
MOVE. 21 måneder efter indskrivning

Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning

2018

Mads Uffe Pedersen og Michael Mulbjerg Pedersen

Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning

2018

Data

Serietitel og nummer	Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning
Titel	MOVE. 21 måneder efter indskrivning
Forfatter(e)	Mads Uffe Pedersen og Michael Mulbjerg Pedersen
Afdeling	Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut, School of Business and Social Sciences, Aarhus Universitet
Udgiver	Center for Rusmiddelforskning
URL	http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/
Udgivelsesår	2018
Redaktion afsluttet	december 2018
ISBN	978-87-998845-2-0
Sideantal	36
Internet version	http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/publikationer/rapporter/

MOVE gennem 21 måneder

Indhold

1. De seks publikationer	3
2. Baggrunden for Metodeprogrammet.....	5
3. Sammenfatning: MOVE gennem 21 måneder.....	7
3.1. MOVE. Struktureret, forstærkende rusmiddelbehandling	8
3.2. Ni måneder efter indskrivning.....	11
3.3. Metodeprogrammets to faser og noget om genindskrivninger.....	11
3.3.1. To faser.	11
3.3.2. Genindskrivninger.....	12
3.4. 21-månedersopfølgningen: De væsentligste resultater.....	13
3.4.1. Kommunerne	13
3.4.2. Unge med psykisk diagnose.....	14
3.4.3. Kriminalitet	15
3.4.4. Uddannelsesaktiviteter	15
3.5.5. Sammenfatning og lidt om omkostning	16
4. Udspecificering af datagrundlag og hovedresultater	17
4.1. De forskellige datasamlinger	17
4.2. Svarprocenter og opgørelsesmetoder.....	18
4.3. Genindskrivninger (Data fra Stofmisbrugsdatabasen/SMDB)	19
4.4. Stoffrihed	22
4.4.1. Rå-data og Last Observation Carried Forward (LOCF)	22
4.4.2. Kommunerne	23
4.5. Hvilke variable kan ses i sammenhæng med stoffrihed?	24
4.5.1. Risikoprofil	24
4.5.2. Personprofilerne LAV, SIP, SEP og SEIP.....	25
4.5.3. Selvrapporteret psykisk diagnose.....	27
4.5.4. Andre variable, der kan ses i sammenhæng med stoffrihed.....	28
4.6. Stofreduktion.....	30
4.6.1. Reduktion generelt	31
4.6.2. Reduktion for de enkelte behandlingsspor	33

4.7. Effekten for unge med dobbeltdiagnose (en registerbaseret undersøgelse)	35
4.7.1. Selvrapporterede og de registrerede i Det Psykiatriske Centralregister.....	35
4.7.2. De forskellige psykiske diagnoser efter ICD-10	36
4.7.3. Effekter opdelt på behandlingsspor	37
4.7.4. Psykisk diagnose, gennemført som planlagt og antal samtaler	39
4.7.5. Personprofiler og psykisk diagnose	40
4.7.6. Trivsel og diagnose	40
4.8. Kriminalitet blandt de unge før og efter udskrivning	41
4.8.1. Rå-data.....	41
4.8.2. Personprofiler og kriminalitet	42
4.8.3. Behandlingsmetoderne og reduktion i sigtelser og domme	43
4.9. Uddannelsesaktiviteter	44
5. Afslutning. Det forsinkede kontrolgruppe-design	46
6. Referencer	47

1. De seks publikationer.

Metodeprogrammets resultater og redskaber offentliggøres i seks publikationer, som behandler forskellige dele af metodeprogrammet (MP). Der er udgivet fire rapporter, som beskriver resultater. De består af en implementeringsanalyse, to effektanalyser fra henholdsvis 2017 og 2019 samt en omkostningsvurdering fra 2019. Derudover kommer der to publikationer, der kan anvendes som redskaber i en videre implementering af MP.

Den ene er *Behandlingsportalen*, som er en samling af skriftligt materiale og videoer, hvor der bl.a. gives eksempler på følgende:

- a) Hvordan man som behandler gennemfører et kortlægningsinterview ud fra UngMap.
- b) Hvordan UngMap-profilerne tolkes.
- c) Hvordan behandleren giver feedback til den unge.
- d) Hvordan behandleren sammen med den unge får formuleret en behandlingsplan.
- e) Hvordan behandleren sammen med den unge får opstillet mål.
- f) Hvordan der arbejdes hen imod opfyldelse af målene, f.eks. gennem øvelser/hjemmeopgaver med mere.

Den anden er en *"step-by-step"-manual* for, hvordan *MOVE* praktiseres.

Redskaber til praktisk anvendelse af elementerne i *MOVE*:

Pedersen M.U., Jones S., Frederiksen K.S., Skov K.B.E. *Behandlingsportalen*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Offentliggøres januar 2019.

Pedersen M.U., Jones S., Skov K.B.E., Frederiksen K.S., Pedersen M.M. *MOVE - behandling af unge: Manual*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Offentliggøres januar 2019.

Resultater fra MP:

Frederiksen K.S., Jones S., Skov K.B.E., Pedersen M.M., Pedersen M.U. *MOVE - Implementering af metodeprogrammet. Resultater fra implementeringsprocessen*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 2019.

Pedersen M.U. & Pedersen M.M. *MOVE. 21 måneder efter indskrivning*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 2019

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

Pedersen M.U., Pedersen M.M., Jones S., Skov K.B.E., Frederiksen KS. *Behandling af unge, der misbruger stoffer. En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 2017.

2. Baggrunden for Metodeprogrammet.

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

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

Fra 2014 til 2018 deltog kommunale rusmiddelcentre fra ni kommuner i MP, som blev udviklet og monitoreret af Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet (CRF), og finansieret og projektstyret af Socialstyrelsen. Fra april 2014 til september 2014 modtog behandlere fra de deltagende kommuner undervisning i metoderne og i de forskellige registreringssystemer af Dobbelt diagnose I/S og Center for Rusmiddelforskning. Fra hver kommune blev fire behandlere vilkårligt fordelt til et af de fire behandlingsspor, som alle skulle anvende de samme terapeutiske samtaleelementer, den *motiverende samtale* og den *kognitive adfærdsterapi*. Derudover repræsenterede de fire behandlingsspor fire forskellige anvendelseskombinationer i forhold til de strukturelle elementer, der blev afprøvet (se de strukturelle elementer i afsnit 3.1).

Den respektive sammensætning af elementer i det tildelte behandlingsspor skulle behandleren herefter følge i løbet af projektperioden. Til hvert spor blev der udviklet en særskilt behandlingsmanual. Behandlerne blev under hele forløbet undervist og superviseret i de terapeutiske metoder af undervisere fra Dobbelt diagnose I/S, mens ansatte fra CRF underviste i brugen af behandlingsmanualerne, screeningsredskabet UngMap samt den logbog, som behandlerne skulle udfylde efter hver behandlingssamtale.

MP har været opdelt i to faser:

1. Lodtrækningsfasen fra 2014 til 2016 (460 unge).
2. Fastholdelsesfasen fra 2016 til 2018 (512 unge).

I lodtrækningsfasen fra september 2014 til og med april 2016 blev i alt 545 unge i alderen 15 til 25 år vilkårligt fordelt til et af de fire behandlingsspor. Da 85 udeblev fra screeningssamtalen, hvor UngMap blev udfyldt (undersøgelsens baseline-data), baserer resultaterne sig på de 460 unge, der som minimum deltog i UngMap-screeningen. De unge blev vilkårligt fordelt på

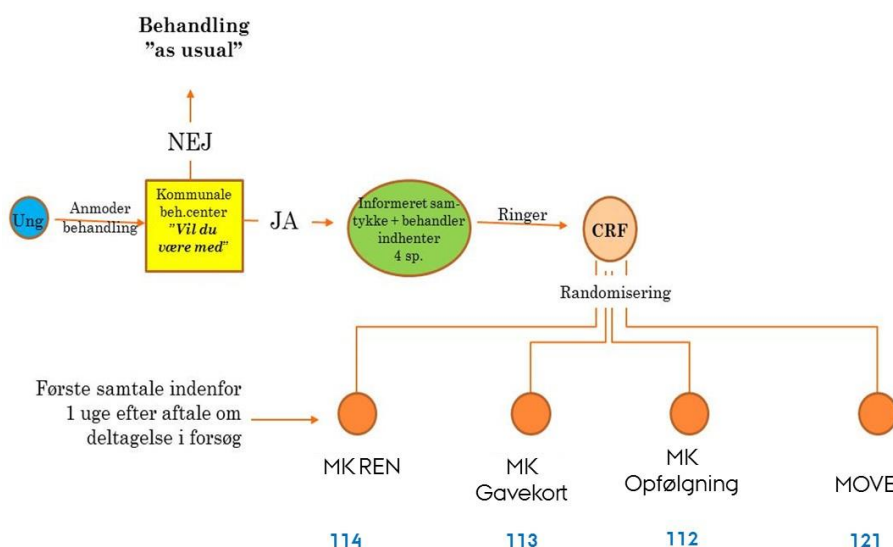
baggrund af fire variable: køn, alder, antal dage med cannabisforbrug de seneste 30 dage og forbrug af andre illegale rusmidler end cannabis de seneste 30 dage. De unge skulle som minimum have haft et aktivt brug af rusmidler inden for to måneder op til indskrivning og ikke have opioider som det primære stof for at blive tilbudt behandling i MP. Det betyder, at unge i substitutionsbehandling ikke indgik i denne undersøgelse. Yderligere eksklusionskriterier var svære vrangforestillinger/tankeforstyrrelser (psykose), stærkt nedsat kognitiv funktion og voldelig/truende adfærd. For nærmere beskrivelse af indtag i lodtrækningsfasen henvises til effektevalueringen (Pedersen et al., 2017¹).

I fastholdelsesfasen anvendtes elementerne fra MP med henblik på at fastholde de implementerede elementer, blot uden den tætte forskningsmæssige monitorering. Behandlerne anvendte stadig UngMap, Trivsel og Effekt Monitorering (TEM) og logbog i arbejdet med de unge, og nogle kommuner gav nu gavekort til alle unge ved fremmøde hver anden gang, mens andre kommuner gav gavekort til unge med en bestemt belastningsprofil. Analyserne af fastholdelsesfasen baserer sig på data, der dækker perioden april 2016 til og med oktober 2017. 734 unge blev indskrevet i MP i perioden, hvoraf 512 unge er kommet til første samtale. Gruppen på 512 unge er udgangspunktet for analyserne af fastholdelsesfasen

3. Sammenfatning: MOVE gennem 21 måneder.

Behandlingsmetoden MOVE er blevet undersøgt i et såkaldt lodtrækningsforsøg, hvor 460 unge blev vilkårligt fordelt på fire behandlingsspor fra september 2014 til og med april 2016. Herefter er de unge blevet fulgt i fire opfølgningsrunder, henholdsvis tre måneder efter indskrivning og igen seks, ni og 21 måneder efter indskrivning. De sidste opfølgnings-interviews fandt sted i marts 2018.

Proceduren for lodtrækningen er illustreret i nedenstående figur.



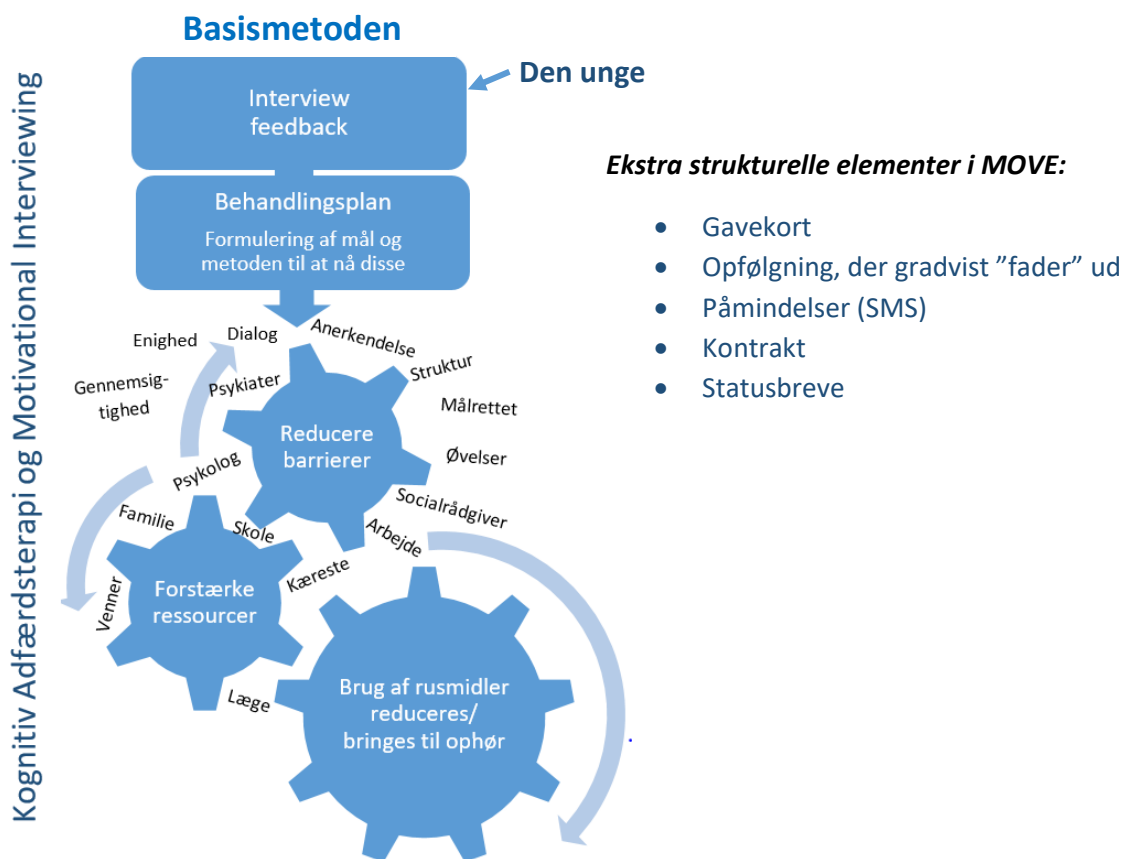
Figur 1. Proceduren for fordelingen af de 460 unge ved lodtrækning.

Indledningsvist anmodede den unge det kommunale rusmiddelbehandlingscenter om at komme i behandling (øverst til venstre). Efter en vurdering af egnethed blev den unge spurgt, om vedkommende 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 fire spørgsmål (til lodtrækning), som blev ringet 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. Kommunen fik umiddelbart herefter besked om, hvilken gruppe, og dermed hvilken behandling, den unge skulle knyttes til. Der henvises til rapporten "Behandling af unge, der misbruger stoffer"¹.

I denne rapport beskrives primært den metode, der kaldes for MOVE, og de resultater, der kan knyttes til denne metode sammenlignet med de øvrige tre behandlingsspor i figur 1. Det følgende kapitel 3 er en sammenfatning af resultater, der er opnået med MOVE, og kapitel 4 er en udspecificering af disse resultater.

3.1. MOVE. Struktureret, forstærkende rusmiddelbehandling

MOVE er som vist i figur 1 testet op imod tre andre behandlingsspor benævnt MK Ren, MK Gavekort og MK Opfølgning. Til fælles har de fire behandlingsspor "basismetoden" (figur 2), mens de fire spor adskiller sig på forskellig måde i nogle ekstra "strukturelle elementer" (til højre i figur 2).



Figur 2. Basismetoden i MOVE og de ekstra strukturelle elementer

Basismetoden er hele den blå figur til venstre. MOVE har som nævnt basismetoden til fælles med de andre tre undersøgte behandlingsspor. De to øverste bokse i basismetoden illustrerer den indledende behandlingsplanlægning (interview, feedback og formulering af behandlingsplan). De nederste tre tandhjul udgør "maskinrummet", hvor der arbejdes hen imod de formulerede mål. Det overordnede mål er altid reduktion eller ophør med brug af rusmidler (nederste tandhjul). Derudover kan der formuleres en række forskellige mål, der retter sig mod at reducere/eliminere problemer, som udgør en barriere for at nå det overordnede mål (øverste tandhjul), og/eller forstærke de tilgængelige ressourcer, som kan medvirke til at nå det overordnede mål (midterste tandhjul).

Det grundlæggende syn på relationen til den unge og de anvendte samtaleteknikker bygger på den motiverende samtale (Motivational Interviewing = MI) og kognitiv adfærdsterapi (KAT) - se yderst til venstre i figuren.

- Den motiverende samtale er en samarbejdende, ikke-dømmende og ikke-konfronterende rådgivningsstil, der har til formål at reducere ambivalens i arbejdet med at nå specifikke mål. Den motiverende samtale bygger på åbne spørgsmål, bekræftelser, refleksioner, dialog og opsummeringer².
- Kognitiv adfærdsterapi er en systematisk og struktureret terapiform, som har til formål at lære den unge 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 som øvelser/hjemmeopgave².

I "*maskinrummet*" ses det, at relationen på den ene side bygger på *anerkendelse, dialog, enighed* og *gennemsigtighed* og på den anden side en klar *struktur*, der indeholder et tydeligt *målrettet* arbejde hen imod målene, blandt andet gennem *øvelser/hjemmearbejde*. Et eksempel på en øvelse/hjemmearbejde kan være følgende: "*Inden næste gang vil jeg tale med mine venner, som selv bruger stoffer, om, at jeg ønsker og arbejder på at holde op med at bruge stoffer, og hvordan de kan støtte mig*". (For eksempler på andre opgaver, se manual, bilag 5²).

Endelig skal basismetoden ses i forlængelse af Socialstyrelsens retningslinjer for helhedsorienteret social rusmiddelbehandling³. At den er helhedsorienteret, betyder f.eks., at der inddrages relevante andre personer/enheder, som kan være behjælpelige med at nå det overordnede mål. Der kan f.eks. være tale om *familie, venner, kæreste, psykiatri, socialrådgiver, skole, egen læge* med flere.

Inden metodeprogrammet gik i gang, undersøgte vi de praktiserede samtalemetoder, bl.a. ved at analysere video-samtaler med unge, som de involverede behandlere havde optaget, inden projektet gik i gang ("*as usual*"-samtalepraksis). Generelt fandt vi, at relationen til de unge var god, men at der ikke blev arbejdet på baggrund af en systematisk udredning/behandlingsplanlægning, at der ikke blev arbejdet målrettet hen imod fælles formulerede mål, og at der ikke blev arbejdet med øvelser/hjemmearbejde. Man kan sige, at behandlingen startede i "*maskinrummet*", uden den systematiske behandlingsplanlægning og uden, at der blev arbejdet systematisk hen imod tydelige mere langsigtede mål. Dette ændrede sig markant gennem projektet (se implementeringsrapport⁴).

Basismetoden er således langt fra "*as usual*" for de fleste behandlere, der deltog i metodeprogrammet. Implementering af basismetoden har således for mange behandlere været

den største udfordring. Der findes derfor heller ikke i metodeprogrammet et "as usual"-behandlingsspor, som de øvrige behandlingsspor kunne sammenlignes med. Det har af forskellige grunde ikke været muligt at etablere et sådant behandlingsspor¹.

Det særlige ved MOVE er de ekstra strukturelle elementer (til højre i figur 2).

- Med *gavekort* menes der, at den unge ved hver anden samtale får udleveret et gavekort af en værdi på 200 kr.
- Med *opfølgning* menes der, a) at der i de første tre måneder afholdes tre månedlige telefonsamtaler og én månedlig personlig samtale, og b) at der i de næste tre måneder afholdes én telefonsamtale hver anden uge og en afsluttende personlig samtale.
- Med *påmindelser* menes der, at den unge 1-2 dage før samtalen huskes på tidspunktet for den kommende samtale.
- Med *kontrakt* menes der en underskrevet behandlingsplan.
- Med *statusbreve* menes der en skriftlig status ved hver fjerde samtale.

For udspecificering se manual².

I MOVE anvendes alle disse elementer, mens ingen anvendes i MK Ren (**M**otivational Interviewing og kognitiv adfærdsterapi **alene**). I de to andre metoder (MK gavekort og MK Opfølgning) anvendes de i varierende grad (se nedenstående tabel).

Tabel 1. De fire behandlingsspor og elementer

	MK Ren	MK Gavekort	MK Opfølgning	MOVE
12 samtaler (primær)	X	X	X	X
Screening UngMap)	X	X	X	X
TEM (Trivseæl/effekt)	X	X	X	X
Motiverende samtale	X	X	X	X
Kognitiv adfærdsterapi	X	X	X	X
Gavekort		X		X
Opfølgende behandling			X	X
Påmindelser			X	X
Kontrakt og status			X	X

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

3.2. Ni måneder efter indskrivning

Som vist i 2017-evalueringsrapporten¹, der beskriver MOVE-behandlingen og -effekten ni måneder efter indskrivning, modtager unge, der tilbydes MOVE, flere samtaler, hvilket ikke mindst skyldes, at de ikke udebliver fra de tilbudte samtaler. Derfor gennemfører flere unge også primærbehandlingen og fortsætter derfor også i den opfølgende behandling. De unge fra MOVE er derfor også længere tid indskrevet end unge fra bl.a. MK Ren. Samtidig får de gavekort ved hvert andet fremmøde. Samlet betyder dette naturligvis, at MOVE-behandlingen umiddelbart er mere intensiv, tager længere tid og derfor også umiddelbart er dyrere.

I 2017-evalueringsrapporten blev det vist, at MOVE havde bedst effekt på følgende områder:

- 1) Udeblivelser uden aflysning (51 % aldrig udeblevet mod 36, 31 og 32 % for de andre tre spor).
- 2) Stoffrihed ni måneder efter indskrivning (50 % mod 37, 31 og 32 % for de andre spor).
- 3) Stoffrihed for mænd (51 % mod 32, 39 og 31 % for de andre spor).
- 4) Stoffrihed for unge over 18 år (49 % mod 33, 33 og 27 % for de andre spor).
- 5) Stoffrihed for de mest stofbelastede (41 % mod 30, 17 og 27 % for de andre spor).
- 6) Reducere illegale aktiviteter (6,0 % involveret i illegale aktiviteter sidste måned mod 14, 21 og 15 % for de andre spor).

Dertil kommer, at MOVE sammen med en anden metode, var bedst til at opnå stoffrihed hos unge med psykiske diagnoser og blandt kvinder, ligesom MOVE, sammen med en anden metode, var bedst til at få de unge i gang med en uddannelse.

3.3. Metodeprogrammets to faser og noget om genindskrivninger

3.3.1. To faser.

Metodeprogrammet er blevet opdelt i følgende to faser:

Lodtrækningsfasen:

Selve undersøgelsesfasen (start september 2014), hvor de 460 unge blev fordelt vilkårligt på de fire behandlingsspor.

Fastholdelsesfasen:

Den fase, hvor der ikke mere tages flere unge ind i selve undersøgelsen (ikke flere, der vilkårligt fordeles på de fire spor), men hvor kommunerne nu fortsætter med at tilbyde den umiddelbart bedste metode (MOVE) til unge, der indskrives (startede maj 2016). MOVE blev dog praktiseret på lidt forskellige måder. F.eks. valgte nogle kommuner at give gavekort til alle unge, mens andre kommuner valgte at give gavekort til unge med forskellige belastninger.

3.3.2. Genindskrivninger

Af de 460 unge fra lodtrækningsfasen kunne 381 genfindes i Danmarks Statistiks Stofmisbrugsdatabase (SMDDB). 32 % (122 unge) af disse havde været genindskrevet efter lodtrækningsfasen fordelt på 44 % for MK Ren, 32 % for MK Gavekort, 26 % for MK Opfølgning og 27 % for MOVE. Forskellen i antal dage indskrevet mellem behandlingssporene er nu stort set forsvundet. Fra lodtrækningsfasens start september 2014 til sidste opdaterede data (start 2018) havde unge fra MK Ren i alt været indskrevet i 336 dage, MK Gavekort 343 dage, MK Opfølgning 349 dage og MOVE 352 (se fodnote 1). Dertil kommer at flere af de genindskrevne unge fortsat er i indskrevet, hvilket kan betyde at forskellen kan udviskes endnu mere. I afsnit 4.3 ses der to tabeller, hvor andelen af unge genindskrevet år for år efter lodtrækningsfasen er vist.

I alt 103 af de 381 var blevet genindskrevet i én af de ni metodeprogram-kommuner efter lodtrækningsfasen, svarende til 27 %. For MK Ren var det 35 %, for MK Gavekort 28 %, for MK Opfølgning var det 25 % og for MOVE 19 %.

Det er dog først i fastholdelsesfasen der startede 1. maj 2016, at MOVE (eller en tilnærmet MOVE) blev anvendt systematisk for alle genindskrevne. For MK Ren var det 23,7 % af de unge der blev genindskrevet i en metodeprogram-kommune efter 1. maj 2016, for MK Gavekort 21,6 %, for MK Opfølgning 18,3 % og for MOVE 10,3 %. Det betyder at næsten hver fjerde af de unge fra MK Ren fik tilbudt MOVE (eller noget tilsvarende) efter lodtrækningsfasen, mens det samme var tilfældet for omkring hver tiende af de unge fra MOVE.

Et sådant design kaldes også for et *"forsinket kontrolgruppe-design"*. Med dette menes der bl.a., at når forsøgsbehandlingen er slut, så får alle tilbudt den behandling, der var den mest effektive. Det kan så forventes, at de, der ikke modtog den effektive behandling, nu opnår samme effekt som den effektive behandling. Det forsinkede kontroldesign er ikke i denne undersøgelse blevet anvendt systematisk, men i udpræget grad blevet anvendt på de unge, der blev genindskrevet mellem maj 2016 og marts 2018 (hvor 21-månedersopfølgningsinterviewene sluttede). Man kan med andre ord forvente, at resultaterne fra MK Ren, MK Gavekort og MK Opfølgning vil nærme sig MOVE-resultaterne. Faktisk ville det være et problem, hvis de ikke tilnærmede sig hinanden, idet fastholdelsesfasens brug af MOVE så ikke var effektiv.

Et sådant delvist *"forsinket kontrolgruppe-design"* har været en betingelse for undersøgelsen. Det har således ikke været muligt at give de unge fra lodtrækningsfasen, som anmoder om genindskrivning, behandling "as usual". For det første er det hele ungeteamet i de ni deltagende kommuner, som er involveret i metodeprogrammet (med en enkelt undtagelse), og for dem er MOVE (eller versioner heraf) blevet "as usual". For det andet kan der være etiske problemer i at tilbyde unge noget, man ved ikke er det bedste. Endelig fordrer behandlingsgarantien, at de unge skal tilbydes social behandling 14 dage efter anmodning. De kan altså ikke nægtes at komme i behandling.

Ovenstående betyder, at de unge, der har deltaget i lodtrækningsfasen, og som er blevet *genindskrevet* fra maj 2016 frem til marts 2018, har modtaget MOVE eller en lettere tilpasset version af MOVE. Dette kan have stor betydning for 21-månedersopfølgningen, og resultaterne fra 21-månedersopfølgningen må derfor også ses i lyset af disse betingelser.

3.4. 21-månedersopfølgningen: De væsentligste resultater

I 21-månedersopfølgningen fastholder MOVE i store træk sin høje effekt. Det er således nu 47 % af de unge, der har modtaget MOVE-behandling, som er stoffri 21 måneder efter indskrivning. I overensstemmelse med ovenstående hypotese ser vi dog også, at MK Ren og MK Opfølgning er kommet helt op eller har tilnærmet sig det generelle MOVE-resultat. For udspecificering af andelen af stoffri for de forskellige behandlingsspor opdelt i de fem interviewrunder (indskrivning, 3-, 6-, 9- og 21-månedersopfølgning) se afsnit 4.2 til 4.4.

3.4.1. Kommunerne

En anden måde at vurdere, om MOVE virker, er ved at undersøge, i hvor mange af de deltagende ni kommuner MOVE virker *utilfredsstillende*, *tilfredsstillende* eller *meget tilfredsstillende*. Det vil således være problematisk, hvis MOVE virker helt fantastisk i fire kommuner og rigtigt dårligt i fire andre kommuner (selvom MOVE gennemsnitligt virker fint).

Med utilfredsstillende menes der en andel af stoffri på under 30 %. Med tilfredsstillende menes en andel af stoffri mellem 30 og 39,9 % ved 9-månedersinterviewet og mellem 30 og 41,9 % ved 21-månedersinterviewet. Endelig menes der med meget tilfredsstillende en andel af stoffri på mindst 40 % ved 9-månedersinterviewet og mindst 42 % ved 21-månedersinterviewet.

Ved 9-månedersinterviewet virkede MOVE utilfredsstillende i to kommuner og meget tilfredsstillende i syv kommuner. Der var altså tale om enten-eller. For de syv kommuner, hvor MOVE fungerede meget tilfredsstillende, var det 58 %, der var stoffri ved 9-månedersopfølgningsinterviewet. For udspecificering se afsnit 4.4.2, hvor der gives point til den enkelte anonymiserede kommune.

Billedet er for MOVE nogenlunde det samme ved 21-månedersinterviewet, men to af de øvrige behandlingsspor har ikke overraskende nærmet sig. MOVE virker stadig utilfredsstillende i to kommuner, men nu tilfredsstillende i én kommune og meget tilfredsstillende i seks kommuner. For de syv kommuner, hvor MOVE fungerede tilfredsstillende (1) og meget tilfredsstillende (6), var det igen 58 %, der var stoffri ved 9-månedersopfølgningsinterviewet. For udspecificering se igen afsnit 4.4.2.

MOVE er den metode der både ved 9-måneders og 21-månedersopfølgningsinterviewene virker meget tilfredsstillende i flest kommuner og utilfredsstillende i færrest kommuner.

MOVE er naturligvis ikke upåvirket af kommunale og organisatorske forhold. For det første er MOVE mere ressourcekrævende, hvilket kan give problemer for kommuner med få ressourcer. Mest af alt har MOVE dog været følsom over for behandlerskift, herunder skift, hvor nye uerfarne behandlere skulle introduceres og oplæres i MOVE, samtidig med at de allerede havde overtaget behandlingen. MOVE fungerer med andre ord rigtig fint i langt de fleste kommuner, hvilket betyder, at det er muligt at implementere MOVE i både store og mindre kommuner, men det fordrer de nødvendige ressourcer og ikke mindst en rimelig grad af organisatorisk stabilitet.

3.4.2. Unge med psykisk diagnose

MOVE-metoden har ved 21-månedersinterviewet i særlig grad været god til at opnå stoffrihed for unge med en psykisk diagnose. Der skelnes her mellem unge, der kan genfindes i Det Psykiatriske Centralregister med en diagnose andet end misbrug af rusmidler (149 unge), og unge, der rapporterer, at de har fået en diagnose af en psykiater, men som ikke kan genfindes i Det Psykiatriske Centralregister (32 unge). Denne sidste gruppe kan alle enten genfindes i Lægemiddelstatistikregistret (f.eks. får de lægeordineret antidepressiv medicin eller medicin for ADHD) eller i Sygesikringsregistret (f.eks. samtaler med privatpraktiserende psykiater). Det er altså ikke, fordi denne gruppe af unge forsøger at dramatisere deres psykiske problemer, men de er ikke blevet udredt af det psykiatriske behandlingssystem. Tilsammen udgør de 149 og 32 i alt 181 unge, svarende til 47,5 % af de 381 unge, der kunne genfindes i SMDB.

55 unge fra denne gruppe på 181 modtog MOVE-behandling. Af disse deltog 34 i 21-månedersinterviewet, og ud af disse var 19 stoffri 21 måneder efter indskrivning, svarende til 56 % (for de andre spor 46, 18 og 36 %).

Af de i alt 32 (alle fire behandlingsspor samlet), der angav en psykisk diagnose, men som ikke var registreret i Det Psykiatriske Centralregister, var det 21, der deltog i 21-månedersopfølgningen, og af disse var det kun fem, der var stoffri, hvilket svarer til 23,8 %. Dette kunne indikere, at kontakt til psykiatrien for unge med svære psykiske problemer kan have stor betydning for forløbets udfald.

At kontakt til psykiatrien efter udskrivning kan have positiv betydning, forstærkes af, at unge med psykisk diagnose fra MOVE oftere havde kontakt til psykiatrien efter udskrivning. Således var det 42 % fra MOVE, som havde haft kontakt til psykiatrien i de omkring to år, der fulgte efter indskrivning, mens det var 21, 30 og 31 % for de øvrige tre behandlingsspor. Dette kan betragtes som en udgift i en omkostningsvurdering. Men her synes pengene givet rigtig godt ud.

3.4.3. Kriminalitet

Unge fra MOVE har ved 21 måneders interviewet i særlig grad været gode til at reducere kriminalitet. Således var 4,1 % involveret i illegale aktiviteter sidste måned ved 21-månedersinterviewet, mod 15-17 % for unge fra de øvrige tre spor.

Også i registeranalysen (Det Centrale Kriminalitetsregister) var det unge fra MOVE, der generelt havde reduceret illegale aktiviteter mest, målt på de 381, der kunne genfindes i SMDB. Således var det 47,7 % af de unge fra MOVE, som havde været sigtet for strafbare forhold i de to år, der gik op til indskrivning i MOVE. To år *efter* var dette faldet til 29,9 %. For de øvrige tre grupper var det 42, 40 og 42 %, som havde været sigtet, inden for de to år der var gået *efter* indskrivning i metodeprogrammet.

Eksternaliserende problemer (udadrettet adfærd, der giver konflikt med omgivelserne) kan i særlig grad knyttes til strafbare forhold. Således var det 16 % af de unge, der scorede 0 i eksternaliserende problemer, der havde været sigtet for strafbare forhold i de to år, der gik forud for indskrivningen, mens det samme var tilfældet for 65 % af dem, der scorede 6 i eksternaliserende problemer (6 = maks. score). Det er derfor også i særlig grad unge med profilerne SEP (Svære Eksternaliserende Problemer) og SEIP (Svære Eksternaliserende og Internaliserende Problemer), som var og stadig er involveret i strafbare forhold. Det er dog også netop unge med profilerne SEP og SEIP, som har reduceret andelen af sigtelser mest.

I alt 56 unge med profilerne SEP eller SEIP modtog MOVE-behandling. I de to år, der gik forud for behandlingsstart, var det 60,7 %, der havde modtaget en sigtelse for strafbare forhold. Omkring to år efter var dette reduceret til 35,7 %. For MK Ren var det 50,9 % til 50,9 % (ingen reduktion), for MK Gavekort 63,8 % til 44,9 % (reduceret) og for MK Opfølgning fra 40,7 % til 50,0 % (stigning). MOVE synes altså i særlig grad at være godt til reducere lovovertrædelser blandt unge med profilerne SEP eller SEIP.

3.4.4. Uddannelsesaktiviteter

Ved indskrivning var det 51 % af de unge fra MOVE, der var i gang med en uddannelsesaktivitet. For de øvrige tre spor var det hhv. 56, 49 og 59 %. Ved 21-månedersinterviewet var det 63 % af de unge fra MOVE, der var i gang med en uddannelsesaktivitet, mod 54, 50 og 42 % fra de andre tre behandlingsspor. Det er altså kun i MOVE, at andelen af unge under uddannelse er øget. Dette på trods af at de unge, der ved indskrivning gik i folkeskole, 10. klasse eller på efterskole, alle havde forladt disse skoleaktiviteter ved 21-månedersinterviewet .

Andelen af unge under uddannelse kan også vurderes, ud fra hvor mange der modtager forskellige former for uddannelsesstøtte (SU, skoleydelse, produktionsskoleløn). Blandt unge fra MOVE er det

således 42 % af de interviewede, der modtager uddannelsesstøtte 21 måneder efter indskrivning, mens det samme er tilfældet for mellem 28 og 32 % fra de øvrige tre behandlingsspor. Også dette er en udgift i en omkostningsvurdering, men på længere sigt måske en meget nødvendig og samfundsgivende udgift.

3.5.5. Sammenfatning og lidt om omkostning

Unge fra MOVE er med andre ord stadig på lang sigt, på trods af det *delvis forsinkede kontrolgruppedesign*, enten på niveau eller bedre end de øvrige metoder. Dette gælder ikke mindst i stoffrihed for unge med psykisk diagnose, reduktion i illegale aktiviteter og med hensyn til at være i gang med en uddannelsesaktivitet. Det gælder også for kommunerne, hvor MOVE fungerer meget tilfredsstillende i flest kommuner og utilfredsstillende i færrest kommuner.

Unge med psykisk diagnose, der har kontakt til psykiatrien, er oftere stoffri end unge med psykisk diagnose, der ikke har kontakt til psykiatrien. Ikke desto mindre anses kontakt til psykiatrien som en omkostning. Det samme er tilfældet for SU og anden form for uddannelsesstøtte. Det er naturligvis en udgift, men det er samtidig en meget anderledes form for udgift end f.eks. illegale aktiviteter (sigtelser, domme) og passiv overførselsindkomst som f.eks. kontanthjælp. Man kan således påstå, at uddannelsesstøtte og kontakt til psykiatrien for unge med psykisk diagnose er en betingelse for, at den unge på langt sigt kommer til at fungere i samfundet og får en skatteindtægt. Det ved vi af gode grunde ikke endnu, men man kunne sandsynligvis med fordel skelne mellem positive udgifter (f.eks. omkostninger til uddannelsesstøtte og kontakt til psykiatri) og negative udgifter (f.eks. omkostninger til kontanthjælp og retssystem).

En omkostningsvurdering, der fravælger en metode fordi den har mange positive udgifter, kan således på sigt måske vise sig at vælge helt forkert.

4. Udspecificering af datagrundlag og hovedresultater

I det følgende anvendes der følgende data:

1. Data fra UngMap-interviewet ved indskrivning i behandling.
2. Data fra opfølgningsinterviewene 3, 6, 9 og 21 måneder efter indskrivning.
3. Data fra registret over "Stofmisbrugere i Behandling", som er blevet samkørt med data fra Det Psykiatriske Centralregister og Kriminalregisteret.
4. Data fra en case-kontrol-gruppe bestående af 1905 unge, der har samme alders- og kønsfordeling, samme stofforbrugsprofil og indskrevet i behandling på nogenlunde samme tid, men i andre kommuner.

4.1. De forskellige datasamlinger

1. I alt 460 unge fra ni kommuner blev interviewet ved indskrivning i metodeprogrammet. Samtalen blev betragtet som samtale 0. Herefter blev alle 460 tilbudt 12 samtaler i primærbehandlingen (se tabel 1). UngMap-interviewet danner grundlag for formulering af behandlingsplan og opstiller risikofaktorer og beskyttelses/neutrale faktorer for syv områder (rusmidler, psykisk/adfærd, fysik, sociale netværk, skole/arbejde/fritid, bolig/forsørgelse og traume/stress). Se manual og Behandlingsportal^{2,5}.
2. Opfølgningsinterviewene blev gennemført 3, 6, 9 og 21 måneder efter indskrivning. Af de 460 deltog 350 (3 mdr. interview), 308 (6 mdr. interview), 296 (9 mdr. interview) og 285 (21 mdr. interview) i opfølgningsrunderne. UngMap-spørgsmålene dannede grundlag for interviewene.
3. De 460 unge, der deltog i metodeprogrammet, blev samkørt med oplysninger fra Stofmisbrugsdatabasen (SMDB). I alt 381 af de 460 unge kunne genfindes i SMDB, svarende til 83 %.

Med denne samkøring har det været muligt at undersøge antal genindlæggelser, totale antal dage i behandling under og efter udskrivning opdelt på grupper med mere.

SMDB blev samkørt med en række andre registre, herunder bl.a. Det Psykiatriske Centralregister og Det Centrale Kriminalregister. Analyser fra disse to registre inddrages i denne rapport. Det vil således bl.a. være muligt at undersøge effekten af behandlingen for unge, der er registreret i Det Psykiatriske Centralregister, og ved samkøring med Det Centrale Kriminalregister at undersøge, hvor mange der er blevet sigtet og blevet dømt for forskellige typer lovovertrædelser før og efter indskrivning i metodeprogrammet.

4. For hver af de 381 unge, der kunne genfindes i SMDB, blev der udvalgt fem unge fra andre kommuner, end de ni kommuner der deltog i metodeprogrammet (i alt 1905 unge). Kriteriet for udvælgelse var samme alder ved indskrivning, samme køn, ingen brug af opioider i måneden op til indskrivning/opioider ikke hovedstof og indskrevet samme år. Denne gruppe kaldes for case-kontrol-gruppen.

Oplysninger fra denne gruppe er ligeledes samkørt med en række andre nationale registre, herunder Det Psykiatriske Centralregister og Det Centrale Kriminalregister. Vi kan her blandt andet se, om case-kontrol-unge er kortere eller længere tid indskrevet end unge fra metodeprogrammet, om der er lige så mange med psykisk diagnose, og hvor meget de har kontakt til psykiatrien, og om de har været mere eller mindre kriminelle i tiden før og efter indskrivning.

Nedenstående tabel viser sammenligneligheden mellem metodeprogrammets unge og case-kontrol-gruppen. Bemærk, at der kun er 381 af metodeprogrammets unge med i opgørelsen, hvilket som nævnt skyldes, at kun 381 af de 460 (83 %) kunne genfindes i SMDB. At ikke alle optræder i dette register, skyldes to forhold: en del af målgruppen var under 18 år, og nogle kommuner har ikke registreret denne gruppe af unge i SMDB. En enkelt kommune har haft IT-problemer og har i en periode ikke registreret deres indskrevne borgere i SMDB. Af de 79 unge, der ikke kunne genfindes i registeret, kommer 48 fra kommunen med IT problemer. De øvrige 31 er fordelt på de øvrige kommuner (med en enkelt større kommune som undtagelse, hvor alle kunne findes i registeret).

De 381 adskiller sig ikke stort fra de manglende 79, hvad angår køn, alder eller andel med psykisk diagnose. Der er lidt større andel af kvinder blandt de registrerede 381 (23,7 % af de 381 versus 18,3 % af de 79, der ikke kunne findes i SMDB registeret), og lidt flere i denne gruppe har en selvrapporteret psykisk diagnose sammenlignet med de manglende 79 (34,5 % versus 29,6 %). Forskellene er dog ikke signifikante. Det er de 381, vi i det følgende inkluderer i vores registeranalyser.

Nedenfor sammenlignes Metodeprogrammets unge, der kunne genfindes i SMDB, med case-kontrolgruppen. Kun brugen af kokain og amfetamin er lidt forskellig mellem de to grupper.

Tabel 2. Metodeprogrammets unge versus case-kontrol-gruppen.

	Metodeprogrammet n=381	Case-kontrol-gruppe n=1905
Køn	22,9 %	22,9 %
Alder ¹	20,5 år	20,0
Opioider ²	0	0
Hash dage/md	19,9 dage	19,3 dage
Kokain	0,8 dage	1,6 dage
Amfetamin	0,9 dage	1,3 dage
Ecstasy	0,4 dage	0,4 dage
Andre	0,4 dage	0,3 dage
Psykisk diagnose ³	39,4 %	39,1 %
Sigtet ⁴	43,3 %	44,9 %

¹ Alder er lidt forskellig mellem Metodeprogrammets unge og case-kontrol-gruppen, fordi den præcise alder ved indskrivning ikke kan afgøres i SMDB.

² Opioider sidste 30 dage eller opioider som hovedstof.

³ Livstidsdiagnose andet end F1 (rusmidler) identificeret i Det Psykiatrisk Centralregister.

⁴ Siget for strafbare forhold i de to år, der gik forud for indskrivning i Metodeprogrammet. Det Centrale Kriminalregister.

4.2. Svarprocenter og opgørelsesmetoder

21 måneder efter, at de 460 unge blev indskrevet i behandling og accepterede at deltage i Metodeprogrammet, er alle de unge udskrevet fra deres behandlingsforløb (lodtrækningsfasen). 85 % har været udskrevet i mere end et år.

21 måneder efter, de unge blev indskrevet, kontaktede vi igen alle 460 unge, der var med fra starten. Dette var det sidste ud af fire planlagte opfølgningsinterviews henholdsvis 3, 6, 9 og 21 måneder efter indskrivning. Ved hvert af disse interviews har vi anvendt screeningsinstrumentet UngMap, som også blev anvendt ved første indskrivningsinterview. Det bliver hermed muligt at undersøge forandringer i ikke bare forbrug af rusmidler, men også i trivsel, kriminalitet, socialt liv, beskæftigelse og meget andet. 285 af de 460 accepterede at deltage i 21-månedersinterviewet, svarende til 62 % af de 460. Svarprocenterne for de fire opfølgningsinterviews ses nedenfor:

Tabel 3. Svarprocenter ved fire opfølgninger.

	3 mdr.	6 mdr.	9 mdr.	21 mdr.
MK Ren	69 %	61 %	62 %	57 %
MK Gavekort	78 %	69 %	64 %	69 %
MK Opfølgning	77 %	65 %	62 %	62 %
MOVE	80 %	72 %	69 %	60 %
I alt	76 %	67 %	64 %	62 %

Selvom svarprocenten må anses for høj, er det alligevel omkring 1/3 af de unge, som vi ikke får med i 21-månedersinterviewet. Problemet med de manglende svar søges "løst" ved at supplere analyser af rå-data med analyser på basis af "Last Observation Carried Forward"-metoden (LOCF). Denne metode er ligeledes forklaret og anvendt i forrige effekt-evalueringsrapport (se¹). LOCF betyder, at besvarelserne fra forrige interview føres videre, hvis interviewet mangler. For eksempel kan en ung have deltaget i de tre foregående interviews, men ikke i interviewet 21 måneder efter indskrivning. Når værdier er ukendte, føres den sidst kendte værdi videre for at dække hullet, altså værdierne fra 9-månedersinterviewet (se tabel 4). I praksis betyder det, at LOCF her er udtryk for, *hvor mange der var stoffri ved sidste interview*. På den måde kan alle 460 unge inddrages ved hvert måletidspunkt. I praksis kan de unge, for hvem værdierne er ukendte, både have reduceret yderligere eller øget deres forbrug siden sidst kendte værdi. Metoden baserer sig derfor på estimater, der kan diskuteres. Rå-data-analyser inddrager udelukkende de kendte værdier.

Tabel 4. Principperne i LOCF.

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

4.3. Genindskrivinger (Data fra Stofmisbrugsdatabasen/SMDB)

En af betingelserne i dette studie er, at de unge, der dropper ud af behandlingen eller afslutter den som planlagt, kan genindskrives og modtage en fornyet behandling (jfr.

Behandlingsgarantien). Vi har således undersøgt, hvor mange af de 381 unge, der kunne genfindes

i SMDB, som blev genindskrevet, og hvor lang behandlingstiden havde været for disse 381 unge. Dette ses opdelt på de fire behandlingsspor nedenfor (forklaring neden for tabel).

Tabel 5. Unge genindskrevet i procent fordelt på efter Metodeprogram.

	År 0	År 1	År 2	År 3+	Total
MK Ren (93)	3	22	18	3	44
MK Gavekort (88)	3	20	8	2	32
MK Opfølgning (93)	4	11	11	3	26
MOVE (107)	4	13	7	4	27
Total (381)	4	16	11	3	32

I ovenstående tabel ses hvor mange procent af de unge fra de forskellige behandlingsspor, som har været genindskrevet år for år efter lodtrækningsforsøget og totalt. Med år 0 menes der at de blev genindskrevet i det samme år som de deltog i lodtrækningsforsøget. Med år 1 menes der, hvor mange der blev genindskrevet året efter de havde været indskrevet i lodtrækningsforsøget, osv. Det er specielt i år 1 og 2 efter lodtrækningsforsøget de unge genindskrives. I år 1 genindskrives i særlig grad unge fra MK Ren og MK Gavekort (de korte forløb). I år 2 er det i særlig grad unge fra MK Ren der genindskrives. Samlet er det 44% fra MK Ren der har været genindskrevet, mens det er 27% af de unge fra MOVE der har været genindskrevet. De unge fra MK Ren har således været signifikant oftere genindskrevet end unge fra de andre tre behandlingsspor (korrigeret for forskelle i køn, alder og risikoprofil).

Tabel 6. Dage indskrevet i Metodeprogrammet og dage genindskrevet herefter år for år og totalt (se fodnote ¹).

	Lodtrækningsforsøget	År 0	År 1	År 2	År 3+	Total
MK Ren	132	29	83	58	34	336
MK Gavekort	150	25	104	45	18	342
MK Opfølgning	221	18	57	37	16	349
MOVE	214	17	55	42	23	351
Total	381	22	74	46	23	346

I ovenstående tabel ses antal indskrivningsdage i lodtrækningsfasen og ved genindskrivninger årene efter (fastholdelsesfasen). Med år 0 menes der igen, at de blev genindskrevet i det samme år som de deltog i lodtrækningsfasen. De unge er flest dage genindskrevet i år 1 og år 2 efter lodtrækningsfasen. Samlet set betyder dette, at der stort set ikke er nogen forskel i antal dage i behandling mellem de fire behandlingsspor. MK Gavekort og ikke mindst MK Ren er således oftere blevet genindskrevet og har derfor også haft så mange dage indskrevet efter lodtrækningsfasen, at de er nået op på næsten det samme antal dage i behandling som MOVE.

¹ Der er ingen forskel mellem behandlingssporene i antal dage fra indskrivning i lodtrækningsfasen der startede september 2014 til de sidste indskrivningsdata vi har i Stofmisbrugsdatabasen (SMDB) 31/12 2017. Det betyder at uanset om de unge blev indskrevet på forskellige tidspunkter så kan ovenstående model anvendes til at estimere genindskrivninger og indskrivnings-dage.

103 af de 381 der kunne genfindes i SMDB var blevet genindskrevet i én af de ni Metodeprogramkommuner efter lodtrækningsfasen, svarende til 27 %. For MK Ren var det 35 %, for MK gavekort 28 %, for MK Opfølgning var det 25 % og for MOVE 19 %. Det betyder, at omkring hver tredje af de unge fra MK Ren antageligt har modtaget en behandling, der ligner eller er det samme som MOVE, efter de er blevet udskrevet fra lodtrækningsfasen. Dette ses bl.a. ved, at af de 512 der blev indskrevet i fastholdelsesfasen (efter lodtrækningsfasen) var det alle der fik basismetode (figur 2), alle fik påmindelser og 276 fik gavekort. I gennemsnit havde disse 512 foreløbigt modtaget 8,3 samtaler og mange var stadig indskrevet.

Det er dog først i fastholdelsesfasen der startede 1. maj 2016, at MOVE (eller en tilnærmet MOVE) blev anvendt systematisk for alle genindskrevne. For MK Ren var det 23,7 % af de unge der blev genindskrevet i en metodeprogram-kommune efter 1. maj 2016, for MK Gavekort 21,6 %, for MK Opfølgning 18,3 % og for MOVE 10,3 %. Det betyder at næsten hver fjerde af de unge fra MK Ren fik tilbudt MOVE (eller noget tilsvarende) efter lodtrækningsfasen, mens det samme var tilfældet for omkring hver tiende af de unge fra MOVE.

Et sådan design kaldes også for et *"forsinket kontrolgruppe-design"*. Med dette menes der bl.a., at når forsøgsbehandlingen er slut, så får alle tilbudt den behandling, der var den mest effektive. Det kan så forventes, at de, der ikke modtog den effektive behandling, nu opnår samme effekt, som den effektive behandling. Faktisk ville de være et problem, hvis de ikke tilnærmede sig hinanden, idet fastholdelsesfasens brug af MOVE så ikke var effektiv.

Det delvist *"forsinkede kontrolgruppe-design"* har været en betingelse for undersøgelsen. Det har således ikke været muligt at give de unge fra lodtrækningsfasen, som anmoder om genindskrivning, behandling "as usual". For det første er det hele ungeteamet i de ni deltagende kommuner, som er involveret i metodeprogrammet (med en enkelt undtagelse), og for dem er MOVE (eller versioner heraf) blevet "as usual". For det andet kan der være etiske problemer i at tilbyde unge noget, man ved ikke er det bedste. Endelig fordrer behandlingsgarantien som nævnt, at de unge skal tilbydes social behandling 14 dage efter anmodning. De kan altså ikke nægtes at komme i behandling.

Sammenfattende er der altså ikke den store forskel mellem de fire spor i behandlingens længden fra indskrivning i metodeprogrammet til 2-3 år efter. Korttidsbehandling (MK Ren) kan måske slet ikke betale sig. De bliver alligevel genindskrevet og modtager omkring samme antal dage i behandling som dem, der var indskrevet længst tid i Metodeprogrammet (MK Opfølgning og MOVE). Samtidig har mange af de der er genindskrevet modtaget MOVE behandling efterfølgende, hvilket gør forskelle i effekter mellem de fire behandlingsspor ved 21-måneders-opfølgningen mere uigennemskuelig.

4.4. Stoffrihed

I det følgende vises først, hvor mange der var stoffri ved de fire opfølgningsinterviews som rå-data. I næste tabel vises de som LOCF (andel stoffri ved sidste interview).

4.4.1. Rå-data og Last Observation Carried Forward (LOCF)

I nedenstående tabel er andelen af stoffrie unge vist i rå-data for de fire behandlingsspor.

Tabel 7. Andelen af stoffri ved de enkelte interviews for hvert behandlingsspor (rå).

	Ind n=460	UngMap n=460	3 mdr. n=350	6 mdr. n=308	9 mdr. n=296	21 mdr. n=285
MK Ren	0,9	3,5	26,6	36,2	36,6	47,7
MK Gavekort	1,8	4,4	21,6	26,9	30,6	30,8
MK Opfølgning	3,6	4,5	22,1	37,0	31,9	39,1
MOVE	2,5	4,1	19,6	34,1	50,0	46,6
I alt	2,2	4,1	22,3	33,4	37,8	40,7

Tabellen viser, at 40,7 % af de 285 unge, der blev interviewet 21 måneder efter indskrivning, har været stoffrie mindst én måned ved interviewet (nederste række til højre i tabellen). Som det ses i nederste linje, stiger andelen af unge, der er stoffri sidste måned, fra 2,2 % ved indskrivning til 40,7 %, når der er gået 21 måneder efter indskrivning. Fra 9 til 21 måneder efter indskrivning er der en stagnation for MOVE og MK Gavekort, mens der er en stigning for MK Opfølgning og, måske overraskende, en markant stigning i andelen af stoffrie for MK Ren. Det er dog også, som tidligere bedskrevet, netop unge fra MK Ren, som oftest genindskrives og derfor ofte også modtager MOVE i fastholdelsesfasen. Det er derfor forventeligt, at MK Ren vil tilnærme sig resultaterne fra MOVE.

Last observation carried forward/LOCF

I den følgende tabel bliver andelen af stoffrie unge vist med en LOCF-analyse for de fire behandlingsspor. Alle 460 er inkluderet, og tallene viser, hvor mange procent der var stoffri på interviewtidspunktet.

Tabel 8. Andelen af stoffri ved de enkelte interviews for hver behandlingsgruppe (LOCF).

	Ind n=460	UngMap n=460	3 mdr. n=460	6 mdr. n=460	9 mdr. n=460	21 mdr. n=460
MK Ren	0,9	3,5	18,4	23,7	24,6	32,5
MK Gavekort	1,8	4,4	16,8	22,1	25,7	25,7
MK Opfølgning	3,6	4,5	17,9	27,7	25,0	27,7
MOVE	2,5	4,1	16,5	28,1	38,8	38,0

OBS! LOCF her er udtryk for, *hvor mange der var stoffri ved sidste interview*. På den måde kan alle 460 unge inddrages ved hvert måletidspunkt

Tabellen viser, at de unge fra MOVE-gruppen klarer sig bedst med hensyn til stoffrihed fra 6 til 21 måneder efter indskrivning. I 9-månedersopfølgningen var forskellen til de andre spor signifikant.

21 måneder efter indskrivning er forskellen ikke mere signifikant, men dog alligevel tydelig, ikke mindst i forhold til MK Gavekort og MK Opfølgning. At MK Ren har nærmet sig MOVE kan igen, som tidligere beskrevet, skyldes at mange af de unge fra MK Ren er blevet genindskrevet.

Sammenfattende er der ikke mere noget klart billede af, hvilke spor der klarer sig bedst, hvad angår stoffrihed 21 måneder efter indskrivning. Dette kan dog ikke mindst forklares med anvendelsen af MOVE i fastholdelsesfasen.

4.4.2. Kommunerne

En anden måde at vurdere, om MOVE virker, er ved at undersøge, i hvor mange af de deltagende ni kommuner MOVE virker *utilfredsstillende*, *tilfredsstillende* eller *meget tilfredsstillende*. Det vil således være problematisk hvis MOVE virker helt fantastisk i fem kommuner og rigtig dårligt i fire kommuner (selvom MOVE gennemsnitligt virker fint).

Følgende kriterier lægges til grund for vurderingen:

- Utilfredsstillende: En andel af unge, der er stoffri ved 9- eller 21-månedersinterviewet, på under 30 % (-1, rød i tabellen).
- Tilfredsstillende: En andel af stoffri mellem 30 og 39,9 % ved 9-månedersinterviewet og mellem 30 og 41,9 % ved 21-månedersinterviewet (0 i tabellen).
- Meget tilfredsstillende: En andel af stoffri på mindst 40 % ved 9-månedersinterviewet og mindst 42 % ved 21-månedersinterviewet (+1, grøn i tabellen).

Den følgende tabel angiver graden af tilfredsstillende resultat for de ni kommuner fordelt på behandlingsspor og målt i andelen af stoffri. Lysegrøn farve angiver et meget tilfredsstillende resultat (+1) og pink farve et utilfredsstillende resultat (-1).

Tabel 9. Hvilke kommuner har den højeste andel af stoffri fordelt på behandlingsspor?

	9 mdr. MK Ren	9 mdr. MK Gave	9 mdr. MK Opfølg	9 mdr. MOVE	21 mdr. MK Ren	21 mdr. MK Gave	21 mdr. MK Opfølg	21 mdr. MOVE
Kom1	+1	+1	+1	-1	+1	+1	+1	+1
Kom2	-1	+1	-1	+1	0	+1	-1	-1
Kom3	0	-1	0	+1	-1	0	0	0
Kom4	+1	-1	-1	+1	+1	-1	-1	+1
Kom5	0	-1	+1	+1	-1	-1	+1	+1
Kom6	0	+1	0	-1	+1	+1	+1	-1
Kom7	0	-1	+1	+1	+1	-1	+1	+1
Kom8	-1	-1	-1	+1	+1	+1	-1	+1
Kom9	+1	0	-1	+1	-1	-1	+1	+1

MOVE virkede utilfredsstillende i to kommuner og meget tilfredsstillende i syv kommuner ved 9-månedersopfølgningen (7-2=5 point). Der var altså tale om enten-eller. For de øvrige kommuner er det 3-2=1 (MK Ren), 3-5=-2 (MK Gavekort) og 3-4=-1 (MK Opfølgning) ved 9-månedersopfølgningen.

Billedet er for MOVE nogenlunde det samme ved 21-månedersinterviewet, men to af de øvrige behandlingsspor har nærmest sig. MOVE virker stadig utilfredsstillende i to kommuner, men nu tilfredsstillende i én kommune og meget tilfredsstillende i seks kommuner. Således er scorerne for MOVE nu 6-2=4 point, for MK Ren 5-3=2 point, MK Gavekort 4-4=0 point og for MK Opfølgning 5-3=2 point.

Det er altså stadig MOVE behandlingen der på lang sigt giver de bedste resultater for flest kommuner. Hvis de to kommuner, hvor MOVE virkede utilfredsstillende ved opfølgningsinterviewet, ekskluderes fra analysen, var andelen af stoffri for de øvrige syv kommuner ved 9-månedersopfølgningen 58 % (for de øvrige spor 42, 22 og 37 %) og ved 21-månedersopfølgningen 58 % (for de øvrige spor 49, 24 og 43 %).

MOVE er naturligvis ikke upåvirket af kommunale og organisatorske forhold. Først og fremmest er MOVE mere ressourcekrævende, hvilket kan give problemer for kommuner med få ressourcer. F.eks. har det i én kommune ikke været muligt at tilbyde ugentlige samtaler til de unge. Samtidig ved vi at behandlingsintensitet kan ses i stærk sammenhæng med stoffrihed (se tabel 15, afsnit 4.5.4, tid mellem sessioner). Men mest af alt har MOVE dog været følsom over for behandlerskift, herunder skift, hvor nye uerfarne behandlere skulle introduceres og oplæres i MOVE, samtidig med at de allerede havde overtaget behandlingen. MOVE fungerer med andre ord rigtig fint i langt de fleste kommuner, hvilket indikerer, at det er muligt at implementere MOVE i både store og mindre kommuner. Men det fordrer de nødvendige ressourcer og ikke mindst en rimelig grad af organisatorisk stabilitet.

4.5. Hvilke variable kan ses i sammenhæng med stoffrihed?

4.5.1. Risikoprofil

Ikke mindst tre variable er på langt sigt gode til at forudsige stoffrihed. Disse tre variable udgør tilsammen et risikoindeks, hvor der kan scores hhv. 0,1,2 eller 3. De tre variable, der udgør risikoprofilen, er følgende:

- a) Stoffbelastning ved indskrivning (stofscore på mindst 12 giver 1 point. Se udregningsmetode nedenfor).
- b) Selvrapporteret psykisk diagnose givet af psykiater (giver 1 point).
- c) Kontanthjælp ved indskrivning (giver 1 point).

Stofbelastning udregnes ud fra følgende formel:

$$(((\text{hash}/30)+(\text{kokain}/30)+(\text{amfetamin}/30)+(\text{ecstasy}/30)+(\text{andre}/30))/5)*100$$

Udregningsmetoden for stofbelastning skal forstås som følger: Antal dage med hash den seneste måned op til interviewet divideres med 30. Det samme for de øvrige stoffer (kokain, amfetamin, ecstasy og andre). Herefter divideres det samlede antal med 5 (antal stoftyper inkluderet i ligningen) og ganges med 100 (hvilket giver et indeks fra 0 til 100. Metoden er nogenlunde den samme som i ASI (Addiction Severity Index).

Nedenfor ses andelen af stoffri ved seks måletidspunkter. Det første måletidspunkt er ved den unges kontakt til behandlingscentret ("Ind"), herefter følger screeningen med UngMap, samt ved opfølgingsinterviewene efter 3, 6, 9 og 21 måneder.

Tabel 10. Andel stoffri i procent for hver risikogruppe ved hvert interview.

	Ind* N=460	UngMap N=460	3 mdr. N=350	6 mdr. N=308	9 mdr. N=296	21 mdr. N=285
Risk0	6,5	13,0	36,6	56,5	55,4	48,5
Risk1	2,2	2,2	22,5	33,3	40,8	45,5
Risk2	0,0	2,0	17,9	23,7	29,1	35,3
Risk3	0,0	0,0	3,5	4,4	8,0	13,6
Total	2,2	4,1	22,3	33,4	37,8	40,7

* Korte interview til brug for lodtrækning.

Risikoprofilen begynder allerede tre måneder efter behandlingsstart at vise store forskelle i andelen der er stoffri for de forskellige risikogrupper. Ved tre måneder efter indskrivning er det således 36,6% af de unge med Risk0 som er stoffri, mens det er 3,4 % fra RISK3 der er stoffri på samme tidspunkt. Ni måneder efter indskrivning er det 55,4 % af de unge fra Risk0-gruppen, der er stoffri, mens det er 8,0%, der er stoffri fra Risk3 samme tidspunkt. Også 21 måneder efter indskrivning er risikoprofilen stærkt signifikant, men dog også en smule mindre klar.

Der er en klar sammenhæng mellem risikoindekset og den gennemsnitlige indskrivningstid efter lodtrækningsfasen. Unge i Risk0 var genindskrevet i 95 dage i gennemsnit (efter lodtrækningsfasen), unge i Risk1 i 135 dage, unge i Risk2 i 154 dage og unge i Risk3 i 235 dage i gennemsnit.

Når vi ser på et længere tidsperspektiv ud over lodtrækningsfasen, er der stadig stor forskel på Risk3 og de andre grupper. Således var unge fra Risk3 i gennemsnit indskrevet i 430 dage i de 21 måneder, der gik fra indskrivning til sidste opfølgingsinterview. For unge fra Risk0 var det 293 dage, Risk1 319 dage og Risk2 313 dage.

4.5.2. Personprofilerne LAV, SIP, SEP og SEIP

Eksternaliserende problemer (konflikter med omgivelser, pjækkeri og bortvisning fra skolen, slagsmål og lignende) kan ses i meget tæt sammenhæng med problematisk ukontrolleret forbrug

af rusmidler og kriminalitet. Internaliserende problemer (ensomhed, angst, depression og lignende) kan derimod ses i meget tæt sammenhæng med fysiske problemer, brug af håndkøbsmedicin og ordineret medicin mod såvel fysiske som psykiske problemer^{6,7}. Tilsammen danner disse to typer problemer fire profiler:

- LAV = Ingen eller moderate eksternaliserende eller internaliserende problemer.
- SIP = Svære internaliserende problemer.
- SEP = Svære eksternaliserende problemer.
- SEIP = Svære eksternaliserende og internaliserende problemer.

I nedenstående tabel ses andelen af stoffri ved de fem interviews fordelt på de fire profiler.

Tabel 11. Stoffrihed og personprofil.

	UngMap n=460	3 mdr. n=350	6 mdr. n=308	9 mdr. n=296	21 mdr. n=285
LAV	7,1	30,1	44,4	45,4	36,7
SIP	2,4	19,7	33,9	36,7	41,4
SEP	2,9	17,6	27,8	38,0	46,9
SEIP	3,9	21,4	25,0	26,0	34,2

Som det ses i tabellen, er flest fra LAV stoffri, undtagen ved 21-månedersinterviewet. Omvendt er det ved 6-, 9- og 21-månedersinterviewet unge med en SEIP profil, der har sværest ved at (for)blive stoffri.

Det er overraskende, at LAV klarer sig så relativt dårlig ved 21-månedersinterviewet. Det kunne måske tænkes, at disse unge nok ikke er stoffri, men hører til den gruppe af unge, der bedre kan kontrollere et begrænset forbrug. I nedenstående tabel ses det, at unge med LAV-profil, som ikke er stoffri, faktisk er mindre stofbelastede end de andre unge – ikke mindst 21 måneder efter indskrivning (se metoden til udregning af stofbelastning tidligere i dette afsnit).

Tabel 12. Stofbelastning for unge, der ikke er stoffri.

	Ind UngMap n=460	3 mdr. n=350	6 mdr. n=308	9 mdr. n=296	21 mdr. n=285
LAV	12,7	7,6	7,3	7,7	6,4
SIP	14,4	8,6	9,6	8,6	9,9
SEP	14,9	9,0	7,9	9,2	11,3
SEIP	18,1	8,3	10,0	10,8	9,6
Alle	14,7	8,5	8,5	9,0	9,1

I ovenstående tabel ses, at unge med profilen LAV, som ikke er stoffri, scorer 6,4 i stofbelastning ved 21 måneder interviewet, hvilket er betydeligt lavere end andre unge.

En mere konkret måde at anskueliggøre den lave stofbelastning hos LAV-gruppen ses i nedenstående tabel, som viser andelen, der enten slet ikke har brugt hash eller højst har haft tre dages forbrug i den seneste måned op til 21-månedersinterviewet.

Tabel 13. Højst 3 dages forbrug af hash i måneden op til 21-mdr.-interviewet.

	Antal	Hash, 0-3 dage
LAV	57	61,1
SIP	34	48,3
SEP	51	56,3
SEIP	27	46,3

I tabellen ses det, at hvis kriteriet for succes "blødes op" til højst hash tre dage sidste måned, så er det igen LAV, der har flest unge med ingen eller et moderat forbrug af hash. Her skal det dog fremhæves, at LAV-gruppen allerede ved indskrivning havde et lavere forbrug end de andre tre grupper.

4.5.3. Selvrapporteret psykisk diagnose

De unge blev ved indskrivning givet følgende to spørgsmål:

1. Er du diagnosticeret med ADHD af en psykiater?
2. Har du nogensinde fået andre psykiatriske diagnose(r) (end ADHD) af en psykiater? (eksempelvis depressions-diagnose, angst-diagnose, personlighedsforstyrrelse (blandt andet borderline), OCD, skizofreni, psykose).
 - a. Hvis ja, hvilke?

Vi kunne dermed opdele de unge i a) Ingen diagnose, b) Anden diagnose end ADHD, c) ADHD og d) ADHD + anden diagnose. I nedenstående tabel er det vist, hvor mange der var stoffri fra de forskellige diagnose-kategorier.

Tabel 14. Selvrapporteret diagnose givet af psykiater og stoffrihed.

	Ind n=460	3 mdr. n=350	6 mdr. n=208	9 mdr. n=296	21 mdr. n=285
Ingen psykisk diagnose	4,3	24,1	37,7	43,9	44,7
Anden diagnose end ADHD	4,5	18,5	22,7	29,4	37,0
ADHD	3,4	20,9	29,4	25,0	35,3
ADHD + anden diagnose	3,3	14,3	16,7	17,7	17,7

Som det ses i ovenstående tabel, er det ikke mindst unge med en ADHD + anden diagnose, som har det vanskeligt med at blive stoffri. Denne gruppe består af 30 unge. Det skal senere vises, om de forskellige selvrapporterede psykiske diagnoser kan genfindes i Det Psykiatriske Centralregister, og hvor mange af disse unge der blev stoffri fra hver enkelt behandlingsgruppe.

4.5.4. Andre variable, der kan ses i sammenhæng med stoffrihed

Hver enkelt variabel, der kan ses i sammenhæng med stoffrihed på de forskellige måletidspunkter, skal ikke gennemgås i detaljer her. Nedenfor er de væsentligste variable opstillet, som kan knyttes til stoffrihed henholdsvis 3, 6, 9 og 21 måneder efter indskrivning. Tabellen viser signifikansværdier for sammenhængene, som bliver beskrevet efter tabellen (ns = non-significant). Kun variable, hvor der er fundet sammenhæng, nævnes. Tabellen uddybes nedenfor.

Tabel 15. Sammenhænge mellem behandlingsvariable, unge-variable og behandlervariabel og stoffrihed på fire forskellige måletidspunkter.

Behandlingsvariable	Fire opfølgningstidspunkter				
	3 mdr.	6 mdr.	9 mdr.	21 mdr.	
Påmindelser	ns	.01	ns	ns	Antal påmindelser
Gavekort	ns	ns	.03	ns	Antal gavekort
Indskrivningstid primær	.003	ns	ns	ns	Antal dage indskrevet i primærbehandling
Gennemført primær	.02	.001	ns	ns	kontrolleret køn alder
Gennemført opfølgning	ns	.04	ns	ns	ja/nej, MK Opfølgning og MOVE
Samtaler opfølgning (LR)	.04	.001	ns	ns	Antal, MK Opfølgning og MOVE
Telefonsamtaler (LR)	.008	<.001	ns	ns	Antal, MK Opfølgning og MOVE
Antal samtaler primær	.01	<0.01	.01	ns	3 kategorier: 0-1, 2-9 og 10+ samtaler
Antal samtaler i alt	.007	<.001	ns	ns	3 kategorier: 0-4, 5-9 og 10+ samtaler
Udeblivelser, mindst én gang	.01	.001	.006	.02	kontrolleret køn alder
Aflysninger	.008	ns	ns	ns	Antal aflysninger/afbud
Tid mellem sessioner	0.002	0.001	0.03	ns	Gennemsnit samtaler pr. måned
MOVE versus de andre	ns	ns	.007	ns	MOVE signifikant bedre ved 9 mdr.
Ungevariable (de stærkeste)					
Stofscore 12+	<.001	<.001	<.001	ns	Score på 12 og derover = svært misbrug
Psykisk diagnose	ns	0.02	.004	.04	Givet af psykiater. Selvrapporateret
Kontanthjælp	ns	.004	ns	.03	Hovedindtægtskilde, kontrolleret køn/alder
Risiko 4 indeks	<.001	<.001	<.001	.004	Stofscore + psykisk diagnose + kontanthjælp
LAV	.03	.008	ns	ns	Person-profil
SEIP	ns	ns	.04	ns	Person-profil
Behandlervariabel (stærkeste)					
Oplevelse af ung (BMF) 1. samtale	<.001	<.001	ns	.05	BMF = Beslutsom, Motiveret, Fokuseret
Oplevelse af ung (BMF) 2. samtale	<.001	.001	0.04	.03	

Tabellen skal læses som følger: ns = ingen signifikant sammenhæng mellem f.eks. påmindelser (husk at komme til samtale) og stoffrihed ved 3-måneders opfølgning (øverste række). Der blev dog fundet en sammenhæng mellem påmindelser og stoffrihed ved 6-måneders opfølgningen (.01 betyder der kun er 1% sandsynlighed for, at der ikke er en sammenhæng). Ved 9- og 21 måneders opfølgningen er der igen ingen signifikant sammenhæng.

Et andet eksempel er Psykisk diagnose (under ungevariable). Her ses der en meget stærk signifikant sammenhæng mellem psykisk diagnose og stoffrihed i 6,9 og 21 måneders

interviewene. Unge med psykisk diagnose er således signifikant sjældnere stoffri end andre unge ved disse tre måletidspunkter.

Sammenhænge mellem behandlingsvariable såsom gavekort, gennemført behandling med mere og stoffrihed er forholdsvis beskedne. De kan først og fremmest knyttes til de første seks måneder af behandlingsforløbet.

Én enkelt variabel skiller sig dog ud. Udeblivelser (aldrig udeblevet versus udeblevet mindst én gang) kan knyttes signifikant til stoffrihed ved alle interviewtidspunkter, inklusiv 21 måneder efter indskrivning. MOVE har signifikant færre, der aldrig har haft en udeblivelse, end de øvrige tre behandlingsspor (51 % MOVE versus 36 % i MK Ren, 30 % i MK Gavekort, 32 % i MK Opfølgning). Også tid mellem sessioner kan ses i tæt sammenhæng med stoffrihed (3-, 6- og 9-månedersinterviewene). Med andre ord: jo kortere tid, der er mellem samtalsessionerne, desto højere grad af stoffrihed.

Elementer såsom gavekort og påmindelser (Husk at komme!) kan kun i begrænset omfang ses i sammenhæng med stoffrihed. Til gengæld er der en meget stærk sammenhæng mellem på den ene side gavekort og påmindelser og på den anden side antal samtaler og gennemført primærbehandling som planlagt (ikke vist i tabellen). Ikke mindst når gavekort og påmindelser kombineres, ser vi en meget stærk reduktion af udeblivelser.

Desuden viser resultaterne ovenfor, at det ikke mindst er ungevariable, som kan ses i tæt sammenhæng med stoffrihed. Ved at sammenlægge stofbelastning på 12 eller derover, psykisk diagnose og kontanthjælp ved indskrivning kan der, som tidligere nævnt, udregnes et risikoindeks, som står i stærk sammenhæng med stoffrihed ved alle interviewtidspunkter.

Endelig er der behandlervariablen "BMF", som står for behandlernes vurdering af den unges beslutsomhed, motivation og fokusering ved hver samtale. Således vurderer behandlerne ved hver samtale på en 10-punktsskala, hvorvidt den unge er beslutsom, motiveret og fokuseret. Der kan maks scores 30 point. Overraskende kan behandlernes vurdering allerede ved 1. samtale ses i klar signifikant sammenhæng med stoffrihed 3, 6 og 21 måneder efter indskrivning (og ved anden samtale stoffrihed 3, 6, 9 og 21 måneder efter indskrivning). Det kunne jo skyldes en selvforstærkende effekt (Rosenthal- eller Pygmalion-effekten⁸). Med dette menes der, at det er behandlerens oplevelse af den unge, der i sig selv skaber den manglende effekt. Det er dog behandlerens oplevelse af den unge allerede ved første samtale, som kan knyttes stærkt til stoffrihed, ikke mindst ved 3- og 6-månedersinterviewene. Med mindre behandleren har haft et forhåndskendskab til den unge, må behandlerens vurdering af den unges beslutsomhed, motivation og fokusering jo være noget der direkte er opstået i relationen til den unge og ikke noget som de havde hørt fra andre (som i Rosenthal-effekten, hvor de på forhånd havde fået at vide, at eleverne i netop deres klasse ikke var særligt dygtige). Til gengæld kan det være, at førstehåndindtrykket af den unge kan være særdeles vanskeligt at slippe af med. Det er nu ikke helt tilfældet. Behandlerne bliver således betydeligt mere positivt stemte over for den unges BMF

gennem behandlingsforløbet (fra en score på 4,6 til 6,0 over de første fem samtaler for de unge, der stadig var i behandling på dette tidspunkt).

4.6. Stofreduktion

Hvor meget en ung reducerer sit forbrug af illegale rusmidler, afhænger af, hvor meget vedkommende brugte ved indskrivning. Man kan sige, at jo højere forbrug ved indskrivning, desto mere er der at reducere. Eftersom den største reduktion finder sted tidligt i behandlingsforløbet, er det afgørende, at forbruget måles så tidligt som muligt i behandlingsforløbet. Hvis den unge ved første kontakt havde røget hash 30 dage den seneste måned - og en måned efter havde røget 15 dage den seneste måned, så vil den største effekt naturligvis opnås, hvis der tages udgangspunkt i den første kontakt. I Metodeprogrammet er de unges forbrug målt allerede ved første kontakt og igen 1-2 uger efter ved UngMap-screeningen.

Forbruget af hash seneste måned for alle 460 deltagere i undersøgelsen var mellem disse to interviews faldet fra et gennemsnit på 21,0 dage sidste måned til 18,8 dage og andelen, der var stoffri, var steget fra 2,2 % til 4,1 %. Behandlingen var på dette tidspunkt endnu ikke påbegyndt. I det følgende tages der udgangspunkt i UngMap-interviewet, da vi her har den mest detaljerede viden om forbruget, selvom der allerede her er sket en mindre reduktion i forbruget.

Fra UngMap til 21-månedersinterviewet havde 81,4 % af de unge reduceret deres forbrug af illegale stoffer. Derudover var 3,2 % af de unge stoffri ved UngMap-interviewet ved indskrivning, og de havde heller ikke et forbrug 21 måneder senere. Hvis de regnes med, er det således 84,6 % af de unge, der enten havde reduceret eller fastholdt deres stoffrihed 21 måneder efter indskrivning. Det er målt ved simpelt at trække stofbelastning ved 21-månedersinterviewet fra UngMap-stofbelastning ved indskrivning. En ung kan således have en stofbelastning på 14 ved UngMap-indskrivning og på 7 ved 21-månedersinterviewet. Ved regnestykket 14 minus 7 gives der en reduktion på 7.

En problematik er her, hvornår en reduktion kan betragtes som en reel reduktion eller alene må tilskrives et almindeligt udsving i forbruget. Det giver således ikke meget mening at påstå, at en reduktion i eksempelvis hashforbrug fra 29 dage den sidste måned til 26 dage er en reel reduktion.

Tabel 16. Fire forskellige kategorier af stofbelastning.

Gruppe	Belastnings-score	Benævnelse	Eksempler
Stofb. 0	0	Stoffri	F.eks.: Ikke taget stoffer den sidste måned.
Stofb. 1	Over 0, under 2	Lav	F.eks.: Højst fire dages forbrug af et stof på en måned.
Stofb. 2	2, under 5	Moderat	F.eks.: Otte dages forbrug af hash og to dages forbrug af kokain.
Stofb. 3	5, under 12	Risiko	F.eks.: 20 dages forbrug af cannabis og ikke andet.
Stofb. 4	12 og derover	Belastet	F.eks.: 30 dages forbrug af cannabis eller 20 dages forbrug af cannabis og otte dages forbrug af kokain.

* Stofb. = stofbelastning.

For at der kan være tale om *reel reducering*, skal mindst én kategori springes over. Eksempelvis vil en reduktion fra kategori 3 til kategori 1 betragtes som en reel reduktion, men ikke en reduktion fra 3 til 2.

4.6.1. Reduktion generelt

I nedenstående tabel ses bevægelserne i stofbelastningskategorier fra UngMap-indskrivnings-interviewet til 3-månedersopfølgnings-interviewet. I alt 350 unge deltog i 3-måneders-interviewet, og det er alene denne gruppe, der er med i analysen.

Tabel 17. Reduktion i stofbelastning mellem indskrivning og 3-måneders opfølgning (n=350)

UngMap	3 måneders-opfølgning					Total
	0	1	2	3	4	
0	11	1	1	1	1	15
1	7	8	3	2	1	21
2	13	9	5	2	6	35
3	12	15	12	13	1	53
4	27	31	26	53	89	226
Total	70	64	47	71	98	350

Det gule område viser de unge, hvor der ikke er sket en udvikling i stofbelastningen. Her var eksempelvis 11 af de 350 unge stoffri ved såvel UngMap-interviewet, som ved 3-måneders-interviewet. I den anden ende af gruppen, som er "status quo", er de 89, der placerede sig ved UngMap-interviewet i belastningskategori 4, og der var de stadig 3 måneder efter.

Det grønne område viser de unge, der sprang mindst én kategori over i positiv retning. Sammenlagt har 124 af de 350 unge reduceret deres forbrug af illegale stoffer, svarende til 35,4 % af de unge (det grønne område lagt sammen).

I det røde område er der de 12 unge, som havde forværret deres forbrug af illegale stoffer, svarende til 3,4 %.

226 af de 350 kunne ved UngMap-interviewet placeres i belastningskategori 4. Ved 3-måneders-interviewet var dette faldet til 98 (43,4 % færre i kategori 4 end ved UngMap-interviewet). 27 har flyttet sig fra kategori 4 til at være stoffri.

I nedenstående tabel ses bevægelserne i stofbelastningskategorier fra UngMap-interviewet til 6 måneder efter indskrivning (308 deltog i 6-månedersopfølgningen). Tabellen skal forstås på samme måde som ovenstående tabel.

Tabel 18. Reduktion i stofbelastning mellem indskrivning og 6-måneders opfølgning (n=308)

UngMap	6-måneders-opfølgning					Total
	0	1	2	3	4	
0	7	2	0	1	2	12
1	10	3	3	2	1	19
2	12	5	4	4	6	31
3	28	9	5	6	5	53
4	46	25	22	39	61	193
Total	103	44	34	52	75	308

142 af de 308 unge har nu flyttet belastningskategori i positiv retning (grønne område), svarende til 46,1 %. 12 har forandret sig i negativ retning (3,9 %). 46 har flyttet sig fra kategori 4 til stoffrihed. 34 (25+9) havde skiftet kategori fra 3 eller 4 til 1 (Lav), mens 22 havde skiftet kategori fra 4 til 2. 61 af de unge, der var i kategori 4 ved UngMap-interviewet, er fortsat i kategori 4 seks måneder senere.

I nedenstående tabel ses bevægelserne i stofbelastningskategorier fra UngMap-interviewet til ni måneder efter indskrivning (296 deltog i 9-månedersopfølgningen). Tabellen skal igen forstås på samme måde som ovenstående tabel.

Tabel 19. Reduktion i stofbelastning mellem indskrivning og 9-måneders opfølgning (n=296).

UngMap	9 måneders-opfølgning					Total
	0	1	2	3	4	
0	9	2	0	0	4	15
1	7	3	1	2	1	14
2	13	5	4	2	7	31
3	28	6	1	10	5	50
4	55	26	15	29	61	186
Total	112	42	21	43	78	296

143 (grønt område) af de 296 unge, der deltager i 9-månedersinterviewet, har ved dette interview flyttet sig mindst to kategorier i positiv retning siden UngMap-interviewet, hvilket svarer til 48,3 %. 14 har bevæget sig i negativ retning (4,8 %).

I nedenstående ses bevægelserne i stofbelastningskategorier fra UngMap-interviewet til 21 måneder efter indskrivning (285 deltog i 21-månedersopfølgningen). Tabellen skal forstås på samme måde som ovenstående tabel.

Tabel 20. Reduktion i stofbelastning mellem indskrivning og 21 måneders opfølgning (n=285).

UngMap	21 måneders-opfølgning					Total
	0	1	2	3	4	
0	9	1	0	3	0	13
1	5	5	1	1	1	13
2	13	8	5	4	6	36
3	24	10	3	6	7	50
4	65	15	20	15	58	173
Total	116	39	29	29	72	285

147 (grønt område) af de 285 unge, der deltager i 21-månedersinterviewet, har ved dette interview flyttet sig mindst to kategorier i positiv retning siden UngMap-interviewet, hvilket svarer til 51,5 %. 12 har bevæget sig i negativ retning (4,2 %).

Overordnet kan det siges, at flere og flere af de interviewede unge bevæger sig i en positiv retning og får en lavere stofbelastning. Således har 35,4 % af de unge opnået en reduktion i stofbelastningen ved 3-månedersinterviewet, hvilket stiger til 46,1 % ved 6 måneders interviewet, 48,3 % ved 9-månedersinterviewet og til slut til 51,5 % af de unge, som har opnået en reduktion ved 21-månedersinterviewet.

4.6.2. Reduktion for de enkelte behandlingsspor

I de næste tabeller ses reduktionen i forbruget af stoffer for hvert enkelt behandlingsspor målt mellem UngMap-interviewet ved indskrivning og 21 måneder efter indskrivning. Der bruges den samme model som i sidste afsnit.

Tabel 21. Reduktion i MK Ren mellem UngMap-interview og 21-måneders-opfølgning (n=65, svarprocent 57)

UngMap	21-måneders-opfølgning					Total
	0	1	2	3	4	
0	1	0	0	2	0	3
1	3	0	0	0	0	3
2	5	3	0	1	1	10
3	3	3	1	1	0	8
4	19	3	4	3	12	41
Total	31	9	5	7	13	65

For MK Ren (ovenstående tabel) var det 37 (grønne område) af de i alt 65 interviewede, der havde reduceret deres forbrug på de 21 måneder, svarende til 57 %. 3 (4,6 %) havde forværret deres forbrug siden indskrivning (røde område).

Tabel 22. Reduktion i MK Gavekort mellem UngMap-interview og 21-måneders-opfølgning (n=78, svarprocent 69)

UngMap	21-måneders-opfølgning					Total
	0	1	2	3	4	
0	3	1	0	0	0	4
1	1	2	1	0	0	4
2	4	2	2	3	3	14
3	5	2	1	2	2	12
4	11	3	8	3	19	44
Total	24	10	12	8	24	78

I ovenstående tabel er det reduktionen i stofbelastning for MK Gavekort, der er vist. Af de i alt 78 interviewede havde 33 unge reduceret deres forbrug på de 21 måneder, svarende til 42 %. 3 (3,8 %) havde forværret deres forbrug siden indskrivning (røde område).

Tabel 23. Reduktion i MK Opfølgning mellem UngMap-interview og 21-måneders opfølgning (n=69, svarprocent 62)

UngMap	21-måneders-opfølgning					Total
	0	1	2	3	4	
0	3	0	0	0	0	3
1	1	2	0	1	0	4
2	3	2	2	0	1	8
3	5	1	0	1	3	10
4	15	5	3	5	16	44
Total	27	10	5	7	20	69

For MK Opfølgning (ovenfor) var det 33 unge (grønne område) af de i alt 69 interviewede, der havde reduceret deres forbrug på de 21 måneder, svarende til 46 %. 2 (2,9 %) havde forværret deres forbrug siden indskrivning (røde område).

Tabel 24. Reduktion i MOVE mellem UngMap-interview og 21-måneders opfølgning (n=73, svarprocent 60)

UngMap	21-måneders-opfølgning					Total
	0	1	2	3	4	
0	2	0	0	1	0	3
1	0	1	0	0	1	2
2	1	1	1	0	1	4
3	11	4	1	2	2	20
4	20	4	5	4	11	44
Total	34	10	7	7	15	73

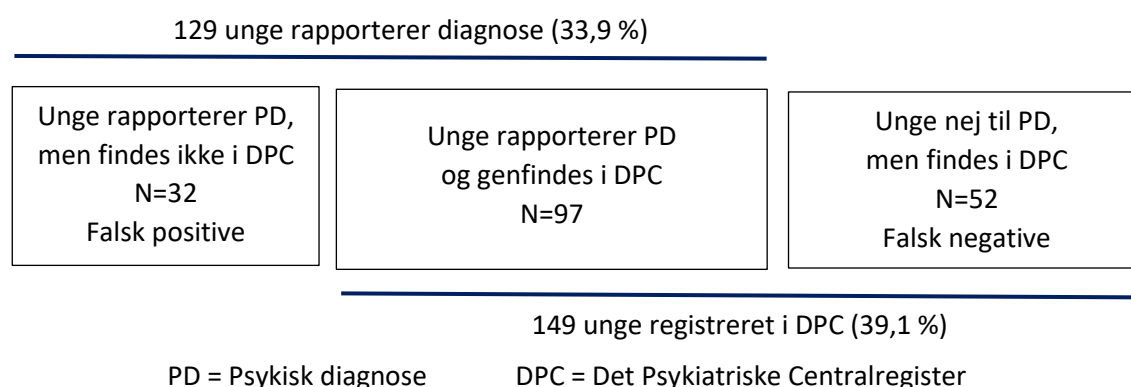
Endelig for MOVE (ovenfor) var det 45 (grønne område) af de i alt 73 interviewede, der havde reduceret deres forbrug på de 21 måneder, svarende til 62 %. 3 (4,1 %) havde forværret deres forbrug siden indskrivning (røde område).

Sammenfattende for reduktion udviklede andelen af unge, der havde reduceret, sig fra 35 % ved 3-månedersinterviewet til 52 % ved 21-månedersinterviewet. For de fire behandlingsspor var det 57 % fra MK Ren, der havde reduceret ved 21-månedersinterviewet sammenlignet med indskrivning, mens det samme var tilfældet for 42 % for MK Gavekort, 46 % for MK Opfølgning og 62 % for MOVE.

4.7. Effekten for unge med dobbeltdiagnose (en registerbaseret undersøgelse)

4.7.1. Selvrapporterede og de registrerede i Det Psykiatriske Centralregister.

Som tidligere nævnt i rapporten kunne de unges selvrapporterede psykiske diagnose ses i tæt sammenhæng med stoffrihed. I det følgende skal de selvrapporterede psykiske diagnoser forholdes til diagnoser i Det Psykiatriske Centralregister. Desuden vil effekten af de forskellige behandlingsmetoder blive undersøgt nærmere, i forhold til hvorvidt de unge har en selvrapporteret eller registreret diagnose. Nedenfor er opstillet en model over unge med psykisk diagnose henholdsvis selvrapporteret og identificeret i Det Psykiatriske Centralregister.



Figur 3. Selvrapporteret psykisk diagnose versus psykisk diagnose registreret i Det Psykiatriske Centralregister.

OBS! Én diagnose i ICD10 er psykisk lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer (F1). Denne diagnose inkluderer blandt andet afhængighed/misbrug af illegale stoffer. Denne diagnose inddrages ikke i de følgende analyser, idet alle de unge i princippet kunne blive givet en sådan diagnose.

Ifølge ovenstående figur rapporterer 129 af de 381 unge selv, at de har en psykisk diagnose. 97 af disse genfindes i Det Psykiatriske Centralregister. De øvrige 32 kan ikke genfindes i registeret. Det betyder dog ikke, at denne gruppe af unge har forsøgt at dramatisere deres problemer. Snarere tværtimod. De fleste genfindes således i Sygesikringsregistret (modtager behandling af privatpraktiserende psykiater) og/eller i Lægemiddelregistret (er i medicinsk behandling for psykiske lidelser, eksempelvis antidepressiv behandling eller får ordineret medicin mod ADHD). Samtidig er disse 32 unge en meget belastet gruppe, hvilket skal vises senere i dette afsnit.

I alt kunne 149 af 381 unge (unge i Registeret for Stofmisbrugsbehandling) genfindes i Det Psykiatriske Centralregister. 52 af disse rapporterede ikke selv en psykisk diagnose. Man kunne påstå, at disse unge forsøger at skjule noget, skammer sig eller lignende. Dette er dog ikke nødvendigvis tilfældet. 29 af de 52, der ikke rapporterer, de har en psykisk diagnose, har fået diagnosen nervøs/stressrelateret tilstand (F4), ofte med underdiagnosen "tilpasningsreaktion" (F43). Denne diagnose henviser til en reaktion på svær belastning, og det er ikke umuligt, at den unge slet ikke anser dette for at være en psykisk diagnose. Dertil kommer, at 20 af de 52 har fået en adfærdsforstyrrelsesdiagnose (F9). Under denne kategori hører ADHD, men også andre adfærdsforstyrrelser, som den unge måske ikke betragter som en psykisk diagnose, og/eller som vedkommende har fået tidligt i sin barndom.

Nedenfor er vist, hvor mange af de unge der var stoffri 21 måneder efter indskrivning, fordelt på fire kategorier af unge.

Tabel 25. Stoffrihed 21 måneder efter indskrivning for fire kategorier af unge.

		Stoffri 21 mdr.			
		n=240	Svarer	Svarprocent	
Ingen PD	200	47,6	126	63,0 %	
Kun DPC	52	45,5	33	63,5 %	
Unge PD, ikke i DPC	32	23,8	21	65,6 %	
Unge PD, genfindes i DPC	97	40,0	60	61,9 %	

I tabellen ses det, at det først og fremmest er de unge med selvrapporterede diagnoser, som vi ikke kan finde i Det Psykiatriske Centralregister, som har problemer med at blive stoffri. Fra denne gruppe er det kun 23,1 %, der er stoffri 21 måneder efter indskrivning. De fleste genfindes dog som nævnt i Sygesikringsregistret og Lægemiddelregistret. Betydeligt bedre går det for de unge med selvrapporterede diagnoser, som også kan findes i registeret. Her er det 40 %, der er stoffri 21 måneder efter indskrivning. Endnu bedre går det for de unge, der er registreret i Det Psykiatriske Centralregister, men som ikke selv mener, de har en psykisk diagnose. Af disse er det 45,5 %, der er stoffri 21 måneder efter indskrivning. Det kunne måske bekræfte, at disse unge ikke har fået en diagnose, som de selv opfatter som en psykisk diagnose.

Man kan her sige, at den selvrapporterede psykiske diagnose siger mere om de behandlingsmæssige udfordringer end den psykiske diagnose i registeret. Men man kan også argumentere for, at de unge i Det Psykiatriske Centralregister klarer sig så godt, netop fordi de har modtaget (eller modtager) behandling fra det psykiatriske behandlingssystem.

4.7.2. De forskellige psykiske diagnoser efter ICD-10

Nedenfor er opstillet de forskellige diagnosekategorier i ICD10. Der skal i det følgende kun rapporteres resultater, hvis diagnosen er givet til mindst 10 unge.

F0 Organisk betingede psykiske lidelser	F5 Adfærdsændringer forbundet m. fysiske faktorer**
F1 Psykisk lidelse forårsaget af psykoaktive stoffer*	F6 Personlighedsforstyrrelser
F2 Skizofreniforme lidelser/psykotiske tilstande	F7 Mental retardering
F3 Affektive sindslidelser (uni- og bipolar)	F8 Psykiske udviklingsforstyrrelse (eks. autisme)
F4 Nervøse og stressrelaterede lidelser	F9 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (eks. ADHD)

* Inddrages ikke i analyserne.

** F5 inkluderer blandt andet spiseforstyrrelser.

Nedenfor er vist, hvor mange der var stoffri 21 måneder efter indskrivning. Der er alene medtaget diagnosekategorier, hvor mindst 10 unge har modtaget diagnosen.

Tabel 26. Stoffrihed 21 mdr. efter indskrivning fordelt på diagnoser.

		Stoffri 21 mdr. n=128	Svarer	Svar procent
F3	21	43,8	16	76,2 %
F4	59	37,2	43	72,9 %
F6	19	50,0	10	52,6 %
F8	12	70,0	10	83,3 %
F9	84	49,0	49	58,3 %

Den diagnosekategori, hvor der er færrest, der har opnået stoffrihed, er F4 (Nervøse og stressrelaterede lidelser). Såvel unge med personlighedsforstyrrelse (F6) og adfærdsforstyrrelser, herunder ADHD (F9), klarer sig relativt fint. Her skal dog nævnes, at netop for disse to grupper er svarprocenten lavest. Derimod er der rigtigt gode resultater for unge med udviklingsforstyrrelser (F8, autismespektrumforstyrrelser, herunder Asperger).

4.7.3. Effekter opdelt på behandlingsspor

Nedenfor vises udviklingen i stoffrihed for de 149 unge registreret i Det Psykiatriske Centralregister, fordelt på de fire behandlingsspor.

Tabel 27. Stoffrihed for unge fundet i Det Psykiatriske Centralregister ved fem måletidspunkter (rå-data).

	Indskrivning N=149	3 mdr. N=117	6 mdr. N=99	9 mdr. N=95	21 mdr. N=93
MK Ren (36)	0,0	32,0	29,4	35,0	39,9
MK Gavekort (37)	8,1	17,2	10,7	15,4	23,1
MK Opfølgning (29)	6,9	23,1	35,0	35,3	40,0
MOVE (47)	4,3	21,6	35,3	46,9	62,1
I alt + diagnose (149)	4,7	23,1	27,3	33,7	41,9
I alt ingen diagnose (232)	3,9	21,7	39,5	42,7	44,2

I ovenstående tabel ses det, at 62,1 % af de unge med en psykisk diagnose, der har modtaget MOVE-behandling, er stoffri 21 måneder efter indskrivning. For de øvrige tre spor er det mellem 23 og 40 %. Mere konkret er 18 af 29 af de unge fra MOVE, som er registreret i Det Psykiatriske Centralregister, stoffri 21 måneder efter indskrivning.

I næste tabel er effekten opstillet for alle de 181 unge, som enten er registreret i Det Psykiatriske Centralregister eller selv har rapporteret, at de har en psykisk diagnose. De 181 svarer til 47,5 % af de 381 unge, som det har været muligt at finde i registrene. I tabellen ses det, at det er 55,9 % af de unge fra MOVE, som er stoffri 21 måneder efter indskrivning. Af de 55 unge fra MOVE med enten selvrapporteret diagnose eller en diagnose fundet i registeret var det 34, der deltog i 21-månedersinterviewet. 19 af disse var stoffri. Også unge fra MK Ren med en psykisk diagnose klarer sig godt 21 måneder efter indskrivning. For MK Ren var det 24 unge, der deltog i interviewet, og heraf var 11 stoffri.

Tabel 28. Stoffrihed blandt 181 unge med enten selvrapporteret psykisk diagnose og/eller registreret i Det Psykiatriske Centralregister.

	Indskrivning n=181	3 mdr. n=139	6 mdr. n=115	9 mdr. n=113	21 mdr. n=114
MK Ren (45)	0,0	32,3	38,1	38,5	45,8
MK Gavekort (46)	6,5	13,9	9,7	13,3	17,7
MK Opfølgning (35)	5,7	20,7	29,2	30,0	36,4
MOVE (55)	5,5	20,9	33,3	43,2	55,9
I alt + diagnose (181)	4,2	21,6	27,0	31,9	38,6
I alt ingen diagnose (200)	4,0	22,9	41,1	45,5	47,5

Unge fra MK Gavekort med psykisk diagnose klarer sig derimod ikke så godt. 46 med psykisk diagnose modtog MK Gavekort-behandling. Af disse 46 var det 34, der deltog i opfølgningsinterviewet efter 21 måneder, men kun seks af disse 34 var stoffri 21 måneder efter indskrivning (19 fra MOVE var stoffri samme tidspunkt). Der kan umiddelbart gives to ikke-dækkende forklaringer. For det første var det imponerende 74 % af de unge med psykisk diagnose fra MK Gavekort, som deltog i 21-månedersinterviewet. For MOVE var det tilfredsstillende 62 %. Hvis MOVE havde haft så høj en svarprocent, var det måske en lidt mindre andel, der var stoffri. Men det forklarer langt fra forskellen. En anden, og mere vægtig forklaring, kunne være, i hvor høj grad denne gruppe af unge med psykiske vanskeligheder har haft kontakt til psykiatrien. Dette er vist i nedenstående tabel.

Igen tages der udgangspunkt i de 381 unge, der kunne genfindes i Stofmisbrugsdatabasen (SMDB), som kunne samkøres med Det Psykiatriske Centralregister. I tabellen vises det, hvor mange af de 381 unge der havde haft kontakt til psykiatrien i de to år, der gik forud for behandlingen i metodeprogrammet, og hvor mange af dem der havde kontakt til psykiatrien omkring to år efter indskrivning (for de sidste, der blev indskrevet i Metodeprogrammet, er der knap nok gået to år).

Tabel 29. Kontakt til psykiatrien før og efter indskrivning i Metodeprogrammet fordelt på de fire spor og sammenlignet med case-kontrol-gruppen.

	Antal	Kontakt psykiatri før	Kontakt psykiatri efter	Reduktion i andel med kontakt til psykiatrien i procent
MK Ren	93	20,4	17,2	15,7 %
MK Gavekort	88	22,7	13,6	40,1 %
MK Opfølgning	93	16,1	16,1	0,0 %
MOVE	107	28,0	22,4	20,0 %
Metodeprogrammet	381	22,1	17,6	20,4 %
Case-kontrol-gruppen	1905	23,2	22,2	4,3 %

I kolonnerne i midten (før og efter) ses det, at for MK Ren var det 20,4 %, der havde haft kontakt til psykiatrien før indskrivning, mens det var 17,2 %, der havde haft kontakt til psykiatrien efter indskrivning. Det svarer til en reduktion på 15,7 % (yderste højre kolonne). For MOVE fandt vi en reduktion på 20,0 %, mens reduktionen for MK Gavekort var på 40 %. Samtidig fandt vi netop, at unge med psykisk diagnose, der modtog MK Gavekort-behandlingen, var nogle af de unge, der klarede sig dårligt. Det er derfor ikke nødvendigvis positivt ikke at have kontakt til psykiatrien. Det afhænger af årsagen til, at der ikke er kontakt. Er det f.eks., fordi den unge er blevet stoffri og klarer sig fint, eller skyldes det, at den unge ikke får hjælp til at etablere kontakt, selvom der er behov for det?

4.7.4. Psykisk diagnose, gennemført som planlagt og antal samtaler

Nedenstående tabel viser, hvor mange af de 181 unge med selvrapporteret diagnose og/eller en diagnose fundet i Det Psykiatriske Centralregister som gennemførte behandlingen som planlagt, og hvor mange samtaler de modtog i primærbehandlingen.

Tabel 30. Gennemført som planlagt og antal samtaler for unge med selvrapporteret psykisk diagnose og/eller registeret i Det Psykiatriske Centralregister fordelt på fire behandlingsspor.

	Antal	Gennemført som planlagt	Samtaler antal
MK Ren	45	24,4	4,7
MK Gavekort	46	41,3	6,7
MK Opfølgning	35	37,1	6,5
MOVE	55	45,5	7,2
I alt + diagnose	181	37,6	6,3
I alt ingen diagnose	200	45,0	7,3

I tabellen ses det, at de 200 unge, der ikke selv rapporterede en psykisk diagnose og ej heller var at finde i registeret, oftere gennemfører primærbehandlingen som planlagt og får flere samtaler end de 181, der har en psykisk diagnose (selvrapporteret og/eller registreret i register). Unge fra MOVE

gennemførte oftest primærbehandlingen og fik flest samtaler, omend forskellen til MK Gavekort og MK Opfølgning var moderat.

4.7.5. Personprofiler og psykisk diagnose

I nedenstående tabel er det vist, hvor stor en andel af unge med de fire forskellige personprofiler der har fået en psykisk diagnose og/eller rapporterer, at de har fået en psykisk diagnose.

Tabel 31. Personprofiler og selvrapporteret psykisk diagnose og/eller registreret i Det Psykiatriske Centralregister (381 unge).

		Ingen PD ¹ n=200	Kun DPC ² n=52	Unge DP Ikke i DPC n=32	Unge DP Også i DPC n=97	I alt PD n=181
LAV	97	70,1	14,4	2,1	13,4	29,9
SIP	68	35,3	17,7	10,3	36,8	64,8
SEP	148	56,8	11,5	8,9	23,0	43,4
SEIP	68	35,3	13,2	14,7	26,8	54,7

¹ = PD = Psykisk Diagnose ² = DPC = Det Psykiatriske Centralregister

Som det ses i tabellens højre kolonne, er det unge med profilen SIP, der oftest har modtaget en psykisk diagnose og/eller selv rapporterer, at de har fået en psykisk diagnose (64,8 %). Unge med profilen LAV har mere sjældent fået/oplever de har fået stillet en psykisk diagnose (29,9 %).

4.7.6. Trivsel og diagnose

Ud over stoffrihed undersøgte vi også de unges trivsel, målt med følgende tre spørgsmål:

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, for eksempel familie og nære venner, i de sidste 30 dage?
3. Hvordan har du generelt haft det socialt, for eksempel på arbejdet, i skolen og med bekendte, i de sidste 30 dage?

Der scores på en 0-10-skala fra virkeligt dårligt (0) til virkeligt godt (10). Den samlede trivsel udregnes ved at sammenlægge scorerne fra hvert af de tre spørgsmål og dividere med tre. Den maksimale samlede trivsel kan derfor kun være 10 (hvis der scores 10 på hvert af de tre spørgsmål). Der er tale om nogenlunde de samme spørgsmål, som der bliver stillet i FIT (Feedback Informed Treatment, Outcome rating Scale). Der måles her på alle 460 unge i Metodeprogrammet, og det er derfor kun de selvrapporterede psykiske diagnoser, der inddrages.

Tabel 32. Udviklingen i trivsel.

	Antal n=460	Indskrivning n=460	3 mdr. n=350	6 mdr. n=308	9 mdr. n=296	21 mdr. n=285
Ingen psykisk diagnose	305	6,2	7,0	7,2	7,1	7,1
Psykisk diagnose	155	5,5	6,0	6,4	6,4	6,3
ADHD	89	5,8	6,3	6,5	6,5	6,1
Anden psykisk diagnose	96	5,2	5,8	6,5	6,2	6,3

Den gennemsnitlige trivsel for danske unge er omkring 7,5. Tabellen viser, at trivslen stiger for alle i starten for herefter at stabiliseres eller direkte at aftage. Den målte trivsel vedbliver dog med at være højere end ved behandlingens påbegyndelse. Unge med selvrapporterede psykiske diagnoser har fra start til slut en lavere trivsel end unge, der ikke har en selvrapporteret psykisk diagnose. Ikke mindst unge med ADHD har vanskeligt ved at opretholde den gode udvikling i trivsel, som kunne ses i forbindelse med behandlingen.

4.8. Kriminalitet blandt de unge før og efter udskrivning

Illegale aktiviteter analyseres i det følgende på to måder: Dels ved den unges egne oplysninger om dage med illegale aktiviteter den seneste måned og dels ved at samkøre oplysninger fra de unge med Det Centrale Kriminalregister. I den første analyse vises det, hvor mange unge fra de fire forskellige behandlingsspor der var involveret i illegale aktiviteter i måneden op til opfølgingsinterviewene.

4.8.1. Rå-data

Ved indskrivning havde 21,7 % unge været involveret i illegale aktiviteter den seneste måned (her eksklusivt køb og brug af illegale rusmidler). Den procentvise andel faldt ved 3-månedersinterviewet til 16,4 %, ved 6 måneder til 12,8 %, ved 9 måneder 13,9 % og ved 21 måneder 13,0 %. Efter 6-månedersinterviewet ses der således ikke generelt nogen reduktion i andelen af unge, der har været involveret i illegale aktiviteter den seneste måned.

Tabel 33. Andel unge involveret i Illegale aktiviteter seneste måned fordelt på fire behandlingsspor.

	Indskrivning n=460	3 mdr. n=350	6 mdr. n=308	9 mdr. n=296	21 mdr. n=285
MK Ren	25,4	16,7	14,7	14,1	16,9
MK Gavekort	23,0	18,4	14,1	20,8	15,4
MK Opfølgning	18,8	19,8	12,5	14,7	15,9
MOVE	19,8	11,3	10,3	6,0	4,1
I alt	21,7	16,4	12,8	13,9	13,0

Som det ses, er det i særlig grad unge fra MOVE, der har reduceret deres illegale aktiviteter og fastholdt det lave niveau. I 21-månedersopfølgningen er andelen af unge involveret i illegale aktiviteter fra MOVE-gruppen signifikant lavere end for hvert af de andre tre spor.

4.8.2. Personprofiler og kriminalitet

Mens der findes en meget klar sammenhæng mellem eksternaliserende problemer og illegale aktiviteter, ses der ikke tilsvarende sammenhænge mellem internaliserende problemer og illegale aktiviteter. Dette kan ses i nedenstående tabel.

Tabel 34. Eksternalisering, internalisering og mindst én sigtelse to år op til indskrivning.

Score	Eksternaliserende problemer n=460	Internaliserende problemer n=460
0	16,4	47,3
1	30,7	44,4
2	50,0	46,4
3	44,3	23,3
4	48,4	33,3
5	62,5	40,0
6	65,0	33,3

Som det ses, er det 16,4 % af de unge, der scorede 0 i eksternaliserende problemer, der har været sigtet mindst én gang for strafbare forhold i de to år, der gik op til indskrivningen. Tilsvarende er 65,0 % af de unge med en score på 6 i eksternaliserende problemer blevet sigtet mindst én gang for et strafbart forhold i de to år, der gik op til indskrivningen. Sammenhængen mellem internalisering og kriminalitet har den modsat rettede tendens. Jo mere internalisering, desto mindre kriminalitet.

De unge er blevet fulgt i Det Centrale Kriminalregister to år før indskrivning i metodeprogrammet til omkring to år efter, de blev indskrevet. I næste tabel ser vi andel af unge, der har været sigtet for mindst et strafbart forhold to år før og to år efter indskrivning fordelt på personprofiler. Igen er det de 381, der kunne genfindes i Register over Stofmisbrugere i Behandling, som inddrages.

Tabel 35. Personprofiler og andel af unge, der har været sigtet to år før og to år efter indskrivning (381 unge).

	Antal	Sigtet 2 år før	Sigtet 2 år efter	Reduceret procent
LAV	97	29,9	29,9	0,0 %
SIP	68	29,4	26,5	9,9 %
SEP	148	56,8	48,7	14,3 %
SEIP	68	47,1	38,2	18,9 %

Tabellen viser, at specielt unge med profilerne SEP og SEIP har været sigtet før indskrivning i behandling. Det er til gengæld også de unge, som udviser den største reduktion i sigtelser efter indskrivning. Unge med profilen LAV har lige mange sigtelser registreret før og efter indskrivning.

4.8.3. Behandlingsmetoderne og reduktion i sigtelser og domme

Andelen af unge, der er blevet sigtet for strafbare forhold to år før og to år efter indskrivning i metodeprogrammet, fremgår af næste tabel. Strafbare forhold defineres som overtrædelser af særloven, straffeloven og færdselsloven. Særloven indeholder blandt andet lov om euforiserende stoffer (besiddelse og småhandel), færdselsloven handler f.eks. om kørsel i påvirket tilstand, mens straffeloven blandt andet inkluderer vold, berigelseskriminalitet og narkohandel (i større målestok).

I tabellen ses det, at for MK Ren var det 41,9 %, der havde været sigtet for et strafbart forhold to år før indskrivning, og at dette gentager sig to år efter indskrivning. For MOVE ses der derimod en ret klar reduktion på 37,3 % i andelen af unge, der er blevet sigtet to år før og to år efter indskrivning (en reduktion fra 47,7 % til 29,9 %). Også de unge fra MK Gavekort reducerer deres andel af sigtelser, mens det for de unge fra MP Opfølgning ser ud til at gå den modsatte vej. I nederste række ses det, at reduktionen i case-kontrol-gruppen var på 10,7 %.

Tabel 36. Reduktion i andelen der sigtes, fordelt på behandlingsspor.

	Antal	Sigtet før	Sigtet efter	Reduktion i procent
MK Ren	93	41,9	41,9	0,0 %
MK Gavekort	88	50,0	39,8	20,4 %
MK Opfølgning	93	33,3	41,9	-25,8 %
MOVE	107	47,7	29,9	37,3 %
Metodeprogram	381	42,4	37,3	12,0 %
Case-kontrol	1905	44,9	40,1	10,7 %

I den næste tabel er det reduktionen i andelen af domme, der er vist. Igen klarer MOVE og MK Gavekort sig bedst. Her ser vi en reduktion på henholdsvis 37,6 % og 34,1 %. For case-kontrol-gruppen fandt vi en reduktion på 20,7 %.

Tabel 37. Reduktion i andelen, der dømmes, fordelt på behandlingsspor.

	Antal	Dømt før	Dømt efter	Reduktion i procent
MK Ren	93	39,8	36,6	8,0 %
MK Gavekort	88	46,6	30,7	34,1 %
MK Opfølgning	93	31,2	38,7	-24,0 %
MOVE	107	44,9	28,0	37,6 %
Metodeprogram	381	40,7	33,3	18,2 %
Case-kontrol	1905	41,5	32,9	20,7 %

Sammenfattende er det flest unge fra MOVE som ikke er blevet sigtet og sammen med MK Gavekort heller ikke er blevet dømt. Dertil kommer at det også var unge fra MOVE der selvrapporterede færrest dag med illegale aktiviteter den seneste måned (tabel 32).

Endelig skal det vises, hvilken behandlingsmetode der er mest effektiv til at reducere strafbare forhold hos de mest kriminalitets-truede unge (unge med profilerne SEP og SEIP). Dette er vist i nedenstående tabel.

Tabel 38. Personprofiler og andel af unge med profilen SEP eller SEIP, der har været sigtet to år før og to år efter indskrivning (216 unge).

	Antal	Før: Enhver sigtelser	Efter: Enhver sigtelser	Ændring procent
MK Ren	59	50,9	50,9	0,0
MK Gavekort	47	63,8	44,9	29,6
MK Opfølgning	54	40,7	50,0	-22,9
MOVE	56	60,7	35,7	41,2
Alle SEP SEIP		54,7	45,4	17,0

I tabellen ses det, at for SEP/SEIP-unge, der modtog MOVE-behandling, var det 60,7 %, der modtog en sigtelser i de to år, der gik op til indskrivning, mens dette var reduceret til 35,7 % omkring to år efter indskrivning (en reduktion på 41,2 %). For MK Ren var der ingen reduktion, mens vi for MK Opfølgning fandt en stigning i andelen, der modtog en sigtelser i de to år, der var gået efter indskrivning.

4.9. Uddannelsesaktiviteter

I nedenstående tabel ses det, at 51 % af de unge fra MOVE var i gang med en uddannelsesaktivitet ved indskrivning. For de øvrige tre spor var det 56, 49 og 59 %. Ved 21-månedersinterviewet var det 63 % af de unge fra MOVE, der var i gang med en uddannelsesaktivitet, mod 54, 50 og 42 % fra de andre tre behandlingsspor. Det er derfor stort set kun unge fra MOVE, som har øget andelen af unge under uddannelse. Dette på trods af at de unge, der ved indskrivning gik i folkeskole, 10. klasse eller på efterskole, alle har forladt disse skoleaktiviteter ved 21-månedersinterviewet.

Tabel 39. Andelen af unge under uddannelse fordelt på behandlingsspor.

	Indskrivning n=460	3 mdr. n=350	6 mdr. n=308	9 mdr. n=296	21 mdr. n=285
MK Ren (114)	56,1	50,6	53,6	52,1	53,9
MK Gavekort (113)	48,7	51,1	48,7	58,3	50,0
MK Opfølgning (112)	58,9	51,2	54,8	53,6	42,0
MOVE (121)	51,2	48,5	60,2	65,5	63,0

I næste tabel er vist, hvor stor en andel af unge der modtager forskellige former for uddannelsesstøtte (SU, skoleydelse, produktionsskoleløn). Blandt unge fra MOVE er det således 42 % af de interviewede, der modtager uddannelsesstøtte 21 måneder efter indskrivning, mens det samme er tilfældet for mellem 28 og 32 % fra de øvrige tre behandlingsspor.

Tabel 40. Andelen af unge i %, der modtager uddannelsesstøtte fordelt på behandlingsspor.

	Indskrivning n=460	21 mdr. n=285
MK Ren (114)	28,1	29,2
MK Gavekort (113)	20,4	32,1
MK Opfølgning (112)	33,0	27,5
MOVE (121)	30,6	42,5

Uddannelsesstøtte anses som en udgift. Det er naturligvis også tilfældet, men det er samtidig en meget anden form for udgift end f.eks. illegale aktiviteter (sigtelser, domme) og passiv overførselsindkomst som f.eks. kontanthjælp. Man kan således påstå, at uddannelsesstøtte er en betingelse for, at den unge på langt sigt kommer til at fungere i samfundet og får en skatteindtægt.

5. Afslutning. Det forsinkede kontrolgruppe-design

Sammenfattende er det på de fleste væsentlige effektområder unge, der har modtaget MOVE-behandling, som har klaret sig bedst. Både MK Ren og MK Opfølgning kommer dog generelt enten helt op til eller tæt på den samme andel, der er stoffri ved 21 måneder interviewet. Det kan skyldes: a) At de unge, der faldt tilbage i stofmisbrug eller aldrig blev stoffri, bliver genindskrevet. Dette har vi vist faktisk var tilfældet. b) At de, der blev genindskrevet, ofte modtager MOVE eller en behandling, der ligner den. Efter at lodtrækningsfasen sluttede, registrerede vi således det første år herefter 512 unge, der søgte behandling i de ni kommuner. Alle blev indskrevet i behandling, der mere eller mindre lignede MOVE. Alle fik således påmindelser, og 276 af de 512 modtog gavekort. Denne gruppe af unge modtog lige så mange samtaler i primærforløbet som unge, der modtog MOVE-behandling i lodtrækningsfasen.

De, der blev genindskrevet i de ni kommuner, der deltog i metodeprogrammet, kan med andre ord udmærket have modtaget MOVE-behandling. Et sådant design kaldes for et *"delayed control design"* eller et *"forsinket kontrol-design"*. Med dette menes der bl.a., at når forsøgsbehandlingen er slut, så får alle tilbudt den behandling, der var mest effektiv. Det kan så forventes, at de, der ikke modtog den effektive behandling i første omgang, nu opnår samme effekt som den effektive behandling. Det forsinkede kontroldesign er ikke i denne undersøgelse blevet anvendt systematisk. Ikke desto mindre kunne det tænkes, at dette var en af forklaringerne på, at behandlingseffekten i nogen grad er blevet udlignet.

Endelig har MOVE vist sig at være den metode, der fungerer mest tilfredsstillende i flest kommuner, og den metode, der fungerer dårligt i færrest kommuner. At implementere MOVE vil derfor fungere godt i de fleste kommuner. MOVE er dog ikke upåvirkelig for organisatorisk ustabilitet.

6. Referencer

1. Pedersen MU, Pedersen MM, Jones S, Holm KE, Frederiksen KS. *Behandling af unge, der misbruger stoffer. En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet;2017.
2. Pedersen MU, Jones S, Skov KBE, Frederiksen KS, Pedersen MM. *MOVE. Struktureret, forstærkende rusmiddelbehandling: Manual*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet;2019.
3. Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling. 2016; <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/retningslinjer-for-den-sociale-stofmisbrugsbehandling>.
4. Frederiksen KS, Jones S, Skov KBE, Pedersen MM, Pedersen MU. (in press) *MOVE - Implementering af metodeprogrammet. Resultater fra implementeringsprocessen og 21-måneders follow-up*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet;2018.
5. Pedersen MU, Jones S, Frederiksen KS, Skov KBE. *Behandlingsportalen. Beta version*. Center for Alcohol and Drug research, Aarhus University.
6. Pedersen MU, Romer Thomsen K, Pedersen MM, Hesse M. Mapping risk factors for substance use: Introducing the YouthMap12. *Addictive behaviors*. 2017;65:40-50.
7. Pedersen MU, Thomsen KR, Heradstveit O, Skogen JC, Hesse M, Jones S. Externalizing behavior problems are related to substance use in adolescents across six samples from Nordic countries. *European child & adolescent psychiatry*. 2018.
8. Rosenthal R, Jacobson L. Pygmalion in the classroom. *The urban review*. 1968;3(1):16-20.