
Behandling af unge der misbruger stoffer

En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt

Rapport fra Center for Rusmiddelforskning

2017

Mads Uffe Pedersen, Michael Mulbjerg Pedersen, Sheila Jones, Karina Ellegaard
Holm og Kirsten Søndergaard Frederiksen



CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING
PSYKOLOGISK INSTITUT
AARHUS UNIVERSITET

Behandling af unge, der misbruger stoffer

En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt

Rapport fra Center for Rusmiddelforskning

2017

Data

Serietitel	Rapport fra Center for Rusmiddelforskning
Titel	Behandling af unge, der misbruger stoffer
Undertitel	En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt
Forfatter(e)	Mads Uffe Pedersen, Michael Mulbjerg Pedersen, Sheila Jones, Karina Ellegaard Holm og Kirsten S. Frederiksen

Eksekutiv sammenfatning

Metodeprogrammet for stofmisbrugsbehandling (MP) er en del af den såkaldte Stofmisbrugspakke, som blev lanceret i 2012. Formålet med MP har været at 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 4 forskellige behandlingsgrupper og fulgt i foreløbig 9 måneder.

Den mest effektive metode viste sig at være metoden med navnet MI/KAT-GO som indeholder følgende:

1. 12 samtaler med forudgående udredning (UngMap)
2. Samtaleteknikker: **MI** = Motivational Interviewing og **KAT** = Kognitiv AdfærdsTerapi.
3. Strukturelle elementer: **G** = Gavekort og **O** = Opfølgning. Dertil kommer *påmindelser* ("husk at komme", typisk SMS), *skriftlig kontrakt* og *statusbreve* (se rapport og manual).

Nedenfor ses nogle af de væsentligste resultater for MI/KAT-GO (MI/KAT-GO versus andre).

- 49 % af de unge fra MI/KAT-GO gennemførte primærbehandlingen (37 % for de andre grupper)
- 50 % af de unge var stoffri 9 måneder efter indskrivning (33 % for de andre grupper).
- 51 % af mændene var stoffri 9 mdr. efter indskrivning (34 % for de andre grupper)
- 48 % af kvinderne var stoffri 9 mdr. efter indskrivning (31 % for de andre grupper)
- 38 % af de unge med psykiatrisk diagnose var stoffri 9 mdr. efter indskrivning (21 % andre grupper)
- De unges kriminalitet blev reduceret fra 20 % til 6 % (22 % til 17 % for de andre grupper)

Anbefalinger

- MI/KAT-GO metoden er samlet set den mest effektive metode og de strukturelle elementer i denne metode kan, i kombination med MI og KAT, med fordel integreres i misbrugsbehandlingen af unge.
- Effekten fra MI/KAT-GO kan ikke forventes opnået ved blot at udvælge enkelte strukturelle elementer fra metoden.
- For de mest psykisk belastede kan det være nødvendigt at tilbyde mere intensive og/eller tværfaglige indsatser (herunder evt. integreret eller parallel psykiatrisk behandling).
- Gradvist udtrappende, primært telefonbaserede opfølgende behandling har generelt en fastholdende effekt på andelen, der er stoffri og ses i MI/KAT-GO, at kunne skabe en fortsat positiv udvikling i andelen af stoffri.
- Hvis der alene er fokus på fastholdelse, kan der med fordel anvendes påmindelser, men den stærkeste effekt opnås ved anvendelse af såvel påmindelser som gavekort.

Behandling af unge der misbruger stoffer

En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt

Indhold

Sammenfatning	3
1. Indledning	20
2. Behandlingseffekter i nationale og internationale undersøgelser	22
3. Undersøgelsens design	26
3.1. Multicenter studie	26
3.2. Smitte	27
3.3. Uddannelse og supervision	28
3.4. Etik	28
4. De 4 behandlingsgrupper – kort fortalt	29
5. Undersøgelsens metoder	35
5.1. Eksklusionskriterier	35
5.2. Hvem deltager?	35
5.3. Lodtrækningen	37
5.4. Målemetoder	38
5.4.1. UngMap	38
5.4.2. TEM	41
5.6.3. Logbog	41
5.4.4. Opfølgning	42
5.2.5. Videoptagelser, behandler-survey og kvalitative interviews	43
6. Resultater	45
6.1. Indskrivningslængde, antal samtaler og gennemført som planlagt	45
6.2. Reduktion/ophør med forbrug af rusmidler	49
6.2.1. Stoffer	54
6.2.2. Alkohol	62
6.3. Trivsel	63
6.4. Kriminalitet	66
6.5. Opmærksomheds/hyperaktivitets-problemer og impulsivitet	67

6.6. Uddannelse og arbejde.....	69
6.7. Forholdet til nære venner og familie.....	71
7. Betydningen af behandlingselementer og -kendetegn.....	73
8. Hvem profiterer af hvilken behandling? Barrierer og muligheder.....	78
8.1. Køn.....	78
8.2. Alder.....	81
8.3. Brug af stoffer før indskrivning. 4 forbrugs- og forløbsmønstre.....	82
8.4. Brug af alkohol før indskrivning.....	83
8.5. Psykisk/adfærd.....	84
8.6. Traume/stress.....	90
8.7. Skole/adfærd.....	93
8.8. Hovedindtægt og samliv.....	95
8.9. Sociale netværk.....	96
8.10. Fysisk.....	98
9. Afslutning.....	100
10. Referencer.....	101
Bilag 1. Statistik.....	103
Bilag 2. TEM.....	117
Bilag 3. Eksempel på kontrakt/behandlingsplan.....	118
Bilag 4. Eksempel på statusbrev.....	119

Sammenfatning

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 kommuner¹ ved lodtrækning fordelt på 4 forskellige behandlingsgrupper. Hver af disse behandlingsgrupper anvendte forskellige metoder i deres arbejde med at reducere eller bringe et stofmisbrug til ophør.

De 460 unge var mellem 15 og 25 år med en gennemsnitsalder på 20,5 år. 60 unge var 15-17 år og 105 var kvinder. 33,9 % havde en psykiatrisk diagnose.

Følgende sammenfatning har nedenstående overskrifter:

- Behandlingsmetoderne
- Forskningsdesign og -metoder
- Resultater
- Sammenfattende om effekten
- Variable der kan knyttes til effekt: Barrierer og muligheder
- MP sammenlignet med andre evalueringsprojekter
- En mulig forståelsesmodel for effekt
- anbefalinger

Behandlingsmetoderne

Behandlingens overordnede formål tager udgangspunkt i definitionen på social misbrugsbehandling, som denne er formuleret i de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling². 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 alene at have fokus på rusmidlerne. Ofte er disse unge svært belastet af psykiske, sociale og/eller fysiske problemer, som direkte virker som barrierer for, at reduktion/ophør kan finde sted. I rapporten identificeres en række af disse barrierer.

¹ Randers, Aarhus (18+ år), Silkeborg, Herning, Fredericia, Åbenrå, Odense (18+ år), Svendborg og Holbæk.

² <https://socialstyrelsen.dk/voksne/stof-og-alkoholmisbrug/stofmisbrugsbehandling>

Alle 4 behandlingsmetoder anvendte samtaleteknikkerne, den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi (MI/KAT). Disse to samtaleteknikker har vist sig effektive i behandling af unge, der misbruger illegale stoffer (Tanner et al. 2013 og Gates et al 2017).

Den motiverende samtale (MI)

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 (Se Miller & Rollnick 2004 og afsnit 4 i rapporten).

Kognitiv adfærdsterapi (KAT)

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.

De 4 behandlingsmetoder er med andre ord ikke forskellige rent samtaleteknisk. Når vi i dette projekt ikke tester, om én samtaleteknik er bedre end en anden, skyldes det først og fremmest risikoen for "smitte" (se afsnit 3.2.). Vi kunne for eksempel have undersøgt, om der var forskelle i effekterne for unge, der fik tilbudt a) klassisk kognitiv adfærdsterapi, b) ACT (Acceptance and Commitment Therapy) eller c) en narrativ tilgang. Her vil der blandt andet være tale om en vurdering af forskellige samtaleteknikkens effekt på forbruget af rusmidler (reduktion eller ophør). En sådan undersøgelse ville ikke være mulig at gennemføre med dette design. Dette skyldes blandt andet, at nogle af de 9 kommuner er relativt små. Hvis en behandler blev nødt til at skifte gruppe eller i en periode hjælpe til i en anden gruppe (grundet sygdom, graviditet eller andet), ville det for eksempel være helt umuligt for behandleren den ene dag at skulle bruge klassisk kognitiv terapi og den næste dag ACT, uden at de to samtaleteknikker kommer til at smitte hinanden.

Forskellen mellem de 4 behandlingsgrupper er derfor også alene af strukturel karakter, hvilket kan forstærke mulighederne for at implementere metoden i andre kommuner, hvis dette viser sig hensigtsmæssigt.

MP går derfor 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 4 grupper, hvor forskellige strukturelle elementer tages i anvendelse. Effektive strukturelle elementer vil være mere enkle at implementere i andre kommuner end samtaleteknikker.

Nedenfor opstilles først de tre strukturelle elementer, som de 4 behandlingsgrupper har tilfælles. Dernæst de strukturelle elementer, som adskiller de 4 behandlingsgrupper.

Strukturelle elementer fælles for de 4 behandlingsgrupper:

12 samtaler	Alle 460 unge fik tilbudt 12 individuelle samtaler baseret på den <i>motiverende samtale</i> (MI) og <i>kognitiv adfærdsterapi</i> (KAT). 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 hjælperedskab til udredning af unge, der søger behandling for deres misbrug. UngMap-interviewet gennemføres af den behandler, der skal være kontaktperson for den unge gennem hele forløbet. 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. Fælles accepterede mål og delmål for behandlingen formuleres (se manual for uddybende beskrivelse).
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. Se manual.

Strukturelle elementer der adskiller de 4 behandlingsgrupper:

Kontrakt	For to af grupperne formuleres der en kontrakt/behandlingsplan, som underskrives af såvel behandleren som den unge. I bilag 3 er der givet et eksempel på, hvordan en kontrakt kan se ud, og den er yderligere beskrevet i behandlingsmanualen.
Statusbreve	For to af grupperne formuleres der en skriftlig status hver 4 uge, som diskuteres med den unge. I bilag 4 er der givet et eksempel på, hvordan en skriftlig status kan se ud, og den er yderligere beskrevet i behandlingsmanualen.
Påmindelser	For to af grupperne huskes den unge på næste samtale via SMS eller telefon. Hvornår påmindelsen finder sted og hvordan, aftales med den unge. Se behandlingsmanual.
Gavekort	Der udleveres i to grupper gavekort på en værdi af 200 DKK ved hvert andet fremmøde. For procedure se behandlingsmanualen.
Opfølgning	For to af grupperne tilbydes der 3+3 måneders opfølgende behandling. Denne består i 1 personlig og 3 telefoniske samtaler om måneden de første 3 måneder. De næste 3 måneder tilbydes 1 telefonisk samtale hver anden uge og en afsluttende personlig samtale (6 måneder efter primærbehandlings afslutning). Med andre ord en gradvist udfasende opfølgning. Se behandlingsmanual.

De 4 behandlingsgrupper blev givet følgende navne og benyttede sig af nedenstående strukturelle elementer:

Tabel 1. De 4 behandlingsgruppers strukturelle indhold.

MI/KAT	12 samtaler (MI, KAT), UngMap, TEM.
MI/KAT-G	12 samtaler (MI, KAT), UngMap, TEM. G =Gavekort på en værdi af 200 DKK ved hvert andet fremmøde.
MI/KAT-O	12 samtaler (MI, KAT), UngMap, TEM. O =opfølgende behandling (3+3 måneder) Kontrakt, Statusbreve, Påmindelser
MI/KAT-GO	12 samtaler (MI, KAT), UngMap, TEM. G =Gavekort på en værdi af 200 DKK ved hvert andet fremmøde. O =opfølgende behandling (3+3 måneder) Kontrakt, Statusbreve, Påmindelser

MI = Motivational Interviewing KAT = Kognitiv AdfærdsTerapi

De forskellige elementer og behandlingens fremadskridende proces er beskrevet i rapportens afsnit 4. Tjeklisten for primærbehandlingen og den opfølgende behandling kan ses i manualen.

Forskningsdesign og -metoder

Nedenfor er kort opstillet nogle af de væsentligste kendetegn ved forskningsdesign og forskningsmetode. For uddybet beskrivelse se rapportens afsnit 3, 5 og 6.2.

- MP inkluderer 9 store som små danske kommuner.
- Såvel de unge som behandlerne blev vilkårligt fordelt til de 4 behandlingsgrupper (lodtrækning/randomisering).
- Der blev etableret 4 behandlingsgrupper i hver af de 9 kommuner, hvilket betyder, at der mindst har været 4 behandlere (plus én som stand-by) med i undersøgelsen fra hver kommune. Lodtrækningen fandt derfor uafhængigt sted i hver kommune.
- De 4 behandlingsgrupper var som udgangspunkt ikke signifikant forskellige i variable, der kunne knyttes til forbrug af stoffer (for eksempel stofforbrug, kønsfordeling, aldersfordeling, psykiatrisk diagnose og eksternaliserende adfærd)
- De 460 unge, der deltog i eksperimentet, blev alle interviewet ved indskrivning og derefter søgt geninterviewet 3, 6 og 9 måneder efter indskrivning. Derudover søges de unge interviewet 21 måneder efter indskrivning (stadig i gang).
- Svarprocenten for 3 måneders interviewet var 76,1 %, for 6 måneders interviewet 67,0 % og for 9 måneders interviewet 64,3 %. Svarprocenten var klart bedst for MI/KAT-GO gruppen (80,2 %, 72,3 % og 69,4 %) (for uddybning se rapportens tabel 7, afsnit 5.4.4.).

- Datagrundlag og statistiske metoder:
 - Rå-data analyser: Her tegnes blandt andet grafer for forbrug for de 460 unge ved indskrivning, de 350 ved 3 måneders interviewet, de 308 ved 6 måneders interviewet og de 296 ved 9 måneders interviewet (se for eksempel afsnit 6.2.1. figur 10 i rapporten). I nogle analyser inddrages alene de 296, der deltog såvel i indskrivningsinterviewet som i 9 måneders interviewet. I enkelte analyser inddrages kun de 247, som deltog i samtlige tre opfølgingsinterviews (3,6 og 9 måneder).
 - Last Observation Carried Forward (LOCF analyser): LOCF betyder, at sidste besvarelse føres videre, hvis efterfølgende værdi er ukendt. For eksempel kan en ung deltage i 3 måneders interviewet, men ikke i 6 måneders interviewet. 3 måneders oplysninger føres så frem og dækker hullet i 6 måneders interviewet. På denne måde kan alle 460 unge inddrages ved hvert måletidspunkt.
 - Der anvendes t-test og Spearman Rank Order Correlation til at bestemme simple forhold mellem to variable.
 - Hvor binære data indgår, anvendes der logistisk regressionsanalyser. Der kontrolleres altid for forskelle i køn, alder og scoren i den uafhængige variabel (for eksempel stofforbrug ved indskrivning)
 - Hvor udviklingen fra indskrivning over 3, 6 og 9 måneders opfølgningerne skal sammenlignes for hver enkelt behandlingsgruppe, anvendes mixed effekt og repeated logiske regressionsanalyser. Disse metoder kan håndtere missing data uden helt at udelukke unge, der ikke deltager i én eller flere opfølgingsinterviews, fra analyserne. Samtidig kan de begge kontrollere for forskelle i scoren i den uafhængige variabel (for eksempel stofbrug ved indskrivning), køn og alder. En sådan kontrol anvendes altid.

Resultater

I resultatafsnittene er der særligt fokus på a) effekten af de forskellige behandlingsmetoder, b) de forskellige behandlingselementers særlige virkning på fastholdelse og stofreduktion/ophør og c) hvor gode behandlingsmetoderne er til særlige målgrupper.

a) Effekten af de forskellige behandlingsmetoder

Behandlingseffekterne skal i det følgende alene fokusere på fastholdelse, reduktion og stoffrihed.

Fastholdelse: Den gennemsnitlige indskrivningslængde for en ung i behandling i de 9 kommuner, før MP startede, var 5,9 måneder, mens den nationale gennemsnitlige indskrivningslængde for en sammenlignelig gruppe af unge også var 5,9 måneder. For de 460 unge i MP var den gennemsnitlige indskrivningslængde 5,7 måneder.

- MI/KAT 4,1 måneder.
- MI/KAT-G 5,0 måneder.
- MI/KAT-O 6,9 måneder (inklusive 3+3 måneders opfølgning).
- MI/KAT-GO 6,8 måneder (inklusive 3+3 måneders opfølgning).

MI/KAT-O og MI/KAT-GO tilbød som nævnt opfølgende behandling, hvilket er den væsentligste grund til, at de unge fra disse to grupper var længere tid indskrevet. De fleste af samtalerne i den opfølgende behandling var dog pr. telefon (de sidste 3 måneder én telefonsamtale hver anden uge).

Primærbehandlingen (de 12 tilbudte samtaler til alle) varede i gennemsnit 4,5 måneder for alle 4 behandlingsgrupper. Dette blev fordelt som vist nedenfor.

- MI/KAT 4,1 måneder
- MI/KAT-G 5,0 måneder
- MI/KAT-O 4,5 måneder
- MI/KAT GO 4,5 måneder

Den kortere behandlingstid i MI/KAT, skyldes, at der var signifikant større frafald i MI/KAT end i de tre andre grupper (25,4 % gennemførte primærbehandlingen mod for eksempel 48,8 % i MI/KAT -GO).

At MI/KAT-G gruppen (som kun havde gavekort) var indskrevet længere tid end MI/KAT-GO gruppen (som blandt andet både havde gavekort og påmindelser) skyldes, at MI/KAT-G gruppen havde signifikant flere afbud end MI/KAT-GO gruppen, hvilket trak behandlingstiden ud. Ikke desto mindre gennemførte 46,0 % af de unge fra MI/KAT-G primærbehandlingen. Dette kunne tyde på, at påmindelser reducerer behandlingstiden, fordi mange afbud undgås.

MI/KAT-GO gruppen havde signifikant færre udeblivelser end de andre tre grupper sammenlagt, og 48,8 % af de unge gennemførte som nævnt primærbehandlingen.

MI/KAT-O var indskrevet lige så længe som MI/KAT-GO, men havde signifikant flere udeblivelser end MI/KAT-GO og tæt på signifikant flere afbud end MI/KAT-GO. 39,3 % af de unge fra MI/KAT-O gennemførte primærbehandlingen.

For en sammenlignelig gruppe af unge indskrevet i de 9 kommuner, før MP startede, blev der i gennemsnit givet 5,2 samtaler i et forløb. I MP blev der i gennemsnit givet 6,7 samtaler i primærforløbet fordelt således:

- 5,1 samtaler for unge i MI/KAT (ingen påmindelser eller gavekort),
- 7,1 samtaler for MI/KAT-G (gavekort),
- 6,7 samtaler for MI/KAT-O (påmindelser),
- 7,7 samtaler for MI/KAT-GO (påmindelser + gavekort).

Hverken at give gavekort eller påmindelser giver signifikant færre samtaler og signifikant flere afbrudte behandlingsforløb, end vi ser i de andre tre behandlingsgrupper (hver for sig). At give gavekort synes at være en smule bedre end påmindelser, men det er ikke signifikant bedre end alene at give påmindelser. Der synes dog at være en synergieffekt ved såvel at give gavekort og påmindelser.

Sammenfattende er det MI/KAT-GO gruppens unge, der får flest samtaler, har færrest udeblivelser og flest der gennemfører. Primærbehandlingen varer dog ikke længere tid af den grund.

Reduktion i forbrug af stoffer: At anvende reduktion i forbrug af stoffer som et effektmål er kompliceret. For det første har en del unge allerede startet reduktionen inden første samtale. Ved lodtrækningssamtalen (som ikke er en behandlingssamtale og som normalt ikke gennemføres af kontaktpersonen) var det således 42,7 %, der havde røget hash dagligt. Ved UngMap interviewet er dette faldet til 34,1 %, og ved første egentlige behandlingssamtale er det yderligere faldet til 28,8 %. Der ses således, inden behandlingen egentlig starter, en stærk signifikant reduktion i forbruget af hash. At konkludere behandlingen er effektiv, fordi man finder en signifikant reduktion i forbrug af stoffer mellem ind og udskrivning, kan derfor være en fejlslutning. Det vil være mere rigtigt at sige, at hvis der ikke har fundet en signifikant reduktion sted, så har behandlingsmetoden ikke været i stand til at fastholde den reduktion, som den indledende motivation hos den unge i sig selv skaber. Spørgsmålet er derfor ikke, om der har fundet en reduktion sted, men hvor stor reduktionen har været og om denne fastholdes.

Dertil kommer, at reduktionen helt primært bæres af de stoffri. Ved 9 måneders opfølgning kunne de unge opdeles i dem, der slet ikke havde brugt hash den sidste måned (0 dage, n=122) og de der havde brugt hash den sidste måned. De, der brugte hash 9 måneder efter indskrivning, havde i gennemsnit haft et forbrug på 17,3 dage den seneste måned. Ved UngMap interviewet ved påbegyndelsen af behandlingen havde den samme gruppe brugt hash i 21,2 dage den sidste måned. Nok havde de unge, der fortsat brugte hash, reduceret deres forbrug signifikant, men forskellen var ikke overvældende og forbruget var tilmed samlet set stigende i forhold til 6 måneders opfølgningen (se rapporten afsnit 6.2).

Endelig er der i MP unge, som er henvist fra Kriminalforsorgens institutioner, og der er unge, der kommer fra bosteder, som har en tæt monitorering af den unges forbrug. Ligeledes er der unge, der kommer fra behandling i en anden kommune eller fra plejefamilier. Disse unge kan have et mindre forbrug end andre unge, der indskrives, hvilket ikke nødvendigvis betyder, at de er mindre stofmæssigt belastede. Det kommer dermed til at se ud, som om disse unge reducerer mindre end andre unge, hvilket måske slet ikke er tilfældet. Deres reduktion har bare fundet sted noget tid før, behandlingen startede.

Generelt finder vi, ligesom i mange andre projekter, en meget stor reduktion i forbruget af hash mellem de forskellige måletidspunkter. De 296, der deltog i 9 måneders opfølgningen, havde således ved indskrivningen (da de blev fordelt ved lodtrækning) brugt hash i gennemsnitligt 20,8 dage, hvilket 9 måneder efter var reduceret til 10,2 dage. Forbruget var dog ved 3 måneders opfølgningen allerede faldet til 11,2 dage, og der ses således efter 3 måneder ikke mere noget signifikant fald i reduktionen i forbruget af hash for alle fire grupper samlet. For MI/KAT-GO gruppen ses der dog en fortsat signifikant reduktion i hashforbruget efter 3 måneders opfølgningen fra 11,4 dage til 8,6 dage. For de øvrige tre grupper var der ingen signifikante forandringer mellem 3 og 9 måneders interviewet.

Den generelle stofbelastning blev udregnet ved at anvende nedenstående formel, som er inspireret af udregningen af stofbelastning i Addiction Severity Index (ASI).

$$(((\text{Dage cannabis}/30) + (\text{dage amfetamin}/30) + (\text{dage kokain}/30) + (\text{dage ecstasy}/30) + (\text{dage ritalin}/30) + (\text{dage ketamin}/30) + (\text{dage andre stoffer}/30))/7) * 100$$

/=dividere, += plus, *=gange

I almindeligt sprog siger formlen, at (antal dage med cannabis den sidste måned divideres med 30) + (antal dage med amfetamin den sidste måned divideres med 30) + osv. Dette divideres slutteligt med 7 (cannabis, amfetamin, kokain, ecstasy, ritalin, ketamin og andre stoffer), og det hele ganges til sidst med 100. Den maksimale belastning kan således være 100 (hvis alle stoffer + andre stoffer hver er brugt 30 dage den sidste måned). Den mindste belastning vil være 0, hvis der ingen stoffer er brugt den seneste måned.

Den generelle stofbelastning var for alle 4 grupper 14,1. 3 måneder efter indskrivningen var stofbelastningen faldet til 6,3, mens den 9 måneder efter indskrivning var faldet til 5,6. For MI/KAT-O og MI/KAT-GO ses der en fortsat signifikant reduktion efter de 3 måneder, mens belastningen for MI/KAT og MI/KAT-G stort set er uændret mellem 3 og 9 måneders interviewet.

Stoffrihed: ved indskrivninger er det 2 % af de unge, der ikke havde brugt illegale stoffer den sidste måned (men de havde haft et forbrug i måneden før). Dette er 3 måneder efter indskrivning steget til 25,5 % og 9 måneder efter indskrivning til 38 % samlet for alle 4 grupper. Der ses altså en fortsat signifikant positiv udvikling i antallet af unge, der bliver stoffri 3 til 9 måneder efter indskrivning. For MI/KAT og MI/KAT-G ses der dog ingen signifikant stigning i andelen af unge, der er stoffri mellem 3 og 9 måneder efter indskrivning. For MI/KAT-O gruppen ses der en stigning i andelen af unge, der er stoffri lige omkring signifikansgrænsen, mens der ses en stærk signifikant stigning i andelen af stoffri i MI/KAT-GO (fra 23,5 % til 50 %) (se analyse 1 og 2 i bilag 1). Fra 6 måneder til 9 måneder efter indskrivning stiger andelen af stoffri signifikant fra 35,1 % til 50 % i MI/KAT-GO. I de tre øvrige grupper ses der ingen øget stigning, men derimod en begyndende tendens til det modsatte.

Den signifikant største andel af stoffri ved 9 måneders opfølgningen ses altså i MI/KAT-GO gruppen, hvor 50 % af de 84 interviewede unge har været stoffri den seneste måned, mens det for de øvrige tre grupper er mellem 30,6 og 36,6 % af de interviewede, som har været stoffri.

Sluttelig skal her nævnes, at de, der gennemfører som planlagt, generelt oftere er stoffri 9 måneder efter indskrivning, end de der afbryder. I MI/KAT gruppen finder vi dog det besynderlige resultat, at de unge, der gennemfører som planlagt, oftere fortsætter med at tage stoffer, end de unge der afbryder behandlingen (29,6 % af de, der gennemfører, mod 40,9 % af de, der afbryder, er

stoffri 9 måneder efter indskrivning). Sammenhængen er helt den modsatte for de øvrige tre behandlingsgrupper. Denne forskel forsvinder dog næsten helt, hvis der anvendes en LOCF analyse (sidste besvarelse føres videre, hvis efterfølgende værdi er ukendt). Dette kunne indikere, at resultatet til dels kan forklares med den lave svarprocent i opfølgningerne, og at en lav svarprocent kan skabe store usikkerheder omkring resultater.

b) De forskellige behandlingselementers særlige virkning på fastholdelse og stofreduktion/ophør. Påmindelser og gavekort synes at have en klar effekt på fastholdelse af de unge i behandling. De unge, der hverken fik påmindelser eller gavekort, fik således signifikant færre samtaler i primærbehandlingen end unge, der enten fik gavekort, påmindelser eller begge dele. Flest samtaler fik de unge, der både fik gavekort og påmindelser.

Den primært telefonbaserede opfølgende behandling synes generelt at have en fastholdende effekt på andelen, der er stoffri, og for MI/KAT-GO ses der endog en signifikant forøgelse i andelen, der opnår stoffrihed fra 6 til 9 måneder efter indskrivning. Dette kan blandt andet tilskrives den høje gennemførelsesprocent på 48,8 %, som betyder, at næsten halvdelen af de unge fra MI/KAT-GO fortsatte i den opfølgende behandling. Sammen med påmindelser og gavekort (og kontrakt og statusbreve), synes der i MI/KAT-GO gruppen at være blevet skabt en dynamik, som kan være afgørende for effekten.

Antal samtaler kunne umiddelbart knyttes til effekt af behandlingen (se afsnit 6.1).

- Mellem 15-21 % af de 71 unge, der fik mellem 0 og 1 samtaler, var stoffri 9 måneder efter indskrivning³ (40,8 % af dem deltog i 9 måneders opfølgningsinterviewet).
- Mellem 23-35 % af de 209, der fik mellem 2 og 9 samtaler, var stoffri 9 måneder efter indskrivning (54,1 % af dem deltog i 9 måneders opfølgningsinterviewet).
- Mellem 40-44 % af de 180, der fik 10+ samtaler, var stoffri 9 måneder efter indskrivning (85,5 % af dem deltog i 9 måneders opfølgningsinterviewet).

Antal samtaler er dog ikke det eneste afgørende. Der gives således næsten de samme antal samtaler i MI/KAT-O som i MI/KAT-GO, men andelen af stoffri i MI/KAT-GO er signifikant større ved 9 måneders interviewet end i MI/KAT-O.

c) hvor gode er behandlingsmetoderne til særlige målgrupper og særlige problematikker.

De unge bliver i dette afsnit opdelt i forskellige kendetegn (eller undergrupper), hvilket til tider kan medføre ret så små grupper. Resultaterne skal derfor også primært ses som indikationer på, at effekterne enten er sammenlignelige med det overordnede billede eller udgør en variation fra det generelle billede.

³ For metoden til denne udregning se afsnit 6.2.

- MI/KAT-GO metoden viser mest markant effekt for mænd. For MI/KAT-GO gruppen var det 50,8 % af de mænd, der deltog i interviewet (61 af 91 mulige), som var stoffri 9 måneder efter indskrivning. For MI/KAT var det 32,1 %, for MI/KAT-G var det 38,8 % og for MI/KAT-O var det 31,4 %. Umiddelbart kunne noget tyde på, at særligt mænd profiterer af gavekort.
- Der ses generelt ingen forskel i effekt mellem mænd og kvinder (38,8 % for mænd og 35,4 % for kvinder).
- MI/KAT gruppen er lige så effektiv i behandlingen af kvinder som MI/KAT-GO. I MI/KAT gruppen ses der dog ingen udvikling i effekten for kvinder efter 4. samtale, mens udviklingen i andelen af stoffri stiger kontinuerligt i MI/KAT-GO. De 105 kvinder fordelt på 4 grupper giver dog så små grupper, at det kan give en vis usikkerhed i analyserne.
For MI/KAT-GO gruppen var det 47,8 % af de kvinder, der deltog i interviewet (23 af 30 mulige), som var stoffri 9 måneder efter indskrivning. For MI/KAT var det 50,0 % (18 af 23 mulige), for MI/KAT-G var det 14,0 % (23 af 29 mulige) og for MI/KAT-O var det 33,3 % (18 af 23 mulige).
- MI/KAT-GO er den mest effektive metode til unge mellem 18-25 år. 48,7 % af de unge fra denne aldersgruppe, der deltog i interviewet 9 måneder efter indskrivning (74 af 108 mulige), var stoffri. For MI/KAT var det 32,8 % (61 af 97 mulige), for MI/KAT-G var det ligeledes 32,8 % (61 af 100 mulige) og for MI/KAT-O var det 27,1 % (59 af 95 mulige).
- Der er i alt 60 unge med i MP under 18 år. 48,8 % af de, der deltog i 9 måneders interviewet (41 af 60 mulige), havde på daværende tidspunkt være stoffri i mindst én måned. De 60 15-17-årige opdeles ikke i grupper, fordi grupperne bliver for små (10-11 i hver gruppe deltog i 9 måneders opfølgningen).
- MI/KAT-GO er den mest effektive metode til at behandle de mest stofbelastede. De unge blev opdelt i unge med en stofbelastning på 12+ (ASI udregningsmodellen) og unge med en stofbelastning på under 12 ved indskrivning. 9 måneder efter indskrivning var 41 % stoffri i MI/KAT-GO af de unge, som havde en 12+ stofbelastning (30,4 % MI/KAT, 27,1 % MI/KAT-O og 17,1 % MI/KAT-G). For de unge med en score på under 12 var det 63,6 %, der var stoffri 9 måneder efter indskrivning for MI/KAT-GO, mens det for de øvrige tre grupper var mellem 40-50 %, der var stoffri.
- Den største reduktion i kriminalitet ses i MI/KAT-GO (fra 19,8 % til 6,0 % 9 måneder efter indskrivning). For MI/KAT gruppen fandt vi et fald fra 24,4 % til 14,1 %, for MI/KAT-G et fald fra 23,0 til 20,8 % og fra MI/KAT-O gruppen fra 18,8 % til 14,7 %.

- MI/KAT-GO synes umiddelbart at være den metode, der er bedst til at fastholde og forøge andelen af unge, der er inkluderet i en uddannelsesaktivitet. Generelt falder andelen af unge, der er under uddannelse fra indskrivning til 3 måneder efter indskrivning. Herefter forøges andelen under uddannelse. Det er dog kun i MI/KAT-GO, at denne forøgelse er signifikant.
- Der findes ingen signifikante forandringer over tid i andelen af unge, der modtager kontanthjælp for nogle af behandlingsgrupperne. Dette er ikke mindst problematisk, fordi unge på langvarig kontakthjælp reducerer deres forbrug af stoffer i langt mindre grad end andre unge (se senere).
- Psykiatrisk diagnose: MI/KAT-GO og MI/KAT-G, der inkluderer gavekort og/eller påmindelser, er de bedste metoder til at fastholde unge med psykiatrisk diagnose i behandling. 38,8 % af unge med psykiatrisk diagnose fra MI/KAT-GO gennemførte behandlingen som planlagt. For MI/KAT-G var det 38,9 %, for MI/KAT-O var det 31,0 %, mens det for MI/KAT var 19,1 %. For MI/KAT-GO var det 37,5 %, der var stoffri 9 måneder efter indskrivning, for MI/KAT-O 5,9 %, for MI/KAT-G 16,0 % og for MI/KAT 34,6 %. MI/KAT er altså næsten lige så høj, som for MI/KAT-GO. Dog med en lavere svarprocent.
- Ved hjælp af 12 spørgsmål inkluderet i UngMap kan de unge opdeles i fire profiler. Profilerne måler internaliserende problemer (for eksempel ensomhed, angst, depression, selvmordstanker) og eksternaliserende problemer (konflikt med lærer i skolen, kommer i slagsmål, pjækker fra skole og bortvist fra skole med mere). På baggrund af disse spørgsmål kan den unge klassificeres i forhold til følgende 4 profiler:
 - 1) LAV (ingen til moderate internaliserende og eksternaliserende problemer)
 - 2) SIP (Svære internaliserende problemer)
 - 3) SEP (Svære eksternaliserende problemer)
 - 4) SEIP (svære internaliserende og eksternaliserende problemer).

27 % af de unge i MP kunne placeres i profilen LAV (77,6 % af danske unge), 18,0 % fik profilen SIP (8,9 % af danske unge), 37,2 % profilen SEP (12,4 % af danske unge) og 17,2 % profilen SEIP (1,0 % af danske unge). Unge med profilen SEIP er klart dem, som får den laveste effekt (25 % med profilen SEIP er stoffri 9 måneder efter indskrivning mod 45,4 % af unge med profilen LAV)

 - Unge med profilen LAV (n=86) profiterer bedst af MI/KAT-GO målt 9 måneder efter indskrivning (54,6 % stoffri). For de øvrige grupper er det mellem 41,7 % og 43,8 %, som er stoffri.
 - Unge med profilen SIP (n=60) profiterer bedst af MI/KAT-GO (47,6 % stoffri 9 måneder efter indskrivning) og MI/KAT-G (41,7 %). For MI/KAT er det 20 %, der er stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens det for MI/KAT-O er 33,3 %, der er stoffri.

- Unge med profilen SEP (n=98) profiterer bedst af MI/KAT-GO (60,7 % stoffri 9 måneder efter indskrivning). For MI/KAT var det 44,8 %, for MI/KAT-G 5,6 % og for MI/KAT-O var det 30,4 %.
 - Unge med profilen SEIP (n=52) profiterer dårligt af behandlingen i alle grupper 9 måneder efter indskrivning. Bedst var det for MI/KAT-G (33,3 %) og dårligst for MI/KAT-O (10,0 %). For MI/KAT var det 27,3 % og for MI/KAT-GO 23,1 %.
- Alle behandlingsgrupper viser reduktion i opmærksomheds- og hyperaktivitets problemer mellem indskrivning og 9 måneder efter indskrivning. Hvis 3 måneders opfølgningen anvendes som baseline, er det dog kun MI/KAT-G og MI/KAT-GO, der viser en fortsat signifikant reduktion i opmærksomheds- og hyperaktivitets-problemer. For MI/KAT ses der mellem 6 og 9 måneder efter indskrivning en tendens til tilbagefald (se afsnit 6.5 i rapporten).
 - Trivsel blev målt med såvel FIT-trivsel som med reduktion i depression, angst, ensomhed med mere (se afsnit 6.3. i rapporten). Der ses en signifikant positiv udvikling i trivsel fra indskrivning til 9 måneder efter indskrivning for MI/KAT-G, MI/KAT-O og for MI/KAT-GO, men ikke for MI/KAT (trivsel uændret fra indskrivning).
 - Der ses en signifikant faldende kontakt, målt i antal dage, til de unges respektive mødre, målt i antal dage den seneste måned for alle fire grupper gennem de 4 måletidspunkter. Forklaring kan ikke umiddelbart gives, men den positive udlægning kunne være, at de unge begynder at fungere bedre og derfor ikke har behov for så meget hjælp fra deres mor. Der ses samlet set et stærkt signifikant fald i konfliktniveau mellem de unge og deres mødre. Faldet ses for alle grupper, men der ses ingen klare forskelle mellem behandlingsgrupperne. Kontakten, målt i antal dage, til de unges respektive fædre forbliver nogenlunde den samme over de 4 måletidspunkter. Der ses, som hos mødrene, samlet set et stærkt signifikant fald i konfliktniveau mellem de unge og deres fædre. Faldet ses for alle grupper, og der ses heller ikke her klare forskelle mellem behandlingsgrupperne.
 - Antallet af nære venner hverken stiger eller falder, og der ses ingen klare forskelle mellem behandlingsgrupperne. Der ses ingen ændring i hverken støtte eller konflikt og behandlingsgrupperne adskiller sig ikke klart fra hinanden. Antallet af nære venner der bruger stoffer falder, men faldet er ikke signifikant ($p=0.10$). Der ses ingen forskelle mellem grupperne. 52,6 % af de 247 unge, som deltog i alle 4 interviews (ind, 3, 6 og 9 måneder), havde ved hvert måletidspunkt nære venner, der brugte stoffer. Af denne gruppe var 27,7 % stoffri 9 måneder efter indskrivning. De resterende 47,4 % havde på mindst et måletidspunkt ingen nære ven-

ner, der brugte stoffer. Af denne gruppe var 49,6 % stoffri 9 måneder efter indskrivning. Forskellen er stærkt signifikant. Der blev ikke fundet forskelle mellem grupperne.

Sammenfattende om effekten

Nedenfor er opstillet en tabel, der viser hvilke områder, de enkelte behandlingsmetoder var henholdsvis bedst, blandt de to bedste eller dårligst til. Tabellen skal læses med forsigtighed. Der er ikke altid tale om en "signifikant bedst til", men forskellen er markant. Når metoden er blandt de to bedste betyder det at disse to metoder skiller sig markant (evt. signifikant) ud fra de andre to.

<p>MI/KAT-GO</p> <p><i>Bedst til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fastholdelse • Opnå stoffrihed generelt • Mænd • Unge voksne • Mest stofbelastede • Mindst stofbelastede • LAV, SIP, SEP • Kriminalitet 	<p>MI/KAT</p> <p><i>Blandt de to bedste (sammen med MI/KAT-GO):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvinder • Psykiatrisk diagnose <p><i>Dårligst til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fastholdelse • Gennemført som planlagt • Trivsel • Opmærksomhed/hyperaktiv • SIP
<p>MI/KAT-G</p> <p><i>Bedst til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • SEIP (33 % stoffri 9 mdr.) <p><i>Blandt de to bedste (sammen med MI/KAT-GO):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gennemført som planlagt • uddannelsesaktivitet <p><i>Dårligst til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvinder • Mest stofbelastede • Reduktion i kriminalitet • SEP 	<p>MI/KAT-O</p> <p><i>Dårligst til:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Unge voksne • Psykiatrisk diagnose • SEIP

Sammenfattende er MI/KAT-GO som helhed den mest effektive metode til at reducere eller bringe et misbrug til ophør. Samtidig er MI/KAT-GO den eneste gruppe, hvor reduktionen/andelen af stoffri stiger kontinuerligt frem til 9 måneder efter indskrivning, hvilket betyder, at MI/KAT-GO metoden adskiller sig signifikant fra de øvrige grupper ved 9 måneders opfølgningen. MI/KAT-GO er også den mest effektive metode til at reducere/bringe et stofmisbrug til ophør for de fleste målgrupper. Dette gælder for eksempel for mænd, for 18-25-årige, for de mest stofbelastede, for LAV, SIP og SEP. Den er desuden mest effektiv til at reducere kriminalitet. Dertil kommer, at MI/KAT-GO sammen med én eller to andre behandlingsgrupper også er bedst til at behandle kvinder, 15-17-årige, unge med psykiatrisk diagnose, fastholde de unge i uddannelse, til at reducere opmærksomhedsforstyrrelser og forøge de unges trivsel. MI/KAT-GO er også den bedste metode til at fastholde de unge i behandling (sammen med MI/KAT-G) og den gruppe, hvor de unge i pri-

mærbehandlingen får flest samtaler. Samtidig er det den gruppe, der har færrest afbud, hvormed primærbehandlingen ikke bliver længere end for andre behandlingsgrupper.

MI/KAT gruppen er samlet set lige så effektiv som MI/KAT-G og MI/KAT-O, men generelt mindre effektiv end MI/KAT-GO. På enkelte områder synes MI/KAT at være lige så effektiv som MI/KAT-GO og mere effektiv end MI/KAT-G og MI/KAT-O. Det gælder for to så væsentlige målgrupper som kvinder og unge med psykiatrisk diagnose. På den anden side er MI/KAT gruppen på væsentlige områder den gruppe, der opnår den ringeste effekt. Det gælder for fastholdelse i behandling (næsten halvt så mange gennemfører behandlingen sammenlignet med MI/KAT-GO) og forbedring af de unges trivsel. Hvad angår trivsel er de unge fra MI/KAT gruppen de eneste unge, der ikke ændrer deres trivsel i positiv retning mellem indskrivning og 9 måneder efter indskrivning. For de øvrige tre grupper ændres trivsel stærkt signifikant i positiv retning. MI/KAT gruppens unge synes meget hurtigt i behandlingsforløbet at vise positive forandringer, men disse opnåede forandringer synes på flere områder at gå den forkerte vej 6 til 9 måneder efter indskrivning. Det gælder for eksempel for stofforbruget for de 18-25-årige, opmærksomheds- og hyperaktivitetsproblemer og trivsel. Samtidig er svarprocenten i opfølgingsundersøgelsen for MI/KAT gruppen generelt den laveste for alle grupper, hvilket gør resultaterne usikre. Det skyldes formentligt, at det er mere vanskeligt at få de unge med i opfølgingsundersøgelser, som er droppet ud af behandlingen og/eller som er aktivt misbrugende af stoffer.

MI/KAT-G er næsten lige så god til at fastholde de unge i behandlingen som MI/KAT-GO. Dette tilskrives ikke mindst gavekortmetoden. Dog er der så mange aflysninger i MI/KAT-G, at behandlingstiden trækkes unødigt ud (måske fordi der ikke bruges påmindelser). MI/KAT-G metoden opnåede gode resultater med unge, der havde svære internaliserende/trivsels problemer og var også god til at reducere opmærksomhedsproblemer. Til gengæld opnåede metoden ikke gode resultater i behandlingen af unge med eksternaliserende problemer, kvinder, unge med psykiatrisk diagnose, de mest stofbelastede og metoden var ikke god til at reducere kriminalitet.

Endelig var MI/KAT-O metoden betydeligt bedre en MI/KAT metoden til at fastholde de unge i behandling (men ikke så god som MI/KAT-G og MI/KAT-GO), hvilket tilskrives gavekortet. Derudover placerer resultaterne sig omkring gennemsnittet, dog med ringe effekt i behandlingen af unge voksne (18-25-årige), unge med psykiatrisk diagnose og unge der har en psykiatrisk diagnose.

Variable der kan knyttes til effekt: Barrierer og muligheder

Nedenfor er nævnt nogle af de væsentligste barrierer og muligheder for opnåelse af stoffrihed.

- Stort forbrug af stoffer kan være en barriere for opnåelse stoffrihed.
- Forbrug af alkohol på ugebasis og ikke mindst forbrug over genstandsgrænserne på 14 for kvinder og 21 for mænd kan være en barriere for opnåelse af stoffrihed.

- Psykiatrisk diagnose kan være en barriere for opnåelse stoffrihed.
- Svære eksternaliserende og internaliserende problemer (SEIP) kan være en barriere for opnåelse af stoffrihed.
- At være aktuelt påvirket af mobning kan være en barriere for opnåelse af stoffrihed
- Længerevarende kontanthjælp kan være en barriere for opnåelse af stoffrihed.
- At have nære venner, der bruger stoffer gennem hele behandlingsforløbet, kan være en barriere for opnåelse af stoffrihed.
- At blive ved med at bo sammen med personer, der har et stofmisbrug, kan være en barriere for opnåelse af stoffrihed.
- Vedvarende jævnlige fysiske problemer kan være en barriere for opnåelse af stoffrihed.
- At være vågen mindst to gange om natten kan være en barriere for opnåelse af stoffrihed.
- Profilen LAV (ingen svære eksternaliserende eller internaliserende problemer) øger muligheden for stoffrihed.
- Stabil skolegang kan øge muligheden for opnåelse af stoffrihed.
- At bo med begge forældre kan øge muligheden for opnåelse af stoffrihed.

Undersøgelsen bekræfter nødvendigheden af såvel at have et stærkt fokus på forbruget af rusmidler, som at have fokus på de barrierer der må være for at opnå reduktion/ophør med brug/misbrug af rusmidler. En ung, som for eksempel har en psykiatrisk diagnose, som har været på langvarig kontanthjælp, som kun har venner der selv bruger stoffer og som oplever fysiske problemer, står i fare for ikke at profitere af misbrugsbehandlingen. Der bør i ovenstående eksempel være fokus på de psykiske problemer (eventuelt i samarbejde med psykiatrien), fysiske problemer (eventuelt i samarbejde med egen læge), beskæftigelsessituationen (herunder eventuelt uddannelse) og den unges sociale netværk.

MP sammenlignet med andre evalueringsprojekter

Internationale undersøgelser: Gates et al. (2017) finder i deres Cochrane Review 8 studier, som opgør stoffrihed de sidste 30 dage, at 37 % var stoffri ved behandlingens ophør. Der foreligger her ingen oplysninger om, hvor lang behandlingen var, eller hvor stor en andel af de indskrevne, der deltog i ophør-interviewet. I MP er det samlet set 37,8 %, der har været stoffri den seneste måned, 9 måneder efter indskrivning (MI/KAT-GO 50 %). Når vi ikke har undersøgt stofforbruget ved udskrivning i MP, skyldes det, at det er rigtigt vanskeligt at få oplysninger fra unge, der afbryder behandlingsforløbet (i MP 60 % samlet), desuden ville det give varierende interviewtidspunkt, da de unge udskrives forskelligt i forløbet. De nyere danske undersøgelser, vi har kendskab til, som opgør stofforbrug ved udskrivning, inddrager da også sædvanligvis kun de unge, der afslutter behandlingen som planlagt.

Tanner et al. (2013) konkluderer i et systematisk review af 45 studier af unge i misbrugsbehandling, at stort set alle interventioner kan knyttes til reduktion i forbrug af stoffer, og at denne reduktion finder sted tidligt i forløbet. Dette finder vi også i MP.

Gates et al. (2017) konkluderer dog samtidig, at de, der modtager høj-intensiv behandling defineret som 5+ sessioner, der foregår over mindst én måned, er de mest effektive, og at færre samtaler (0-4) ikke er bedre end "ingen-aktiv-behandling" ved opfølgning (Ibid: 16). Vi finder i MP også, at flere samtaler giver bedre resultater.

Danske undersøgelser: En nylig evaluering af gruppebehandling for hash og centralstimulerende/HCS projektet (Holm et al. 2017) viste, at 34,1 % af de borgere, som havde deltaget i behandlingsforløbet, havde været helt stoffri i måneden op til udskrivningsinterviewet. Her blev der dog kun målt forbrug blandt de, der afsluttede behandlingen som planlagt. I det såkaldte Hash og kokain-projekt (Pedersen 2010) fandt man, at 38 % af de, der havde afsluttet behandlingen som planlagt, havde været stoffri i måneden op til udskrivningsinterviewet. I begge disse undersøgelser blev deltagerne dog udvalgt ud fra en samlet ASI score, som ikke måtte være højere end 0,30 (samlet scorer for stoffer, alkohol, kriminalitet, økonomi, fysisk og psykisk belastning divideret med 6). I HCS projektet var det således 84,7 % af deltagerne, som var i gang med en uddannelse eller havde arbejde.

I Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling (PAS), fandt man, at 39 % var stoffrie op til udskrivning. Også her var det alene de, der afsluttede behandlingen som planlagt, der blev interviewet ved behandlingens ophør.

Et fjerde projekt, CDOL-projektet, viste, at 35 % var stoffrie 6 måneder efter indskrivning (Pedersen og Pedersen 2013). Her var det såvel de, der afbrød, som de, der afsluttede som planlagt, der blev interviewet, men svarprocenten var lav (49 %).

I MP var det samlet set 40,8 % af de, der gennemførte primærbehandlingen som var stoffri 9 måneder efter indskrivning (alle unge var her udskrevet). For MI/KAT-GO var det 53,1 %.

Effekten af behandling i MP er samlet set altså mindst lige så god som i andre projekter og for MI/KAT-GO synes den at være markant bedre.

En mulig forståelsesmodel for effekt

I rapporten ser vi, at en ret stor andel af de unge hurtigt stopper deres forbrug af illegale stoffer. Det er således 42,7 %, der har røget hash dagligt ved indskrivning, men ved første samtale er dette allerede faldet til 28,8 % (målt med TEM = Trivsels- og Effekt Monitorering, se afsnit 5.4.2 i rapporten). Ved 4. samtale er det omkring 30 % af de unge, som ikke har taget stoffer i ugen op til samtalen. Man kan her sige, at reduktionen og i nogle tilfælde ophøret allerede er startet, når den unge har bestemt sig for at gå i behandling, og at det for mange unges vedkommende ikke udvikler sig yderligere efter 4. samtale. Årsagen til effekten skal måske nærmere hentes i den unges motivati-

on end i den anvendte metode. Dette kunne kaldes for den *første bølge af effekt*. Den næste bølge af effekt – den, der er højere end de omkring 30 %, som vi finder i mange nationale og internationale undersøgelser – kunne tænkes i højere grad at kunne tilskrives metoden. Dette kunne kaldes for den *anden bølge af effekt*. Effekten skal her ikke nødvendigvis vurderes ud fra forbrug ved indskrivning (baseline), men ud fra hvorvidt den kontinuerlige reduktion og andel af stoffri udvikler sig yderligere 2-3 måneder inde i behandlingsforløbet. En sådan forståelse er i overensstemmelse med antagelser om, at den egentlige forandring først finder sted efter 3 måneders behandling (se afsnit 2). Den *tredje og sidste bølge* af effekt ses hos de unge, hvor den almindelige ambulante behandling sjældent virker, enten fordi de unge slet ikke er motiverede (og meget vanskelige at motivere) og/eller fordi de unge har andre massive udfordringer end forbruget af stoffer. For denne gruppe skal der ofte andre sociale og medicinske indsatser til, herunder for nogle unge mere intensiv behandling (for eksempel døgnbehandling, gentagne/længere behandlinger) og/eller parallelle/integrerede indsatser fra andre hjælpesystemer (psykiatri, somatik, kriminalforsorg, socialforvaltning, uddannelsessystem med mere). Denne sidste gruppe, som kan være vanskelig at nå, kan udgøre helt op til 30-50 % af de unge, der indskrives i misbrugsbehandling.

Anbefalinger

- MI/KAT-GO metoden er samlet set den mest effektive metode og de strukturelle elementer i denne metode kan, i kombination med MI og KAT, med fordel integreres i misbrugsbehandlingen af unge.
- Effekten fra MI/KAT-GO kan ikke forventes opnået ved blot at udvælge enkelte strukturelle elementer fra metoden.
- For de mest belastede, ikke mindst unge med psykiatrisk diagnose og med profilen SEIP, kan det være nødvendigt at tilbyde mere intensive og/eller tværfaglige indsatser (herunder evt. integreret eller parallel psykiatrisk behandling).
- Gradvist udtrappende, primært telefonbaserede opfølgende behandling har generelt en fastholdende effekt på andelen, der er stoffri og ses i MI/KAT-GO, at kunne skabe en fortsat positiv udvikling i andelen af stoffri.
- Hvis der alene er fokus på fastholdelse, kan der med fordel anvendes påmindelser, men den stærkeste effekt opnås ved anvendelse af såvel påmindelser som gavekort.

1. Indledning

Metodeprogrammet (i det følgende forkortet MP) er en del af en række initiativer inkluderet i den såkaldte Stofmisbrugspakke, som blev lanceret i 2012 af det daværende Ministerie for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold⁴. Formålet med Stofmisbrugspakken har været at øge kvaliteten af stofmisbrugsindsatsen, hvilket blandt andet har inkluderet en analyse af kommunernes udredning og sagsbehandling; en kapacitetsanalyse; udarbejdelse af Nationale Retningslinjer og en undersøgelse af viden, der virker – det sidste også kaldet MP.

Formålet med MP er ifølge Socialstyrelsen, at styrke det metodiske og systematiske arbejde i den kommunale stofmisbrugsbehandling og fremme anvendelsen af behandlingsmetoder, der har dokumenteret effekt i forhold til målgruppen.

Evalueringen af MP er opdelt i 3 dele; effektevaluering, implementeringsevaluering samt en økonomisk evaluering. Indeværende evaluering omhandler effekten, og evalueringen skal læses med en viden om, at sidste opfølgning på behandlingseffekten foretages i april 2018, hvorefter effektevalueringen opdateres med nyeste viden.

Ni kommuner har stillet sig til rådighed til at medvirke i afprøvningen af internationalt udviklede evidensbaserede metoder, som her for første gang afprøves på danske unge, der indskrives i stofmisbrugsbehandling. De deltagende kommuner er: Fredericia, Herning, Holbæk, Odense (18+ år), Randers, Silkeborg, Svendborg, Aabenraa og Aarhus (18+ år). I alt sagde 460 unge i alderen 15-25 år ja til at deltage i afprøvningen og accepterede samtidigt at blive placeret vilkårligt i én af de fire behandlingsgrupper.

Behandlingens overordnede formål tager udgangspunkt i definitionen på social misbrugsbehandling, som denne er formuleret i de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling⁵. I forkortet udgave består definitionen i to dele.

1. Social stofmisbrugsbehandling defineres som sociale indsatser, der retter sig mod at reducere eller bringe et uautoriseret forbrug af psykoaktive stoffer til ophør og fastholde denne reduktion/dette ophør.
2. De sociale indsatser kan have direkte fokus på stofferne og/eller de kan rette sig imod at reducere sociale, psykiske og fysiske problemer, der virker som barrierer for at reducere/bringe et misbrug til ophør.

⁴ <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/stofmisbrugspakken>

⁵ <https://socialstyrelsen.dk/voksne/stof-og-alkoholmisbrug/stofmisbrugsbehandling>

Som ovenstående antyder, er det centrale i misbrugsbehandling at reducere eller bringe et forbrug af rusmidler til ophør. Hos borgere, der henvender sig med misbrugsproblemer, ses dog også ofte en række barrierer som vanskeliggør, at reduktionen/ophøret kan finde sted. Disse barrierer kan for eksempel være en ubehandlet psykisk lidelse, fysiske problemer, manglende sociale kompetencer, stort forbrug af rusmidler hos venner og/eller kæreste, langvarig kontanthjælp med mere. Oversees disse barrierer, kan det betyde, at behandlingsindsatsen er spildt arbejde. Dermed ikke sagt, at misbrugsbehandleren kan reducere eller ophæve alle disse barrierer, men det vil ofte være misbrugsbehandlerne, der har mulighed for at få et samlet overblik over de barrierer, som kan være såvel en årsag til som en virkning af misbruget. Misbrugsbehandleren har derfor også et vist ansvar for at skabe kontakt til relevante hjælpesystemer, hvor dette skønnes nødvendigt for, at misbrugsbehandlingen skal kunne lykkes.

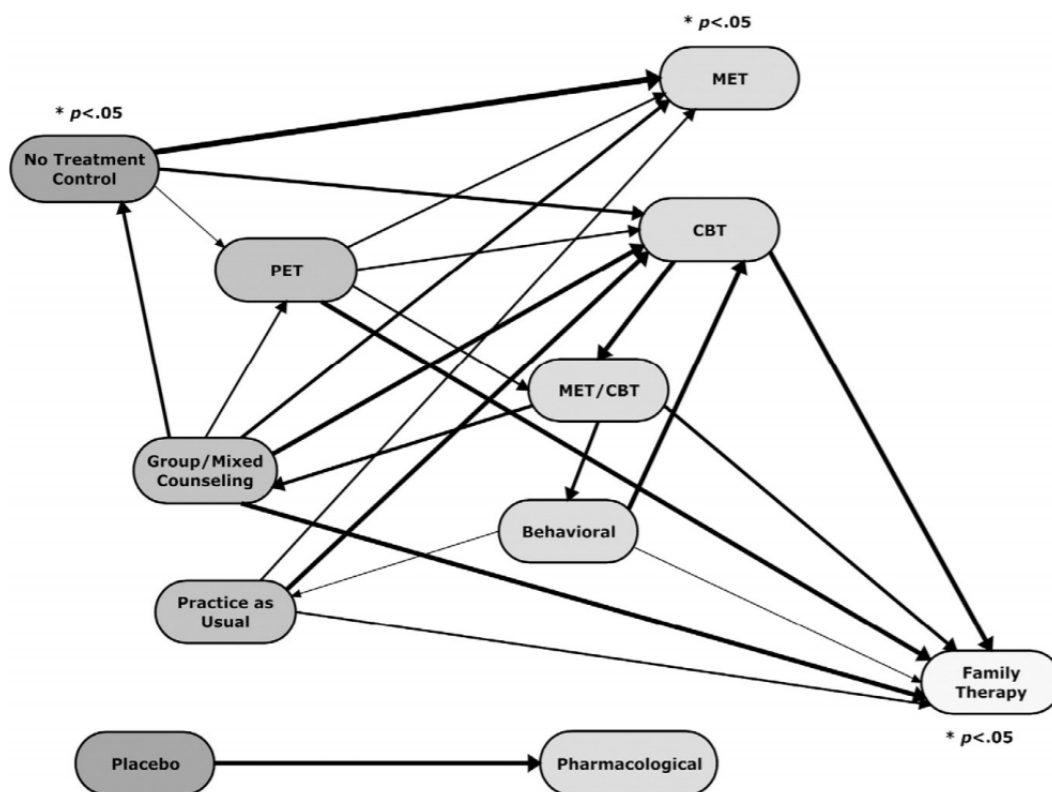
I denne foreløbige effektevaluering beskrives først resultater fra andre nationale og internationale effektundersøgelser af behandling af helt unge/unge voksne, der misbruger illegale stoffer (afsnit 2). Dernæst følger et afsnit om undersøgelsens design (afsnit 3) og et afsnit om de behandlingsmetoder, der undersøges (afsnit 4). Afsnit 5 beskriver undersøgelsens metoder, mens afsnit 6 er en gennemgang af resultater med særligt fokus på effekten af de 4 behandlingsmetoder. I afsnit 7 analyseres og diskuteres betydningen af de enkelte behandlingselementer og i afsnit 8 rettes fokus mod særlige målgrupper, hvor det vises, hvilke kendetegn, der i særlig grad udgør en barriere for behandlingssucces, samt hvilke behandlingsmetoder, der er gode til at behandle særlige målgrupper.

2. Behandlingseffekter i nationale og internationale undersøgelser

Der findes en meget stor mængde af undersøgelser, der fokuserer på den behandling, der tilbydes unge, der misbruger rusmidler. Vi har derfor valgt i første del af dette afsnit overvejende at tage udgangspunkt i henholdsvis en metaanalyse, der inkluderer 45 randomiserede og quasi-eksperimentelle⁶ undersøgelser af ambulans misbrugsbehandling af helt unge/teenagere (Tanner et al. 2013) og et systematisk Cochrane review inkluderende 23 randomiserede undersøgelser af i alt 4045 primært yngre borgere i behandling for cannabismisbrug (Gates et al 2017).

Generelt er der enighed om, at misbrugsbehandling er bedre end ingen behandling. Tanner et al. (2013) viser dette i nedenstående figur, hvor gruppen, som ikke har modtaget en klart afgrænset behandling eller intervention ("No treatment control" kassen), har signifikant lavere effekt end de andre behandlingsmetoder, som indgår i analysen. Dernæst følger en række forskellige interventioner med moderat effekt, som er; Psykoedukation (PET), rådgivningsforløb ("group/mixed", som er generel rådgivning eller terapeutiske samtaler i grupper, familier eller enkeltvis med fokus på dagligdagsproblemstillinger uden afsæt i specifikke behandlingsmetoder), samt standard praksis ("Practice as-usual"). Standard praksis er standarden i den daglige behandlingsindsats og anvendes ofte som kontrolgrupper, hvilket betyder, at det er det, som det undersøgte behandlingsprogram sammenlignes med. Case management indsatser eller indsatser i lokalsamfundet er ofte medtaget i denne gruppe. Efter metoderne med moderat effekt følger en gruppe med god effekt (MET= motiverende samtale, som også kan kaldes MI), CBT/KAT = kognitiv adfærdsterapi), og endelig den mest effektive behandling, som inkluderer egentlig familierapeutisk behandling. Det skal her fremhæves, at reviewet kun inkluderer behandling af helt unge/teenagere med en gennemsnitsalder på 16 år. Familierapi inkluderer meget ofte samtaleteknikkerne kognitiv adfærdsterapi (KAT) og motiverende samtale (MI).

⁶ Undersøgelser med kontrolgruppe, men hvor de unge ikke er blevet fordelt ved lodtrækning.



Figur 1. Tanner et al's (2013) opdeling i 4 grupper af behandlingsmetoder.

En lignende fortolkning ses hos Gates et al. 2017. i deres analyse af effekten af cannabisbehandling. De konkluderer følgende:

"...interventioner med den bedste evidens for at reducere frekvensen af cannabis forbrug synes at være kombinationen MI + KAT, som kan forstærkes med stoffri orienteret CM⁷ (Contingency management = belønningsbehandling) hvis muligt" [vores oversættelse]. Se Gates et al. 2017 side 19, 33 og 36.

Selvom de fleste er enige i, at MI + KAT evt. kombineret med CM hører til de mest effektive metoder, erkender de også, at det er vanskeligt at afgøre, hvilken metode der er den bedste. Gates skriver således, at *"... none of the treatment approaches appeared to be clearly superior to any others in terms of treatment effectiveness for adolescent substance abuse"*. I konkrete tal er de således oftest nok de bedste, men de er ikke nødvendigvis de signifikant bedste.

Tanner et al. (2013) konkluderer også, at stort set alle interventioner kan knyttes til reduktion i forbrug af stoffer, og at denne reduktion finder sted tidligt i forløbet. Gates et al. (2017) konkluderer dog samtidig, at de, der modtager højintensiv behandling defineret som 5+ samtaler, der fore-

⁷ I CM (contingency management) anvendes konkrete belønninger fra penge, gavekort, biografbilletter ofte udløst ved rene urinprøver, men kan også udløses ved fremmøde. Urinprøve-kontrol anvendes ikke i MP.

går over mindst én måned, er de mest effektive, og at færre samtaler (0-4) ikke er bedre end "ingen-aktiv-behandling" ved opfølgning (Ibid: 16).

Dette er i overensstemmelse med, at det amerikanske National Institute of Drug Abuse (NIDA) i sine forskningsbaserede guidelines for effektiv behandling skriver, at de fleste borgere, der søger misbrugsbehandling, har behov for mindst 3 måneder i behandling for at stoppe deres misbrug⁸.

Gates et al. (2017) finder i deres Cochrane Review otte studier, som opgør stoffrihed de sidste 30 dage, at 37 % var stoffri ved behandlingens ophør. I MP vil 30 dages stoffrihed også blive brugt som et af effektmålene.

Endelig skal det nævnes, at udenlandske undersøgelser finder en meget stærk sammenhæng mellem dobbeltbelastning/dobbeltdiagnose og manglende effekt af misbrugsbehandling (Brown & Ramo 2006, Waldron & Turner 2008).

Danske undersøgelser

Effekten af behandlingsmodellerne i MP kan sammenlignes med flere danske evalueringer. En nylig evaluering af gruppebehandling for hash og centralstimulerende stoffer (HCS-projektet) (Holm et al. 2017) viste, at 34,1 % (n=47) af de borgere, som havde deltaget i behandlingsforløbet, var stoffrie de sidste 30 dage op til udskrivning. Her blev dog kun målt forbrug blandt de, der afsluttede behandlingen som planlagt. I det såkaldte Hash og kokain-projekt (Pedersen 2010) fandt man, at 38 % var stoffrie op til udskrivning. Også her var det alene de, der afsluttede behandlingen som planlagt, der blev interviewet ved behandlingens ophør. I begge disse undersøgelser blev deltagerne dog udvalgt ud fra en samlet ASI score, som ikke måtte være højere end 0,30 (samlet scorer for stoffer, alkohol, kriminalitet, økonomi, fysisk og psykisk belastning divideret med 6). I HCS projektet var det således 84,7 % af deltagerne, som var i gang med en uddannelse eller havde arbejde.

I Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling (PAS) (Lauridsen og Nyboe 2013) fandt man, at henholdsvis 39 % var stoffrie op til udskrivning. Også her var det alene de, der afsluttede behandlingen som planlagt, der blev interviewet ved behandlingens ophør.

Et fjerde projekt, CDOI-projektet, viste, at 35 % var stoffrie 6 måneder efter indskrivning (Pedersen og Pedersen 2013). Her var det såvel de, der afbrød, som de, der afsluttede som planlagt, der blev interviewet, men svarprocenten var lav (49 %). Alle fire undersøgelser/evalueringer målte ud fra de sidste 30 dage inden interviewet. I Hash og kokain-projektet, PAS og HCS betyder selektionen dog, at estimatet på stoffri ved udskrivning er højt sat.

⁸ <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>

Tabel 2. Opsummering af stoffrihed for fire danske evalueringer af misbrugsbehandling.

	Andel stoffrie op til udskrivningstidspunktet (de 30 dage forinden)
HCS-projektet (2017), DK	34 %
Hash og kokain-projektet (2010), DK	38 %
PAS (2013), DK	39 %
	Andel stoffri 6 måneder efter indskrivning
CDOI-projektet (2013)	35 % (de sidste 30 dage)

3. Undersøgelsens design

Undersøgelsens design er bygget op omkring MPs formål, som er henholdsvis, a) at identificere/dokumentere, hvorvidt en række velbeskrevne behandlingsmetoder er brugbare og effektive i behandlingen af unge i behandling for deres misbrug i en dansk kontekst og b) at implementere en helhedsorienteret behandling, som denne er beskrevet i Socialstyrelsens nationale retningslinjer.

For at undersøge, hvorvidt forskellige metoder er mere brugbare/effektive end andre, er lodtrækningsforsøg påkrævet. Med dette menes, at der foretages en tilfældig fordeling af deltagende unge til de behandlingsmetoder, der skal undersøges. I MP har vi valgt at sætte fokus på 4 behandlingsmetoder, som på en række områder er forskellige fra hinanden. Metoderne beskrives i afsnit 5.

MP kan betragtes som et *multicenter lodtrækningsforsøg*, der foregår i en *virkelig praksis (et praksis-eksperiment)*. Med multicenter menes her, at der indgår ni kommuner i projektet. Med lodtrækningsforsøg (randomisering) menes som nævnt, at de unge, der accepterer at være med i MP, fordeles vilkårligt til de 4 grupper, som tilbyder 4 forskellige behandlingsmetoder. Hermed kommer deltagerne i de 4 behandlingsgrupper til at ligne hinanden, hvad angår for eksempel alder, køn, forbrug af stoffer og psykosocial belastning. Med en virkelig praksis henvises til, at behandlingen i store træk finder sted i den organisatoriske virkelighed, som var gældende for kommunerne, før de blev en del af MP. Det er for eksempel ikke specielt udvalgte behandlere, der foretager behandlingen, og ressourcerne i de forskellige kommuner afspejler i rimelig grad virkeligheden (selvom der gives en vis økonomisk kompensation for ekstra opgaver i forbindelse med MP til de deltagende kommuner). Ligeledes er behandlingsgarantien stadig gældende, hvilke blandt andet betyder, at der ikke har været etableret en ventelistegruppe, og vi har derfor heller ikke kunnet garantere, at de unge, der tilbydes korttidsbehandling i MP, ikke har fortsat behandlingen efter korttidsbehandlingens ophør, hvis de har haft brug for og ønsket det. Dette er i modsætning til laboratorie-lignende eksperimenter, hvor stort set alle faktorer kontrolleres.

Til gengæld er fordelene ved praksiseksperimenter, at de ligner virkeligheden så meget, at de bliver mulige at implementere, når eksperimentperioden er overstået. Dette i modsætning til laboratorieeksperimenter (efficacy), som ikke sjældent er så forskellige fra virkeligheden, at de er vanskelige at implementere i praksis.

3.1. Multicenter studie

Som nævnt deltager 9 kommuner i MP. De ni kommuner består af såvel små som store kommuner.

På hvert af de ni deltagende kommunale misbrugsbehandlingscentre er de unge blevet fordelt til de 4 behandlingsgrupper. Det betyder, at kriteriet for, at en kommune har kunnet være med i MP, er, at kommunen har kunnet stille med 4 fuldtidsbehandlere, der hver især har stået for at vareta-

ge behandlingen for én af de 4 grupper. Dertil kommer en 5. behandler, der har stået stand-by, hvis én af de 4 primærbehandlere for eksempel er rejst, gået på barsel, blevet syg eller på anden måde været forhindret i at varetage opgaven. Ikke mindst i de små kommuner har det for nogle været en udfordring at leve op til kravet om 4 fuldtidsbehandlere, der hver især har haft ansvaret for en behandlingsgruppe. Det er dog for alle kommuner generelt lykkedes at leve op til kravene i hele eksperimentperioden fra september 2014 (indtaget begynder) over maj 2016 (indtag stopper) til april 2017 (den sidste udskrives). Det har dog ikke været muligt helt at undgå skift i behandlere, der varetager en bestemt behandlingsgruppe. I de fleste tilfælde har den 5. behandler overtaget, men i enkelte tilfælde har en behandler, der har varetaget behandlingen i én gruppe, i en periode også været nødt til at varetage behandlingen i en anden gruppe, eller der er blevet ansat nye behandlere, som er blevet efteruddannet i behandlingsmetoderne.

3.2. Smitte

En behandlers skift som ansvarlig for én gruppe til en anden gruppe kunne umiddelbart udgøre en stærk trussel mod eksperimentet, idet man kunne forestille sig, at behandleren ikke har været i stand til at skelne mellem de metoder, som vedkommende anvendte i første gruppe fra de metoder, der skulle anvendes i den nye gruppe. Forskningsmæssigt taler man her om, at de enkelte gruppers metoder smitter hinanden, hvorved forskellene mellem grupperne efterhånden udviskes. En anden smitterisiko har været, at der ikke har været klare fysiske adskillelser mellem de 4 behandlere og de 4 grupper, de har ansvaret for. Således har de 4 behandlere i hver kommune til dagligt gået op og ned af hinanden og udvekslet erfaringer.

Risiko for smitte er diskuteret indgående i forskningslitteraturen. Denne risiko er ikke mindst til stede, når for eksempel effekten af forskellige samtaleteknikker skal vurderes. Man kunne således forestille sig at hensigten med MP var at undersøge, hvilke af samtaleteknikkerne kognitiv terapi, narrativ terapi og Acceptance and Commitment Therapi (ACT) var den bedste til at behandle misbrug hos unge i en dansk kontekst. En sådan undersøgelse ville ikke være mulig at gennemføre med det ovenfor skitserede design. Hvis en behandler blev nødt til at skifte gruppe eller i en periode hjælpe til i en anden gruppe, ville det for eksempel være helt umuligt for behandleren, den ene dag at skulle bruge klassisk kognitiv terapi og den næste dag ACT, uden at de to samtaleteknikker kom til at smitte hinanden.

Forskellen mellem de 4 behandlingsgrupper i MP er derfor alene af strukturel karakter, med hvilket der for eksempel menes brug af gavekort, opfølgende behandling eller påmindelser (sende en SMS til den unge for at huske dem på næste samtale). Der anvendes altså de samme terapeutiske samtaleteknikker i de 4 grupper, og grupperne er alene forskellige i forhold til brugen af strukturelle elementer. Det betyder således også, at MP alene er en undersøgelse af forskellige strukturelle elementers effekt på den misbrugsbehandling, der tilbydes unge. Dette vil blive uddybet i det følgende afsnit.

3.3. Uddannelse og supervision

Dobbeltdiagnose I/S har varetaget uddannelse af behandlerne i MI og KAT. Behandlerne har deltaget i 2 fire-dages kurser, hvoraf det ene har omhandlet MI og det andet KAT. Derudover har der været tilrettelagt kortere forløb for behandlere, der pga. udskiftning eller andet, er tiltrådt i MP. Dobbeltdiagnose I/S har derudover stået for supervision af behandlerne løbende i projektperioden.

3.4 Etik

MP er anmeldt til Videnskabsetisk komité og Datatilsynet. Alle deltagende unge er anonyme og har underskrevet et informeret samtykke.

4. De 4 behandlingsgrupper – kort fortalt

Lodtrækningen afgør, hvilken behandlingsgruppe den unge bliver tilknyttet, og hver behandlingsgruppe består af en specifik kombination af strukturelle elementer og samtaleteknikker. Nedenfor er de anvendte samtaleteknikker og strukturelle elementer opstillet.

Samtaleteknikker

- Den motiverende samtale, på engelsk *motivational interviewing* (**MI**)
- Kognitiv adfærdsterapi (**KAT**)

Strukturelle elementer

- | | |
|--------------------------------------|--|
| - 12 samtaler | Primærbehandling der tilbydes alle. Ugentlige samtaler, hvis muligt. |
| - UngMap | Hjælperedskab til udredning |
| - Trivsels- og Effekt Monitorering | TEM |
| - Kontrakt | Underskrevet kontrakt/behandlingsplan |
| - Opfølgende behandling (O) | 3 + 3 måneders opfølgende samtaler der gradvist aftager |
| - Påmindelser | Huske den unge på næste samtale for eksempel via SMS eller telefon |
| - Statusbreve | (Skriftlig status hver fjerde uge, som diskuteres med den unge). |
| - Gavekort (G) | Gavekort udleveres på værdi 200 DKK, for hvert andet fremmøde |

De 4 behandlingsgrupper er givet navnene MI/KAT, MI/KAT-G, MI/KAT-O og MI/KAT-GO, (MI: motiverende samtale, KAT: kognitiv adfærdsterapi, G: gavekort, O: opfølgende behandling) (se uddybning senere i dette afsnit).

I det følgende vil de enkelte samtaleteknikker og strukturelle elementer kort beskrives. Samtaleteknikkerne MI og KAT er gennemgående for alle 4 behandlingsgrupper, mens anvendelsen af de strukturelle elementer er sammensat forskelligt i de 4 behandlingsgrupper. Der henvises til en udførlig beskrivelse af de enkelte strukturelle elementer i behandlingsmanualen (Pedersen et al. 2017a). Her gives også eksempler på for eksempel kontrakt og statusbreve. Anvendelsen og tolkningen af resultaterne af UngMap udredning er desuden vist i en række instruktionsvideoer (se Pedersen 2017d).

Samtaleteknikker

Den motiverende samtale (MI)

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. MI har udover ovenstående til formål, 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 ret-

ningsbestemt hen imod målopfyldelse og e) arbejde empatisk med den unge (Se Miller & Rollnick 2004).

Kognitiv adfærdsterapi (KAT)

Kognitiv adfærdsterapi er en systematisk struktureret terapiform, der har til formål, at den unge (i dette projekt) lærer at blive opmærksom på negative automatiske tanker i problemsituationer og på forbindelsen mellem tanker, følelser og adfærd.

Kognitiv adfærdsterapi indeholder en kombination af følgende elementer: 1) at hjælpe med at foretage ændringer i deres nuværende situation; *det vil sige problemløsning*, 2) at hjælpe med at identificere og ændre/modificere dysfunktionelle fortolkninger; *det vil sige indsigt*, 3) at hjælpe med at teste brugbarheden af de alternative fortolkninger i konkrete problemsituationer; *det vil sige afprøvning og 4)* at lære nye måder at handle på, som er i overensstemmelse med de alternative tanker; *det vil sige handling*.

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.

Strukturelle elementer

UngMap (hjælperedskab til udredning): UngMap kan anvendes såvel som måleredskab som til feedback til den unge med henblik på formulering af en fælles accepteret behandlingsplan. Introduktion til og brugen af UngMap kan læses i behandlingsmanualen (Pedersen et al 2017a) eller ved at gennemse introduktionsvideoerne til UngMap. UngMap anvendes i alle 4 grupper.

TEM (Trivsels og Effekt-Monitorering): TEM består af 9 spørgsmål (se bilag 2), som stilles i starten af alle samtalerne i primærbehandlingen (samtale 1 til 12) og ved hver opfølgende samtale (såvel telefoniske som personlige samtaler). TEM kan anvendes både som et dokumentationsredskab, der måler effekt af behandlingen, og som et samtaleredskab, hvor der for eksempel kan tales om udviklingen i trivsel og forbruget af rusmidler. For eksempel kan der tales om, hvorfor trivsel eller forbrug har ændret sig negativt siden sidst og hvad kan der gøres?

TEM findes i dag i en elektronisk version hvor behandleren grafisk kan følge den unges trivsel og forbrug af rusmidler fra første til sidste samtale.

Kontrakt: Kontrakten kan betragtes som en gensidigt accepteret aftale mellem behandler og den unge i forhold til mål med behandlingen og forpligtelser i forhold til behandlingsforløbet. Det er således et dokument, der udarbejdes på baggrund af UngMap tilbagemeldingen og som involverer behandlerens forpligtelser over for den unge og den unges forpligtelser over for behandleren/behandlingsforløbet. Et eksempel på, hvordan en kontrakt kunne se ud, kan ses i behandlingsmanualen (Pedersen et al. 2017a), og processen fra UngMap til formulering af kontrakt kan

ses i videointroduktionerne til UngMap (Pedersen 2017d). Den underskrevne kontrakt anvendes kun i MI/KAT-O og MI/KAT-GO. De fire grupper udspecificeres yderligere på næste side.

Opfølgende behandling: De unge, der gennemfører primærbehandlingen, som er berammet til 12 samtaler, modtager i MI/KAT-O og MI/KAT-GO yderligere samtaler i de efterfølgende 6 måneder med en gradvis udfasning af behandlingen. Udfasningen består de første 3 måneder af 3 telefonsamtaler og én personlig samtale om måneden. De sidste 3 måneder tilbydes der 2 telefonsamtaler om måneden og en afsluttende personlig samtale i slutningen af forløbet (altså 6 måneder efter afsluttet primær behandling). Telefonsamtaler kan ved behov konverteres til personlige samtaler.

Påmindelser: Efter aftale med den unge vil behandleren minde den unge om næste aftale. Tidspunktet for påmindelserne (dagen før/på dagen) aftales med den unge. Oftest bruges SMS, men der kan også bruges andre medier. Muligheden for at give påmindelser har i MP kun været givet i MI/KAT-O og MI/KAT-GO, mens MI/KAT og MI/KAT-G undtagelsesvist har måttet sende påmindelser, hvis den unge eksplicit selv har bedt om det.

Statusbreve: Den unge har i MI/KAT-O og MI/KAT-GO fået udleveret et skriftligt statusbrev for hver fjerde samtale. Statusbrevene er en kort beskrivelse til den unge af, hvordan det går med at følge behandlingen og hvor han eller hun er i forhold til at arbejde sig hen mod de mål, der er sat for behandlingen. Eksempel på hvordan et statusbrev kan formuleres, se behandlingsmanual (Pedersen et al. 2017a).

Gavekort/belønning: I MI/KAT-G og MI/KAT-GO har den unge kunnet optjene et gavekort til en værdi af 200 DKK ved hvert andet fremmøde i primærbehandlingen. Derudover har unge i MI/KAT-GO modtaget et gavekort ved fremmøde til hver af de personlige samtaler, der er lagt i opfølgingsperioden (dog ikke ved telefoniske samtaler, der er konverteret til personlige samtaler). For yderligere beskrivelse se behandlingsmanual (ibid.).

Definition på gennemført behandling

Der skelnes i MP mellem udeblivelser og aflysninger. En udeblivelse har talt for én samtale og betydet, at den unge har mistet en af de 12 samtaler, der tilbydes i primærforløbet, mens der ved aflysninger er blevet givet en ny tid. Der kan altså således være unge, der har gennemført behandlingen med f.eks. 10 samtaler, fordi de har haft to udeblivelser.

Vi kan derfor måle succesfuld gennemførelse af primærbehandlingen på to måder, henholdsvis a) ved at gennemføre de 12 tilbudte samtaler og b) ved at gennemføre forløbet med lidt mindre end 12 samtaler grundet for eksempel 2-3 udeblivelser.

Nedenfor er i tabelform vist, hvilke strukturelle elementer der anvendes i de forskellige behandlingsgrupper.

Tabel 3. De 4 behandlingsgrupper.

	MI/KAT	MI/KAT-G	MI/KAT-O	MI/KAT-GO
12 samtaler (primær)	+	+	+	+
Udredning (UngMap)	+	+	+	+
TEM (Trivsel/effekt)	+	+	+	+
MI	+	+	+	+
KAT	+	+	+	+
Gavekort (G)		+		+
Opfølgende behandling (O)			+	+
Påmindelser			+	+
Kontrakt og statusbreve			+	+

MI = Motivational Interviewing
KAT = Kognitiv AdfærdsTerapi

MI/KAT: unge i MI/KAT gruppen har modtaget primærbehandlingen, som består af 12 individuelle samtaler baseret på MI og KAT. Desuden er den unge blevet udredt med UngMap og har med TEM fået registreret forbrug af rusmidler og trivsel siden sidste samtale i hele primærforløbet.

MI/KAT-G: unge i MI/KAT-G gruppen har modtaget samme behandling som unge i MI/KAT, men har derudover modtaget et gavekort til en værdi af 200 DKK, som er blevet udløst ved hvert andet fremmøde. De har således kunnet optjene max. 6 gavekort til en værdi á 200 DKK stykket.

MI/KAT-O: unge i MI/KAT-O har modtaget samme behandling som unge i MI/KAT gruppen, men har derudover også underskrevet en fælles accepteret kontrakt, fået påmindelser før samtalerne, fået statusbreve hver fjerde uge og modtaget opfølgende behandling i 3+3 måneder efter afslutning af primærbehandlingen.

MI/KAT-GO: unge i MI/KAT-GO gruppen har modtaget samme behandling som MI/KAT-O, men har derudover modtaget et gavekort på 200 DKK ved hvert andet fremmøde til samtalerne i primærbehandlingen, samt ved fremmøde til de personlige samtaler i opfølgningen, altså én gang om måneden de første tre måneder og til den afsluttende samtale 6 måneder efter afsluttet primærbehandling. De har således kunnet optjene max. 10 gavekort á 200 DKK stykket.

Nedenstående tabel opstiller de strukturelle elementers anvendelse i primærbehandlingen. Det skal fremhæves, at det er tilladt i alle behandlingsgrupperne at inddrage sociale netværk, herunder forældre, kæreste, venner mm.

Primærbehandling (alle 4 grupper)

Strukturelle elementer der varierer mellem grupperne er markeret med FED.

Samtale 0	<ul style="list-style-type: none"> • Udredningssamtalen. Identificering af forbrug, barrierer og ressourcer (UngMap) • Påmindelse: Hvornår skal jeg sende dig en SMS (eller email/ringe) og huske dig på næste samtale (hvis den unge vil have det)
Samtale 1	<ul style="list-style-type: none"> • Påmindelse om aftalen før mødet (tidspunkt aftalt med den unge) • Dagsorden for mødet i dag gennemgås med den unge. • Tilbage melding til den unge (UngMap, målidentificering og formulering af en fælles accepteret behandlingskontrakt med formulering af mål/delmål). Målene og strategierne kan udvikle sig gennem forløbet. • TEM (Trivsels og Effekt Monitorering første gang)
Samtale 2	<ul style="list-style-type: none"> • Påmindelse om aftalen før mødet (tidspunkt aftalt med den unge) • Dagsorden • Gavekort udleveres og der tales om betydningen af det. • TEM og siden sidst (evt. grafer på forbrug og trivsel). • Udkast til kontrakt præsenteres for den unge. Ved enighed underskrives denne (se eksempel i behandlingsmanual). • Opsummering af mål: Der startes på arbejdet med at nå målene. • Identificering risikosituationer, mestringsstrategier, evt. træning af mestring. • Der gives hjemmeopgaver knyttet til de formulerede mål (se eksempler på hjemmeopgaver i behandlingsmanual). • Afslutning med opsummering og evaluering af samtalen.
Samtale 3-11	<ul style="list-style-type: none"> • Påmindelse om aftalen før mødet (tidspunkt aftalt med den unge) • Dagsorden • TEM og siden sidst (evt. grafer på forbrug og trivsel). • Gavekort: Hvad vil du have næste gang? Næste gang udlevering. • Skriftlig status (se eksempel i behandlingsmanual). Formuleres i forbindelse med samtale 4,8 og 12 og diskuteres. • Hjemmeopgaven: Hvordan er det gået? Virkede det, skal noget ændres? undersøgelse af årsag, hvis den unge ikke fik arbejdet med hjemmeopgaven. • Arbejde med at nå målene (identificere risikosituationer, mestringsstrategier, evt. træning af mestring og aftale ny hjemmeopgave knyttet til de formulerede mål).
Samtale 12.	<ul style="list-style-type: none"> • Afslutning med opsummering og evaluering af samtalen. • Påmindelse om aftalen før mødet (tidspunkt aftalt med den unge) • Dagsorden • TEM (graf for TEM besvarelserne i primærforløbet gennemgås) og gavekort. • Hjemmeopgaven: Hvordan er det gået. Virkede det, skal noget ændres, hvis den unge ikke fik arbejdet med hjemmegaven så hvorfor ikke. • Skriftlig status sidste gang: Opsummering af mål og kontrakt, hvordan er det gået, hvor er du nu. • Behov nu: Evt. fortsat personlig samtalebehandling, hjælp fra andre systemer. • Evaluering af forløbet: Metoden, hvad har været godt og skidt mm. • Introduktion til opfølgende behandling.

Opfølgende behandling (kun MI/KAT-O og MI/KAT-GO)

Første tre måneder (hver uge).

Samtale 13-15	<ul style="list-style-type: none">• Påmindelse: Sender SMS, ringer, sender e-mail (aftalt med den unge).• Telefon eller sikker skype/videocall• TEM (evt. tale om udviklingen). Der arbejdes videre fastholdelse og målopnåelse• Principperne for MI og KAT anvendes.
Samtale 16	<ul style="list-style-type: none">• Påmindelse: Sender SMS, ringer, sender e-mail (aftalt med den unge).• Personlig samtale på behandlingscentret.• Gavekort• TEM (tale om udviklingen). Der arbejdes videre med fastholdelse og målopnåelse• Principperne for MI og KAT anvendes.
Samtale 17-19	<ul style="list-style-type: none">• Påmindelse: Sender SMS, ringer, sender e-mail (aftalt med den ung) de påminder om samtale.• Telefon eller sikker skype/videocall• TEM (evt. tale om udviklingen). Der arbejdes videre med fastholdelse og målopnåelse
Samtale 20	<ul style="list-style-type: none">• Påmindelse: Sender SMS, ringer, sender e-mail (aftalt med den unge).• Personlig samtale på behandlingscentret.• Gavekort• TEM (tale om udviklingen). Der arbejdes videre fastholdelse og målopnåelse• Principperne for MI og KAT anvendes.
Samtale 21-23	<ul style="list-style-type: none">• Påmindelse: Sender SMS, ringer, sender e-mail (aftalt med den ung).• Telefon eller sikker skype/videocall• TEM (evt. tale om udviklingen). Der arbejdes videre med fastholdelse og målopnåelse• Principperne for MI og KAT anvendes.
Samtale 24	<ul style="list-style-type: none">• Påmindelse: Sender SMS, ringer, sender e-mail (aftalt med den ung).• Personlig samtale på behandlingscentret.• Gavekort• TEM (tale om udviklingen). Der arbejdes videre med fastholdelse og målopnåelse• Principperne for MI og KAT anvendes.

Sidste tre måneder (hver anden uge).

Samtale 25-29	<ul style="list-style-type: none">• Påmindelse: Sender SMS, ringer, sender e-mail (aftalt med den ung).• Telefon eller sikker skype/videocall• TEM (evt. tale om udviklingen). Der arbejdes videre med fastholdelse og målopnåelse.• Principperne for MI og KAT anvendes.
Samtale 30	<ul style="list-style-type: none">• Påmindelse: Sender SMS, ringer, sender e-mail (aftalt med den ung) de påminder om samtale.• Personlig samtale på behandlingscentret.• Gavekort• TEM (tale om udviklingen). Der arbejdes videre med fastholdelse og målopnåelse• Evaluering af det samlede forløb• Principperne for MI og KAT anvendes.

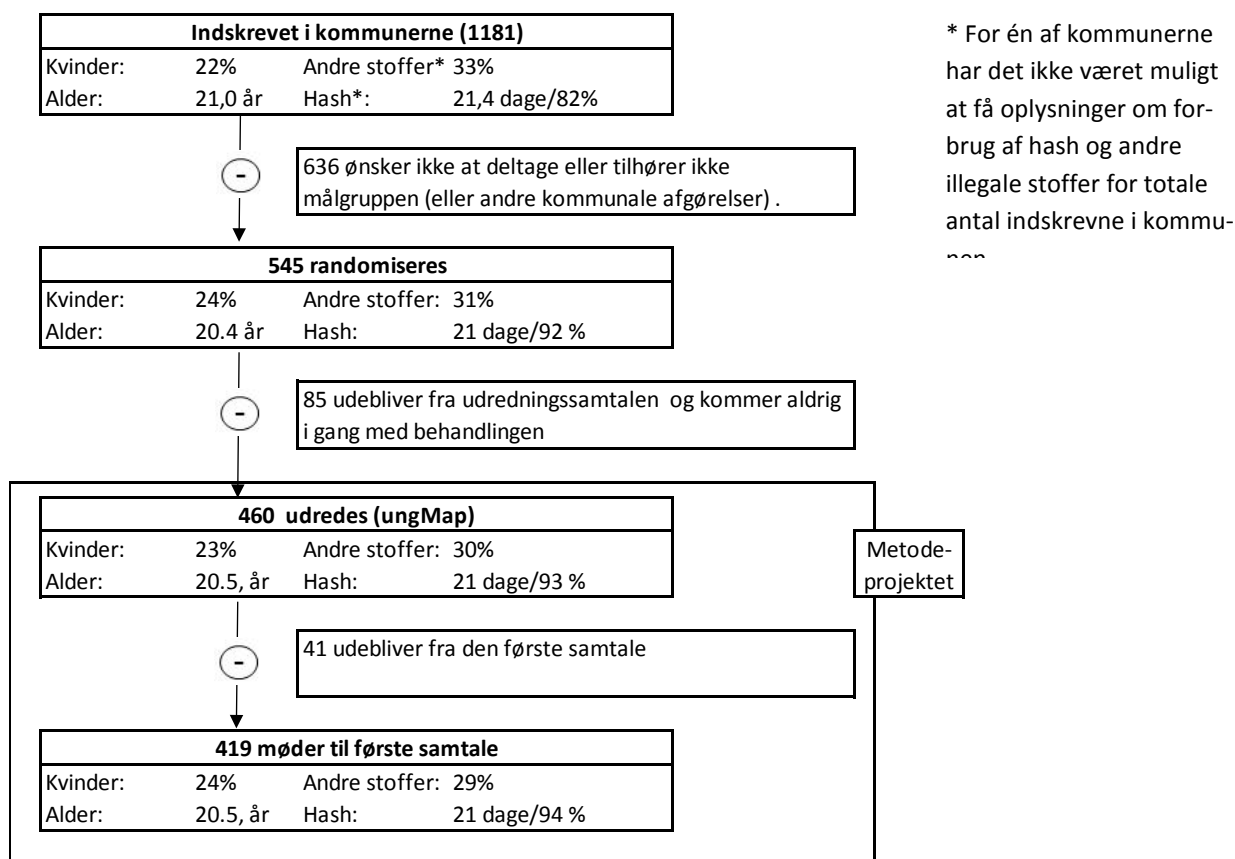
5. Undersøgelsens metoder

5.1. Eksklusionskriterier

Unge, med et misbrug af opioider (heroin, morfin, oxycontin, fentanyl og lignende stoffer), har ikke været i målgruppen for MP. Denne gruppe vil antageligt påbegynde behandling med enten medicinsk afgiftning eller medicinsk vedligeholdelsesbehandling og 12 samtaler skønnes derfor at være utilstrækkelig til denne målgruppe. Derudover har unge med akut svære psykiatriske tilstande, herunder akutte psykoser, ikke tilhørt målgruppen. Der har dog været indskrevet flere unge i MP med for eksempel diagnosen skizofreni. En velbehandlet skizofreni lidelse har derfor ikke været et eksklusionskriterie, hvilket heller ikke har været tilfældet for personlighedsforstyrrelser, såsom borderline eller antisocial personlighedsforstyrrelse. Unge, der ikke havde brugt stoffer indenfor de seneste to måneder kunne heller ikke deltage, da de i højere grad havde brug for tilbagefaldsforebyggende behandling, fremfor decideret misbrugsbehandling. Unge med truende adfærd har ikke tilhørt målgruppen, ligesom unge med markante kognitive funktionsnedsættelser ikke har tilhørt målgruppen (for eksempel IQ under 70). Endelig har det været nødvendigt, at de unge kunne tale dansk.

5.2. Hvem deltager?

I nedenstående figur er det vist, hvor mange unge, i undersøgelsens målgruppe, der blev indskrevet i projektkommunerne i indtagsperioden, og hvor mange, der kom med i undersøgelsen.



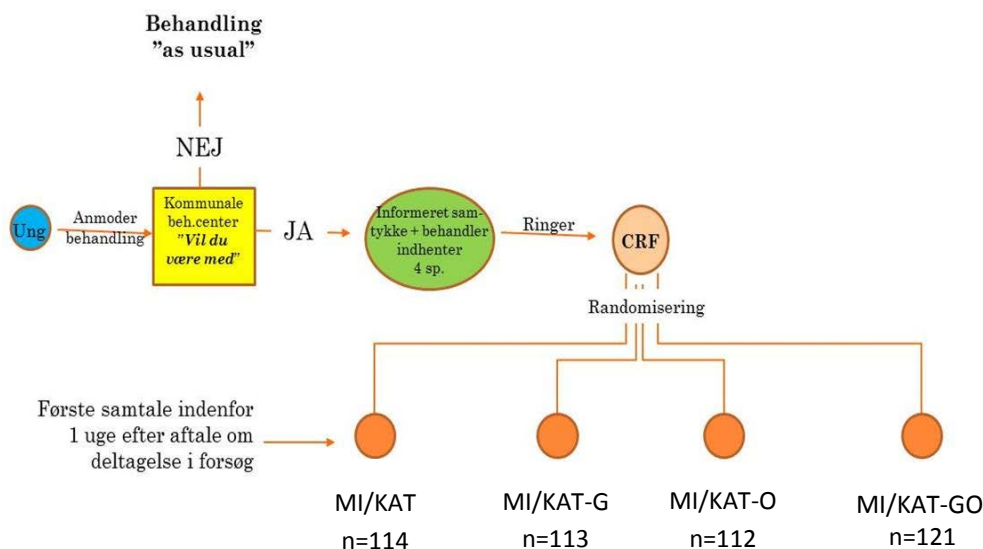
Figur 2. Totale indtag i kommunerne og deltagelse i MP.

Som det ses i ovenstående figur, blev omkring 1181 unge mellem 15-25 år, der opfyldte inklusionskriterierne, indskrevet i de 9 kommuner i indtogsperioden (fra september 2014 til maj 2016). 636 kom ikke med i MP, fordi de enten viste sig ikke at tilhøre målgruppen, frabad sig deltagelse eller på grund af andre hensyn (som kan være forskellige i de 9 kommuner). Tilbage var 545 unge, som fordeltes mellem de 4 behandlingsgrupper og af disse mødte 85 aldrig op til første samtale. Det er de resterende 460 unge, der blev udredt ved hjælp af UngMap, som er blevet fulgt gennem behandlingsforløbet, samt 3, 6 og 9 måneder efter indskrivning. 41 ud af de 460 unge udeblev fra første egentlige behandlingssamtale, men indgår alligevel i opfølgningen, da de havde udfyldt UngMap.

Som det også ses i figur 2, synes de 460 unge i MP, hvad angår køn, alder, forbrug af hash og andre illegale stoffer at matche unge med samme misbrugsprofil, der generelt indskrives i kommunerne meget godt. Gennemsnitsalderen er omkring 21 år, 22-24 % er kvinder, der ryges hash ca. 21 dage om måneden, og forbruget af andre illegale stoffer end hash er mellem 29-33 %.

5.3. Lodtrækningen

I nedenstående figur er lodtrækningsmetoden illustreret.



Figur 3. Lodtrækningsmetoden

Indledningsvist anmodede den unge det kommunale misbrugsbehandlingscenter om at komme i behandling (øverst til venstre). Efter en vurdering af egnethed spurgte det kommunale misbrugsbehandlingscenter derefter, om den unge ville være med i MP. Ved "NEJ" blev den unge tilbudt standardbehandling. Ved "JA" informeredes den unge om undersøgelsen, og hvad denne generelt indebar (herunder om lodtrækning) og fik, hvis ønsket, en betænkningstid på omkring 3-5 dage. Når den unge havde sagt "JA" til deltagelse blev vedkommende stillet 4 spørgsmål (til lodtrækning), som ringedes ind til Center for Rusmiddelforskning (CRF). De fire spørgsmål var; køn, alder, antal dage med et forbrug af hash den seneste måned, samt hvorvidt de havde haft et forbrug af andre stoffer den seneste måned. Disse fire spørgsmål anvendtes til lodtrækningen, så der ikke ville forekomme skævheder i én behandlingsgruppe sammenlignet med de andre i forhold til antallet af eksempelvis kvinder eller unge i en bestemt aldersgruppe. Kommunen fik umiddelbart herefter besked om, hvilken gruppe, og dermed hvilken behandling, den unge skulle knyttes til. Der blev så hurtigt som muligt givet en tid til samtale – ideelt set inden for én uge. Ved første samtale orienteredes den unge om, hvad netop den behandling, vedkommende fik tilbudt, indebar. Tabel 4 viser, sammenligneligheden for deltagerne i de fire grupper

Tabel 4. Sammenlignelighed mellem grupperne

	MI/KAT n=114	MI/KAT-G n=113	MI/KAT-O n=112	MI/KAT-GO n=121	p værdi
Alder, år	20.4	20.6	20.3	20.6	0.78
Kvinder, %	20.2	25.7	20.5	24.8	0.67
Hash sidste måned, dage	22.1	20.9	20.2	20.8	0.59
Andre stoffer sidste måned, ja/nej	26.3	28.3	34.8	30.6	0.54
Generel stofbelastning (a)	14,5	13,9	13,6	14,5	0.79
Psykiatrisk diagnose, %	18.4	17.7	17.9	23.1	0.68
Langvarig kontanthjælp, %	27.2	29.2	24.1	29.8	0.77
Kriminalitet sidste måned	25.4	23.0	18.8	19.8	0.60
Venner der bruger stoffer	82.2	85.0	83.5	87.7	0.72

(a) Udregningen af stofbelastningen vises i afsnit 6.2.

5.4. Målemetoder

5.4.1. UngMap

Som nævnt kan UngMap anvendes såvel som et dokumentationsredskab, såvel som et samtaleredskab, hvor de unge får feedback på deres svar, med henblik på formulering af en fælles accepteret målsætning for behandlingen.

UngMap anvendes som fuld version ved indskrivning og i kortere versioner (med særlige tillægs-spørgsmål) ved de opfølgninger, der foretages af CRF.

UngMap består af flere såvel internationale som danske standardiserede tests, herunder tests, der måler opmærksomheds- og hyperaktivitets problemer (Adler et al. 2012, se også⁹), impulsivitet (Andershed et al. 2002), internaliserende og eksternaliserende problemer (Pedersen et al 2017b, YouthMAP12) og generel belastning som dette måles i ASI (Blanken et al. 1994) og EuroADAD (Friedman et al. 2001). Dertil kommer, at UngMap er standardiseret i forhold til en CPR baseret stikprøve undersøgelse af i alt 5.766 danske unge i alderen 15 til 25 år (stikprøveundersøgelse af 3.064 fra 2014 og af 2.702 fra 2015). De nationale stikprøveundersøgelser betyder, at de unge i MP kan sammenlignes med danske unge på samme alder generelt.

Et af formålene med UngMap er blandt andet at placere de unge i en af fire profiler. Profilerne bygger på i alt 12 spørgsmål, som måler internaliserende problemer (for eksempel ensomhed, angst, depression, selvmordstanker) og eksternaliserende problemer (konflikt med lærer i skolen, kommer i slagsmål, pjækker fra skole og bortvist fra skole).

⁹ For den danske oversættelse af ASRS se

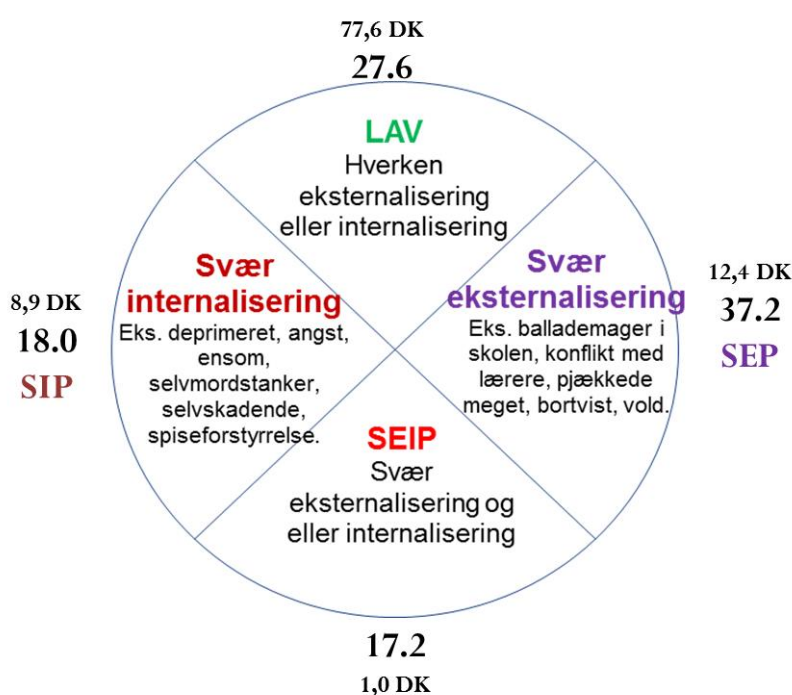
[https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/18Q_Danish%20\(unshaded\)_final.pdf](https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/18Q_Danish%20(unshaded)_final.pdf).

På baggrund af disse spørgsmål kan den unge klassificeres i forhold til følgende 4 profiler:

- 5) LAV (ingen til moderate internaliserende og eksternaliserende problemer)
- 6) SIP (Svære internaliserende problemer)
- 7) SEP (Svære eksternaliserende problemer)
- 8) SEIP (svære internaliserende og eksternaliserende problemer).

Spørgsmålene og selve metoden til opdeling i profiler er beskrevet i Pedersen et al. 2017b.

I figur 4 er procentdelen af unge, der var med i MP, angivet i hver profilkategori og sammenholdt med procentdelen af danske unge generelt, der opfylder kriterierne for en given profil.



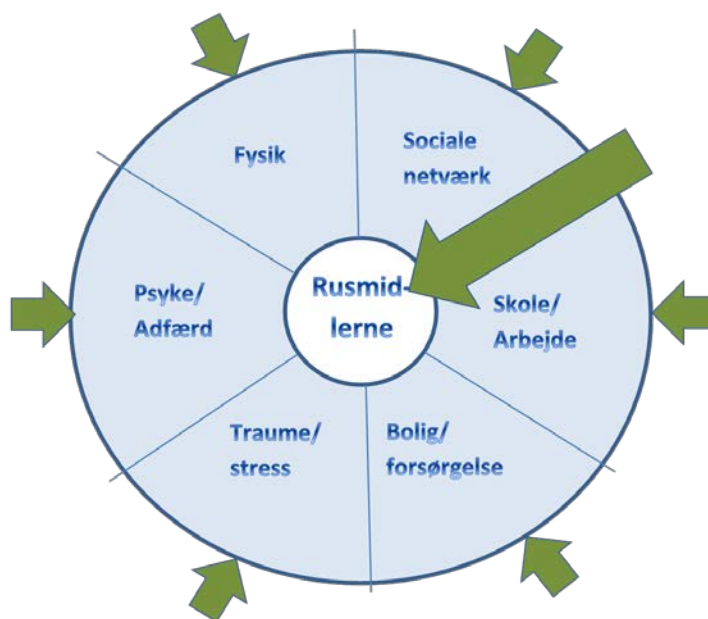
Figur 4. Profiler for 460 unge i misbrugsbehandling sammenlignet med danske unge generelt.

Af de 460 unge i MP kunne 27,6 % klassificeres som LAV, mens det i den danske 2014 stikprøveundersøgelse var 77,6 %, der kunne klassificeres som LAV. Der er med andre ord ingen tvivl om, at danske unge, der søger misbrugsbehandling på en række faktorer er langt mere belastede end danske unge generelt.

De unge, der har de sværeste problemer hører under profilen SEIP (både udtalte internaliserende og eksternaliserende problemer). I MP udgør denne gruppe 17,2 %, mens de i 2014 stikprøveundersøgelsen udgjorde 1 % af danske unge generelt. Også unge med svære eksternaliserende problemer (SEP), er stærkt overrepræsenteret i misbrugsbehandling. Således opfyldte 37,2 % af de 460 unge i MP kriterierne for SEP, mens dette kun gjorde sig gældende for 12,4 % af danske unge generelt. Endelig kunne 18 % af de unge i MP kategoriseres som SIP (svære internaliserende problemer såsom for eksempel angst, depression og selvmordstanker), mens det samme er tilfældet

for 8,9 % af danske unge generelt. Senere vil det blive vist, hvordan det går disse forskellige profiler i og efter behandlingsforløbet.

Ovenstående profiler hører alle under dimensionen Psyke/Adfærd i den helhedsorienterede sociale misbrugsbehandling (se figur 5). UngMap afdækker dog også barrierer og muligheder/ressourcer for de 6 andre dimensioner i denne model (altså i alt 7 dimensioner).



Figur 5. Den helhedsorienterede sociale misbrugsbehandling

Nedenfor er der givet en række eksempler på variable tilhørende de i alt 7 dimensioner, der kan betragtes som barrierer, og som knytter sig til ringe udbytte af behandlingen.

- Svært misbrug evt. blandingsmisbrug (misbrug af flere typer rusmidler) (*Rusmidlerne*)
- Psykiatrisk diagnose (ikke mindst diagnosen ADHD) (*Psyke/adfærd*)
- Unge med en SEIP profil (*Psyke/adfærd*)
- Kriminalitet (*Psyke/adfærd*)
- Længerevarende kontanthjælp (*Bolig/forsørgelse*)
- Ingen beskæftigelse (hverken lønnet arbejde eller under uddannelse) (*Bolig/forsørgelse*)
- Et folkeskoleforløb præget af konflikter, fravær og bortvisning. (*Skole/arbejde*)
- Venner, der også bruger illegale stoffer. (*Sociale netværk*)
- Jævnlig fysiske problemer, herunder afbrudt søvn (*Fysik*)

Endelig skal det nævnes, at i alt 34 % af de unge i MP oplyser, at de har fået en psykiatrisk diagnose af en psykiater, hvilket der senere vil blive vendt tilbage til i analyserne.

For fortolkning af UngMap profiler se videointroduktioner til UngMap på (Pedersen 2017d).

5.4.2. TEM

TEM består af 9 spørgsmål, der belyser den unges trivsel, koncentrations- og planlægningssevne (eksekutive funktioner) og forbrug af rusmidler siden sidste samtale (se bilag 2). Ved hver samtale har de unge udfyldt TEM i alle behandlingsgrupperne, og svarene har efterfølgende dannet udgangspunkt til at tale om, hvorfor de unge har svaret som de har og om de begivenheder, der har lagt til grund for forandring i scores siden sidste samtale. Det har været muligt at få vist grafer over svarene over tid, så den unge (og behandleren) afslutningsvist har kunnet snakke om udviklingen i trivsel, forbrug af stoffer og evne til f.eks. at planlægge dagligdagen fra første til sidste samtale.

TEM er til dels inspireret af Scott Millers FIT metode. Dog er det her kun trivsels-spørgsmålene, der hentes fra Miller (ORS = Outcome Rating Scale). Vurderingen af enighed om behandlingsmetode (SRS = Session Rating Scale) anvendes ikke i TEM. Til gengæld er der inkluderet spørgsmål om forbrug af rusmidler og eksekutive funktioner (koncentration, evne til at holde aftaler og planlægge). Det skal fremhæves, at trivsel, som det anvendes her (og hos Scott Miller), er at betragte som et internaliseringsmål i familie med depression, angst, ensomhed, manglende selvtillid mm. Internalisering (eller manglende trivsel) knyttes, som det senere skal vises, i moderat grad til forbrug af illegale stoffer. Trivsel er dog alligevel et meget relevant effektmål for mellem 30 og 40 % af de unge, der indskrives i misbrugsbehandling – herunder ikke mindst kvinderne. Netop denne gruppe er ofte meget belastet af angst, depression og ensomhed ved indskrivning, hvilket kan forhindre dem i at indgå i sociale sammenhænge, herunder uddannelsesforløb og anden form for beskæftigelse.

Den gennemsnitlige score for danske 15-25 årige på de 3 trivselsspørgsmål, den samlede trivsel og scores for koncentrations-/planlægningssspørgsmål ses nedenfor i tabel 5:

Tabel 5. Gennemsnit score i trivsel for danske unge i alderen 15-25 år (2015).

	Gennemsnit score
Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 7 dage?	7,2
Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner, i de sidste 7 dage?	7,9
Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 7 dage?	7,5
Samlet trivsel	7,5
Hvordan har du generelt været til at koncentrere dig i de sidste 7 dage?	6,6
Hvordan har du generelt været til at overholde aftaler og planlægge din dag i de sidste 7 dage?	7,7

På et aggregeret niveau (sammenlægning af resultaterne fra alle samtaler på et givent misbrugsbehandlingscenter) kan TEM dermed anvendes som et effektmål for centrets arbejde med den samlede gruppe af unge.

5.6.3. Logbog

Logbogen er et digitalt registreringsværktøj, der anvender survey exacts online program. Behandlerne har brugt logbogen til at registrere de forskellige kontakter og aktiviteter, de løbende har haft med de unge. Den første registrering blev foretaget i forbindelse med samtale 1, som er

den første reelle behandlingssamtale efter UngMap udfyldningen (samtale 0). Behandlerne har registreret, hver gang der har været enten personlig kontakt, eller når de har sendt påmindelser, statusbreve, gavekortsbestillinger etc. til de unge. Efter hver behandlingssamtale har behandlerne registreret; status for samtalen (gennemført, udeblivelse eller aflyst), hvor den unge var i forhold til de fastlagte mål (ud fra terminologien i forandringscirklen) (se Prochaska et al. 2002), hvordan behandleren havde oplevet den unge, trivsels- og forbrugsspørgsmålene, samt spørgsmål om koncentration og planlægningen (TEM). Afslutningsvist har behandleren registreret, hvorvidt han eller hun havde arbejdet med de forskellige delelementer i metoderne, og om det havde været problematisk at anvende metoderne.

Umiddelbart før sidste samtale i primærforløbet kunne behandlerne henvende sig til Center for Rusmiddelforskning og få tilsendt grafer over den unges udvikling i forhold til trivsel, forbrug af rusmidler og graden af koncentration og evne til planlægning. Grafen blev dannet på baggrund af de registreringer behandleren løbende har lavet i logbogen. Dermed har behandleren og den unge haft mulighed for at gennemgå den overordnede udvikling under behandlingsforløbet ved den afsluttende samtale i primærforløbet (samtale 12). Behandlernes arbejde med de forskellige delelementer blev desuden anvendt af supervisorerne til at analysere, hvorvidt der eventuelt var generelle problemstillinger blandt behandlerne med bestemte delelementer. Dette gav supervisorerne mulighed for at fokusere målet på de elementer, som syntes sværest for behandlerne at anvende i praksis.

5.4.4. Opfølgning

I nedenstående tabel 6 ses forløbsdesignet for den forskningsmæssige del af MP.

Tabel 6. Undersøgelsens forløbs-design.

Behandling	Antal	Måneder efter primær behandling						Måneder efter primærbehandling												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
12 uger																				
1. intv. UngMap	2. intv.	3. intv.						4. Intv.						5. intv						
1. MI/KAT	114	<i>Opfølgningsperiode</i>																		
2. MI/KAT-G	113	<i>Opfølgningsperiode</i>																		
3. MI/KAT-O	112	O – behandling "fader" ud						<i>Opfølgningsperiode</i>												
4. MI/KAT-GO	121	O – behandling "fader" ud						<i>Opfølgningsperiode</i>												

MI/KAT = 12 samtaler baseret på motivational Interviewing og Kognitiv Adfærds Terapi.

G = Gavekort Baseret Forstærkning

O = Opfølgende Behandling

Som det fremgår af tabel 6, anvendes Ungmap udfyldningen i den indledende samtale som baseline interview. Derudover er de unge blevet interviewet af medarbejdere på Center for Rusmiddelforskning 3, 6 og 9 måneder efter det indledende UngMap interview. De unge interviewes også 21 måneder efter UngMap interviewet. Disse interviews er stadig igangværende og forventes afsluttet i april 2018. Besvarelsen af opfølgningsinterviewene foregik enten elektronisk eller telefonisk

og bestod af et udvalg af spørgsmål fra UngMap, således at besvarelsen kan sammenlignes med de unges svar ved indskrivning.

De unge har modtaget et gavekort på 100 kroner, hver gang de deltog i et af CRFs interviews (og skal her ikke forveksles med gavekortet, de modtager i behandlingsmæssig sammenhæng). De unge blev indledningsvist kontaktet på sms og mail med link til undersøgelsen, samt et tidspunkt for, hvornår interviewer ved CRF ville kontakte dem telefonisk, hvis de foretrak at blive ringet op. Efterfølgende blev de unge ringet op, hvis de ikke selv udfyldte skemaet online. Hvis kontakten ikke kunne etableres på denne måde, forsøgte brev, behandlingsinstitution eller angivne kontaktpersoner for at opnå kontakt. Det var meget forskelligt, hvor lette eller svære de unge var at få kontakt til, hvorfor proceduren for kontakt varierede. Særligt de unge, som ikke er mødt til nogle behandlingssamtaler, var svære at få kontakt til.

I nedenstående tabel 7 er svarprocenter for de første tre opfølgingsrunder vist samlet såvel som for de enkelte spor.

Tabel 7. Svarprocenter samlet og for de enkelte opfølgingsrunder.

	1. opfølgingsinterview (3 måneder efter ind)	2. opfølgingsinterview (6 måneder efter ind)	3. opfølgingsinterview (9 måneder efter ind)
Samlet	76,1 %	67,0 %	64,3 %
MI/KAT, n=114	69,3 %	60,5 %	62,3 %
MI/KAT-G, n=113	77,9 %	69,0 %	63,7 %
MI/KAT-O, n=112	76,8 %	65,2 %	61,6 %
MI/KAT-GO, n=121	80,2 %	72,3 %	69,4 %

Andelen af manglende data for hver gruppe, samlet for de tre opfølgingsinterviews, er 36 % af mulige data i gruppe 1 (219 ud af 342 mulige), 32 % i gruppe 2 (228 ud af 336 mulige), 30 % i gruppe 3 (238 ud af 339 mulige) og 26 % i gruppe 4 (269 ud af 363 mulige).

5.2.5. Videoptagelser, behandler-survey og kvalitative interviews.

Alle behandlingssamtaler blev optaget på video med undtagelse af samtale 0, hvor UngMap blev udfyldt. De unge er alle blevet informeret om og har accepteret brugen af video, og at den udelukkende ville blive anvendt til supervision og forskning, samt at det kun var behandleren, som ville kunne ses på optagelsen. Behandlerne optog desuden en video, før MP og uddannelsesforløbet startede. Videoptagelserne inddrages ikke i denne analyse, men vil senere udgøre et væsentligt grundlag i analysen af, hvorvidt de forskellige metoder er blevet implementeret.

Alle behandlere modtog ved projektets start et elektronisk spørgeskema, som blandt andet indeholdt spørgsmål om køn, alder, uddannelse, terapi uddannelser, kortere kurser, hvilke metoder de anvendte med mere.

Ved projektets opstart gennemførte CRF kvalitative interviews med lederne for de behandlingsinstitutioner, som deltager i MP. Dette interview havde fokus på institutionernes eksterne og interne betingelser, såsom den interne organisering og placering i forvaltningen, indskrivningsprocedu-

re og målgruppen for institutionens daværende behandlingstilbud, samt deres eksisterende behandlingstilbud, samarbejdspartnere og monitoreringen af deres behandling.

I sommeren 2017 gennemføres endnu et kvalitativt interview med lederne med fokus på, hvorledes metodeprojektet er blevet implementeret i organisationen, og hvilken betydning det har haft for det enkelte behandlingssted.

6. Resultater

6.1. Indskrivningslængde, antal samtaler og gennemført som planlagt

For at skabe et overblik over "den almindelige" ("as-usual") behandlingsstruktur for unge indskrevet i misbrugsbehandling i de ni kommuner, før MP startede, blev der etableret to kontrolgrupper – en national kontrolgruppe (NCC) og en kommunal kontrolgruppe (KCC) for de 9 kommuner. Kontrolgrupperne blev etableret ud fra case-control metoden på følgende måde:

- NCC** 4 unge for hver ung i MP blev udvalgt ud fra samme køn, alder og stofprofil (ingen brug af opioider). $460 \times 4 = 1840$ unge udgjorde hermed den nationale case-control gruppe, som alle kommer fra **andre** kommuner end MP deltagerne.
22,8 % af NCC var kvinder, mens 22,8 % fra MP var kvinder.
Gennemsnitsalderen var 20,5 år i NCC, mens den var 20,5 år i MP.
Ingen i de to grupper havde haft et forbrug af opioider i måneden op til behandlingsstart.
- KCC** Det har ikke været muligt at bruge helt samme metode i etableringen af KCC (så mange unge findes der ikke i de 9 kommuner). Metoden var derfor som følger:
1 ung for hver 3 unge i MP udvælges ud fra samme køn, alder og ingen brug af opioider. Disse unge kommer alle fra samme kommuner som MP deltagerne og har været indskrevet inden for en to-årig periode før starten på MP. I alt 152 unge blev udvalgt, men der var kun fuldstændige oplysninger på 139.
21,4 % af KCC var kvinder, mens 22,8 % fra MP var kvinder.
Gennemsnitsalderen var 20,8 år i KCC, mens den var 20,5 år i MP.
Ingen i de to grupper havde haft et forbrug af opioider i måneden op til behandlingsstart.

Indskrivningslængde

I nedenstående graf ses antal måneder indskrevet i behandling for henholdsvis NCC som KCC.

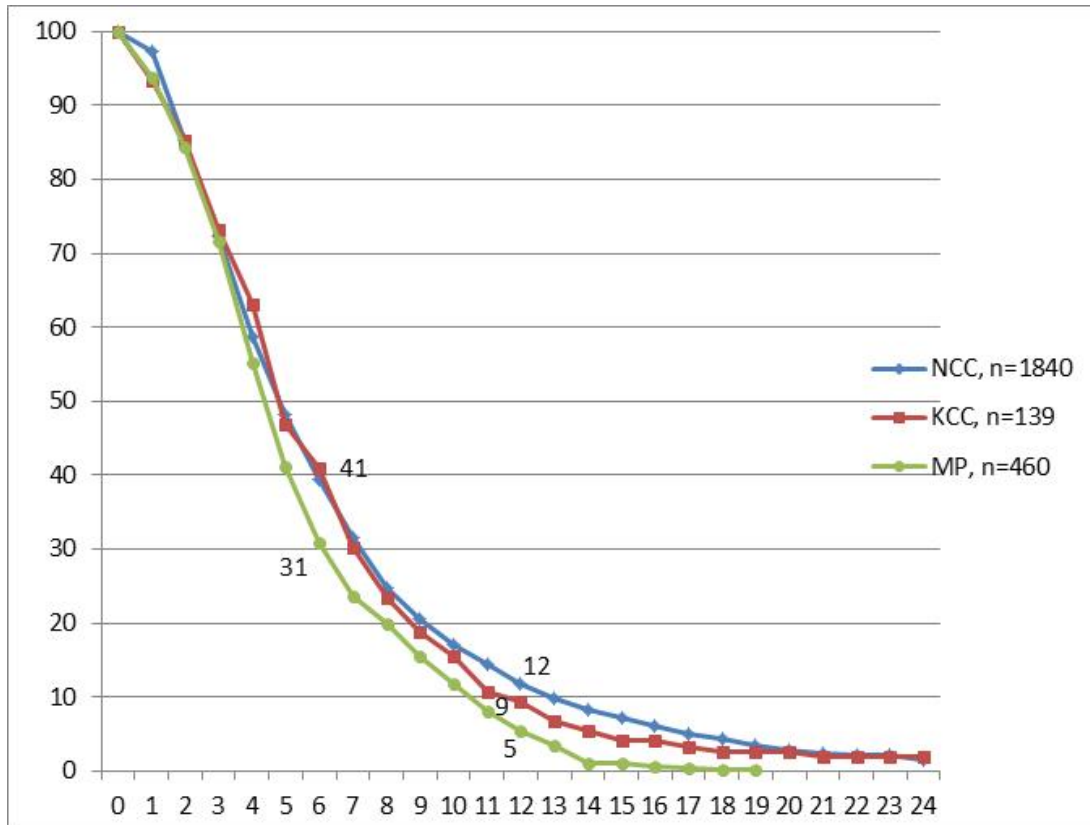


Fig 6. Antal måneder indskrevet i stofmisbrugsbehandling for 15-25-årige i Danmark (NCC), de 9 deltagende kommuner før MP start (KCC) og de 460 MP unge.

Som det ses, er der i store træk ingen forskel i behandlingens indskrivningslængde for unge indskrevet i de 9 kommuner før MP start og unge indskrevet i stofmisbrugsbehandling i Danmark. De 9 kommuner synes altså, hvad angår indskrivningslængde, at repræsentere dansk misbrugsbehandling for samme aldersgruppe før MP. I konkrete tal er den gennemsnitlige indskrivningslængde for NCC 5,85 måneder, mens den for KCC er 5,87 måneder. For de 460 unge i MP var den gennemsnitlige indskrivningslængde 5,68 måneder. Der ses dog meget store variationer i indskrivningslængde for de 4 behandlingsgrupper i MP, hvilket ses i næste figur.

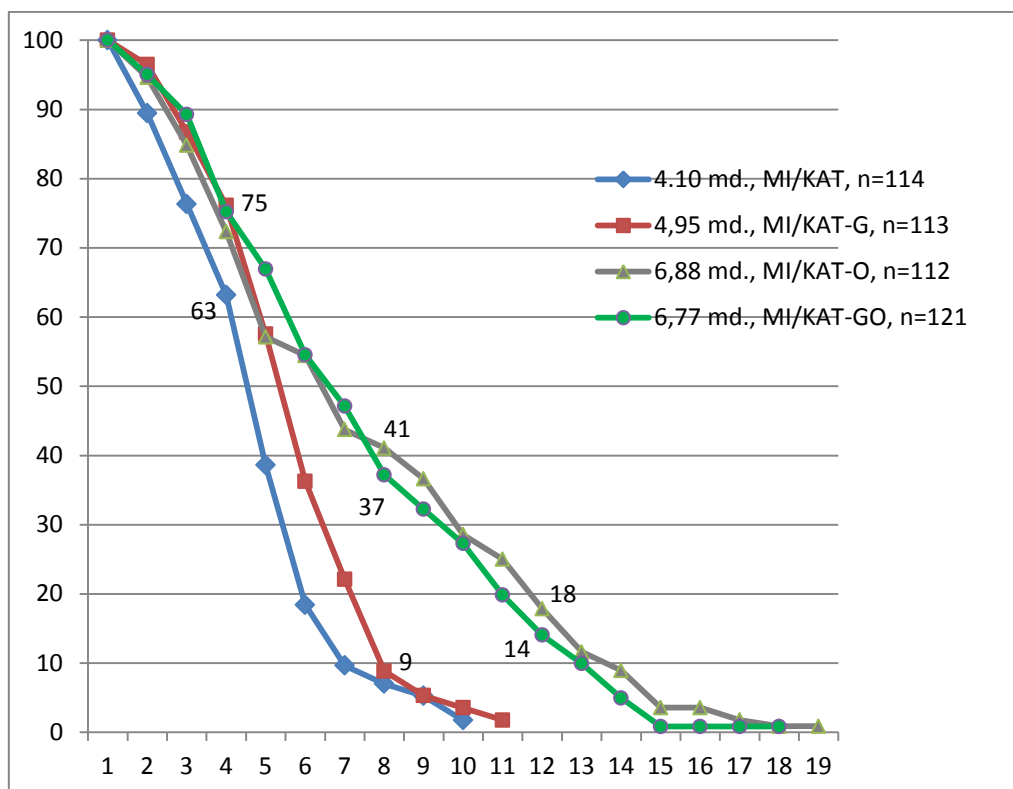


Fig. 7. Indskrivningslængde i måneder for unge i de fire behandlingsgrupper.

Den største forskel er ikke overraskende mellem MI/KAT og MI/KAT-G på den ene side og MI/KAT-O og MI/KAT-GO på den anden side. De to første er korttidsbehandlingen, som alene består i 12 samtaler, mens de to andre grupper inkluderer den opfølgende behandling, som primært er telefonbaseret.

De 12 samtaler blev tilbudt som ugentlige samtaler. Ofte har der dog været aflysninger, og de unge har her fået en ny tid, hvilket hos nogle unge har rykket behandlingslængden betragteligt. Udeblivelser (altså uden aflysning) har talt som en samtale.

Det er helt klart MI/KAT gruppen, der har haft sværest ved at fastholde de unge i behandlingen. Frafaldet finder her sted betydeligt tidligere end i MI/KAT-G, hvilket umiddelbart må tilskrives gavekortene. Den gennemsnitlige indskrivningslængde er for MI/KAT 4,10 måneder, hvilket er betydeligt kortere end den generelle indskrivningslængde. Det betyder dog ikke, at de får færre samtaler, hvilket der skal vendes tilbage til. Indskrivningslængden for unge i MI/KAT-G gruppen er, som det ses 4,95 måneder i gennemsnit. Det er først ved 5 måneder, at MI/KAT-G gruppen er forskellig fra MI/KAT-O og MI/KAT-GO. Dette skyldes ikke frafald, men afsluttet behandling.

De to grupper med opfølgende behandling følges stort set ad, hvad angår indskrivningslængde. Dette er nok noget overraskende. Man kunne således forvente, at MI/KAT-GO (indskrivningslængde 6,77 måneder) med sin brug af både påmindelser og gavekort ville vise en større grad af fastholdelse end MI/KAT-O, der kun har kunnet anvende påmindelser (indskrivningslængde 6,88 må-

neder), men det er ikke tilfældet. Den umiddelbare tolkning er her, at systematisk brug af påmindelser kan give en tilsvarende høj grad af fastholdelse som brug af gavekort i forhold til indskrivningslængden. Det vil senere blive vist, at der alligevel er forskel på disse to grupper, når man så ser på, hvor mange samtaler de unge får i primærforløbet og andelen af unge, der er stoffri 9 måneder efter indskrivning. Om kontrakten har en fastholdende effekt vides ikke, men det er ikke umiddelbart logisk, da kontrakten er et statisk redskab, der ikke ændres løbende i behandlingen, men alene anvendes til at formulere mål og gensidige aftaler for behandlingsforløbet. Statusbrevene kan have to effekter i forhold til fastholdelse; 1. de kan virke som forstærkninger, når de henviser til positive forandringer i forhold til målene og 2. de kan fungere som påmindelser for unge, der ikke overholder de aftaler, de har med behandleren. Det skal fremhæves, at indskrivningslængde ikke nødvendigvis kan oversættes til, hvor mange samtaler de unge modtager eller om de gennemfører som planlagt. Det skal der vendes tilbage til.

Antal samtaler og gennemført som planlagt

I den næste graf ses det, hvor mange samtaler de unge har fået i primærbehandlingen (de 12 tilbudte samtaler).

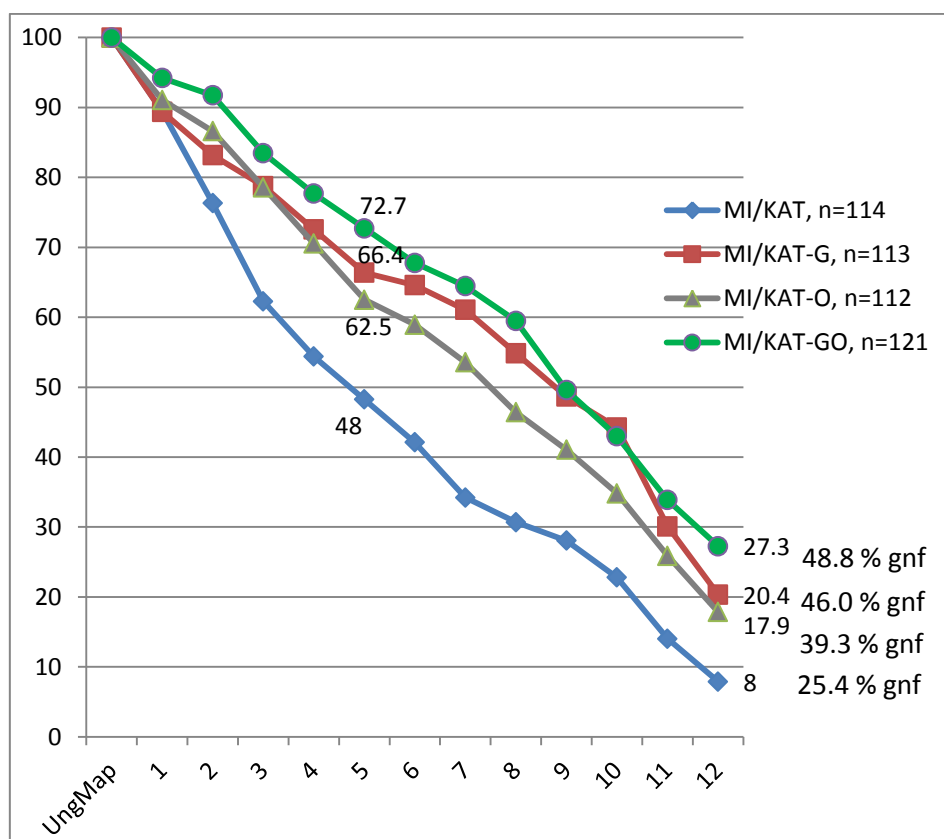


Fig. 8. Antal samtaler og gennemført behandling som planlagt for de 4 behandlingsgrupper.

Som det ses, er det MI/KAT, som har sværest ved at gennemføre de 12 tilbudte samtaler. Fra MI/KAT gruppen er det således 8 %, som gennemfører alle 12 samtaler, mens det samme er tilfældet for 27 % af de unge fra MI/KAT-GO.

Det gennemsnitlige antal gennemførte samtaler i MI/KAT var 5,1 samtaler. I den tidligere viste kommunale case-control (KCC) blev der i gennemsnit givet 5,2 samtaler. Med andre ord var unge fra MI/KAT gruppen betydeligt kortere tid i behandling (4,10 måneder), men de fik det samme antal samtaler som unge, der var indskrevet i kommunerne, før MP startede.

I MI/KAT-G fik de unge i gennemsnit 7,1 samtaler med en indskrivningslængde på 4,95 måneder. Altså flere samtaler end almindeligvis, men med kortere indskrivningslængde.

MI/KAT-O gruppen fik i gennemsnit 6,7 samtaler i primærbehandlingsperioden. Altså mindre end MI/KAT-G. Men her blev der fulgt op med opfølgende samtaler. Hvis disse medregnes, (inkluderende telefonsamtalerne) så får MI/KAT-O gruppen i gennemsnit 10,4 samtaler på 6,88 måneder. Altså betydeligt flere samtaler end normalt og ligeledes en lidt længere indskrivningslængde end normalt. På den anden side er der primært tale om telefonsamtaler i den opfølgende behandling.

Endelig fik de unge fra MI/KAT-GO i gennemsnit 7,7 samtaler i primærforløbet. Også her var der opfølgende behandling, og sammenlagt fik de unge derfor 11,0 samtaler fordelt på 6,77 måneder. Altså det mest intensive forløb af dem alle, hvor der blev gennemført mere end dobbelt så mange samtaler på en indskrivningslængde, der ikke er voldsomt meget længere end, hvad der almindeligvis ses (5,85 måneder i NCC).

Som tidligere nævnt var det muligt ved afbud at få en ny tid til samtale, mens udeblivelse talte som en samtale. Derfor kunne et primærforløb godt gennemføres med mindre end 12 samtaler. For eksempel blev det ved 2 udeblivelser gennemført med 10 samtaler. Der accepteres normalt højst 3 udeblivelser, mens der ikke er nogen grænse for antal aflysninger, dog har behandleren skullet reagere på flere aflysninger i streg. I figur 8 ses det, at 25,4 % fra MI/KAT gruppen gennemførte som planlagt (gennemsnitligt 10,4 samtaler for gennemførte forløb). I MI/KAT-G gruppen gennemførte 39,3 % (10,8 samtaler i gennemsnit for gennemført forløb), i MI/KAT-O gennemførte 46,0 % (10,8 samtaler i gennemsnit for gennemført forløb), og i MI/KAT-GO gennemførte 48,8 % (10,9 samtaler i gennemsnit for gennemført forløb).

6.2. Reduktion/ophør med forbrug af rusmidler

Inden gennemgangen af, hvilke effekter behandlingen har haft på de unges forbrug af stoffer og alkohol, skal det kort beskrives, hvordan denne effekt måles og hvilke udfordringer, der kan knyttes til vurderingen af behandlingseffekter.

Der skelnes i opgørelserne mellem reduktion, stoffrihed og forløbsudvikling.

Reduktion

Der argumenteres ofte for, at stoffrihed er for konservativt et mål for behandlingssucces. På den anden side er anvendelsen af reduktion som succesmål forbundet med betydelige vanskeligheder. For det første har en del unge allerede startet reduktionen inden første samtale. Man kan måske endda sige, at behandlingen ofte påbegyndes den dag, den unge bestemmer sig for at gå i behandling for sit misbrug. Det er således 42,7 %, der har røget hash dagligt ved indskrivning, men ved første samtale er dette allerede faldet til 28,8 %. Det betyder, at de unge, der starter deres reduktion allerede inden de indskrives, får målt en ringere effekt end andre unge, fordi baseline som udgangspunkt er lavere (selv om de måske røg hash dagligt 2-3 måneder før indskrivning). Dertil kommer, at enkelte unge kommer fra andre institutioner, hvor opholdet her i sig selv har en reducerende effekt. For eksempel er der unge i MP, som er henvist fra Kriminalforsorgens institutioner, og der er unge, der kommer fra bosteder, hvor der er en tæt monitorering af den unges forbrug. Ligeledes er der unge, der kommer fra en behandling i en anden kommune. Dette kan for eksempel betyde, at unge fra for eksempel forskellige institutioner eller unge, som har været i behandling i en anden kommune op til, at de blev en del af MP, kommer til at se ud som om de reducerer mindre end andre unge, hvilket måske slet ikke er tilfældet.

Endelig bæres reduktionen næsten udelukkende af de stoffri. Med andre ord har de unge, der ikke bliver stoffri næsten ikke reduceret deres forbrug når vi ser på antal dage med forbrug. For eksempel havde de 296, der gennemførte 9 måneders opfølgingsinterviewet, ved indskrivning i gennemsnit brugt hash i 20,7 dage den sidste måned. Ved 9 måneders opfølgningen kunne de unge opdeles i de, der slet ikke havde brugt hash den sidste måned (0 dage, n=122) og de, der havde brugt hash. De, der havde brugt hash, havde i gennemsnit haft et forbrug på 17,3 dage den seneste måned. Nok var forskellen signifikant, men den er ikke overvældende og forbruget viser tilmed en stigende tendens mellem 6 og 9 måneder interviewet.

Man kan således diskutere, hvorvidt unge, som er så psykisk og socialt udfordrede som de unge i MP, er i stand til at fastholde for eksempel et weekend forbrug af hash. Flere unge ønsker dog ved indskrivningen ikke at stoppe deres hashforbrug helt. For at fastholde de unge i behandling bør dette accepteres, men på sigt er reduktion antageligt kun mulig at fastholde for de meget få.

Ud over den almindelige reduktion i antal dage med forbrug af stoffer, gives også et mål for reduktion i stofbelastning generelt. I princippet har dette mål de samme udfordringer som nævnt ovenfor. Til udregning af stofbelastning anvendes en udregningsmetode, der er stort set den samme, som anvendes i ASI (Addiction Severity Index). Formlen for udregning af belastning ser således ud:

$$(((\text{Dage cannabis}/30) + (\text{dage amfetamin}/30) + (\text{dage kokain}/30) + (\text{dage ecstasy}/30) + (\text{dage ritalin}/30) + (\text{dage ketamin}/30) + (\text{dage andre stoffer}/30))/7) * 100$$

/=dividere, + plus, *=gange

I almindeligt sprog siger formlen, at (antal dage med cannabis den sidste måned divideret med 30) + (antal dage med amfetamin den sidste måned divideret med 30) + osv (kokain, ecstasy, ritalin, ketamin og andre stoffer divideret med 30). Dette divideres slutteligt med 7 (antallet af stoffer, der spørges om), og det hele ganges til sidste med 100. Maksimal belastning kan således være 100 (hvis alle stoffer er brugt hver dag de sidste 30 dage). Den mindste belastning vil være 0, hvis der ikke er brugt nogle stoffer den seneste måned.

Stoffri

Stoffrihed er et konservativt mål, men samtidigt også et mere enkelt mål at arbejde med. Alle unge i MP har således før indskrivning haft et problematisk forbrug af illegale stoffer og i nogle tilfælde også af alkohol. Det er derfor også evalueringsteknisk mere reelt og entydigt at bruge stoffrihed som et målekriterium. I det følgende skal der dog både være fokus på reduktion og stoffrihed.

Forløbsudvikling

Når en metodes effektivitet skal vurderes, er det helt centralt at se på udviklingen i forbruget over tid, hvad enten dette måles med reduktion eller stoffrihed. Man kan således i høj grad diskutere om den reduktion, der finder sted allerede inden første samtale, overhovedet har noget med behandlingsmetoderne at gøre. Man kan måske også diskutere om den reduktion, der finder sted, de første 3-4 samtaler har meget med metoden at gøre. I nedenstående figur 9 er det vist, hvor mange, der var stoffri i ugen op til den pågældende samtale målt med TEM (Trivsels- og Effekt Monitoring).

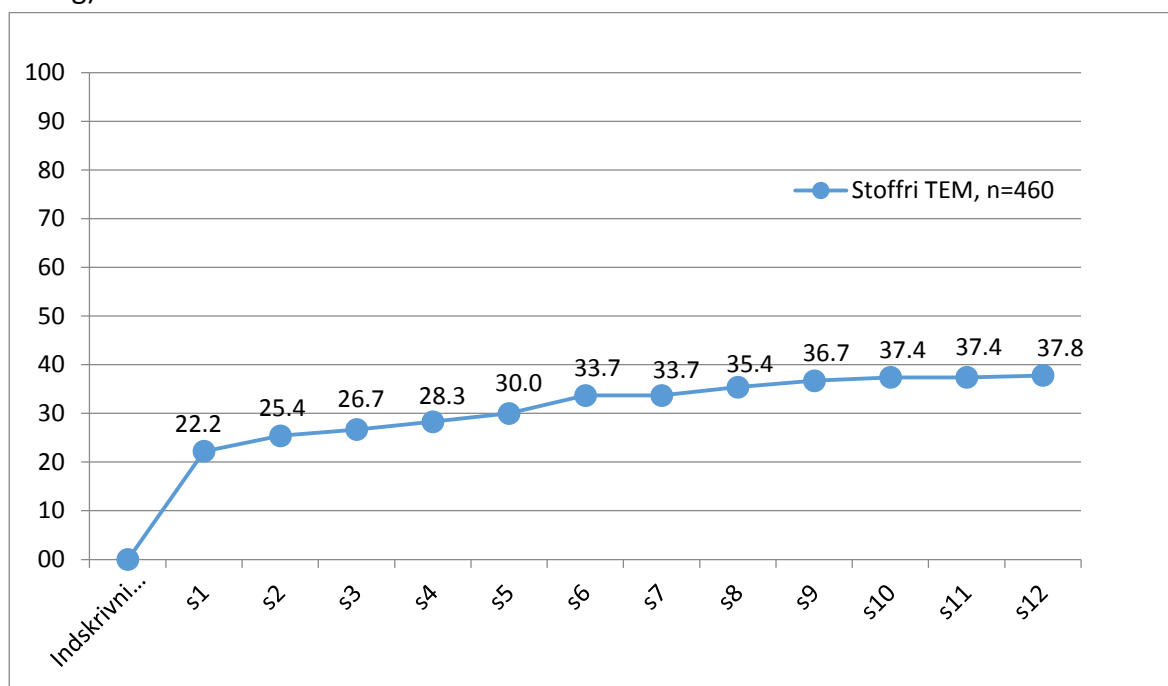


Fig. 9. Andel stoffri i ugen op til pågældende samtale målt med LOCF (Last Observation Carried Forward, forklares på næste side).

Som det ses i grafen, havde 22,2 % ikke havde haft et forbrug af illegale stoffer i ugen op til den første samtale. Herefter stiger andelen af stoffri forsigtigt, men kontinuerligt, og flader så stort set ud efter samtale 9-10. Påstanden kunne være, at den første reduktion primært må forklares med den unges motivation og hvor belastede de er. Først senere kan behandlingsmetoden tilskrives særlig betydning. Det skal der senere vendes tilbage til.

En helt anden udfordring er det ofte betragtelige antal ubesvarede spørgsmål (missing data) i effektundersøgelser. Det er desværre ikke tilfældigt, hvem det er vanskeligt at få til at gennemføre opfølgningsinterviewene. Der er således i MP 5,7 gange (eller 570 %) større sandsynlighed for at en person, der har gennemført behandlingen som planlagt, deltager i 9 måneders opfølgningsinterviewet end en person, der ikke har gennemført behandlingen som planlagt. Eftersom de, der gennemfører behandlingen, oftere er stoffri end de, der dropper ud, betyder dette, at jo flere, der dropper ud af behandlingen, jo lavere er svarprocenten ved opfølgning og desto flere af de interviewede har reduceret/er stoffri. Et stort drop-ud kan derfor noget misvisende betyde en højere effekt fordi de, der er tilbage, er de mest motiverede. Med andre ord er der fare for den fejlfortolkning, at der har været tale om en effektiv metode, fordi de (få), der blev interviewet havde klaret sig rigtig godt. Dette er derfor misvisende, hvis effekten alene måles på de unge, der gennemfører som planlagt.

I MP har svarprocenten dog været højere, end vi almindeligvis ser, hvilket blandt andet skyldes, at vi giver et gavekort på en værdi af 100 DKK for at deltage i et opfølgningsinterview (igen ikke at forveksle med gavekortet på 200 kr., som gives i behandlingsmæssige sammenhæng).

Tre analysemetoder

De tre analyse metoder, der skal anvendes i vurderingen af effekten skal i det følgende benævnes rå-data analyse, LOCF analyse (Last Observation Carried Forward) og repeated/mixed effekt analyse. Når der nogle gange anvendes flere typer analyser på samme mål, er det for at undersøge stabiliteten af resultatet.

Rå-data analyse er forholdsvis enkel. Her er det alene de eksisterende data, der inddrages, hvilket er 460 ved indskrivning, 350 ved 3 måneders opfølgning, 308 ved 6 måneders opfølgning og 296 ved 9 måneders opfølgning. Ulempen er her, at det ikke er de samme unge, der har besvaret spørgsmålene på alle 4 måletidspunkter. Nogle har for eksempel ikke besvaret 3 og 9 måneders spørgsmålene, andre ikke besvaret 9 måneders spørgsmålene osv.

Med **LOCF-analyse** (Last Observation Carried Forward) menes der, at sidste besvarelse føres videre, hvis værdierne er ukendte. Metoden kan illustreres med nedenstående tabel, hvor deltagernes svar på, hvor mange dage, de har brugt hash den sidste måned videreføres, hvis ikke de deltog i det følgende interview.

I de felter, hvor der ikke står noget, gennemførte deltagerne ikke interviewet, og det blanke felt udfyldes derfor med forrige værdi. For beskrivelse af metoden se f.eks. Ginsberg et al. 2012.

Tabel 8. Principperne i LOCF

		3 måneders opfølgning	6 måneders opfølgning	9 måneders opfølgning
	Indskrivning			
Ung 1	30 dage	10 dage		12 dage
Ung 2	12 dage	12 dage	10 dage	
Ung 3	22 dage	9 dage		
Ung 4	6 dage			10 dage

At anvende LOCF i analyserne af stofreduktion/stoffrihed viser stort set altid en mindre effekt end ved analyse af rå-data. Det skyldes, at mange af de, der ikke deltager i opfølgningsinterviews, har afbrudt behandlingen samtidig med, at de ved sidste måling havde et forbrug af stoffer (men ikke altid og så videreføres stoffrihed). Fordelen ved LOCF er, at samtlige data kan inddrages i analysen og dermed også samtlige unge hver gang. Ulempen er, at vi jo rent faktisk ikke ved, hvad der er sket med den unge siden sidste interview. En mekanisk overførsel af sidste værdi er derfor ikke uproblematisk.

OBS! Analysen af stoffrihed samtale for samtale (baseret på TEM) i figur 9 er en sådan LOCF analyse.

LOCF analysens modpol er, når det alene er de 247 unge, der har deltaget i samtlige tre opfølgningsinterviews, som inkluderes i analysen (53,7 % af de unge). Her er der heller ingen tomme felter/missing data, men det er fordi alle de, der ikke har deltaget i mindst ét opfølgningsinterview, ekskluderes fra analysen.

Det nævnes altid hvilken type analyse, der er blevet anvendt.

Repeated og mixed effekt modeller anvendes til at måle ændringer i forløb. I disse analyser kan det vises, om et givent effektmål udvikler sig forskelligt for de 4 behandlingsgrupper. Eftersom den indledende og mest markante del af effekten finder sted meget tidligt i behandlingsforløbet, og antageligt er uafhængig af, hvilken metode der anvendes, vil vi i nogle af disse analyser anvende 3 måneders opfølgningen som baseline. Det er påstanden, at ved at anvende 3 måneders opfølgningen som baseline/udgangspunkt for måling af effekt, får vi et bedre mål for, hvilke forandringer, der skyldes metoden og ikke kun den unges indledende motivation. I gennemsnit har en person, der har fået 4 samtaler således været indskrevet omkring 4 måneder. Ved 4. samtale var det således 28,3 %, der havde været stoffri i ugen op til samtalen (TEM måling, se figur 9). Dette ændrede sig generelt ikke meget frem til den 12. samtale. Det kan tænkes, at en ung, der modtager en bestemt behandlingsmetode, fortsætter den positive udvikling, mens andre ikke gør og at der således er større sandsynlighed for, at effekten skal tilskrives metoden og ikke den unges motivation. Der kontrolleres altid for køn, alder og forbrug af stoffer ved baseline.

Der anvendes derudover logistisk regression, som blandt andet kan sige noget om, hvor stor sandsynligheden er for, at en given gruppe opnår større effekt end en anden gruppe. Her bruges betegnelsen Odds Ratio (OR). En OR på 2,0 siger for eksempel, at der er dobbelt så stor sandsynlighed for, at en given gruppe bliver for eksempel stoffri sammenlignet med en anden gruppe. Der kontrolleres i disse logistiske regressioner altid for køn, alder og forbrug ved indskrivning.

Endelig anvendes der enkelt t-test til at bestemme, hvorvidt en given score for én gruppe er signifikant større end for en anden gruppe.

6.2.1. Stoffer

Stoffrihed (alle stoffer)

Den første analyse er en rå-data analyse af, hvor mange der er blevet stoffri ved de 4 måletidspunkter fordelt på de 4 behandlingsgrupper.

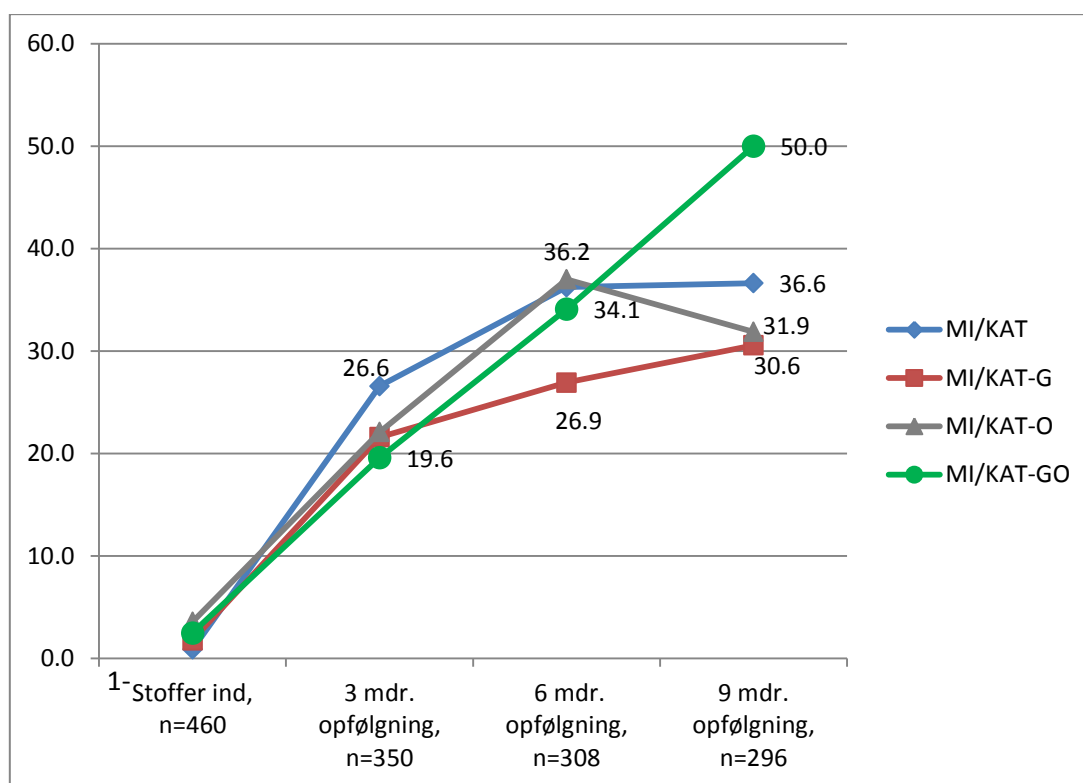


Fig 10. Andelen af unge, der har været stoffri den seneste måned fordelt på de 4 behandlingsgrupper (Rå-data analyse).

I ovenstående figur er det målt, hvor mange unge, der var stoffri fra de forskellige behandlingsgrupper ved baseline (indskrivning) og ved de tre opfølgningsinterviews. Der er tale om en rå-data

analyse, hvor alle svar for hver enkelt opfølgingsrunde er medtaget, hvorfor antallet af unge (n=) varierer.

Som det ses, er det ved 9 måneders opfølgningen mellem 30,6 % og 36,6 %, der har været stoffri den seneste måned i MI/KAT, MI/KAT-G og MI/KAT-O behandlingsgrupperne. Til gengæld er det 50 % af de unge fra MI/KAT-GO, som er stoffri 9 måneder efter udskrivning. Svarprocenten ved 9 måneders opfølgning for de 4 behandlingsgrupper var som tidligere nævnt 64,3 % for MI/KAT, 62,3 % for MI/KAT-G, 63,7 % for MI/KAT-O og 69,4 % for MI/KAT-GO. Det bedre resultat for MI/KAT-GO kan altså ikke forklares med en lavere svarprocent.

En logistisk regression viser en signifikant forskel mellem MI/KAT-GO og MI/KAT-G¹⁰ og mellem MI/KAT-GO og MI/KAT-O¹¹. Der ses tæt på en signifikant forskel mellem MI/KAT-GO og MI/KAT¹². Resultatet ændrer sig ikke, når der kontrolleres for køn, alder og forbrug ved indskrivning.

Overraskende er det måske, at den rene MI/KAT klarer sig så godt. Som tidligere vist var det fra MI/KAT, at vi fandt flest unge, som droppede ud af behandlingen. For eksempel var det kun 8 %, der gennemførte de 12 samtaler fra MI/KAT, mod 27 % fra MI/KAT-GO. En LOCF analyse, hvor der tages hensyn til missing data fra ikke mindst MI/KAT, men også fra MI/KAT-G, MI/KAT-O og MI/KAT-GO, giver da også et lidt andet billede (se fig. 11). Her overføres som nævnt sidst målte forbrug af stoffer til næste opfølgingsrunde, hvis det ikke har været muligt at få den unge til at deltage i opfølgingsinterviewet.

¹⁰ MI/KAT-GO versus MI/KAT-G: OR=2,24, P=0,017, CI95 1,15 – 4,34, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning.

¹¹ MI/KAT-GO versus MI/KAT-O: OR=2,22, p=0,019, 1,14 – 4,35, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning.

¹² MI/KAT-GO versus MI/KAT: OR=2,69, p=0,11, 0,88 – 3,22, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning.

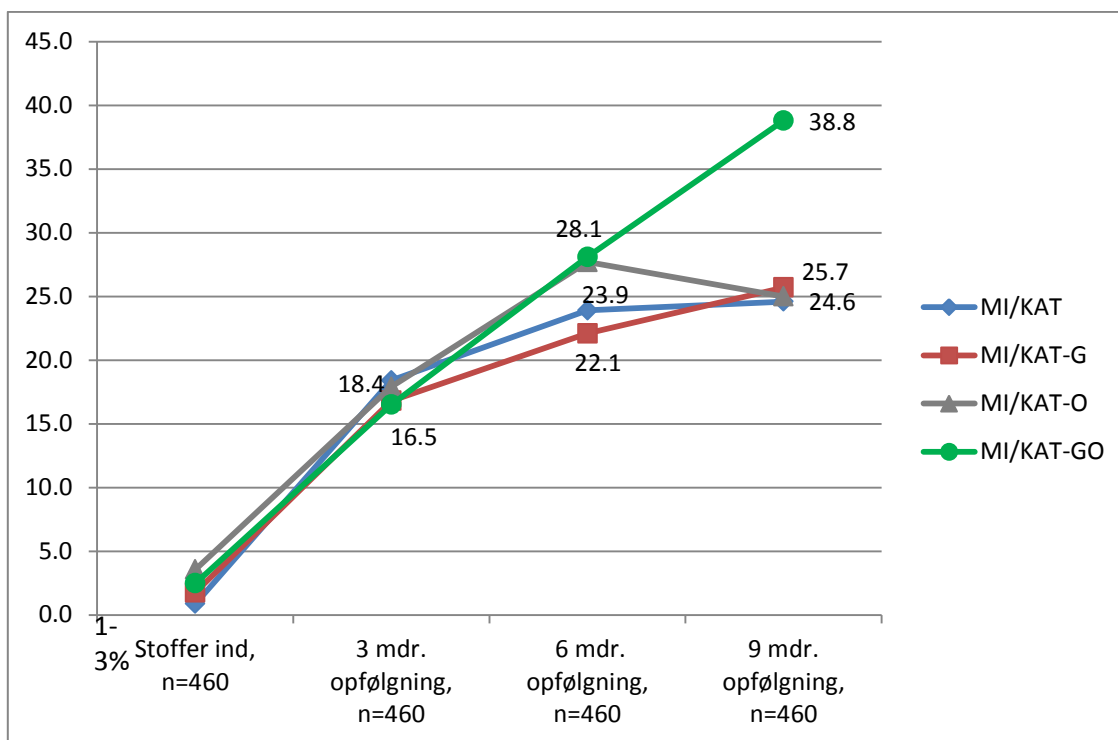


Fig 11. Andelen af unge, der har været stoffri den seneste måned fordelt på de 4 behandlingsgrupper (LOCF analyse).

I ovenstående figur ses det, at andelen, der er stoffri ved 9 mdr. opfølgningen nu, er blevet betragteligt lavere for alle grupper end i forrige figur. Forholdet mellem behandlingsgrupperne er dog uforandret bortset fra, at netop MI/KAT nu ikke klarer sig bedre end MI/KAT-G og MI/KAT-O. MI/KAT-GO metoden klarer sig nu signifikant bedre end såvel MI/KAT¹³, MI/KAT-G og MI/KAT-O. Sammenhængene ændrer sig ikke, når der kontrolleres for køn, alder og forbrug ved indskrivning. Det er samtidig tydeligt, at mens den positive udvikling i store træk stopper 6 måneder efter indskrivning for MI/KAT, MI/KAT-G og MI/KAT-O, så fortsætter den for MI/KAT-GO.

Repeated logistisk regression: Alle 4 behandlingsgrupper viser en signifikant positiv udvikling fra indskrivning til 9 måneders opfølgningen. Det skyldes som tidligere nævnt først og fremmest den markante reduktion i forbrug meget tidligt i forløbet, og det kan diskuteres, om det har meget med behandlingsmetoden at gøre. Anderledes ser det ud, hvis baseline flyttes til 3 måneders opfølgningen. Nu er det alene gruppen MI/KAT-O og MI/KAT-GO, der viser en signifikant positiv udvikling og for MI/KAT-O stopper denne positive udvikling efter 6 måneders opfølgningen (se bilag 1, Analyse 1).

En LOCF analyse giver nogenlunde samme resultat. Stadig ingen positiv udvikling 3 måneder efter indskrivning i MI/KAT, mens der ses en positiv udvikling i MI/KAT-G, MI/KAT-O og i endnu højere grad i MI/KAT-GO.

¹³ MI/KAT-GO versus MI/KAT: OR=1,94, p=0,021, CI 95 1,10 – 3,41, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning.

Når de 4 behandlingsgrupper sammenlignes, ser vi, at MI/KAT-GO adskiller sig signifikant fra de øvrige grupper ved udviklingen i andelen af stoffri fra 6 til 9 måneders opfølgningen ($p < 0.01$. Se bilag 1, Analyse2).

Med andre ord fra og med 3 måneder efter indskrivning og frem til 9 måneder efter indskrivning, er det primært MI/KAT-O og MI/KAT-GO (og til dels MI/KAT-G), der viser en positiv udvikling. For MI/KAT er der ingen positiv udvikling fra 3 måneder efter indskrivning og frem. MI/KAT-GO adskiller sig fra andre grupper ved den signifikante fortsatte positive udvikling fra 6 måneder til 9 måneder efter indskrivning. Dette er umiddelbart ikke så overraskende, idet denne gruppe har haft de rette redskaber til fastholdelse (påmindelser + gavekort) og samtidig kan gruppen tilbyde opfølgende behandling primært pr telefon. MI/KAT-GO adskiller sig dog kun fra MI/KAT-O ved gavekort. Også MI/KAT-O kan således tilbyde påmindelser og opfølgende behandling. Alligevel ses der ikke her den samme udvikling i andelen af stoffri unge efter de 6 måneder.

Stofreduktion (alle stoffer)

Det første mål, der skal undersøges, er reduktionen i stofbelastning, som er målt med den ASI-lignende udregningsmetode præsenteret tidligere. Den gennemsnitlige belastningscore for de 460 unge ved indskrivning er 14,1, hvor det laveste, der kan scores er 0 og det højeste 100. Nedenfor ses scorerne for de 4 behandlingsgrupper fordelt over de 4 interviews.

Tabel 9. Udviklingen i stofbelastning for de 4 behandlingsgrupper (rå-data analyse).

	Stoffer ind n=460	Opfølgning 3 mdr. n=350	Opfølgning 6 mdr. n=308	Opfølgning 9 mdr. n=296
MI/KAT	14.5	6.0	4.8	5.4
MI/KAT-G	13.9	6.2	6.2	6.0
MI/KAT-O	13.6	7.7	5.5	6.2
MI/KAT-GO	14.5	7.1	5.9	4.9

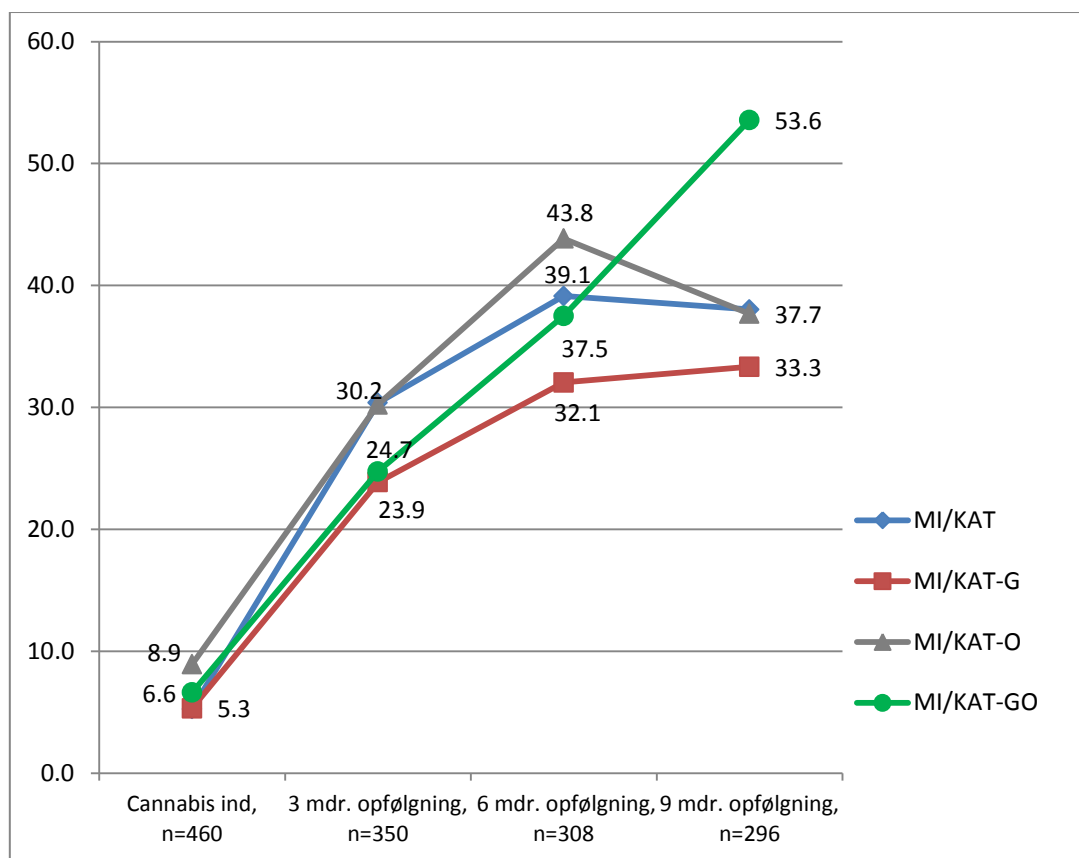
MI/KAT-GO er den gruppe der ved 9 måneders opfølgningen scorer lavest i stofbelastning, men scoren er ikke signifikant forskellige fra de andre grupper. Heller ikke en LOCF analyse viser nogle statistiske forskelle mellem behandlingsmetoderne. Som det ses i tabellen, er MI/KAT-GO gruppen den eneste gruppe, som kontinuerligt reducerer stofbelastningen efter indskrivning. For MI/KAT og MI/KAT-O finder der en forøgelse i stofbelastning sted mellem 6 og 9 måneder efter indskrivning.

Mixed effekt model: Denne analyse viser til forskel fra rå-data analysen en signifikant reduktion i stofbelastningen for alle 4 grupper (på grund af den høje belastning ved indskrivning). Fra 3 mæne-

der frem til 9 måneders opfølgningen ses kun signifikant reduktion i stofbelastning i grupperne MI/KAT-O og MI/KAT-GO (se analyse 3 i bilag 1). Det skyldes dog, at reduktionen i stofbelastning i disse to grupper var forholdsvis moderat fra indskrivning til 3 måneder efter indskrivning. Der kontrolleres i analysen for køn, alder og forbrug ved baseline (her 3 måneder efter indskrivning) (se bilag 1, Analyse 3). Ligesom rådata-analysen viste, ses der dog i MI/KAT-O en negativ udvikling fra 6 til 9 måneder, mens der i MI/KAT-GO ses en fortsat positiv udvikling.

Cannabis ophør

Eftersom brugen af cannabis er det mest markante problem hos langt de fleste unge i MP, ligner graferne for ophør med brug af cannabis også graferne for andelen af unge, der er blevet helt stof-fri i løbet af behandlingen. Nedenfor ses rå-data analysen for ophør med cannabis fordelt på de 4 behandlingsgrupper.



Figur 12. Andelen af unge, der er ophørt med at bruge cannabis den seneste måned fordelt på de 4 behandlingsgrupper (Rå-data analyse).

En logistisk regression viser en signifikant forskel mellem MI/KAT-GO og MI/KAT-G¹⁴ og mellem MI/KAT-GO og MI/KAT-O¹⁵. Forskellen mellem MI/KAT-GO og MI/KAT-O er næsten signifikant.

¹⁴ MI/KAT-GO versus MI/KAT-G: OR=2,27, p=0.014, CI 95 1,18 – 4,37, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning

Forskellen mellem MI/KAT og MI/KAT-GO er næsten signifikant¹⁶. En LOCF analyse viser tilsvarende forskelle, men nu er forskellene mellem MI/KAT-GO og de andre behandlingsgrupper alle signifikante ikke mindst i forhold til MI/KAT¹⁷. LOCF grafen er vist i figur 13.

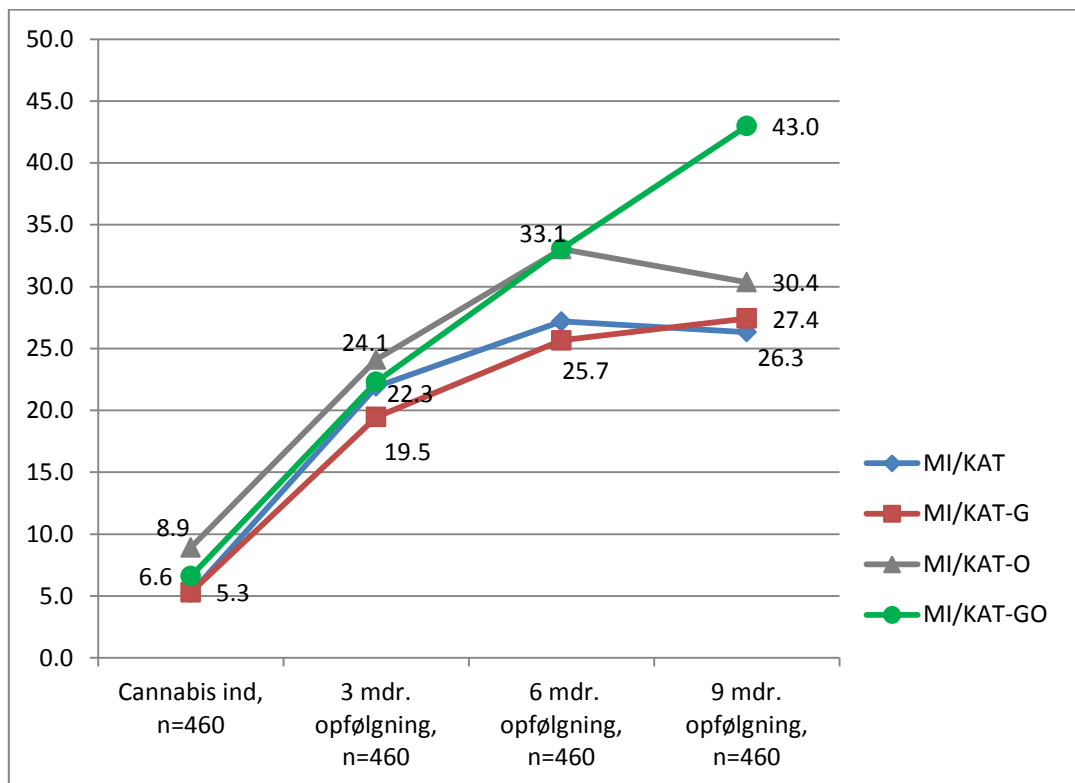


Fig 13. Andelen af unge der er ophørt med at bruge cannabis den seneste måned fordelt på de 4 behandlingsgrupper (LOCF analyse).

Repeated logistisk regression: I alle 4 behandlingsgrupper opnås en signifikant positiv udvikling i andelen af unge, der stopper deres forbrug af cannabis. For MI/KAT og MI/KAT-G ses der dog ingen signifikant positiv udvikling i andelen af stoffri fra 3 måneder efter indskrivning og frem. MI/KAT-O gruppens positive udvikling ses frem til 6 måneders opfølgningen (og stopper herefter brat) og endelig fortsætter den kontinuerligt i MI/KAT-GO frem til 9 måneders opfølgningen (se bilag 1, Analyse 4). MI/KAT-GO adskiller sig signifikant fra de øvrige tre grupper ved den kontinuerligt positive udvikling. Det er perioden fra 6-9 måneder, der for alvor adskiller MI/KAT-GO fra de andre grupper (se bilag 1, analyse 5).

¹⁵ MI/KAT-GO versus MI/KAT-O: OR=1,97, P=0,043, CI95 1,02 – 3,78, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning

¹⁶ MI/KAT-GO versus MI/KAT: OR=1,84, P=0,063, CI95 0,97 – 3,52, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning

¹⁷ MI/KAT-GO versus MI/KAT: OR=2,10, P=0,008, CI95 1,21 – 3,65, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning

Cannabis reduktion

Nedenfor ses en rå-data analyse for reduktion i antal dage med forbrug af hash over 4 målepunkter fordelt på de 4 behandlingsgrupper.

Tabel 10. Reduktion i dage med brug af hash for de 4 behandlingsgrupper (rå-data analyse).

	Hash dage ind n=460	Opfølgning 3 mdr. n=350	Opfølgning 6 mdr. n=308	Opfølgning 9 mdr. n=296
MI/KAT	22.1	10.4	9.1	10.1
MI/KAT-G	20.9	11.6	11.9	10.9
MI/KAT-O	20.2	13.4	10.3	11.3
MI/KAT-GO	20.8	13.1	11.0	8.7

Umiddelbart reducerer MI/KAT-GO unge deres forbrug mest, men der ses ingen signifikante forskelle mellem de 4 behandlingsgrupper ved 9 måneders opfølgningen. MI/KAT-GO er dog igen den eneste gruppe, som viser en kontinuerlig reduktion fra indskrivning til 9 måneder efter indskrivning. I MI/KAT og MI/KAT-G er der ingen udvikling efter 3 måneders opfølgningsinterviewet (se bilag 1, analyse 6). Som vist i næste tabel er der desuden noget, der tyder på, at jo flere der bliver stoffri i en behandlingsgruppe, desto mere er det de mest stofbelastede unge, der er tilbage.

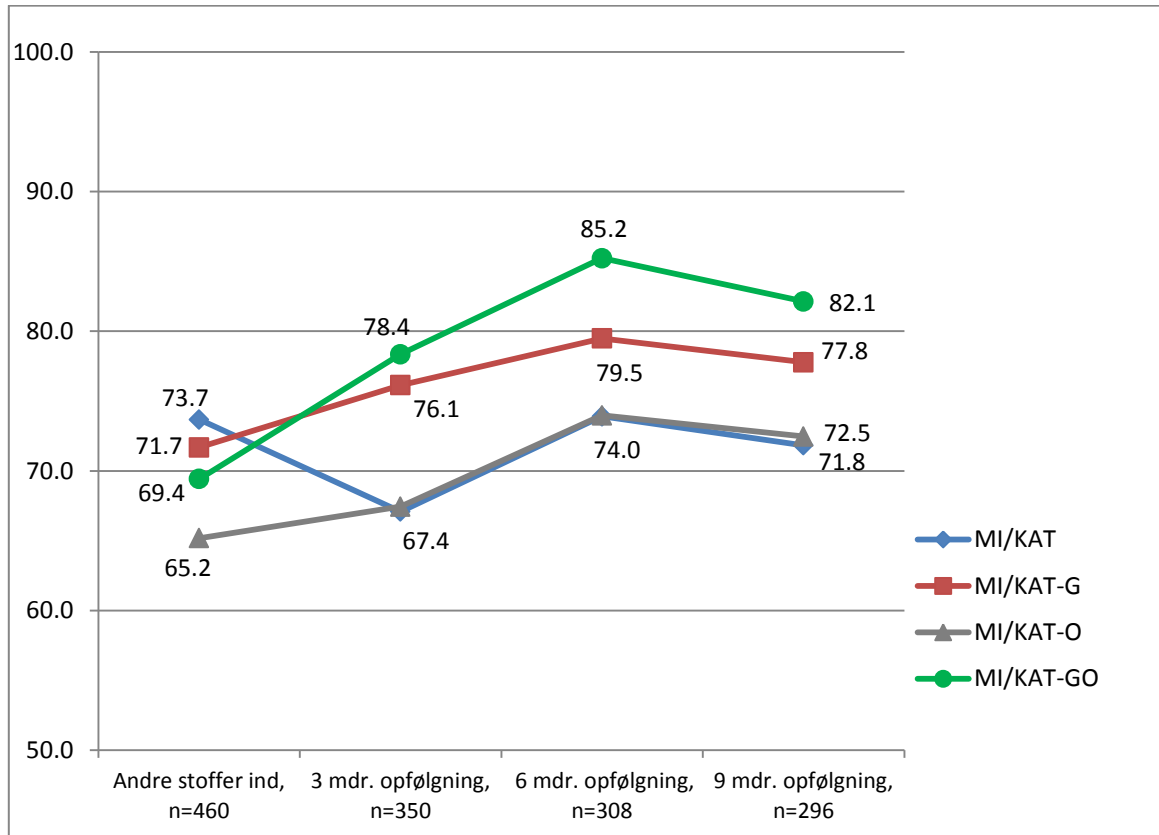
Tabel 11. Reduktion i dage med brug af hash for de unge, der fortsætter med at bruge hash fordelt på de 4 behandlingsgrupper (rå-data analyse).

	Hash dage ind n=430	Opfølgning 3 mdr. n=255	Opfølgning 6 mdr. n=191	Opfølgning 9 mdr. n=174
MI/KAT	23.3	15.0	14.9	16.3
MI/KAT-G	22.1	15.3	17.5	16.4
MI/KAT-O	22.1	19.2	18.4	18.1
MI/KAT-GO	22.2	17.5	17.6	18.8

I ovenstående tabel ses det, at blandt de unge, der fortsat bruger cannabis ved 9 måneders opfølgningen, er det MI/KAT-GO unge, der ryger mest. Måske kan man dele cannabisbrugerne op i tre grupper: A) En gruppe der er højt motiveret for at stoppe, og som ikke har det største forbrug. B) En gruppe som ikke har det største forbrug, men som har lidt sværere ved at blive motiveret til at stoppe. C) En gruppe af storforbrugere, der har meget svært ved at stoppe og som måske heller ikke er motiveret for det. Mens alle behandlingsgrupper er gode til at få gruppe A unge gjort stoffri (de bliver stoffri inden for de første tre måneder), er det primært MI/KAT-GO, der får gruppe B unge gjort stoffri. Ingen når rigtigt gruppe C unge. Hvis en behandlingsgruppe både når gruppe A og B unge, så vil der kun være gruppe C unge tilbage, og de har et stort forbrug. Det passer til ovenstående tabel. Dette skal der senere vendes tilbage til.

Ophør med brug af andre illegale stoffer end hash

I den næste graf er det ophør med forbrug af Andre-Illegale-Stoffer end hash (AIS), som vises.



Figur 14. Andelen af unge, der er ophørt med at bruge andre illegale stoffer (AIS) end hash den seneste måned fordelt på de 4 behandlingsgrupper (Rå-data analyse).

Mellem 65,2 % og 73,7 % havde ikke haft noget forbrug af AIS i måneden op til indskrivning.

Der kunne godt være taget udgangspunkt alene i dem, der havde brugt AIS ved indskrivning. Problemet er, at det slet ikke er ualmindeligt, at de, der ikke har brugt AIS måneden op til indskrivningen, kan bruge disse stoffer senere i forløbet. Derfor tages der udgangspunkt i alle 460 unge.

Ved 9 måneders opfølgningen er det mellem 71,8 % og 82,1 %, der ikke har brugt AIS den seneste måned. Igen er det MI/KAT-GO, der har den største reduktion, men forskellene er ikke signifikante.

Repeated logistisk regression: Det er alene MI/KAT-GO gruppen, der viser en positiv udvikling i andelen, der stopper deres forbrug af AIS fra indskrivning til 9 måneder efter indskrivning (se bilag 1, analyse 7). I ingen af behandlingsgrupperne ses der en fortsat positiv udvikling, når 3 måneders opfølgningen anvendes som baseline/reference.

6.2.2. Alkohol

De unge er blevet stillet følgende spørgsmål:

Hvor mange genstande drikker du typisk på en uge (tænk på et gennemsnit for den seneste måned)? Her efter skriver den unge, hvor mange genstande for mandag, tirsdag osv. til søndag.

Derudover spørges de også om "Hvor mange dage har du drukket alkohol inden for de sidste 30 dage?"

Generelt ses der en stigning i unge, der drikker alkohol på ugentlig basis. Således er det 63,3 %, der havde haft et forbrug af alkohol den sidste måned op til indskrivning. Ved 3 måneders opfølgningen var det 67,4 %, mens det ved 6 måneders opfølgningen var 68,5 %, og ved 9 måneders opfølgningen var 72,3 %. Altså en stigning på 9 %. Hvis vi alene inddrager de 247 unge, der har deltaget i alle tre opfølgingsinterviews i analysen, er resultatet det samme, og resultatet er også uafhængig af alder og ses også hos begge køn, om end den er mest udpræget blandt kvinderne (stiger fra 58,1 % ved indskrivning til 72,0 % ved 9 måneders opfølgningen). Stigningen ses i alle 4 behandlingsgrupper og kan altså ikke forklares med forskellige behandlingsindsatser. Dette ses i nedenstående graf.

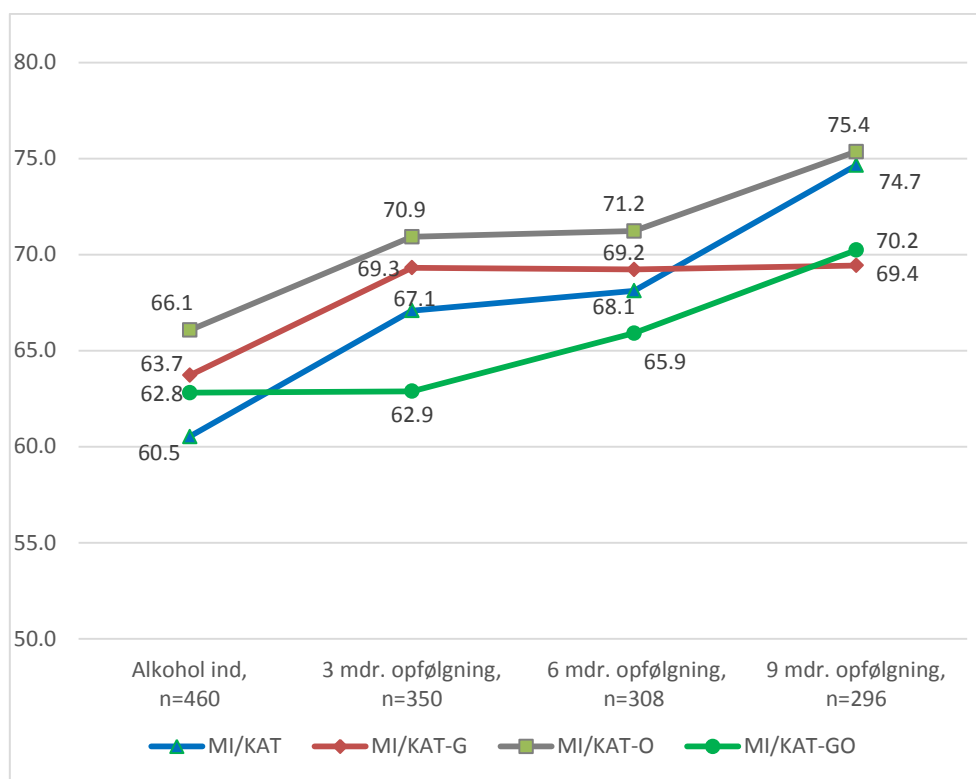


Fig. 15. Brug af alkohol på ugentlig basis den sidste måned

En repeated logistisk regression viser, at der er en signifikant stigning i andelen, der bruger alkohol i MI/KAT. Stigningen ses også i de andre behandlingsgrupper, men den er ikke signifikant (se bilag 1, analyse 8). Der ses ingen signifikante stigninger fra 3 måneder og frem til 9 måneder efter indskrivning.

Hypotesen kunne være, at når de unge stopper med at tage stoffer, så udskifter de rusmidlet med alkohol. Det synes dog at være betydeligt mere kompliceret, hvilket der skal vendes tilbage til i afsnit 8.4, hvor sammenhænge mellem brug af alkohol og reduktion/ophør med brug af stoffer undersøges.

Selvom flere af de unge drikker alkohol, er der intet, der tyder på, at flere drikker over genstandsgrænserne på 21 for mænd og 14 for kvinder. Forbrug over genstandsgrænsen stiger en smule i starten (fra 19,8 % til 22,9 %), men falder så til 16,9 % ved 9 måneders opfølgningen. Der ses ingen forskelle i bevægelser mellem behandlingsgrupperne.

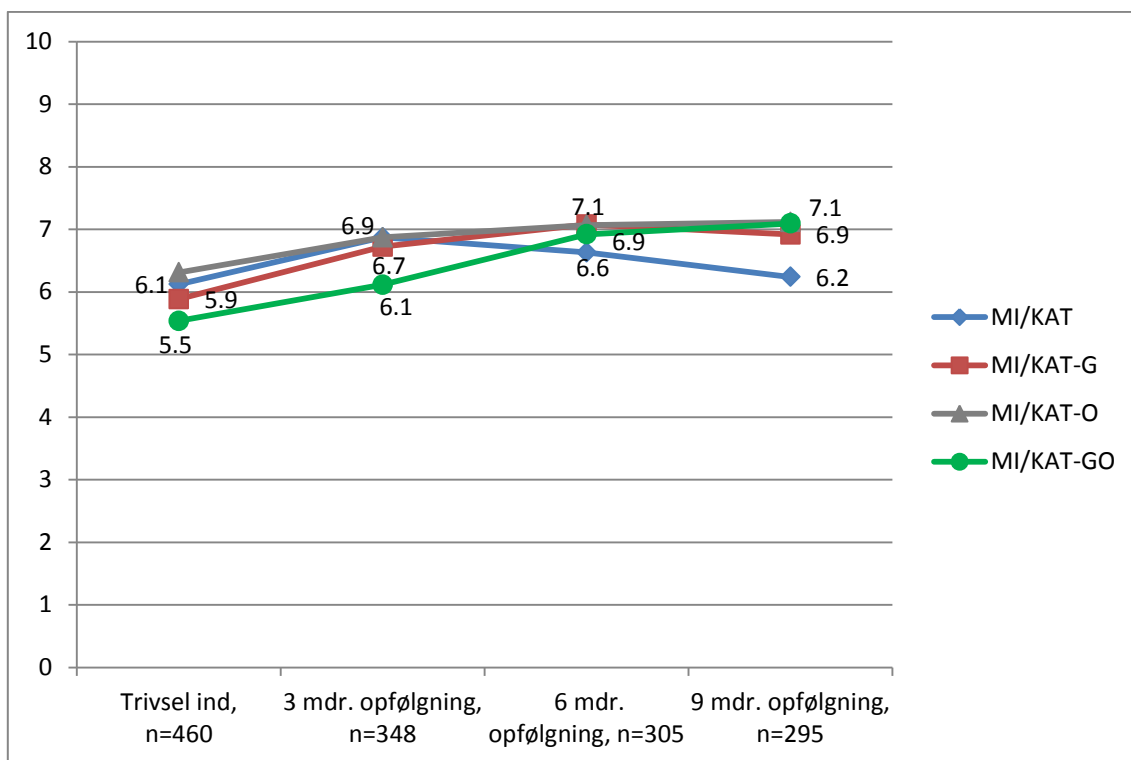
Der ses heller ingen forandringer i andelen af unge mænd, der drikker over genstandsgrænsen, som konsekvent placerer sig mellem 17-22 % samlet set.

6.3. Trivsel

Trivsel måles på to måder, henholdsvis en metode som er inspireret af Feedback Informed Treatment/FIT (se bilag 2, TEM spørgeskema) og derudover en metode som inkluderer 4 spørgsmål, der henviser til graden af internaliserende problemer hos de unge. Den første skal benævnes FIT-trivsels, mens den anden skal benævnes TP4 (Trivsel-Problemer 4 spørgsmål). I FIT-trivsel stilles der først tre spørgsmål, som rates på en skala fra 0 til 10. De tre spørgsmål lægges sammen til en samlet generel trivsels-score. De tre spørgsmål, der stilles, ses nedenfor:

- 1) Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 30 dage?
- 2) Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner, i de sidste 30 dage?
- 3) Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 30 dage?

I næste figur ses udviklingen i den samlede FIT-trivsel fordelt på de 4 behandlingsgrupper.



Figur. 16. FIT-trivsel (y-aksens skala 0-10) fordelt på de 4 behandlingsgrupper (rå-data analyse).

Danske unge mellem 15-25 år har en samlet gennemsnitlig trivselsscore på 7,5, hvilket er målt ved to nationale stikprøveundersøgelser fra henholdsvis 2014 og 2015 (begge år 7,5) inkluderende i alt 5.766 unge (Pedersen & Thomsen 2016).

Udviklingen i FIT-trivsel viser ifølge ovenstående figur en stigning i trivsel hos MI/KAT-G, MI/KAT-O og MI/KAT-GO. For MI/KAT derimod ses hverken nogen stigning eller noget fald. Dette på trods af, at de unge fra MI/KAT gruppen startede enten på samme eller på et højere trivsels-niveau. MI/KAT-O¹⁸ og MI/KAT-GO¹⁹ unge trives ved 9 måneders opfølgningen signifikant højere end unge fra MI/KAT. Både MI/KAT-O og MI/KAT-GO nærmer sig gennemsnitsscoren for danske unge i samme aldersgruppe.

Mixed effekt analyse: Der ses en signifikant positiv udvikling i trivsel fra indskrivning til 9 måneder efter indskrivning for MI/KAT-G, MI/KAT-O og for MI/KAT-GO, men ikke for MI/KAT (se bilag 1, analyse 9). For MI/KAT ses der dog en signifikant positiv udvikling frem til 3 måneders opfølgningen, hvilket er i overensstemmelse med, at andelen af stoffri stiger mest i denne periode for derefter ikke yderligere at udvikle sig.

¹⁸ MI/KAT (M = 6,24, SD = 0,25) versus MI/KAT-O (M = 7,12, SD = 0,21), $t(137) = 2,64$, $p=0.009$.

¹⁹ MI/KAT (M = 6,24, SD = 0,25) versus MI/KAT-O (M = 7,10, SD = 0,23), $t(153) = 2,50$, $p=0.01$.

Fra 3 måneder til 9 måneder efter indskrivning ses der en signifikant positiv udvikling i trivsel hos MI/KAT-GO, mens der ses en negativ udvikling for MI/KAT (se bilag 1, analyse 9).

MI/KAT-GO adskiller sig signifikant fra de øvrige tre grupper ved den kontinuerligt positive udvikling. Det er igen i perioden 3-9 måneder, hvor forskellen mellem MI/KAT-GO bliver markant i forhold til de andre grupper (se bilag 1, sidste tabel i analyse 9).

Problemet med FIT spørgsmålene er, at de ikke kan betragtes som en samlet faktor. Det betyder også, at en sammenlægning til en samlet trivsel-score, som vist ovenfor, ikke skal ses som en faktor, men snarere som et indeks.

Trivsel måles i MP derfor også med nedenstående 4 spørgsmål, som alle omhandler internaliserende problemer. Der vurderes på en skala fra 0 til 4 fra "slet ikke" til "i meget høj grad". Maksimal score kan derfor blive 16. TP4 udgør en konsistent faktor med høj grad af test-retest stabilitet²⁰.

Spørgsmål i TP4:

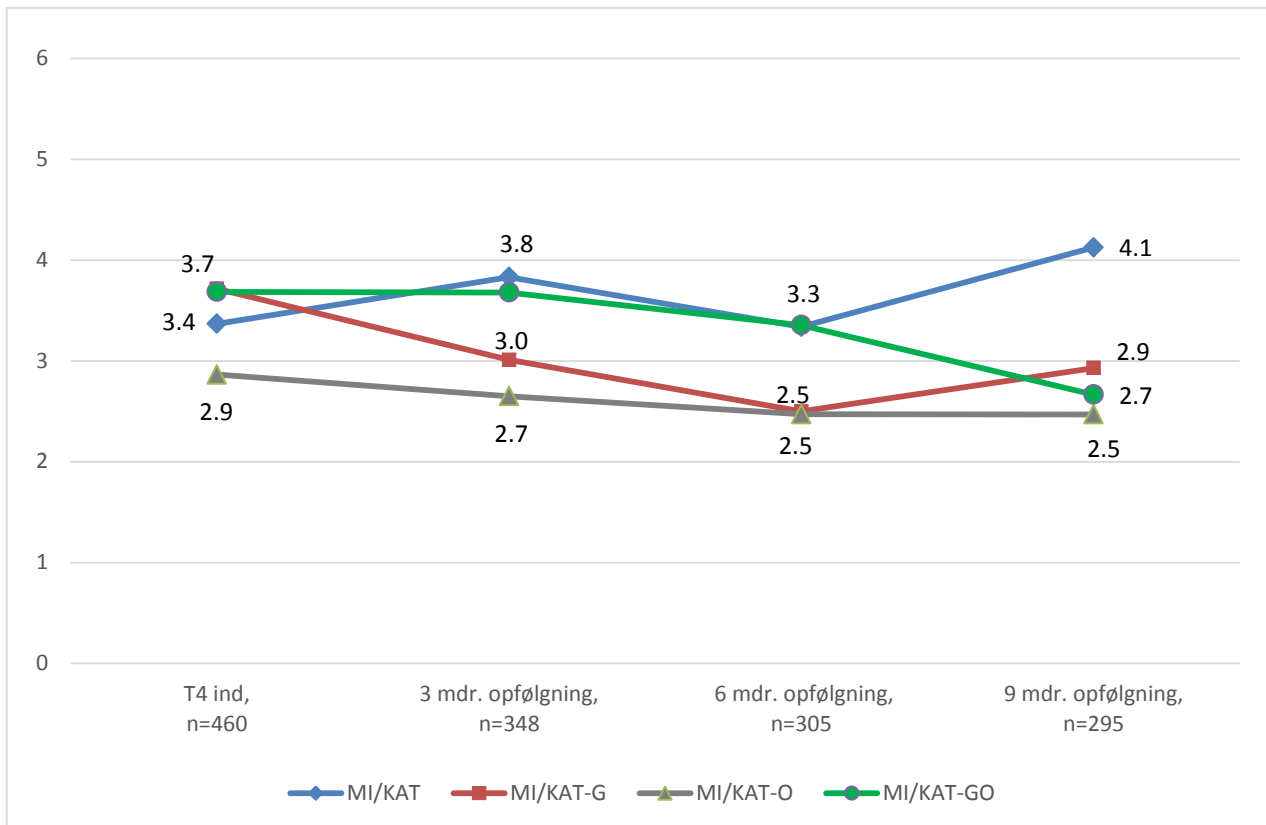
- 1) Har du været påvirket af depressive symptomer de sidste 30 dage?
- 2) Har du været påvirket af symptomer på angst de sidste 30 dage?
- 3) Har du været påvirket af selvmordstanker de sidste 30 dage?
- 4) Har du været påvirket af ensomhed de sidste 30 dage?

Scoren i TP4 kan ses i meget tæt sammenhæng med FIT-trivsel, ikke mindst med spørgsmålet "Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 30 dage?"²¹. Forskellen på FIT-trivsel og TP4 er, at TP4 måler mistrivsel, og at det derfor er relevante supplerende spørgsmål.

I nedenstående graf ses scorerne for de 4 målepunkter.

²⁰ Cronbachs alpha mellem 0,72 og 0,79 ved de 4 interviews.

²¹ Spearman -0,61.



Figur. 17. Trivsel-problemer målt med TP4 fordelt på de 4 behandlingsgrupper (rå-data analyse). Y-akse max 16 (skala fra 0 til 4).

I grafen ses den samme tendens som i FIT-trivsel blot med modsatrettede fortegn (jo højere score jo dårligere trivsel). For MI/KAT gruppen ses en forværring (øgede trivselsproblemer), mens der specielt for MI/KAT-GO ses en forbedring. Trivselsproblemerne målt med TP4 ser ud til for MI/KAT-GO som den eneste behandlingsgruppe at fortsætte sin reduktion 6 til 9 måneder efter. En LOCF analyse giver samme resultat. De statistiske forskelle er i store træk de samme som i FIT-trivsel.

Der skal senere vendes tilbage til forholdet mellem FIT-trivsel og TP4 og forskellige unge-profiler.

6.4. Kriminalitet

Et væsentligt effektmål er reduktion i illegale aktiviteter. Der stilles i UngMap samme spørgsmål som i ASI:

Hvor mange dage har du været involveret i illegale aktiviteter for at skaffe penge de sidste 30 dage?

I nedenstående graf er det vist, hvor mange procent af de unge, der har været involveret i kriminelle aktiviteter ved de 4 måletidspunkter den sidste måned op til interviewet fordelt på de 4 behandlingsgrupper.

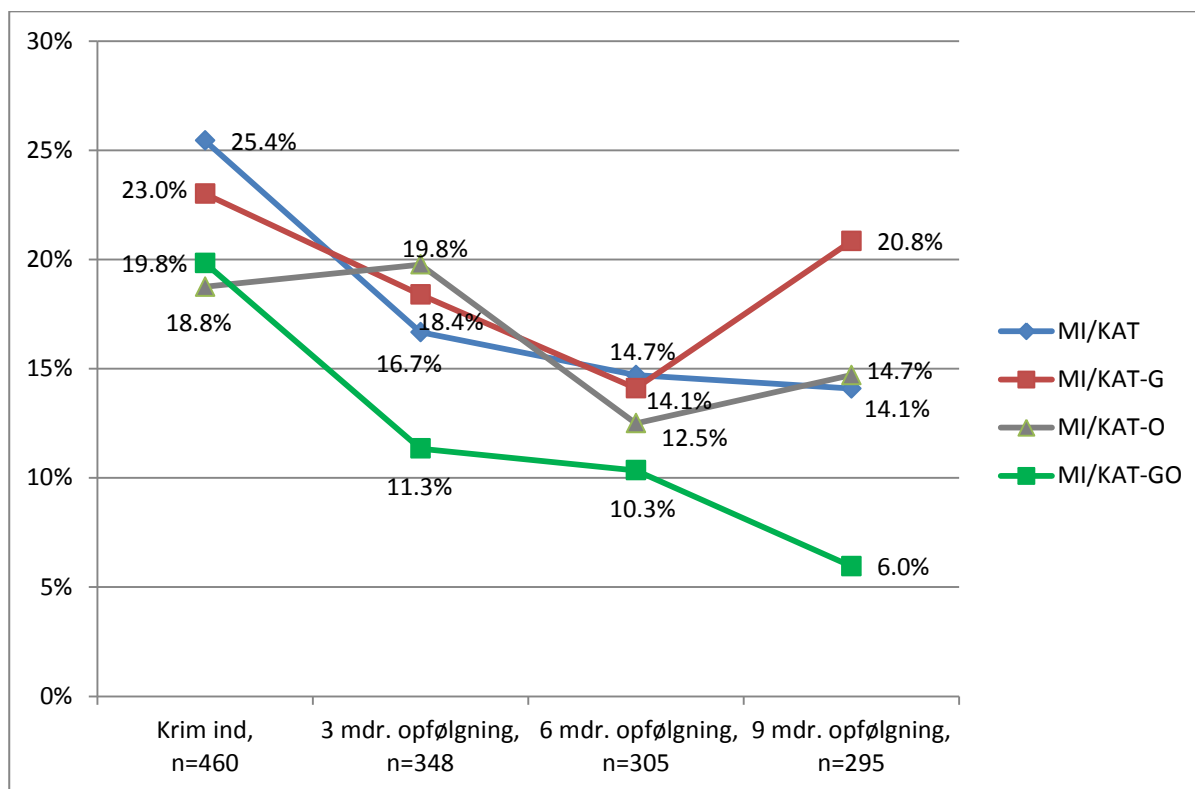


Fig. 18. Illegale aktiviteter de sidste 30 dage fordelt på de 4 behandlingsgrupper (rå-data analyse).

MI/KAT og MI/KAT-G fik henvist lidt flere unge, der havde været involveret i kriminelle aktiviteter i måneden op til indskrivning end MI/KAT-O og MI/KAT-GO, men denne forskel er dog ikke signifikant. Der ses generelt en klar reduktion i involvering i illegale aktiviteter, især fra indskrivning til 6 måneders opfølgningen. Herefter spredtes graferne op til 9 måneders opfølgningen.

Repeated logistisk regression: Selvom der ses et signifikant fald i illegale aktiviteter for den samlede unge gruppe, er faldet fra indskrivning til 9 måneder efter indskrivning kun signifikant for MI/KAT og i endnu højere grad for MI/KAT-GO gruppen (se bilag 1, analyse 10). I MI/KAT-GO gruppen ses dog et fortsat fald fra 3 måneder til 9 måneder efter indskrivning. Der ses ingen signifikante forskelle mellem grupperne enkeltvis.

6.5. Opmærksomheds/hyperaktivitets-problemer og impulsivitet

Opmærksomhed/hyperaktivitet måles med testen ASRS screener (Adult ADHD Self Report Scale v/1)(Kessler et al., 2007). Testen, som er inkluderet i UngMap, er tilpasset unge, idet spørgsmål om for eksempel uddannelse og gennemførelse af projekter i højere grad er rettet mod en ældre målgruppe.

De 6 spørgsmål inkluderet i ASRS ses nedenfor²²:

1. Hvor ofte har du svært ved at afslutte de ting, du er gået i gang med?
2. Hvor ofte har du svært ved at klare ting, der kræver planlægning?
3. Hvor ofte har du svært ved at huske, for eksempel aftaler eller andet, du burde huske?
4. Hvor ofte udskyder du eller lader være med at gøre ting, fordi det kræver for mange overvejelser?
5. Hvor ofte er du urolig med hænder eller fødder, når du sidder ned?
6. Hvor ofte er du overaktiv, det vil sige føler trang til at lave noget hele tiden?

Spørgsmålene besvares på en fem-punkts skala (aldrig; sjældent; nogle gange; ofte; meget ofte) De unge unges svar på hvert spørgsmål omdannes herefter til en score mellem 0 og 4, og de kan derfor maksimalt score 24 point på ASRS screeneren.

Der ses en signifikant reduktion i ASRS scoren (og dermed færre opmærksomheds- og hyperaktivitets-problemer) 9 måneder efter indskrivning sammenlignet med scoren ved indskrivning for alle 4 behandlingsgrupper. Mest markant er faldet i MI/KAT-G og MI/KAT-GO og mindst markant for MI/KAT.

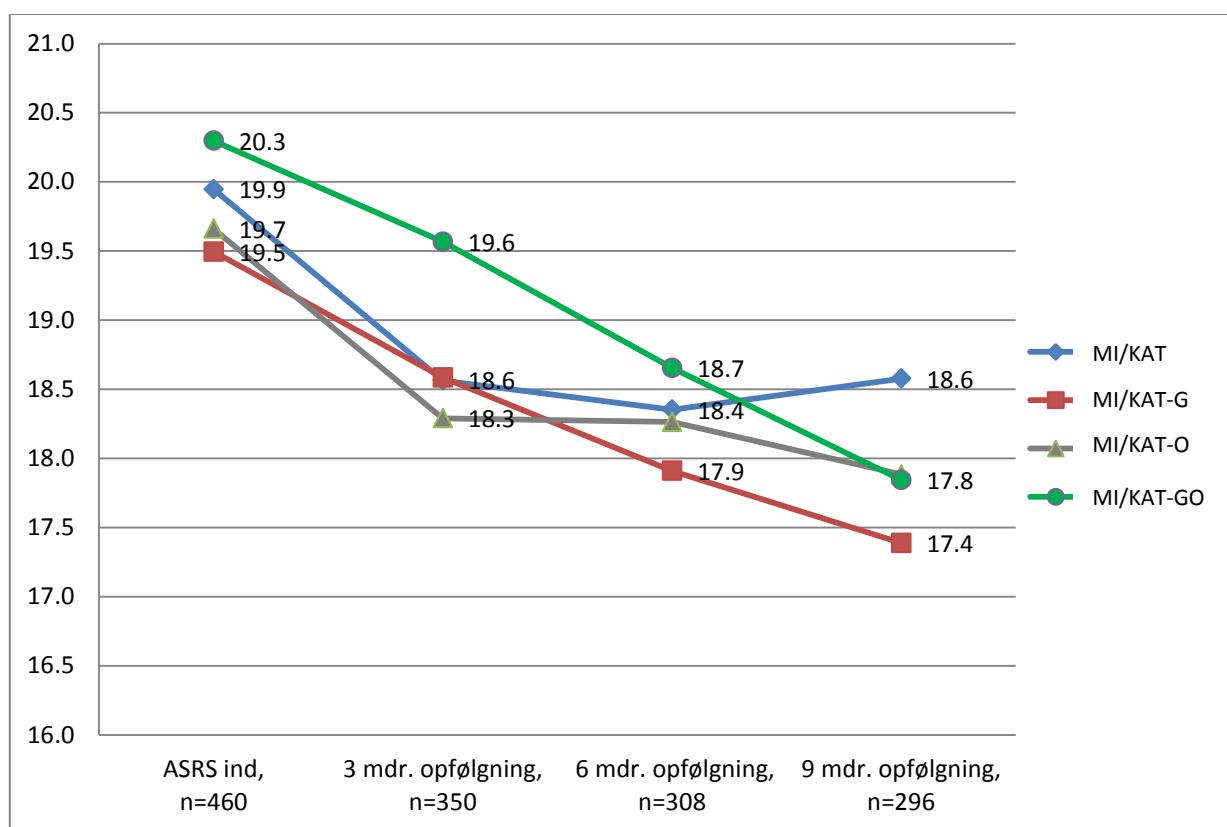


Fig. 19. Forandringer i opmærksomheds og hyperaktivitets problemer fordelt på de 4 behandlingsgrupper (ASRS v/1).

²² Cronbach alpha ind = 0.62, opfølgning 3 mdr. = 0.70, opfølgning 6 mdr. = 0.74 og opfølgning 9 mdr. = 0.73.

Mixed effekt model: Alle behandlingsgrupper viser som nævnt en reduktion mellem indskrivning og 9 måneder efter indskrivning. Hvis 3 måneders opfølgningen anvendes som baseline, er det dog kun MI/KAT-G og MI/KAT-GO, der viser en fortsat signifikant reduktion i opmærksomheds- og hyperaktivitets-problemer (se bilag 1, analyse 11).

6.6. Uddannelse og arbejde

Der ses ingen tydelige og gennemskuelige forandringer i uddannelsesaktivitet og indtægtsgrundlag. Visse interessante indikationer ses der dog.

Uddannelsesaktivitet

Vedr. uddannelse blev der stillet følgende spørgsmål.

Har du været i gang med skole, en uddannelse, et praktikforløb eller en læreplads i løbet af de sidste 30 dage?

I alt 53,7 % har/havde været i gang med en eller anden form for uddannelsesaktivitet indenfor den sidste måned. I nedenstående tabel vises, hvor mange af de unge der var involveret i uddannelsesaktiviteter den sidste måned op til interviewet ved de 4 måletidspunkter.

Tabel 12. Involveret i uddannelsesaktiviteter inden for de sidste 30 dage op til interviewet.

	Skole ind n=460	3 mdr. opfølgning n=350	6 mdr. opfølgning n=308	9 mdr. opfølgning n=296
MI/KAT	56.1	50.6	53.6	52.1
MI/KAT-G	48.7	51.1	48.7	58.3
MI/KAT-O	58.9	51.2	54.8	53.6
MI/KAT-GO	51.2	48.5	60.2	65.5
Alle	53.7	50.3	54.6	57.8

Tendensen er, at der ved 3 måneders opfølgningen ses et fald i andelen, der er i gang med en uddannelsesaktivitet, men at dette fald retter sig og ved 9 måneders opfølgningen er vendt til en lille stigning sammenlignet med indskrivningstidspunktet. Dette finder vi, uanset om der anvendes en rå-data analyse, en LOCF analyse eller en analyse, som kun inkluderer de 247, der deltog i alle 3 opfølgningsrunder.

Det er kun i MI/KAT-G og MI/KAT-GO, at en stigning i uddannelsesaktiviteter finder sted. Samtidig ses en positiv signifikant sammenhæng mellem skoleaktivitet og lav score i opmærksomheds/hyperaktivitets problemer ved indskrivning²³. Reduktion i opmærksomheds- og hyperaktivitetsproblemer kunne derfor tænkes at give bedre mulighed for fastholdelse i et uddannelsesforløb.

²³ ttest: $t(458) = 2,13, p=0.03$.

Repeated logistisk regression: Der ses ingen signifikant positiv udvikling fra indskrivning til 9 måneder efter indskrivning i nogle af de 4 behandlingsgrupper. Hvis baseline sættes til 3 måneder efter indskrivning, finder vi alene en signifikant øget uddannelse-aktivitet i MI/KAT-GO (se bilag 1, analyse 12).

Hovedindtægtskilde

Der kan skelnes mellem hovedindtægtskilder, som kan knyttes til god effekt og de, der kan knyttes til lavere effekt (se detaljeret analyse senere). De hovedindtægtskilder, som her defineres som umiddelbart hensigtsmæssige at modtage, er følgende:

- Lommepenge (hvilket måske mest siger noget om ressourcer hos forældre)
- Lønnet fuldtidsarbejde
- SU

Der er ikke nødvendigvis nogen sammenhæng mellem at være i arbejde eller under uddannelse ved indskrivningstidspunktet, og hvordan forbruget udvikler sig efterfølgende. Men at være aktuelt fuldtidsbeskæftiget, få SU eller lommepenge siger en hel del om det aktuelle forbrug af stoffer. Med andre ord er de, der er fuldtidsbeskæftiget, får SU eller lommepenge ved 9 måneders interviewet også oftere stoffri end andre unge på samme tidspunkt.

Således er 42,5 % af denne gruppe stoffri 6 måneder efter indskrivning (25,3 % af de andre), og 45,5 % er stoffri 9 måneder efter indskrivning (30,5 % af de andre). For unge, der modtager løn, SU eller lommepenge ved både 6 og 9 måneders interviewet (til forskel for unge, der kun har en sådan indtægtskilde på det ene interviewtidspunkt), er 42,7 % stoffri 9 måneder efter indskrivning (32,6 % som ikke har en sådan indtægtskilde ved de to opfølgingsrunder). Forskellen mellem de forskellige indtægtsgrupper er dog ikke signifikant.

En type hovedindtægt, der synes problematisk i et rusmiddelperspektiv, er kontanthjælp. Af unge, der aldrig har været på kontanthjælp, er 42,8 % stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens 22,6 % af de, der havde været på kontanthjælp i samtlige 9 måneder, er stoffri på ved 9 måneders opfølgningen. Forskellen er signifikant, men kun tæt på signifikant når der kontrolleres for køn, alder og forbrug af stoffer ved indskrivning²⁴.

Tabel 13. Kontanthjælp fordelt på de 4 behandlingsgrupper.

	Ind n=460	3 mdr. Opfølgning n=350	6 mdr. opfølgning n=308	9 mdr. opfølgning n=296
MI/KAT	24.6	29.1	18.8	21.1
MI/KAT-G	38.9	37.5	35.9	29.2
MI/KAT-O	27.7	30.2	31.5	30.4
MI/KAT-GO	36.4	41.2	44.3	33.3
Alle	32.0	34.9	33.4	28.7

²⁴ OR=2,41, p=0,058, CI 95 0,97 – 6,03.

I ovenstående tabel ses flere på kontanthjælp ved 3 måneders opfølgningen end ved indskrivningen, hvilket gælder for alle grupperne. Herefter retter tallene sig for nogle, og 9 måneder efter indskrivning er der færre på kontanthjælp end ved indskrivning for alle grupper undtagen MI/KAT-O.

Der findes ingen signifikante forandringer over tid i andelen, der modtager kontanthjælp.

6.7. Forholdet til nære venner og familie

I det følgende er det alene de unge, som har svaret på alle spørgsmålene ved de 4 måletidspunkter (54 % af de 460), der udgør datagrundlaget.

Nære venner

Antallet af nære venner forbliver mellem 4,0 (median 3) og 4,2 (median 3) over de 4 måletidspunkter (samme 247 unge). Der ses ingen forskelle mellem grupperne, og antallet af nære venner ændrer sig ikke signifikant.

Heller ikke støtten fra nære venner ændrer sig i de enkelte behandlingsgrupper over tid (mellem 3,6 og 3,7 ved hvert måletidspunkt), og det samme er tilfældet for konflikter med nære venner (mellem 1,5 og 1,6 ved hvert måletidspunkt).

Antallet af venner, der bruger stoffer, falder lidt, men ikke signifikant mellem indskrivning og 9 måneders opfølgning (fra 2,8 venner der bruger stoffer ved indskrivning faldende til 2,5 ved 9 måneders opfølgningen). Der skal senere vendes tilbage til, hvilken betydning det har for behandlingssuccessen at have nære venner, der bruger stoffer.

Forældre

For de 235 unge (af de 247), som havde kontakt til deres moder, var kontakten signifikant faldende fra 17,5 dage (ind), 15,8 dage (3 måneder), 15,6 dage (6 måneder) til 14,8 dage (9 måneder). En signifikant faldende kontakt til moderen ses for alle grupper.

Der ses ingen ændringer i støtten fra moderen over de 4 måletidspunkter for de 4 behandlingsgrupper, og der ses ingen sammenhæng mellem støtte og stoffrihed ved 9 måneders opfølgningen. Til gengæld ses et støt faldende konfliktniveau mellem den unge og dennes moder (se bilag 1. analyse 13). Umiddelbart kan forbrug af stoffer ikke forklare dette fald i konflikt.

For de 227 unge (af de 247), som havde kontakt til deres fader, havde de i gennemsnit 11 dages kontakt hvert måletidspunkt. Støtten fra faderen har en let stigende tendens, som dog ikke er signifikant (fra 3,07 til 3,30 9 måneder efter indskrivning), og der ses ingen forskel mellem behandlingsgrupperne.

Konflikterne med faderen er signifikant aftagende fra 1,81 (ind), 1,67 (3 måneder), 1,52 (6 måneder) til 1,54 (9 måneder). Dette fald ses for alle grupper undtagen for MI/KAT-G, hvor der ses en stigning mellem 6 og 9 måneders opfølgingsinterviewet (se bilag 1, analyse 13).

Generelt ses en signifikant reduktion i konflikter med begge forældre, men der ses ingen klare forskelle mellem behandlingsgrupperne. Der ses generelt lidt mere konflikt med moderen end med faderen, hvilket antageligt skyldes, at det er moderen, der har mest kontakt til den unge. Der kan ikke umiddelbart findes sammenhænge mellem forbrug af stoffer og støtte/konflikt med forældre.

7. Betydningen af behandlingselementer og -kendetegn

Identificering af effektive behandlingselementer er komplekst og kan vise modsigende resultater. I det følgende skal de enkelte elementer i behandlingen sammenfattes og analyseres nærmere.

Afsnittet er til dels en yderligere analyse og refleksion over analyser allerede beskrevet i det foregående.

Behandlingsmetode og stoffrihed.

Som det tidligere er vist, finder vi både den største reduktion og antal af stoffri i MI/KAT-GO gruppen. Vi finder således en kontinuerlig stigning i stoffrihed hos unge fra MI/KAT-GO gruppen, der ved 9 måneders interviewet er signifikant højere (50 % af de 84 interviewede var stoffri) end de øvrige tre behandlingsgrupper.

I MI/KAT gruppen finder vi en særlig hurtig stigning i antallet af stoffri efter indskrivning. Således er det ved samtale 2 allerede 31,7 %, som ikke har brugt stoffer i ugen op til samtalen, mens dette er øget til 37,7 % ved fjerde samtale. Der er til gengæld kun 61 af de 114 unge fra MI/KAT gruppen tilbage efter 4. samtale. Resten er droppet ud. En LOCF analyse, hvor sidste mål føres videre (også for de der dropper ud af behandlingen), er der da heller ikke flere stoffri ved fjerde samtale i MI/KAT end i de andre grupper, hvor fastholdelsen er betydeligt højere.

Den eneste behandlingsgruppe, hvor der ses en kontinuerlig udvikling fra 3 måneder til 9 måneder, er i MI/KAT-GO. For de øvrige grupper øges andelen af stoffri fra 3 til 6 måneder i nogen grad, men stopper så helt fra 6 til 9 måneder efter indskrivning. Dette kunne skyldes manglende opfølgende behandling i MI/KAT, MI/KAT-G og MI/KAT-O, men det er ikke forklaringen i sig selv. Således er det 32,1 % af de unge fra MI/KAT-O, som får mere end 12 samtaler, mens det samme er tilfældet for 33,9 % fra MI/KAT-GO. Samtidig gennemføres der kun marginalt flere samtaler i MI/KAT-GO end i MI/KAT-O (11,0 samtaler versus 10,4 samtaler). Eftersom reduktion eller ophør med brug af stoffer ikke er højere i MI/KAT-O gruppens end i MI/KAT og MI/KAT-G gruppen, kan opfølgende behandling og antal samtaler ikke alene forklare forskellene. Ganske vist har de to grupper med opfølgende behandling tilsammen den højeste andel af stoffri, men denne forskel bæres helt af MI/KAT-GO.

Umiddelbart er konklusionen derfor, at kombinationen af opfølgende behandling, gavekort og påmindelser (sammen med de øvrige elementer i MI/KAT-GO) skaber en dynamisk virkning, der både øger fastholdelse i behandling og har en effekt i forhold til stofbrug over tid.

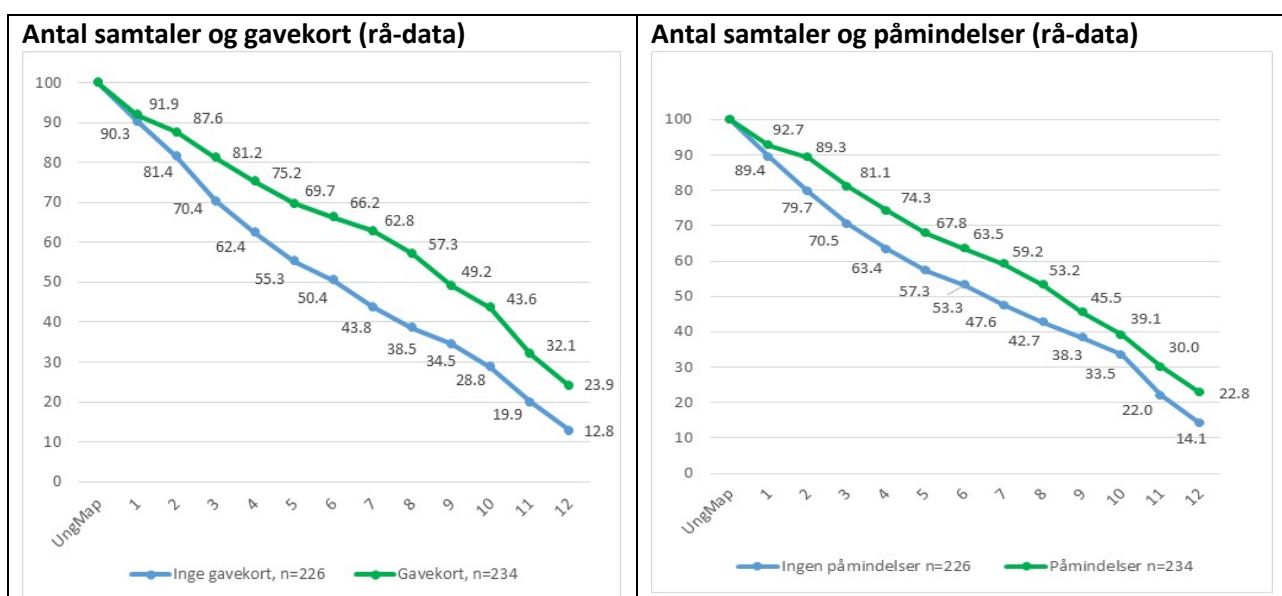
Gavekort, påmindelser, antal samtaler og gennemført primærbehandling.

Såvel gavekort som påmindelser har en betydning for fremmøde i primærbehandlingen, hvilket ses i nedenstående grafer (fig. 20). I grafen til venstre ses det, hvor mange der gennemfører og hvor mange samtaler unge i grupperne med gavekort (MI/KAT-G og MI/KAT-GO) modtog i forhold

til unge, der ikke fik gavekort (MI/KAT og MI/KAT-O). På alle andre områder ligner de to grupper hinanden. Unge, der ikke fik gavekort, fik i gennemsnit 5,9 samtaler, mens unge, der fik gavekort, fik 7,4 samtaler. Forskellen er signifikant²⁵.

Også påmindelser kunne tænkes at øge fremmødet. Påmindelser blev tilbudt unge i MI/KAT-O og MI/KAT-GO, mens der ikke blev tilbudt påmindelser til MI/KAT og MI/KAT-G. Også disse to grupper (påmindelser versus ingen påmindelser) ligner hinanden, men i påmindelsesgrupperne formuleres også en kontrakt, skrives statusbreve, og der tilbydes et efterbehandlingsforløb. Det er derfor også her kun primærbehandlingen, der inddrages, hvilket er den samme for de to grupper påmindelsesgrupper og ikke-påmindelsesgrupper. Man kunne dog forestille sig kontrakten, statusbrevene og det senere tilbud om efterbehandling har en påvirkning på fremmøde, men det er umiddelbart ikke videre logisk. Som tidligere nævnt, er kontrakten statisk og udarbejdes i starten af behandlingsforløbet. Men da alle fire grupper har brugt UngMap tilbagemeldingen til at sætte mål for behandlingen, er forskellen i forhold til dette, at disse nedskrives i kontrakten og underskrives af den unge og behandleren. Målsætningen, der etableres i begyndelsen af forløbet, er dog i fokus løbende i alle fire behandlingsgrupper. Statusbrevene kan heller ikke forklare forskellene, da disse først sendes tidligst fire uger efter primærbehandlingen er påbegyndt, og som man kan se på graferne, opstår forskellen noget tidligere i forløbet, end statusbrevene sendes. Det er svært at forestille sig, at en bevidsthed om efterfølgende behandling skulle have nogen effekt på fastholdelse i primærbehandlingen, da de, der dropper ud tidligt, jo også her har mulighed for flere samtaler. Derudover har unge i MI/KAT og MI/KAT-G mulighed for yderligere behandling efter de 12 samtaler, hvis de skulle have behov for og lyst til det.

I grafen til højre ses forskellen i antal samtaler for påmindelses og ikke-påmindelse-gruppen.



Figur 20. Antal samtaler sammenlignet med gavekort og påmindelser.

²⁵ $t(458)=-3,93$, $p=0.0001$, CI 95 6,27 – 7,04.

I påmindelsesgruppen bliver der i gennemsnit givet 7,2 samtaler, mens der i ikke-påmindelsesgruppen gives 6,1 samtaler. Forskellen er signifikant²⁶. Såvel gavekort som påmindelser er altså gode metoder til at øge fremmøde. Men hvilken er den bedste?

MI/KAT-O og MI/KAT-GO ligner på alle måder hinanden bortset fra, at MI/KAT-O ikke har gavekort, mens MI/KAT-GO har begge dele. Det burde betyde, at MI/KAT-GO er bedre end MI/KAT-O, fordi den har begge dele. Unge fra MI/KAT-O får i gennemsnit 6,7 samtaler, mens unge fra MI/KAT-GO får 7,6 samtaler. Forskellen er tæt på signifikant²⁷. At gavekort er lidt bedre end påmindelser, kan også ses ved at sammenligne MI/KAT-G med MI/KAT-O. Forskellen på de to metoder i primærbehandlingen er netop, at MI/KAT-G giver gavekort (men ikke påmindelser), mens MI/KAT-O giver påmindelser (men ikke gavekort). Samtidig tilbyder MI/KAT-O dog også skriftlig kontrakt og statusbreve, og der tilbydes et efterbehandlingsforløb. I MI/KAT-G gives der i gennemsnit 7,1 samtaler, mens der i MI/KAT-O som nævnt ovenfor gives 6,7 samtaler i det primære behandlingsforløb. Forskellen er ikke signifikant, men bekræfter alligevel hypotesen om, at gavekort er bedre end påmindelser til at fastholde de unge i behandlingen (selvom påmindelserne her blev givet sammen med kontrakt, statusbreve og tilbud om opfølgende behandling). En endelig bekræftelse af hypotesen må være, hvis MI/KAT-GO ikke er bedre end MI/KAT-G til at fastholde de unge, mens de er i primærbehandlingen, selvom MI/KAT-GO har både gavekort og påmindelser, mens MI/KAT-G alene har gavekort. Som nævnt gives der i gennemsnit 7,7 samtaler i primærforløbet til unge fra MI/KAT-GO gruppen, mens der gives 7,1 til unge fra MI/KAT-G gruppen. Forskellen er ikke signifikant. Samlet ser forholdet mellem gavekort og påmindelser ud som vist nedenfor. I tabellen tilføjes gennemført primær som planlagt. Den følger samme mønster:

Tabel 14. Gavekort/påmindelser i forhold til antal samtaler og gennemført primærbehandling.

	Antal samtaler	Gennemført primærbehandling
Ingen påmindelser eller gavekort:	5,1	25,4 %
Påmindelser:	6,7	39,3 %
Gavekort:	7,1	46,0 %
Påmindelser og gavekort:	7,7	48,9 %

Både gavekort og påmindelser er effektive til at øge fremmøde, men gavekort sammen med påmindelser giver den største forøgelse i fremmøde og gennemførelse af behandlingsforløbet. Det gennemsnitlige antal samtaler for en ung indskrevet i de 9 kommuner før MP var 5,2 og dermed svarende til MI/KAT (ingen påmindelser/gavekort).

²⁶ $t(458)=-2,73$, $p=0.007$, CI 95 6,27 – 7,04.

²⁷ $t(231)=-1,82$, $p=0.07$, CI 95 6,66 – 7,71.

Gavekort har lige stor betydning for antallet af gennemførte samtaler for kvinder og mænd. Således gennemføres 8,4 samtaler for de kvinder, der modtager gavekort (6,6 samtaler for øvrige), mens der for mænd gennemføres 7,1 samtaler for gavekort grupperne tilsammen (5,7 samtaler for de øvrige).

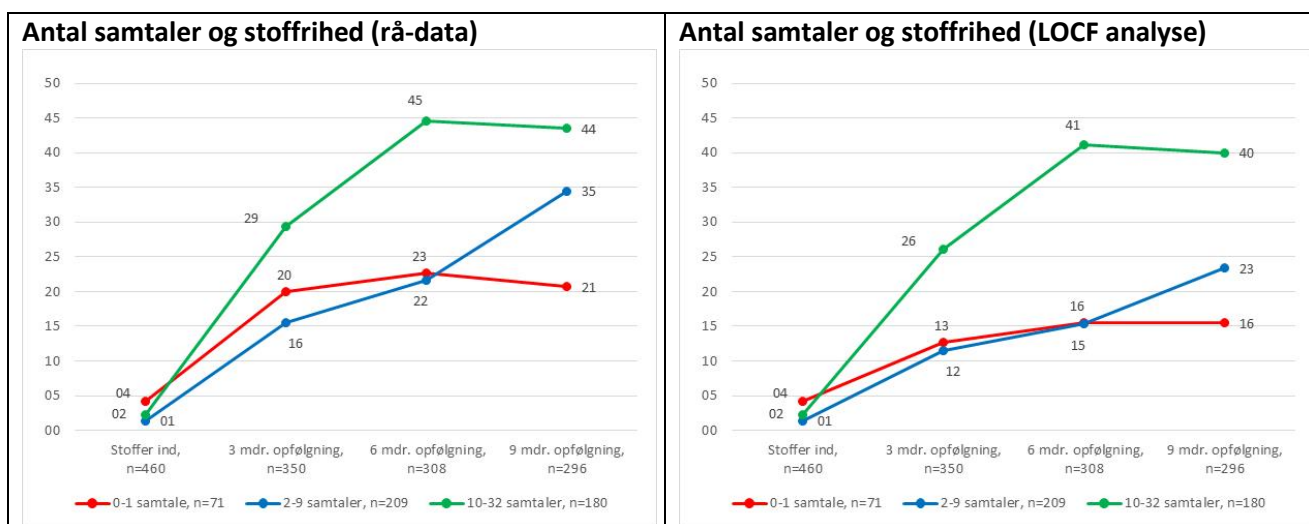
Gavekort er også effektiv for de fleste unge-profiler (LAV, SIP, SEP og SEIP). For SIP og SEIP dog ikke signifikant.

- Unge med profilen LAV får 8,3 samtaler (gavekort) mod 6,8 samtaler (ingen gavekort).
- Unge med profilen SIP får 8,1 samtaler (gavekort) mod 6,6 samtaler (ingen gavekort).
- Unge med profilen SEP får 6,8 samtaler (gavekort) mod 5,2 samtaler (ingen gavekort).
- Unge med profilen SEIP får 6,3 samtaler (gavekort) mod 5,6 samtaler (ingen gavekort).

For unge med psykiatrisk diagnose er forskellen mellem gavekort eller ikke gavekort 6,8 mod 5,1 samtaler. Betydningen af profilerne og psykiatriske diagnoser i forhold til effekt af behandling vil blive beskrevet senere.

Antal samtaler, gavekort, påmindelser og stoffrihed

Antal samtaler hænger umiddelbart stærkt sammen med stoffrihed. Dette ses i nedenstående grafer.



Figur 21. Antal samtaler og stoffrihed

I den venstre graf (rå-data) ses der en klar signifikant sammenhæng mellem antal samtaler og stoffrihed 6 måneder efter indskrivning, hvor 44,6 % af de, der gennemfører mere end 10+ samtaler, er stoffri. Det er omkring dobbelt så mange som de, der har fået færre samtaler ved 6 måneders opfølgningen. Sammenhængen forsvinder lidt i 9 måneders opfølgelsen, hvor de, der får 2-9 sam-

taler, nærmer sig gruppen med 10+ samtaler i andelen af stoffri (forskellen mellem 2-9 og 10+ samtaler er ikke mere signifikant).

Problemet med grafen, der viser rå-data (til venstre) er, at de forskellige opdelinger (0-1 samtaler, 2-9 samtaler og 10+) baserer sig på grupper, hvor svarprocenten fra opfølgingsinterviewene varierer meget. Kun 40,8 % af de, som fik 0-1 samtale, deltog i 9 måneders interviewet, 54,1 % af de der modtog 5,1 samtaler, mens 85,5 % af de, som fik mere end 10+ samtaler, deltog i samme interviewrunde. En LOCF analyse giver da også et noget andet billede, hvilket ses i grafen til højre, hvor sammenhængen mellem antal samtaler og stoffrihed 9 måneder efter indskrivning er signifikant uanset, hvad der kontrolleres for²⁸.

Umiddelbart kunne det tale for, at behandlingsmetoder, der tilbyder 10+ samtaler, er de mest effektive. En sådan konklusion er dog ikke enkel. Således får de unge fra MI/KAT-O i gennemsnit næsten lige så mange samtaler som unge fra MI/KAT-GO, men de bliver ikke i nær så høj grad stoffrie. Man kan her forestille sig, det er kombinationen af og dynamikken mellem de samlede kernelementer, der skaber bedre mulighed for at arbejde mod stoffrihed. At tage et bestemt element ud af en behandlingsmetode og påstå, den står for en given procent af effekt, er altså ikke muligt.

²⁸ 10+ samtaler versus 0-1 samtaler: OR=3,63, p=0,003, CI 95 1,56 – 8,43 kontrolleret for gavekort, måneder indskrevet, psykiatrisk diagnose og UnMap profil.

10+ samtaler versus 2-9 samtaler. OR=2,11, p=0,004, CI 95 1,26 – 3,53, kontrolleret for gavekort, måneder indskrevet, psykiatrisk diagnose og UnMap profil.

8. Hvem profiterer af hvilken behandling? Barrierer og muligheder

I det følgende er det primært mulige barrierer i arbejdet med at reducere eller bringe et misbrug til ophør, der er i fokus. Der sættes dog også fokus på identificering af de muligheder (eller ressourcer), der er nødvendige for at skabe grundlaget for reduktion/ophør. Netop identificering af barrierer og muligheder (eller ressourcer) er centrale i formuleringen af behandlingsplanen. Fokus i det følgende bliver således a) hvilke behandlingsmetoder, der er bedst til forskellige unge-profiler og b) hvilke barrierer/muligheder for opnåelse af reduktion/ophør, der kan knyttes til de unges liv. De unge bliver i dette afsnit delt op efter forskellige kendetegn (eller undergrupper), hvilket til tider kan medføre ret så små grupper. For eksempel er der kun 60 unge med i MP, som er under 18 år, hvilket betyder, der kun er 10 til 11 unge med i hver gruppe i 9 måneders opfølgningen. Signifikante forskelle er meget vanskelige at opnå med så små grupper, og resultaterne skal derfor også primært ses som indikationer på, at effekterne enten er sammenlignelige med det overordnede billede eller udgør en variation fra det generelle billede.

8.1. Køn

Af de 460 unge var de 105 kvinder og 355 mænd. De 105 kvinder gennemfører signifikant oftere primærbehandlingen sammenlignet med mændene²⁹. Således gennemfører 48,6 % af kvinderne primærbehandlingen som planlagt, mens det samme gør sig gældende for 37,5 % af mændene. Det betyder også, at kvinderne generelt får flere samtaler end mændene. Således får kvinderne i gennemsnit 7,6 samtaler i primærbehandlingen, mens mændene i gennemsnit får 6,4 samtaler³⁰. Nedenfor ses fordelingen for de enkelte behandlingsgrupper.

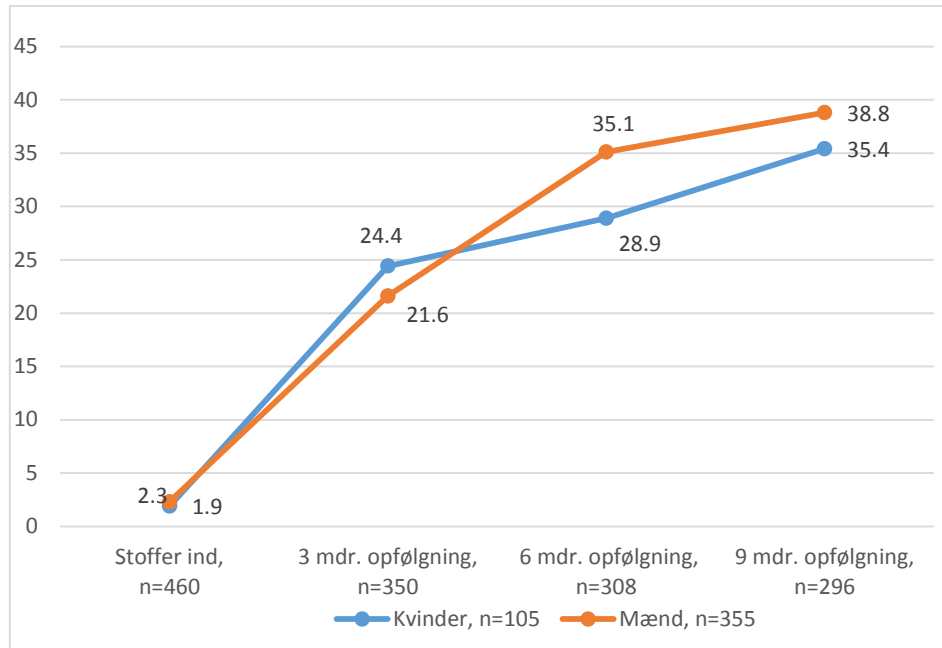
Tabel 15. Antal samtaler i primærbehandlingen for mænd og kvinder fordelt på behandlingsgrupper

	Kvinder, n=105	Mænd, n=355
MI/KAT	5.4	5.0
MI/KAT-G	8.1	6.8
MI/KAT-O	7.7	6.4
MI/KAT-GO	8.6	7.3
	7.6	6.4

Kvinder og mænd var i lige høj grad stoffrie ved de 4 måletidspunkter (se nedenstående figur).

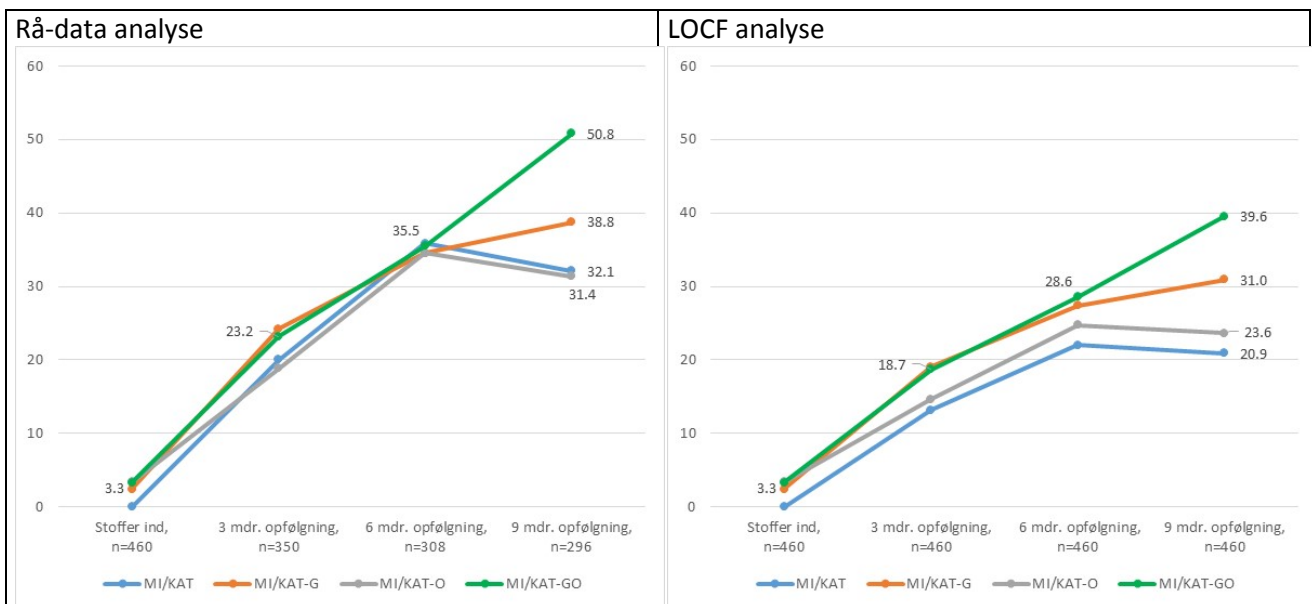
²⁹ OR=1.58, p=0.042, CI95 1.02-2.45

³⁰ t(458) = 2,54, p=0.011



Figur 22. Stoffrihed blandt mænd og kvinder i MP.

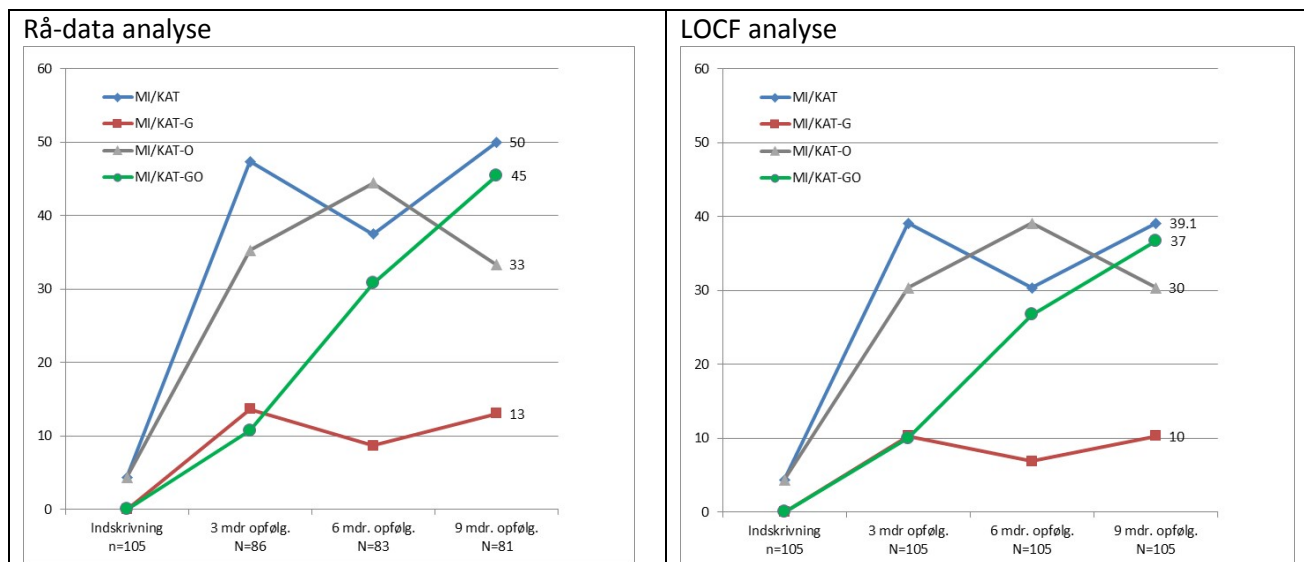
Andelen af mænd, der bliver stoffri fordelt på de 4 behandlingsgrupper, ligner fuldstændigt den generelle effekt (se figur 10 og 11), hvilket betyder, at 50,8 % af mændene fra MI/KAT-GO er stoffri ved 9 måneders opfølgningen, mens det samme er tilfældet for 32,1 % fra MI/KAT gruppen. Mændenes profiler ses nedenfor.



Figur 23. Stoffrihed for de 4 måletidspunkter for mænd fordelt på de 4 behandlingsgrupper.

En forskel, der skal nævnes, er, at mændene tilsyneladende i højere grad end kvinder profiterer af gavekort. Således er det hos mændene MI/KAT-G og MI/KAT-GO, der klarer sig bedst.

For kvinder ser det noget anderledes ud. Det skal her fremhæves, at de 105 kvinder er relativt få, når de skal fordeles på de 4 behandlingsgrupper. I 9 måneders opfølgningen er det således 18 i MI/KAT, 23 i MI/KAT-G, 18 i MI/KAT-O og 23 i MI/KAT-GO, som gennemfører interviewet.



Figur 24. Stoffrihed på 4 måletidspunkter for kvinder fordelt på de 4 behandlingsgrupper.

Fortolkningen af kvindernes stoffrihedsprofiler for de 4 behandlingsgrupper er kompleks. Fem kendetegn skal nævnes.

- 1) MI/KAT gruppen synes efter 9 måneder at være lige så effektiv som MI/KAT-GO.
- 2) Der ses ingen udvikling i MI/KAT efter 3 måneders interviewet. Denne manglende udvikling viser sig at være endnu mere udtalt, idet TEM viser, at det allerede ved første samtale er 28,6 % af kvinderne, der har været stoffri den sidste uge op til samtalen, og at det er 37,5 %, som ikke har taget stoffer i ugen op til anden samtale. Vi ser med andre ord i store træk ingen udvikling i MI/KAT efter anden samtale. Man kan derfor diskutere, om det er selve MI/KAT metoden, som gør en forskel.
- 3) Kvinder fra MI/KAT får færre samtaler og gennemfører ikke nær så hyppigt som kvinderne fra de andre grupper (26,1 % mod 54,9 %). Af de kvinder fra MI/KAT, der er stoffri 9 måneder efter indskrivning, gennemfører 22 % primærbehandlingen. Af de stoffri kvinder (9 måneder) fra de øvrige tre grupper gennemfører 62 % primærbehandling.
- 4) MI/KAT-GO synes at være den eneste gruppe, der viser en kontinuerlig udvikling.
- 5) Det er ikke muligt at forklare, hvorfor effekten af MI/KAT-G behandlingen er så lav.

Resultatet kan ikke umiddelbart forklares, og det vil kræve en større undersøgelse med flere kvindelige deltagere for at fastslå effekten af de fire behandlingsgrupper hos kvinder.

8.2. Alder

400 af de unge var mellem 18 og 25 år, mens 60 var mellem 15 og 17 år. De 15-17-årige var hverken mere eller mindre belastede end de 18-25-årige. Således svarede 35 % af de 15-17-årige, at de havde en psykiatrisk diagnose, hvilket til sammenligning var tilfældet for 33,8 % af de 18-25-årige. Som tidligere nævnt er profilen SEIP (svære internaliserende og eksternaliserende problemer) den profil, der kendetegner de sværest belastede unge i MP. Blandt de 15-17-årige blev 18,3 % identificeret som SEIP, mens det for de 18-25-årige var 16,6 %. Der er flere piger blandt de helt unge deltagere (40 %) end blandt de ældre deltagere (20,3 %).

35 % af de 15-17-årige og 40,8 % af de 18-25-årige gennemfører behandlingen som planlagt. De helt unge får i gennemsnit 6,1 samtaler i primærbehandlingen, mens de lidt ældre får 6,8 samtaler. Forskellene er ikke signifikante. Til gengæld er der flere af de helt unge, som er stoffri 9 måneder efter indskrivning.

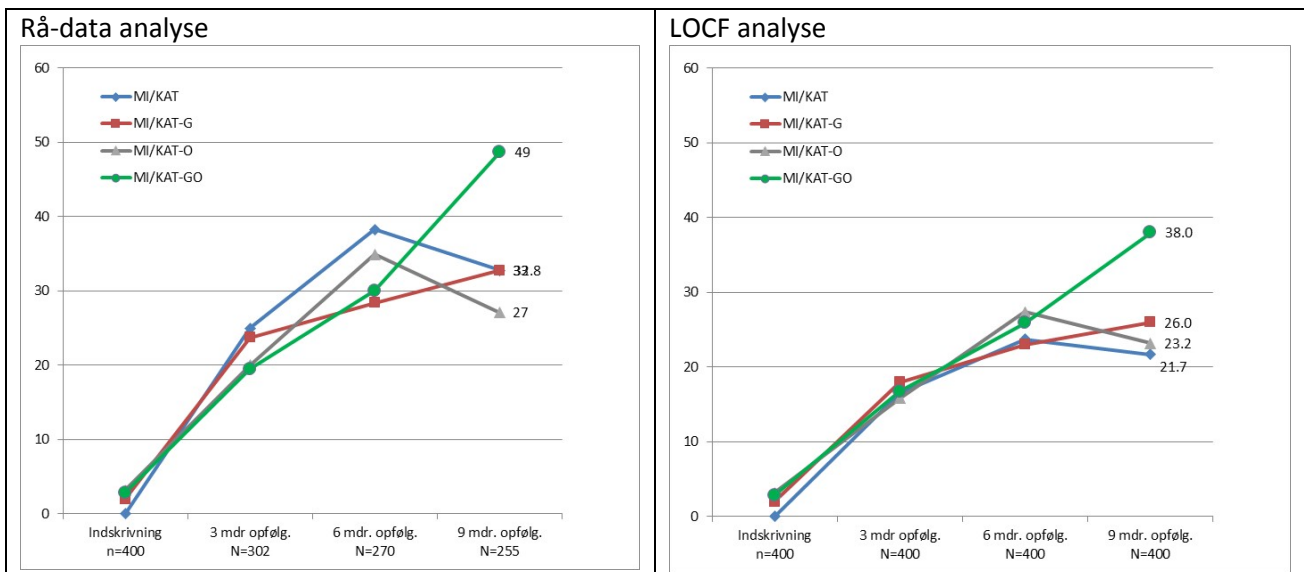
Tabel 16. Stoffrihed og alder.

	Stoffer ind n=460	3 mdr. opfølgning n=350	6 mdr. opfølgning n=308	9 mdr. opfølgning n=296
15-17-årige, n=60	3.3	25.0	39.5	48.8
18-25-årige, n=355	2.0	21.9	32.6	36.1

I starten følges de to aldersgrupper rimeligt ad, men mellem 6 og 9 måneders interviewet ses der dog primært en positiv udvikling hos de helt unge. Forskellen mellem de to aldersgrupper er dog ikke signifikant. En LOCF analyse ændrer ikke på dette.

Eftersom der kun er tale om 60 unge i alderen 15-17 år, må analysen af de 4 behandlingsmetoders effektivitet for denne gruppe tages med forbehold. Det betyder, at der er mellem 13 og 17 i hver af de 4 behandlingsgrupper ved indskrivning. Ved 9 måneders opfølgning interviewes der mellem 10 og 11 fra hver gruppe. De enkelte grupper skal derfor ikke stilles op mod hinanden i denne rapport. Der ses dog helt op til 60 %, der er stoffri 9 måneder efter indskrivning i flere grupper, herunder MI/KAT-GO.

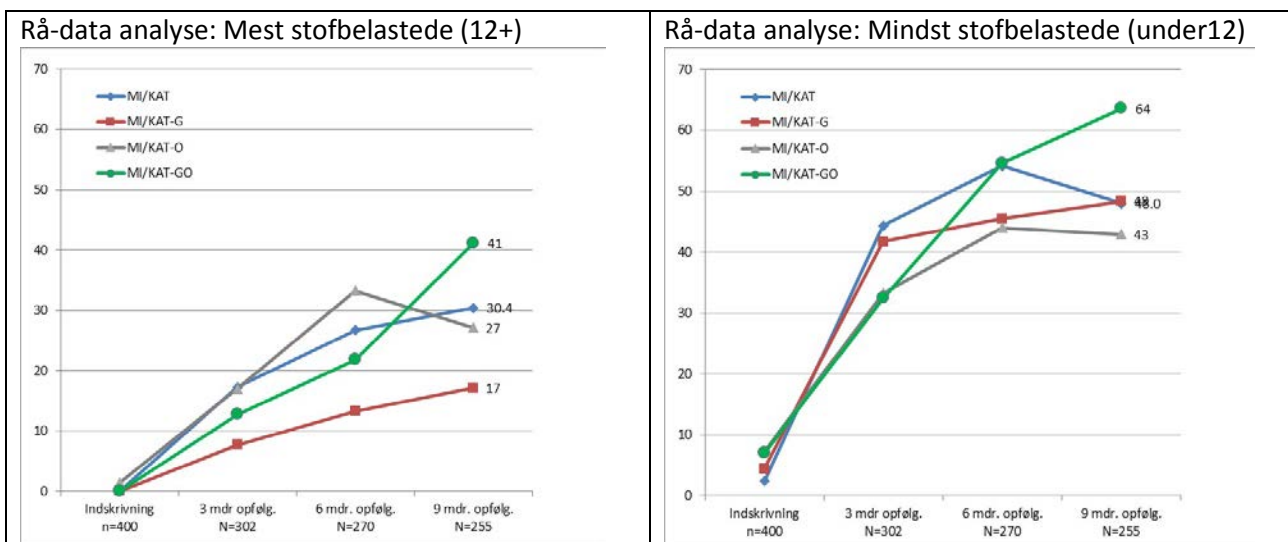
Effekten af behandlingen fordelt på de 4 behandlingsgrupper for de 18-25 årige er sammenlignelig med den generelle effekt, som blev vist i figur 10 med samme signifikante sammenhænge. Effekten for de 4 behandlingsgrupper ses i de to nedenstående grafer.



Figur 25. Stoffrihed på 4 måletidspunkter for 18-25-årige fordelt på de 4 behandlingsgrupper.

8.3. Brug af stoffer før indskrivning, 4 forbrugs- og forløbsmønstre

Jo mindre stofbelastet ved indskrivning desto større chance for stoffrihed 9 måneder efter udskrivning. De unge, der er stoffri 9 måneder efter indskrivning, havde ved indskrivning i gennemsnit en stofbelastning på 12,1 målt med UngMap (ASI-modellen), mens de, der fortsat havde et stofforbrug 9 måneder efter indskrivning, havde en stofbelastning på 15,3 ved indskrivning (skala 0 til 100). Forskellen er signifikant³¹. En høj stofbelastning ved indskrivning udgør med andre ord en mulig barriere for at stoppe med et forbrug af illegale stoffer. I nedenstående figurer er de unge opdelt i de mest stofbelastede (score 12+) og de mindst belastede (score under 12) fordelt på de 4 behandlingsgrupper.



Figur 26. Stoffrihed på 4 måletidspunkter for de mest og mindst stofbelastede ved indskrivning.

³¹ $t(294) = 3,16, p=0.0017$

Som det ses i figuren til venstre, er 41,2 % af de mest belastede stoffri 9 måneder efter indskrivning i MI/KAT-GO gruppen, mens det samme gælder for 63,3 % af de mindst belastede i figuren til højre.

8.4. Brug af alkohol før indskrivning

Det diskuteres ofte, om en reduktion i forbrug af hash og/eller andre illegale stoffer afløses af et større forbrug af alkohol. Dette anskueliggøres i nedenstående tabel, hvor der blev stillet følgende spørgsmål:

Hvor mange genstande drikker du typisk på en uge (tænk på et gennemsnit for den seneste måned)?

(Den unge svarer herefter for hver af ugens 7 dage fra mandag til søndag)

Tabel 17. Andel der drikker alkohol som er henholdsvis stoffri og stofbrugende ved 9 måneders opfølgning.

	Alkohol ind n=296	3 mdr. opfølgning n=274	6 mdr. opfølgning n=259	9 mdr. opfølgning n=296
Stoffri 9 mdr.	54.5	64.5	67.0	64.3
Stofbruger 9 mdr.	68.5	71.9	72.8	77.2

Flere drikker på ugentlig basis blandt såvel de, der bliver stoffri som de, der fortsætter med at bruge illegale stoffer, men for de stoffri ser det ud til at vende, mens det er stigende for de stofbrugende i 9 måneders opfølgningen. Dertil kommer, at de, der bliver stoffri, ikke så ofte drikker på ugentlig basis som de, der fortsætter med at tage stoffer. I den næste tabel er det opgjort, hvor mange af de unge, der drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser på 14 for kvinder og 21 for mænd om ugen.

Tabel 18. Andel der drikker over genstandsgrænsen på 14 og 21 på ugentlig basis

	Alkohol ind n=296	3 mdr. opfølgning n=274	6 mdr. opfølgning n=259	9 mdr. opfølgning n=296
Stoffri 9 mdr.	8.6	10.2	9.5	8.2
Stofbruger 9 mdr.	12.9	15.3	13.2	12.8

Flere drikker i starten af behandlingsforløbet mere blandt såvel de, der bliver stoffri som de, der fortsat bruger stoffer 9 måneder efter indskrivning. Ved 9 måneders opfølgningen er forbruget dog tilbage til udgangspunktet. De unge ser ud til umiddelbart at øge deres forbrug af alkohol i forbindelse med behandlingsstart. Dette synes dog at vende tilbage til udgangspunktet, og der findes ingen modsatrettet sammenhæng mellem stofbrug og forbrug af alkohol.

Men kan forbrug og storforbrug af alkohol ved indskrivning påvirke mulighederne for at blive stoffri?

- 1) De unge, der drikker alkohol på ugentlig basis ved indskrivning, har større risiko for ikke at blive stoffri end unge, der ikke drikker alkohol ugentligt. Således er det 32,6 % af de, der drikker alkohol på ugentlig basis, der er stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens det samme er tilfældet for 46,8 % af de, der ikke drikker alkohol på ugentlig basis³².
- 2) Unge, der drikker alkohol over genstandsgrænserne ved indskrivning, har større risiko for ikke at blive stoffri end unge, der ikke drikker over den anbefalede alkoholgrænse. Således er det 25,8 % af unge, der drikker alkohol over genstandsgrænserne på ugentlig basis, der er stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens det samme er tilfældet for 41,0 % af unge, der ikke drikker over den anbefalede alkoholgrænse på ugentlig basis³³.

Forbruget af stoffer udskiftes således ikke med et forbrug af alkohol, men vi finder, at forbrug af alkohol og antal genstande på en typisk uge ved indskrivning hænger tæt sammen med stoffrihed ved 9 måneders opfølgning.

8.5. Psykisk/adfærd

Med psykisk henvises til den unges psykiske problemer, som for eksempel kan være en psykiatrisk diagnose eller internaliserende problemer, såsom ensomhed, depression, angst, mistroiselse med videre. Med adfærd henvises til konfliktsøgende adfærd, for eksempel det at komme op at slås, lavet ballade i skolen, kriminalitet og lignende. Vi taler her også om eksternaliserende problemer. Afslutningsvist skal de internaliserende og eksternaliserende problemer samles i 4 unge-profiler.

Psykiatrisk diagnose.

De unge har gennem UngMap fået stillet nedenstående spørgsmål:

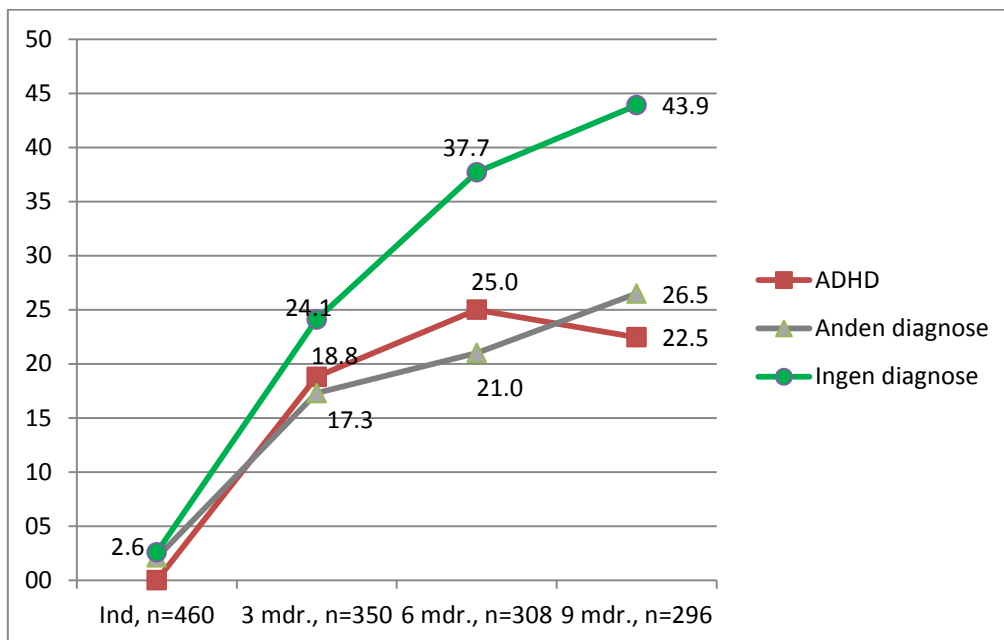
- a) *Er du diagnosticeret med ADHD af en psykiater?*
- b) *Har du nogensinde fået en anden psykiatrisk diagnose af en psykiater?*
 - i. Hvis JA - Hvilken diagnose?

Samlet har 33,9 % af de 460 unge (n=156) rapporteret at have fået en psykiatrisk diagnose af en psykiater. Ud af de 156 rapporterer 89 at have fået en ADHD diagnose, hvilket svarer til 19,4 % af de 460 unge. 21,9 % af de 460 har fået en anden psykiatrisk diagnose end ADHD (nogle har både ADHD og en anden diagnose). Af anden diagnose end ADHD nævnes blandt andet angst, fobier, depression, OCD, ODD (oppositional defiant disorder), adfærdsforstyrrelse, bipolar lidelse, cyklotymi, borderline, personlighedsforstyrrelse, skizofreni, psykose (uspecificeret), Tourettes syndrom, Asberger og autisme. Derudover nævnes enkelte gange NLD (nonverbal learning disabilities) og indlæringsvanskeligheder. Enkelte unge henviser til den numeriske klassifikation (F-tallet) i ICD-10 diagnosesystemet.

³² OR=1.82, p=0.016, CI95 1.12-2.95, ændres ikke ved kontrol med køn, alder, diagnose mm.

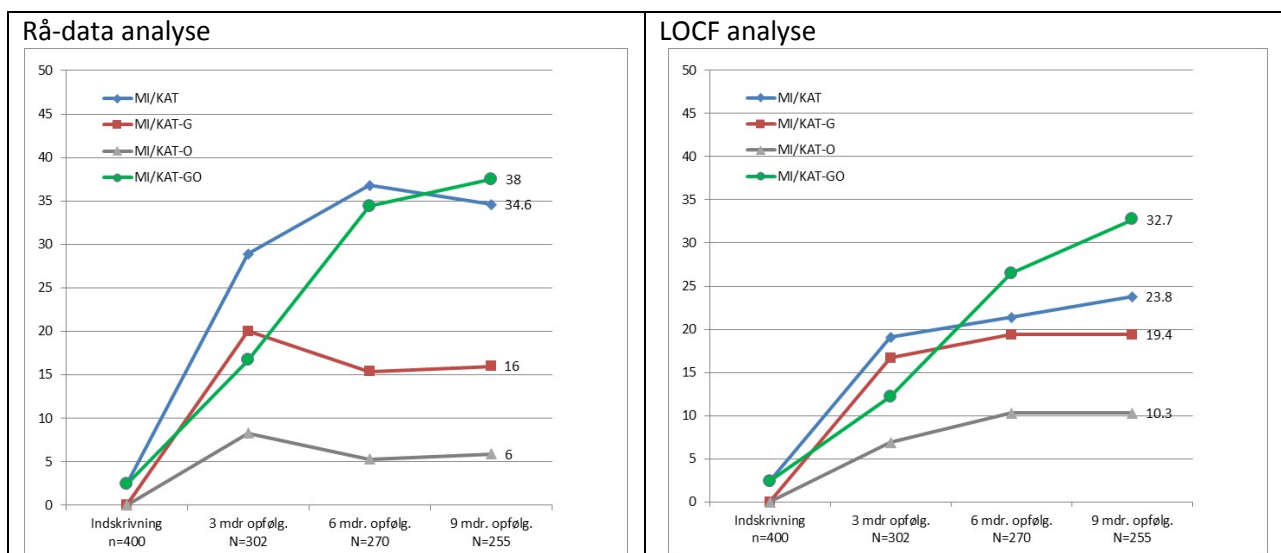
³³ OR=2,00, p=0.03, CI95 1.12-2.95. Forskellen forbliver signifikant ved kontrol af køn, alder, diagnose mm.

Hvorvidt den unge har en psykiatrisk diagnose, kan i meget stærk grad knyttes til, i hvor høj grad den unge formår at reducere eller bringe et forbrug af rusmidler til ophør. Dette ses i nedenstående figur.



Figur 27. Stoffrihed og psykiatrisk diagnose (rå-data analyse).

I figuren ses det, at i gruppen af unge, der ikke har en psykiatrisk diagnose, er 43,9 % stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens det samme gør sig gældende for 22,5 % af unge med en ADHD diagnose³⁴ og 26,5 % af unge med en anden psykiatrisk diagnose end ADHD³⁵.



Figur 28. Stoffrihed på 4 måletidspunkter for unge med psykiatrisk diagnose.

³⁴ OR=2,39, p=0.041, CI95 1.03-4.80 37 kontrolleret for køn, alder og stofbelastning ved indskrivning.

³⁵ OR=1.93, p=0.038, CI95 1.04-3.37 kontrolleret for køn, alder og stofbelastning ved indskrivning.

I figuren ovenfor til venstre (rå-data analysen) ses det, at MI/KAT og MI/KAT-GO er de to behandlingsgrupper, som har den bedste effekt på unge med psykiatrisk diagnose. Som tidligere nævnt er flere fra MI/KAT gruppen droppet ud af behandlingen, hvilket også har medført en lavere svarprocent i opfølgingsinterviewene. Således er svarprocenten 58 % for de tre opfølgingsrunder for unge med psykiatrisk diagnose i MI/KAT, mens den ligger mellem 68 % og 75 % i de andre tre grupper. Unge, der dropper ud af behandlingen, har oftere fortsat et forbrug, når de dropper ud. Dette er forklaringen på, at LOCF analysen (til højre i figur 27) er knap så positiv for MI/KAT end rå-data analysen.

Af unge med psykiatrisk diagnose gennemførte 19,1 % primær-behandlingen i MI/KAT gruppen. Det samme var tilfældet for 39,9 % fra MI/KAT-G, 31,0 % fra MI/KAT-O og 38,8 % fra MI/KAT-GO. I gennemsnit får en ung med psykiatrisk diagnose i primærbehandling 4,1 samtaler (MI/KAT), 6,5 samtaler (MI/KAT-G), 6,5 samtaler (MI/KAT-O) og 7,0 samtaler (MI/KAT-GO). Altså færre samtaler og færre, der gennemfører i MI/KAT. Hvis samtlige samtaler tages med (også dem fra den opfølgende behandling), får en ung med psykiatrisk diagnose 9,4 samtaler (MI/KAT-O) og 9,7 samtaler (MI/KAT-GO). Altså mere end dobbelt så mange samtaler som MI/KAT.

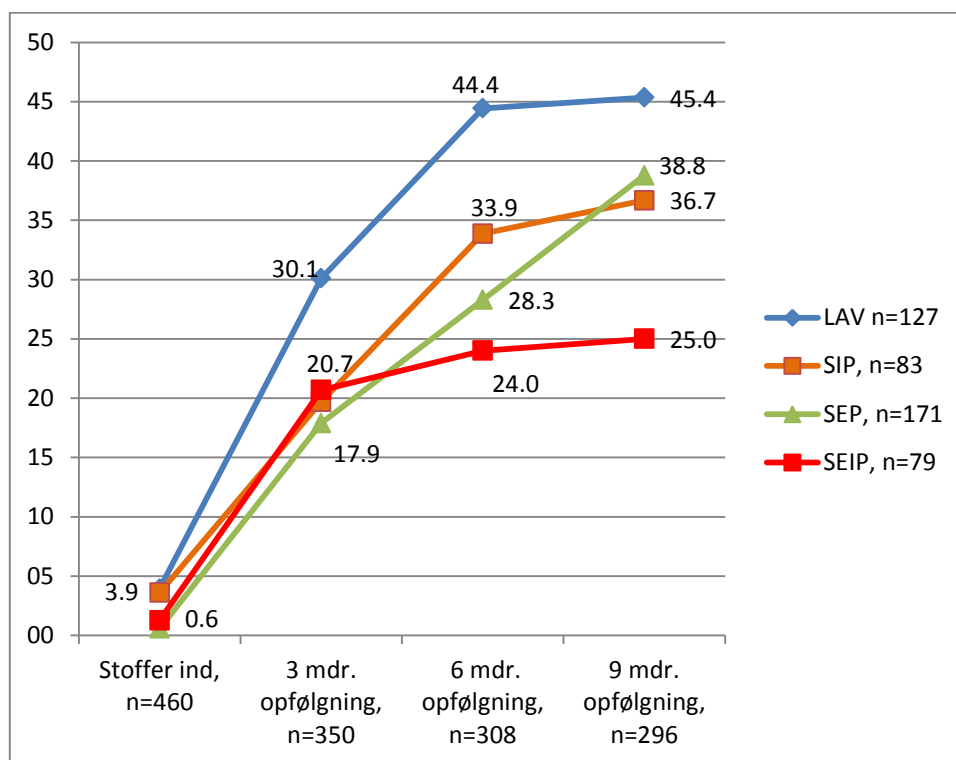
LAV, SIP, SEP og SEIP

I afsnit 5.4 (målemetoder) blev det beskrevet, hvorledes det er muligt at inddele de unge i fire forskellige profiler, henholdsvis LAV (ingen til moderate internaliserende og eksternaliserende problemer), SIP (Svære Internaliserende Problemer), SEP (Svære Eksternaliserende Problemer) og SEIP (svære Eksternaliserende og Internaliserende Problemer).

Svære internaliserende problemer er oplevelsen af depression, angst, ensomhed, selvmordstanker, spiseforstyrrelser og selvskade, mens svære eksternaliserende problemer er kendetegnet ved at have lavet ballade i skolen, haft konflikt med læreren, været bortvist fra skolen, haft udtalt pjækkeri og have udøvet vold indenfor de sidste 30 dage. Hvordan de forskellige scores udregnes, kan ses i Pedersen et al. 2017b.

Unge, der klassificeres med profilen SEP, har på indskrivningstidspunktet generelt moderate trivselsproblemer (FIT-trivsel) og opnår i løbet af behandlingsforløbet en trivsel helt på højde med andre danske unge. Til gengæld har de, ligesom unge med en SEIP profil, oftere været involveret i illegale aktiviteter i måneden op til indskrivning (30 % for begge profiler versus 12,6 % for LAV og 10,8 % for SIP). Unge med profilen SIP scorer meget lavt i FIT-trivsel ved indskrivning, og de kommer oftest ikke op på det trivselsniveau, vi ser for danske unge generelt i løbet af behandlingsforløbet (selvom trivslen forbedres markant). Endelig er unge med profilen SEIP klart de mest belastede unge. 51 % har en psykiatrisk diagnose (herunder 38 % med ADHD), de er som nævnt involveret i kriminalitet på samme niveau som unge med en SEP profil, men har udover den eksternaliserende konfliktoptrappende adfærd også en indadrettet selvdestruktiv adfærd ligesom unge med en SIP profil (for eksempel 24 % selvmordstanker den sidste måned, 29 % spiseforstyrrelser, 14 %

selvskade og 76 % depression). I nedenstående figur ses, hvordan det er gået med rusmiddelbruget hos de forskellige profiler gennem behandlingsforløbet.



Figur 29. Stoffrihed og Unge-profiler (rå-data analyse).

9 måneder efter indskrivning er 45,4 % af unge med profilen LAV stoffri, mens det samme er tilfældet for 38,8 % af unge med en SEP profil, 36,7 % af unge med en SIP profil og 25,0 % af unge med profilen SEIP.

I det følgende skal effekten af de fire behandlingsspor for hver profil præsenteres. Tabellerne skal fortolkes med forsigtighed. At opdele de 460 i 4 profiler og 4 behandlingsgrupper samtidig med, at svarprocenten ikke er 100 %, gør det vanskeligt at give sikre fortolkninger. Det er derfor mere tendenserne, som kan være kilde til overvejelser.

Tabel 19. Stoffrihed på 4 måletidspunkter fordelt på 4 behandlingsgrupper for LAV (rå-data)

	Indskrivning n=127	3 mdr. opfølgning n=103	6 mdr. opfølgning n=100	9 mdr. opfølgning n=86
MI/KAT, n=22	0.0	43.8	53.3	43.8
MI/KAT-G, n=34	0.0	26.7	38.5	41.7
MI/KAT-O, n=33	8.3	37.9	44.4	41.7
MI/KAT-GO, n=33	5.7	17.9	45.5	54.6

Hos unge med en LAV profil er 54,6 % stoffri 9 måneder efter indskrivning i MI/KAT-GO gruppen, hvorimod det samme gør sig gældende for mellem 41,7 % og 43,8 % i de tre andre grupper. I MI/KAT gruppen stiger andelen af unge, der er stoffri til 43,8 % 3 måneder efter indskrivning og 53,3 % 6 måneder efter indskrivning, mens andelen, der er stoffri ved 9 måneders opfølgningen er faldet til 43,8 % igen. Samtidig viser yderligere analyser, at 42,9 % af unge med LAV profilen fra MI/KAT gruppen ikke havde taget illegale stoffer i ugen op til første samtale, mens det samme gjorde sig gældende for 32,2 % i MI/KAT-G, 22,6 % i MI/KAT-O og for 18,8 % i MI/KAT-GO.

Tabel 20. Stoffrihed på 4 måletidspunkter fordelt på 4 behandlingsgrupper for SIP (rå-data)

	Indskrivning n=83	3 mdr. opfølgning n=66	6 mdr. opfølgning n=62	9 mdr. opfølgning n=86
MI/KAT, n=22	4.6	22.2	28.6	20.0
MI/KAT-G, n=20	5.0	30.8	18.8	41.7
MI/KAT-O, n=15	0.0	0.0	45.5	33.3
MI/KAT-GO, n=26	3.9	20.8	42.9	47.6

Også for unge med SIP profil finder vi, at det er i MI/KAT-GO, der er flest stoffri 9 måneder efter indskrivning, omend MI/KAT-G gruppens unge har opnået et lignende niveau af stoffrihed 9 måneder efter indskrivning.

Tabel 21. Stoffrihed på 4 måletidspunkter fordelt på 4 behandlingsgrupper for SEP (rå-data)

	Indskrivning n=171	3 mdr. opfølgning n=123	6 mdr. opfølgning n=106	9 mdr. opfølgning n=98
MI/KAT, n=53	0.0	20.6	34.5	44.8
MI/KAT-G, n=36	2.8	11.5	15.8	5.6
MI/KAT-O, n=42	0.0	16.1	36,0	30.4
MI/KAT-GO, n=40	0.0	21.9	24.2	60.7

For unge med SEP profilen finder vi ligeledes, at det er MI/KAT-GO, der viser de bedste resultater, omend det er en noget langsom start. Den laveste effekt ses i MI/KAT-G gruppen, som ikke nærmer sig nogle af de tre andre grupper, mens stoffrihed hos unge i MI/KAT og MI/KAT-O ligger på henholdsvis 44,8 % og 30,4 % ved 9 måneders opfølgningen.

Tabel 22. Stoffrihed på 4 måletidspunkter fordelt på 4 behandlingsgrupper for SEIP (rå-data)

	Indskrivning n=79	3 mdr. opfølgning n=58	6 mdr. Opfølgning n=50	9 mdr. opfølgning n=52
MI/KAT, n=17	0.0	27.3	27.3	27.3
MI/KAT-G, n=23	0.0	21.1	29.4	33.3
MI/KAT-O, n=19	5.3	20.0	10.0	10.0
MI/KAT-GO, n=20	0.0	15.4	25.0	23.1

For unge med profilen SEIP er andelen af stoffri moderat for alle grupper, dog har MI/KAT-G den højeste procentdel stoffri unge. Umiddelbart tyder det på, at unge med en SEIP profil har vanskeligt ved at opnå stoffrihed, uanset hvilken behandling de tilbydes i MP.

Unge med profilen SEIP er altså den gruppe, der har størst vanskeligheder med at blive stoffri. Det er også den gruppe, der har sværest ved at reducere deres forbrug, og samtidig er det den gruppe, der har sværest ved at gennemføre primærbehandlingen (29 % gennemfører mod 36 % for SEP, 42 % for SIP og 51 % for LAV). Sammen med unge med SEP profilen er det den gruppe, der får færrest samtaler i primærbehandlingen (5,9 mod 5,9 for SEP, 7,4 for SIP og 7,6 for LAV).

Med de tidligere nævnte forbehold in mente er konklusionen, at SEIP profilen ser ud til at udgøre en stærk barriere i forhold til opnåelse af stoffrihed/reduktion og til at gennemføre behandlingen som planlagt. Derudover må vi konkludere, at ingen af de 4 behandlingsmetoder opnår specielt overlegne resultater med denne målgruppe.

Trivsel

Trivselsniveauet ved indskrivning målt med FIT-trivsel eller TP4 (se gennemgang i afsnit 6.3) kan ikke forudsige, hvorvidt den unge stopper sit forbrug af illegale stoffer ved 9 måneders opfølgningen. De unge, der blev stoffri, havde ved indskrivning således den samme trivsel som de unge, der ikke ophørte med at bruge stoffer.

Til gengæld betyder stoffrihed i løbet af behandlingsforløbet en forbedring af FIT-trivsel. For eksempel havde de 112, der var stoffri ved 9 måneders opfølgningen, en FIT-trivsel ved indskrivning på 5,9, mens de 9 måneder efter havde en FIT-trivsel på 7,3. De 184 unge, der ved 9 måneders interviewet fortsat brugte stoffer, havde ved indskrivningen en FIT-trivsel på 5,8 (altså den samme som de der senere bliver stoffri), mens de 9 måneder efter indskrivningen havde en trivsel på 6,6³⁶. Begge grupper øger deres FIT-trivsel signifikant, men stigningen er højest hos de unge, der opnår stoffrihed.

For de enkelte ungeprofiler ser resultatet ud som følger:

- a) Unge med profilen LAV, som er stoffri 9 måneder efter indskrivning, øger deres FIT-trivsel fra 6,6 til 7,9³⁷, mens trivsel for de, der ikke bliver stoffri, er status quo (6,7 vs 6,9/ikke signifikant).
- b) Unge med profilen SIP, som er stoffri 9 måneder efter indskrivning, øger deres FIT-trivsel fra 3,9 til 6,1³⁸, mens trivsel for de, der ikke bliver stoffri, øges fra 4,7 til 5,5³⁹.

³⁶ Forskellen mellem FIT-trivsel for unge stoffri og ikke stoffri 9 måneder efter indskrivning: $t(293)=3,21$, $p=0,002$.

³⁷ $t(38)=-3,91$, $p=0,0004$

³⁸ $t(21)=-3,57$, $p=0,0018$

³⁹ $t(37)=-2,05$, $p=0,048$

- c) Unge med profilen SEP, som er stoffri 9 måneder efter indskrivning, øger deres FIT-trivsel fra 6,8 til 7,8⁴⁰, mens trivsel for de, der ikke bliver stoffri, øges fra 6,7 til 7,3⁴¹.
- d) Unge med profilen SEIP, som er stoffri 9 måneder efter indskrivning, øger deres FIT-trivsel fra 4,9 til 6,0⁴² (tæt på signifikant), mens trivsel for de, der ikke bliver stoffri, øges endnu mere fra 4,3 til 6,0⁴³.

Med andre ord et ret komplekst resultat. Unge med LAV og SEP profilerne, der opnår stoffrihed, har således øget deres FIT-trivsel, så den ligger over gennemsnittet for danske unge generelt (til henholdsvis 7,9 og 7,8 vs. 7,2). Også unge, der ikke opnår stoffrihed, øger deres trivsel (undtagen LAV). Unge med profilen SEIP, der ikke bliver stoffri, øger endda deres trivsel endnu mere end de, der bliver stoffri. Profilerne SIP og SEIP opnår ikke et trivselsniveau svarende til danske unge generelt, uanset om de bliver stoffri eller ej.

8.6. Traume/stress

Mobning

De unge blev stillet følgende spørgsmål:

1. Har du nogensinde været udsat for mobning?
Svarmuligheder: *slet ikke, lidt, en del, meget, rigtigt meget.*
Hvis ja til fra "lidt – rigtigt meget".
2. Hvor meget påvirker det dig i dag?
Svarmuligheder: *slet ikke, lidt, en del, meget, rigtigt meget.*

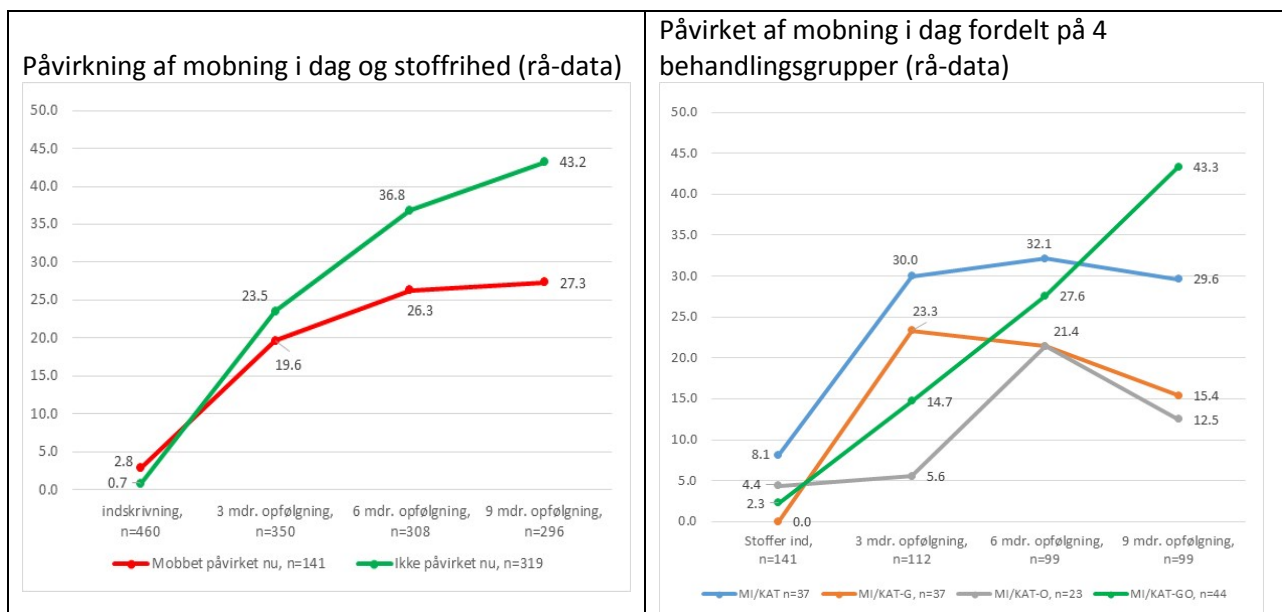
66,5 % af de 460 unge har oplevet at blive mobbet fra lidt til rigtigt meget, mens 24,1 % har oplevet at blive mobbet meget eller rigtigt meget. Der ses ingen sammenhæng mellem at have oplevet mobning og opnåelse af stoffrihed. Til gengæld ses en signifikant sammenhæng mellem stoffrihed og det at have oplevet mobning og stadigt at være påvirket af det i dag (fra lidt til rigtigt meget påvirket i dag). 30,7 % af de 460 unge (i alt 141) oplever, at de stadig er påvirket af mobning. 9 af disse 141 fordi de aktuelt bliver mobbet, og 132 fordi de tidligere er blevet mobbet.

⁴⁰ $t(37)=-2,71, p=0.01$

⁴¹ $t(58)=-2,07, p=0.042$

⁴² $t(12)=-2,09, p=0.059$

⁴³ $t(38)=-4,32, p=0.0001$



Figur 30. Stoffrihed på 4 måletidspunkter for unge der aktuelt er påvirket af mobning.

I ovenstående graf til venstre ses det, at 27,3 %, der stadig oplever sig påvirket af mobning, er stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens det samme er tilfældet for 43,2 % af de, der ikke er påvirket af mobning i dag. Forskellen er signifikant⁴⁴.

I grafen til højre ses effekten af de fire behandlingsgrupper hos unge, der stadig er påvirket af mobning. Der ses en udvikling i stoffrihed tilsvarende den, vi har fundet i de tidligere analyser. I MI/KAT gruppen ses en meget hurtig øgning af antallet af stoffri frem til 3 måneder efter indskrivning, hvorefter der ikke finder nogen yderligere udvikling sted. I MI/KAT-GO er udviklingen i andelen af stoffri lidt langsom, men fortsætter kontinuerligt. Der er en statistisk signifikant udvikling i stoffrihed for MI/KAT-GO gruppen fra 3 måneder efter indskrivning og frem til 9 måneders opfølgningen, som er signifikant forskellig fra de øvrige grupper.

Omsorgssvigt

De unge blev stillet nedenstående spørgsmål.

1. Har du nogensinde været udsat for omsorgssvigt?
Svarmuligheder: *ja, nej.*
2. Hvor meget påvirker det dig i dag?
Svarmuligheder: *slet ikke, lidt, en del, meget, rigtigt meget.*

43,7 % af de unge svarede, at de havde været udsat for omsorgssvigt. Der fandtes ingen sammenhæng mellem det at have været udsat for omsorgssvigt og opnåelse af stoffrihed.

⁴⁴ OR=1,94, p=0.017, CI95 1.13 – 3.34 kontrolleret for brug af stoffer ved indskrivning, køn og alder.

Af de unge, der oplever, at de stadig er en del til rigtigt meget påvirket af det i dag, er 32,2 % stof-fri 9 måneder efter indskrivning, mens det samme gør sig gældende for 41,4 % af de øvrige unge. Forskellen er ikke signifikant.

Seksuelt overgreb

De unge blev stillet nedenstående spørgsmål.

1. Har du nogensinde været udsat for seksuelt overgreb?

Svarmuligheder: *ja, nej.*

2. Hvor meget påvirker det dig i dag?

Svarmuligheder: *slet ikke, lidt, en del, meget, rigtigt meget.*

I alt 77 af de 460 unge, svarende til 16,7 %, tilkendegiver at have været udsat for seksuelt overgreb. 22 af disse er mænd (svarende til 6,2 % af alle mænd i undersøgelsen), mens 55 er kvinder (svarende til 52,4 % af alle kvinder i undersøgelsen). Der ses ingen sammenhæng mellem at have oplevet et seksuelt overgreb og senere stoffrihed.

Fysisk overgreb

De unge blev stillet nedenstående spørgsmål.

1. Har du nogensinde været udsat for fysisk overgreb?

Svarmuligheder: *ja, nej.*

2. Hvor meget påvirker det dig i dag?

Svarmuligheder: *slet ikke, lidt, en del, meget, rigtigt meget.*

50,7 % af de unge har oplevet fysiske overgreb (51,0 % af mændene og 43,8 % af kvinderne). Der ses ingen sammenhæng mellem at have oplevet et fysisk overgreb og senere stoffrihed. Sammenhængen mellem stoffrihed og det at være påvirket af fysiske overgreb er kompleks. Unge, der har oplevet fysiske overgreb, men som ikke eller kun lidt oplever, at det påvirker dem i dag, har størst problemer med at blive stoffri (n=166). Det er en gruppe, som signifikant oftere end andre unge, selv har udøvet vold den seneste måned (21,7 % mod 12,0 % af andre⁴⁵). Denne sammenhæng mellem tidligere oplevelser med fysisk overgreb og nuværende voldsudøvelse hænger meget tæt sammen med eksternaliserende adfærd. Af de mest eksternaliserende unge er det således 70 %, som selv har været udsat for fysisk overgreb, men som ikke rigtigt føler sig påvirket af det. Måske er der her tale om "de hårde" drenge og piger. 31,1 % fra denne "hårde" gruppe er stoffri 9 måneder efter udskrivning, mens det samme gælder 41,5 % af de øvrige unge i undersøgelsen. Forskellen er tæt på signifikant.

De unge blev derudover spurgt om en række andre hårde oplevelser, herunder trusler på liv og helbred, uheld, alvorlig sygdom, dødsfald i familien, skilsmisse og andre hårde oplevelser (her

⁴⁵ OR=2,04, p=0.005, CI95 1,26 – 3,56, kontrolleret for køn og alder.

nævner mange unge for eksempel vold i familien). Der blev ikke fundet sammenhænge mellem nogle af disse hårde oplevelser og senere stoffrihed.

Generelt ses der altså relativt få sammenhænge mellem hårde traumatiske oplevelser og mulighederne for at blive stoffri på kort sigt. Den klart tydeligste sammenhæng ses hos unge, der fortsat oplever at være påvirket af mobning. Her synes at være tale om en reel barriere for opnåelse af stoffrihed.

8.7. Skole/adfærd

I alt 247 af de 460 unge (53,7 %) går i skole/er under uddannelse ved indskrivning. Den type af uddannelse, de var i gang med, ses nedenfor.

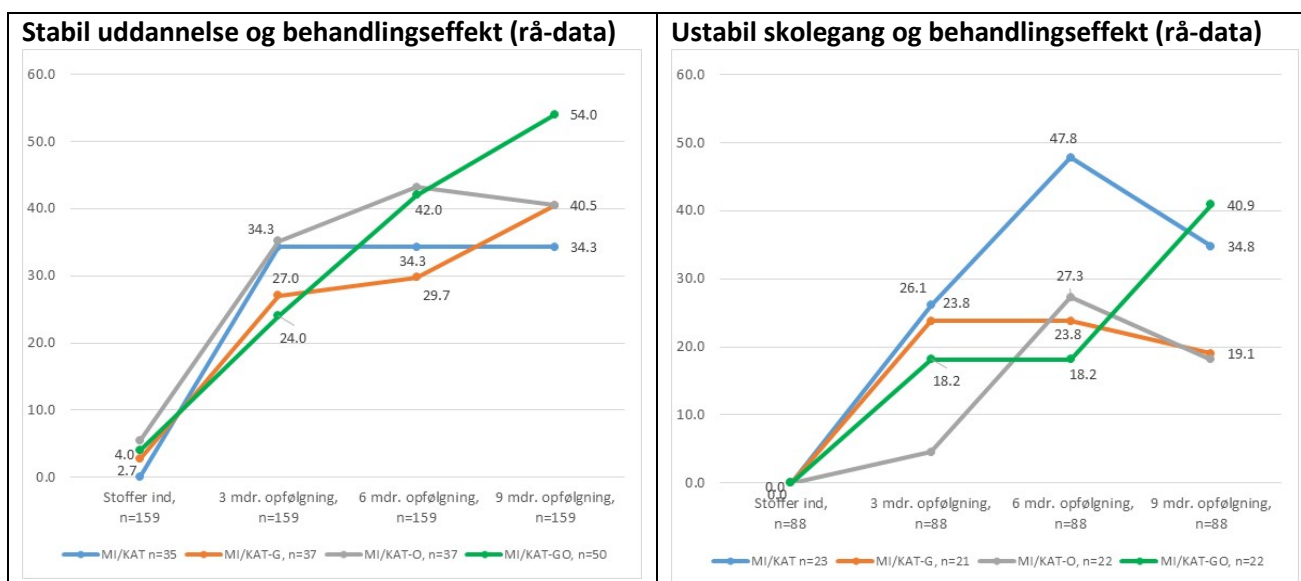
Tablet 23. Igangværende uddannelsestype for 247 unge fra MP

Uddannelses-type	Antal	Procent
Folkeskole	20	8.1
Efterskole	1	0.4
Højskole	0	0.0
Gymnasium, STX, HHX, HTX	10	4.1
HF (fuld HF eller enkeltfag)	26	10.5
VUC (fuld uddannelse eller enkeltfag)	18	7.3
Produktionsskole	41	16.6
Teknisk skole	34	13.8
Social- og sundhedshjælper (grundforløb eller praktik)	8	3.2
Handelsskole, HG	13	5.3
I lære, har læreplads/ skolepraktik	7	2.8
I praktik, ikke lærlingeforløb	12	4.9
Kort videregående uddannelse	2	0.8
Mellemlang videregående uddannelse	9	3.6
Lang videregående uddannelse	5	2.0
Anden uddannelse	41	16.6
	247	

Der ses ingen umiddelbar sammenhæng mellem at gå i skole eller ej og opnåelse af stoffrihed.

Umiddelbart er de, der klarer sig bedst, hvad angår opnåelse af stoffrihed 9 måneder efter indskrivning, de unge der ved indskrivning går i folkeskole (n=13), gymnasium (n=8), VUC (n=14), social og sundhedshjælper uddannelsen (n=5), HG (n=10) og kort- (n=2), mellem-t (n=9) og lang- (n=5) videregående uddannelse. Disse grupper er dog hver især for små til at kunne sige noget entydigt. For disse uddannelsestyper er det mellem 40 og 70 %, som er stoffri 9 måneder efter udskrivning. De unge, der har sværest ved at blive stoffri, er unge på HF (n=21), produktionsskole (n=26), unge i praktik (ikke lærlinge forløb)(n=8) og unge under anden uddannelse (n=28). Under "andet" nævnes blandt andet FVU (læsekursus), STU (særligt tilrettelagt uddannelse), specialskole, TAMU (erhvervsuddannelsesforløb), maritime uddannelser og EGU (erhvervsgrunduddannelse). For disse unge er det 30 % og derunder, som er stoffri 9 måneder efter udskrivning.

Der ses store variationer over tid i den skolegang, som de unge er involveret i. Stabilitet kunne således tænkes at have indflydelse på såvel muligheder som barrierer. Stabil skolegang kan da også ses i signifikant sammenhæng med stoffrihed 9 måneder efter indskrivning⁴⁶. Stabil defineres her som skoleaktiv på mindst to interviewtidspunkter (datagrundlaget er de 247 unge, der har deltaget i alle 4 interviewrunder). Således er 43,4 % af de, der mindst har gået i skole ved to interviewtidspunkter stoffri ved 9 måneders opfølgningen, mens det for de øvrige unge er 28,4 %. Sammenhængen er signifikant⁴⁷. Nedenfor ses udviklingen i andelen, der går i skole for de 4 behandlingsgrupper.



Figur 31. Stoffrihed på 4 måletidspunkter for unge med og uden stabil skolegang.

I grafen til venstre ses det, at 54 % af unge, der mindst ved to målepunkter havde været i gang med et skoleforløb, var stoffri 9 måneder efter indskrivning i MI/KAT-GO gruppen. Grafen til højre er lidt mere uklar. Igen er de unge fra MI/KAT-GO lidt "langsomme startere", men det bliver alligevel den behandlingsmetode, der til slut har bedst effekt. Det skal her fremhæves, at det kun er mellem 21 og 23 unge fra hver gruppe, der danner grundlaget for resultatet.

Skolekompetencer og skoleadfærd.

Der ses ingen umiddelbare sammenhænge mellem skolekompetencer som for eksempel at opleve sig god til at lave opgaver, være god til at regne, at være målrettet eller at kunne lide at gå i skole og så set i forhold senere stoffrihed. Derimod findes der sammenhænge mellem meget pjækteri i skolen og et fortsat stofforbrug 9 måneder efter indskrivning. Der blev her stillet følgende spørgsmål:

⁴⁷ OR=0,53, p=0.039, CI 95 0,29 – 0,97, kontrolleret for køn, alder og stofforbrug ved indskrivning.

I hvilken grad pjækkede/ pjækker du fra timerne i folkeskolen?

Svarmuligheder: *slet ikke, i mindre grad, i nogen grad, i høj grad, i meget høj grad*

Af de unge, der i folkeskolen i høj grad eller i meget høj grad pjækkede, var 28,5 % stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens det for de unge der slet ikke, i mindre eller nogen grad pjækkede, var 43,9 % der var stoffri 9 måneder efter indskrivning. Forskellen er signifikant⁴⁸.

8.8. Hovedindtægt og samliv

De unge blev alle stillet spørgsmålet "Hvad tjente du flest penge ved den sidste måned?". Følgende fordelinger i indtægtskilde blev fundet

Tabel 24. Hovedindtægtskilder bland de 460 unge i MP.

	Antal	Hovedindtægtskilde
Lommepege (fra familie og lignende)	37	8.0
Lønnet arbejde, deltid (inkl. fritidsarbejde)	40	8.7
Lønnet arbejde (fuldtid)	42	9.1
SU	111	24.1
skoleydelse	25	5.4
Aktivering, løntilskud eller revalidering	10	2.2
Arbejdsløshedsdagpenge	8	1.7
Sygedagpenge eller barselsdagpenge	10	2.2
Kontanthjælp	147	32.0
Førtidspension	3	0.7
Andet	27	5.9
	460	

Under "andet" nævnes illegale aktiviteter (herunder pusher og sort arbejde), børneopsparing, lommepege fra familieafdelingen, penge optjent under afsoning, gevinst af skrabelod, lån, ingen indtægt mm.

De indtægtskilder ved indskrivning, der umiddelbart kan knyttes til stoffrihed 9 måneder efter indskrivning, er lommepege (50 % stoffri), lønnet arbejde deltid (53 % stoffri) og SU (42 % stoffri). De indtægtskilder, der i særlig grad kan knyttes til fortsat forbrug, er kontanthjælp (29,6 % stoffri), skoleydelse (29 % stoffri) og anden indtægt (29 % stoffri).

Ligesom ved skolegang ses der store variationer over tid i de indtægter, som de unge modtager. Stabilitet kunne således også tænkes at have indflydelse på såvel muligheder som barrierer. Kontinuerlig kontanthjælp synes således at være en betydelig barriere for opnåelse af stoffrihed. Dette er vist i nedenstående tabel. Tabellen skal læses som følger. Af de unge, der ikke modtog kontanthjælp på nogle af interviewtidspunkterne (0 i venstre kolonne) var 42,8 % stoffri 9 måneder efter

⁴⁸ OR=1,97, p=0,008, CI95 1,19 – 3,24.

indskrivning. Af de unge, der modtog kontanthjælp ved samtlige 4 interviewtidspunkterne (4 i venstre kolonne), var 22,6 % stoffri 9 måneder efter indskrivning.

Tabel 25. Stoffrihed og kontanthjælp.

Kontanthjælp v/ interviews	Antal	Procent stoffri 9 mdr. opfølgning
0	138	42.8
1	27	37.0
2	23	34.8
3	28	35.7
4	31	22.6
	247	

I alt 31 af de 247 unge, der deltog i alle 4 interviews modtog kontanthjælp over samtlige 9 måneders opfølgning. De 31 svarer til 12,6 %.

At være på længerevarende kontanthjælp synes altså at være en barriere for at opnå stoffrihed. Dog kan man forestille sig, at der ligger andre problematikker bag. For eksempel har 55 % af de unge, der konstant er på kontanthjælp, en psykiatrisk diagnose, mens det samme er tilfældet for 24 % af de unge, der ikke på noget tidspunkt er på kontanthjælp. Når der kontrolleres for psykiatrisk diagnose, forsvinder den signifikante sammenhæng mellem længerevarende kontanthjælp og stoffrihed således.

8.9. Sociale netværk

Kontakt med forældre: Hvorvidt de unges forældre lever, kan ikke ses i nogen sammenhæng med senere stoffrihed på kort sigt. I hvor høj grad de unge har kontakt (dage sidste måned) med deres far, kan heller ikke ses i sammenhæng med senere stoffrihed. Antal dage med kontakt til moderen kan dog ses i signifikant sammenhæng med stoffrihed 9 måneder efter indskrivning. Således har de unge, der er stoffri 9 måneder efter indskrivning haft kontakt med deres mor i gennemsnit 20,1 dage i måneden op til indskrivning, mens de, der ikke bliver stoffri i gennemsnit, har haft kontakt til deres mor 15,9 dage⁴⁹.

Bor med forældre: At bo sammen med begge forældre er en rigtig god beskyttelse i forhold til at blive stoffri. 35 af de 296, som blev interviewet 9 måneder efter indskrivning, boede hos begge forældre ved indskrivning. Af disse 35 var 57,1 % stoffri 9 måneder efter indskrivning.

21,5 % har ved indskrivning forældre, der bor sammen, og det må formodes, at disse unge har boet sammen med begge forældre under deres opvækst. Der ses ingen sammenhæng mellem, at forældrene stadig bor sammen og stoffrihed 9 måneder efter indskrivning. Det beskyttende ele-

⁴⁹ $t(282)=3,08, p=0.002$

ment kunne således tænkes at være den umiddelbare kontrol, der ligger i at bo sammen med begge forældre, mens behandlingen pågår.

Forældre støtte og konflikt: Fars støtte ved indskrivning forudsiger ikke stoffrihed 9 måneder efter indskrivning, men der ses en sammenhæng mellem fars støtte på et givent tidspunkt og den unge stoffrihed på samme tidspunkt. For eksempel er 51,2 % af de unge, der oplever rigtigt meget støtte fra deres far 9 måneder efter indskrivning, stoffri på samme tid. Støtte fra far her og nu hænger således sammen med stoffrihed her og nu. Der ses ingen sammenhænge mellem konflikt med far og stoffrihed. Der ses heller ingen sammenhæng mellem vedvarende støtte eller konflikt over 4 måletidspunkter og stoffrihed.

Der ses ingen sammenhænge mellem hverken støtte eller konflikt med moderen. Heller ikke støtte eller konflikt på samme tidspunkt, som forbruget af stoffer måles. Der ses heller ingen sammenhæng mellem vedvarende støtte eller konflikt over 4 måletidspunkter og stoffrihed. Det skyldes måske, at der næsten altid er en høj grad af støtte fra mor, mens dette ikke er tilfældet for far.

Forældres misbrug: De unge blev udover ovenstående spørgsmål stillet nedenstående spørgsmål:

1. Har en af dine forældre nu eller tidligere haft et misbrug af alkohol eller andre rusmidler bortset fra cigaretter?
 - a. Hvem af dine forældre?
2. Bor du sammen med nogen, der har alkoholproblemer?
3. Bor du sammen med nogen, der bruger illegale rusmidler?
4. Hvor mange af dine () nære venner tror du har brugt cannabis eller andre rusmidler end cigaretter og alkohol i løbet af de sidste 30 dage?

249 af de 460 af de unge (54,1 %) har enten haft en mor, en far eller begge som har/har haft et stof eller alkoholmisbrug. Blandt danske unge generelt gør det sig gældende for 12,4 % (se Pedersen 2017d). For 147 af disse unges vedkommende er det faderen, der har/har haft et misbrug, mens det for 36 af disse unges vedkommende er moderen, og for 66 af disse unges vedkommende er det både mor og far. Der ses en tendens til, at unge med en mor og/eller far, der har/har haft et misbrug, har vanskeligere ved at komme ud af deres misbrug, men sammenhængen er ikke signifikant. Tendensen er ikke mindst tydelig hos unge, hvor begge forældre har/har haft et misbrug. For disse unge er 27,5 % stoffri 9 måneder efter indskrivning (n=40), mens det er 39,5 % for andre unge (n=256). Også her er sammenhængen kun næsten signifikant.

Bor sammen med personer, der misbruger alkohol eller stoffer: At bo sammen med én eller flere personer, der misbruger stoffer eller alkohol ved indskrivning, kan ikke umiddelbart knyttes til stoffrihed 9 måneder efter indskrivning. At vedblive med at bo med personer, der har et stofmisbrug, synes derimod at være en barriere for at opnå stoffrihed. Af de unge, der boede med én eller

flere personer, der misbrugte stoffer ved 2- 4 måletidspunkter, er 22 % stoffri 9 måneder efter indskrivning (n=45), mens det samme gør sig gældende for 41,6 % af unge, der højst ved et måletidspunkt bor sammen med én eller flere personer, der misbruger stoffer (n=202). Datagrundlaget er de 247, der har deltaget i alle 4 interviewrunder. Det er relativ få, der bor sammen med personer, der misbruger stoffer ved mere end et måletidspunkt, hvorfor sammenhængen kun er tæt på signifikant. Tallene taler dog alligevel for, at det er en god idé enten at få de samboende (hvis det for eksempel er en kæreste) med i behandling eller at finde en anden bolig til den unge (hvis de bor med venner, der misbruger). I alt bor 27 af de 460 unge sammen med venner (som ikke nødvendigvis bruger stoffer). Af disse er 25,9 % stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens det for andre unge er 39,0 %.

Meget få unge rapporterer at bo med personer, der misbruger alkohol. Der ses ingen sammenhæng mellem bofæller, der misbruger alkohol og opnåelse af stoffrihed for den unge.

Nære venner, der bruger stoffer: Om den unge har venner (og hvor mange), der bruger stoffer ved indskrivning, forudsiger ikke stoffrihed 9 måneder efter indskrivning. Der ses dog også her en ret stor variation over tid i forhold til, hvor mange nære venner de har, der bruger stoffer. Til gengæld er der på et givent måletidspunkt stor sammenhæng mellem det at have venner, der bruger stoffer, og om de selv bruger stoffer på dette tidspunkt. 9 måneder efter indskrivning er det for eksempel 72,9 % af de 70 unge, som ikke har nære venner der tager stoffer, som er stoffri. Det er derimod kun 25,8 % af de 209 unge der har stofbrugende nære venner, som er stoffri ved 9 måneders opfølgningen⁵⁰. Dette kan også forklares på anden måde. Af de unge, der på intet tidspunkt i forløbet har haft nære venner, der *ikke* bruger stoffer er 27,7 % stoffri 9 måneder efter indskrivning (n=130), mens det for de unge, der på mindst ét måletidspunkt kun har haft nære venner, der ikke brugte stoffer, er 52,8 %, der er stoffri (n=89)⁵¹.

At have nære venner, der bruger stoffer, må betragtes som en normaltilstand for denne gruppe af unge. Således er det kun 15,5 % af de unge ved indskrivning, som ikke har mindst én nær venner, der bruger illegale stoffer. Men at have nære venner, der bruger stoffer gennem hele behandlingsforløbet, synes at være en klar barriere for opnåelse af stoffrihed. Der bør derfor også i behandlingen arbejdes aktivt med, hvordan den unge håndterer forbrug af stoffer i sin nærmeste omgangskreds.

8.10. Fysisk

De unge blev blandt andet andet stillet nedenstående spørgsmål om fysiske problemer (findes også i ASI=Addiction Severity Index).

"Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer de sidste 30 dage?"

⁵⁰ OR=7,74, p<0.001, CI 95 4,18 – 14,31, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning.

⁵¹ OR=3,26, p<0.001, CI 95 1,81 – 5,86, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning.

Der ses en signifikant sammenhæng mellem fysiske problemer ved indskrivning og stoffrihed 9 måneder efter indskrivning. 102 af de 296, som deltog i 9 måneders opfølgningen havde haft smerter mindst 10 dage den seneste måned op til indskrivning. 27,5 % af disse 102 unge var stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens 43,3 % af de resterende 194 var stoffri på samme tidspunkt⁵².

246 af de 247, der deltog i alle fire interviewrunder, svarede på spørgsmålene om fysiske problemer. Af de unge, der mindst i to interviews havde oplevet fysiske problemer i mindst 10 dage (n=73), var 20,6 % stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens det for de resterende (n=173) var 45,1 %, der var stoffri på samme tidspunkt⁵³. Det er med andre ord meget vigtigt at være opmærksom på fortsatte fysiske problemer.

Der fandtes ingen sammenhænge mellem brug af håndkøbsmedicin, lægeordineret medicin mod fysiske problemer eller antal besøg hos egen læge den seneste måned og stoffrihed.

Der stilles i UngMap 5 spørgsmål om søvnmønstre. Kun et af disse spørgsmål kan ses i sammenhæng med opnåelsen af stoffrihed.

"Hvor mange gange er du typisk vågen om natten (tænk igen på de sidste 7 dage)".

Af de unge, der vågnede mindst to gange om natten op til indskrivning er 29,8 % stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens det samme er tilfældet for 44,2 % af de, der højst er vågnede én gang om natten⁵⁴. Et afbrudt søvnmønster kan således være en barriere i forhold til at opnå stoffrihed.

⁵² OR=1,99, p=0,011, CI 95 1,21 – 3,37, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning.

⁵³ OR=3,16, p=0,001, CI 95 1,63 – 6,11, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning.

⁵⁴ OR=1,82, p=0,019, CI 95 1,10 – 2,99, kontrolleret for køn, alder og forbrug ved indskrivning.

9. Afslutning

I denne rapport er det vist, at det ikke er ligegyldigt, hvem der behandles og heller ikke ligegyldigt, hvilken behandling de tilbydes.

For eksempel er det kun 22,5 % af de unge med en ADHD, som er stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens det samme er tilfældet for 48,6 % af de unge, som ikke har svære psykiske problemer eller nogen psykiatrisk diagnose.

Forskellige behandlingsmetoder kan ligeledes virke meget forskelligt. Mens vi for en behandlingsmetode fandt at 30,6 % var stoffri 9 måneder efter indskrivning, var det for en anden behandlingsmetode 50 %.

Når hvem de unge er kombineres med hvilken behandlingsmetode de tilbydes, ser vi endnu større forskelle. Mens for eksempel 8,3 % af de unge med ADHD i en behandlingsgruppe opnåede stoffrihed, var det samme tilfældet for 37,8 % i en anden gruppe.

Det er med andre ord ikke ligegyldigt, hvem der tilbydes hvad. For en detaljeret sammenfatning og diskussion af resultaterne henvises der til den indledende sammenfatning.

10. Referencer

- Adler LA, et al. (2012) Preliminary Examination of the Reliability and Concurrent Validity of the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Scale v1.1 Symptom Checklist to Rate Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents. *J Child Adol Psychop* 22(3):238-244.
- Andershed H, Kerr M, Stattin H, & Levander S (2002) Psychopathic traits in non-referred youths: A new assessment tool. *Psychopaths: Current International Perspectives*, eds Blaauw E & Sheridan L (The Hague: Elsevier), pp 131-158.
- Blacken P, et al. (1994) European Addiction Severity Index (EuropASI). *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*.
- Brown, Sandra A., and Danielle E. Ramo. "Clinical course of youth following treatment for alcohol and drug problems." (2006).
- Friedman AS, Terras A, & Öberg D (2001) Euro Adolescent Drug Abuse Diagnosis (Euro-ADAD). *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*.
- Gates, P. J., et al. (2016). "Psychosocial interventions for cannabis use disorder." [The Cochrane database of systematic reviews](#)(5): CD005336-CD005336.
- Lauridsen, M. og Nyboe, J. (2013): Evaluering: Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling. Odense: Socialstyrelsen
- Miller, WR. og Rollnick, S (2004). Motivationsamtalen. Hans Reitzel.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition). <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>
- Pedersen, D (2010): Rapport of gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug –målgrupper, metode og resultater. Socialforvaltningen, Københavns kommune
- Pedersen, MU, Jones S, Holm KE, Frederiksen KS & Pedersen, MM (2017a). Manual for metoder i Metode-Projektet. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen MU, Thomsen KR, Pedersen MM & Hesse M (2017). Mapping risk factors for substance use: Introducing the YouthMap12. *Addictive Behavior*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.09.005>
- Pedersen, MU (2017c). *Unge vokset op med forældre der misbruger alkohol og/eller andre stoffer*. Notat til Børne og Ministeriet.
- Pedersen, MU (2017d). Videointroduktioner til UngMap. Findes her: <http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/ungmap/videocasts-og-videoer/>

Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen, MU & Rømer, KT (2016). Personlige livsbarrierer blandt danske unge. I MU Pedersen og SH Ravn Unge liv: Tilhør og udfordringer. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 21-39.

Pedersen, M.U. & Pedersen M.M. (2013): Effekten af hashbehandling. En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed behandling af hashmisbrug.

Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K. (2002). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In K. Glanz, B.K. Rimer & F.M. Lewis, (Eds.) *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3rd Ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.

Socialstyrelsen (2015). Stofmisbrugspakken. <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/stofmisbrugspakken>

Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for den sociale misbrugsbehandling. <https://socialstyrelsen.dk/voksne/stof-og-alkoholmisbrug/stofmisbrugsbehandling>

Kessler, R. C., Adler, L., Gruber, M. J., Sarawate, C. S., Spencer, T., & Brunt, D. L. V. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res.*, 16(2), 52-65.

Waldron, HB & Turner, CW (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1):238-61.

Bilag 1. Statistik

Analyse 1

Udviklingen i andelen af stoffri fra 3 måneders opfølgning over 6 til 9 måneders opfølgning. Repeated logistisk regression af rå-data.

MI/KAT: Der ses ingen forøgelse i andelen af stoffri når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.42	0.30	-1.41	0.158	-1.00	0.16
9	-0.37	0.30	-1.25	0.211	-0.95	0.21

MI/KAT-G: Der ses en tæt-på signifikant forøgelse i andelen af stoffri ved 9 måneder når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.39	0.31	-1.28	0.200	-1.00	0.21
9	-0.56	0.31	-1.81	0.071	-1.17	0.05

MI/KAT-O: Der ses en signifikant forøgelse i andelen af stoffri når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference fra 3 til 6 måneders opfølgningen, men kun tæt på signifikant udvikling fra 6 til 9 måneder (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.74	0.24	-3.11	0.002	-1.21	-0.28
9	-0.46	0.25	-1.89	0.059	-0.95	0.02

MI/KAT-GO: Der ses en stærkt signifikant forøgelse i andelen af stoffri når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference ved både 6 og 9 måneders opfølgningen (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.73	0.27	-2.66	<0.01	-1.26	-0.19
9	-1.34	0.27	-5.01	<0.001	-1.86	-0.81

Analyse 2

Andelen af stoffri ved 3 måneders interviewet anvendt som baseline (reference) fordelt på de 4 behandlingsgrupper.

Den øverste markering med gult nedenfor viser, at der ikke finder nogen signifikant udvikling sted fra 3 til 6 måneders interviewet samlet set. Den nederste markering med gult viser, at der i MI/KAT-GO gruppen ses en signifikant øgning ($p=0.01$) i andelen af stoffri mellem 6 og 9 måneders interviewet med 3 måneders interviewet som reference. Denne øgning i andelen af stoffri er signifikant forskellig fra de andre grupper.

```
GEE population-averaged model
Group variable:          nr
Link:                   logit
Family:                 binomial
Correlation:            exchangeable
Scale parameter:       1
Number of obs          =    954
Number of groups       =    392
Obs per group: min     =     1
                   avg     =    2.4
                   max     =     3
Wald chi2(13)         =   43.80
Prob > chi2           =   0.0000
```

is	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
2.sex	.0795693	.2223056	0.36	0.720	-.3561416	.5152803
alder	.0082725	.0358962	0.23	0.818	-.0620827	.0786277
_j						
3	-.4103064	.2741469	-1.50	0.134	-.9476245	.1270118
4	-.3608914	.2741601	-1.32	0.188	-.8982354	.1764526
gruppen						
2	.3457105	.3624932	0.95	0.340	-.364763	1.056184
3	.2700545	.361026	0.75	0.454	-.4375434	.9776524
4	.3867649	.3566621	1.08	0.278	-.3122799	1.08581
_j#gruppen						
3 2	.0411383	.3940186	0.10	0.917	-.7311239	.8134006
3 3	-.3281895	.387734	-0.85	0.397	-1.088134	.4317552
3 4	-.3095591	.3794056	-0.82	0.415	-1.05318	.4340622
4 2	-.1425439	.3950149	-0.36	0.718	-.9167588	.631671
4 3	-.1151766	.3940052	-0.29	0.770	-.8874125	.6570593
4 4	-.9651241	.3751468	-2.57	0.010	-1.700398	-.22985
_cons	.8298656	.7849832	1.06	0.290	-.7086731	2.368404

Analyse 3

Udviklingen i stofbelastning fra 3 måneders opfølgning over 6 til 9 måneders opfølgning. Mixed effect model regression af rå-data.

MI/KAT: Der ses ingen reduktion i stofbelastning når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference.

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.87	0.75	-1.15	0.25	-2.35	0.61
9	-0.37	0.75	-0.49	0.62	-1.84	1.11

MI/KAT-G: Der ses ingen reduktion i stofbelastning når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	0.00	0.73	0.00	1.00	-1.42	1.43
9	-0.11	0.74	-0.15	0.88	-1.57	1.34

MI/KAT-O: Der ses en signifikant reduktion i stofbelastning når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference fra 3 til 9 måneders opfølgningen (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-2.40	0.66	-3.64	0.000	-3.69	-1.10
9	-1.53	0.67	-2.30	0.022	-2.84	-0.23

MI/KAT-GO: Der ses en signifikant reduktion i stofbelastning når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference fra 6 til 9 måneders opfølgningen (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.95	0.72	-1.32	0.19	-2.37	0.46
9	-1.73	0.72	-2.40	0.02	-3.14	-0.32

Analyse 4

Udviklingen i andelen der er ophørt med forbrug af hash fra 3 måneders opfølgning over 6 til 9 måneders opfølgning. Repeated logistisk regression af rå-data.

MI/KAT: Der ses ingen forøgelse i andelen af hash-fri når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.37	0.28	-1.34	0.18	-0.91	0.17
9	-0.25	0.28	-0.91	0.37	-0.80	0.29

MI/KAT-G: Der ses ingen forøgelse i andelen af hash-fri når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.46	0.30	-1.52	0.13	-1.06	0.13
9	-0.49	0.31	-1.59	0.11	-1.10	0.11

MI/KAT-O: Der ses en signifikant forøgelse i andelen af hashfri når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference fra 3 til 6 måneders opfølgningen, men ingen signifikant udvikling fra 6 til 9 måneder (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.56	0.21	-2.74	0.006	-0.96	-0.16
9	-0.31	0.21	-1.46	0.145	-0.72	0.11

MI/KAT-GO: Der ses en stærkt signifikant forøgelse i andelen af hashfri når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference fra 3 til 9 måneders opfølgningen (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.60	0.27	-2.26	0.02	-1.12	-0.08
9	-1.18	0.26	-4.52	0.000	-1.69	-0.67

Analyse 5

Sammenligning mellem de enkelte grupper udvikling i andelen, der er ophørt med forbrug af hash fra 3 måneders opfølgning over 6 til 9 måneders opfølgning. Repeated logistisk regression af rå-data.

Se markerede gruppe 4 (MI/KAT-GO) som er signifikant forskellig i mål 4 (som er 9 måneders opfølgning) -

```
GEE population-averaged model          Number of obs      =      954
Group variable:                        nr                 Number of groups   =      392
Link:                                   logit              Obs per group: min =       1
Family:                                 binomial           avg                 =     2.4
Correlation:                            exchangeable       max                 =       3
Scale parameter:                        1                 Wald chi2(13)      =     36.79
                                          Prob > chi2        =     0.0004
```

hash	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
2.sex	.1557698	.2166466	0.72	0.472	-.2688498	.5803894
alder	-.0139869	.0346573	-0.40	0.687	-.0819141	.0539402
_j						
3	-.3625191	.2657913	-1.36	0.173	-.8834604	.1584222
4	-.2486628	.2667984	-0.93	0.351	-.771578	.2742524
gruppen						
2	.3534017	.3469625	1.02	0.308	-.3266324	1.033436
3	.0165507	.3358746	0.05	0.961	-.6417514	.6748527
4	.277866	.3361668	0.83	0.408	-.381009	.9367409
_j#gruppen						
3 2	-.0651117	.378453	-0.17	0.863	-.806866	.6766425
3 3	-.207725	.3685029	-0.56	0.573	-.9299774	.5145274
3 4	-.2278145	.3630909	-0.63	0.530	-.9394597	.4838306
4 2	-.1801412	.3825921	-0.47	0.638	-.9300079	.5697255
4 3	-.068304	.373939	-0.18	0.855	-.8012109	.6646029
4 4	-.9123957	.3610782	-2.53	0.012	-1.620096	-.2046953
_cons	1.087814	.7595827	1.43	0.152	-.4009412	2.576568

Analyse 6

Udviklingen i hashforbrug fra 3 måneders opfølgning over 6 til 9 måneders opfølgning. Mixed effect model regression af rå-data.

MI/KAT: Der ses ingen reduktion i hashforbrug når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference.

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.99	1.38	-0.71	0.48	-3.69	1.72
9	0.04	1.38	0.03	0.98	-2.66	2.74

MI/KAT-G: Der ses ingen reduktion i hashforbrug når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	0.42	1.38	0.30	0.76	-2.30	3.13
9	-0.46	1.41	-0.33	0.74	-3.24	2.31

MI/KAT-O: Der ses en signifikant reduktion i hashforbrug når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference fra 3 til 6 måneders opfølgningen (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-3.27	1.17	-2.79	0.005	-5.56	-0.97
9	-2.05	1.19	-1.72	0.085	-4.37	0.28

MI/KAT-GO: Der ses en signifikant reduktion i stofbelastning 3 måneders opfølgningen anvendes som reference fra 6 til 9 måneders opfølgningen (se gult markerede).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-1.50	1.15	-1.30	0.19	-3.75	0.76
9	-3.27	1.15	-2.85	0.004	-5.52	-1.02

Analyse 7

Udviklingen i andelen af unge, der er afholdende for brug af andre illegale stoffer (AIS) end hash fra indskrivning over 3, 6 til 9 måneders opfølgning. Repeated logistisk regression af rå-data.

MI/KAT: Der ses ingen forøgelse i andelen af AIS afholdende når indskrivning anvendes som reference (se gult markerede).

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	0.35	0.28	1.28	0.20	-0.19	0.89
6	-0.01	0.30	-0.04	0.97	-0.60	0.58
9	0.13	0.29	0.43	0.67	-0.45	0.70

MI/KAT-G: Der ses ingen forøgelse i andelen af AIS afholdende når indskrivning anvendes som reference (se gult markerede).

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.18	0.28	-0.65	0.51	-0.74	0.37
6	-0.48	0.31	-1.55	0.12	-1.08	0.13
9	-0.31	0.31	-1.01	0.31	-0.92	0.29

MI/KAT-O: Der ses ingen forøgelse i andelen af AIS afholdende når indskrivning anvendes som reference fra 3 til 6 måneders opfølgningen, men kun tæt på signifikant udvikling fra 6 til 9 måneder (se gult markerede).

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.18	0.26	-0.72	0.473	-0.69	0.32
6	-0.51	0.29	-1.77	0.076	-1.07	0.05
9	-0.44	0.29	-1.52	0.13	-1.00	0.13

MI/KAT-GO: Der ses en signifikant forøgelse i andelen af AIS afholdende når indskrivning anvendes som reference i 6 og 9 måneders opfølgningen (se gult markerede).

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.45	0.26	-1.75	0.08	-0.96	0.05
6	-0.86	0.29	-2.94	0.00	-1.44	-0.29
9	-0.73	0.29	-2.54	0.01	-1.30	-0.17

Analyse 8

Udviklingen i andelen af unge, der drikker alkohol fra indskrivning over 3, 6 til 9 måneders opfølgning. Repeated logistisk regression af rå-data.

MI/KAT: Der ses en signifikant forøgelse i andelen der drikker ved 9 måneders opfølgningen når indskrivning anvendes som reference (se gult markerede).

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	0.34	0.26	1.29	0.20	-0.18	0.86
6	0.38	0.28	1.37	0.172	-0.17	0.93
9	0.66	0.29	2.30	0.021	0.10	1.23

MI/KAT-G: Der ses ingen signifikant forøgelse i andelen der drikker når indskrivning anvendes som reference.

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	0.30	0.23	1.30	0.19	-0.15	0.75
6	0.20	0.24	0.82	0.41	-0.27	0.66
9	0.28	0.25	1.15	0.25	-0.20	0.77

MI/KAT-O: Der ses ingen signifikant forøgelse i andelen der drikker når indskrivning anvendes som reference.

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	0.23	0.23	1.00	0.319	-0.23	0.69
6	0.22	0.25	0.90	0.367	-0.26	0.71
9	0.38	0.26	1.46	0.14	-0.13	0.89

MI/KAT-GO: Der ses ingen signifikant forøgelse i andelen der drikker når indskrivning anvendes som reference.

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.02	0.23	-0.09	0.93	-0.48	0.44
6	0.06	0.24	0.23	0.82	-0.42	0.53
9	0.28	0.25	1.09	0.28	-0.22	0.77

Analyse 9

Udviklingen i trivsel fra 3 måneders opfølgning over 6 til 9 måneders opfølgning. Mixed effect model regression af rå-data.

MI/KAT: Der ses øget trivsel fra indskrivning til 3 måneder når indskrivning anvendes som reference (se gul markering).

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	0.79	0.25	3.14	0.00	0.30	1.28
6	0.39	0.26	1.47	0.141	-0.13	0.91
9	0.24	0.26	0.92	0.358	-0.27	0.75

MI/KAT-G: Der ses øget trivsel fra indskrivning til 3, 6 og 9 måneders opfølgning når indskrivning anvendes som reference (se gul markering).

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	0.83	0.23	3.64	0.00	0.38	1.28
6	0.78	0.24	3.29	0.00	0.32	1.25
9	1.05	0.24	4.30	0.00	0.57	1.53

MI/KAT-O: Der ses øget trivsel fra indskrivning til 3, 6 og 9 måneder opfølgning når indskrivning anvendes som reference (se gul markering).

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	0.61	0.22	2.81	0.005	0.19	1.04
6	0.64	0.23	2.74	0.006	0.18	1.09
9	0.83	0.24	3.49	0.00	0.36	1.29

MI/KAT-GO: Der ses øget trivsel fra indskrivning til 3, 6 og 9 måneder opfølgning når indskrivning anvendes som reference (se gul markering).

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	0.64	0.23	2.74	0.01	0.18	1.10
6	1.48	0.24	6.10	0.00	1.00	1.95
9	1.54	0.25	6.29	0.00	1.06	2.02

3 måneders opfølgning som reference

MI/KAT: Der ses en signifikant reduktion i trivsel 9 måneder efter indskrivning når 3 måneders opfølgning anvendes som reference (se gul markering).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.40	0.27	-1.46	0.14	-0.94	0.14
9	-0.58	0.27	-2.12	0.03	-1.11	-0.04

MI/KAT-GO: Der ses en signifikant øget trivsel 6 og 9 måneder efter indskrivning når 3 måneders opfølgning anvendes som reference (se gul markering).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.
6	0.83	0.25	3.30	0.001	0.34 1.32
9	0.90	0.25	3.61	0.000	0.41 1.39

Der ses ingen yderligere øget trivsel efter 3 måneders interviewet for MI/KAT-G og MI/KAT-O.

MI/KAT-GO adskiller sig fra de øvrige grupper ved den fortsatte positive udvikling i trivsel med 3 måneders opfølgningen som reference (se gult markerede)

Log restricted-likelihood = -2908.0613 Wald chi2 (17) = 148.90
 Prob > chi2 = 0.0000

triv	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
2.sex	-1.034001	.179645	-5.76	0.000	-1.386099 -.6819031
gruppen					
2	-.1635386	.2722299	-0.60	0.548	-.6970995 .3700223
3	.179822	.2726076	0.66	0.509	-.354479 .714123
4	-.517405	.267642	-1.93	0.053	-1.041974 .0071637
_j					
2	.78373	.2432055	3.22	0.001	.3070559 1.260404
3	.4003415	.255423	1.57	0.117	-.1002785 .9009614
4	.249476	.2515221	0.99	0.321	-.2434983 .7424504
gruppen#_j					
2 2	.0488422	.337201	0.14	0.885	-.6120596 .709744
2 3	.3798698	.3523316	1.08	0.281	-.3106874 1.070427
2 4	.7953607	.3542794	2.25	0.025	.1009859 1.489735
3 2	-.1771182	.3383671	-0.52	0.601	-.8403055 .4860691
3 3	.2569923	.3575889	0.72	0.472	-.4438691 .9578536
3 4	.592067	.3584344	1.65	0.099	-.1104514 1.294585
4 2	-.1420777	.3296951	-0.43	0.667	-.7882682 .5041128
4 3	1.078918	.3443084	3.13	0.002	.4040859 1.75375
4 4	1.294224	.3434374	3.77	0.000	.6210988 1.967349
alder	-.1076905	.028923	-3.72	0.000	-.1643786 -.0510024

Analyse 10

Udviklingen i reduktion i illegale aktiviteter fra indskrivning over 3, 6 til 9 måneders opfølgning.
Repeated logistisk regression af rå-data.

MI/KAT: Der ses en signifikant reduktion i illegale aktiviteter ved 9 måneders opfølgningen når indskrivning anvendes som reference (se gult markerede).

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.58	0.31	-1.86	0.06	-1.20	0.03
6	-0.65	0.34	-1.91	0.06	-1.31	0.02
9	-0.76	0.34	-2.21	0.03	-1.43	-0.09

MI/KAT-G: Der ses ingen signifikant reduktion i illegale aktiviteter ved opfølgninger når indskrivning anvendes som reference.

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.23	0.28	-0.80	0.42	-0.78	0.33
6	-0.58	0.32	-1.82	0.07	-1.21	0.05
9	-0.07	0.30	-0.24	0.81	-0.65	0.51

MI/KAT-O: Der ses ingen signifikant reduktion i illegale aktiviteter ved opfølgninger når indskrivning anvendes som reference.

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	0.10	0.28	0.35	0.723	-0.45	0.65
6	-0.48	0.34	-1.40	0.161	-1.15	0.19
9	-0.26	0.33	-0.79	0.43	-0.91	0.39

MI/KAT-GO: Der ses signifikant reduktion i illegale aktiviteter ved 6 og 9 måneders opfølgningerne når indskrivning anvendes som reference.

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.56	0.34	-1.69	0.09	-1.22	0.09
6	-0.78	0.37	-2.10	0.04	-1.51	-0.05
9	-1.30	0.44	-2.94	0.003	-2.17	-0.43

Analyse 11

Reduktionen i opmærksomheds- og hyperaktivitetsproblemer (ASRS) fra 3 måneders opfølgning (reference) over 6 til 9 måneder efter indskrivning. Mixed effect model regression af rå-data.

MI/KAT: Der ingen ændring i ASRS fra 6 til 9 måneder efter indskrivning når 3 måneders opfølgning anvendes som reference.

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.17	0.32	-0.52	0.60	-0.79	0.46
9	-0.13	0.32	-0.41	0.68	-0.76	0.50

MI/KAT-G: Der en positiv reduktion i ASRS scores fra 6 til 9 måneder efter indskrivning når 3 måneders opfølgning anvendes som reference (se gul markering).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.71	0.28	-2.57	0.01	-1.25	-0.17
9	-0.98	0.28	-3.57	0.00	-1.52	-0.44

MI/KAT-O: Der ingen ændring i ASRS fra 6 til 9 måneder efter indskrivning når 3 måneders opfølgning anvendes som reference.

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.14	0.25	-0.58	0.561	-0.62	0.34
9	-0.36	0.25	-1.45	0.146	-0.84	0.12

MI/KAT-GO: Der en positiv reduktion i ASRS scores fra 6 til 9 måneder efter indskrivning når 3 måneders opfølgning anvendes som reference (se gul markering).

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	-0.71	0.33	-2.17	0.03	-1.35	-0.07
9	-1.31	0.33	-4.01	0.000	-1.96	-0.67

Analyse 12

Udviklingen i andelen der er inkluderet i en uddannelse-aktivitet fra 3 måneder (reference) over 6 til 9 måneder efter indskrivning. Repeated logistisk regression af rå-data.

MI/KAT-GO: Der ses signifikant øgning i andelen af unge, der er inkluderet i en uddannelsesaktivitet ved 9 måneders opfølgning, når 3 måneders opfølgningen anvendes som reference.

3 (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
6	0.42	0.26	1.61	0.11	-0.09	0.92
9	0.61	0.26	2.31	0.021	0.09	1.12

Analyse 13

Reduktionen i konflikt med mor fra indskrivning (reference) over 3, 6 til 9 måneder efter indskrivning. Mixed effect model regression af rå-data.

MI/KAT: Der ses reduktion i konflikt 3,6 og 9 måneder efter indskrivning med indskrivning som reference (se gul markering)

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.43	0.13	-3.26	0.00	-0.69	-0.17
6	-0.36	0.14	-2.55	0.011	-0.63	-0.08
9	-0.32	0.14	-2.30	0.022	-0.59	-0.05

MI/KAT-G: Der ses reduktion i konflikt 9 måneder efter indskrivning med indskrivning som reference (se gul markering)

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.18	0.13	-1.43	0.15	-0.42	0.07
6	-0.25	0.13	-1.92	0.06	-0.50	0.01
9	-0.30	0.14	-2.18	0.03	-0.56	-0.03

MI/KAT-O: Der ses reduktion i konflikt 3 og 6 måneder efter indskrivning med indskrivning som reference (se gul markering)

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.34	0.12	-2.91	0.004	-0.58	-0.11
6	-0.48	0.13	-3.77	0.000	-0.73	-0.23
9	-0.23	0.13	-1.84	0.07	-0.48	0.02

MI/KAT-GO: Der ses reduktion i konflikt 3, 6 og 9 måneder efter indskrivning med indskrivning som reference (se gul markering)

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.37	0.12	-3.01	0.00	-0.61	-0.13
6	-0.62	0.13	-4.90	0.00	-0.86	-0.37
9	-0.55	0.13	-4.21	0.00	-0.81	-0.29

Reduktionen i konflikt med far fra indskrivning (reference) over 3, 6 til 9 måneder efter indskrivning. Mixed effect model regression af rå-data.

MI/KAT: Der ses reduktion i konflikt 3 og 9 måneder efter indskrivning med indskrivning som reference (gul markering)

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.30	0.12	-2.46	0.01	-0.53	-0.06
6	-0.22	0.12	-1.75	0.080	-0.46	0.03
9	-0.46	0.13	-3.59	0.000	-0.71	-0.21

MI/KAT-G: Der ses reduktion i konflikt 6 måneder efter indskrivning med indskrivning som reference (gul markering)

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.21	0.12	-1.71	0.09	-0.44	0.03
6	-0.36	0.12	-2.97	0.00	-0.60	-0.12
9	-0.08	0.13	-0.60	0.55	-0.33	0.18

MI/KAT-O: Der ses reduktion i konflikt 6 og 9 måneder efter indskrivning med indskrivning som reference (se gul markering)

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.20	0.15	-1.33	0.184	-0.49	0.09
6	-0.34	0.15	-2.22	0.027	-0.63	-0.04
9	-0.40	0.16	-2.51	0.01	-0.70	-0.09

MI/KAT-GO: Der ses reduktion i konflikt 6 og 9 måneder efter indskrivning med indskrivning som reference (gul markering)

Ind (reference)	coeff.	std.error	z	p. værdi	95 conf.interval.	
3	-0.21	0.14	-1.51	0.13	-0.49	0.06
6	-0.40	0.15	-2.71	0.01	-0.68	-0.11
9	-0.44	0.15	-3.02	0.00	-0.72	-0.15

Bilag 2. TEM

Trivsel og Effekt Monitorering (sidste uge)

Svar på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder virkelig dårligt, 5 er midten og 10 betyder virkelig godt (sidste uge).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Virkelig					Midten					Virkelig
	dårlig (t)										god(t)
Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner, i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Virkelig					Midten					Virkelig
	dårlig										god
Hvordan har du generelt været til at koncentrere dig i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvordan har du generelt været til at overholde aftaler og planlægge din dag i de sidste 7 dage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange gange har du røget hash i den sidste uge?

	Antal gange pr dag
Mandag:	_____
Tirsdag:	_____
Onsdag:	_____
Torsdag:	_____
Fredag:	_____
Lørdag:	_____
Søndag:	_____

Hvor mange genstande har du drukket i løbet af den sidste uge?

	Antal genstande
Mandag:	_____
Tirsdag:	_____
Onsdag:	_____
Torsdag:	_____
Fredag:	_____
Lørdag:	_____
Søndag:	_____

Hvor mange dage har du taget andre stoffer end hash i den sidste uge?

Dage _____

Bilag 3. Eksempel på kontrakt/behandlingsplan

Eksempel på kontrakt med Lasse Jensen 18 år (fiktiv person):

Kommunens logo

Kontrakt

*Kontrakt for behandlingsforløbet mellem
Lasse Jensen og Gitte Larsen.*

Denne kontrakt indeholder de mål og delmål, som vi har aftalt, der skal arbejdes hen imod. Disse er følgende:

1. At stoppe med at bruge alle former for illegale stoffer
2. At jeg lærer at styre mit temperament lidt mere, blandt andet ved at jeg kontrollerer mit alkoholindtag til fester lidt bedre.
3. At jeg lærer at håndtere situationer, hvor dem jeg er sammen med, ryger hash eller tager andre stoffer.
4. At jeg får færre konflikter med min mor og får genoptaget kontakten til min far.
5. At jeg gennemfører basisforløbet som tømmer på teknisk skole, som jeg er i gang med.
6. At jeg flytter for mig selv, i stedet for som nu, at bo med venner, der ryger hash, i en lejlighed.

Metode: Vi vil arbejde hen imod målene ved blandt andet at tale om de risikosituationer, der opstår og hvordan disse kan håndteres. Vi vil også forsøge at foregribe risikosituationerne ved, at du taler med for eksempel dine venner om, hvordan de kan hjælpe dig med ikke at bruge stoffer eller med din mor om, hvordan i bedst støtter hinanden og skændes noget mindre. Vi taler hver gang om, hvordan det er gået siden sidst, herunder hvilke risikosituationer, du har oplevet, og hvordan du håndterede dem (eller ikke håndterede dem)

Lasse: Jeg forpligter mig til at melde afbud i rimelig god tid, hvis jeg bliver forhindret i at komme og efter bedste evne at arbejde hen imod de mål, vi er blevet enige om.

Jeg vil helst ikke have, at du ikke siger noget og bare sidder og nikker. Du må gerne give mig gode råd og vejledning. Du skal ikke give mig opgaver, hvor jeg skal skrive noget. Du må gerne sende mig en SMS dagen før, vi skal mødes.

Gitte: Jeg forpligter mig til at sende dig en SMS for at påminde dig om vores næste samtale dagen før samtalen. Jeg forpligter mig til efter bedste evne at inddrage dig i alle beslutninger og hjælpe dig med at nå de mål, vi er blevet enige om.

Jeg vil meget gerne have, du er ærlig over for mig. Jeg lover dig, at de oplysninger, du giver mig ikke kommer uden for dette center, med mindre du accepterer det. Undtagelsen er, hvis dine oplysninger henviser til farer for dit eller andres liv eller helbred.

Gitte Larsen

Lasse Jensen

OBS! Kontrakten/behandlingsplanen er et statisk/historisk dokument. Den opdateres ikke. Den er udtryk for, hvad den unge havde som mål ved behandlingens start. Det betyder ikke målene, der arbejdes med er statiske. Udviklingen i målene/delmålene beskrives i logbogen (eller jorunalen).

Bilag 4. Eksempel på statusbrev

Statusbrev til Lasse Jensen 18 år (fiktiv person)

Kommunens logo

Statusbrev

*Status for behandlingsforløbet mellem
Lasse Jensen og Gitte Larsen.*

Hej Lasse

Som vi har talt om, får du én skriftlig status én gang om måneden fra mig med en opdatering af, hvad vi har arbejdet med, og hvordan det er gået i forhold til målene

De mål vi blev enige om:

1. At stoppe med at bruge alle former for illegale stoffer
2. At jeg lærer at styre mit temperament lidt mere, blandt andet ved at jeg kontrollerer mit alkoholindtag til fester lidt bedre.
3. At jeg lærer at håndtere situationer, hvor dem jeg er sammen med ryger hash eller tager andre stoffer.
4. At jeg får færre konflikter med min mor og får genoptaget kontakten til min far.
5. At jeg gennemfører det basisforløbet som tømmer på teknisk skole, som jeg er i gang med.
6. At jeg flytter for mig selv i stedet for som nu at bo med venner, der ryger hash, i en lejlighed.

Dit forbrug: Du har ikke taget kokain eller andre stimulerende stoffer siden, vi startede vores samtaler. Du har reduceret dit forbrug af hash betragteligt og ryger nu ikke mere hash hver dag. Du drikker stadig lidt voldsomt med alkohol i weekenden, men ikke i hverdagene.

Andre mål: Du har fået talt med dine venner om, hvordan de bedst hjælper dig med at undgå at tage stoffer, når du er sammen. De har været meget åbne og tager ikke mere stoffer, når du er i nærheden. Du har også fået talt med din mor og I skændes nu ikke så meget mere. Vi har aftalt, at hun kommer med til vores næste samtale.

Du er stadig i gang med basisforløbet som tømmer på teknisk skole, men bor stadig med de samme venner i en lejlighed, hvilket betyder, at det er lidt svært helt at holde op med at ryge hash.

Trivsel: Du har igennem den sidste måned fået det bedre med dig selv (fra 4 til 6 i trivsel) og er blevet bedre til at holde aftaler og planlægge din dag (fra 4 til 5). Du har stadig svært ved at koncentrere dig.

Du har glemt at melde afbud en enkelt gang, hvilket vi har talt om helst ikke må ske igen.

Jeg er rigtig glad for, at du har holdt fast i behandlingen og synes helt klart, du er på rette vej. Jeg synes, du er meget åben i samarbejdet omkring din behandling og jeg håber, du fortsætter med at have den samme motivation, så du kan nå dine endelige mål.

Med venlig hilsen
Gitte