

EFFEKTIV BEHANDLING AF UNGE, DER MISBRUGER RUSMIDLER

Metodeprogrammet er et initiativ inkluderet i den såkaldte *Stofmisbrugspakke*, som blev lanceret i 2012 af det daværende Ministerium for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold.

AF MADS U. PEDERSEN, KARINA E. HOLM, KIRSTEN S. FREDERIKSEN, SHEILA JONES OG MICHAEL M. PEDERSEN

Formålet med ministeriets Stofmisbrugspakke var at øge kvaliteten af stofmisbrugsindsatsen, hvilket blandt andet inkluderede en analyse af kommunernes udredning og sagsbehandling, en kapacitetsanalyse, udarbejdelse af Nationale Retningslinjer og en undersøgelse af viden, der virker.

I 'Viden, der virker' (også kaldet Metodeprogrammet/MP) var formålet at afprøve en række indsatser, der på forskellig vis tidligere havde vist sig effektive i internationale undersøgelser, på en dansk population af 15- til 25-årige indskrevet i misbrugsbehandling. Indsatserne er med andre ord velkendte, men kombinationen af dem og visse indholdselementer er nye. Det er derfor første gang, de afprøves i denne form i en dansk sammenhæng og med denne målgruppe.

Denne artikel er en sammenfatning af rapporten 'Behandling af unge, der misbruger stoffer: En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt' (1). Der henvises såvel til rapporten som til behandlingsmanualen (2). I alt deltog 460 unge i undersøgelsen, som blev udført i misbrugscentre i 9 kommuner (Fredericia, Herning, Holbæk, Odense, Randers, Silkeborg, Svendborg, Aabenraa og Aarhus)

Behandlingsmetoderne i Metodeprogrammet

Overordnet set kan man opdele en behandlingsmetode i nedenstående tre dimensioner:

1. Grundsyn
2. Samtaleteknikker
3. Strukturelle elementer

1. Grundsyn

Et grundsyn er de værdier og grundlæggende antagelser, der kan knyttes til en behandlingsmetode. Noget forenklet kan grundsynet opdeles i:

- Et moralsk perspektiv, hvor misbruget tilskri-

ves mangler i den enkeltes karakter. Ved at mærke konsekvensen af sine handlinger føres personen med et misbrug på rette vej.

- Et sygdomsorienteret eller specifikt problemorienteret perspektiv, hvor misbruget isoleres fra andre problemer.
- Et helhedsorienteret perspektiv, hvor et givent problem (her rusmidler) ikke menes at kunne isoleres fra andre livsfaktorer, der henholdsvis kan virke som barrierer eller ressourcer i arbejdet med at reducere eller bringe et misbrug af rusmidler til ophør.

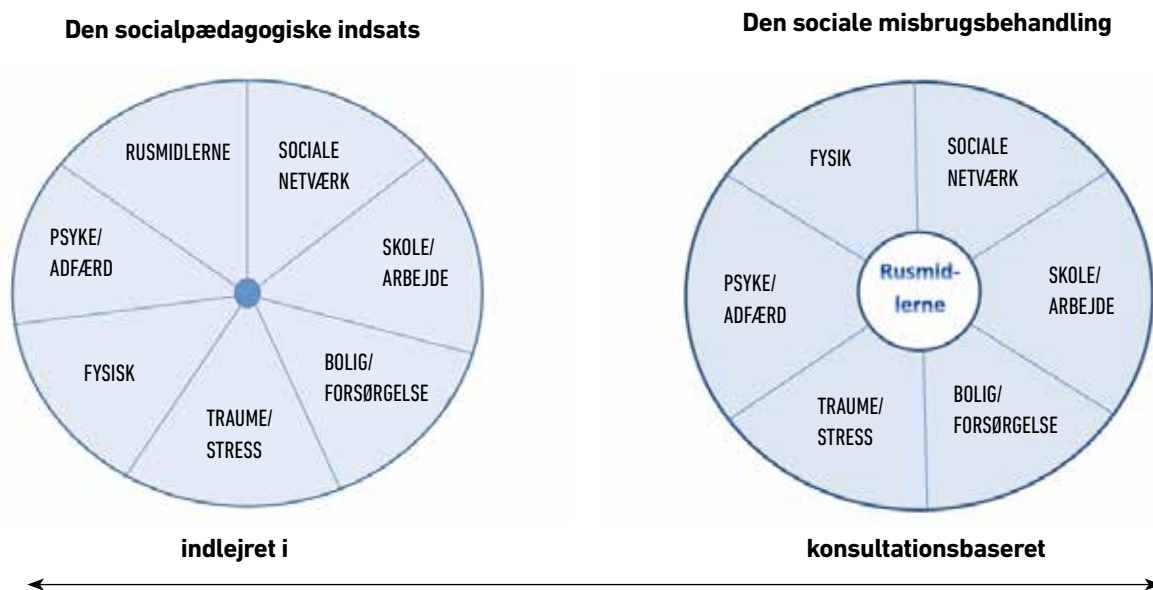
MP's tilgang til behandling er båret af det helhedsorienterede perspektiv. Denne tilgang til forståelsen af misbrugsproblemer understøttes for eksempel af, at vi kan se, at forskellige psykiske problemer kan virke som stærke barrierer for opnåelse af reduktion af/ophør med stofbrug. Det samme gør sig gældende for visse traumatiske oplevelser, langvarig kontanthjælp, vedvarende fysiske problemer og visse skolemæssige problemer. Ligeledes kan vi se, at visse sociale og psykiske ressourcer fremmer mulighederne for at få bedre fodfæste i livet og dermed øge chancerne for at nå målet med behandlingen.

MP's helhedsorienterede tænkning kan igen ses i spændingsfeltet mellem socialpædagogiske indsatser og social misbrugsbehandling. Overordnet set deler begge målet om at etablere en relation til borgeren, der muliggør frigørelse, identitetsudvikling, social forandring og problemløsning. Her får borgeren mulighed for at være aktør i sin egen udviklingsproces (3). Men der er også forskelle mellem socialpædagogikken og den sociale misbrugsbehandling, der bl.a. anvendes i MP.

Den rene socialpædagogiske indsats er kendetegnet ved, at intet livsforhold er vigtigere end noget andet. Fokus for indsatsen afgøres af situationen og behovet. Derudover er den socialpædagogiske ind-



Aaron Angell, 'Syncretic Hand', 2015, glazed stoneware, 65 x 29.5 x 24 cm Photo: Andy Keate Courtesy of Rob Tufnell, London/Cologne



Figur 1. Spændingsfeltet mellem den socialpædagogiske indsats og social misbrugsbehandling.

sats bygget ind i hverdagen, som den ofte udspiller sig i, for eksempel i skoler, fritidstilbud, på bosteder, døgninstitutioner og i forskellige fritidsaktiviteter (se figur 1). Den sociale misbrugsbehandling derimod er hierarkisk helhedsorienteret, forstået på den måde, at rusmidlerne er i centrum for indsatsen, men velvidende, at reduktion/ophør ikke nås uden at reducere de barrierer og forstærke de ressourcer, som henholdsvis kan forhindre eller fremme formålet med indsatsen (se Socialstyrelsens definition af social misbrugsbehandling (4)). Dertil kommer, at den sociale misbrugsbehandling er konsultationsbaseret, hvilket betyder, at behandlingen oftest finder sted i et samtalerum. Konsultationen kan dog godt finde sted ved for eksempel at gå en tur eller ved samtale i den unges eget hjem, men den er ikke indbygget i en hverdagsaktivitet (se figur 1).

Den rene socialpædagogiske indsats kan ikke betragtes som misbrugsbehandling, men der findes indsatser, der på forskellig vis og i større eller mindre grad kombinerer den socialpædagogiske indsats med den sociale misbrugsbehandling.

I MP undersøges disse to modeller ikke op mod hinanden. Det ville være umuligt i en dansk kontekst. Men behandlingsmetoderne, der afprøves i MP, placerer sig meget til højre i Figur 1, hvor vi har illustreret de to positioner.

2. Samtaleteknikker

Med samtaleteknikker henvises der til metoder som for eksempel den motiverende samtale, kognitiv

adfærdsterapi, *contingency management*, narrativ terapi, ACT (Acceptance and Commitment Therapy) og psykodynamisk terapi. I MP anvendes en kombination af den motiverende samtale (MI) og kognitiv adfærdsterapi (KAT).

MI er en samarbejdende, ikke-dømmende, ikke-konfronterende kommunikationsform, der har til formål at reducere ambivalens for derved at kunne arbejde hen imod specifikke mål. Samtaleteknisk bygger MI på åbne spørgsmål, bekræftelser, refleksioner og opsummeringer (5).

KAT 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. I kognitiv adfærdsterapi er det centralt at aftale en dagsorden for dagens samtale og at afprøve forskellige problemløsningsmodeller enten i forbindelse med samtalen eller derhjemme (hjemmeopgaver).

For uddybning: Se manual (2).

3. Strukturelle elementer

Det underkendes ofte, at forskellige strukturelle elementer (*aktivitet, kontekst, sted, antal, tid, hvem, medie og materiale*) kan være afgørende for, at en behandlingsindsats lykkes. Følgende kan fx spille en afgørende rolle: a) Skal den unge gå ind ad samme dør som andre ældre opioidafhængige, der kommer for at hente deres metadon (sted)? b) Hvor mange samtaler tilbydes den unge (antal)? c) Tilbydes der

opfølgende behandling (tid)? d) Tilbydes der familiesamtaler (hvem)? e) Benyttes der ansigt-til-ansigt samtale, skype eller telefon (medie)? Og f) Anvendes der konkrete belønninger, kontrakter/behandlingsplaner, udredningsredskaber med mere (materiale)?

Nedenfor opstilles de væsentligste strukturelle elementer, som de 4 behandlingsgrupper i MP har til fælles samt dem, som adskiller dem.

De 4 behandlingsgrupper

I alt blev der etableret 4 behandlingsgrupper i 9 kommuner, hvor forskellene mellem dem ikke vedrører grundsyn eller samtaleteknikker, men alene udgøres af de strukturelle elementer.

MP går derfor ud på at teste, hvorvidt anvendelsen af forskellige strukturelle elementer (eller kombinationer af disse) giver bedre effekt af behandlingen end andre.

Når vi i dette projekt ikke tester, om ét grundsyn eller én samtaleteknik er bedre end andre, skyldes det først og fremmest risikoen for ”smitte”. Vi kunne for eksempel have undersøgt, om der var forskelle i effekterne for unge, der fik tilbudt klassisk kognitiv adfærdsterapi, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) eller en narrativ tilgang. En sådan undersøgelse ville ikke være mulig at gennemføre med dette design. Dette skyldes blandt andet, at nogle af de 9 involverede 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 være 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. Dette problem har vi ikke med de strukturelle elementer, som alle behandlerne er trænet i at bruge.

Endvidere er det tvivlsomt, om en god samtaleteknik er bedre end andre gode samtaleteknikker. Forskningen tyder ikke på det, og der kunne derfor være risiko for at bruge mange penge på noget, der ikke viser nogen forskel.

De 4 behandlingsgrupper blev givet følgende navne og benyttede sig af nedenstående strukturelle elementer: (se tabel 1)

Strukturelle elementer fælles for de 4 behandlingsgrupper:

12samtaler Alle 460 unge fik tilbudt 12 ugentlige individuelle samtaler baseret på den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi.

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, og denne samtale tæller ikke med i de 12 samtaler. Ved første egentlige behandlingssamtale gives en dialogbaseret tilbagemelding på UngMap til den unge. På baggrund af tilbagemeldingen formulerer behandleren herefter i samarbejde med den unge gensidigt accepterede mål og delmål for behandlingen (se 2).

TEM Trivsels- og Effekt Monitorerings-skemaet (TEM) indeholder i alt 8 spørgsmål om trivsel og forbrug af rusmidler, som stilles til den unge ved indledningen til hver session (eller hvor det passer bedst). På baggrund af de 8 spørgsmål kan der tegnes en graf over, hvordan forbruget af rusmidler og den unges trivsel har udviklet sig gennem forløbet (2). Derudover kan TEM danne baggrund for en snak om, hvordan det er gået siden sidste samtale, og hvad der ligger bag eventuelle forskelle på svarene fra gang til gang.

Strukturelle elementer, der adskiller de 4 behandlingsgrupper:

Kontrakt For to af grupperne formuleres en kontrakt, som underskrives af såvel behandleren som den unge (se eksempel i manualen - kilde 2 på referencelisten).

Statusbreve For to af grupperne formulerer behandleren en skriftlig status hver 4. uge, som gennemgås med den unge (se eksempel i manualen - kilde 2 på referencelisten).

Påmindelser For to af grupperne huskes den unge på næste samtale via SMS eller telefonopkald (2).

Gavekort Der udleveres i to grupper gavekort på en værdi af 200 kr. ved hvert andet fremmøde. For procedure: Se behandlingsmanualen (2).

Opfølgning For to af grupperne tilbydes 6 måneders opfølgende behandling. Opfølgningen har to faser á 3 måneder. Den første fase består af 1 personlig og 3 telefoniske samtaler om måneden. I anden fase tilbydes 1 telefonisk samtale hver anden uge og én afsluttende personlig samtale (6 måneder efter primærbehandlingens afslutning). Med andre ord en gradvist udfasende opfølgning. Se behandlingsmanual (2).

Tabel 1. De 4 behandlingsgrupperes 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-Oyr	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, G = Gavekort, O = Opfølgning.

De forskellige elementer og behandlingens fremadskridende proces er beskrevet i rapportens afsnit 4 (1). Tjeklisten for primærbehandlingen og den opfølgende behandling kan ses i manualen (2).

Lodtrækning, svarprocenter og de 4 grupperes sammenlignelighed

Undersøgelsen bygger på et lodtrækningsdesign, hvor de unge vilkårligt fordeles til ovenstående 4 behandlingsgrupper. Processen ses i nedenstående figur 2.

Nogle unge opfyldte ikke inklusionskriterierne, mens andre aldrig viste sig igen efter at have accepteret at være med i undersøgelsen. I alt 460 blev fordelt til de 4 behandlingsgrupper og mødte frem til UngMap-udredningen. De 460 blev fordelt med 114 unge i MI/KAT, 113 unge i MI/KAT-G, 112 unge i MI/KAT-O og 121 unge i MI/KAT-GO. At der ikke er helt lige mange i grupperne skyldes enkelte omrokeringer (en pige ville fx ikke have en mandlig behandler o. lign.), og at enkelte trak deres samtykke tilbage.

Der blev endvidere ikke fundet forskelle mellem grupperne på variabler, som har betydning for effekten af behandlingen (for eksempel køn, alder, stofbelastning, kriminalitet, psykiatrisk diagnose, langvarig kontanthjælp og venner, der bruger stoffer).

De unge skal som en del af MP deltage i 4 opfølgingsrunder, hvor vi fra CRF interviewer den unge 3, 6, 9 og 21 måneder efter datoen for udfyldelsen

af UngMap. Her besvarer de unge spørgsmålene fra UngMap-skemaet igen, således at det bliver muligt at sammenligne udviklingen fra indskrivning og over tid. Svarprocenterne for de tre opfølgingsrunder er henholdsvis 76 %, 67 % og 64 %. 21 måneders opfølgningen afsluttes i marts 2018.

Effektiv misbrugsbehandling af unge - Udvalgte resultater

I det følgende skal udvalgte resultater gennemgås. Der henvises igen til rapporten (1).

Antal samtaler

Det gennemsnitlige antal samtaler for en ung i misbrugsbehandling i de 9 kommuner, før MP startede, var 5,2. I MP blev der i gennemsnit givet 6,7 samtaler i primærføreløbet (de 12 samtaler, som alle blev tilbudt). Nedenfor ses antal samtaler ud af tilbudte 12 samtaler for hver behandlingsgruppe:

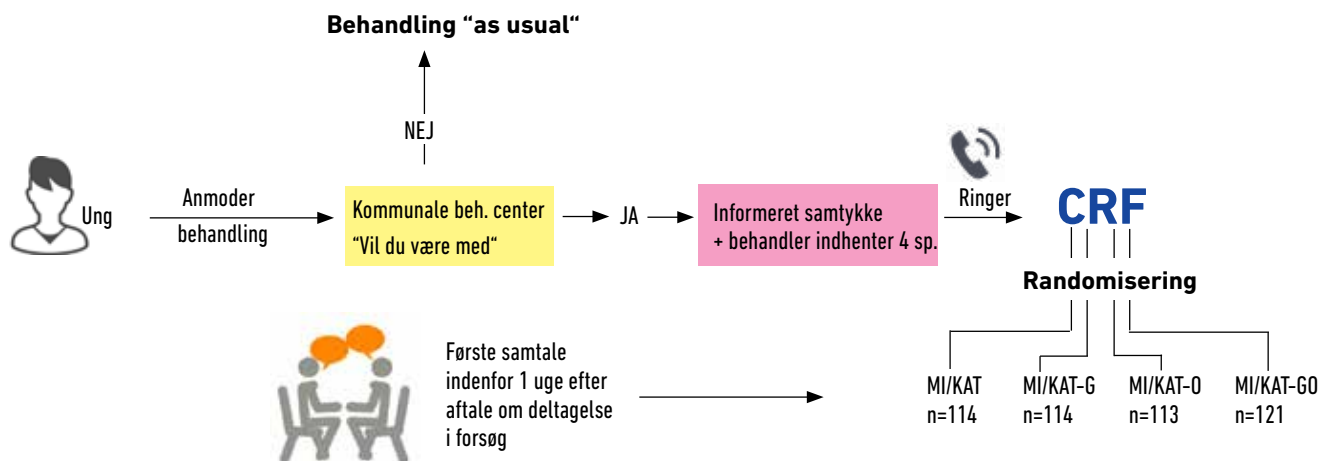
- **5,1 samtaler for MI/KAT**
25,4 % gennemfører som planlagt.
- **7,1 samtaler for MI/KAT-G**
46,0 % gennemfører som planlagt.
- **6,7 samtaler for MI/KAT-O**
39,3 % gennemfører som planlagt.
- **7,7 samtaler for MI/KAT-GO**
48,8 % gennemfører som planlagt.

Som det ses, betyder gavekort rigtig meget for, hvor mange samtaler den unge når at få og for at gennemføre behandlingsforløbet som planlagt. Påmindelser (sms eller opkald) øger dog også antallet af samtaler og andelen, der gennemfører. Der gives flest samtaler, og der er flest, som gennemfører behandlingen, i MI/KAT-GO.

Reduktion i forbrug af stoffer

At anvende reduktion i forbrug af stoffer som et effektivt mål er kompliceret. For det første har en del unge allerede startet reduktionen inden første samtale. Ved lodtræknings samtalen (som ikke er en behandlings-samtale, 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 signi-

Figur 2. Lodtrækningsprocessen



fikant 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 den fastholdes.

For det andet bæres reduktionen helt primært af de unge, der blev stoffri. Ved 9 måneders opfølgning kunne de unge opdeles i dem, der ikke havde brugt hash den sidste måned, og dem, der havde brugt hash den sidste måned. Dem, der brugte hash 9 måneder efter indskrivning, havde i gennemsnit haft et forbrug på 17,3 dage den seneste måned. Ved det indledende UngMap-interview i starten 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.

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 allerede ved 3-måneders opfølgningen faldet

til 11,2 dage, og der ses således efterfølgende ikke et signifikant fald i reduktionen i forbruget af hash for alle fire grupper samlet set. 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 ved 9 måneders opfølgningen.

Den generelle stofbelastning blev udregnet ved at anvende en formel, som er inspireret af udregningen af stofbelastning i Addiction Severity Index (ASI) (1). Den generelle stofbelastning var for alle 4 grupper 14,1 ved behandlingens start. Stofbelastningen var 3 måneder efter faldet til 6,3, mens den 9 måneder efter var faldet til 5,6. For MI/KAT-O og MI/KAT-GO ses der en fortsat signifikant reduktion efter de første 3 måneder, mens belastningen for MI/KAT og MI/KAT-G stort set er uændret mellem 3 og 9 måneders interviewet.

Stoffrihed

Ved indskrivning er det 2 % af de unge, der ikke havde brugt illegale stoffer den sidste måned (men de 2% havde dog haft et forbrug i måneden inden da). Dette er 3 måneder efter indskrivning steget til 25,5 % og 9 måneder efter indskrivning til 38 % samlet set 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 (dog lige knap en signifikant forskel), mens der ses en stærk signifi-

Den største andel af stoffri ved 9-måneders opfølgningen ses altså i MI/KAT-GO gruppen, hvor 50 % 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.

kant stigning i andelen af stoffri i MI/KAT-GO (fra 23,5 % til 50 %).

Hvor gode er behandlingsmetoderne til særlige målgrupper og særlige problematikker?

De unge bliver i dette afsnit opdelt efter forskellige kendetegn (eller undergrupper), hvilket til tider kan medføre 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.

- For MI/KAT-GO-gruppen var 50,8 % af **mændene** stoffri 9 måneder efter, mens tallet for de andre grupper befandt sig mellem 31,4 – 38,8 %.
- For MI/KAT-GO-gruppen var 47,8 % af **kvinderne** stoffri 9 måneder efter indskrivning. For MI/KAT var det 50,0 % (14,0% og 33,3 % for de andre to). 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.
- MI/KAT-GO er den mest effektive metode til **unge mellem 18-25 år**. 48,7 % fra denne aldersgruppe var stoffri 9 måneder efter indskrivning. For de andre tre grupper var det mellem 27,1 % og 32,8 %, der var stoffri 9 måneder efter indskrivning.
- Der er i alt 60 unge under 18 år med i MP. 48,8 % af disse var stoffri ved 9-måneders interviewet. De 60 unge **i alderen 15-17 år** opdeles ikke i grupper, fordi grupperne bliver for små. For MI/KAT-GO var det dog 6 ud af 10 fra denne aldersgruppe, som var stoffri 9 måneder efter indskrivning.
- MI/KAT-GO er den mest effektive metode til at behandle **de mest stofbelastede** (ASI udregningsmodellen) med 41 %, som var stoffri 9 måneder efter indskrivning (17,1%-30,4 % for de andre grupper).
- For de **mindst belastede unge** var 63,6 % stoffri 9 måneder efter indskrivning for MI/KAT-GO (40%-50 % for de andre grupper).
- Den største reduktion i **kriminalitet** ses i MI/KAT-GO, fra 19,8 % til 6,0 %, der var kriminelle 9 måneder efter indskrivning (14,1% til 20,8 % efter

9 måneder for de øvrige grupper).

- MI/KAT-GO er umiddelbart den metode, der er bedst til at fastholde og forøge andelen af unge, der er inkluderet i en **uddannelsesaktivitet** (65,5 % for MI/KAT-GO, fra 52,1% til 58,3 % for andre grupper).
- Unge med **en psykiatrisk diagnose** klarede sig bedst i MI/KAT-GO (37,5 % stoffri), men næsten lige så godt i MI/KAT (34,6 % var stoffri). For de øvrige grupper var det 5,9 % og 16,0 %.



Alle behandlingsgrupper viser reduktion i **opmærksomheds- og hyperaktivitetsproblemer** fra indskrivningen og til 9 måneder efter. Det er dog kun MI/KAT-G og MI/KAT-GO, der efter 3 måneder viser en fortsat signifikant reduktion i opmærksomheds- og hyperaktivitetsproblemer. For MI/KAT ses der mellem 6 og 9 måneder efter en tendens til tilbagefald.

Trivsel blev målt både ved hjælp af FIT-trivsel og ved 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 for MI/KAT-G, MI/KAT-O og for MI/KAT-GO, men ikke for MI/KAT (den lave trivsel uændret fra indskrivning).

MI/KAT-GO er med andre ord klart den mest effektive metode.

MADS U. PEDERSEN PSYKOLOG, PROFESSOR, VED CRF
KARINA E. HOLM, ANTROPOLOG, AKADEMISK MEDARBEJDER VED CRF
KIRSTEN S. FREDERIKSEN PH.D. STUDERENDE VED CRF
SHEILA JONES, PSYKOLOG, ADJUNKT VED CRF
MICHAEL M. PEDERSEN, STATISTISK MEDARBEJDER VED CRF



Perspektivering og diskussion

Nationalt findes der efterhånden flere undersøgelser, hvor yngre borgere er blevet fulgt fra indskrivning op til 6 måneder efter indskrivning. Disse undersøgelser adskiller sig dog fra MP på flere områder. Ofte måles der kun på de unge, der afslutter behandlingen som planlagt (6,7,8). I to af disse undersøgelser (6,7) blev deltagerne udvalgt ud fra en samlet ASI-score, som ikke måtte være højere end 0,3 (samlet score for stoffer, alkohol, kriminalitet, økonomi, fysisk og psykisk belastning divideret med 6) - de var med andre ord mindre belastede end de unge i MP (over 80 % var i arbejde/under uddannelse). En undersøgelse havde samme design som i MP, men en meget lav opfølgingsprocent (9).

I ovenstående 4 undersøgelser (6,7,8,9) var det mellem 34% – 39 %, der havde været stoffri, typisk den sidste måned op til udskrivning. For MI/KAT-GO var det som nævnt 50 %, der var stoffri 9 måneder efter indskrivning. Dette selvom de mest belastede ikke blevet valgt fra (fx deltog også unge med skizofreni og autisme) og uanset, om de havde gennemført behandlingen eller ej.

Uden for Danmark fandt Gates et al. (10) i deres Cochrane Review 8 studier, som havde opgjort stoffrihed de sidste 30 dage, og som kan sammenlignes med MP, at 37 % var stoffri ved behandlingens ophør.

Generelt ser vi i MP, at en gruppe af de unge meget hurtigt bliver stoffri. Vi ser således, at omkring 20 % af de unge allerede har stoppet deres forbrug i ugen op til første samtale. Dette er steget til 30 % ved 4. samtale. For mange af disse unge er reduktionen, og i nogle tilfælde ophøret, allerede startet, når den unge har bestemt sig for at gå i behandling. Årsagen til effekten skal her måske nærmere hentes i den unges motivation 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 % – kan i højere grad tænkes at tilskrives metoden. Dette kunne kaldes for den anden bølge af effekt. Effekten skal her vurderes ud fra, hvorvidt den kontinuerlige reduktion og andel af stoffrihed 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. 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 af de 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.

MI/KAT-GO har formået at skabe både en første og anden bølge af effekt. De øvrige tre grupper har haft problemer med at skabe en anden bølge af effekt. Ingen har rigtig formået at skabe en tredje bølge af effekt. Dette er ikke overraskende. Vi har ingen kendskab til hverken nationale eller internationale undersøgelser, der har skabt en sådan tredje bølge af effekt. ■

Referencer

1. Pedersen M.U., Frederiksen K.S., Holm K.E. og Jones S. (2017): Behandling af unge, der misbruger stoffer. En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
2. Pedersen M.U., Frederiksen K.S., Holm K.E. og Jones S. (2017): Manual for behandling af unge, der misbruger illegale stoffer. Behandlingens struktur. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
3. Rothuizen J.J. og Boldsen P. (2016): Socialpædagogik i arbejdet med mennesker med sindslidelser. Socialpædagogernes Landsforbund. <https://sl.dk/media/4263/socialpaedagogik-i-arbejdet-med-mennesker-med-sindslidelser.pdf>
4. Socialstyrelsen: Nationale retningslinjer for den sociale misbrugsbehandling. <https://socialstyrelsen.dk/voksne/stof-og-alkoholmisbrug/stofmisbrugsbehandling>
5. Miller, W.R. og Rollnick, S. (2004): Motivationssamtalen. Hans Reitzel.
6. Holm K.E., et al. (2017): Projekt Hash og Centralstimulerende Stoffer. Effekten af gruppebehandling, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
7. Pedersen, D. (2010): Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug – målgrupper, metode og resultater. Socialforvaltningen, Københavns kommune
8. Lauridsen, M. og Nyboe, J. (2013): Evaluering: Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling. Odense: Socialstyrelsen
9. Pedersen, M.U. & Pedersen M.M. (2013): Effekten af hashbehandling. En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed behandling af hashmisbrug. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
10. Gates P.J., Sabioni P., Copeland J., Le Foll B., Gowing L. (2016): Psychosocial interventions for cannabis use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5. Art. No.: CD005336.