtalen er af omkring 1 times varighed og varierer i indhold afhængigt af de metoder, der anvendes, og hvor i forløbet den unge befinder sig.

### **Forberedelse:**

Tjek logbogen.

- Hvilke mål var der?
- Faser i forhold til de forskellige mål?
- Hvilke opgaver blev aftalt?
- Tjek trivsel og forbrugs-scoren fra sidst (skal sammenholdes med den nye under samtalen).
- Find Trivsel-forbrug skemaet frem (5 spørgsmål).

Efter hver behandlingssamtale har behandlerne registreret i logbogen, hvor meget de brugte på forberedelsestid. Dette betyder også, at de har registreret på samtaler, hvor den unge er udeblevet. Behandlerne har i gennemsnit brugt 30,2 minutter på at forberede sig til behandlingssamtalerne. Dette er i et spænd fra 0-340 minutter.

**Tabel 20: Forberedelsestid til behandlingssamtalerne**

	<b>Antal</b>	<b>% andel</b>
0-14 min	836	14,5%
15-24 min	1056	18,3%
25-34 min	1427	24,8%
35-44 min	551	9,6%
45-54 min	626	10,9%
55-64 min	1011	17,6%
65+ min	253	4,4%
Total	5760	100%

### Samtalens varighed

Når aflyste samtaler og udeblivelser udelades, og kun gennemførte samtaler indgår i analysen, er der i løbet af perioden september 2014 til april 2016 gennemført 3472 behandlingssamtaler. Dette omfatter både samtaler i det primære behandlingsforløb og opfølgingsbehandlingen.

Registreringerne fra logbogen viser, at behandlingssamtalerne i gennemsnit varede 55 minutter. Da de samtaler, der blev udvalgt til videoanalyse, i gennemsnit varede 54 minutter, stemmer behandlernes registreringer således godt overens med længden på de samtaler, der er blevet analyseret i videoanalysen. Nedenstående tabel viser fordelingen af de registrerede behandlingssamtalers varighed:

**Tabel 21: samtalerne varighed**

	<b>Antal</b>	<b>%</b>
0-15 min	17	0,49
16-30 min	75	2,16
31-45 min	378	10,9
46-60 min	1011	29,1
60-75 min	1849	53,3
75-100 min	83	2,4
100-120 min	59	1,7

## Kommunernes erfaringer

I lederinterviewene fremhæves vigtigheden af at afsætte tid til forberedelse i kalenderen, og dette prioriteres også fra ledelsens side. Det kvalificerer behandlingsarbejdet, også selvom man nogle gange må ændre planer og rydde dagsordner:

*"Og så selvfølgelig det med at få tiden til at passe sammen, og hvor meget tid har vi brug for og det er jo stadigvæk et issue i forhold til vores kalenderplanlægning, synes jeg. Og det er egentlig, fordi de [behandlerne] gerne vil gøre det rigtigt, og de vil gerne være ordentligt forberedt til samtalen. Jeg kan i hvert fald tydeligt se forskel på forberedelsen til en almindelig samtale og til metodesamtalen, for det skal bare være i orden. Og lige sådan at få tingene gjort bagefter. Derfor bliver de også nemt lidt stressede, hvis de ikke får den tid, de skal bruge, hvor hvis det er en [almindelig samtale], 'ok, det når jeg nok på et andet tidspunkt', men her [i MP] nej, der er man nødt til at være klar, for der kommer måske to metodesamtaler i morgen. Det kan både være en udfordring, men det kan også bare være rigtigt godt til at øve sig i at planlægge sin dag. Men de kommer sommetider tilbage til mig, for hvordan skal vi nå det her?"*

Dels fremhæves her øvelsen i at planlægge sin dag som noget positivt, men samtidig udtrykkes det, at der opleves forskel på forberedelsen til en almindelig behandlingssamtale og til en metodesamtale, for "der skal det bare være i orden".

Bagsiden ved forberedelse/planlægningen/kravene til strukturen kan opleves som mindre fleksibilitet:

*"Så det, at de får meget struktur på, det giver nogle udfordringer hele vejen oppe i systemet, som måske kan medføre lidt ufleksibilitet, som jo ikke var ønsket i forhold til den unge, fordi det også kan blive sådan 'Jamen, det kan kun blive der', hvor der ellers kunne være lidt mere forhandling omkring tingene før. Så kunne man sige 'det er fint nok, så kommer du bare en halv time senere' eller sådan noget. Men det kan altså ikke altid lade sig gøre. Og det som jo altså er lidt skidt, er, at det er svært at få nogen til at komme kl. 8.30 om morgenen, så det kunne godt sætte gang i nogle overvejelser om skulle vi egentlig arbejde med nogle helt andre tider. [...] Så der er nogle logistiske ting, der kan få det til at... når vi skal levere en samtale om ugen. Men det er ikke kun dårligt, synes jeg"*

Det ser dog ud til, at behandlerne har været i stand til at håndtere den oplevede udfordring i forhold til planlægning, da de unge kommer til langt flere samtaler på kortere tid, end før MP startede (jævnfør effektevalueringen). Dette kan indikere, at grænseløs fleksibilitet i behandlingen ikke er et middel til at fremme de unges engagement, og at det for en stor dels vedkommende fungerer bedre med faste rammer og ugentlige samtaler.

*"Og når [behandlerne] synes, [MP] har været en svær størrelse, så er det, fordi det kommer til at fylde meget, de bliver tidspressede og alt sådan noget der. Og der har jo været nogle flere forpligtelser i at være med i et projekt. Der har været nogle ting, man skulle. Og vi har haft en del igennem i [kommunen], så selvfølgelig har de kunne mærke det. Men det vi også snakker om, det er, at man kan se effekten af, at man lige giver den en tand mere. De afsætter lige lidt mere tid til forberedelse, og det taler vi meget om, det der med, at når man er forberedt,*

*dagsordenen er skrevet, så bliver det også bare noget andet end hvis man "nå så, kom jeg lige ind..." [...] så bliver det bare knap så kvalificeret. Det er jo ikke raketvidenskab, men det er jo der, man skærer ned, når man har travlt, og det er jo det, der på en eller anden måde også har en betydning for effekten i den sidste ende. Så vi skærer ned, selvom man godt kan se, at det har en betydning, fordi man bliver tidspresset. Og det er der jo noget ledelsesmæssigt og strukturel opmærksomhed på, og det er jo der, jeg må sige op ad i systemet, og det jeg allerede gør, når jeg står med de her resultater – der er altså en sammenhæng mellem den tid, vi lægger i tingene og ressourcer vi putter i dem, og den effekt vi får ud i den anden ende"*

Både behandlere og ledere oplever altså en kvalitetsmæssig forskel på det arbejde, der udføres, når der er lagt god tid i forberedelsen, samtidig med, at det netop er forberedelsestiden, de føler sig nødsaget til at skære i, når tiden bliver presset. Det kræver en stor opmærksomhed fra ledelsens side, så behandlerne ikke bliver tidspresede og dropper forberedelsen, som så vil gå ud over kvaliteten i behandlingen.

## Anvendelsen af TEM

Trivsels- og Effekt Monitorerings-skemaet (TEM) indeholder i alt 9 spørgsmål, som blev stillet til den unge ved indledningen af hver samtale (eller hvor det passede bedst). På baggrund af de 9 spørgsmål kan der tegnes en graf over, hvordan forbruget af rusmidler og den unges trivsel har udviklet sig gennem forløbet. Skemaet kan ses i manualen (Pedersen, Jones et al., 2019). I den oprindelige manual er følgende skrevet om, hvordan behandlerne skulle bruge TEM som en del af samtalen (Pedersen, Jones et al., 2014):

*Stil de 5 spørgsmål i trivsel og forbrug skemaet.*

- *Tilbage melding i forhold til sidste trivsel og forbrug skema (tale om positive/negative forandringer eller status quo).*
- *På baggrund af ovenstående skal det tjekkes, hvordan den unge har det, aktuelle problemer (tanker om stoffer, brugens konsekvenser, sociale og psykiske problemer).*

Hver gang en behandler udfyldte logbog på en behandlingssamtale, skulle TEM-spørgsmålene besvares, da registreringen ikke kunne afsluttes uden, at alt var udfyldt. Således blev implementeringsgraden automatisk høj, da behandlernes logbogsregistreringen løbende blev monitoreret og fulgt op af CRF.

## Kommunernes erfaringer med at anvende TEM

Nedenstående svar fra behandlerne og lederne viser, at størstedelen fandt TEM enten brugbart og anvendeligt i høj eller meget høj grad. Meningerne er dog lidt mere delte mellem behandlerne end lederne.

**Tabel 22: "I hvilken grad synes du, at TEM var brugbar og anvendelig i behandlingen af unge...."**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
Behandlere, n = 33	0%	0%	24%	33%	36%	6%
Ledere, n = 9	0%	0%	11%	11%	78%	0%

Tilbage meldingen viser, at TEM generelt blev vurderet til at være et værdifuldt redskab. Interviews med lederne viser også, at det for de unge kan være med til at skabe et mere tidsmæssigt helhedsorienteret perspektiv på deres proces:

*"De har brugt resultater fra logbog i forbindelse med [sidste samtale], de unge har taget det til sig og er overraskede over, hvordan det går – 'det går meget bedre end jeg tror'. Det er en rigtig god måde at visualisere for de unge, at det faktisk er blevet bedre, eller for eksempel, dit humør følger faktisk fuldstændig dit forbrug af hash, så bliver det meget tydeligt"*

Ved den sidste samtale med en ung i primærføreløbet har behandlerne haft mulighed for at få tilsendt en graf, der visuelt fremstiller de unges trivsels- og forbrugsudvikling over hele forløbet med afsæt i de unges svar på TEM-spørgsmålene ved hver af de 11 samtaler. CRF har i slutningen af 2017 udviklet et program, som giver behandlerne direkte adgang til deres TEM-data på behandler- og organisationsniveau, og som kan generere en graf, der kan vises til den unge umiddelbart efter hver besvarelse.

## Dagsorden

Behandlingsmanualen beskriver behandlingssamtalernes opbygning, der indledes med, at behandleren sammen med den unge gennemgår en dagsorden for samtalen. I session 1 (og evt. 2) vil tilbagemeldingen på UngMap være en del af dagsordenen, men ellers er følgende faste elementer i behandlingssamtalerne og en del af den faste dagsorden (Pedersen, Jones et al., 2014):

- Stil spørgsmålene i trivsel og forbrug skemaet.
- Giv en tilbagemelding i forhold til sidste trivsel- og forbrugsskema (tal om positive/negative forandringer eller status quo).
- Blandt andet på baggrund af ovenstående tjek, hvordan den unge har det, aktuelle problemer. Det kan eksempelvis være tanker om stoffer, brugens konsekvenser, sociale og psykiske problemer (måske er nogle af disse ting kommet frem under UngMap-gennemgangen).
- Gennemgang af hjemmearbejde fra tidligere session
- Ny hjemmeopgave
- Evaluering og afslutning

I MP har det været en målsætning, at der ved hver samtale indledningsvist skulle aftales en dagsorden for samtalen. Denne skulle dels indeholde ovenstående faste elementer og dels baseres på den unges input. Formålet var, at den skulle fungere som retningsangivende for samtalen og skulle derudover tydeliggøre for den unge, hvad de kunne forvente, der skulle foregå i samtalen

Nedenstående tabel viser behandlernes registreringer i logbogen, hvor de har svaret på, om de fik opstillet en dagsorden, og hvor vanskeligt det var. Resultaterne viser, at stort set alle fik opstillet en dagsorden til samtalerne. Kun i 4% af tilfældene har de registreret, at der ikke var en dagsorden. Derudover er det især ved samtaler over telefonen, at behandlerne ikke har fået opstillet en dagsorden (i 26% af de registrerede telefonsamtaler var der ikke opstillet en dagsorden). Når vi udelader telefonsamtalerne og fokuserer på de personlige samtaler, har der kun været 52 samtaler (svarende til 1,7% af de personlige samtaler), hvor der ikke har været opstillet en dagsorden. Det kan således være nødvendigt at være opmærksom på, at det er vanskeligt at anvende en dagsorden i forbindelse med telefonsamtaler, hvis de skal implementeres i andre sammenhænge.

**Tabel 23: Fik du/I opstillet en dagsorden for samtalen?**

	Personlige samtaler (antal)	Telefonsamtaler (antal)	%
0: Nej, jeg fik ikke opstillet dagsordenen for samtalen	52	83	4
1: ja, men det var meget vanskeligt	44	12	1,7
2: ja, det var moderat vanskeligt	95	12	3,2
3: ja, det var lidt vanskeligt	424	53	14,2
4: Ja, det var ikke vanskeligt	2445	152	77,0
Total	3060	312	100

### Kommunernes erfaringer

Behandlerne og lederne har i høj grad taget dagsordenen til sig, og stort set alle anførere, at den i høj grad eller meget høj grad er brugbar og anvendelig i behandlingen af de unge:

**Tabel 24: "I hvilken grad synes du, at dagsordenen var brugbar og anvendelig i behandlingen af unge..."**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
Behandlere	0%	0%	6%	45,5%	48,5%	0%
Ledere	0%	0%	0%	22%	67%	11%

I lederinterviewene fremhæves dagsordenen som ét af de elementer, der har været meget anvendelig, nemt at implementere og ofte brugt af behandlerne:

*"Dagsorden bliver brugt rigtig meget, og det er også det, der gør, at vi har fået en mere tydelig profil, for når man skriver dagsordenen op, så kan man godt se, hvad der er inden for rammen, og hvad der er udenfor"*

Dagsordenen bliver således et redskab til at hjælpe behandlerne med at holde samtalen på sporet, samtidig med, at det tydeliggør, hvordan der arbejdes. Som beskrevet i ovenstående afsnit, er dagsordenen et af de elementer, som blev bredt implementeret. Behandlerne fik i høj grad anvendt en dagsorden til samtalerne, hvilket lederinterviewene pegede på, at de ikke gjorde, før projektet.

*"Ja, altså i starten var det jo lidt nyt, men, som de siger, borgerne har responderet rigtig fint på det, og det står faktisk som en fast del på [behandlernes] tavle, kan jeg se, altså det er jo sådan, det er blevet en fast, integreret del af, at det her, det er noget, vi skal have gennemgået i behandlings samtalen, så borgeren kan se, at nu er vi egentlig så vidt her"*

Behandlerne har skullet gennemgå og drøfte dagsordenen med den unge, som skulle have mulighed for at have et punkt til dagsordenen også. Spørgsmål som disse skulle helst indgå i drøftelsen af dagsordenen: er det okay med dig? Er du med på den? Har du et punkt til dagsordenen? Er der noget, du gerne vil tale om i dag?

*"det kan jeg meget godt lide og der er mange af de unge, der rigtig godt kan lide, at det er meget mere tydeligt med tavlebrug og det er en god måde også, at man selv forbereder sig til en samtale og har gjort sig nogle tanker om, hvad er det egentligt, vi skal omkring i dag på baggrund af, hvad har vi snakket om sidst og en god måde at holde fokus og den unge også kan se, hvad vi skal bruge tiden på i dag, så det har jeg egentlig kun gode tilbagemeldinger på"*

Her nævnes selve forberedelsen igen, som et vigtigt punkt, men også det at få bygget bro til det, der blev snakket om sidst. Så det ikke bliver tilfældige og løsrevne samtaler, men et forløb som er på vej mod nogle mål, der er opstillet på baggrund af UngMap indledningsvist i forløbet. På den måde støtter anvendelsen af en dagsorden med faste punkter godt op omkring forberedelsen til samtalen.

## Hjemmeopgaver

Som et element i den kognitive adfærdsterapi skulle de unge stilles en hjemmeopgave, så de kunne arbejde med de forskellige mål mellem behandlingssamtalerne. I den oprindelige manual var arbejdet med hjemmeopgaver formuleret således (Pedersen, Jones et al., 2014):

### Hjemmearbejde:

- *Opgavegiving knyttet til målene og de faser, den unge befinder sig i. Der gives ikke hjemmeopgaver til mål i førovervejsfasen (det er behandlernes mål).*
- *En hjemmeopgave kan være, at den unge får til hjemmeopgave at tale med sine venner inden næste session.*
- *Hjemmeopgaven evalueres og diskuteres ved næste samtale. Tjek logbogen.*
  - o *Hvilke mål var der?*

Nedenstående tabeller viser behandlernes logbogsregistreringer, hvor de efter hver samtale har anført, hvorvidt de fik opstillet en hjemmeopgave for den unge i løbet af samtalen. Kun i 16% af samtalerne blev der ikke opstillet en hjemmeopgave, og i 77% af samtalerne var det lidt svært eller ikke svært for behandleren.

**Tablet 25: Opstillede du ved afslutning af samtalen nyt hjemmearbejde til næste gang?**

	Personlige samtaler (antal)	Telefonsamtaler (antal)	%
0: nej, det gjorde jeg ikke	390	139	15,7
1: ja, men det var meget svært	65	2	2,0
2: ja, men det var moderat svært	174	5	5,3
3: ja, men det var lidt svært	660	46	20,9
4: ja, det var ikke svært	1771	120	56,1
Total	3060	312	100

Selve det at få formuleret en opgave sammen med de unge opleves således ikke som vanskeligt i de fleste tilfælde. Derimod kan opsamlingen på sidste uges hjemmeopgave være sværere. Som det ses i nedenstående tabel, viser behandlernes logbogsregistreringer, at der i 26% af samtalerne ikke blev fulgt op

på hjemmeopgaven fra sidste samtale, og det bliver vurderet til at være lidt eller slet ikke vanskeligt i 60% af tilfældene, hvor hjemmeopgaven gennemgås.

**Tabel 26: "Fik du/I samlet op på hjemmearbejdet fra sidste samtale?"**

	Personlige samtaler (antal)	Telefonsamtaler (antal)	%
0: Jeg fik ikke samlet op på hjemmearbejdet fra sidste samtale	735	127	25,6
1: Ja, men det var meget vanskeligt	95	3	2,9
2: Ja, det var moderat vanskeligt	205	4	6,2
3: ja, det var lidt vanskeligt	567	49	18,3
4: ja, det var ikke vanskeligt	1458	129	41,4
Total	3060	312	100

Oplevelsen af hjemmearbejdet var dog overordnet positivt, når vi ser på behandlernes og ledernes besvarelser i de to surveys fra 2018 i forhold til, hvorvidt hjemmearbejde var en brugbar metode. Her har 66% af behandlerne anført, at det i høj eller meget høj grad var en brugbar metode i behandlingen af de unge.

**Tabel 27: Hjemmearbejde var en brugbar metode i behandlingen af de unge**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Behandlerne, n= 33	0%	6%	27%	39%	27%
Lederne, n = 9	0%	0%	22%	11%	67%

I afsnittet *Anvendelsen af Motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi* viser videoanalyserne, at forud for MP blev hjemmeopgaver ikke anvendt i særlig høj grad. Ved baseline-optagelsen før projektperiodens start scorer behandlerne i gennemsnit 0,09 i forhold til at gennemgå sidste uges hjemmeopgave og 0,28 i forhold til, om de fik stillet en ny hjemmeopgave. Kodningen indeholder tre scorer fra 0-2, og hvor 0 betyder, at det ikke sker, mens 1 er mellemgodt arbejde med hjemmeopgaver og 2 er for det gode stykke arbejde (se bilag "Kodeguide SBIRT-MP"). Således vil det sige, at med et gennemsnit på 0,09 for at gennemgå sidste uges hjemmeopgave er det et element, som ikke er meget tilstede i behandlingssamtalerne. Det har i højere grad lykkedes behandlerne at få stillet en ny hjemmeopgave med et gennemsnit på 0,28, men begge scorer viser først og fremmest, at elementerne ikke blev anvendt særlig meget forud for MP.

I analyserne af de samtaler, der blev optaget, efter behandlerne havde gennemført undervisningsforløbet i motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi, ser vi en stigning i scoren fra 0,09 til 1,16 (første bølge) og 0,94 (anden bølge) for elementet gennemgang af sidste uges hjemmearbejde. For nyt hjemmearbejde ser vi en stigning fra 0,28 til 1,11 (første bølge) og 0,97 (anden bølge). Det betyder, at det, vi observerer på optagelserne af metodesamtalerne, stemmer godt overens med det, behandlerne har registreret i logbogen, og at anvendelsen af et element som hjemmearbejde har været nyt og svært for langt de fleste behandlere i MP.



Det kan således være et element, som er væsentligt løbende at fokusere på eventuelt i intern supervision, således at det bliver en integreret del i den unges forandringsarbejde hen imod et mål.

## Kontrakt

For to af sporene formuleres en kontrakt, som både behandleren og den unge underskriver. I manualen er der givet et eksempel på, hvordan en kontrakt kan se ud. Beskrivelsen af, hvorledes kontrakten skal udfærdiges og hvad den skal indeholde, er i den oprindelige manual formuleret således (Pedersen, Jones et al., 2014):

**Kontrakt.** *Underskrivning af en behandlingskontrakt, hvor behandlingens forløb, faser og forventede udkomme beskrives, og som underskrives af behandler og den unge. Der er primært to punkter i kontrakten: 1) Hvilke mål du har med behandlingen og 2) hvordan du tror, jeg bedst kan hjælpe dig. Hvad vil du ikke bryde dig om hos en behandler, hvad vil du gerne have, jeg gør osv.*

*Kontrakten er et statisk dokument. Den opdateres ikke. Opdateringer af mål ses i logbog. Kontrakten er udtryk for, hvad den unge havde som mål ved behandlingens start.*

Udarbejdelsen af kontrakten sker i sporene MK-opfølgning og MOVE, hvor der i alt er registreret 129 kontrakter. Der blev i alt indskrevet 233 unge i de to spor, men i analysen af hvor mange unge der har fået en kontrakt, kan det være relevant at se på et tidsrum fra 1.-3. samtale, da hensigten var at kontrakten skulle udarbejdes i løbet af de første par samtaler. Hvis vi sammenholder de 129 kontrakter med, hvor mange unge der stadig var i behandling ved 4. samtale, viser det sig, at der på dette tidspunkt var 173 unge indskrevet. Det betyder, at omkring 75% af de unge (hvor det har været muligt, fordi de stadig var i behandling) har fået udarbejdet en kontrakt. Der er lidt færre unge i MK-opfølgning gruppen, som får udarbejdet en kontrakt (71%) sammenlignet med de unge i MOVE (78%), hvilket antageligt skyldes et større frafald i starten af forløbet (Pedersen, Pedersen et al., 2017).

En analyse af sammenhængen mellem udfærdigelse af en kontrakt og den unges stoffrihed over tid (efter 6 og 9 måneder) viser, at en kontrakt ikke i sig selv kan knyttes til stoffrihed.

### Kommunernes erfaringer:

I surveyet fra 2018 svarer behandlerne og lederne på, i hvilken grad kontrakten var anvendelig og brugbar i behandlingen af de unge. Som nedenstående tabel viser, mener kun 54% af behandlerne og 66% af lederne, at kontrakten i høj eller meget høj grad var anvendelig og brugbar. Der er altså delte meninger både blandt behandlerne og lederne, og sammenlignet med nogle af de andre strukturelle elementer bliver dette element bedømt mindre anvendeligt:

**Tabel 28: Kontrakten var anvendelig og brugbar i behandlingen af de unge**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
Behandlerne, n= 33	0%	9%	27%	30%	24%	9%
Lederne, n = 9	0%	0%	22,2%	33,3%	33,3%	11,1%

I interviewene var der ikke kommentarer, som uddybede den problematiske del ved brugen af kontrakter. Blandt de mere positive vurderinger af kontrakten er følgende udtalelse fra en leder på et af behandlingscentrene, hvor de på bagsiden af MP vil udbrede det som en del af praksis på sigt:

*”Påmindelser og kontrakt har vi rigtig gode erfaringer med, og tænker det skal bredes ud til hele organisationen”*

På trods af de forskellige holdninger til kontraktens anvendelighed bliver kontrakten set som et element, der er nemt at implementere, fordi elementet ligner behandlingsplaner, som mange behandlingssteder allerede har, og fordi det kræver meget få ressourcer økonomisk og tidsmæssigt.

### Statusbrev

For to af behandlingssporene, MK-opfølgning og MOVE, formulerer behandlerne en skriftlig status, som bliver gennemgået med den unge ved hver 4. samtale. Et statusbrev indeholder følgende (Pedersen, Jones et al., 2014):

***Statusbrev.** Status indeholder først en positiv anerkendelse af den unges indsats. Dernæst beskrives fakta om, hvordan det er gået indtil nu (trivsel, forbrug, fremmøder), hvorvidt behandler og den unge overholder kontrakt, målopfyldelser, fremtidige udfordringer og ikke mindst den anerkendelse og ros, som der er belæg for. Sendes på e-mail eller pr. brev efter aftale.*

I nedenstående tabel fremgår det, at omkring 38% af de unge i behandlingssporene MK-opfølgning og MOVE ikke modtog et statusbrev i løbet af projektperioden. Da statusbrevet skal udleveres ved 4. samtale, er der allerede sket et vist frafald fra behandlingen, der kan forklare dette. I MK-opfølgning fik 79 ud af 112 mere end 4 samtaler, og de var dermed potentielle modtagere af en status. Ud af denne gruppe fik 87% mindst 1 et statusbrev. I MOVE betød frafaldet, at 94 ud af 112 unge fik mere end 4 samtaler, og heraf fik 77% mindst et statusbrev.

**Tabel 29: Udlevering af statusbrev**

		0	1	2	3	4-10	Total
MK-opfølgning	N	42	24	13	2	30	111
	%	37,8	21,6	11,7	1,8	27,0	100
MOVE	N	45	27	19	12	17	120
	%	37,5	22,5	15,8	10	14,2	100
Total	N	87	51	32	14	47	231
	%	37,7	22,1	13,9	6,1	20,4	100

Statusbrevet kan dermed siges at være brugt mindst 1 gang i størstedelen af de forløb, hvor der kunne udleveres en status. Implementeringsfideliteten på elementet, statusbrev, er derfor rimelig høj.

Statusbrev kan desuden ses i sammenhæng med fastholdelse, hvilket også kan forklares med, at jo flere samtaler den unge får, desto flere statusbreve (tautologi), og sammenhængen forsvinder da også, når der bliver kontrolleret for antal samtaler.

## Kommunernes erfaringer

I surveyet fra 2018 med ledere og behandlere svarer de således på spørgsmålet om, i hvilken grad statusbrevet var brugbare og anvendelig i behandlingen af unge:

**Tabel 30: var statusbrevet brugbart i behandlingen af de unge?**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
Behandlerne, n = 33	3%	33%	21%	24%	9%	9%
Lederne, n = 9	0%	11%	11%	33%	33%	11%

Der har altså været delte meninger om statusbrevet blandt behandlerne. Nogle behandlere givet en tilbagemelding på, at de har haft svært ved at huske at få den lavet. Eller det har været svært at finde på, hvad statussen skulle indeholde, særligt fordi behandlerne også gav mundtlig feedback, når de talte med de unge.

*"Det [status] tror jeg ikke, vi går videre med. Vi har haft en positiv indstilling i starten, men den har ændret sig, fordi det ikke giver så meget mening og ikke bliver brugt til så meget. Jeg tror, vi havde et par solstrålehistorier, hvor vi tænkte, 'hold kæft, hvor er det fedt, det her', hvor der var nogle, der havde lagt det ud på deres telefon og vist det til deres mor 'og prøv at se, hvor dygtig jeg er blevet', men det passer altså ikke ind. Og så tror jeg, at det bliver en lidt sur pligt at prøve og sidde at skrive igen og igen 'nu har vi gjort det sådan og sådan', fordi de også synes, de har dialogen ved siden af".*

I en anden kommune siger de:

*"Den der fortælling med nogen, der har taget sit statusbrev frem og siddet og læst det i en svær situation, den er altså også vigtig at få med, så det ikke bare er irriterende at skrive dem hver måned".*

Når vi har talt med behandlerne om brugen af statusbrev, har holdningerne været meget forskellige. Nogle har haft decideret modvilje mod det formelle format, og de ville foretrække at lave en statusmæssig opsummering mundtligt med den unge i stedet. Andre behandlere har oplevet, at en først antaget modvilje blev ændret til en oplevelse af, at den skriftlige status kan fungere som en mulighed for at skabe et mere helhedsorienteret blik på den unges udvikling. Det kan tænkes, at holdningen til statusbrevet kan afhænge af, hvorvidt behandlerne oplever at få en positiv tilbagemelding fra de unge om, at statusbrevet har betydning for dem. Det at formulere en tilbagemelding til den unge undervejs i behandlingen har for nogen været et godt redskab til at give feedback og holde fokus, men for andre har det været kunstigt og formelt. Derfor kunne der arbejdes på andre mere uformelle måder at give en status eller tilbagemelding på den unges arbejde med sig selv.

## Arbejde med mål

MP har flere elementer, som understøtter et forløb, der fokuserer på at identificere og arbejde hen i mod den unges mål. I manualen står der blandt andet følgende omkring målarbejdet (Pedersen, Jones et al., 2014):

**Mål-identificering:** En væsentlig del af arbejdet består i at formulere en række mål sammen med den unge. Målene kan være forskelligartede, men misbrugsbehandling må altid tage stilling til en overordnet målsætning om at reducere/bringe et problematisk brug af hash og/eller andre rusmidler til ophør.

**Mål-analyse:** De enkelte mål knyttes til de forskellige faser i forandringscirklen. Det kan være vanskeligt (måske umuligt) at arbejde med reduktion af hashbrug, hvis den unge er i førovervejelsesfasen (...) Det er dog ofte muligt alligevel indirekte at arbejde med en reduktion af hashforbruget og bevægelse væk fra førovervejelse gennem de øvrige mål.

**Målopnåelse:** Målupnåelse henviser til identificering af risikosituationer, copingstrategier, træning og hjemmeopgaver, som er i fokus gennem hele behandlingsforløbet. Behandleren og den unge træner og drøfter tidligere og nye hjemmeopgaver.

Arbejdet med at identificere målene begynder ved UngMap-tilbagemeldingen, hvor problemer og ressourcer bliver drøftet, og hvor specifikke mål for behandlingsforløbet identificeres i samarbejde med den unge. UngMap-analysen viser dog, at det kun var i 27,5% af de indledende samtaler, at målene blev sat i samarbejde med den unge og med afsæt i UngMap-tilbagemeldingen. I langt de fleste tilfælde blev målene ikke sat på baggrund af UngMap-tilbagemeldingen, men på baggrund af en anden snak. Eller målene formuleres af behandleren på baggrund af UngMap, men med små eller ringe inputs fra den unge.

Videoanalyserne af behandlingssamtalerne viser dog, at behandlerne i løbet af projektperioden blev bedre til at tale om mål og til at planlægge, hvordan de kunne understøtte, at den unge nåede sine mål. Der er mere fokus på mål i de videoerne fra 1. bølge (efter behandlerne havde modtaget undervisning) sammenlignet med baseline-videoerne. Ligeledes kan vi se, at behandlerne i højere grad undersøgte de unges forandringsparathed efter undervisningsforløbet, mens samtaler om den unges tro på, hvorvidt de kan opnå målene, indledningsvist stiger fra en score på 0,34 ved baseline (før undervisning) til 0,70 i 1. bølge, mens den falder til 0,40 ved 2. bølge. Disse scores skal ses i forhold til de tre muligheder (0-2), hvor den laveste værdi 0 gives for samtaler, hvor der ikke tales om mål, højrisikosituationer i den kommende uge og eventuelle copingstrategier for at håndtere disse situationer. Scoren 1 gives for samtaler, hvor der tales om mål, men ikke om højrisikosituationer eller copingstrategier. Scoren 2 gives for de samtaler, hvor det lykkedes både at få drøftet målene, højrisikosituationer for den kommende tid og brug af copingstrategier. Det er således tydeligt med de tre gennemsnit på henholdsvis 0,34, 0,70 og 0,40, at der er en variation mellem ikke at få sat mål (scoren 0) til at få sat mål, men ikke i relation til højrisikosituationer og copingstrategier (scoren 1) (se bilaget "Kodeguide SBIRT-MP).

I de interviews, der blev udført med lederne af behandlingscentre, spørger vi ikke direkte ind til oplevelsen med at arbejde mere målrettet i behandlingen, men flere gange bliver der givet udtryk for, at netop det at opstille og anvende mål i en struktureret behandling opleves som noget af det, der er mest effektivt, som denne leder også udtrykker:

*Selve strukturen og opbygningen i MP, den er de jo voldsomt glade for, de behandlere, der har været med, så det fortsætter de jo med. Og det er jo specielt på målsætningen for behandlingen, det er jo den, de synes, der er så effektiv [...] man er mere fokuseret på, hvad er det, vi skal behandle.*

I overensstemmelse med lederens udsagn har behandlerne ved metodekonferencen i november 2017 påpeget, at de oplevede det at sætte mål som særligt virksomt allerede fra behandlingsforløbenes begyndelse.

## Udlevering af gavekort

**Gavekort.** *Voucherbaseret forstærkning (VBF) er en effektiv metode til ikke mindst at sikre fremmøde, men som også i nogle studier har vist sig effektiv til at reducere forbruget af rusmidler på længere sigt. I MP er VBF integreret i principperne og samtaleteknikkerne fra MI [motiverende samtale] og KAT [kognitiv adfærdsterapi]. Vouchers kan alene optjenes ved fremmøde. Der bliver altså ikke anvendt urinprøvekontrol (Pedersen, Jones et al., 2014).*

Gavekort blev anvendt i MK-gavekort og MOVE. Unge i MK-gavekort har gennemført i alt 812 personlige samtaler, og her er der registreret 380 udleveringer af gavekort. Unge i MOVE-sporet har gennemført i alt 1121 samtaler, og der er registreret 526 udleveringer af gavekort. De unge skulle have udleveret gavekort ved hver anden samtale, hvilket betyder, at der burde være udleveret gavekort i 50% af de gennemførte samtaler. Som nedestående tabel viser, har behandlerne i høj grad implementeret brugen af gavekort, da man i MK-gavekort har udleveret gavekort i 47% af de gennemførte samtaler, mens behandlere i MOVE-sporet har udleveret gavekort i lidt mere end 47% af samtalerne.

**Tabel 31: Udlevering af gavekort**

	Ja	Nej	Total
MK-gavekort	380	431	811
	46,9%	53,1%	100%
MOVE	526	582	1108
	47,5%	52,5%	100%
Total	906	1013	1919
	47,2%	52,8%	100%

Kommunerne har altså haft stor succes med at implementere gavekortet som en del af behandlingen. Tidligere analyser viser, at udlevering af gavekort har en betydning i forhold til, at de unge gennemfører behandlingsforløbet som planlagt, og at gavekort kan knyttes meget stærkt til antal samtaler, den unge modtager samt de unges gennemførselsprocent. Yderligere analyser viser dog, at udlevering af gavekort i sig selv ikke kan knyttes til senere stoffrihed, men i en kombination med påmindelser bliver den unges fastholdelse i behandling styrket yderligere: De unge i MOVE får gennemsnitligt flere samtaler (7,7) og gennemfører i højere grad forløbet (48,8%) (Pedersen, Pedersen et al., 2017).

## Kommunernes erfaringer

I surveyet fra 2018 med ledere og behandlere anfører en femtedel af behandlerne, at gavekortet slet ikke, eller kun i mindre eller nogen grad har været anvendeligt i behandlingen. Der er dog stadig en stor andel på 76%, som i høj eller meget høj grad finder gavekortet anvendeligt.

**Tabel 32: Var gavekortet brugbart og anvendeligt i behandlingen?**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
Behandlerne, n= 33	3%	3%	15%	49%	27%	3%
Lederne, n = 9	0%	0%	11%	22%	67%	0%

To behandlere fortæller til metodekonferencen i november 2017, at de i starten var lidt tøvende i forhold til at arbejde med gavekort og gjorde opmærksom på, at det kan føles ubekvemt dels at introducere den unge for idéer med gavekortet og dels at tale med den unge om, hvad gavekortet skulle bruges til, særligt til at begynde med. Behandlerne oplevede dog, at det har været nemmere at fastholde de unge, de unge påtog sig mere ansvar og aflyste i højere grad i stedet for at udeblive. Ligeledes fremhævede de, at gavekortet kunne anvendes til at motivere til behandling og i opbygningen af en relation.

Afslutningsvist fortalte de:

*"det er et forrygende element at få lov til at arbejde med"*

Vi har erfaret, at belønning er et følsomt emne. Det er det emne, som medierne bider sig fast i, når der skal laves historier om projektet, og det er et element, som særligt i starten kan være svært for behandlere at arbejde med, måske fordi de ønsker, at de unge skal komme på grund af relationen og ikke på grund af et gavekort. Her udtaler en leder sig om erfaringerne med udlevering af gavekort:

*"Egentlig kun positivt, synes jeg. [...] og selv der, hvor de kun kommer efter gavekort, så kommer de stadigvæk, det der med, jamen kommer du egentlig for [...] gavekortets skyld, er det din motivation for at komme her? Det betyder faktisk, at de stadigvæk er her, og nogle har faktisk begyndt en forandring alligevel [...] men man skal lige ud over den der med, at man faktisk giver dem noget for at komme, og har de nu fortjent det et eller andet sted? Men hvis man slipper den tankegang og, jamen, at de kom faktisk alligevel, og vi skabte, eller vi påbegyndte en forandring, jamen, så har man jo et eller andet sted nået langt. Og jeg tror, det er den erkendelse, man først skal nå hen til, før man forstår værdien af et gavekort"*

I dette citat indgår den moraliserende anke, der har klæbet sig til anvendelsen af gavekort, siden MP første gang blev offentliggjort, "har de nu fortjent det et eller andet sted?". For hvorfor skal de unge belønnes for noget, de burde gøre helt af sig selv? Bør motivationen ikke komme et andet sted fra for at kunne arbejde på en forandring? Belønning gives dog i forskellige andre sammenhænge, hvor man kan diskutere, hvorvidt man bør belønne for noget, der i forvejen ligger i en opgave - for eksempel når chefer får bonus for at opnå et bestemt mål, som de er ansat til at nå. De unge har da også taget godt i mod gavekortet. Udleveringen af gavekort giver ikke i sig selv en bedre effekt i forhold til eksempelvis stofbrug, men det gør, at de unge møder op til de personlige samtaler, hvor der så kan ske et arbejde hen imod en forandring.

*"det er stadig lidt pudsigt, og der er også mange af de unge, der synes, det er lidt mærkeligt 'jeg har jo selv valgt at komme her, hvorfor skal jeg så have gavekort for det', og jeg tror godt, at man kan have lidt mere fokus på, hvordan man bruger det som forstærkende element, som pædagogisk terapeutisk redskab, hvad er det egentligt, det gør – også så den unge bliver bevidst om den glæde, det giver at få det her gavekort, så det også bliver meget"*

*mere tydeligt, hvad er ideen med det, og hvad er det, det gør ved os som mennesker, at man får et gavekort? Hvorfor virker det?"*

Det er således rigtig vigtigt, at gavekortet (som alle de andre elementer) anvendes og præsenteres godt. Man kan i snakken med den unge understrege, at det kan være hårdt arbejde at skabe forandring, og at motivationen kan svinge op og ned i forhold til, hvad der ellers sker i den unges liv. At gavekortet derfor kan betragtes som en anerkendelse af, at de bliver ved med at arbejde frem mod deres mål. Behandleren kan også tale med den unge om, at gavekortet er en bonus, de optjener for at overholde de aftaler, de laver med behandleren og at de har fortjent at få gavekortet som anerkendelse. Derudover har en stor del af de unge få økonomiske midler, og gavekortet er ofte blevet brugt til at få en tur i biografen med en ven, til Just-Eat for at få noget at spise, og der har også været unge, der har brugt gavekortet til at kunne købe en gave til deres familie eller kæreste.

Erfaringerne fra MP indikerer klart, at der er god grund til at implementere gavekort i behandlingen. Det er dog vigtigt at arbejde med gavekortet som element, så det bliver en naturlig del af behandlingen og de terapeutiske metoder, samt at arbejdet med gavekortene kobles op på den unges værdier og forandringsarbejde. Således kan det være et fokus i intern supervision, hvordan man som behandler arbejder med gavekortet i praksis, så det ikke bliver unaturligt. Hvis det bliver ubekvem for behandleren og/eller den unge, kan det give anledning til, at behandleren efterfølgende undersøger, hvorfor det opleves således. Det er en pointe til såvel undervisning, materiale som interne møder og supervision.

## Påmindelser

I MK-opfølgning- og MOVE-sporene bliver den unge mindet om næste samtale via SMS eller telefon. Behandleren aftaler med den unge, hvornår og hvordan påmindelsen bliver sendt. I behandlingsmanualen bliver påmindelsen som strukturelt element beskrevet som følger (Pedersen, Jones et al., 2014):

***Påmindelser/feedback mellem samtalerne.** 1-2 dage før hver samtale bliver den unge påmindet næste samtale. Samtidig bliver der givet en kort feedback på sidst. Behandleren kan eventuelt afslutte beskeden med: "Glæder mig til at se dig igen. Spændt på at høre, hvordan det går". Aftal med de unge, at de svarer tilbage, så du er sikker på, at de har fået den. Kan sendes på e-mail eller på SMS*

Der er i gennemsnit registreret 15,5 sendte påmindelser til de unge, som var i MK-opfølgning og MOVE. Der er ikke forskel på de to behandlingsspor (i MK-opfølgning er der i gennemsnit sendt 15,9 sms'er og i MOVE 15,1). Dette inkluderer alle unge, uanset hvor lang tid de var indskrevet.

**Tabel 33: Antallet af påmindelser som er blevet sendt**

MK-opfølgning	1242 påmindelser ud af 1344 mulige	92% af forventet
Move	1262 påmindelser ud af 1452 mulige	87% af forventet

Påmindelserne er således et strukturelt element, som i høj grad er blevet implementeret. For nogle af behandlingscentrene var det en praksis, som allerede eksisterede før projektets start. Nogle af behandlerne på de to andre behandlingsspor uden påmindelser synes, at det var problematisk, at de ikke længere måtte anvende påmindelser, da de oplevede, at det var nødvendigt for at fastholde de unge i behandlingen.

Tidligere analyser viser, hvordan påmindelser kan knyttes positivt til fastholdelse og til dels stoffrihed (ved 6 måneders interviewet, men ikke 9 måneders interviewet) (Pedersen, Pedersen et al., 2017).

### Kommunernes erfaring

I surveyet fra 2018 med ledere og behandlere fordeler svarene sig således i forhold til i, om påmindelserne var brugbare og anvendelige i behandlingen af unge:

**Tabel 34: var påmindelser brugbart og anvendelige i behandlingen?**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
Behandlerne, n = 33	3%	0%	0%	21%	70%	6%
Lederne, n = 9	0%	0%	11%	22%	67%	0%

Således er det stort set alle, som i høj grad eller meget høj grad synes, at påmindelser er anvendeligt.

### Opfølgende behandling

I MK-opfølgning- og MOVE-sporene bliver de unge tilbudt opfølgende behandling (OB). Den opfølgende behandling strækker sig over 6 måneder efter endt primærbehandling og er kendetegnet ved, at kontakten mellem den unge og behandleren gradvist mindskes. De første tre måneder har behandleren tre telefoniske og en personlig samtale med den unge om måneden, mens den unge i de sidste tre måneder bliver tilbudt en telefonisk samtale hver anden uge og en enkelt personlig samtale som afslutning på forløbet.

Opfølgingsbehandlingen sikrer, at den unge ikke bare slippes efter de tolv samtaler, selv hvis målet med samtalerne er nået. Desuden sikrer opfølgingsbehandlingen, at den unge får støtte i den fase, hvor han eller hun i højere grad selv skal arbejde videre med processen. I behandlingsmanualen er opfølgingsbehandlingen defineret således (Pedersen, Jones et al., 2014):

- *3 telefon/skype-samtaler og 1 personlig samtale om måneden de første 3 måneder*
- *Der næst følger 3 måneder med 2 telefon/skype-samtaler om måneden. Forløbet afsluttes med en personlig samtale 6 måneder efter primærbehandlingens afslutning*
- *Metoderne, der anvendes ved telefon/skype-samtaler, skal ses i forlængelse af primærbehandling, og der arbejdes videre med fastholdelse/tilnærmelse af de aftalte mål.*

Behandlernes logbogsregistreringer viser, at opfølgingsbehandlingen delvist er implementeret. Det har varieret fra behandler til behandler, hvor mange unge der er kommet videre i opfølgingsbehandling hos de enkelte. 111 unge i MK-opfølgning og MOVE gennemførte primærbehandling, og heraf påbegyndte 103 opfølgingsbehandling, mens 44 fuldførte opfølgingsbehandlingsforløbet. Nedenstående tabel viser, hvor mange måneder de unge i de to spor samlet var indskrevet i opfølgingsbehandlingen, hvor mange personlige samtaler de modtog, og hvor mange telefonsamtaler der blev gennemført.



**Tabel 35: Opfølgningshandlingen**

	Måneder opfølgning gennemsnit	Samtaler opfølgning Gennemsnit	Telefon opfølgning Gennemsnit
MK-opfølgning (44)	6,0	4,3	5,3
MOVE (59)	4,6	3,3	3,6
I alt	2,3	3,7	4,3

Det er primært i MK-opfølgning og MOVE-sporene, at telefonen blev anvendt til at afholde samtaler. Når vi ser på de to spor, hvor telefonen skulle anvendes ved samtalerne i opfølgningsdelen, kan vi se, at den kan spille en meget positiv rolle for behandlingseffekten – ikke mindst, mens de unge er i behandling. Det kan aflæses af nedenstående tabel.

**Tabel 36: telefonsamtaler i opfølgningsbehandlingen og andele med stoffrihed**

	3 måneders opfølgning n= 348, %	6 måneders opfølgning n= 307, %	9 måneders opfølgning n= 295, %
0 telefonsamtaler	19,9	24,1	32,8
1-5 telefonsamtaler	24,7	38,2	42,9
6+ telefonsamtaler	28,1	55,2	50,0
<b>I alt</b>	<b>22,4</b>	<b>33,6</b>	<b>38,0</b>
Chi2 test	Ns	<0,0001	0,069

Det skal dog bemærkes, at der vil være en højere andel af stoffrie unge, der stadig er indskrevet i opfølgningsbehandlingen og tager telefonen, end blandt de unge, der mister kontakten til behandlingen, eksempelvis som følge af tilbagefald.

### Kommunernes erfaringer

I surveyet fra 2018 med ledere og behandlere forholdte de sig til, i hvilken grad samtalerne i opfølgningsbehandlingen var brugbar og anvendelig i behandlingen af unge. Selvom ikke alle fire spor anvendte opfølgningsbehandling, har de fleste behandlere i fastholdelsesfasen skiftet bekendtskab med opfølgningsbehandling. I fastholdelsesfasen har behandlerne fået mulighed for at arbejde i et andet spor end det, de blev tildelt i selve randomiseringsfasen. Nogle af behandlingscentrene besluttede dog også at indføre MOVE for alle unge, som blev indskrevet i fastholdelsesfasen, og dermed arbejdede alle behandlerne på det respektive center med opfølgningsbehandling:

**Tabel 37: Var opfølgingsbehandlingen brugbart og anvendelig i behandlingen?**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
<b>Personlige samtaler i opfølgingsbehandling</b>						
Behandlerne, n=33	3%	0%	21%	30%	39%	6%
Lederne, n=9	0%	0%	11%	33%	44%	11%
<b>Telefonsamtaler i opfølgingsbehandling</b>						
Behandlerne, n=33	3%	18%	36%	24%	12%	6%
Lederne, n=9	0%	0%	0%	44%	44%	11%

Behandlerne er mindst begejstrede for telefonsamtalerne i opfølgingsbehandlingen, og 21% svarer, at de slet ikke eller kun i mindre grad var brugbare eller anvendelige i behandlingen. Ledernes holdninger er mere positive, hvilket også giver sig til udtryk i lederinterviewene.

Erfaringerne med opfølgingsbehandlingen blev drøftet i lederinterviewene, og desuden fortæller en behandler til metodekonferencen i november 2017, at det for dem har været nemt at bære metoderne videre til telefonsamtaler. De oplever at have oparbejdet et fælles sprog med de unge.

*Opfølgning og lavere intensitet fungerer også godt for mange af de unge – de kan godt lide at der er en kontakt, som fader ud.*

Noget, der kan udfordre, er, at de unge kan stå i meget forskelligartede situationer, når man ringer til dem, og det kan udfordre selve samtalen:

*"[opfølgning] har været lidt sværere, og det, der har været svært for dem [behandlerne], det er i forhold til telefonisk kontakt med unge mennesker, hvor de synes, at nogle gange fanger de dem, hvor de står nede i Føtex, og et eller andet...ikke har lyst til at tale med dem, og selv om man prøver at lave en aftale med dem på et andet tidspunkt, hvor man kan ringe, jamen så står de i et eller andet, så den der, at den unge har tid til at sætte sig ned og reflektere, eller sådan...den oplever de som svær. De har haft mere gavn af, at nogle enkelte er blevet kaldt ind til en [personlig] samtale"*

Der kan være unge, for hvem den telefoniske kontakt er tilstrækkelig og god, mens det for andre kan være nemmere at mødes til en personlig samtale. En behandler nævner, at det kan være en fordel at lægge samtalerne på den samme ugedag, så der er en kontinuerlighed i kontakten. Flere oplever desuden, at det er en god måde at afslutte behandlingsforløbet ved, at behandlingen udfases ved hjælp af telefonsamtaler og sjældnere kontakt.

Selv ved behov for at konvertere de telefoniske samtaler til personlige samtale er det meningen, at kontakten skal have en faldende intensitet. Dette kan aftales indbyrdes mellem behandleren og den unge, men udgangspunktet i MP er ikke, at forløbet skal fortsætte med en ugentlig personlig samtale for alle unge. Der er undtagelsesvis nogle af behandlere i MP, som har fortsat samme intensitet med ugentlige samtaler i opfølgingsbehandlingen men har efterfølgende konstateret, at det bliver for intenst og svært at

gøre i praksis, hvor andre unge også presser sig på. Derimod har flere erfaret, at det fungerer godt for mange, at kontakten udfases. Og hvis den unge oplever tilbagefald, opstartes et nyt behandlingsforløb.

Nogle oplever, at det er svært at overføre den samtalestruktur, som manualen foreskriver, til en telefonsamtale. Det bliver blandt andet påpeget af en projektleder:

*”Det har ikke været muligt at holde strukturen, som det oprindeligt var tanken med en times relevant kognitiv samtale, det har meget været et tjek-up, nå hvordan går det, samtalerne har ikke været ret meget længere end ti minutter. Dem der er der, hvor de har behov for opfølgende behandling er heller ikke der, hvor de har behov for mere, for mange af dem, er så meget videre og måske i den situation, hvor de ikke har taget noget i 3 måneder, for dem er det, der virker egentlig bare, at man lige ringer og hører, hvordan det går”*

En kommune fortæller, at de unge overordnet set er glade for kontakten, og at oplevelsen fra behandlernes side er, at de unge synes, det er rart at fastholde kontakten, og nogle unge har udtrykt, at de så frem til, at behandleren skulle ringe.

Overordnet kan det konkluderes, at der er en vis variation i implementeringen af opfølgingsbehandlingen. I alt blev 103 ud af 270 unge indskrevet i et opfølgende behandlingsforløb efter at have gennemført de indledende 12 samtaler. Det har varieret fra behandler til behandler, hvor mange unge, der kom videre i den opfølgende del, ligesom der også er stor variation i, hvor mange samtaler de unge fik i opfølgingsforløbet. Den opfølgende behandling kan derfor kun siges at være blevet delvist implementeret.

## Erfaringer fra implementeringsprocessen

I det følgende kapitel bliver implementeringsprocessens forløb i projektperioden præciseret. Kapitlet giver ikke kun et indblik i de udfordringer, som kommunerne har oplevet i deres arbejde med at implementere programmet, men udgør en erfaringsopsamling, der kan blive anvendt i andre projektsammenhænge, når der i fremtiden skal implementeres behandlingsmodeller eller lignende.

De følgende afsnit følger den lineære tidsramme for implementeringsprocessen, og de begynder med erfaringerne fra projektets opstart og herefter de interne og eksterne betingelser, som kommunerne har haft i projektperioden. Dernæst følger en beskrivelse af, hvordan uddannelsen og træningen blev gennemført i både begyndelsen af projektet og undervejs, og hvilke erfaringer der blev gjort med det forløb. Til slut bliver erfaringerne med at fastholde metoderne behandlet. Vi beskriver blandt andet, hvordan projektet forløber her i slutningen af projektperioden, hvor MP er gået fra randomiseringsfasen til fastholdelsesfasen.

### Projektstart

Alle de deltagende kommuner oplevede besværligheder i starten af projektet, og selve indkøringen af projektet har haft meget forskellig varighed fra kommune til kommune. Mens nogle kommuner forholdsvist hurtigt var klar til at gå i gang med MP, tog det længere tid andre steder. Forskellige faktorer gav anledning til frustration i opstartsfasen. En afdelingsleder kalder i et interview perioden for 'frustrationsfasen', og

beskriver en oplevelse af, at de var parate på behandlingscentret, men at der kom forskellige benspænd både i forhold til projektstyringen (beskrivelse af arbejdsgange, afklaring af regler og undtagelser, problemer med datasystemer mv.) og internt i organisationen:

*"Frustrationsfasen er der, hvor man synes, at man kan det [føler sig klar], og så er der alligevel noget, der mangler, og det viser sig, at projektet alligevel ikke kører – det er frustrerende"*

Det var oplevelsen af, at en del problemstillinger dukkede op i løbet af randomiseringsfasen, og derfor løbende skulle afklares, mens ledere og behandlere på centrene havde en forventning om, at projektet var "klappet og klart", da de nåede datoen for opstart, og at de nødvendige beslutninger var truffet på forhånd:

*"En anden ting, der var udfordringer med, var, at det fra vores synspunkt ikke blev oplevet, at man var helt klar til, at projektet skulle i gang, og der var mange ting, der stadig skulle afklares, både hos jer [CRF, red.], men også ved Socialstyrelsen. Hvor det herfra kunne ønskes, at det måske var startet lidt senere, efter at mange af de ting var afklaret. Men på den anden side, så kan du også sige, at nogen gange, så skal der virkelig det til før, man kan se, hvordan det bliver (...) men det har været lidt frustrerende..."*

*"man har jo nok en forventning om, at de [Socialstyrelsen] hurtigt kan komme med nogle afklaringer med nogle ting i forhold til de frustrationer, vi sidder i. Men det er klart, du kan godt se i bagklogskabens klare lys, at selvfølgelig skal de også tilbage og undersøge nogle ting, fordi de støder også på nogle ting, som de ikke har tænkt over. Men når du står i det, så vil du gerne have hurtigt svar fordi, et eller andet sted er der givet et forhåndsindtryk af, at det her det er et fast, klarlagt, struktureret forløb, og så tænker man, jamen, så er der ikke noget at diskutere længere, men det er der så stadigvæk"*

En anden kommune tilføjer:

*"Jeg tror faktisk, det handler meget om at italesætte, jamen, det er sådan her, det bliver (...) så selv om vi tror, vi har konceptet fuldt på plads, så er vores oplevelse, at når virkeligheden kommer ind over, så er der sådan nogle ting, der skal justeres"*

Det er vigtigt med en klar forventningsafstemning, så kommunerne ved, hvordan en implementeringsproces forløber. Når teori og praksis mødes i et projekt som MP, vil der opstå uforudsete udfordringer. En af udfordringerne i starten af MP var eksempelvis gavekortene. Behandlerne aftalte med de unge, hvor de gerne ville have et gavekort til, men hvem skulle købe det? Indledningsvist lå opgaven hos kommunerne, men det blev en regnskabsmæssig udfordring, da midlerne til gavekortene lå ved CRF. Problemet blev løst ved, at CRF bestilte gavekortene ved en internetbaseret gavekortsformidler, der samarbejdede med et stort antal butikker og butikskæder. Ligeledes skulle brugen af logbogen i starten af projektet løbende tilpasses for at sikre, at alle relevante registreringer blev udført.

I den indledende fase af et projekt kan det altså godt betale sig at informere de deltagende institutioner om, at der vil være en indkørselsfase, hvor modellen, undersøgelsen og institutionen i højere eller mindre

grad skal tilpasses eller ændres, fordi virkeligheden træder ind med uforudsete udfordringer eller problemer.

I opstartsperioden oplevede nogle kommuner en udfordring med at rekruttere unge til projektet. En leder mener, at de set i bakspejlet var for grundige i introduktionen til projektet, og det medførte, at de unge ikke fandt behandlingsforløbet attraktivt. Besværlighederne med rekrutteringen sled på behandlerne, for hvorfor skulle de køre projektet, når de unge ikke ville? Ligeledes gjorde den manglende erfaring med projektet det svært for behandlerne at sælge projektet.

Det er vigtigt at finde en god metode til at introducere et projekt, hvor de unge får tilstrækkelig information uden at blive overinformet. Desuden er det vigtigt, at de behandlere, som håndterer ny-henvendelser, selv deltager i projektet og støtter op om behandlingsmodellen/projektet, da erfaringen fra MP er, at hvis en behandler har forbehold over for projektet, vil det være sværere at få de unge med i projektet.

Nogle kommuner kom godt fra start, og projektlederen fra én af kommunerne taler i mindre grad om frustrationer, blandt andet fordi de havde erfaringer fra et andet implementeringsprojekt, og derfor var forberedte på, hvad det krævede af behandlerteamet, og hvilke indkøringsfrustrationer der kunne være. Der var derfor stor bevidsthed om, hvad det krævede at implementere en ny model, samtidig med, at behandlerne accepterede indkøringsfrustrationerne som en naturlig del af en omstillingsfase.

*"I starten var det det praktiske med at gavekort ikke altid kom til tiden, eller hvis UngMap gik ned midt i en indtastning, men det kører nu. Så finder man en rytme i det og lærer de nye systemer"*

Et par kommuner oplevede, at de ikke kunne opfylde kravene i forhold til rekruttering af unge til projektet, da de fik indskrevet færre unge i MP end forventet. Processen og dialogen med SOS blev oplevet som problematisk og ubehagelig, og én af kommunerne fortæller:

*"Det var ikke forkert, vi havde for få igennem, men vi kunne godt have brugt noget mere opbakning til, hvordan får man vendt skuden, hvad skal der til, hvilke tiltag, hvad kan man gøre? (...) Det skete på et tidspunkt, hvor vi stadig synes, det var et besværligt projekt og havde lyst til at skylle det ud med badevandet, men nu kan vi godt se fornuften og værdien af det. Men det er jo sådan med nye projekter, at de er besværlige"*

Udfordringerne kan være mange og det er en svær opgave for behandlingscentrene at implementere behandling, hvorfor det kræver en løbende opmærksomhed og sparring fra projektstart i forhold til selve implementeringsprocessen. Et forslag fra ovennævnte afdelingsleder er at tilbyde undervisning i implementering, det kunne for eksempel være rettet mod projektlederen, som har en stor opgave i forhold til at løfte projektet lokalt.

### *Rammer/krav/forskning - virkelighed*

MP er et forskningsprojekt, og kommunerne har derfor haft en del krav, de skulle leve op til. Dels har der været krav til den målgruppe, der kunne deltage (alder, hovedstof og forbrug op til indskrivningstidspunktet), og dels har behandlerne indberettet data til CRF. Behandlerne blev derudover

ligesom de unge randomiserede til et spor uden selv at have indflydelse på, hvilket behandlingsspor de fik tildelt. Selve indskrivningsprocessen har også været påvirket, og der har været elementer, som de kommunale behandlingscentre skulle finde ud af, hvordan de forvaltede på bedste vis. En projektleder siger:

*"Det fungerede fint strukturelt, men at man nogle gange kunne risikere, at tingene blev fordelt lidt uhensigtsmæssigt – altså for os uhensigtsmæssigt, fordi vi tænker i ressourcer, man ikke kunne styre det, og nogle gange var der én, som fik mange i klumper [mange nye unge samtidig som følge af randomisering]"*

Man afgiver således noget handlerum, når det er et forskningsprojekt, der sætter rammerne for arbejdet med de unge, eksempelvis fordelingen af unge, hvilket til tider kan give udfordringer.

*"Og samtidigt kan jeg godt se, at hvis jeg selv skulle sidde og lave det her projekt, så bliver man sgu nødt til at have styr på tropperne. Jeg tror bare, at der er alligevel forskel på en forskningsvirkelighed og så en dagligdag her, og der sker jo også alle mulige andre ting, for eksempelvis med vores samarbejdsflader, hvor vi siger "det kunne være godt, hvis vi kunne gøre det, men passer det nu sammen med det her?"*

Det giver således særlige udfordringer for behandlerne at deltage i et forskningsprojekt i forhold til at leve op til de forskningsmæssige krav og vilkår, samtidig med at det daglige arbejde skal fungere. Her ser en leder det som en klar fordel, hvis behandlerne er involveret fra start og føler ejerskab over projektet. En konkret udfordring i den forbindelse har været at få de unge til at sige ja til at deltage i et projekt, hvor de blev præsenteret for samtykke, videooptagelser, opfølgingsinterviews og andre informationer ved indskrivning. Erfaringerne i den forbindelse var, at det fungerede bedst, når det var behandlere, som var med i projektet, der skulle spørge de unge, om de ville deltage. Således var det behandlere, som kunne formidle projektet og vilkårene på en god måde til de unge. Det kan være med til at sikre rekruttering.

Ved at projektet har været forskningsbaseret, har der været en ret rigid fastholdelse af strukturerne, dels fordi der var tale om et multicenter-lodtrækningsforsøg. Det vil sige, at der var en vilkårlig fordeling af de unge på de fire behandlingsforløb. Og dels fordi der var faste strukturelle elementer, der skulle anvendes. Nogle af disse strukturer/krav har medvirket til, at behandlerne ikke i særlig høj grad har kunnet afvige fra de foreskrevne metoder, så de på en måde blev tvunget til at få erfaring med de nye måder at arbejde på.

### *Support*

I interviewene bliver det fremhævet, at lederne har følt sig hørt og inddraget af Socialstyrelsen. Ledernetværk og support har fungeret godt, og projektet har i det store hele været godt udtænkt.

*"Det har været rigtig godt med kommune-runder, og at behandlerne deltager under de besøg. De byder sig til og er gode til at invitere ind for eksempel til ledernetværksmøder, hvor lederne er med til at tænke kreativt. De [Socialstyrelsen] er lydhør overfor, hvad kommunerne tænker"*

I den forbindelse bliver det pointeret, at det har været afgørende for behandlernes trivsel og projektets succes, at der har været mulighed for support. En anbefaling er derfor, at der er tænkes et støtteelement ind i udbredelsen af MP til nye kommuner. Det kunne for eksempel være en support-kommune, som allerede har implementeret metoden.

*"Det har været rigtig godt at kunne ringe til CRF, som har givet en tydelig og klar retning på, hvad behandlerne skulle gøre. Der er stor risiko for at bevæge sig ud i en blindgyde, hvis der ikke er et sted, man kan stille spørgsmålene"*

*"Noget af det, jeg tænkte dengang, var, at det var spændende at være med i et forskningsprojekt, og det har levet op til forventningerne. Jeg synes, der har været en god dialog mellem os og jer, og Mads, han er jo super hurtig, hvis man spørger ham om et eller andet"*

*"Behandlernes tilbagemeldinger er også, at de er rigtig glade for at arbejde med det på den her måde. Og én af de ting, som de siger, er, at det jo ikke er fordi, de pludseligt har løst alle problemer i komplekse sager, men når de siger, at det har været fedt at være med i MP, så er det, fordi setup'et har været meget professionelt"*

En kommune nævner, at de skulle vænne sig til at blive fulgt så tæt på den måde, når de af CRF blev mindet om ting, de havde glemt, for eksempel statusbreve. Samtidig oplever de at savne det nu.

*"Der har styrelsen været meget fleksible og spurgt ind til, hvad vi kan bruge dem til – og her har styrelsen lagt op til, at de kommer ud lokalt til vidensdelingsmøder"*

Generelt er der ros til Socialstyrelsen og Center for Rusmiddelforskning for support, men selve rollefordelingen har nogle gange udfordret i forhold til, hvem man har skulle henvende sig til. Dobbelt diagnose I/S har også spillet en vigtig rolle, men har samtidig udgjort en tredje part i forhold til, hvem kommunerne skulle henvende sig til med de forskellige spørgsmål. Det er derfor rigtig vigtigt med en tydelig rollefordeling og afklaring parterne i mellem:

*Enkelte gange, hvor der har været afklaringer mellem styrelsen og CRF, som ikke har været clear af, inden det blev meldt ud. Og hvem er det så, der afklarer det, og hvem er det, kommunerne skal henvende sig til i den konkrete sag?*

Således har der været betingelser forbundet med selve opstarten af projektet, herunder hvordan det styres og italesættes af de aktører, som er ansvarlige for projektet. Disse betingelser har givet forskellige udfordringer for behandlingscentrene, som derudover har skulle tilpasse sig projektets rammer og strukturer. Derudover er der en række interne og eksterne betingelser, som både kan understøtte og begrænser centrenes muligheder for at implementere MP.

### Kommunernes eksterne og interne betingelser

Implementeringen af MP's kernekomponenter (behandlingsmetoderne, de strukturelle elementer og den specifikke interventionspraksis) kan påvirkes af kommunernes forskellige eksterne og interne betingelser.

Det er derfor relevant først at se nærmere på, hvilke forudsætninger de ni kommuner havde for at implementere de forskellige elementer i MP, da de startede i projektet.

### *Interne betingelser*

I det følgende vil forskellige interne betingelser blive belyst, som kan have haft betydning for implementeringen af MP og for implementeringsfideliteten. Det er interne betingelser såsom behandlernes baggrund (uddannelse, anciennitet og arbejds erfaring), centrenes indtag af borgere i det hele taget i løbet af projektperioden, herunder antallet af unge og deres hovedstof, samt behandlernes kontakt med de indskrevne borgere og indskrivningstiden. Data baserer sig på et survey, som behandlerne udfyldte forud for projektets start (se bilag). Derudover bidrager de ni kommuners dataindberetninger til Stofmisbrugsdatabasen (SMDB) i 2014, 2015 og 2016 til en beskrivelse af indskrivninger, målgrupper, aldersgrupper og hovedstof. Datasamlingen giver mulighed for at se nærmere på, hvilke betingelser og kontekster centrene skulle implementere MP i.

Alder og anciennitet kan hænge sammen med behandlernes erfaring og træning inden for området. Undersøgelser viser dog, at en høj anciennitet ikke nødvendigvis betyder, at en behandler er mere trænet i at tilegne sig nye terapeutiske metoder eller metodestringens i sin brug af forskellige behandlingsmetoder, og at det i højere grad er et spørgsmål om både, hvordan organisationen er indrettet på selve implementeringen, hvordan processen op til har været, og hvordan selve ledelsen af det foregår (Becan, Knight et al., 2012).

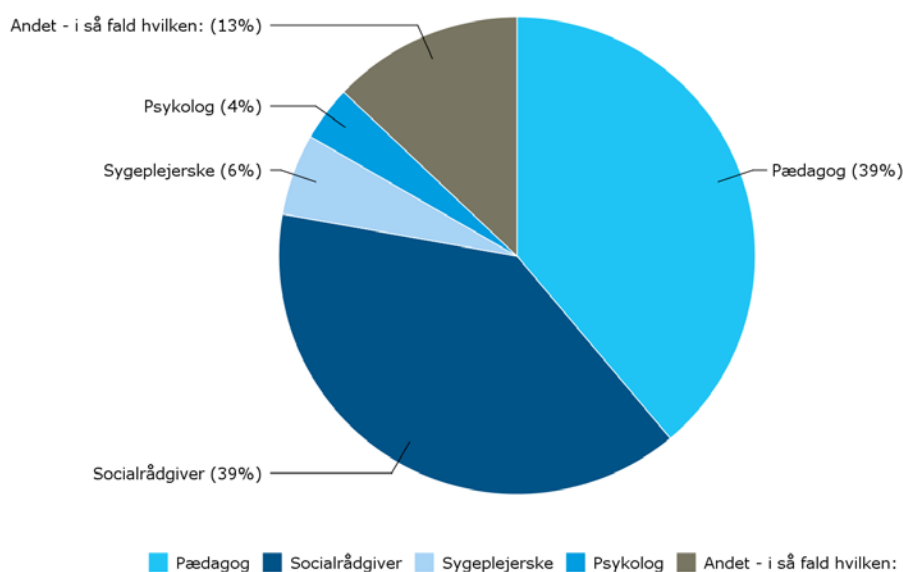
**Tabel 38: Behandlerkarakteristika med alder og anciennitet**

	<b>Gennemsnitlig Alder</b>	<b>antal år med misbrugsbehandling</b>	<b>antal år i nuværende stilling</b>
Kommune1	42	5,9 år	3,1 år
Kommune2	46	7 år	4,1 år
Kommune3	42	7 år	3,4 år
Kommune4	42	6,3 år	3,0 år
Kommune5	47	6,6 år	5,1 år
Kommune6	46	11,5 år	10,5 år
Kommune7	46	12 år	7,6 år
Kommune8	40	5,2 år	4,2 år
Kommune9	37	7,1 år	4,9 år
samlet	43	7,5 år	4,9 år

I gennemsnit er behandlernes alder 43 år, og de har arbejdet med rusmiddelbehandling i gennemsnitligt 7,5 år, mens den gennemsnitlige ansættelse i den nuværende stilling er 4,9 år. Der er en vis variation mellem kommunerne, hvor behandlerne i den kommune med det laveste antal år i rusmiddelbehandling er Kommune 8 med 5,2 år, og i den høje ende ligger Kommune 6 med 11,5 års anciennitet. I forhold til anciennitet i den nuværende stilling er spændet for ancienniteten 3 til 10 år.



Overordnet fordeler behandlernes faglige grunduddannelse sig således:



**Figur 6: faglig grunduddannelse**

Forud for opstart af MP angav 84% af de 50 behandlere, at de anvendte motiverende samtale i deres arbejde, mens 96% af behandlerne havde arbejdet med kognitiv adfærdsterapi. For størstedelens vedkommende er der tale om uddannelse og træning i form af kortere kurser og seminarer, da 96% af behandlerne har angivet at have deltaget i sådanne. 56% angiver, at de har deltaget i terapeutiske uddannelser af mindst 15 dages varighed, og som kan dokumenteres, mens 20% har gennemført et terapeutisk uddannelse af mindst 2 års varighed. Derudover har behandlerne anført, hvorvidt de gennemførte screeningsamtaler med de unge, som de senere hen gennemførte behandlingsforløbet med. Heraf anførte 20% af behandlerne, at de ikke gennemførte screenings-arbejdet med de unge, som de havde samtaler med. Yderligere 30% anførte, at det kun var "nogle gange", mens 50% gjorde det "ofte" eller "altid". Ikke erfaring med både at screeningsarbejdet med de unge, som de senere havde samtaler med.

Udover at behandlernes baggrund er en intern betingelse, er behandlingscentrenes indtag af borgere i behandling ligeledes en betingelse. Hvor stor en andel udgør målgruppen på 15-25 år i forhold til den samlede målgruppe, som indskrives i den respektive kommune? Hvor mange borgere har centrene ud over de unge i MP skulle tilbyde behandling? Det kan have haft en betydning for arbejdspresset generelt i organisationen og for de enkelte behandlere, som var involveret i MP. Tal indberettet til SMDB (Stofmisbrugsdatabasen) i perioden 2014-2026 viser, at målgruppen for MP udgør mellem 45% - 59% i de forskellige kommuner. Det er således omkring halvdelen af borgere indskrevet ved behandlingscentrene, som i princippet er målgruppen, men heraf har nogle af de unge skulle tilbydes en mindre struktureret og intensiv behandlingsform og kunne ikke indskrives i MP. Dette er beskrevet nærmere i effektevalueringen (Pedersen, Pedersen et al., 2017). Sammenholdt hermed er der gruppen af borgere over 25 år, hvilket giver behandlingscentrene en vis arbejdsbyrde, som skal løftes sideløbende med, at MP skal implementeres.

Nedenstående tabel gælder kun borgere mellem 15-25 år, og hvilket hovedstof de har angivet ved indskrivningstidspunktet. Igen er det gældende for hele projektperioden 2014-2016.

**Tabel 39. Fordeling på hovedstof for 15-25 årige indskrevet i årene 2014-2016:**

	N	Opioid	Stimulanser	Cannabis	Andre stoffer
Kommune1	45	4,4%	20,0%	73,3%	2,2%
Kommune2	119	0,8%	5,0%	93,3%	0,8%
Kommune3	507	4,1%	9,7%	85,8%	0,4%
Kommune4	112	9,8%	7,8%	89,6%	1,7%
Kommune5	180	27,8%	2,8%	67,2%	2,2%
Kommune6	126	1,6%	6,4%	92,1%	0%
Kommune7	229	2,2%	9,2%	88,2%	0,4%
Kommune8	135	2,2%	13,3%	82,2%	2,2%

\*der mangler tal for én af kommunerne

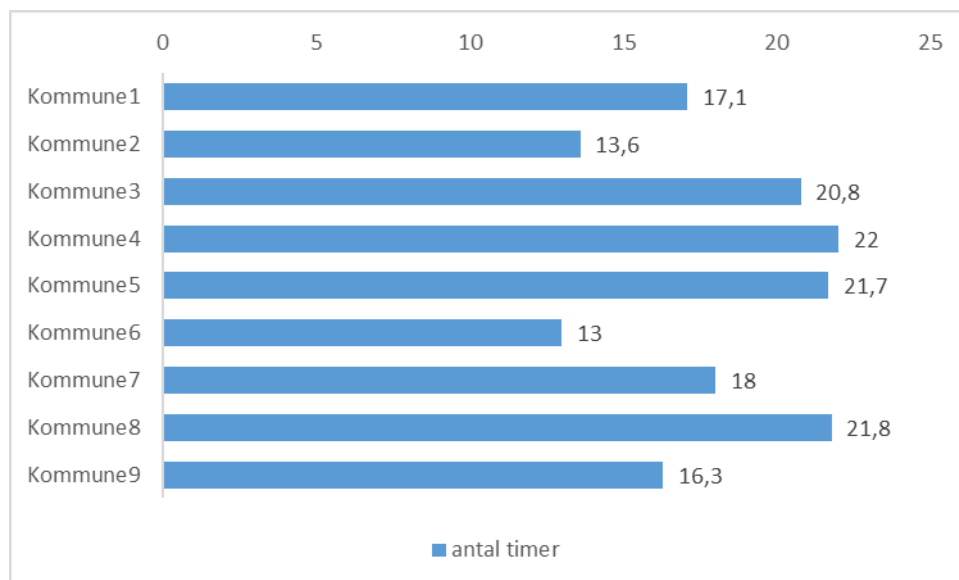
Overordnet var fordelingen af klienternes hovedstof rimelig ens på tværs af kommunerne med en stor gruppe, der søgte behandling på grund af cannabis (67-93%). Indskrevne, der havde opioider eller stimulanser som hovedstof, udgjorde de næststørste grupper, mens kun en mindre del har angivet andre stoffer som hovedstof.

Der er dog lokale forskelle, som har haft en betydning for implementeringen af MP. Kommune 5 har en stor gruppe af borgere under 26 år, der har opioider som hovedstof, idet 27,8% af de indskrevne i den pågældende kommune havde opioider som hovedstof. I en analyse fordelt på hvert år (2014, 2015 og 2016) viser det sig desuden, at andelen af denne gruppe har været stigende i løbet af projektperioden i denne kommune fra 22% indskrevet i 2014 til 35% i 2016. Dette var således en intern betingelse, som gav nogle udfordringer i forhold til at rekruttere til MP, hvor ét af eksklusionskriterierne netop var at have et aktuelt forbrug af opioider.

Derudover er det muligt at se på den gennemsnitlige indskrivningstid og antallet af samtaler, de unge modtog under behandlingen, før projektet startede. I effektevalueringen af 6 og 9 måneders opfølgningerne anvendte vi en kontrolgruppe bestående af unge, som har været indskrevet i de involverede kommuner forud for projektets start i april 2014 (Pedersen, Pedersen et al., 2017). Kontrolgruppen var i alt 139 unge, som blev udvalgt på baggrund af de unges journaler med sæt i deres køn, alder og stofforbrug. Denne kontrolgruppe viste, at den gennemsnitlige indskrivningstid i de ni kommuner forud for MP var 5,68 måneder (inden for et interval fra 0 til mere end 24 måneder), og der blev i gennemsnit givet 5,2 behandlingssamtaler i et behandlingsforløb. Effektevalueringen viste, at indskrivningstiden under MP var tilsvarende, men at de unge indskrevet i behandling fik væsentlig flere samtaler i løbet af deres behandlingsforløb (Pedersen, Pedersen et al., 2017).

Dette kan suppleres med behandlernes angivelser i baggrundssurveyet fra 2014 af, hvor meget arbejdstid de brugte på direkte borgerkontakt før MP. Antallet af timer skal selvfølgelig sammenholdes med, hvorvidt

den enkelte behandler er ansat fuldtid eller deltid, men det viser sig, at variationen i antal arbejdstimer pr. uge forud for MP ikke var stor kommunerne imellem. Det laveste gennemsnitlige antal timer var 13 timer og det højeste var 22 timer.



**Figur 5: Behandler/borger kontakten, antal hele timer med direkte klient-kontakt pr. uge (cirka)**

Der er således variation mellem kommunerne, hvor tiden med den direkte borgerkontakt er lavest i de kommuner som Kommune 6, Kommune 2 og Kommune 9 (13-16,3 timer om ugen). I den høje ende ligger Kommune 4, Kommune 5 og Kommune 8 med mellem 21,7-22 timer om ugen med direkte borgerkontakt.

Opsamlende i forhold til behandlernes baggrund kan det siges, at størstedelen af behandlerne allerede havde erfaring og viden med de terapeutiske behandlingsmetoder, samt med at gennemføre screeningssamtaler. Det er en gruppe af behandlere, som har en arbejds erfaring på mere end 5 år inden for misbrugsbehandling, og for mange af behandlerne har de været ansat i den nuværende stilling i mere end 3 år. De interne betingelser relaterede til behandlernes forudsætninger for at indgå i projektet er således overordnet gode. Der er dog lokale variationer for behandlingstilbuddene, hvor en mindre andel behandlere ikke har arbejds erfaring på området, med at anvende de terapeutiske metoder eller med at gennemføre screeningssamtaler i starten af et behandlingsforløb. Implementeringsfideliteten for disse behandlere behøver ikke nødvendigvis på sigt at være lavere sammenlignet med andre behandlere, men det kan tænkes, at det har krævet mere arbejde i starten af projektperioden.

Derudover har de forskellige behandlingssteder forskellige udfordringer både ved projektets start og undervejs i løbet af projektet, hvad angår indtag, målgrupper og deres hovedstof, timer til borgerkontakt samt behandlingstiden og antallet af samtaler i de enkelte behandlingsforløb.

### Eksempler på interne udfordringer

I interviewene med lederne og andre nøglepersoner på centrene blev forskellige interne betingelser fremhævet som væsentlige i implementeringen af programmet. Det var eksempelvis nedgang i tilgangen af unge, udskiftning af personale på grund af barsel og sygdomme, behov for at uddanne nye til projektet, udskiftning i læge/psykiater-tilknytning på stedet og andre sideløbende projekter, som kan forstyrre den daglige planlægning/behandlertid.

*”MP blev der købt ind på for hurtigt, der blev ikke taget den helt store dialog om det. Det var lidt overnight, at [projekt-ejer] tænkte, der er penge i det her, så jeg tror, at den involvering og dialog fra ledelse til behandlere var dårlig. Forventningerne fra behandlere var ikke-eksisterende.”*

Flere behandlere følte indledningsvist, at projektet var krævende og besværligt, og i nogle kommuner var der udfordringer med at rekruttere til projektet i lang tid, inden man til sidst tog beslutningen om at gøre projektet obligatorisk. Her er det vigtigt at involvere behandlere så tidligt som muligt, når der planlægges nye projekter, så de også er med i processen og kommer til at føle et ejerskab over projektet. Modvilje mod projektet i en opstart er ikke fordrende.

### Flere lokationer

I nogle kommuner har rusmiddelbehandlingstilbuddet været fordelt på flere lokationer, for eksempel i en opdeling for borgere under og over 18 år. Denne opdeling har givet udfordringer i forhold til at igangsætte MP og implementere kerneelementerne. Et eksempel var organiseringen omkring, at en ung under 18 år opsøgte ungeafdelingen, men efterfølgende blev randomiseret til en behandler i voksenafsnittet. Eller for den sags skyld den anden vej rundt. Forhåbningen forud for projektet var, at MP ville styrke samarbejdet mellem de to institutioner og afhjælpe nogle af de eksisterende udfordringer, men undervejs betød en større omorganisering i kommunen, at samarbejdet ikke kunne fortsætte:

*”Det betød, at den organisatoriske gevinst, vi havde håbet på at [få gennem samarbejdet om dem under 18 år], den er så mere eller mindre udeblevet, fordi vi nu er adskilt igen”*

*”Så jeg tænker, at vi egentlig havde lagt det op som noget, at her får vi en anden gevinst end MP, nemlig at få sat fokus på, hvordan samarbejder vi bedre omkring dem [under 18 år], og måske også få set på overgange [fra den ene afdeling til den anden]. Det tror jeg da også, at vi har fået noget ud af, og at vi i dag taler bedre sammen, end vi gjorde før i tiden [...] i hvert fald på behandlerniveau. Vi har ikke rigtigt haft nogen kontakt i lang tid på ledelsesniveau”*

Flere af de deltagende kommuner havde flere behandlingstilbud involveret, og det var en udfordring både på ledelsesniveau og for koordineringen mellem de involverede behandlere. Interne betingelser som flere lokationer kan således have en betydning for implementeringsgraden af kerneelementerne.

Interne udfordringer kan både være med til at udfordre implementeringsprocessen, men projekter kan også være med til at afhjælpe eller resultere i interne udfordringer. Det er vigtigt at være opmærksom på eventuelle lokale interne udfordringer i en implementeringsproces og så vidt muligt tilstræbe at imødekomme udfordringerne så tidligt som muligt. Dette berøres også i det tidligere afsnit

”Projektstart”, hvor det foreslås, at projektlederen undervises i implementeringsproces, og at der sker en tidlig opspring og løsning af eventuelle lokale udfordringer.

Andre eksempler på interne udfordringer kan være som tidligere nævnt, at de involverede behandlere ikke tidligere har prøvet at gennemføre de indledende samtaler med borgerne eller gennemført screeningssamtaler. På den måde får behandleren en helt ny opgave, som skal afprøves og implementeres. Ligeledes var der forud for MP stor forskel på, hvor meget tid den enkelte behandler havde til direkte borger-kontakt og til opgaver såsom forberedelse, registreringer og opfølgninger med unge, der var udeblevet. Med MP blev tiden fastlagt i forhold til samtalerne varighed, og at der skulle være tid til at forberede sig samt at lave de efterfølgende registreringer med videre.

Derudover har interne forhold såsom andre behandlingstilbud, opgaver eller projekter, som forgår sideløbende med implementeringen af MP, en betydning for den arbejdstid, behandlere og ledere har mulighed for at afsætte. Der var også kommuner, som havde en udfordring med, at der ikke kom så mange nye unge til, fordi det var små kommuner, eller at de unge, som henvendte sig, faldt uden for målgruppen samt ikke at forglemme en faktor i forhold til behandlere, som følte en modvilje til projektet.

### *Eksterne betingelser*

De eksterne betingelser for behandlingscentrene er deres organisatoriske placering i kommunerne, deres samarbejdsflader med andre inden for og uden for kommunen, samt den politiske opbakning til MP. Disse betingelser har varieret fra sted til sted, da eksempelvis nogle kommuner var tilknyttet forskellige forvaltninger, samtidig har der flere steder været mange organisatoriske ændringer, som særligt for ledelsen har krævet ekstra opmærksomhed. Skift i ledere og mellemledere udfordrer koordinationen, samarbejdet på tværs af organisationen og det kontinuerlige fokus på implementeringen af MP. En leder for et af behandlingscentrene fortæller eksempelvis, at man før havde et samlet behandlingscenter, der lavede rusmiddelbehandling for både unge og voksne, men at man nu er blevet integreret med indsatser rettet mod samme målgruppe, for eksempel uddannelse. Det virker fornuftigt ifølge lederen, og med centrets fokus på en helhedsorienteret indsats giver det også mening værdimæssigt, fordi de unge først og fremmest er unge, og dernæst har de nogle udfordringer. Men det betyder også, at der er længere til det faglige fællesskab.

*”Primært betyder det, at vi skal være bevidste om, hvilken betydning det har. Det er blevet meget lettere samarbejde til uddannelse og beskæftigelse for eksempel rent praktisk for behandlerne, fordi der foregår flere ting i det fællesskab, så man kender hinanden”*

En anden kommune har været underlagt mange omstruktureringer i projektperioden, som har udfordret projektet, fordi det eksempelvis ikke har været muligt at have en styregruppe, som kunne følge projektet i hele perioden. Det har resulteret i en kaotisk organisering, fordi det netværk, der skulle støtte op om projektet, aldrig kom ordentligt i gang.

*”Vi er gået fra at være et selvstændigt kerneområde under misbrug og forsorg til at komme under socialpsykiatrien og til at komme ind under arbejdsmarkedet. Det er jo tre meget forskellige indgangsvinkler til det samme”*

Her har opfattelsen været, at ledelsen i forvaltningen især havde øje for relationen til arbejdsmarkedet, fordi det var den forvaltning, som de hørte under og derfor i mindre grad misbrugsbehandlingen. Dertil kom, at centret i højere grad samarbejdede med uddannelsesområdet som følge af målgruppen, der er placeret under en anden forvaltning og derfor oplevede, at arbejdsmarkedet ikke var der, hvor de 'naturligt' hørte hjemme. En anden kommune berettede om lignende udfordringer:

*"Der har ikke været den store [ledelsesmæssige] interesse for [projektet]... Det kan undre mig, for vi har et rusmiddelcenter her, som har et budget på omkring 20 mio. eller sådan noget, og jeg kan undre mig over, at der ikke er nogen, der er mere, udover at vi skal levere vores 1 % nedskæringer hvert år ligesom alle andre skal. Så det faglige, det samarbejds mæssige, og hvordan det passer ind i de øvrige tilbud i en beskæftigelsesafdeling, det har været ikkeeksisterende. Vi har i flere år lavet evalueringsrapporter og målgrupperapporter, [...] som vi leverede det ene og andet sted, og vi har aldrig hørt noget til det. Så vi har virkelig tænkt over, hvad kan vi gøre?"*

Den organisatoriske placering har således stor betydning for samarbejder til andre aktører inden for kommunen. Ændringer i den organisatoriske placering eller andre omorganiseringer undervejs i en projektperiode kan skabe stor uro og tage fokus væk fra et projekt. I den forbindelse er det også vigtigt, at der er en ledelsesmæssig kontinuitet højere oppe i den kommunale forvaltning, og at dette niveau ligeledes viser en opbakning til igangværende projekter. Som vi skal se i afsnittet nedenfor, kan dette både være med til at skabe interesse om projektet internt, sparring til ledelsen på selve behandlingstilbuddet, samt styrke en fastholdelse af projektet på sigt, når der ikke længere monitoreres udefra. Dertil kommer også allokering af ressourcer, som kan være understøttet, hvis der er en forvaltningsmæssig og politisk opmærksomhed på projektet.

### *Politisk opbakning*

Desuden har den politiske opbakning i kommunerne haft en betydning i forhold til ledernes motivation for at implementere MP. I et par kommuner har MP været en del af den politiske dagsorden og i en af kommunerne var det en italesat dagsorden, at MP skulle være en del af opkvalificeringen af hele rusmiddelbehandlingen. Den politiske opbakning (eller i nogle kommuner mangel på samme) har en betydning for de videre muligheder i centrene på ledelsesniveau:

*"Det kræver ressourcer at løfte kvaliteten i behandling. Og det er MP egentlig et meget godt eksempel på. Og for mig bliver det en god løftestang for mit niveau over mig – også på det politiske niveau, det er faktisk der, det starter. Og sige, at der er faktisk en sammenhæng mellem tingene, og vi har rigtig god opbakning fra det politiske niveau"*

Fordi det er en stor opgave at skulle implementere en behandlingsmodel og sikre varigheden af indsatsen, oplevedes det også som væsentligt med en god politisk/organisatorisk stabil opbakning, som kunne fungere som løftestang for ledelsen. Der er mange væsentlige aktører, der spiller ind på de beslutninger, der tages. Samtidig betyder det også noget for behandlerne, at der er opbakning til det, de foretager sig i hverdagen.

### *Relevante samarbejdspartnere*

Kommunerne har haft meget forskellige mulige samarbejdsflader, hvor eksempelvis nogle behandlingscentre havde deres egen læge og/eller psykiater tilknyttet, mens andre ikke havde. Derudover har der været en varierende kontakt til lokalpsykiatrien. Det gav forskellige handlemuligheder i kommunerne i forhold til at iværksætte supplerende indsatser for unge i MP, som havde brug for eksempelvis hjælp til psykiske problemer.

For nogle kommuner var kontakten til relevante samarbejdspartnere igangsat eller veletableret ved projektstart, mens andre kommuner oplevede, at projektet kom til at sætte fokus på det tværfaglige samarbejde:

*"Har MP haft betydning for samarbejdsfladerne?"*

*Ja, det har det. [...] jeg kan høre, at behandlerne siger, at "vi har jo forpligtet os i at arbejde helhedsorienteret". Og det, tror jeg, er kommet med MP. Jeg tror også, man har gjort det tidligere i det omfang, det nu var muligt og gav mening. Det er jo ikke bare sådan sort/hvidt på den måde; men jeg tror, at der er kommet et andet fokus på det, og hvilken betydning det har for rusmiddelbehandlingen også at få inddraget de andre aktører i, hvad der er på spil. Det der med at sige, "altså vi kan godt arbejde med rusmiddelbehandling, men hvis der er alle mulige andre ting på spil og det er en barriere for det, så bliver vi jo nødt til at få kigget på det også"*

Derudover nævner andre også, at de er blevet tydeligere på deres kerneopgaver i forhold til det tværfaglige samarbejde. Implementering af MP har dermed gjort det mere klart, hvad der er behandlernes opgave, og hvornår det er relevant at inddrage andre fagprofessioner.

*"Det med at have en forståelse for alle dele af den unges liv, og at vi er nødt til at hive dem ind, som er ansvarlige for det. Men det er et stort arbejde – men giver rigtig god mening. Og jeg tænker, at på den lange bane, så er det mindre omkostningsfuldt rent ressourcemæssigt [også for den unge]"*

En del behandlere udtrykker, at MP har været med til at tydeliggøre deres egen faglighed, hvilket har givet dem en tydeligere profil og dermed et andet ry som behandlingscenter:

*"MP har, som en del af hele den her opkvalificering af hele rusmiddelcenteret, haft en betydning. Centeret har fået et helt andet ry blandt samarbejdspartnere, for tidligere har vi jo hørt det her med, 'de unge vil ikke ned til jer', men der er mere af, 'når de kommer ned til jer, så er de simpelthen så glade' og jeg hører mere, 'de vil godt gå derned'. Der er sket et skred, der er gået hul på noget, og det er der så også, tænker jeg, fordi de kommer tilbage til deres lærer, mentor eller deres, hvem end det nu er, og siger 'det giver bare rigtig god mening'. Og der er også nogle unge, som selv italesætter MP, når de går tilbage og siger 'jeg er en del af det her', og det er der også noget betydning i. 'Det er professionelt, og jeg kan mærke, at det, jeg bliver taget imod med, er professionelt'. Så det er der helt sikkert sket et skred i."*

Dermed kan forskellige interne og eksterne betingelser i kommunerne på den ene side give kommunerne gode betingelser for at implementere MP, når der eksempelvis er politisk bevågenhed og opbakning på

forvaltningsniveau. Når behandlerne fra en start involveres i beslutningen om at implementere MP og bakker om den. Når der er ressourcer til at tilbyde ugentlige samtaler og kollegial sparring især i den indledende fase, hvor metoderne skal læres. Der kan også være betingelser, som virker hindrende for implementeringen, såsom interne omstruktureringer eller centerets organisatoriske placering i forvaltningen.

### Erfaringerne med uddannelse i Metodeprogrammet

Dobbeltdiagnose I/S har stået for at uddanne og supervisere behandlerne i motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi. Inden projektopstart deltog behandlerne i 8 uddannelsesdage på internat og har efterfølgende modtaget løbende supervision fordelt over hele projektperioden med størst intensitet i starten. Selve metoderne opleves som relevante og brugbare og er for nogle kommuner det metodiske grundlag i hele behandlingscenteret. Med undervisning og supervision er det blevet tydeligere for dem, hvad omdrejningspunktet er for behandlingen og det at anvende metoderne. Generelt er tilbagemeldingen, at de to metoder opleves som gode tilgange sammen, selvom der også er et vedvarende arbejde med at anvende metoderne i praksis, for eksempel nævnes de komplekse refleksioner i motiverende samtale, som noget, der har givet anledning til mange faglige snakke.

Den faglige specialisering, som MP har givet, nævnes som en fordel bredt i kommunerne, men det har taget tid, før behandlerne også har mærket, hvad metoderne har givet dem, og før fagligheden kunne spilles ud. Undervisningen i starten har ikke kunne stå alene. Flere fortæller, at de havde forventet mere af niveauet for selve undervisningen i starten af projektet. De ville gerne være udfordret mere i undervisningen, havde ønsket, at det var en tillæg til den uddannelse, som de havde i forvejen.

*”det, der var irriterende ved introkurserne, var, at de skulle spænde så vidt [niveau-mæssigt], der var folk i lokalet, der ingen erfaring havde og så var der psykologer, altså det var meget bredt, så niveauet blev også derefter. Det er ikke nogen kritik af undervisningen sådan set, det var bare, at det var alt for bredt”*

Men undervisningen har ikke stået alene. Behandlerne har modtaget supervision i par med en anden kommune, mens den niende kommune fik særskilt supervision. Det har nogle været glade for, andre synes det har været svært at samle to forskellige kommuner i samme supervisorsrum.

*”Supervisionen fungerer godt nu, fordi det er så konkret og så teknisk”*

Supervisionen er der, hvor man kan reflektere over metoderne, mens man begynder at anvende teorien i praksis, og supervisionen er derfor vigtig, hvis en ny metode skal blive til en fast del af behandlingsarbejdet. Supervision har altså været en stor fordel i forhold til at anvende de metoder, der har været undervist i:

*”Og så synes jeg det med, hvor vi fik analyseret en video og blev stillet en opgave med noget, vi skulle fokusere på, det var grænseoverskridende, men det var faktisk meget givtigt, det er faktisk den tilbagemelding, jeg har fået fra alle”*

God undervisning og supervision er afgørende for implementering og fastholdelse af metoder. I interviewene med lederne fremhæver flere undervisernes skriftlige evalueringer af behandlerne på baggrund af videomateriale som et rigtig godt element. Det er en tidskrævende størrelse, men meget



anvendelig og noget, som behandlerne godt kunne tænke sig mere af, altså mere praktisk anvendelse af videomaterialet og en en-til-en evaluering.

Studier indenfor implementeringsforskning viser, hvordan et reelt kompetenceløft ikke kan ske blot ved at sende medarbejdere af sted på 1 dages seminar, men at det kræver opfølgning med supervision og gerne en egentlig analyse af, hvorvidt selve praksis ændres (Walters, Matson et al., 2005). I forhold til det sidstnævnte anbefales det, at optagelser af praksis kodes og rates, hvilket har været tilfældet i MP med videooptagelserne af behandlingssamtalerne og den opfølgende supervision herpå.

Det kan være meget tidskrævende at arbejde med videoer, hvis der er ønske om, at supervisor skal analysere en hel samtale, men videoen kan også anvendes i plenum. Videomateriale skaber et godt refleksionsrum, fordi man kan se noget andet, end når man sidder i en samtale og skal holde fokus på mange ting samtidig, for eksempel verbal og nonverbal kommunikation, metoderne, hvor er man på dagsordenen, hvad er lige blevet sagt, og hvad vil jeg gerne sige.

Fastholdelse af det implementerede kræver en løbende supervision for at bevare et vedvarende fokus på implementeringsfideliteten. Det er ikke kun en erfaring fra kommunerne, men også en konklusion i en række studier på området (Otowa, York et al., 2014). Supervisionen muliggør, at behandlerne ikke kun i projektets start, men også løbende kan mødes med underviserne og drøfte metodemæssige spørgsmål. Det kræver dog, at organisationerne afsætter tid til behandlernes forberedelse, så udbyttet af supervisionen sikres:

*"den supervision, vi har fået, har på sigt været rigtig god til at gøre os meget mere skarpe i at benytte os af metoderne, både MI [motiverende samtale] og det kognitive. Vi havde nogle stykker i starten, hvor der ikke var så meget at sige, men det synes jeg så, at Søren og Eline [underviserne] har været gode til, de indførte nogle ting med, hvor man skulle forberede nogle ting fra gang til gang og vi indførte selv sådan en for-supervision, hvor vi snakkede sammen om, hvad vi ville bruge tiden til og har alle noget, de vil tage op. Og det har altså gjort, at vi har fået væsentligt mere ud af det"*

Brugen af videoer som en del af træningen er forbundet med ambivalens hos behandlerne. Nogle har undervejs i projektperioden fundet brugen af videoerne både omstændelig og ubehagelig. Det har både været de praktiske elementer med blandt andet at finde kamera frem, tjekke batterier og sætte optagelsen i gang, men også følelsen af at alle andre kan se alle de fejl, man begår i en behandlingssamtale. Dette afspejler sig muligvis i besvarelserne fra behandler- og ledersurveys 2018, hvor 42% af behandlerne oplever, at videooptagelserne kun i mindre/nogen grad eller slet ikke kunne anvendes som supervisionsredskab:

**Tabel 40: Kunne videooptagelserne anvendes som supervisionsredskab?**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
Behandlerne, n= 33	3%	3%	39%	36%	15%	3%
Lederne, n= 9	0%	0%	22,2%	22,2%	44,2%	11,1%

Brugen af videooptagelse har ligeledes været svær at bevare i fastholdelsesfasen, hvilket vil blive beskrevet i næste afsnit.

En stor del af kommunerne har ment, at projektet ville være planlagt bedre, hvis der havde været mere supervision i slutningen eller i midten af projektet og mindre i starten, hvor der også var mange andre praktikaliteter (for eksempel vedrørende randomisering, strukturer, monitorering, brug af UngMap) at få styr på.

*”Interviewer: Er der noget, som ikke har levet op til jeres forventninger?”*

*Nej, det synes jeg faktisk ikke. Det synes jeg faktisk ikke, at jeg kan sige. Det kunne måske være lidt omkring opbygningen af projektet, hvor blandt andet supervision og undervisning tynder ud, hvor der måske også – i hvert fald i supervisionsdelen – jamen, så er man kommet til at kende hinanden, og det er måske der, hvor man får mere og mere ud af supervisionen i den sidste ende. Jeg kan godt forstå tanken om, at det er i starten, hvor at ”nu er vi i gang” og så skal der kløes på der; men det jeg hører, det er, at det er lidt ærgerligt, at det bliver så sjældent, for nu har vi faktisk rigtigt meget at snakke om. Og hvor der kan være en tryghed i at have den der supervision sammen. Men det er vel svært at vide på forhånd, hvordan sådan noget vil fungere”*

Det er således vigtigt med løbende og konkret supervision for at sikre fastholdelse af strukturer og samtaleteknikker efter endt undervisning. Særligt supervisionen, som har indeholdt en tilbagemelding på en konkret samtale, er blevet rost af behandlerne. En anbefaling på bagsiden af MP kan være, at der i fremtidig supervisioner benyttes videooptagelser, og her kan kodeguiden SBIRT-MP anvendes som et fælles blik på, hvad der er kerne-elementer i den motiverende samtale og den kognitive adfærdsterapi. Med afsæt i en udvalgt samtale eller en samtalesekvens, som behandleren optager, kan erfaringerne deles i en mindre gruppe, hvor man som behandler føler sig tryk.

### Fastholdelse: hvordan går det i dag?

Dette tema omhandler fastholdelsen af MP efter den forskningsmæssige monitorering ophørte. Det er velkendt, at der er en proces og et stykke arbejde i tiden mellem, man bliver undervist i en metode eller model, og til der rent faktisk sker en forankring af metoder/strukturer i hverdagen. Her vil vi se på, hvordan der blev arbejdet med de strukturelle elementer, efter randomiseringsfasen ophørte, og fastholdelsesfasen påbegyndte. En periode, hvor de enkelte kommuner i højere grad kunne tilrette MP til egne betingelser. I denne del af analyse anvender vi logbøger på unge indskrevet efter april 2016, og vi vil se på, hvilke unge der indskrives samt betydningen af de strukturelle elementer set i forhold til antal samtaler og stoffrihed. Fastholdelsesfasens resultater (april 2016 til april 2018) vil her blive sammenlignet med randomiseringsfasens resultater (september 2014–april 2016). Desuden bliver behandlernes besvarelser fra 2018 surveyet inddraget. Her har behandlerne anført, i hvilken grad de arbejder med de enkelte elementer efter randomiseringsfasens ophør.

Afslutningsvist bliver projektets overordnede betydning belyst ved hjælp af behandlernes og ledernes svar på 2018-surveyet og de erfaringer, som lederne har gjort i forhold til at implementere MP og fortalt om i lederinterviewene.

### *Fastholdelsesfasen: i hvilken grad er Metodeprogrammet stadig en del af praksis?*

Den såkaldte fastholdelsesfase går fra april 2016 til december 2018, men da implementeringsrapporten udarbejdes, mens projektperioden endnu ikke er afsluttet, er data gældende for indskrivninger fra april 2016 til april 2018. I denne periode er 734 unge begyndt i MP. Heraf er 512 unge kommet til 1. samtale, og det er denne gruppe, som er udgangspunktet for de følgende analyser.

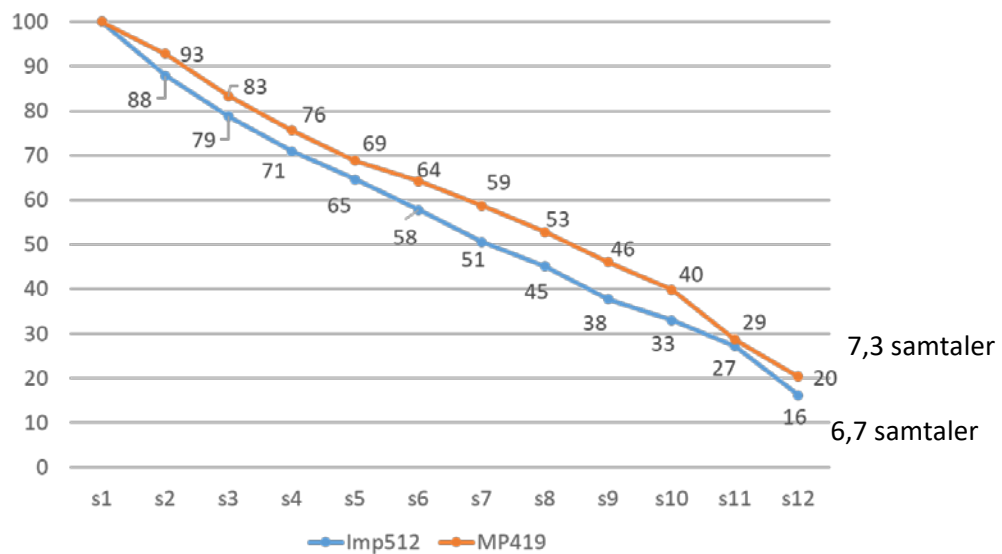
Som nedenstående tabel viser, er gruppen af unge, som indskrives i MP i de to faser, rimeligt ens. Sammenlignes fastholdelsesfasen med randomiseringsfasen, bliver flere unge under 18 år indskrevet, der indskrives flere med psykiatriske diagnoser, færre med en LAV-profil<sup>2</sup> og flere med en høj stofbelastning i fastholdelsesfasen:

**Tabel 41: sammenligning af de unge, som indskrives i de to faser (mindst én samtale efter UngMap)**

	<b>Fastholdelsesfasen</b> n = 512 %	<b>Randomiseringsfasen</b> n = 419 %
15-17 år	18,0	12,7
18-25 år	82,0	87,3
Kvinder	24,8	23,9
Mænd	75,2	76,9
ADHD	22,1	19,9
Anden diagnose	21,9	20,1
Diagnoser samlet	37,5	32,7
Stof12+	55,9	62,3
LAV	21,5	28,4
SIP	20,5	18,4
SEP	38,5	36,5
SEIP	19,6	16,7

Antallet af samtaler, som de unge modtager i løbet af et behandlingsforløb på 12 samtaler, er ligeledes rimeligt ens, når de to faser sammenlignes:

<sup>2</sup> Profilerne LAV, SIP, SEP og SEIP dannes på baggrund af UngMap-skemaet, og hvorvidt de unge kun har få problemer (gruppen LAV), primært internaliserende problemer (SIP), primært eksternaliserende problemer (SEP) eller en kombination af internaliserende og eksternaliserende problemer (SEIP). For mere information se (Pedersen, Pedersen et al., 2017).



**Figur 7: drop out og gennemsnitligt antal samtaler i de to faser**

Således modtog unge indskrevet under randomiseringsfasen i gennemsnit 7,3 samtaler, mens unge i fastholdelsesfasen i gennemsnit modtog 6,7 samtaler. Dog kan nogle unge i fastholdelsesfasen stadig være indskrevet, og tallet kan derfor være højere for denne gruppe.

Betydningen af gavekort spiller også ind på antal samtaler i fastholdelsesfasen. Unge, som får gavekort i fastholdelsesfasen, modtager i gennemsnit 7,7 samtaler, mens unge, som ikke får gavekort i gennemsnit modtager 5,4 samtaler. Under randomiseringsfasen var forskellen 7,4 samtaler for gavekortsgruppen og 5,8 samtaler for unge, der ikke fik gavekort. I følgende tabel viser voucherens betydning sig set i forhold til profilerne (LAV, SIP, SEP og SEIP) for unge i fastholdelsesfasen. Det er således et element, som det kan anbefales at føre videre:

**Tabel 42: Andelen, som gennemfører primærbehandlingen (12 samtaler)**

	+gavekort	- gavekort
LAV	20,8% (n=24)	10,5% (n=86)
SIP	21,4% (n= 28)	13,0% (n=77)
SEP	23,7% (n=148)	6,1% (n=49)
SEIP	18,4% (n=76)	4,2% (n=24)

### *Hvordan går det de unge?*

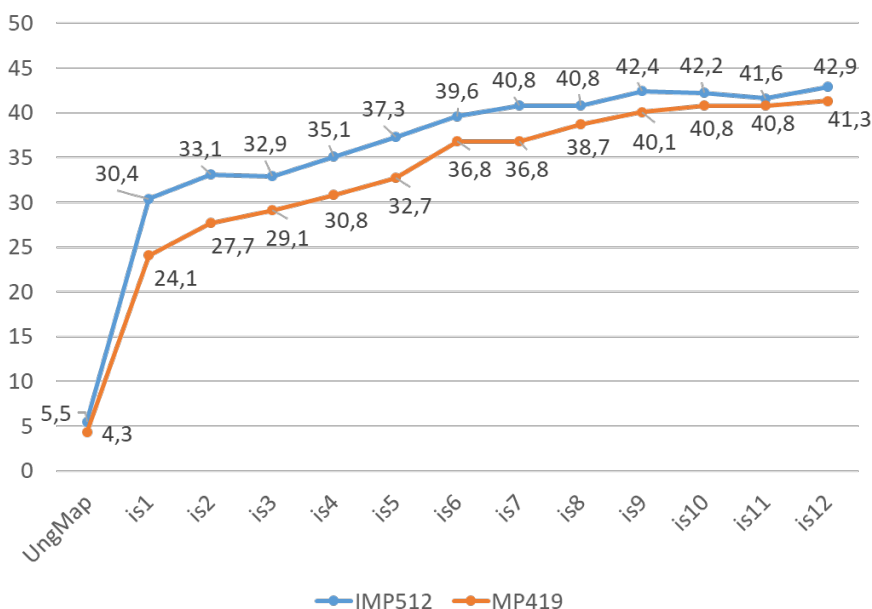
I løbet af behandlingsforløbet stiger de unges trivsel. Det gør sig både gældende for behandlingsforløb under fastholdelsesfasen og randomiseringsfasen:

**Tabel 43: udviklingen i trivsel**

	Trivsel score, fastholdelsesfase n = 512		Trivsel score, randomiseringsfase n = 419	
	Ind	Sidste samtale (max 12)	Ind	Sidste samtale (max 12)
LAV	6.7	7.4	6.5	7.3
SIP	5.0	6.2	4.4	6.3
SEP	6.6	7.3	6.8	7.2
SEIP	4.9	6.2	4.8	6.1
ADHD	6.0	6.9	5.8	6.5
Anden diagnose	5.5	6.0	5.2	6.2
Alle diagnoser	5.8	6.5	5.5	6.3

Som tallene viser, sker der en stigning i den gennemsnitlige trivselsscore for unge, som indskrives i MP. Ved den sidste samtale er der sket en stigning for alle grupper, og sammenlignes fastholdelsesfasen med randomiseringsfasen, er trivselsscoren ved den sidste samtale stort set på samme niveau for samtlige grupper.

Andelen af unge, som ikke har et forbrug af rusmidler, er ligeledes stort set den samme, når de to faser sammenlignes, og efter 12 samtaler har mellem 41,3% og 42,9% ikke haft et forbrug af stoffer ugen op til samtalen:



**Figur 8: andelen af stoffrie ved hver samtale, de to faser sammenholdt**

Overordnet peger analysen på, at de unge, som indskrives i MP, stadig modtager det samme høje antal samtaler, og det har stadig en betydning, om behandlerne udleverer gavekort til de unge som en del af behandlingen. De unges trivsel stiger under behandlingsforløbet, og en lige så stor andel af de unge bliver stoffri under behandlingsforløbet i fastholdelsesfasen sammenlignet med randomiseringsfasen i projektet.

### *Behandlernes anvendelse af de strukturelle elementer*

Men hvordan oplever behandlerne selv arbejdet med de strukturelle elementer i denne anden fase af projektet? Anvender den enkelte behandler elementerne, og i hvilken grad er det en del af behandlingsarbejdet med de unge.

**Tabel 44: Anvendelse af de strukturelle elementer i fastholdelsesfasen**

Hvor ofte gør du følgende i dag?	aldrig	engang imellem	Ofte	meget ofte	altid
Bruger UngMap som redskab til screening af de unge?	0,0	9,1	15,2	<b>27,3</b>	<b>48,5</b>
Bruger feedback til den unge med udgangspunkt i UngMap?	6,1	6,1	12,1	<b>33,3</b>	<b>42,4</b>
Formulerer en behandlingsplan ud fra de oplysninger, du fik fra UngMap?	6,1	18,2	<b>12,1</b>	<b>30,3</b>	<b>33,3</b>
Formulerer en egentlig kontrakt ud fra UngMap, som I begge underskriver?	15,2	<b>15,2</b>	<b>21,2</b>	<b>27,3</b>	21,2
Bruger TEM som et element i behandlingen af de unge?	6,1	9,1	<b>15,2</b>	<b>30,3</b>	<b>39,4</b>
Bruger dagsorden som et redskab i behandlingen af de unge?	0,0	0,0	12,1	<b>42,4</b>	<b>45,5</b>
Bruger mobil-påmindelser som et redskab til at huske den unge på sine aftaler?	3,0	0,0	9,1	<b>33,3</b>	<b>54,5</b>
Bruger gavekort som redskab i behandlingen af de unge?	6,1	6,1	<b>48,5</b>	12,1	27,3
Bruger statusbreve som redskab i behandlingen af de unge?	6,1	<b>21,2</b>	<b>39,4</b>	<b>18,2</b>	15,2
Bruger opfølgende telefonsamtaler som et redskab i behandlingen af de unge?	6,1	<b>27,3</b>	<b>21,2</b>	<b>21,2</b>	24,2
Bruger opfølgende personlige samtaler som redskab i behandlingen af de unge?	3,0	<b>18,2</b>	<b>24,2</b>	<b>33,3</b>	21,2
Bruger hjemmeopgaver som redskab i behandlingen af de unge?	0,0	9,1	21,2	<b>51,5</b>	<b>18,2</b>
Bruger videoer som supervisionsredskab?	<b>48,5</b>	<b>42,4</b>	3,0	6,1	0,0
Holder møder for at holde fast i praksissen fra MP?	<b>9,1</b>	<b>36,4</b>	<b>33,3</b>	12,1	9,1

Behandlernes angivelser af den grad, de anvender de enkelte elementer som redskaber i deres nuværende behandlingspraksis, viser følgende:

- 1: Elementer som UngMap, feedback, dagsorden hjemmeopgaver og sms-påmindelser bliver brugt af stort set alle behandlerne i høj grad eller meget høj grad som redskab i behandlingen
- 2: Elementer behandlingsplan med afsæt i UngMap og anvendelse af TEM bliver brugt i varierende grad
- 3: Elementer såsom kontrakt ud fra UngMap, gavekort, statusbreve og opfølgningssamtaler bliver kun brugt af halvdelen af behandlerne eller mindre i høj/meget høj grad.

Derudover viser tabellen, at videooptagelser stort set ikke længere anvendes som et supervisionsredskab. I interviewene med lederne bliver det tydeligt, at flere behandlingssteder har fravalgt videooptagelser af behandlingssamtaler i fastholdelsesfasen. For de behandlingssteder, som fortsat ønskede at optage og bruge samtalerne internt, har det vist sig svært at fastholde elementet og afsætte den nødvendige tid til det i en travl hverdag, efter det ikke længere har været et krav fra vores side.

### *Tilbageblik på projektets overordnede betydning*

Behandlerne og lederne har givet en tilbagemelding på projektets overordnede betydning i de to surveys fra 2018. I tilbageblikket anfører behandlerne, at MP "i høj grad/meget høj grad" har haft en betydning på områder såsom en fælles faglig referenceramme for medarbejderne (82%), at det har ændret deres praksis (58%) og at de er blevet dygtigere behandlere (63%).

Det samme gør sig gældende på mere projektstyrings-relaterede områder, såsom om der er blevet taget hensyn til medarbejderne i løbet af processen (67%), og om måden at arbejde på passer ind i egne arbejdsgange og med eget temperament (85%). På spørgsmålet om de nødvendige ressourcer er til stede for at fortsætte med elementerne fra projektet, har 49% anført "i nogen grad". Ledernes besvarelser er overordnet set mere positive og placerer sig i svarene "i høj grad" og "i meget høj grad". En undtagelse er dog spørgsmålet om ressourcer, hvor 67% af lederne i mindre eller nogen grad mener, at de har de nødvendige ressourcer til at fortsætte med elementer fra MP.

**Tabel 45: Projektets overordnede betydning**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant grad
<b>I hvilken grad synes du, at I har de ressourcer, der kræves for at fortsætte med at bruge de effektive elementer i behandlingen?</b>						
Behandlere, n=33	0%	6%	49%	30%	5%	0%
Ledere, n=9	0%	11%	56%	22%	11%	0%
<b>I hvilken grad synes du, at MP har givet dig og dine kollegaer en fælles referenceramme? / har givet jeres organisation en fælles referenceramme</b>						
Behandlere, n=33	0%	0%	18%	49%	33%	0%
Ledere, n=9	11%	0%	0%	33%	56%	0%
<b>Er du blevet en dygtigere behandler af at være med i MP? / I hvilken grad synes du, I er blevet behandlingsmæssigt dygtigere af at være med i MP?</b>						
Behandlere, n=33	0%	3%	33%	30%	33%	0%
Ledere, n=9	0%	0%	0%	56%	33%	11%

I hvilken grad synes du, at måden at arbejde på passer ind i egne arbejdsgange/temperament? /måden at arbejde på passer ind i jeres organisation?						
Behandlere, n=33	0%	0%	15%	70%	15%	0%
Ledere, n=9	0%	0%	11,1%	44,4%	44,4%	0%
Jeg er tilfreds med den måde, der er blevet taget hensyn til mig og mine behov i processen? /hensyn til jeres behov i processen?						
Behandlere, n=33	0%	3%	30%	49%	18%	0%
Ledere, n=9	0%	11%	11%	44,4%	33,3%	0%
I hvilken udstrækning oplever du, at du og dine MP-kolleger har ændret praksis? / at I har ændret praksis?						
Behandlere, n=33	0%	6%	36%	49%	9%	0%
Ledere, n=9	0%	0%	33,3%	44,4%	22,2%	0%

Hvordan har de arbejdet med det i kommunerne? Hvad virker godt, og hvad udfordrer? I lederinterviewene gennemført i sommeren 2017 fremhæver forskellige ledere, hvordan en implementeringsproces kræver løbende opmærksomhed og en tovholder:

*"Det kræver tid og opmærksomhed at implementere en hel model, og det er vigtigt med en person, der fungerer som indpisker og finder ud af, hvordan arbejder vi systematisk med det, så det bliver en metode?"*

Selve det at implementere en hel behandlingsmodel er ikke noget, der sker over en nat. Tværtimod kræver det rigtig meget tid og fokus af behandlerne samt vedholdenhed. Det kræver fælles fodslag i organisationen, og at behandlerne er inddraget i beslutningen om at indføre en ny behandlingsmodel:

*"Det kræver meget af behandlere at køre ind på noget nyt [en hel behandlingsmodel]"*

*"Det her med at implementere et helt program for behandling, det er ikke bare noget, man gør. Det er en vigtig læring, når man skal ud at sælge til andre kommuner. Uanset om det er godt eller skidt, så tager det bare rigtig lang tid, og det skal man have med ind i overvejelserne og de behandlere, der skal være en del af det, skal vide, at det er en proces, der tager tid, men det bliver godt, når I er igennem"*

Det at have en nøgleperson eller en projektleder er af afgørende betydning. Det støtter flere kommuner op om. En anden kommune tilføjer:

*"Det er rigtig godt for forankring af projektet, at det er så lang en tidsramme og så stort et projekt. Det gør implementeringen mere robust. Der er noget sikkerhed på nuværende tidspunkt [3 år efter opstart] i forhold til selv at tage stilling til tingene inden for projektets rammer. Der holdes fast i metoder, redskaber, strukturer"*

Tidsrammen har stor betydning i forhold til at blive fortrolig med projektets rammer og indhold i modellen, så behandlerne lærer modellen at kende og kan holde fast i metoder, redskaber og strukturer efterfølgende. Netop metoder, redskaber og strukturer smutter nemt i en travl hverdag, så det kræver et løbende fokus for at holde fast i det:



*"Der er mange strukturelle og praktiske elementer, som er helt nye og svære at få ind i hverdagen, men det går hen og bliver et skelet, der er rigtig rart at læne sig opad. Nu kører det bare, selvom der er ting, der kan blive bedre. For eksempel statusbreve kan være svære at huske, hvor venlige opkald fra CFR har været en hjælp"*

Nu skal kommunerne på egen hånd huske de forskellige elementer, og der kan det være en hjælp at få opbygget systemer, som sikrer en fastholdelse af de nye elementer, som skal implementeres, så det ikke forsvinder i en travl hverdag, når Socialstyrelsen eller CRF efter randomiseringsperioden ikke længere monitorerer eksempelvis logbøger og sender påmindelser om manglende aktiviteter.

Nogle af elementerne i projektet har været med til at holde fokus på netop elementerne/metoderne, så de blev anvendt og afprøvet. Kameraer, logbog, supervision har eksempelvis været redskaber, der har gjort, at behandlerne er blevet mindet om at anvende de terapeutiske metoder og strukturelle elementer. Derfor spørger nogle af kommunerne sig selv, hvordan de sikrer at fastholde den samme skarphed? En kommune fortæller eksempelvis, at den lange projektfase har lært dem, at en tæt opfølgning er vigtig. Derfor har de indført ugentlige møder med fokus på at fastholde stringens og på at holde fast i metoderne. Det påtænker de at fortsætte med, særligt hvis det besluttet ovenfra, at programmet skal implementeres bredt til hele tilbuddet.

En projektleder fra en anden kommune tilføjer:

*"det kræver også lidt at holde fast på projektet og udvikle det. Der er stadig ting, vi har oppe hver uge, alle mulige udfordringer, men også gode historier, altså hvad har du oplevet, der fungerede godt. Den der fortælling med nogen, der har taget sit statusbrev frem og siddet og læst det i en svær situation, den er altså også vigtig at få med, så det ikke bare er irriterende at skrive dem hver måned"*

Med afsæt i ovenstående foreslår vi, at behandlingscentre afholder ugentlige møder i den behandlergruppe, som arbejder med behandlingsmodellen med fokus på metoder/strukturer, udfordringer og gode oplevelser. Det kan være en fordel, at alle forbereder sig til de ugentlige møder.

### *Udfordringer for implementering og fastholdelse*

Beslutningen om, hvor bredt metoden udbredes på et behandlingscenter, kan også have en betydning for, om modellen bliver et fast eller fragmenteret behandlingstilbud. De behandlere, der foretager behandling som hidtil, er ikke nødvendigvis interesserede i at ændre praksis. Det er derfor pt. forskellige behandlingstilbud, som de unge bliver tilbudt i nogle af de kommuner, der har kørt MP (der er uddannet 5 behandlere som en del af projektet hvert sted).

*"[hos os], jamen, der hvor der er individuel behandling, ja, der bruger man det til rigtig mange, men der er stadigvæk, hvis der er en overtilgang af borgere, der vil derind, jamen så de behandlere, der ikke har været med i MP, kører deres stil, og ellers er det gruppebehandlingen, der er et tilbud, ikk? Så det er jo der, hvornår skiller du fra det ene til det andet, er det individuelt, er det gruppe eller er det, hvornår passer du ind i noget?"*

En beslutning, som flere af kommunerne står overfor på interviewtidspunktet, er netop, om behandlingsmodellen skal implementeres bredt og om de ska have flere behandlere inkluderet.

*"Men der er en medarbejdergruppe, der er skeptiske, og min personlige vurdering er, [at det handler om] den her forventning om, at man må afgive metodefrihed [...]. Og du kan sige, vi havde jo udfordringen her i kommunen, at video [optagelserne, red.] var noget, de stejlede rigtig meget på, da vi startede dengang, og man kunne slet ikke se meningen med projektet, hvorfor skulle man det her. Og noget af den modtand er der stadigvæk"*

En udfordring kan således være skepsis fra andre medarbejdere på aktiviteter og elementer som for eksempel det at skulle optage video eller helt enkelt, hvis medarbejderne ikke kan se meningen med det arbejde, de skal lave. For at forhindre fragmentering er det derfor vigtigt at få kommunikeret, hvorfor det giver mening at ændre praksis. I ét af interviewene med en projektleder minder vedkommende sig selv om, at det er vigtigt at møde den skepsis, og at når de tænker tilbage, så havde de også selv oplevelser, der kan tale ind i det:

*"[jeg kan] huske, hvor mærkeligt det kan være i starten at anvende de nye metoder i praksis, der er en indkøringsfase"*

*"Det føltes som om, man blev frarøvet frihed i starten, men nu er det mere, at der er frihed i rammerne. Man skal lige finde ud af, hvad der er okay inden for stringensen, og hvor meget du kan bringe i spil af din egen stil"*

Det er vigtigt at finde sin egen stil og en naturlighed i at bruge selve metoderne og strukturerne beskrevet i MP. Og det er vigtigt at huske på, at det tager tid og vedholdenhed, før det inkorporeres og bliver til ens egen metode. Tid kan være afgørende for at sikre en robust implementering:

*"Det er dejligt med 4 år, og at der er en implementeringsfase [benævnt fastholdelsesfasen i rapporten] til sidst. Det er her, vi falder ind i mellem. Tit sker der det, at man lærer noget nyt og vender tilbage til de vante rutiner, når projektet er slut, men fordi det stadig kører, så sikrer de, at der stadig er spotlight på"*

For at sikre robust implementering er tid og intern samt ekstern opbakning til projektet vigtige faktorer for at muliggøre motivation for forandring i behandlergruppen. Når metoden skal udbredes under navnet 'MOVE', er der en yderligere motivationsfaktor, som var ukendt, da vi gik i gang med MP, nemlig de gode resultater, som præsenteres i rapporten: "21 måneder efter indskrivning" (Pedersen 2019). Resultaterne peger dels på, at der i MOVE er gode strukturer i behandling til unge, og at der her er tale om en behandlingsmetode, som er god at implementere for kommunerne. Det kræver imidlertid et fortsat fokus på fastholdelse, hvor kommunerne skal finde deres egne systemer for at sikre, at elementerne anvendes.

## Litteratur

- Becan, J. E., Knight, D. K., & Flynn, P. M. (2012). Innovation adoption as facilitated by a change-oriented workplace. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*(2), 179-190.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.014>
- Blase, K. A., & Fixsen, D. L. (2013). *Core intervention components: Identifying and operationalizing what makes programs work*. Retrieved from Washington, DC 20201:
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*(1), 50. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- Damschroder, L. J., & Hagedorn, H. J. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*(2), 194-205.
- DiClemente, C. C., Crouch, T. B., Norwood, A. E., Delahanty, J., & Welsh, C. (2015). Evaluating training of screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for substance use: Reliability of the MD3 SBIRT Coding Scale. *Psychol Addict Behav, 29*(1), 218-224. doi:10.1037/adb0000022
- Faraway, J. J. (2006). *Extending the Linear Model with R. Generalized Linear, Mixed Effects and Nonparametric Regression Models*. Boca Raton: Taylor & Francis Group.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida.
- Gates, P. J., Sabioni, P., Copeland, J., Le Foll, B., & Gowing, L. (2016). Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*(5), CD005336-CD005336.  
doi:10.1002/14651858.CD005336.pub4
- Gibbons, C. J., Nich, C., Steinberg, K., Roffman, R. A., Corvino, J., Babor, T. F., & Carroll, K. M. (2010). Treatment process, alliance and outcome in brief versus extended treatments for marijuana dependence. *Addiction, 105*(10), 1799-1808. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03047.x
- Giudice, E. L., Lewin, L. O., Welsh, C., Crouch, T. B., Wright, K. S., Delahanty, J., & DiClemente, C. C. (2015). Online Versus In-Person Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment Training in Pediatrics Residents. *J Grad Med Educ, 7*(1), 53-58. doi:10.4300/jgme-d-14-00367.1
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine, 15*(2), 155-163.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Den motiverende samtale : støtte til forandring* (2 ed.). Kbh.: Hans Reitzel.
- Moyers, T. B., Martin, T., J.K., M., Miller, W. R., & Ernst, D. (2010). *Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1 (MITI 3.1.1)* University of New Mexico
- Otowa, T., York, T. P., Gardner, C. O., Kendler, K. S., & Hettema, J. M. (2014). The impact of childhood parental loss on risk for mood, anxiety and substance use disorders in a population-based sample of male twins. *Psychiatry Research, 220*(1-2), 404-409. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.053
- Parsons, J. T., Rosof, E., Punzalan, J. C., & Di Maria, L. (2005). Integration of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy to improve HIV medication adherence and reduce substance use among HIV-positive men and women: results of a pilot project. *AIDS Patient Care STDS, 19*(1), 31-39. doi:10.1089/apc.2005.19.31
- Pedersen, M. U. (2014). *Projekt "Effektiv behandling af 15-25-åriges misbrug af illegale stoffer"*. Ikke publiceret projektbeskrivelse. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Aarhus.
- Pedersen, M. U., Jones, S., Skov, K. B. E., Frederiksen, K. S., & Pedersen, M. M. (2019). *MOVE behandling af unge: Manual. (ikke offentliggjort endnu)*. Retrieved from Aarhus:

- Pedersen, M. U., Jones, S., Sjøberg, S., & Hyldegger, E. (2014). *Behandlingsmanual for Metodeprosjektet (ikke publisert)*. Center for Rusmiddelforskning og Dobbelt diagnose I/S. Aarhus.
- Pedersen, M. U., Pedersen, M. M., Jones, S., Holm, K. E., & Frederiksen, K. S. (2017). *Behandling af unge der misbruger stoffer. En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt.* . Retrieved from Aarhus:
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 443.
- SAMHSA. (2005). *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions* (Vol. 1). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Støkken, A. M. (2014). Forbedringsarbeid – ulike strategier og konkurrerende kunnskapsforståelser In M. Vabø & S. I. Vabø (Eds.), *Velferdens organisering* (pp. 79-93). Oslo: Universitetsforlaget Oslo
- Tanner-Smith, E. E., Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), 145-158. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.05.006>
- Walters, S. T., Matson, S. A., Baer, J. S., & Ziedonis, D. M. (2005). Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction treatments: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29(4), 283-293. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.08.006>
- Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2016). Integrating Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Therapy for Severe Generalized Anxiety Disorder: An Allegiance-Controlled Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 768-782. doi:10.1037/ccp0000098

## **Bilag**

**Bilag 1: Interviewguide med lederne på behandlingsstederne i MP, 2014**

**Bilag 2: Interviewguide med lederne på behandlingsstederne i MP, 2017**

**Bilag 3: Survey vedrørende behandlernes baggrund, 2014**

**Bilag 4: Behandler- og ledersurvey 2018**

**Bilag 5: Kodeguide SBIRT-MP**

## Bilag 1: Interviewguide med lederne på behandlingsstederne i MP, 2014

Intro til, hvad skal interviewet bruges til - vise implementeringsmodellen, og hvorledes det er en analyse af eksterne og interne betingelser.

### Datakilder

1. Som en del af analysen vil vi indhente oplysninger om antal klienter indskrevet i 2013. Vi indhenter disse data gennem SMDB.
  - a. Mener du, at 2013-data er dækkende– dvs. i hvor høj grad har I fået alle klienter, der anmodede om at komme i behandling registreret?
  - b. I hvor høj grad har I fået alle interviewet med ASI?
  - c. I hvor høj grad har I fået registreret, hvilke tilbud og ydelser de har fået?
2. SMDB
  - a. Hvis I har haft problemer med SMDB, og ikke alle indskrivninger er registreret i SMDB, er det så muligt for at få data fra jeres eget registreringssystem?
  - b. Hvis de ikke findes nogen steder (hverken i SMDB eller i jeres egne registreringssystemer), hvad er forklaringen så på dette?
3. Har I en servicedeklaration?
  - a. Hvor kan vi finde servicedeklarationen på Internettet?
4. Hvor kan jeg finde centret på Internettet? (jeres hjemmeside)
5. Hvor mange klienter mellem 18-25 år har I aktuelt indskrevet (*evt. eftersendes*)?
6. Hvor mange behandlere er ansat til at behandle de 15-25-årige?
  - a. Er det de samme behandlere, der har de under 18-årige og de 18-25-årige, eller er de opdelt. Er det de samme behandlere, der har de 26+ årige?
7. Hvor mange klienter har hver behandler (uanset hvilken aldersgruppe de er i)?

### Organiseringen

8. Hvordan er behandlingen af de unge under 18-år og de 18-25-årige organiseret. Kommer de i samme center, ind ad samme dør. Foregår det samme sted som behandlingen af de 26+ årige?

9. Under hvilken forvaltning hører behandlingscentret? Er det samme forvaltning for unge under 18 som for de 18-25-årige. Hvordan vil du beskrive misbrugscentrets kommunale placering(er)?

## Indskrivningen

10. Hvordan indskrives den unge (processen) – fra anmodning til påbegyndelse?
- Er der mulighed for anonyme samtaler inden indskrivning?
  - Hvordan vil det være smarteste for jer at organisere indskrivning til tilbud om deltagelse i projektet for jer?
    - Anmodning/Indtag
    - Tilbud om at deltage/info om projektet/betænkningstid
    - Samtykkeerklæring
    - UngMap
11. Kan behandlingsgarantien overholdes, og når den ikke kan – hvad er så begrundelserne?

## Målinger

12. Hvordan registrerer/screener I de unge under **18 år**. Hvilke registrerings/screeningsredskaber bruger I (ASI eller andet)? *(stilles kun på de institutioner hvor det er relevant)*.
- Hvem registrerer/screener/interviewer? Er det centralt, kontaktpersonen eller andet?
  - Hvad bruges registreringen/screeningen til?
  - Har I selv adgang til tallene, og bruger I dem?
13. Hvordan registrerer/screener I de unge mellem **18-25 år**. Hvilke registrerings/screeningsredskaber bruger I (ASI eller andet)?
- Hvem registrerer/screener/interviewer? Er det centralt, kontaktpersonen eller andet?
  - Hvad bruges registreringen/screeningen til?
  - Har I selv adgang til tallene, og bruger I dem?
14. Hvad mener du om registrering/screening: Er det for meget, unødvendigt, tidsspild, rigtigt godt, nødvendigt, brugbart?
15. Har alle en skriftlig behandlingsplan?
- Hvornår påbegyndes den, og hvornår foreligger den?

- b. Inddrager I pårørende i formuleringen af behandlingsplanen?
  - c. Er behandlingsplanen gensidigt accepteret, er den fx underskrevet af klienten?
  - d. Hvor ofte justeres den, og har I procedurer for dette?
16. Vurderer I klienternes tilfredshed med behandlingen?
17. Evaluerer I behandlingen af de unge?
- a. Hvis JA – hvordan \_\_\_\_\_
18. Måler I forandring/effekt?
- b. Hvis Ja hvordan: \_\_\_\_\_

## Behandlingstilbud

19. Hvilke tilbud og ydelser har I hos jer?
- a. Tilbyder I forskellige intensiteter? (ambulant, dag, døgn: hvis I har visiteret til døgn indenfor det seneste år)?
  - b. Har I tilbud til unge med særlige behov?
    - i. Hvis JA, hvilke: \_\_\_\_\_
  - c. Inddrager I familien og partner?
    - i. Inddrages i samtaler
    - ii. Egentlig parterapi eller familieterapi
  - d. Tilbyder I tilbagefaldsforebyggelse, og hvordan definerer I det?
  - e. Andre?
    - i. Hvilke: \_\_\_\_\_
  - f. Hvilke terapeutiske metoder anvender I og hvorfor?
    - i. Fx kognitiv terapi, tolvtrin, NADA, løsningsfokuseret eller andet?
    - ii. Har i en uddannelses/trænings politik for jeres medarbejdere (fx tilbud om uddannelse i en bestemt behandlingsmetode)?
    - iii. Supervision (hvem superviserer).
    - iv. Superviseres der i de metode behandlerne uddannes?
  - g. Har I særlige strategier til fastholdelse?
    - i. fx ringer I til den unge, hvis denne ikke møder op (eller andre proaktive strategier)?
    - ii. Henter I de unge?



iii. Får nogle unge særlige privilegier hvis de overholder aftale?

1. Hvis ja, hvilke: \_\_\_\_\_

20. Hvor længe er en behandling planlagt til at vare – har I forskellige programmer?

21. Følger I op på klienten, efter denne er udskrevet?

## Samarbejdsflader

22. I hvilken grad involveres læge og psykiater?

c. Har I læge og/eller psykiater ansat på centret?

i. Hvis ikke, hvordan sikrer I så dækning?

23. Behandler I psykiatiske problemer her på stedet eller sker de et andet sted?

d. Læge: Hvordan og hvornår foregår samtalerne?

e. Psykiater: Hvordan og hvornår foregår samtalerne?

i. Hvordan afgøres det, hvem der tilbydes udredning/samtale?

f. Har I en skriftlig samarbejdsaftale med psykiatrien?

g. Hvordan oplever du samarbejdet med psykiatrien?

h. Hvor lang tid tager det for, at en ung kan blive udredt for fx ADHD?

i. Behandler I psykiatiske problemer her på stedet eller sker de et andet sted?

j. Hvordan samarbejder I med uddannelse/beskæftigelses-systemet?

24. Indeholder indsatsen fremskudte aktiviteter (fx ude på skoler, arbejdspladser/arbejdsmarked mm)?

k. Hvis JA skoler/uddannelsessteder: hvordan er dette organiseret, og hvordan fungerer dette samarbejde?

l. Hvis JA arbejdspladser/arbejdsmarked: Hvordan er dette organiseret, og hvordan fungerer samarbejdet?

## **Bilag 2: Interviewguide med lederne på behandlingsstederne i MP**

Interviewet skal bruges til at afdække, hvordan det er gået med implementeringen af metodeprojektet. Hvilke udfordringer, gevinster og ulemper har rammerne i metodeprojektet givet og hvilken betydning har metodeprojektet haft for jeres behandling, de unge, metodisk og organisatorisk?

### Organiseringen

1. Hvilken betydning har metodeprojektet haft for jeres behandling organisatorisk?
2. Hvordan er behandlingen af de unge under 18 år og de 18-25-årige organiseret i dag? Har det ændret sig siden projektets start i 2014? (Kommer de i samme center, ind ad samme dør. Foregår det samme sted som behandlingen af de 26+ årige?)
3. Hvordan er metodeprojektet organisatorisk placeret i jeres organisation? Er det det primære behandlingstilbud for borgere under 25 år?
  - a. Hvilke andre tilbud har I til den samme målgruppe?
  - b. Hvor stor en andel udgør indskrevne på metodeprojektet af de unge, i har i behandling?
4. Vil metodeprojektets behandlingsform forblive et behandlingstilbud i jeres center? Er der elementer fra metodeprojektet I helt sikkert beholder? Er der dele, I ikke vil køre videre med?

### Indskrivningen

1. Hvordan har projektet påvirket indskrivningsprocessen – fra anmodning til påbegyndelse?
2. hvordan er det gået med at imødekomme både behandlingsgaranti og det, at de unge tilbydes en ugentlig samtale? (både ift. indskrevne i metodeprojektet og henvendelser generelt under metodeprojektet)

### Målinger

1. Hvordan opleves arbejdet med UngMap?
  - a. Som screening/matching?
  - b. Som behandlingsværktøj?
  - c. Oplever I udfordringer i brugen af Ungmap?

- d. har I planer om at implementere UngMap på sigt?

## Behandlingstilbud

1. Hvordan går det med metodeprojektet nu?
  - a. Har det levet op til forventningerne? Hvordan? Hvordan ikke?
2. hvilken betydning har det haft for jer i forhold til...?
  - a. behandlernes træning/metodebevidsthed
  - b. Jeres behandlingstilbud
  - c. Intensitet i behandlingen
3. Hvordan oplever I strukturerne i metodeprojektet?
  - a. Primærforløbet
  - b. Dagsorden
  - c. Opfølgingsbehandlingen
  - d. vouchers
4. Hvordan oplever I metoderne – MI og CBT? (og kombinationen af de to)
5. Hvordan er det gået i forhold til at skulle optage behandlingssamtaler på video set fra din stol?
  - a. For behandlerne og de unges side?
  - b. har I brugt optagelserne internt?

## Implementering

1. Hvordan har I oplevet selve randomiseringsfasen (de to første år)?
2. Hvad er gået godt?
3. Hvilke barriere/udfordringer har der været set fra din stol?
4. Hvordan har I oplevet understøttelsen af randomiseringsfasen fra henholdsvis:
  - a. underviserne/supervisernes side?
    - i. Hvad har de gjort godt? Er der noget i ville ønske havde været anderledes? Hvad kan vi lære/blive bedre til?
  - b. Socialstyrelsens?
    - i. Hvad har de gjort godt? Er der noget I ville ønske havde været anderledes? Hvad kan vi lære/blive bedre til?

- c. CRF's side?
    - i. Hvad har de gjort godt? Er der noget I ville ønske havde været anderledes? Hvad kan vi lære/blive bedre til?
  - d. Jeres overordnet ledelsesmæssige og politiske opbakning?
    - i. Hvad har de gjort godt? Er der noget i ville ønske havde været anderledes? Hvad kan vi lære/blive bedre til?
5. Hvilken betydning har metodeprojektet for de unge, hvis du sammenligner med jeres ordinære tilbud?

## Samarbejdsflader

1. Hvordan har metodeprojektet fungeret i forhold til jeres samarbejdspartnere?
  - a. Læge
  - b. Psykiatri
  - c. Beskæftigelse
  - d. Andre?
2. Har det haft nogen betydning for samarbejdet omkring en konkret ung?
  - a. Har behandlingsindsatsen i metodeprojektet været en integreret del eller mere en sideløbende indsats?

# Bilag 3: Survey vedrørende behandlernes baggrund fra 2014

Alder

\_\_\_\_\_

Køn

Mand

Kvinde

Antal hele arbejdstimer pr. uge

\_\_\_\_\_

Antal hele timer med direkte klient-kontakt pr. uge (cirka)

\_\_\_\_\_

Har du ledelsesfunktioner?

Ja

Nej

Faglig grunduddannelse

Pædagog

Socialrådgiver

Sygeplejerske

Psykolog

Andet - i så fald hvilken: \_\_\_\_\_

Hvor mange år har du arbejdet med misbrugsbehandling?

\_\_\_\_\_

Hvor mange år har du været ansat i din nuværende stilling?

\_\_\_\_\_

Har du godkendte diplomer/master uddannelser (ikke terapiuddannelser)

(Uddannelser der kræver professionsbachelor eller tilsvarende (pædagog, socialrådgiver, lærer mm.). Eksempelvis diplomuddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse, diplomuddannelse i ledelse, master i social integration, master i narkotikainsatser, master in public health.

Ja (skriv hvilke(n)) \_\_\_\_\_

Nej

Har du uddannelser der ikke kræver professionsbachelor. Eksempelvis misbrugsvejlederuddannelsen i Kolding og DAC uddannelsen v. Frederiksbergcentret?

Ja (skriv hvilke(n)) \_\_\_\_\_

Nej

Har du terapeutiske uddannelser/træning? Eksempelvis terapi-uddannelser i kognitiv metode, systemterapi, gestalt terapi og lignende

Kortere kurser, seminarer i forskellige metoder (dokumentation kræves ikke)

Af 1 til under 2 års varighed (mindst 15 dage træning, supervision og undervisning i bestemt metode). Kan dokumenteres

Af mindst 2 års varighed (ex. i kognitiv terapi eller systemterapi). Kan dokumenteres.

Ja Nej

Kortere kurser, angiv hvilke:

\_\_\_\_\_

Af 1 til under 2 års varighed, angiv hvilke:

\_\_\_\_\_

Af mindst 2 års varighed, angiv hvilke:

\_\_\_\_\_

Hvor ofte modtager du supervision af eksterne supervisorer baseret på sager som du har ansvaret for

1 eller flere gange om ugen

2 gange om måneden

1 gang om måneden

1 gang hver anden måned

1 gang hver tredje måned

Sjældnere

Slet ikke

Hvilken terapiretning eller metoder superviserer din supervisor dig ud fra.

\_\_\_\_\_

Nævn de sidste 3 kurser/seminarer du var på som inkluderede noget om misbrug eller misbrugsbehandling:

Hvor

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Hvilke typer unge behandler I på jeres center?

Kun unge under 18 år

Kun unge over 18 år

Såvel unge under 18 år som over 18 år

Hvor mange af klienterne på jeres behandlingscenter tilbydes efter din vurdering:

1. Individuel samtale/rådgivning/støtte

0 % 25 % 50 % 75 % 100 %

2. Gruppebehandling

3. Familiesamtaler/rådgivning/støtte

4. Familierapi (egentlig psykoterapi)



## Bilag 4: behandler og ledersurvey 2018

Hvilken behandlingsmetode var du primært tilknyttet?

- MIKAT
- MIKAT-G
- MIKAT-O
- MIKAT-GO

Hvilken behandlingsmetode var du også tilknyttet (gerne flere x)?

- Ikke andre
- MIKAT
- MIKAT-G
- MIKAT-O
- MIKAT-GO

I hvilken grad synes du, at følgende var brugbare og anvendelig i behandlingen af de unge?

(hvis du var behandler i en gruppe, som ikke anvendte ex. statusbreve, sætter du kryds i "ikke relevant")

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
1. Ungmap som redskab til screening/udredning af de unge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Feedback med udgangspunkt i Ungmap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ungmap som redskab til at formulere en behandlingsplan sammen med den unge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. TEM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dagsorden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Påmindelser på sms?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gavekort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Statusbreve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kontrakt som underskrives af den unge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Personlige samtaler i opfølgingsbehandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Telefonsamtaler i opfølgingsbehandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Metodernes betydning

I hvilken grad synes du

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
12. Generelt, at den behandlingsmetode, du fik tildelt, var anvendelig i behandlingen af de unge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. At motivational interviewing var en brugbar metode i behandlingen af de unge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. At kognitiv adfærdsterapi var en brugbar metode i behandlingen af de unge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. At hjemmearbejde var en brugbar metode i behandlingen af de unge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. At video-optagelserne kunne anvendes som supervisionsredskab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Projektets overordnede betydning

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ikke relevant
17. I hvilken grad synes du, at I har de ressourcer, der kræves for at fortsætte med at bruge de effektive elementer i behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I hvilken grad synes du, at Metodeprojektet har givet dig og dine kollegaer en fælles referenceramme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Er du blevet en dygtigere behandler af at være med i Metodeprojektet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I hvilken grad synes du, at måden at arbejde på passer ind i egne arbejdsgange/temperament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Jeg er tilfreds med den måde, der er blevet taget hensyn til mig og mine behov i processen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. I hvilken udstrækning oplever du, at du og dine metodeprojektkollegaer har ændret praksis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte gør du følgende i dag?

	Aldrig	Engang imellem	Ofte	Meget ofte	Altid
1. Bruger UngMap som redskab til screening/udredning af de unge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bruger feedback til den unge med udgangspunkt i UngMap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Formulerer en behandlingsplan ud fra de oplysninger, du fik fra UngMap?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Formulerer en egentlig kontrakt ud fra UngMap, som I begge underskriver?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bruger TEM som et element i behandlingen af de unge?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bruger dagsorden som et redskab i behandlingen af de unge?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bruger mobil-påmindelser som et redskab til at huske den unge på sine aftaler med dig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bruger gavekort som redskab i behandlingen af de unge?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bruger statusbreve som redskab i behandlingen af de unge?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bruger opfølgende telefonsamtaler som et redskab i behandlingen af de unge?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bruger opfølgende personlige samtaler som redskab i behandlingen af de unge?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Bruger hjemmeopgaver som redskab i behandlingen af de unge?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Bruger videoer som supervisionsredskab?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Holder møder for at holde fast i praksissen fra metodeprojektet?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har du kommentarer til din deltagelse i Metodeprojektet? (ros, kritik, andet)

Tak for din besvarelse. Tryk afslut for at gemme skemaet.



## Bilag 5: Kodeguide SBIRT-MP

En tilpasning af: *MD3 Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment - coding scale* (SBIRT) af DiClemente, Crouch, Norwood, Delahanty og Welsh 2016

til behandlingsmanual: Manual for metoder i Metode-Projektet af Pedersen, Pedersen, Jones, Holm, & Frederiksen 2017

### I. Hele samtalen kodes i et stræk

### II. Vurder både kvantitet og kvalitet af behandlerens adfærd når der kodes

#### Eksempler:

- En behandler, der anvender 2 eller 3 eksemplariske åbne spørgsmål, der forbedrer interaktionen kan godt få en score på 2, selvom frekvensen af åbne spørgsmål er lav.
- En behandler der forsøger at lave mange refleksioner igennem hele samtalen, men som hovedsageligt fejlfortolker det den unge har sagt, vil få en score på 1, på trods af den høje frekvens af refleksioner igennem samtalen.

### III. Der kan dobbeltkodes inden for kategorierne kongruente og ikke kongruente mål

#### Eksempler:

#### ➤ Kongruente

- Når behandleren spørger: "hvilke skridt vil du tage for at opnå dette mål?" kodes under både **Åbne spørgsmål** og **Målsætning og planlægning**
- Når behandleren laver en opsummering, der indeholder to refleksioner, kodes under både **Refleksioner** og **Opsummeringer**

#### ➤ Ikke kongruente

- *[efter en ung har udtrykt ønske om at reducere, men ikke vil stoppe helt med at ryge hash]:* "jeg er helt enig, du bør skære ned til helt at stoppe med at ryge." kodes dette under både **Malplaceret eller respektløs rådgivning...** og **Upassende svar på den unges kommentar/spørgsmål**

### IV. Der kan ikke både kodes kongruente og ikke kongruente adfærd samtidig. Lige så snart der er ikke kongruent adfærd til stede kodes udelukkende under ikke kongruent adfærd

#### Eksempel:

- Behandleren giver information, men det er belærende. Her kodes under **Belærende og/eller medicinsk jargon**, OG IKKE under **Relevant information**.

### V. Ikke kongruente mål kan kodes mere end en gang, så længe adfærden er til stede i separate tilfælde i løbet af samtalen,

#### Eksempel:

- Behandleren siger, "du slår dig selv ihjel" i starten af samtalen og senere siger, "hvis du ikke stopper med at ryge får du lungekræft." Kodes 2 gange under **Advarsler/truende**.

## Kongruent adfærd

Der gives en score for hvert element på baggrund af hele samtalen

0	1	2
Adfærden er ikke til stede	Adfærden er til stede eller forsøges, men den demonstreres enten for få gange eller er utilstrækkelig	Adfærden er til stede og lever op til eller overgår forventningerne til interventionen

### Dagsorden

Der er i metodeprojektet på forhånd lagt en fast dagsorden, der skal følges i samtalerne. Dog lægges der vægt på, at der er en form for samarbejde omkring formuleringen af den. Så i vurderingen af, hvordan dagsordenen sættes og bruges, lægges der vægt på, at den gennemgås med den unge og at den unge inddrages ift. at godkende den samt inviteres til at komme med et punkt til dagsordenen.

0	Der opstilles ikke en dagsorden (eller er skrevet på tavlen på forhånd og gennemgås ikke)
1	Der er en dagsorden, men gennemgås ikke i særlig grad (punkterne listes blot op)
2	Der er en dagsorden, som gennemgås og den unge bliver spurgt, om han/hun har et punkt, de gerne vil have på

### Åbne spørgsmål

Behandleren bør være undersøgende ved at anvende åbne spørgsmål. Spørgsmålene bør dreje sig om at forstå den unges perspektiv eller oplevelser, eller være stillet som et led i, at den unge får snakket sig frem til en betydning/et perspektiv ift. det emne de taler om. Hvis de åbne spørgsmål i højere grad drejer sig om, at få svar på faktuelle spørgsmål, fremfor at forstå den unge, skal de ikke indgå i vurderingen af, hvor behandleren placerer sig ift. dette item, men det vil derimod have en betydning for den score han/hun kan opnå i empati.

0	Behandleren anvender ikke åbne spørgsmål
1	Behandleren anvender enten få åbne spørgsmål eller spørgsmålene i sig selv, er malplacerede ift. samtalsfokus på tidspunktet
2	Behandleren anvender enten få, men meget gode åbne spørgsmål, der flytter samtalen og interaktionen og forståelsen op på et højere niveau ELLER behandleren anvender mange åbne spørgsmål, der er velplacerede ift. samtalsfokus på tidspunktet

Eksempler:

- "hvordan tænker du, at du kan reducere dit hashforbrug?"
- "hvad tænker du om alle disse informationer?"
- "fortæl mig lidt mere om, hvad det er, du godt kan lide ved at ryge pot"

### Italesætter ubehag og/eller udtrykker bekymring for den unge

Behandleren italesætter, når den unge tydeligt har det dårligt. Det kan være på spil, hvis den unge udtrykker mistro/ustro/angst eller andet, og behandleren får italesat det fremfor at ignorere det. Det

kan være, hvis behandleren udtrykker, "det kan jeg godt forstå har været rigtig træls for dig" eller "det må have været en hård tid" eller lignende vil trække op under dette element. Det kan også være, når behandleren udtrykker oprigtig bekymring for den unge, uden at det er et led i at få den unge til at skifte mening eller træffe en beslutning om noget.

0	Behandleren ignorerer at den unge tydeligt har det dårligt. Dette kan være på spil ift. noget den unge fortæller, som behandleren ignorerer eller når den unge udtrykker mistroivsel/tristhed/angst eller andet. Eller behandleren udtrykker ikke på noget tidspunkt bekymring eller forståelse for, hvordan den unge oplever en situation
1	Behandleren bemærker, at den unge har det dårligt, men går mere ikke ind i det. Eller udtrykker forståelse uden at det er særlig dybfølt "det er ikke så godt så" eller lignende
2	Behandleren bemærker, at den unge har det dårligt og undersøger det nærmere (hvad har ført til det?) behandleren udtrykker oprigtig bekymring eller viser gennem sine udtalelser, at han hun forstår den unges situation, hvad den så end måtte handle om (fortid/nutid/relationer)

Eksempler:

- "jeg ved, at det kan være svært at tale om nogle af de emner her. "
- "de her spørgsmål her været rigtig personlige. Jeg kan godt mærke, at det har været lidt ubehageligt for dig. "
- "de svar du har givet viser, at du er i risiko for at få nogle problemer pga. dit forbrug af hash og det kan jeg godt være bekymret over. "

### **Gennemgang af forbrug og trivsel (anvend TEM)**

I analysen af, hvordan trivsels- og forbrugsskemaet benyttes, lægges der vægt på, at det bruges som et redskab til at vurdere, hvor den unge er ift. målene og at det bruges som et dialogisk redskab, hvor afdækning af områderne/svarene anvendes og udfoldes i samtalen.

0	Den unge udfylder ikke trivselsskemaet
1	Den unge udfylder det selv uden at der kommenteres på det eller de udfylder det sammen, men der snakkes ikke om de forskellige svar
2	Forbrug og trivsel afdækkes og svarene anvendes aktivt og udfoldes i dialog med den unge

### **Bekræftelse/opmuntring**

Behandleren bør være støttende og opmuntrende og i særlig grad fremhæve den unges styrker.

0	Behandleren bekræfter ikke den unge og/eller giver ham/hende ros for at have klaret en opgave/nået et mål/håndteret en situation
1	Behandleren giver den unge bekræftelse, men det er på et overfladisk "rigtig godt" niveau
2	Behandleren giver den unge bekræftelse, og tydeliggør, hvorfor det er stærkt gået, når den unge har klaret en opgave/nået et mål/håndteret en situation

Eksempler

- "6 er rigtig godt i forhold til parathed til at ændre på dit forbrug. Det betyder, at du er 60% klar til at begynde at lægge planer. "
- "Den situation klarede du rigtig flot. "

- “Du har allerede skåret ned på dit forbrug, det er rigtig godt.”
- “Du er helt sikkert i stand til at lave disse forandringer; jeg kan mærke at du er motiveret.

### **Refleksioner (gentage, omformulere eller refleksion af følelse)**

Behandleren bør anvende refleksioner, hvor det den unge fortæller genfortælles enten ordret eller omformuleret, ligesom behandleren kan reflektere det den unge føler (uden at den unge nødvendigvis selv har talt om følelser, men ved at uddrage en følelse af en fortælling f.eks. ”det må have været enormt frustrerende/sårende etc. for dig”). Når behandleren anvender flere refleksioner i en udtalelse scores det både under opsummeringer OG refleksioner.

0	Behandleren anvender ikke refleksioner
1	Behandleren anvender få refleksioner eller er ofte helt forkert på den i sine refleksioner
2	Behandleren anvender refleksioner, der viser en forståelse af både det sagte og det usagte (flere refleksioner scores under 'opsummering')

Eksempler:

- “du føler ikke du har brug for at lave en forandring lige nu.”
- “det lyder til, at du har været overvældet på det sidste og at du har ledt efter måder at håndtere det på.”
- “du sagde, at det hjælper dig med at føle dig mere tilpas, at drikke ved sociale lejligheder.”
- “det virker som om det gør dig vred, når din kæreste siger du skal stoppe med at ryge.”

### **Undersøge fordele og ulemper ved forbrug/forandring og/eller hjælpe den unge med at identificere modsætninger**

Behandleren bør undersøge den unges ambivalens og forandringsparathed. Særligt bør der arbejdes med fordele og ulemper ift. de emner, der tages op i samtalen. Arbejdet bør være kendetegnet ved en grundighed fra behandlerens side og ved, at det er et arbejde, der foregår i samarbejde med den unge, med behandleren som en slags hjælper/udspørger.

0	Der snakkes ikke om fordele og ulemper og behandleren klargør ikke, når den unge modsiger sig selv ift. at ønske en forandring ift. et givent problem
1	Der arbejdes med fordele og ulemper i samarbejde med den unge, men det er præget af en overfladiskhed eller fører ikke videre til at blive anvendt terapeutisk i samtalen. Behandleren gør opmærksom på uoverensstemmelser i det den unge siger, men undersøger det ikke nærmere
2	Der arbejdes med fordele og ulemper på en måde, hvor den unge bliver opmærksom på ambivalensen. Behandleren gør opmærksom på uoverensstemmelser i det den unge siger og undersøger betydningen af det nærmere

Eksempler:

- “hvad ville være svært ved at stoppe med at ryge?”
- “hvad kan du godt lide ved at ryge hash?”
- “du nævnte, at du gerne ville være der for din lillesøster, men det lyder som om, at dit hashforbrug gør det svært.”
- “kan du se nogle sammenhænge mellem din hashrygning og det, at du har været stresset og træt på det seneste?”

## **Undersøge forandringsparathed**

Vi bør her se behandleren, i samarbejde med den unge, undersøge, hvor forandringsparat han/hun er ift. de problematikker, der tages op (særligt stofbruget). Det bør bære præg af grundighed, som ideelt set leder hen imod at snakke mål fremadrettet. Det er ikke et krav, at forandringscirklen anvendes, men når den gør, skal det scores under dette item (hvis andre items er på spil i arbejdet, kan der laves flere koder på det samme)

0	Der snakkes ikke om forandring eller hvilke problemer den unge gerne vil arbejde/ændre på
1	Der snakkes om forandring og hvor i forandringscirklen den unge befinder sig, men dette fører ikke til en snak om, hvordan denne opnås, hvilke strategier han/hun kan anvende, ligesom der heller ikke knyttes nogen planlægning til dette
2	Der snakkes om forandring og hvor i forandringscirklen den unge befinder sig og dette fører til en snak om, hvordan denne opnås, hvilke strategier han/hun kan anvende, og/eller planlægning

Eksempler:

- “hvor klar vil du mene du er til at stoppe med at ryge?”
- “på en skala fra 1-10, hvor klar er du til at ændre på X?”
- “hvorfor lægger du den på 4 og ikke på 1 eller 2?”

## **Undersøge tiltro/selvtillid**

Vi bør se behandleren spørge den unge ind til, hvor meget tiltro de har til, at kunne skabe de forandringer, han/hun gerne vil arbejde på.

0	Behandleren spørger ikke ind til, hvor meget den unge selv tror, at han/hun er i stand til at skabe forandringer og arbejde hen imod målene
1	Behandleren spørger ind til, hvor meget den unge selv tror, at han/hun er i stand til at skabe forandringer og arbejde hen imod målene. Men uden at gå mere ind i det efter den unge har svaret
2	Behandleren spørger ind til, hvor meget den unge selv tror, at han/hun er i stand til at skabe forandringer og arbejde hen imod målene. Derudover undersøger behandleren hvad der står i vejen for tiltroen og hvilke andre erfaringer den unge har, som han/hun kan trække på ift. at skabe forandringer og nå målene. Vi skal altså se den unges svar blive anvendt til at arbejde terapeutisk med at konkretisere, hvad der skulle hindre den unge og en opmærksomhed på styrker, den unge har ift. at nå målene

Eksempler

- “hvor stor tiltro har du til, at du vil kunne reducere dit hashforbrug?”
- “På en skala fra 1-10, hvor meget tror du selv på, at du kan holde op med at ryge?”
- “hvad skulle der til for at du kunne tro mere på, at det vil kunne lade sig gøre for dig at ændre på de her ting?”

## **Relevant information**

Behandleren bør give den unge informationer, der øger hans/hendes forståelse af et givent problem (f.eks. at kokain/amfetamin fører til nedsat stemningsleje i dagene efter, man har taget det). Men det er vigtigt, at den unge bliver spurgt om lov, før behandleren begynder og at det ikke er belærende. Når behandleren f.eks. begynder at give relevant information uden at inddrage den unge i en længere svada eller uden at ignorere den unges forsøg på at deltage i samtalen – hvis dette gøres, kodes under ikke-kongruente mål.

0	Der gives ingen informationer/psykoedukation
1	Behandleren anvender psykoedukation/giver informationer, men disse er enten malplacerede eller behandleren har ikke spurgt om lov først
2	Behandleren giver relevant info/psykoedukation efter at have spurgt om lov først

### **Respektfuld rådgivning**

Behandleren må gerne rådgive den unge, hvis der spørges om lov først. Generelt bør behandleren ikke begynde at rådgive, medmindre den unge indledningsvist selv er blevet bedt om at komme med nogle forslag til håndtering af en situation (eller andet). Når behandleren f.eks. begynder at give relevante råd, men ikke inddrager den unge i en længere svada eller direkte ignorerer den unges forsøg på at deltage i samtalen, kodes det under ikke-kongruente mål. Det kodes også under ikke-kongruente mål, hvis rådene relaterer sig til en adfærd, den unge har udtrykt ønske om IKKE at ændre på.

0	Behandleren giver ikke den unge nogle råd
1	Behandleren giver råd, men der har enten ikke været en forudgående undersøgelse af den unges egne håndteringsforslag eller også spørges den unge ikke om lov først
2	Behandleren giver råd efter at den unge selv er blevet bedt om at komme med forslag til håndtering eller er blevet spurgt ind til den viden han/hun evt. selv måtte have og efter at den unge har givet tilsagn til, at behandleren gerne må komme med et råd

#### Eksempler

- “jeg vil foreslå, at du reducerer dit alkohol indtag før sengetid, så vil du få en bedre nattesøvn.”
- “jeg tænker, at det kan være værd, at overveje andre måder at håndtere din stress, ved f.eks. at gå en tur med dine venner eller se en film.”
- “Har du overvejet vejtrækningsøvelser, yoga eller noget tilsvarende?”

### **Målsætning og plan**

I arbejdet med, hvordan den unge holder sig til de mål han eller hun har sat, bør behandleren hjælpe den unge med at lægge realistiske planer, med at identificere potentielle højrisikosituationer i den kommende uge og med at formulere og øve nye copingstrategier til at håndtere evt. fremtidige højrisikosituationer og håndtering af trang. Men det kan også være i forbindelse med andre mål eller problemer end stofbrug, hvor der lægges planer og/eller snakkes copingstrategier (f.eks. problemer med familien, angst eller andet).

0	Der tales ikke om, hvor den unge er ift. mål (er der f.eks. sket forandringer ift. fase i forandringscirklen), der snakkes ikke om, hvilke højrisikosituationer, der kan udløse trang i den kommende uge og der tales ikke om, hvilke copingstrategier den unge kan anvende ift. højrisikosituationer og trang
1	Der tales om, hvor den unge er ift. mål (er der f.eks. sket forandringer ift. fase/forandringscirklen), men der snakkes ikke om, hvilke højrisikosituationer, der kan udløse trang og der tales heller ikke om, hvilke copingstrategier den unge kan anvende ift. højrisikosituationer og trang. (behøver ikke kun relatere sig til stofbrug)
2	Der tales om, hvor den unge er ift. mål (er der f.eks. sket forandringer ift. fase/forandringscirklen) og de gennemgår hvilke højrisikosituationer, der kan udløse trang i den kommende tid og/eller de gennemgår copingstrategier som den unge kan anvende ift. disse højrisikosituationer og trang. (behøver ikke kun relatere sig til stofbrug)

#### Eksempler

- “hvilket mål ville give mening for dig?”
- “det lyder som om det mål ville virke for dig.”
- “hvilke skridt kan du tage for at reducere?”
- “hvad kan du gøre for at slappe af efter arbejde i stedet for at ryge?”
- “hvor kan du få støtte i din omgangskreds ift. at stoppe med at ryge?”

#### **Gennemgang af sidste uges hjemmearbejde**

I analysen af hvordan den hjemmeopgave, der blev stillet i sidste samtale gennemgås, lægges der vægt på, at behandleren undersøger, hvad der forhindrede, at den blev udført, hvis den unge kommer og har glemte at lave den. Hvis opgaven er blevet udført lægges der vægt på, at behandleren i gennemgangen af arbejdet med opgaven laver en grundig undersøgelse af opgavens udførelse og hvad den unge fik ud af/lærte ved at udføre opgaven. Når det handler om registrering af trang, forbrug, problemer eller andet, skal behandleren anvende registreringen til sammen med den unge at formulere nogle strategier eller vi skal på anden måde se, at opgaven anvendes i praksis i samtalen.

0	Der er enten ikke givet hjemmeopgave sidst, eller den gennemgås ikke
1	Hjemmeopgaven gennemgås og der laves en undersøgelse af, hvordan, den blev udført (eller hvorfor den ikke blev udført), men der foretages ikke en undersøgelse af, hvad den unge fik ud af det eller der lægges ikke planer/strategier
2	Pkt. 1 + opgaven anvendes til at lægge planer, formulere nye strategier eller andet

#### **Nyt hjemmearbejde**

I arbejdet med den hjemmeopgave, som behandleren skal stille den unge til næste gang, er det vigtigt, at dette foregår i et tydeligt samarbejde med den unge. Den unge bør ideelt set være den, der definerer opgaven. Når det ikke er den unge der definerer opgaven, bør vi tydeligt kunne se, at den unge selv står for en stor del af planlægningen af opgaven og behandleren i en hjælpende/spørgende rolle. Opgaven bør være meget konkret og realistisk og formuleringen af den bør indeholde flere punkter. Eventuelle forhindringer for opgavens udførelse bør gennemgås og de forskellige strategier, der er arbejdet med i samtalen, bør gennemgås. Derudover er det vigtigt, at opgaven knytter sig til et af de mål, som den unge arbejder på at nå.

0	Der planlægges ikke nogen hjemmeopgave til næste gang
1	Der aftales kort en hjemmeopgave til næste gang, men den gennemgås ikke særligt præcist, således, at der ikke er et klart billede af, hvordan opgaven skal udføres (hvilke forhindringer er der, specificitet) og/eller den knytter sig ikke til de mål, der arbejdes med i behandlingen og/eller, det er udelukkende behandleren, der formulerer opgaven uden input fra den unge
2	Der planlægges en helt specifik hjemmeopgave, der knytter sig til de mål de arbejder med. Opgaven er tydeligt formuleret og udarbejdet i samarbejde med den unge og eventuelle forhindringer er drøftet

### **Opsummeringer**

Behandleren bør løbende lave korte opsummeringer på det den unge fortæller og gerne koble nogle lidt mere komplekse refleksioner på disse, der demonstrerer en dybere forståelse for problemet og hvordan det påvirker den unge, eller som samler dele sammen til en mere sammenfattende forståelse af det den unge fortæller. En opsummering bør minimum indeholde mindst to refleksioner. Det er kvaliteten af opsummeringerne, der adskiller scoren 1 & 2.

0	Behandleren laver ikke opsummeringer
1	Behandleren laver enkelte opsummeringer, men de består hovedsageligt af flere simple refleksioner og bidrager ikke med noget nyt. (Papegøjesnak)
2	Behandleren laver opsummeringer, der indeholder komplekse refleksioner og som bidrager med noget nyt i samtalen. F.eks. giver den unge en mere omfattende forståelse og/eller demonstrerer at behandleren både hører og kan fortolke på det, den unge har sagt

#### Eksempler

- “lad mig se om jeg har forstået rigtigt: det lyder til at dit forbrug er steget i løbet af de sidste måneder og at dette kan have været med til, at du har fået forhøjet blodtryk, men du er ikke sikker på, at du er helt klar til at stoppe.”
- “så det lyder til, at dit liv har været mere stressfyldt siden din kone mistede sit arbejde og du sagde også, at du har drukket mere end du har gjort førhen.”

### **Afslutning, opsummering og evaluering af samtalen**

Der bør afsættes tid nok til at lave en grundig opsummering af de emner og strategier, der er arbejdet med i samtalen og behandleren bør her afklare med den unge, hvis der er usikkerheder eller misforståelser. Denne opsummering bør følges af en evaluering af dagens samtale. Hvad har været det mest gavnlige ved dagens samtale, hvilke nye indsigter har den unge gjort sig, hvordan har den unge oplevet selve det terapeutiske arbejde ift. at nå de mål han eller hun har sat sig (metoderne). Hvad har været godt/skidt og er der noget behandleren bør være opmærksom på fremadrettet i den måde han eller hun arbejder med den unge på.

0	Samtalen afsluttes abrupt uden opsummering eller evaluering
1	Samtalen afsluttes enten med en overfladisk opsummering og ingen evaluering eller en overfladisk evaluering, men ingen opsummering
2	Samtalen rundes af med en grundig opsummering og evaluering med input fra den unge. Dialogen er nødvendig før der kan gives en score på 2... hvis det blot er behandleren som tager hele taletiden i afslutningen, gives kun 1



## ***Ikke kongruent adfærd***

**Adfærden tælles: hver gang en ikke kongruent adfærd identificeres, tælles adfærden**

### **Advarsler/truende:**

Advarsler kan eksempelvis være, hvis behandleren opstiller et skrækscenarie ("hvis du ikke stopper med at ryge, får du aldrig et arbejde og der kommer ikke til at ske nogen forandring". " hvis du får et tilbagefald, mister du alt, hvad du har kæmpet for")

### **Passiv/får ikke reageret på den unges bekvæmligheder:**

Der opstår en situation, hvor en reaktion fra behandleren er påkrævet, men i stedet opstår der en lang pause, hvorefter behandleren skifter emne.

### **Malplaceret eller respektløs rådgivning og/eller hvis der etableres mål/dagsorden uden den unges input:**

Giver råd ude af trit med, hvad den unge har snakket om, eller hvor behandleren enten ikke har undersøgt den unges syn på tingene først eller ikke inddrager dette. Behandleren bliver ved med at vende tilbage til et emne eller et mål, som den unge ikke synes, er relevant, eller som den unge ikke spørges om i forhold til relevans. F.eks. hvis behandleren bliver ved med at tage den unges kriminelle adfærd op, på trods af, at den unge ikke ønsker at tale om eller ændre på det. Eller giver råd i en nedladende tone eller uden hensyntagen til den unges følelser, mål eller perspektiv.

### **'Sætter i bås' og/eller giver diagnoser:**

Behandleren kommer med stereotype udtalelser om den unge ("du har jo også en afhængig personlighed", "det er misbrugeren i dig, der kan få dig overtalt til at tage noget igen") eller om andre i den unges liv. Eller der bruges et diagnostisk sprog, hvor behandleren lufter forskellige mulige diagnoser. Eller behandleren laver nogle antagelser om den unge baseret enten på de gruppeforhold, den unge er i (køn, etnicitet, bande etc.) eller på personlige informationer om den unge.

### **Understreger autoritet/magtforhold og/eller udtrykker sig fordømmende:**

Behandleren understreger at have autoritet ift. den unge eller fremhæver et skævt magtforhold mellem dem. Det kan også være, når behandleren er kritisk eller fordømmende overfor, det den unge siger eller gør.

### **Belærende og/eller medicinsk jargon:**

Længere foredrag, hvor behandleren taler til den unge uden at få den unge inddraget i samtalen (modsat en konverserende tone). Bruger tekniske, faglige termer, som den unge ikke virker til at forstå (skal ikke kodes, hvis den unge forstår sprogbruget).

### **Upassende svar på den unges kommentar/spørgsmål:**

Behandleren svarer på en måde, så det virker til at vedkommende ikke har lyttet til eller forstået den unges input (svarer i modstrid til den unges udtalelse, eksempelvis hvis den unge siger "jeg har ikke lyst til at starte på en uddannelse" og behandleren svarer "jeg tror, det kunne være rigtig godt, hvis du prøver at søge ind her til august").

## Globale score

Når samtalen er kodet færdig gives en værdi baseret på hele samtalen for hver af de to globale score

**Samarbejde:** det essentielle i denne kode er, om samtalen foregår som en samtale mellem to ligestillede, hvor begge har en brugbar viden, som kan være nyttig i forhold til at arbejde med problem/forandring.

Samarbejde				
Lav			Høj	
1	2	3	4	5
Behandleren indtager ekspertrollen i størstedelen af samtalen	Behandleren forsøger at samarbejde, men inddrager ikke den unges tanker, mål eller værdier	Behandleren inddrager den unges tanker, mål og værdier, men på en fejltolket eller sporadisk facon. Fornemmer ikke altid muligheden for at lade den unge bidrage til samtalen	Behandleren fremmer samarbejdet og magtdelingen på en måde så den unges tanker inddrages i problemløsning og målsætning	Behandleren fremmer aktivt magtdelingen på en sådan måde, at den unges tanker i høj grad påvirker retningen og udbyttet af samtalen

- Oversat fra Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) 3.1.1 Coding Instrument

I den lave ende af skalaen arbejder behandleren ikke på at opnå en fælles forståelse. De bruger envejs kommunikation der baseres på behandlerens autoritet og ekspertise. De kan fremstå afvisende, ekstremt passive eller så accepterende, at de ikke bidrager med noget af betydning i samtalen. De bruger meget deres egen viden når de forholder sig til den unges problem og lader ikke til at give noget for den unges viden. De er ofte langt foran den unge ift. at foreskrive behov for forandring og måden denne skal opnås.

I den høje ende af skalaen arbejder behandleren sammen med den unge for at nå hans eller hendes mål for forandring. De bruger ikke dominans, ekspertise eller autoritet for at opnå forandring. De er nysgerrige ift. den unges tanker og er villige til at lade sig påvirke af dem. De kan holde på deres egen ekspertise og bruge den strategisk når den unge er klar til at modtage den. Behandleren får sat den unge ind som eksperten og det er den unges idéer og tanker, som har indflydelse på, hvilken retning samtalen tager.

1: *Behandleren indtager ekspertrollen i størstedelen af samtalen og samarbejde er ikke til stede.* Eks. Indtager helt eksplicit ekspertrollen. Dominerer samtalen. Kan være i forsvar eller ude af stand til at være i modstanden. Er afkoblet eller afvisende. Giver information i en belærende facon.

2: *Behandleren indtager til tider ekspertrollen. Forsøger at samarbejde, men inddrager ikke den unges ideer, mål eller værdier og der er en lav grad af samarbejde.* Eks. Har svært ved at lægge ekspertrollen fra sig. Spørger overfladisk ind til input fra den unge. Inddrager ikke den unges input ift. problemløsning og målsætning. Har svært ved at skabe en forbindelse til den unge. Oftrer flere gange muligheden for en fælles problemløsning til fordel for at dele sin viden eller ekspertise.

3: *Behandleren inddrager den unges mål, ideer og værdier, men på en fejltolket eller sporadisk måde. Opfanger ikke altid muligheden for at lade den unge bidrage til samtalen.* Udnytter samarbejdsmuligheder, men strukturerer ikke interaktionen på en måde, der får udbytte af det. Der er en grad af at følge den unge. Giver ordet det meste af tiden, tilsidesætter muligheden for fælles problemløsning og anvender sin viden og ekspertise i stedet for.

4: *Behandleren fremmer samarbejde og magtdeling på en måde, så den unges ideer inddrages i problemløsning eller målsætning.* Eks. Strukturerer ofte samtalen på en måde, der sikrer at den unge også kommer med input. Frembringer den unges synspunkter. Involverer den unge i problemløsning. Insisterer ikke på at der træffes en beslutning, før den unge er klar til det.

5: *Behandleren udnævner den unge til at være ekspert og strukturerer samtalen så den unges tanker og ideer i høj grad påvirker retningen og udbyttet af samtalen.* Eks. Strukturerer aktivt samtalen på en måde, der sikrer input fra den unge. Spørger ind til den unges tanker og ideer og inddrager den unges forslag. Arbejder aktivt for at få input fra den unge. Kobler sine råd og anvender sin ekspertise på baggrund af og med udgangspunkt i den unges input.

**Empati:** det essentielle er, at behandleren forstår eller gør et forsøg på at forstå den unges perspektiv, følelser, tanker og mål. Refleksioner og aktiv lytning er en del af det, men det gælder overordnet alle forsøg hos behandleren på opnå en forståelse af den unge

Empati				
Lav			Høj	
1	2	3	4	5
Behandleren forsøger ikke at forstå den unges perspektiv. Gives lidt eller ingen opmærksomhed	Behandleren forsøger sporadisk at undersøge den unges perspektiv. Behandleren har misforstået den unges perspektiv	Behandleren forsøger aktivt og med moderat succes at forstå den unges perspektiv	Behandleren viser interesse for den unges perspektiv. Gennemgående indsats for at forstå den unges mål og tanker	Behandleren demonstrere gennemgående korrekt forståelse af den unges perspektiv. Kommunikere en korrekt forståelse af den unges tanker og mål

- Oversat fra Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) 3.1.1 Coding Instrument

I den lave ende af skalaen er en behandler som enten virker ligeglad med, hvad den unges mener eller som decideret afviser den unges perspektiv og oplevelser. Her vil der ofte være fact-finding uden et forsøg på at forstå den unges synspunkt, og hvor svarene i højere grad anvendes til at underbygge behandlerens syn på tingene end på at opnå en reel forståelse af den unges perspektiv. Der gøres en ringe indsats ift. at opnå en dybere forståelse af komplekse begivenheder og følelser og spørgsmålene afspejler overfladiskhed eller utålmodighed.

I den høje ende af skalaen er behandleren, som virker oprigtigt interesseret i at få en bedre forståelse af den unge og som bruger tid på, at undersøge den unges meninger og tanker om den adfærd, der er mål ift. forandring. Behandleren kan følge eller har en korrekt forståelse af en kompleks beskrivelse/historie eller spørger ind på en "blid" måde for at opnå større indsigt.

1: *Forsøger ikke at forstå den unges perspektiv.* Eks. Behandleren stiller kun spørgsmål af faktisk karakter og forsøger ikke at forstå den unges syn på at ændre adfærd.

2: *Sporadiske forsøg på at forstå den unges perspektiv.* Eks. Behandleren forsøger at reflektere det den unge siger, men har misforstået den unge. Han/hun er overfladisk i sine forsøg på at forstå den unge.

3: *Forsøger aktivt, men med moderat succes, at forstå den unges perspektiv.* Eks. Behandleren laver både korrekte og forkerte refleksioner igennem hele samtalen. Behandleren forsøger gennem hele samtalen at forstå den unges perspektiv men med lille succes.

4: *Forstår den unges perspektiv og yder en gennemgående indsats for at forstå den unges tanker og mål.* Eks. Behandleren udviser interesse i den unges perspektiv og situation. Behandleren viser forståelse gennem korrekte refleksioner af hvad den unge har sagt (forståelsen er dog begrænset til det konkrete indhold af det sagte)

5: *Demonstrerer gennemgående korrekt forståelse af den unges synspunkt. Kommunikerer en forståelse af den unges tanker og mål gennem korrekte refleksioner og opsummeringer, der bidrager til at forbedre interaktionen.* Eks. Viser en stærk interesse i den unges perspektiv eller situation. Forsøger at sætte sig i den unges sted. Opfordrer den unge til at uddybe det han/hun siger. Anvender mange korrekte refleksioner og mindst 1 korrekt opsummering.