

---

# Projekt Hash og Centralstimulerende Stoffer

---

## **Effekten af gruppebehandling**

Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning

2017

Karina Ellegaard Holm  
Kirsten Søndergaard Frederiksen  
Michael Mulbjerg Pedersen  
Mads Uffe Pedersen



**CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING**  
PSYKOLOGISK INSTITUT  
AARHUS UNIVERSITET

# Projekt Hash og Centralstimulerende Stoffer

## **Effekten af gruppebehandling**

Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning

2017

## Data

Serietitel Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning  
Titel Projekt Hash og Centralstimulerende Stoffer  
Undertitel Effekten af gruppebehandling  
Forfatter(e) Karina Ellegaard Holm, Kirsten Søndergaard Frederiksen, Michael Mulbjerg Pedersen og Mads Uffe Pedersen

# Indhold

<b>Sammenfatning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.0 Introduktion</b> .....	<b>3</b>
1.1/ Målgruppen.....	3
1.2/ Baggrund.....	3
1.3/ Behandlingsmetode.....	5
<b>2.0 Datagrundlag</b> .....	<b>6</b>
2.1/ ASI.....	6
2.2/ Logbog.....	6
<b>3.0 Deskriptiv analyse</b> .....	<b>8</b>
3.1/ Deltagernes karakteristika.....	8
3.1.1/ ASI-score.....	9
3.2/ Gruppebehandlingen .....	10
3.2.1/ Deltagelse .....	10
3.2.2/ Beskrivelse af behandlingspraksisser.....	13
<b>4.0 Analyse af effekt</b> .....	<b>15</b>
4.1/ Udviklingen i forbrug og oplevelsen af trivsel .....	15
4.1.1/ Udviklingen i forbrug .....	15
4.1.2/ Trivsel .....	17
4.2/ Tilknytning til uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet.....	19
4.3/ Betydning af behandlingens intensitet.....	20
4.3.1/ Antal gruppesessioner og indskrivningslængde .....	20
4.3.2/ Efterbehandling og reduktion i stof- og psykisk belastning.....	23
<b>Publikationer og referencer</b> .....	<b>25</b>
<b>Bilag A+B: Asi kort og Logbog</b> .....	<b>26</b>

## Sammenfatning

Følgende rapport er en evaluering af Projekt Hash og Centralstimulerende Stoffer (HCS). Projektet er gennemført af Socialstyrelsen som et af initiativerne i Socialministerens udspil "Bedre kvalitet i stofmisbrugsindsatsen", også kaldet Stofmisbrugspakken. HCS-projektet fandt sted i perioden 2014 til 2016 og blev implementeret i to projektkommuner, som i det følgende benævnes kommune 1 og kommune 2. Formålet med projektet har været at etablere et gruppebehandlings-tilbud til borgere, hvis primære problemstilling er forbruget af hash og/eller centralstimulerende stoffer. Der er således tale om en gruppe, der er mindre belastet på det arbejds- og uddannelsesrelaterede område, samt i forhold til sociale og psykiske problemer. Følgende er en sammenfatning af evalueringens primære fund.

*Målgruppen.* Kriteriet for at deltage i HCS har været en samlet ASI-score på 0,30 eller derunder. Scoren udregnes ved at sammenlægge belastningsscoren for stoffer, alkohol, kriminalitet, økonomi, fysisk og psykisk belastning. Den gennemsnitlige ASI score for en person i ambulans misbrugsbehandling i Danmark er 0,35, mens den for deltagere i HCS projektet er 0,17. Det betyder, at den gruppe, der har været indskrevet i HCS-projektet, har en lavere belastningsgrad målt via ASI sammenlignet med borgere, der er i ambulans misbrugsbehandling i Danmark. I alt blev 94 borgere indskrevet i HCS-projektet, men der er kun indskrivningsdata på 92 af deltagerne, og som er det antal, der indgår i effektanalyserne. Af de i alt 94 deltagere gennemførte 58 midtvejssamtalen, som er en individuel samtale efter 8 uger i gruppebehandlingen. 47 blev udskrevet som planlagt, hvoraf 14 takkede ja til tilbud om efterbehandling.

De borgere, som har deltaget i projektet befinder sig primært i den yngre aldersgruppe med en gennemsnitsalder på 28,7 år i kommune 1 og 25,5 år i kommune 2. Gruppen er i høj grad tilknyttet arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet, da 80 % i kommune 1 og 88 % i kommune 2 enten er i arbejde eller under uddannelse. Meget få af deltagerne har haft illegale aktiviteter for at skaffe penge i måneden op til indskrivning. De primære stoffer er hash og kokain, hvor 77,8 % i kommune 1 og 79,6 % i kommune 2 har røget hash op til indskrivning. Dernæst kommer kokain, hvor 31,1 % har haft et forbrug af kokain i kommune 1 imod 22,5 % i kommune 2. Kokainforbruget er få dage om måneden og de fleste, der besvarer, at de har haft et forbrug af kokain, har også røget hash i måneden op til indskrivning.

*Stoffrihed og fald i stofbrug.* I alt gennemførte 47 borgere behandlingen som planlagt. Af de, som gennemførte behandlingen, var 34,1 % stoffrie ved udskrivningen (det vil sige, at de 30 dage forinden udskrivningen ikke havde et forbrug af hash eller andre stoffer). Analysen viser overordnet set et signifikant fald i deltageres stofforbrug, uanset om de opnår stoffrihed eller ej. Der sker en halvering i antallet af dage, hvor den enkelte har haft et forbrug af hash. Således har deltagerne i måneden forinden indskrivning i gennemsnit 14 dage, hvor de har haft et forbrug af hash, mens de ved udskrivning i gennemsnit har haft et forbrug af hash i 7 dage måneden forinden. Det primære fald sker mellem indskrivning og midtvejssamtale, hvorefter det stabiliseres uden yderligere stigning eller fald. Der sker ligeledes et fald i forbruget af andre stoffer (kokain, amfetamin mv.), hvor deltagerne ved indskrivning i gennemsnit har indtaget andre stoffer i 2,4 dage ud af de forudgående 30 dage og ved udskrivning kun har indtaget andre stoffer i 1 dag ud af de forudgående 30 dage. Også her sker faldet i tiden mellem indskrivning og midtvejssamtale.

*Stigning i den oplevede trivsel.* Trivsel vurderes på en skala fra 0-10 i forhold til personlig trivsel, trivsel i nære relationer og trivsel i øvrige sociale relationer. Analysen viser en stigning i deltageres oplevelse af deres generelle trivsel, som er et gennemsnit af de tre førnævnte trivselsmål, fra 5,89 ved indskrivningssamtalen til 7,02 ved midtvejssamtalen. Deltageres trivsel forbliver på samme niveau mellem midtvejssamtalen og udskrivningssamtalen. En trivsel på 7,02 tilnærmer sig den gennemsnitlige trivsel for danske unge, som er på 7,45. Den største udvikling sker således i starten af behandlingsforløbet, og det er især i forhold til den personlige trivsel.

*ASI.* Der ses et fald i stof og psykisk belastning målt med ASI. I denne analyse opdeles deltagerne i frafaldne, gennemførte og dem, som også har fået efterbehandling. Faldet i den psykiske belastning sker for alle tre grupper i behandling, men faldet er størst for gruppen, der modtager efterbehandling. Forskellen til de to andre grupper (frafaldne og gennemførte) er dog ikke signifikant. For ASI stof gælder det også, at der sker en positiv udvikling fra indskrivning til udskrivning og størst for gruppen, der modtager efterbehandling. I denne analyse er faldet i stofbelastningen signifikant større for gruppen, der modtager efterbehandling end gruppen, der gennemfører og siger nej til efterbehandlingstilbuddet. Gruppen, der modtager efterbehandling, har således en større effekt målt via ASI stof belastning og effekten indtræffer inden udskrivning og i første del af gruppeforløbet og fastholdes i efterbehandlingsforløbet.

*Antal gruppesessioner.* Jo flere gruppesessioner, som deltagerne møder frem til, desto mere positiv er udviklingen målt ved reduktion i stofforbrug, stofbelastning (ASI-stofscoren) og psykisk belastning (ASI-psykisk scoren). Det tyder på, at oplevelsen af en positiv udvikling medvirker til en øget fastholdelse i behandlingen.

*Konklusion:*

Inspireret af Hash og kokain-projektet og Projekt Anonym ambulant Stofmisbrugsbehandling (PAS) blev HCS-projektet (Hash og Centralstimulerende Stoffer) startet op i 2014. Som i de to andre nævnte projekter har metoden i HCS projektet været baseret på gruppebehandling. I rapporten vises det, at effekten af HCS projektet er sammenlignelig med de to andre nævnte projekter. Således ses der en signifikant reduktion i forbrug af stoffer og forøgelse af trivsel. Endelig ses der en sammenhæng mellem reduktion i forbrug af stoffer på den ene side og indskrivningslængde og antal gennemførte gruppesessioner på den anden. Desuden viser analysen, at efterbehandlingstilbuddet, som blev afprøvet i HCS-projektet, har en positiv betydning for deltagernes stofbelastning målt med ASI.

## 1.0 Introduktion

Projekt Hash og Centralstimulerende Stoffer (HCS) tager afsæt i en behandlingsmodel, som blev udviklet i det tidligere Hash og kokain-projekt ved Københavns kommune. I HCS-projektet blev behandlingsmodellen afprøvet og implementeret i to kommuner. Projektkommuners resultater er anonymiseret og der refereres til behandlingsstederne som kommune 1 og kommune 2.

Gruppetilbuddet bestod af et 16 ugers forløb, som retter sig mod borgere med lav til moderat psykosocial belastning målt via ASI score<sup>1</sup> (se bilag A: ASI-kort). Formålet med HCS-projektet var overordnet set at udbrede og afprøve behandlingsmodellen i flere kommuner og undersøge effekten heraf. Desuden var ønsket at implementere og afprøve et efterbehandlingstilbud med tre individuelle samtaler efter gruppeforløbet og sammenligne effekten af deltagere, der deltog i gruppeforløbet med deltagere, som fik efterbehandling efter gruppeforløbet.

Den følgende introduktion beskriver nærmere projektets målgruppe og baggrunden for at implementere gruppebehandlingskonceptet i de to kommuner. Kapitel 2 beskriver, hvordan data er indsamlet og hvad datagrundlaget er. I kapitel 3 præsenteres en deskriptiv analyse, hvor gruppen af deltagere, som har modtaget tilbuddet beskrives. Dette kapitel beskriver desuden, hvordan gruppebehandlingen er gennemført i de to kommuner med indskrivningstid, antal deltagere og elementer i gruppesessionerne. I analysen af effekt i kapitel 4 præsenteres resultater fra analyser af udviklingen i henholdsvis trivsel, deltagernes forbrug, deres tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelsessystemet samt i deltagernes belastningsgrad målt via ASI.

### 1.1/ Målgruppen

HCS-projektet henvender sig til borgere, som har lav til moderat psykosocial belastning målt via ASI scoren. De oplever problemer med stofbruget, men har ikke væsentlige sociale problemer i øvrigt (Pedersen 2010). For at deltage i projektet skal deltageren have en samlet ASI score på 0,30 eller derunder (for udregningsmetoden se afsnittet 1.2 Baggrund), være over 18 år og have et behandlingskrævende forbrug af hash og/eller centralstimulerende stoffer samt et ønske om at forandre forbruget ved enten reducere eller ophøre. Gruppeforløbet retter sig til nyindskrevne i betydingen, borgere, der netop har henvendt sig for at få behandling. Deltagerne kan have været i behandling tidligere, men skal have været udskrevet i den mellemliggende periode. Der er ikke et krav om beskæftigelse, så længe borgeren lever op til førnævnte. Indskrivning i projektet på baggrund af ASI scoren er i behandlingsmodellen formuleret som afgørende, da der lægges vægt på, at deltagerne kan identificere sig med hinanden. ASI-skemaet bliver dermed et screeningsværktøj, som gør det muligt at afgrænse behandlingen til en specifik målgruppe.

Et halvt år inde i projektet blev inklusion- og eksklusionskriterierne for at blive indskrevet i behandlingsmodellen præciseret (Socialstyrelsen 2015a). Borgere med en ASI score mellem 0,30-0,35 kan inkluderes på baggrund af en faglig og individuel vurdering; borgeren skal være tæt på arbejdsmarkedet ved enten at være i arbejde, under uddannelse/optaget på en uddannelse eller modtage sygedagpenge/dagpenge. Den endelige vurdering foretages af gruppelederne, hvor det vigtigste hensyn er, at den enkelte kan indgå i gruppen og deltage i gruppeforløbet.

### 1.2/ Baggrund

På det ene behandlingscenter blev behandlingsmodellen<sup>2</sup> et supplement til eksisterende gruppebehandlingstilbud, som skulle gøre det muligt at nå en ny målgruppe ved at tilbyde dem en målrettet behandling. På det andet behandlingscenter blev projektet en mulighed for at opstarte et egentligt gruppebehandlingstilbud ved at undervise alle medarbejdere og introducere dem til gruppebehandling. Socialstyrelsen stod for den overordnede implementering af projektet, mens Center for Rusmiddelforskning stod for monitorering og evalueringsanalysen. Det har været kommunernes eget ansvar at gennemføre opfølgingsinterviews med deltagere 40 uger efter indskrivning.

<sup>1</sup> ASI (Addiction Severity Index) er et screeningsredskab, hvor nye deltagere kan besvare en række spørgsmål angående forbrug af rusmidler, psykiske og fysiske problemer, arbejde/økonomi, uddannelse, kriminalitet og netværk (se også bilag A, hvor en forkortet udgave af ASI er præsenteret). Det er muligt efterfølgende at udregne en samlet score (0-1), som afspejler borgerens belastningsgrad.

<sup>2</sup> I juli 2015 blev det gjort lovpligtigt for kommunerne at kunne tilbyde anonym, ambulant behandling for borgere med et stofmisbrug (Social- og Indenrigsministeriet, 2015). De medvirkende kommuner har derfor i projektperiodens sidste fase arbejdet på at integrere dette tilbud i HCS-projektet, således at de deltagere, der måtte henvende sig med ønske om at være anonyme, kunne deltage som anonyme uden, at kommunerne skulle have to tilbud rettet mod den samme målgruppe.

Behandlingsmodellen i HCS-projektet stammer som tidligere nævnt fra Hash og kokain-projektet i Københavns kommune fra 2007-2010 med Christian Solholt og Dorrit Pedersen som projektledere. I 2010 evaluerede Dorrit Pedersen projektet og tilbuddet fortsatte i Københavns kommune (Pedersen 2010). Med afsæt i dette blev Projekt Anonym Ambulant Stofmisbrugsbehandling (PAS) iværksat i Odense og København kommune i samarbejde med Socialstyrelsen, hvor formålet var at undersøge betydningen af anonymitet i gruppebehandling til samme målgruppe (Lauridsen og Nyboe 2013). Christian Solholt fra Københavns kommune var ligeledes involveret i PAS og var også tilknyttet HCS i opstarten som underviser og supervisor.

Københavns kommune har som nævnt evalueret gruppebehandlingsmodellen, og rapporten konkluderede, at modellen var effektiv i forhold til reduktion i forbruget af hash og kokain samt i forhold til deltagernes generelle sociale og psykiske belastning. Desuden viste rapporten, at fastholdelse i behandlingen havde en positiv betydning for graden af effekt. Således havde især gruppen med den laveste belastning (målt ved hjælp af ASI) større effekt af behandling jo flere gruppesessioner, de havde deltaget i. I projektet blev en daggruppe med ASI belastning over 0,3 sammenlignet med en aftengruppe med ASI belastning under en score på 0,3. I aftengruppen blev 101 indskrevet (samme målgruppe som i denne rapport), hvoraf 56 (55 %) af deltagerne deltog i et ASI-interview fire måneder efter opstarten i behandling. Langt størstedelen af besvarelserne er fra deltagere, som har gennemført gruppetilbuddet, og denne opfølgning viste, at 38 % af deltagerne afsluttede som stoffrie (Pedersen 2010).

I det tidligere nævnte projekt PAS, som HCS-projektet også tager afsæt i, gennemførte Socialstyrelsen en evaluering (Lauridsen og Nyboe 2013). I PAS var et særligt fokus på at afprøve og evaluere brugernes oplevelse af anonymitet. Behandlingstilbuddet bestod af en ugentlig gruppesession i cirka fire måneder, hvilket svarer til HCS-projektet. 430 borgere blev indskrevet i PAS, og 220 (59 %) gennemførte behandlingstilbuddet. Der blev lavet en profilering ved hjælp af ASI ved indskrivning og en registrering af forbrug ved afslutning af forløbet. Udskrivningsdata viser, at 85 (39 %) anførte, at de ikke havde haft et forbrug af stoffer 30 dage forud for udskrivning, mens 50 (23 %) havde haft et stofbrug og 85 (39 %) oplyste ikke status for deres forbrug (Lauridsen og Nyboe 2013).

Det skal bemærkes, at der i alle tre projekter ikke er et mål om stoffrihed, men et krav om, at der er et ønske om at reducere eller ophøre, således er det ikke nødvendigvis et mål for den enkelte deltager at blive helt stoffri ved udskrivning.

Til sammenligning har CRF tidligere undersøgt en intervention rettet mod hashbrug, Client-Directed Outcome-Informed<sup>3</sup>, som er behandling af hashmisbrug (fremover benævnt som CDOI-projektet) (Pedersen og Pedersen 2013). Behandlingen bestod af 8 individuelle samtaler, hvor i alt 100 deltagere blev randomiseret til undersøgelsen. Deltagerne havde en gennemsnitsalder på 26,5 år for kvinder og 25,5 år for mænd, og deres forbrug af hash var i gennemsnit 23,6 dage op til behandlingsstart. Undersøgelsen konkluderede, at frafald har en sammenhæng med forbrugets størrelse, da de, der faldt fra havde et større forbrug end de, der gennemførte forløbet. Deltagerne blev interviewet 6 måneder efter indskrivning i behandling, og denne måling viste, at ud af de 63, som blev interviewet, havde 35 % ikke brugt hash i mindst en måned forud for interviewet (Pedersen og Pedersen 2013).

Erfaringerne fra Hash og kokain-projektet samt PAS danner således grundlag for at iværksætte HCS-projektet. De tidligere evalueringer har haft betydning for selve behandlingsrammen samt det arbejdskatalog, som behandlerne blev undervist i ved projektets start og undervejs i forløbet. Arbejdskataloget blev diskuteret og justeret ved netværksmøder (Socialstyrelsen 2015b og 2015c). Seneste udgave af modelbeskrivelsen blev justeret ved udgangen af projektperioden (Socialstyrelsen 2017).

Behandlingstilbuddet er blevet udvidet fra at rette sig mod borgere med et forbrug af hash og kokain til også at rette sig mod deltagere, der bruger andre stoffer. Desuden er tilbuddet udvidet med efterbehandling bestående af tre individuelle samtaler fordelt over tre måneder. Tilbuddet i HCS er ikke anonymt, men det vægtes, at deltagerne kan komme og gå på en lokalitet, som ikke umiddelbart ligner et behandlingscenter.

En af de tidligere erfaringer fra Hash og kokain-projektet i Københavns kommune var, at branding af projektet var en vigtig del af at hverve deltagere til tilbuddet. Kendskabet til tilbuddet skulle ud til den brede befolkning med et budskab om, at her var et behandlingstilbud rettet mod dem, som oplevede problemer med stofbruget uden at være socialt belastet i øvrigt. Denne målgruppe har ikke traditionelt opsøgt behandlingsstederne, og derfor skulle behandlingsstederne tænke i nye måder at rekruttere deltagere til behandling. De tidligere erfaringer fra Hash og kokain-projektet viste, at de lavest belastede borgere oplevede de største barrierer i forhold til at søge behandling, såsom manglende erkendelse af misbrug, stigmatisering/uvilje mod at definere sig som misbrugere og dermed også en tendens til ikke at søge behandling for deres stofbrug (Pedersen 2010; Socialstyrelsen 2015b). På samme vis har projektkommunerne i HCS-projektet skulle tænke i nye måder at rekruttere målgruppen til gruppetilbuddet. De fik blandt andet trykt bro-

<sup>3</sup> Metoden kaldes i dag for FIT (Feedback Informed Treatment)



churer, plakater, lightere, gjort sig synlige på biblioteker, uddannelsesinstitutioner, ved praktiserende læger, på spillesteder, holdte oplæg, var i avisen og optrådte på de sociale medier.

### 1.3/ Behandlingsmetode

I behandlingsmodellen er målet at have 8-10 deltagere i behandling ad gangen i åbne grupper, som ledes af to faste gruppeledere. Deltagerne visiteres til en individuel forsamtale med en af gruppelederne på baggrund af udfyldelsen af ASI-skemaet og den deraf udledte ASI-score samt de nævnte inklusionskriterier. Til foramtalen introduceres deltageren til behandlingstilbuddets indhold og struktur. Der sættes desuden individuelle mål for behandlingen samt laves en fælles forventningsafstemning (Socialstyrelsen 2015b).

Derefter påbegyndes det 16 ugers gruppeforløb med ugentlige gruppesessioner og en individuel midtvejssamtale efter 8 uger. Efter de 16 uger afsluttes gruppeforløbet med en individuel udskrivningssamtale. Til udskrivningssamtalen tilbydes deltageren et efterbehandlingsforløb på 3 månedlige opfølgningssamtaler. Deltagerne udskrives, hvis de udebliver fra to gruppegange i træk uden at melde afbud, men de kan godt have gennemført et behandlingsforløb, selvom de har haft enkelte afbud og udeblivelser løbende under forløbet.

De åbne grupper betyder, at der er løbende optag af nye deltagere. Projektet lægger op til faste gruppeledere<sup>4</sup> og stiller krav til stabilitet og kontinuitet. Det er således også vigtigt, at gruppelederne indgår i processen og følger op med deltagerne, eksempelvis ved fravær. Det blev påpeget i evalueringen af Hash og kokain-projektet i Københavns kommune, at skift i gruppeledere resulterede i tab af tillid og at det havde betydning for behandlingsalliancen (Pedersen 2010). De to gruppeledere hjælper hinanden med at holde fokus på dagsordenen og sessionens struktur, samt sørge for at deltagerne får lige mulighed for at deltage undervejs.

Behandlingen tager udgangspunkt i en ligeværdig tilgang til deltagerne. Behandlingens faglige grundlag bygger på den kognitive og den løsningsfokuserede tilgang (LØFT) (Socialstyrelsen 2015b; Socialstyrelsen 2017). LØFT er en samtaleteknik, der skal understøtte gruppedeltagernes arbejde med mål. Metoden har et fremadrettet fokus på løsninger, færdigheder og ressourcer, og fokus skal således ikke være for problemorienteret. Dette kan suppleres med spørgeteknik fra den motiverende samtale. I den kognitive tilgang arbejdes med erkendelsesprocesser med henblik på at bryde nogle af de mønstre, der knytter sig til stofbruget. Metoden bruges til at analysere tanker, følelser og handlingers indbyrdes sammenhæng for bedre at kunne genkende, håndtere og eventuelt forebygge et potentielt tilbagefald. Desuden inddrages såvel psykoedukation som stofedukation, der skal klæde deltagerne på med viden om, hvordan stoffer indvirker på krop og psykiske reaktioner i forbindelse med stofindtagelse samt stoftrang.

Den enkelte gruppesession har en fast dagsorden (velkomst, runde, interview, feedback og afslutning) og planlægges ud fra et af temaerne beskrevet i manualen det kan eksempelvis være forandring, ambivalens eller følelshåndtering (se også afsnit 3.2.2 beskrivelse af behandlingspraksisser).

---

<sup>4</sup> I den ene kommune har de haft en fast gruppeleder samt rotation på den anden gruppelederrolle, mens man i den anden kommune har uddannet hele personalegruppen og lavet et rotationssystem, hvor hver behandler har 32 uger i træk som gruppeleder med et skift i den ene gruppeleder ad gangen.

## 2.0 Datagrundlag

I denne evaluering anvendes data fra indskrivningssamtale, logbøger for hver gruppesession, midtvejsamtale, udskrivningssamtale samt et interview 40 uger efter indskrivning i gruppebehandlingen. Alle data er indsamlet af behandlingsstederne i projektkommunerne i forbindelse med det enkelte behandlingsforløb. De har desuden været ansvarlige for 40 ugers opfølgningen, hvor alle deltagere uanset udskrivningsårsag er forsøgt kontaktet med henblik på at udfylde opfølgningsinterviewet. Opfølgningen er foregået personligt, telefonisk eller elektronisk via link og eventuelt i kombination med en samtale. 44 (46,8 %) deltagere har udfyldt ASI spørgsmålene 40 uger efter indskrivning.

Tabel 1: datagrundlag

	Total	Data	Svarprocent
ASI indskrivning	94	92	97,9 %
Midtvejsamtale	94	58	61,7 %
Udskrivningssamtalen	94	47	50 %
ASI kort (udskrivning)	94	39	41 %
40 ugers opfølgning	94	44	46,8 %

### 2.1/ ASI

ASI-skemaet blev udfyldt ved indskrivning og anvendt som en basis for henvisning til gruppebehandlingen. Efter udfyldelsen af ASI-skemaet blev scoren udregnet for, hvor belastet den enkelte er på forskellige områder. Det er områderne, økonomi, kriminalitet, psykiske og fysiske problemer, samt forbrug og problemer med alkohol og stoffer, der er benyttet i HCS (se spørgsmålene bilag A: ASI kort). Den enkelte score kan gå fra 0-1. Disse seks scorer blev lagt sammen til en samlet "ASI 6 score", og som på baggrund af Socialstyrelsens præciseringer ikke måtte være højere end 0,30-0,35 (Socialstyrelsen 2015a). Det var oplagt at benytte ASI som basis for optag i HCS-projektet, da anvendelse og udfyldelse af ASI-skemaet er lovpligtigt ved indskrivning i stofbehandling for alle over 18 år. Der viste sig imidlertid en udfordring ved at matche behandling med afsæt i ASI-scoren, da det blev oplevet som et lidt for kategorisk snit med en grænse på 0,30, derfor udarbejdede Socialstyrelsen intervallet på 0,30-0,35. I de tilfælde måtte behandlerne foretage individuelle vurderinger af eksempelvis evnen til at reflektere over egen situation, den enkeltes ønske om forandring, tilknytning til uddannelse/arbejdsmarkedet, gruppesammensætningen og psykiatrisk diagnose.

ASI-skemaet blev også benyttet ved udskrivning og 40 ugers opfølgning. Det er den fulde udgave af ASI, som blev benyttet ved indskrivning og 40 ugers opfølgning. Data er indsamlet i Survey Xact, og alle deltagere har underskrevet informeret samtykke.

### 2.2/ Logbog

Gruppelederne registrerede alle samtaler og gruppesessioner via et link til en logbog (bilag B). De angav, hvorvidt der var tale om en gruppesession eller en individuel samtale, samt hvilke(n) deltagere og hvilke(n) behandlere, der var til stede. I logbøgerne til gruppesessionerne skulle de desuden anføre, hvilke elementer der kom frem i løbet samtalen eller sessionen, eksempelvis behandlingstemaer, om de faste strukturer blev gennemført, og hvordan gruppedynamikken havde været. Ved de individuelle samtaler (forsamtalen, midtvejsamtalen og udskrivningssamtalen) og i 40 ugers opfølgningen, blev der desuden spurgt ind til den enkeltes trivsel og forbrug af stoffer. Trivsel blev angivet på en skala fra 0-10 og her skulle den enkelte deltager forholde sig til personlig trivsel, trivsel i nære relationer og social trivsel de 30 forudgående dage.

Nedenfor ses de tre trivselsmål:

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

Desuden blev deltageren spurgt til antal dage med hash den seneste måned samt antal dage med andre stoffer end hash den seneste måned.

## 3.0 Deskriptiv analyse

### 3.1/ Deltagernes karakteristika

I dette afsnit analyseres data fra indskrivningssamtalen for at danne et billede af, hvordan gruppen af deltagere ser ud før behandlingen påbegyndes.

I nedenstående tabel vises fordelingerne på alder, køn, tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse, forbrug og psykisk belastning. Dernæst vises tallene for deltagelse og behandlingsaktiviteter.

Tabel 2: deltagernes karakteristika

	<i>sidste måned</i>	Kommune 1 (n=45)	Kommune 2 (n=47*)		<i>sidste måned</i>	Kommune 1 (n=45)	Kommune 2 (n=47*)
1	<b>Køn</b>			7	<b>Under uddannelse</b>		
	1. Mand	84,4 %	73,5 %		1. Ja	44,4 %	63,8 %
	2. Kvinde	15,6 %	26,5 %		2. Nej	55,6 %	36,2 %
2	<b>Alder</b>			8	<b>Lønnet arbejde</b>		
	1. 18-24	37,8 %	51,0 %		1. Ja	77,1 %	66,0 %
	2. 25-29	22,2 %	28,6 %		2. Nej	28,9 %	34,0 %
	3. 30-34	20,0 %	12,2 %	9	<b>Primær indtægt</b>		
	4. 35-39	11,1 %	4,1 %		1. Løn	44,4 %	40,4 %
	5. 40+	8,9 %	4,1 %		2. SU	35,6 %	46,8 %
3	<b>Hash</b>				3. Dagpenge	19,6 %	10,6 %
	1. intet	22,2 %	17,0 %		4. Kontanthjælp	0,0 %	2,1 %
	2. 1-12 dage	31,1 %	23,4 %	10	<b>Medicin psykiske problemer</b>		
	3. 13-30 dage	46,7 %	59,6 %		1. Ja	13,3 %	19,2 %
4	<b>Amfetamin</b>				2. Nej	86,7 %	80,9 %
	1. intet	95,6 %	85,1 %	11	<b>Selvmodstanker</b>		
	2. 1-12 dage	4,4 %	8,5 %		1. Ja	8,9 %	12,8 %
	3. 13-30 dage	0,0 %	6,4 %		2. Nej	91,1 %	87,2 %
5	<b>Kokain</b>			12	<b>Aggression/lav selvkontrol</b>		
	1. intet	68,9 %	76,6 %		1. Ja	15,6 %	19,2 %
	2. 1-12 dage	28,9 %	14,9 %		2. Nej	84,4 %	80,9 %
	3. 13-30 dage	2,2 %	8,5 %	13	<b>Illegale aktiviteter</b>		
6	<b>Andre stoffer</b>				1. Ingen	93,3 %	95,7 %
	1. Ja	22,2 %	10,2 %		2. 1-4 dage	4,4 %	2,1 %
	2. Nej	77,8 %	85,7 %		3. 5-30 dage	2,2 %	2,1 %

\*To deltagere i kommune 2 har ikke udfyldt ASI ved indskrivning. Der er udfyldt logbog og deres tal indgår i køn og alder - i 1.+2. er n i kommune 2 derfor =49

#### *Køn og alder (1, 2)*

78,7 % af samtlige projektdeltagere er mænd, hvilket ligger på samme niveau som de tidligere projekter, da Hash og kokain-projektet havde 80 % mandlige deltagere (Pedersen 2010) mens andelen i PAS var lidt mindre med 72 % mandlige deltagere (Lauridsen og Nyboe 2013). I HCS-projektet udgør den yngre aldersgruppe en langt større andel end de tidligere projekter med 44,7 % af deltagerne i alderen 18-24 år, mens der kun var 6 % under 25 år i Hash og kokain-projektet. Gennemsnitsalderen var 31 år i PAS og 33 år i Hash og kokain-projektet (Lauridsen og Nyboe 2013, Pedersen 2010),

mens gennemsnitsalderen er lavere i begge HCS-projektkommuner, og her særligt i kommune 2 med gennemsnitsalder på 25,5<sup>5</sup> år og i kommune 1 28,7<sup>6</sup> år. Kommune 2 skiller sig således ud fra billedet med en yngre gruppe end kommune 1 og de tidligere projekter, og de har desuden næsten dobbelt så mange kvinder blandt deltagerne. At de er yngre i kommune 2, kan også være med til at forklare, at en større andel er under uddannelse.

#### *Stoffer 30 dage forud for indskrivning (3, 4, 5, 6)*

Ved indskrivning oplyser 31,1 % i kommune 1 og 29,8 % i kommune 2, at de har røget hash hver dag ud af de 30 dage, der går forud for indskrivning, og det er også hash, der er det mest brugte stof blandt deltagerne. Flere har taget andre stoffer end hash, kokain eller amfetamin i kommune 1 i de 30 dage op til indskrivning, mens deltagerne i kommune 2 har flere dages forbrug af hash, amfetamin og kokain (især andelen med mere end 13 dages forbrug sidste måned). Der er dog ingen statistisk forskel på de to kommuner set i forhold til deltagerens forbrug af stoffer, når der måles på, hvorvidt de har haft et forbrug af henholdsvis hash, amfetamin og/eller kokain indenfor de sidste 30 dage før indskrivning.

#### *Uddannelse, arbejde og indtægt (7, 8, 9)*

Langt hovedparten af deltagerne er i arbejde eller under uddannelse og har dermed den tiltænkte tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelsessystemet. Faktisk er deltagerne i HCS-projektet i højere grad inkluderet enten på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessystemet sammenlignet med deltagerne i det oprindelige Hash og kokain-projekt (Pedersen 2010). Således har 80 % i kommune 1 enten SU eller løn som hovedindtægtskilde, mens det er 88 % i kommune 2. Til sammenligning var 66 % af aftengruppe i Hash og kokain-projektet enten i arbejde eller under uddannelse (Pedersen 2010). I PAS er lige godt 80 % i arbejde eller uddannelse (Lauridsen og Nyboe 2013). Andre undersøgelser har vist, at beskæftigelse ser ud til at være positivt i forhold til at mindske risiko for tilbagefald (Pedersen og Hesse 2012).

#### *Psykiske problemer (10, 11, 12)*

En højere andel i kommune 2 end kommune 1 svarer ja til, at de får medicin for psykiske problemer, at de har selvmordstanker eller lav selvkontrol. Således får 19,2 % medicin for psykiske problemer i kommune 2 på indskrivningstidspunktet, mens det er 13,3 % i kommune 1. Tilsvarende andele i de to kommuner har oplevet lav selvkontrol, mens 12,8 % har haft selvmordstanker blandt deltagerne i kommune 2, hvor det er 8,9 % i kommune 1. Deltagerne i HCS-projektet er væsentligt mindre belastet af psykiske problemer sammenlignet med landsgennemsnittet for borgere, der indskrives i ambulans behandling, hvis ASI-scoren for psykiske problemer sammenlignes (se tabel 3).

#### *Illegale aktiviteter (13)*

Henholdsvis 93,3 % i kommune 1 og 95,7 % i kommune 2 rapporterer, at de ikke har haft "illegale aktiviteter for at skaffe penge" i løbet af den seneste måned, som spørgsmålet lyder i ASI. Det svarer til, at 2 personer i kommune 2 og 3 personer i kommune 1 har været involveret i kriminelle aktiviteter. Det stemmer godt overens med den lave gennemsnitlige score målt på alle deltagerne (se efterfølgende afsnit) og viser, at kriminalitet ikke fylder meget hos den gruppe, som er i behandling. Det svarer også til fundene fra Hash og kokain-projektet, hvor der tilmed fremhæves en afstandtagen til en kriminel livsstil blandt deltagerne (Pedersen 2010).

### 3.1.1/ ASI-score

Overordnet set viser ASI-scorene, at deltagerne i begge kommuner er noget mindre belastet sammenlignet med borgere, som modtager ambulans behandling på landsplan. Således er projektets målsætning opfyldt om at nå borgere, som primært havde stofforbruget som problematik og i mindre grad andre problemer. Som det kan ses af nedenstående tabel, er deltagerne i lav grad belastet af problemer med kriminalitet (score: 0,007 og 0,028) og alkohol (score: 0,062 og 0,046). Dette skal som tidligere nævnt ses i intervallet 0-1, hvor man er belastet på samtlige områder for at score 1. De primære områder, hvor deltagerne i HCS-projektet har problemer, er i forhold til deres forbrug af stoffer og deres psykiske helbred (dog stadig lavere end landsgennemsnittet, se tabel 3). I kommune 1 har deltagerne som udgangspunkt lidt flere problemer, når vi ser på økonomi, somatiske problemer og alkohol, mens deltagerne i kommune 2 er mere belastede psykisk og i forhold til kriminalitet. Der er ikke tale om statistisk signifikante forskelle på ASI-scorene mellem de to kommuner, som også betyder, at de kommuners deltagere generelt er sammenlignelige.

<sup>5</sup> min 19 år og max 45 år

<sup>6</sup> min 19 år og max 55 år

Tabel 3: ASI-score

	Kommune 1	Kommune 2	Lands gennemsnit for ambulante behandling i årene 2009-2014 (n=15697)
Økonomi	0,292	0,230	0,828
Somatisk	0,231	0,196	0,331
Kriminalitet	0,007	0,028	0,105
Psykisk	0,240	0,256	0,397
Alkohol	0,062	0,046	0,131
Stoffer	0,259	0,236	0,319
ASI 6 score	0,182	0,165	0,352

### 3.2/ Gruppebehandlingen

#### 3.2.1/ Deltagelse

103 borgere har henvendt sig til behandlingscentrene og accepteret at deltage i projektperioden, men af forskellige årsager (og som forventet) har der været et frafald frem til behandlingsstart, således at i alt 94 (49 i kommune 2 og 45 i kommune 1) er startet og har haft mindst en gruppesession. Det svarer til, at 91,3 % af det samlede antal, der henvender sig, får forsamtale og mindst en samtale i gruppebehandling. Heraf har vi ASI ved indskrivning på 45 (100 %) i kommune 1 og 47 (95,9 %) i kommune 2.

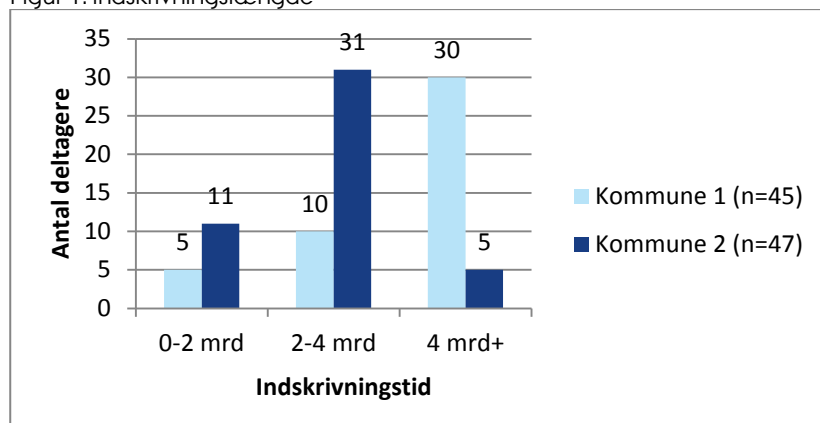
Tabel 4: Nøgletal og svarprocenter for de 4 måletidspunkter

	Kommune 1		Kommune 2	
	Antal	%	antal	%
I behandling	45		49	
Midtvejssamtale	29	64 %	29	59 %
Udskrivningssamtale	25	56 %	22	45 %
Efterbehandling	12 ud af 25 mulige	48 %	2 ud af 22 mulige	9 %

Af de 94 deltagere, som havde mindst en gruppesession, er der gennemført midtvejssamtale med 58 deltagere, hvilket er henholdsvis 64,4 % i kommune 1 og 59,2 % i kommune 2. Midtvejssamtalen har til formål, at gruppelederen får talt med deltagerne om, hvordan det går med behandlingen, at de får evalueret forløbet og talt om de individuelle mål for hver deltager.

I forhold til længden af behandlingsforløbet er der en vis forskel på de to kommuner. Således bliver de fleste af de 45 indskrevne afsluttet indenfor 2 og 4 måneder i Kommune 2, mens hovedparten af de 49 indskrevne i Kommune 1 er indskrevet i over 4 måneder. Dette mønster afspejler sig i nedenstående figur, som viser indskrivningslængden fordelt på de to behandlingssteder. Antal måneder i behandling af x-aksen og antal deltagere for de tre målepunkter af y-aksen.

Figur 1: indskrivningslængde

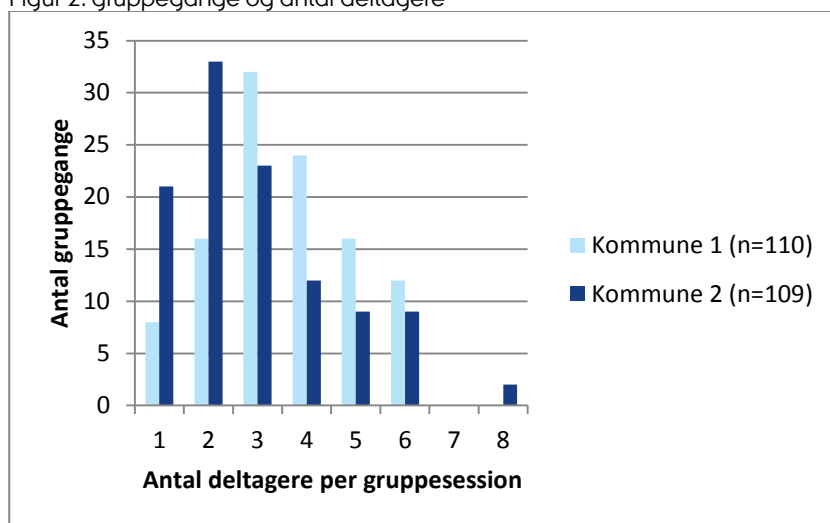


Længden af behandlingsforløbet kan sammenholdes med antal fremmøder til gruppesessionerne. Ikke overraskende ses der her en tilsvarende forskel mellem kommunerne. Således er den enkelte deltager i Kommune 2 mødt frem til i gennemsnit har 5,69 gruppesessioner (min 1 og max 13), mens det er 8,53 i Kommune 1 (min 1, max 17<sup>7</sup>).

Nedenstående figur 2 viser, hvordan fremmødet har tegnet sig med antal deltagere til de enkelte sessioner. Figuren viser, at der til de fleste gruppesessioner i begge kommuner har været mellem 1-4 deltagere. For Kommune 2s vedkommende er der flest gruppesessioner med 2 deltagere, og når gennemsnittet udregnes, kommer der 2,96 deltagere pr gruppesession. I Kommune 1 er gennemsnittet lidt højere med 3,49 deltagere pr. gruppesession. Der er afholdt 109 gruppesessioner i Kommune 2 og 110 i Kommune 1.

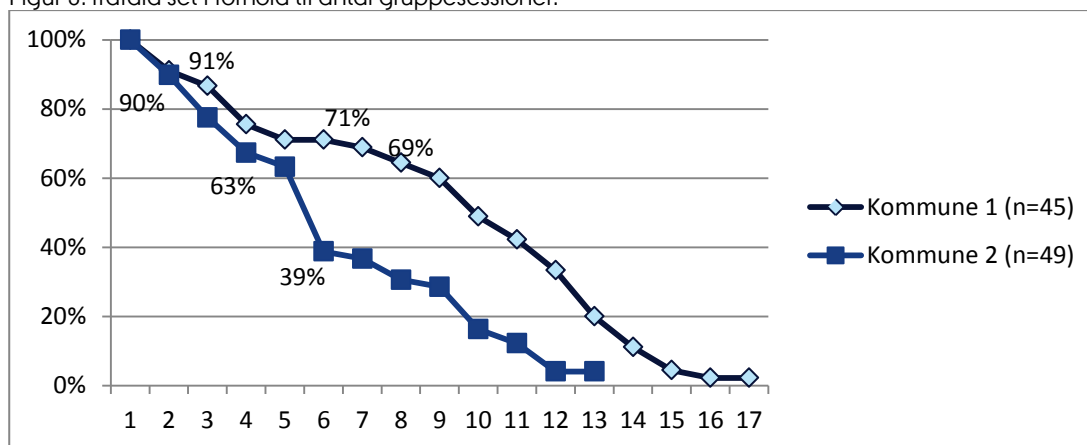
I begge kommuner har der været gruppesessioner med kun en fremmødt (8 i Kommune 1, 21 i Kommune 2). I Kommune 1 har de desuden afholdt to gruppesessioner som individuelle samtaler, fordi de to fremmødte gruppedeltagere ikke harmonerede.

Figur 2: gruppegange og antal deltagere



De fleste projektdeltagere møder frem til mindst 7 af de 16 planlagt gruppesessioner. I nedenstående figur vises, hvornår deltagerne stopper med at møde frem til gruppesessionerne.

Figur 3: frafald set i forhold til antal gruppesessioner:



90 % møder op til deres anden gruppesamtale. Efter 5. gruppesession sker et stort frafald i Kommune 2, og det er således 71 %, som møder til den 6. gruppesession i Kommune 1, mens det er 39 % i Kommune 2. Efter 7. samtale i Kommune 1 sker der et støt faldende fremmøde. Gruppesessionerne deles derfor ind i intervaller efter, hvor mange deltagere der

<sup>7</sup> En deltager har været til 17 gruppegange, selvom udgangspunktet har været 16. Desuden har en fået to forløb i streg og to deltagere har deltaget i gruppen ved genindskrivning. Det er kun første forløb, som er talt med. De resterende er trukket ud af datamaterialet.

kommer til mellem 1 og 5 sessioner; 6 og 10 sessioner og 11 eller flere i de to kommuner. Forskellen mellem de to kommuner er signifikant ( $p=0,002$ ), hvilket vil sige, at mønsteret i frafaldet er så forskelligt mellem de to kommuner, at det ikke længere er tilfældigheder, som gør sig gældende. Intervalopdelingen i nedenstående tabel anvendes også i den videre analyse for at undersøge, om antallet af fremmøder i gruppebehandling har en betydning for deltagerne og deres effekt af behandlingen.

Tabel 5: hvor mange deltog i X antal gruppesessioner (n=94)?

Antal fremmøder	Kommune 1	Kommune 2
1-5 sessioner	13	28
6-10 sessioner	13	13
11+ sessioner	19	6

Der er således 13 i begge kommuner, der kommer til mellem 6 og 10 gruppesessioner. Samlet set kommer 52,1 % til session 7+, mens det er 53 %, der kommer til session 7+ i det oprindelige hash og kokain-projekt.

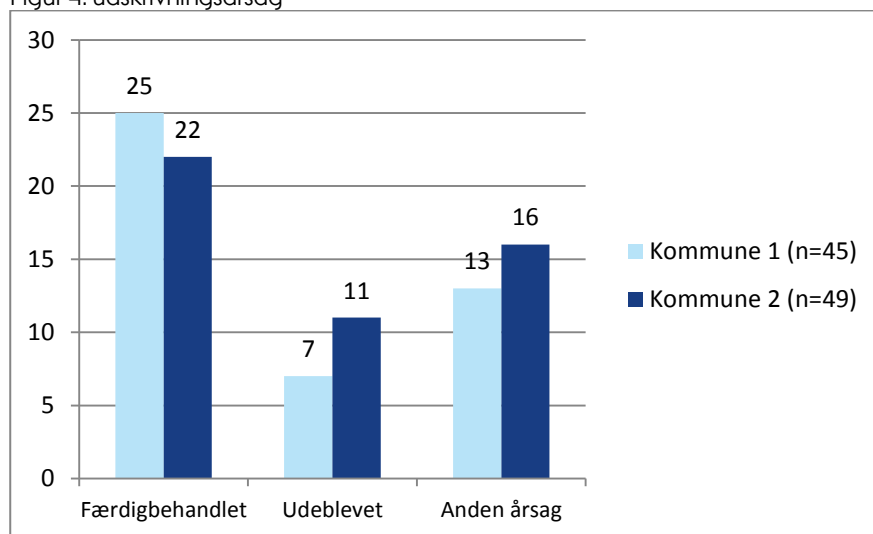
### 3.2.1.1/ Udskrivning og efterbehandling

Teknisk i forhold til monitoring gælder det, at et forløb tæller som færdigbehandlet, hvis deltageren har gennemført det 16 ugers gruppeforløb med ugentlige sessioner og afsluttet forløbet med en udskrivningssamtale.

Udover 'færdigbehandlet' kan en udskrivningsårsag være 'udeblevet' eller 'anden årsag'. 'Anden årsag' i nedenstående figur inkluderer 'udskrevet til andet behandlingstilbud', 'udskrevet på anmodning fra klient', 'udskrevet til kriminalforsorgen', 'flyttet og anden årsag'. Det afgørende her er, at udeblevet signalerer, at deltageren er blevet væk, mens anden årsag er et udtryk for, at der har været kontakt op til udskrivning.

Følgende tabel viser antal deltagere, der er udskrevet som henholdsvis 'Færdigbehandlet', 'Udeblevet' og 'Anden årsag' i de to kommuner.

Figur 4: udskrivningsårsag



Samlet set er 19,1 % udeblevet, mens 50 % har gennemført gruppeforløbet som færdigbehandlet. I PAS blev 30 % udskrevet som udeblevet, mens 59 % blev udskrevet planmæssigt. Hvorvidt 'planmæssig udskrivning' i PAS er sammenlignelig, vides ikke, da kriterierne kan være anderledes defineret end 'færdigbehandlet' i HCS, hvor deltagerne først er færdigbehandlede, når de har været til udskrivningssamtalen.

Ud af de 22, som gennemførte hele behandlingsforløbet i Kommune 2, startede 2 deltagere i efterbehandling, mens 12 ud af 25 færdigbehandlede startede i Kommune 1. Samlet set modtog 29,8 % af de deltagere, der gennemførte primærbehandlingen mindst en efterbehandlingsamtale. 11 deltagere kom til 2 efterbehandlingsamtaler og 5 deltagere (35,7 %) kom til alle 3 samtaler og afsluttede efterbehandlingen med den forkortede udgave af ASI.



### 3.2.2/ Beskrivelse af behandlingspraksisser

Efter hver gruppesession registrerer behandlerne dato, hvem deltog, hvad handlede sessionen om, hvordan var gruppedynamikken (se bilag B: logbog). I dette afsnit beskrives praksis i de to kommuner på baggrund af behandlernes registreringer. Det skal bemærkes, at det er subjektive mål, og at der er forskellig registreringspraksis i de to kommuner i forhold til, hvordan de forskellige elementer i gruppebehandlingen placeres på skalaerne. Det kan således ikke bruges til at sammenligne de to kommuner som sådan, men det kan belyse, hvilke elementer i gruppeforløbene, som kommunerne lagde vægt på og analysere den specifikke interventionspraksis ved det enkelte behandlingssted.

#### Hvilke dele af den faste dagsorden blev gennemgået?

De følgende seks dagsordenspunkter har været en fast del af konceptet i gruppesessionerne i begge kommuner:

1. Velkomst/præsentation runde
2. Runde med hvordan det er gået siden sidst/hvad fylder lige nu
3. Interview med deltagerne
4. Feedback og reflektionsrunde
5. Afsluttende målrunde med mål til næste gang
6. Afslutning og kort hvordan har det været at være her i dag

Efter hver gruppesession har behandlerne angivet, hvorvidt de kom igennem det enkelte dagsordenspunkt. I nedenstående tabel er det muligt at se, hvor mange gange et dagsordenspunkt enten ikke blev påbegyndt, påbegyndt, næsten gennemført eller helt gennemført.

Tabel 6: Gennemførelse af den faste dagsorden

		Ikke påbegyndt	Påbegyndt	Næsten gennemført	Helt gennemført
<b>Velkomst/ præsentation runde</b>	Kommune 1	1 %	0 %	0 %	99 %
	Kommune 2	0 %	2 %	1 %	97 %
<b>Runde siden sidst</b>	Kommune 1	0 %	0 %	1 %	99 %
	Kommune 2	0 %	0 %	4 %	96 %
<b>Interview med deltagerne</b>	Kommune 1	3 %	2 %	7 %	88 %
	Kommune 2	0 %	1 %	11 %	88 %
<b>Feedback/ reflektionsrunde</b>	Kommune 1	4 %	0 %	11 %	85 %
	Kommune 2	3 %	6 %	22 %	69 %
<b>Afsluttende målrunde</b>	Kommune 1	0 %	0 %	4 %	96 %
	Kommune 2	0 %	0 %	0 %	100 %
<b>Afslutning</b>	Kommune 1	12 %	8 %	12 %	68 %
	Kommune 2	2 %	1 %	3 %	94 %

Der er to elementer på dagsordenen, hvor der er ses mindre forskelle, der kan indikere, at der sker en afvigelse fra den faste dagsorden. Det ene er "Feedback og reflektionsrunden", hvor Kommune 1 har angivet, at de har gennemført punktet i 85 % af sessionerne, mens det gør sig gældende for 69 % af sessionerne i Kommune 2. Det andet er afslutningen, som indbefatter en runde omkring, hvordan det har været for den enkelte deltager at være til sessionen. Den bliver især udeladt i Kommune 1, som i 68 % af sessionerne har fået dette punkt helt gennemført, mens det gør sig gældende for 94 % af sessionerne i Kommune 2.

Overordnet set er der ikke de store forskelle, og tabellen viser, at der er en stringent opbygning af gruppesessionerne i de to kommuner.

### Temaer i gruppebehandlingen

Behandlingsmanualen har defineret en række temaer i gruppebehandlingen, som kommunerne har kunnet inddrage i forløbene:

- Stofedukation
- Psykoedukation
- Forandring
- Ambivalens
- Løsningsfokuseret interview med klient
- Håndtering af trang
- Risiko situationer
- Håndtering af følelser (advarselssignaler)
- Frustration over andre hjælpe-systemer
- Misbrugsidentitet
- Egenomsorg (sig fra, sætte grænser, ok at sige nej)
- Kost og motion og vigtighed heraf
- Værdiafklaring og prioriteringer
- Struktur i hverdagen (hjælp til organisering af dagligdag)
- Netværk/støttepersoner
- Afspænding

Efter hver gruppesession angav gruppelederne i logbogen, hvor meget hver enkelt tema fyldte i sessionen på en skala fra 0-10, hvor 0 er intet og 10 er rigtigt meget. Det er således muligt at se, hvordan indholdet i gruppesessionerne varierer og hvilke temaer, der er brugt mest og mindst i gruppesessionerne.

Tabel 7: hvor ofte anvendes de enkelte temaer i gruppesessionerne?

Kommune 1 (n=104 gruppesessioner)			Kommune 2 (n=99 gruppesessioner)	
Nr.	Element	Gennemsnit af ratings	Element	Gennemsnit af ratings
1	forandring	9,26	forandring	7,72
2	følelshåndtering	8,00	ambivalens	7,44
3	ambivalens	7,62	trangshåndtering	6,94
4	trangshåndtering	7,61	psykoedukation	6,13
5	værdiafklaring	7,47	risikosituationer	5,91
6	psykoedukation	7,44	stofedukation	5,77
7	risikosituationer	7,43	værdiafklaring	5,29
8	løsningsfokuseret interview	7,03	Løsningsfokuseret interview	5,17
9	misbrugsidentitet	6,97	netværk	5,04
10	egenomsorg	6,42	følelshåndtering	4,81
11	netværk	5,60	egenomsorg	4,34
12	hverdagsstruktur	4,86	kost	3,50
13	stofedukation	4,57	misbrugsidentitet	3,17
14	kost	2,44	hverdagsstruktur	3,02
15	Afspænding	2,31	Afspænding	2,66
16	frustration over andre instanser	0,17	frustration over andre instanser	0,49

Således er forandring, følelshåndtering og ambivalens de tre hyppigst anvendte behandlingstemaer i Kommune 1, mens det i Kommune 2 er forandring, ambivalens og trangshåndtering. Hvor meget de enkelte temaer er blevet anvendt varierer en smule mellem de to kommuner, men ikke meget. Kun i forhold til "følelshåndtering" og "stofedukation" viser sig en større forskel mellem de to kommuner, hvor følelshåndtering er det andet mest brugte behandlingstema i Kommune 1, mens det i Kommune 2 er placeret på en 10. plads. Stofedukation er ofte anvendt i Kommune 2, da det er placeret på en 6. plads, mens det i Kommune 1 er på en 13. plads. Forskellen på, hvor ofte de forskellige temaer kommer i spil og deres interne placering, kan vidne om en forskel i kommunernes behandlingspraksis, men kan også tage afsæt i en forskellig forståelse af, hvad det enkelte tema indeholder. Det er imidlertid svært at konkludere noget håndfast herom, dog giver tabellen et billede af, hvilke temaer, der har været et fokus i hver af de to kommuner.

## 4.0 Analyse af effekt

### 4.1/ Udviklingen i forbrug og oplevelsen af trivsel

I det følgende skal udviklingen i deltagernes forbrug og trivsel analyseres nærmere. Analyserne baserer sig på to forskellige datasæt, henholdsvis rå-data og LOCF-data.

Med rå-data menes der alle de aktuelle svar på spørgsmål, der er blevet indhentet ved indskrivningssamtale, midtvejsamtale, udskrivningssamtale samt 40 uger efter indskrivning. Problemet med at benytte rå-data er, at ikke alle deltagerne har besvaret spørgsmålene på alle fire måletidspunkter. Nogle er droppet ud af behandlingen og har derfor ingen midtvejsamtale, mens andre ikke har svaret på henvendelser ved 40 ugers opfølgning. Således har 92 deltager i indskrivningssamtalen, 59 i midtvejsamtalen, 47 i udskrivningssamtalen og 44 i opfølgningsinterviewet 40 uger efter indskrivning.

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

	Indskrivning	Midtvejs	Udskrivning	40 uger
Deltager 1	30 dage	10 dage		12 dage
deltager 2	12 dage	12 dage	10 dage	
Deltager 3	22 dage	9 dage		
Deltager 4	6 dage			10 dage

I de felter, hvor der ikke står noget, gennemførte deltagerne ikke interviewet, og det blanke felt udfyldes derfor med forrige værdi. Det betyder, at der er 92 værdier på alle fire målepunkter (indskrivning, midtvejs, udskrivning og 40 ugers opfølgning), For beskrivelse af metoden se f.eks. Ginsberg et al. 2012.

At anvende LOCF i analyserne af stofreduktion viser stort set altid en mindre effekt end ved analyse af rå-data. Det skyldes, at mange af de, der ikke deltager i opfølgningsinterviews, har afbrudt behandlingen samtidig med, at de ved sidste måling havde et forbrug af stoffer. LOCF metoden er med andre ord en mere konservativ metode end rå-data metoden.

I det følgende skal først udviklingen i forbrug beskrives og dernæst udviklingen i deltagernes trivsel.

#### 4.1.1/ Udviklingen i forbrug

Deltagerne har anført, hvor mange dage de har haft et forbrug af hash og andre stoffer i løbet af den seneste måned for ud for hvert interview/samtale. Den følgende analyse ser nærmere på, hvorvidt der sker et fald i antallet af dage med et forbrug, og hvorvidt dette fald er statistisk signifikant. En forskel på et måletidspunkt til et andet kan siges at være statistisk signifikant, hvis den viste p-værdi er under 0,05.

Helt overordnet set viser der sig et fald i antallet af dage med et forbrug af hash fra indskrivningen frem til udskrivningen. Dette fund ses både i analysen med rå-data og med LOCF data. Deltagerne starter med et gennemsnit på 15 dages hashforbrug, og ved udskrivningen er det faldet til 7 dage i rå-data analysen, mens det er faldet til 10,5 dage i LOCF. Rå-data analysen viser således en halvering i deltagernes forbrug af hash under behandlingsforløbet fra i gennemsnit 15 dage ved indskrivning til 7 dage ved udskrivning ( $N=43^8$ ,  $p<0,001$ ). Forskellen er klart signifikant<sup>9</sup>.

En mere detaljeret analyse af forskellene mellem de enkelte interviewtidspunkter viser, at det primære fald i forbruget sker i starten af behandlingsforløbet fra indskrivning (14 dages forbrug af hash) til midtvejsamtalen, hvor der er et gennemsnit på 10 dages forbrug af hash ( $N=57^{10}$ ,  $p=0,027$ ). Faldet i forbrug fra midtvejsamtalen til udskrivningssamtalen er ikke signifikant, selvom det går fra et gennemsnit på 10 dages forbrug til 7 dage. Ved 40 ugers opfølgningen ses der fort-

<sup>8</sup> Data på 4 deltagere mangler

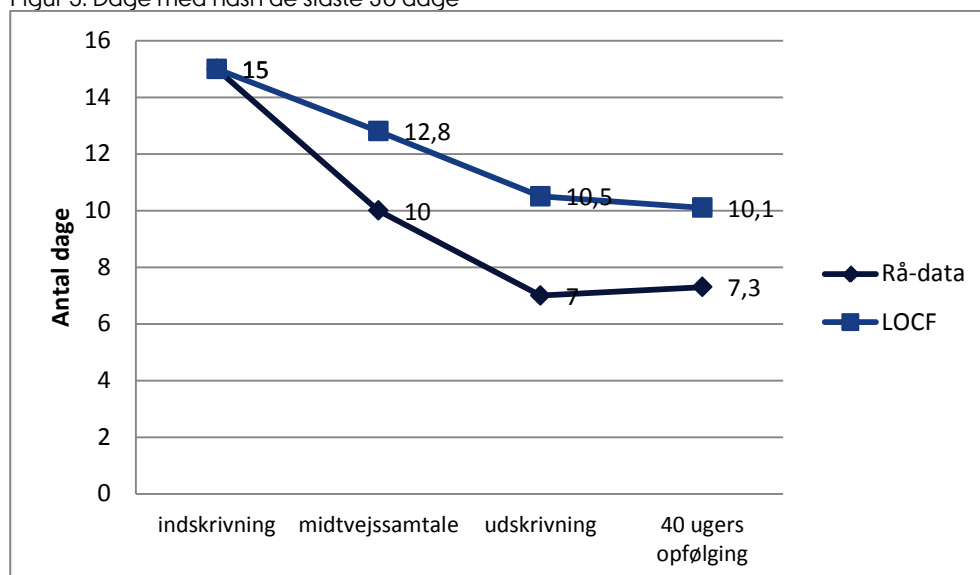
<sup>9</sup> Den overordnede udvikling i forbruget af hash over tid er desuden testet ved hjælp af en "Mixed effects regression" og kontrolleret for køn og alder.

<sup>10</sup> Data på 2 deltagere mangler

sat et gennemsnit 7 dages forbrug af hash den seneste måned (n=44). Reduktionen i forbruget er med andre ord fastholdt fra udskrivningssamtalen.

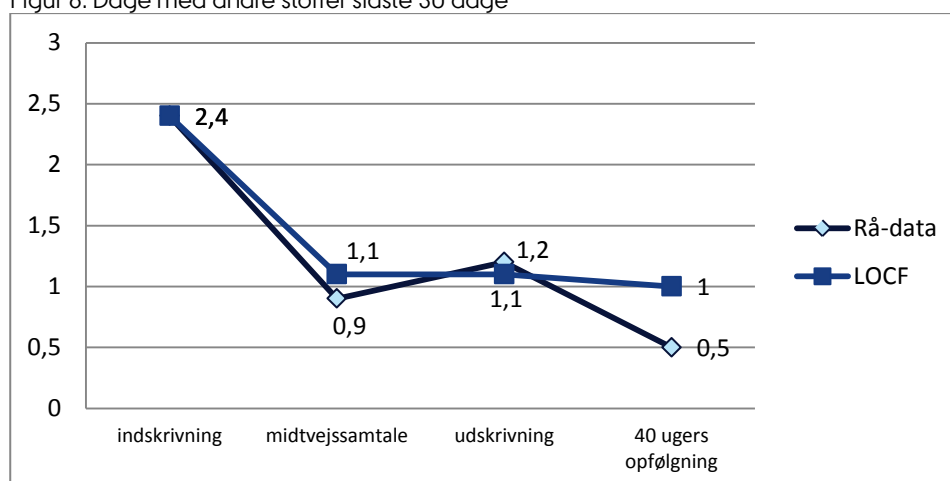
Også når LOCF metoden anvendes ses, at faldet i forbrug af hash mellem indskrivning og udskrivning er signifikant (n=92, p<0,001). Faldet i antal dage med brug af hash ses i nedenstående figur 5, hvor LOCF analysen viser et mindre fald end rå-data analysen, men tendensen er den samme.

Figur 5: Dage med hash de sidste 30 dage



*Andre stoffer:* I figur 6 anvendes LOCF og rå-data metoden til at analysere reduktion i forbruget af andre illegale stoffer end hash<sup>11</sup>. Der ses ligeledes et fald i forbruget af andre stoffer, hvor deltagerne ved indskrivning i gennemsnit har 2,4 dages forbrug af andre illegale stoffer end hash (n=92) faldende til 1,2 dag ved udskrivning (rå-data) og 1,1 dage ved udskrivning (LOCF). Faldet indfinder sig her endnu tydeligere end ved hash i tiden mellem indskrivningstidspunktet og midtvejsamtalen (rå-data: n=58<sup>12</sup>, p=0,003). I rå-data analysen falder forbruget yderligere til 0,5 dage i gennemsnit ved 40 ugers opfølgningen. I LOCF analysen ses der intet yderligere fald (1 dag ved 40 ugers opfølgningen).

Figur 6: Dage med andre stoffer sidste 30 dage

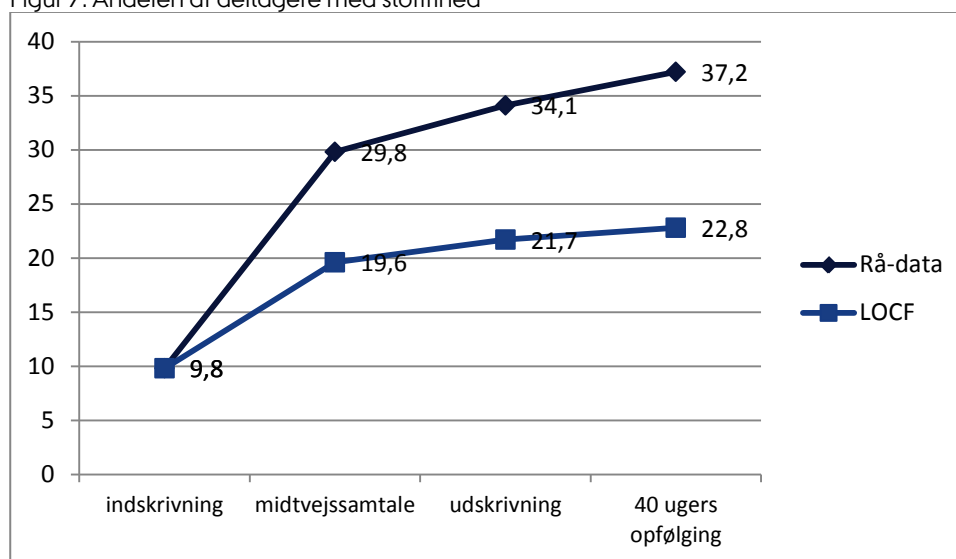


<sup>11</sup> Den overordnede udvikling i forbruget af andre stoffer over tid er desuden testet ved hjælp af en "Mixed effects regression" og kontrolleret for køn og alder.

<sup>12</sup> Data på 1 deltager mangler

*Stoffrihed:* Stoffrihed defineres i det følgende som 0 dages forbrug af såvel hash som andre illegale stoffer de sidste 30 dage. Figur 7 viser andelen af deltagere, som har været stoffrie de 30 dage inden interviewet. Rå-data analysen viser, at 34,1 % (n=47) er helt stoffrie ved udskrivningen. Det er lidt lavere, hvis vi sammenligner med Hash og kokain-projektet og PAS, hvor henholdsvis 38 % og 39 % var stoffrie op til udskrivning. I en anden undersøgelse fandt Hesse og Thylstrup (2011), at 18,4 % af de klienter, der ikke var i substitutionsbehandling (ikke opioid-afhængige) var stoffrie 6 måneder efter første interview. Resultatet på de 34,1 % placerer sig desuden op ad resultatet fra CDOI (beskrevet i 1.2 baggrund), hvor 35 % var stoffrie 6 måneder efter indskrivning (Pedersen og Pedersen 2013). Sammenligningerne med andre projekter skal dog tolkes med varsomhed. Der kan være store forskelle i klient-grundlaget og andre behandlingsmæssige betingelser.

Figur 7: Andelen af deltagere med stoffrihed



I artiklen "Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling" bruger Pedersen og Hesse (2012) betegnelsen *effekter af anden orden*, som betyder, at deltagerne får andet ud af at deltage i behandling end stoffrihed eller stofreduktion, såsom at de bedre kan begå sig i sociale sammenhænge, i højere grad kan kontrollere temperamentet eller håndtere psykiske problemer såsom depressive symptomer, ensomhed eller symptomer på angst. I det følgende vil vi derfor undersøge udviklingen af den oplevede trivsel.

#### 4.1.2/ Trivsel

Deltagerne bliver ligesom forbrugeret af stoffer spurgt om deres trivsel ved indskrivning, midtvejsamtale, udskrivning samt 40 uger efter indskrivning. Her spørges de blandt om, hvordan de har det på nedenstående tre områder:

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

De tre spørgsmål blev hver især besvaret på en skala fra virkeligt dårligt (0) til virkeligt godt (10), med 5 som midtpunkt. Den generelle trivsel udregnes ved at sammenlægge ovenstående tre scores og dividere dem med 3. Den generelle trivsel blandt danske unge er 7,45 (Pedersen et al 2015).

I den følgende analyse bliver udviklingen i løbet af behandlingen undersøgt<sup>13</sup>. Der ses en signifikant stigning i den generelle trivsel fra 5,80 ved indskrivning til 7,02 ved midtvejssamtalen (n=57<sup>14</sup>, p<0,001). Ligeledes ses der en signifikant stigning i trivsel på de enkelte områder (personligt, nære relationer og socialt). Stigningen på de enkelte områder ses i nedenstående tabel.

Tabel 8: udvikling i trivsel (rå-data)

N=57	Indskrivning	Midtvejssamtale	p-værdi
Personlig trivsel	5,22	6,53	<0,001
Trivsel i nære relationer	6,28	7,39	<0,01
Social trivsel	5,89	6,98	<0,01
Samlet trivsel	5,80	7,02	<0,001

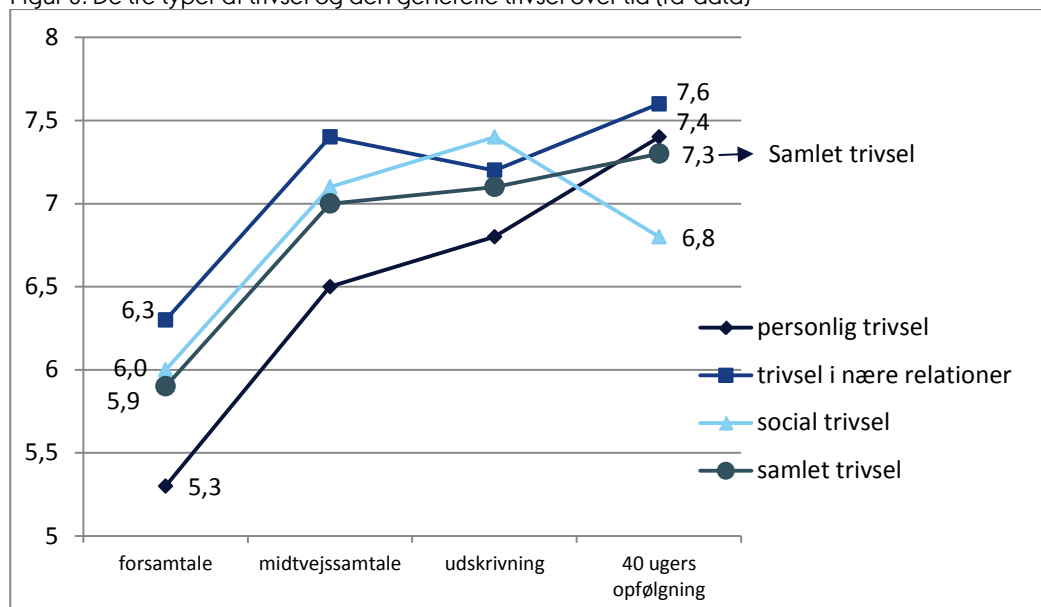
Set i et tidsmæssigt lidt længere perspektiv kan deltagernes situation ved indskrivningen sammenholdes med situationen ved 40 ugers opfølgningen. Her er stigningen mere markant med en stigning i den generelle trivsel fra 5,63 ved indskrivningen til 7,28 ved opfølgningen (n=35<sup>15</sup>). Stigningen for de enkelte områder ses i denne tabel:

Tabel 9: Udvikling i trivsel fra forsamtale til 40 ugers opfølgning (rå-data).

N=35	Indskrivning	40 ugers opfølgning	p-værdi
Personlig trivsel	4,94	7,37	<0,001
Trivsel i nære relationer	6,31	7,63	<0,01
Social trivsel	5,64	6,83	<0,01
Samlet trivsel	5,63	7,28	<0,001

I nedenstående figur er tallene for hvert måletidspunkt anført for hvert trivsel-spørgsmål. Det viser igen, at stigningen især finder sted i starten af behandlingsforløbet (fra indskrivningen til midtvejssamtalen). Dette er tal baseret på en rå-data analyse og derfor varierende antal deltagere på hvert måletidspunkt.

Figur 8: De tre typer af trivsel og den generelle trivsel over tid (rå-data)



Et interessant resultat i ovenstående figur er, at den sociale trivsel (i forhold til skole, arbejde, bekendte) falder fra udskrivning til 40 ugers opfølgningen.

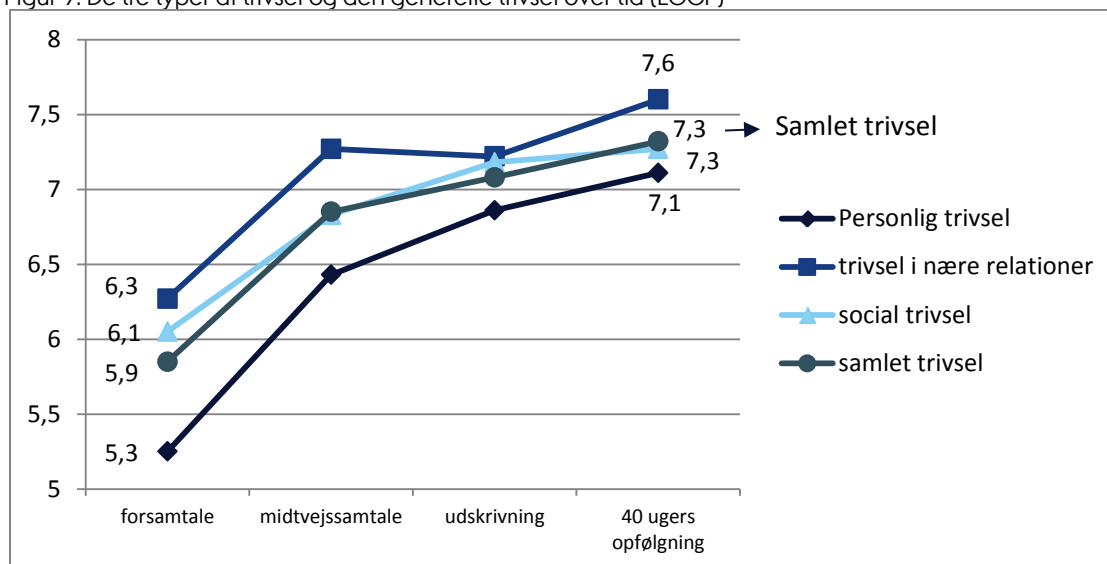
<sup>13</sup>Til analysen af udviklingen i trivsel over tid benyttes t-test, som undersøger forskellene mellem middelværdier på trivselsskalaen. Det gør det muligt at se, om udviklingen fra eksempelvis indskrivningen til udskrivningen er signifikant forskellig.

<sup>14</sup>Data mangler på 2 deltagere

<sup>15</sup>Data mangler på 9 deltagere

Når resultaterne efterprøves i en LOCF-analyse, viser den samme udvikling sig, med undtagelse af netop den sociale trivsel.

Figur 9. De tre typer af trivsel og den generelle trivsel over tid (LOCF)



Hvorfor der findes denne forskel i social trivsel mellem rå-data analysen og LOCF analysen, kan muligvis skyldes, at de der ikke deltager i 40 ugers opfølgningen a) ved indskrivningen havde en højere social trivsel end de, der deltog i 40 ugers opfølgningen og b) at de oftere var i arbejde/under uddannelse ved indskrivning, end de der deltog ved 40 ugers opfølgningen. En fejlkilde kunne således være, at de, der ikke deltager i 40 ugers opfølgningen, hyppigere har arbejde eller er under uddannelse, og at netop denne gruppes sociale trivsel er højere. Grunden til, at de ikke deltager i 40 ugers opfølgningen, kan være, at de enten er på arbejde/i skole, når de forsøges kontaktet eller ikke gider efter en arbejds-/skoledag at skulle til at besvare et elektronisk spørgeskema. Yderligere uddybning af dette fænomen ses i næste afsnit.

#### 4.2/ Tilknytning til uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet

Tidligere undersøgelser viser, at tilknytning til fx uddannelses og arbejdsmarkeds systemerne øger sandsynligheden for at fastholde en given reduktion i forbrug af rusmidler, mens en eksklusion fra arbejdsmarked eller uddannelse øger risikoen for tilbagefald (Pedersen og Hesse 2012).

Deltagerne i HCS-projektet er allerede ved indskrivningen i høj grad på arbejdsmarkedet eller under uddannelse, da henholdsvis 80 % (Kommune 1) og 88 % (Kommune 2) ved indskrivningstidspunktet har løn eller SU som indtægtskilde. For at undersøge, om der sker en udvikling i forhold til tilknytningen til uddannelsessystem eller arbejdsmarked, sammenlignes tallene for den gruppe, som både har besvaret indskrivningsskemaet og 40 ugers opfølgningen (rå-data: n=40<sup>16</sup>), se tabel på næste side.

<sup>16</sup> Data mangler på 4 deltagere

Tabel 10: indkomst (rå-data)

Deltagere, som har besvaret indskrivnings- og 40 ugers opfølgningsskemaet (n= 40)		
	indskrivning	40 ugers opfølgning
Løn	52,5 %	45 %
SU	25 %	25 %
Arbejdsløshedspenge	12,5 %	10 %
aktivering/fået løn med tilskud	2,5 %	2,5 %
Sygedagpenge	7,5 %	10 %
Kontanthjælp	0	2,5 %
førtidspension	0	2,5 %
Andet	0	2,5 %
N, i alt	40	40

Tabellen viser, at der ikke sker den store udvikling i forhold til uddannelse og arbejde. Der er et mindre fald (ikke signifikant) i andelen med lønindtægt, hvor 3 deltagere går fra lønnet indtægt til en af de andre kategorier, mens uddannelse forbliver den samme. Som allerede diskuteret i forrige afsnit kan denne manglende positive udvikling muligvis skyldes, at de, der er i arbejde eller under uddannelse oftere end andre, ikke deltager i 40 ugers opfølgningen. Det kan også være, at det har været nemmere for behandlerne, at få udfyldt 40 ugers opfølgning med de deltagere, som har haft behov for yderligere støtte og derfor muligvis stadig er i kontakt med behandlingsstedet ved 40 ugers opfølgningen, hvorfor de som er i beskæftigelse i mindre grad er i kontakt med behandlerne. Dertil kommer, at en ændring i indkomstkategori fra lønindtægt til en anden, også kan være et udtryk for, at der sker en positiv udvikling på et andet område hos den enkelte.

#### 4.3/ Betydning af behandlingens intensitet

I det følgende skal det vises, hvilke sammenhænge der findes mellem forbrug af stoffer, behandlingens længde og behandlingens intensitet målt som antal gennemførte samtaler/gruppesessioner.

##### 4.3.1/ Antal gruppesessioner og indskrivningslængde

Deltagernes forbrug falder som tidligere nævnt særligt i starten af behandlingsforløbet. I analysen af udviklingen i deltagerens forbrug (afsnit 4.1.1) blev det tydeligt, at der skete et signifikant fald i stofforbruget i løbet af behandlingen. Dette fald undersøges nærmere i det følgende ved at analysere, hvorvidt reduktion har en sammenhæng med behandlingens intensitet<sup>17</sup>. Spørgsmålet er, om reduktionen i forbruget er større for den gruppe, som fastholdes i behandlingen eller for de, som får flest samtaler/deltager i flest gruppesessioner?

Reduktion skal i det følgende defineres som minimum en halvering af antallet af dage med forbrug af hash. Når en reduktion i hashforbruget defineres således, har 20 deltagere ud af 43 ved 40 ugers opfølgningen (46,5 %) en reduktion i deres hashforbrug.

I tabel 11 er reduktionen i forbrug for deltagere indskrevet i henholdsvis 0-2 måneder, 2-4 måneder og over 4 måneder opstillet.

Tabel 11: indskrivningstid og reduktion i forbrug af hash ved 40 ugers opfølgning (rå-data)

N=43 <sup>18</sup>	Reduktion hash, andel	OR	p-værdi
0-2 måneder (n=6)	17 %	1,0 (ref)	
2-4 måneder (n=11)	46 %	3,8	0,32
4 måneder+ (n=26)	54 %	5,4	0,17

<sup>17</sup> Analysen er gennemført som en odds ratio analyse (OR), hvor OR giver et mål for, om der er forskel på grupper. I denne analyse er det gruppen, som er indskrevet i mindre end 2 måneder (referencegruppen, benævnt 'ref' i tabellen), som de to andre grupper (2-4 måneders indskrivningstid og 4+ måneders indskrivningstid) sammenlignes med, og hvorvidt de har større sandsynlighed eller chance (odds) for at opnå en reduktion. Hvis OR er 1, er der ingen forskel på grupperne, og OR er større end 1, har den aktuelle gruppe større sandsynlighed for at opnå en reduktion. P-værdien viser, hvorvidt forskellen mellem grupperne er signifikant. I analysen kontrolleres for forskelle i alder og køn.

<sup>18</sup> Data mangler på 1 deltager



Tabel 12: indskrivningstid og reduktion i forbrug af hash ved 40 ugers opfølgning (LOCF)

N=91 <sup>19</sup>	Reduktion af hash, andel	OR	p-værdi
0-2 måneder (n=16)	6 %	1,0 (ref)	
2-4 måneder (n=30)	30 %	6,0	0,15
4 måneder+ (n=45)	47 %	14,5	0,014

Den første rå-data analyse (tabel 11) viser, at der er 5,4 gange større sandsynlighed for at opnå reduktion i forbruget af hash for de der har været indskrevet i mindst 4 måneder sammenlignet med de der har været indskrevet i 0-2 måneder. Der er dog ikke tale om nogen signifikant forskel (p-værdi = 0,17). Når analysen gennemføres med LOCF (tabel 12), viser en indskrivningstid på mere end 4 måneder at være signifikant i forhold til at opnå en reduktion i forbruget af hash sammenlignet med 0-2 måneder, da OR er 14,5, hvilket betyder at gruppen der er indskrevet i mere end 4 måneder har næsten 15 gange større sandsynlighed for at opnå reduktion sammenlignet med gruppen, som er indskrevet i mindre end 2 måneder. Denne forskel er klart signifikant.

Det er interessant at undersøge om det samme mønster gør sig gældende for deltagere, som er stoffrie ved 40 ugers opfølgningen. I nedenstående tabeller undersøges denne sammenhæng nærmere:

Tabel 13: indskrivningstid og stoffrihed ved 40 ugers opfølgning (rå-data)

N=43	Stoffri, andel	OR	p-værdi
0-2 måneder (n=6)	50 %	1,0 (ref)	
2-4 måneder (n=11)	36 %	0,7	0,81
4 måneder+ (n=26)	35 %	0,9	0,91

Tabel 14: indskrivningstid og stoffrihed ved 40 ugers opfølgning (LOCF)

N=91	Stoffri, andel	OR	p-værdi
0-2 måneder (n=16)	19 %	1,0 (ref)	
2-4 måneder (n=30)	16 %	0,7	0,67
4 måneder+ (n=45)	29 %	2,0	0,35

De ovenstående to tabeller viser, at der ikke er nogen sammenhæng mellem, hvor lang tid deltagerne er indskrevet og hvorvidt de opnår stoffrihed ved 40 ugers opfølgningen. I LOCF-analysen har de, der har været indskrevet i mindst 4 måneder dobbelt så stor sandsynlighed (OR=2) for at opnå stoffrihed sammenlignet med de, der har været indskrevet i 0-2 måneder, men forskellen er ikke signifikant.

I de næste fire tabeller vises det i, hvor høj grad antal gennemførte gruppesessioner kan knyttes til reduktion i hashforbrug og til stoffrihed. En deltager kan måske have været indskrevet i længere tid, men har meldt afbud til en del af gangene (kun hvis en deltager udeblev to gange i streg, blev de udskrevet, hvilket vil sige, at de godt kunne udeblive/melde afbud en gang imellem i løbet af forløbet), og det er derfor relevant at se på, om antallet af gruppesessioner har en betydning.

Den næste tabel viser, hvor stor sandsynligheden for en reduktion i hashforbrug er i forhold til, hvor mange gruppesessioner, som deltageren kommer til.

Tabel 15: antal gruppesessioner og reduktion ved 40 ugers opfølgning (rå-data)

N=43	Reduktion af hash, andel	OR	p-værdi
1-5 sessioner (n=14)	36 %	1,0 (ref)	
6-10 sessioner (n=15)	53 %	2,5	0,27
11+ sessioner (n=14)	50 %	2,6	0,26

<sup>19</sup> Data mangler på 1 deltager

Tabel 16: antal gruppesessioner og reduktion i hashforbrug ved 40 ugers opfølgning (LOCF)

N=91	Reduktion af hash, andel	OR	p-værdi
1-5 sessioner (n=40)	20 %	1,0 (ref)	
6-10 sessioner (n=26)	46 %	3,8	0,020
11+ sessioner (n=25)	44 %	3,7	0,026

Rå-data analysen (tabel 15) viser, at der dobbelt så stor sandsynlighed for at opnå en reduktion i antal dage med hash, når deltageren har deltaget i mere end 5 sessioner, idet OR er henholdsvis 2,5 for gruppen med 6-10 sessioner og 2,6 for gruppen med 11+ sessioner. Men forskellen er ikke signifikant ( $p=0,27$  for 6-10 sessioner og  $p=0,26$  for 11+ sessioner). Hvis analysen i stedet gennemføres som en LOCF-analyse (tabel 16), er der en tydelig og større sandsynlighed for at opnå en reduktion i hashforbruget, hvis deltageren har deltaget i mere end 5 sessioner. Dette viser sig ved en OR på 3,8 og p-værdi på 0,020 for gruppen, der har deltaget i 6-10 sessioner, samt en OR på 3,7 og en p-værdi på 0,017 for dem der har deltaget i mere end 11 sessioner. Det betyder, at sandsynligheden for en reduktion i hashforbruget bliver omkring 4 gange så stor for deltagere, der har deltaget i mere en 5 sessioner.

Tabel 17: antal gruppesessioner og stoffrihed ved 40 ugers opfølgning (rå-data)

N=43	Stoffri, andel	OR	p-værdi
1-5 sessioner (n=14)	36 %	1,0 (ref)	
6-10 sessioner (n=15)	53 %	1,87	0,50
11+ sessioner (n=14)	50 %	1,05	0,96

Tabel 18: antal gruppesessioner og stoffrihed ved 40 ugers opfølgning (LOCF)

N=91	Stoffri, andel	OR	p-værdi
1-5 sessioner	20 %	1,0 (ref)	
6-10 sessioner	27 %	1,7	0,42
11+ sessioner	24 %	1,5	0,54

Der viser sig ikke nogen særlig sammenhæng mellem antal sessioner og opnåelse af stoffrihed ved 40 ugers opfølgningen hverken i rå-data analysen (tabel 17) eller LOCF-analysen (tabel 18). OR kunne måske indikere en lidt større sandsynlighed for stoffrihed ( $OR=1,7$ ), hvis man har deltaget i 6-10 sessioner, men sammenholdt med, at p-værdierne ikke er signifikante, bliver forskellene tilfældige.

Ovenstående analyser af sammenhængene mellem forbrug af stoffer på den ene side og indskrivningstid/antal gruppesessioner synes at indikere, at indskrivningstid og måske ikke mindst antal gennemførte gruppesessioner spiller en rolle for reduktionen i forbruget af stoffer. Dette ses først og fremmest i LOCF analyserne, hvilket skyldes, at vi her kan anvende samtlige 92 deltagere i bestemmelsen af reduktionen i stofmisbrug. I rå-data analyserne kan vi kun anvende de deltagere, der er blevet interviewet, og når de opdeles på indskrivningslængde (0-2 måneder, 2-4 måneder og mindst 4 måneder) bliver der meget få i hver gruppe.

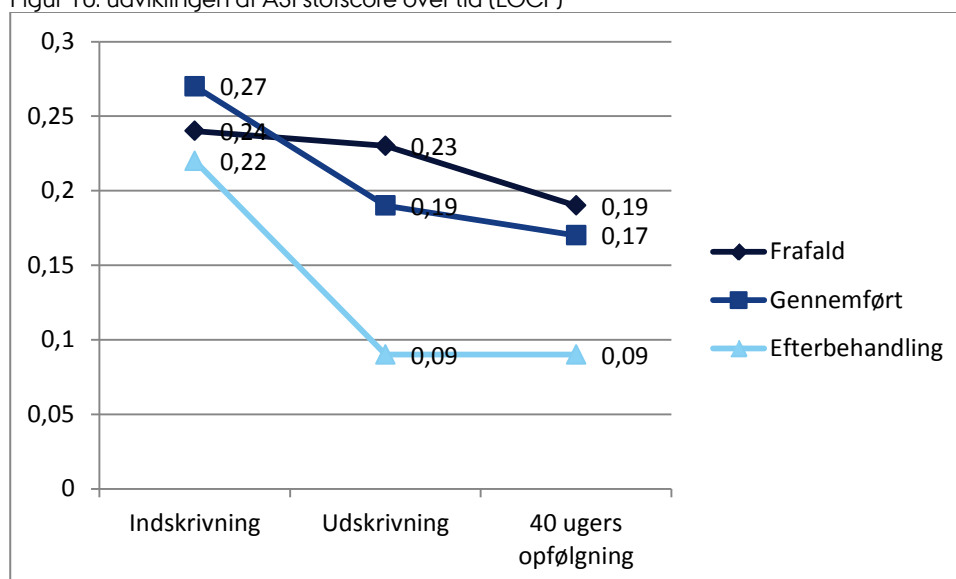
Der er dog også fundet lignende resultater i CDOL-projektet, hvor de, som havde faldt i forbrug, blev i behandlingen, mens at, de som ikke oplevede forandringer oftere droppede ud af behandlingen (Pedersen og Pedersen 2013). Tilsvarende konklusioner findes i hash og kokain-projektet (København kommune) og Marques-studiet (Pedersen 2010; Marques 2001). Marques-studiet var et kognitivt adfærdsprogram i individuelt og grupperegi med 17 samtaler over en periode på i alt 8 måneder og hvor 155 deltog i behandlingen (2001). Resultaterne herfra viste, at hvis deltagerne mødte op til 8 eller flere møder, havde de næsten 5 gange større sandsynlighed for at opnå en reduktion i forbruget eller helt stoffrihed, hvis der sammenlignes med dem, som deltog i færre møder. Ligeledes viste Hash og kokain-projektet også en sammenhæng mellem antal fremmøder og øget sandsynlighed for reduktion/stoffrihed. Et helt andet problem i disse analyser er at såvel reduktion i forbrug som fremmøde til et vist antal samtaler antageligt begge kan forklares af en helt tredje faktor, nemlig deltagernes psykiske og sociale ressourcer.

#### 4.3.2/ Efterbehandling og reduktion i stof- og psykisk belastning

I det følgende skal der være fokus på stof- og psykisk belastning målt med ASI. De resterende ASI dimensioner (alkohol, kriminalitet, arbejde, sociale og familiemæssige relationer, fysisk) er stort set uændrede og diskuteres derfor ikke yderligere her.

I de to næste figurer sammenlignes udviklingen i deltagernes belastning målt med ASI-stof og ASI-psykisk ved de tre målinger; indskrivning, udskrivning og 40 ugers opfølgning<sup>20</sup>. De er grupperet således, at vi kan se forskellen på de deltagere, som er faldet fra i forløbet, de deltagere, der har gennemført gruppeforløbet, men som ikke har fået efterbehandling og sidst gruppen af deltagere, som også har fået efterbehandling. Analysen er lavet med LOCF<sup>21</sup>, således ASI-scoren fra det sidst besvarede interview bliver videreført, hvis der mangler besvarelser enten på udskrivningen eller 40 ugers opfølgningen. I begge analyser er der 45 deltagere i gruppen, som ikke har gennemført primærbehandlingen ("Frafaldsgruppen"), 33 deltagere har gennemført primærbehandlingen ("Gennemført-gruppen") og 14 deltagere har også modtaget efterbehandling ("Efterbehandlings-gruppen"). Først vises ændringen af stofbelastning målt med ASI.

Figur 10: udviklingen af ASI stofscore over tid (LOCF)



Der er en lille forskel på de tre grupper ved indskrivning, men den er meget lille og ikke signifikant, hvorfor de tre grupper er rimeligt sammenlignelige, hvad angår stofbelastning. Ved udskrivning sker der en positiv udvikling særligt for gruppen, der gennemfører behandling og gruppen, der får efterbehandling.

Tidligere i rapporten blev det vist, at faldet i stofbrug for gennemførte forløb er signifikant (inkluderede også dem, som fik efterbehandling). Analysen her viser, at der ikke er signifikant forskel på gruppen, der gennemfører behandling uden efterbehandling (gennemført-gruppen) og frafalds-gruppen<sup>22</sup>, men forskellen på de to grupper er begge signifikant forskellig fra gruppen, der modtager efterbehandling.

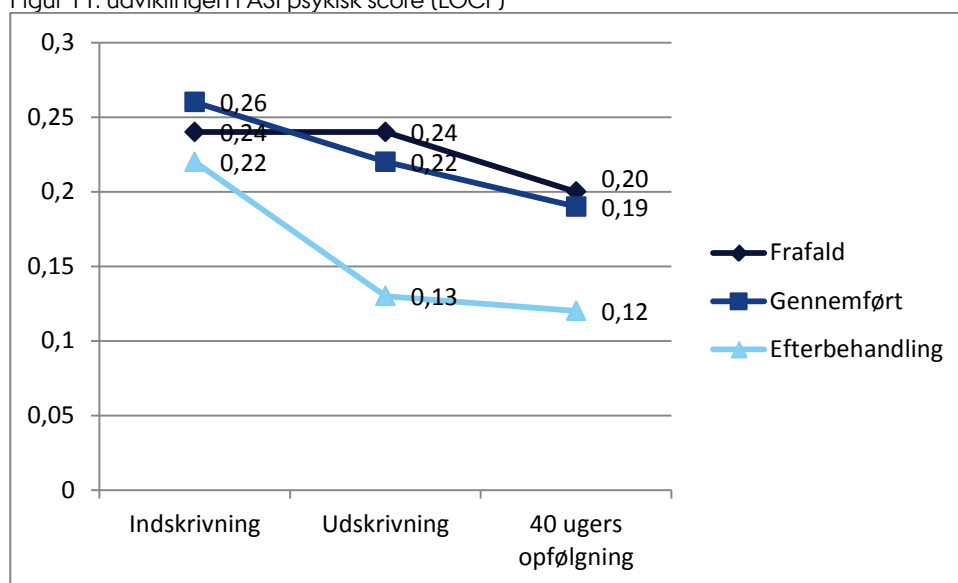
I den følgende figur er vist, hvordan ASI psykisk udvikler sig for deltagerne over tid; indskrivning, udskrivning og 40 ugers opfølgning for hver af grupperne; afbrudte, gennemførte og sidst de deltagere, som både har gennemført og fået mindst en efterbehandlings samtale. Analysen er igen lavet ved hjælp af LOCF, hvilket som nævnt betyder, at ASI-scoren fra det sidste interview er videreført, hvis deltageren enten ikke har medvirket ved udskrivningssamtalen eller 40 ugers opfølgningen.

<sup>20</sup> De to analyser er testet ved hjælp af en "Mixed effects regression" og kontrolleret for køn og alder.

<sup>21</sup> Når der alle anvendes LOCF i disse analyser er det fordi der eller er for få data i hver gruppe til at vise nogen meningsfuld sammenhæng.

<sup>22</sup> Forskellen på de to grupper i forhold til belastning afbrudte og gennemførte forløb ændrer sig lidt, når vi korrigerer for antal samtaler, men forskellen er stadig ikke signifikant.

Figur 11: udviklingen i ASI psykisk score (LOCF)



Grafen viser ligeledes, at der ikke er forskel på de tre grupper ved indskrivningen. Desuden ser vi et fald i ASI scoren over tid. Faldet er igen størst for gruppen, der får efterbehandling, men forskellen er dog her ikke signifikant forskellig fra de afbrudte og gennemførte forløb, som i analysen af ASI stof ovenfor.

Når antallet af gruppesessioner inddrages i analysen, ses det, at jo flere gruppesessioner desto lavere belastningsscore både i forhold til ASI psykisk og ASI stof. I CDOL-projektet fandt Pedersen og Pedersen (2013) tilsvarende, at de, som havde flest samtaler, også havde den største ændring i forbruget. Dette kunne indikere, at de, som oplever en forandring, bliver i behandling samt at der er brug for psykosocial behandling for at fastholde en forandring.

## Publikationer og referencer

På Center for Rusmiddelforskning's hjemmeside, (<http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/publikationer/rapporter/>) finder du alle faglige rapporter fra centeret sammen med andre publikationer. Alle nyere rapporter kan gratis downloades i pdf. Nr./No. 2009

Ginsberg Y, Hirvikoski T, Grann, M & Lindefors N (2012). Long-term functional outcome in adult prison inmates with ADHD receiving OROS-methylphenidate. In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 262:705-724.

Pedersen M.U. og Hesse M. (2012): Effekten af den sociale stofmisbrugsbehandling. Servicestyrelsen: [http://psy.au.dk/fileadmin/site\\_files/filer\\_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2012/Effekten\\_af\\_den\\_sociale\\_stofmisbrugsbehandling\\_-\\_servicestyrelsen-udkast1.pdf](http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2012/Effekten_af_den_sociale_stofmisbrugsbehandling_-_servicestyrelsen-udkast1.pdf)

Hesse, M. og Thylstrup, B. (2011): Ambulant stofmisbrugsbehandling [http://psy.au.dk/fileadmin/site\\_files/filer\\_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2011/Ambulant\\_behandling\\_af\\_stofmisbrug2.pdf](http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2011/Ambulant_behandling_af_stofmisbrug2.pdf). Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Marques, A. C. P.R. & Maria Lucia O.S Formigoni (2001) Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug dependent patients, Addiction 96, 835-846

Lauridsen, M. og Nyboe, J. (2013): Evaluering: Projekt anonym ambulant stofmisbrugsbehandling. Odense: Socialstyrelsen

Pedersen, D (2010): Rapport of gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug -målgrupper, metode og resultater. Socialforvaltningen, Københavns kommune

Pedersen, M.U. & Pedersen M.M. (2013): Effekten af hashbehandling. En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed behandling af hashmisbrug. [http://psy.au.dk/fileadmin/site\\_files/filer\\_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2013/2\\_Effekten\\_af\\_hashbehandling.pdf](http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2013/2_Effekten_af_hashbehandling.pdf)

Pedersen, M.U. & Frederiksen, K. (2014). Misbrug af rusmidler og behov for hjælp. I Hesse, Thylstrup, Frederiksen og Pedersen Misbrugsbehandling, organisering, indsatser og behov, Aarhus Universitetsforlag, 43-63.

Pedersen, M.U., Frederiksen, K.S. & Pedersen, M.M. (2015). UngMap - en metode til identificering af særlige belastninger, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15-25-årige. Aarhus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Social- og Indenrigsministeriet (2015) Lov om ændring af lov om social service og lov om socialtilsyn (Tilbud om anonym, ambulant behandling af stofmisbrugere m.v.). København: Social- og Indenrigsministeriet

Socialstyrelsen (2015a) Notat HCS projektet - præcisering af målgruppen, 19/1 2015 sagsnr: 11/030413. Odense: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2015b): Modelbeskrivelse. For gruppebehandling til personer med misbrug af hash og/eller centralstimulerende stoffer

Socialstyrelsen (2015c): Manual for gruppebehandling. HCS-projektet. Forår 2015

Socialstyrelsen (2017 *under udarbejdelse*): Modelbeskrivelse for gruppebehandling til personer med misbrug af hash og/eller centralstimulerende stoffer. HCS-projektet.

Bilag A+B: Asi kort og Logbog

Skriv dit cpr.nr.  
Skriv dit cpr.cr

\_\_\_\_\_

Skriv navn

\_\_\_\_\_

Udfyldelsesdato (dd-mm-åååå)

\_\_\_\_\_

**1 Alkoholforbrug**

Antal dage hvor du de sidste 30 dage har haft et forbrug af alkohol.  
*Forbrug = 4 eller færre genstande dagligt eller flere end 4 genstande i højst 2 dage om ugen i de sidste 30 dage.*  
1 genstand = 5cl for spiritus , 15-20 cl for vin og 33-45 cl for øl.

Skriv antal dage og 0 hvis du ikke har haft forbrug af alkohol de sidste 30 dage.

\_\_\_\_\_

**2 Alkohol overforbrug**

Antal dage hvor du de sidste 30 dage har haft et alkohol overforbrug.  
*Overforbrug = 5 eller flere genstande dagligt i mindst 3 dage om ugen.*  
1 genstand = 5cl for spiritus , 15-20 cl for vin og 33-45 cl for øl.

Skriv antal dage og 0 hvis du ikke har haft overforbrug af alkohol

\_\_\_\_\_

Hvor mange dage har du taget nedenstående stoffer indenfor de sidste 30 dage?

	Dage
Heroin (ordineret)	_____
Heroin (illegal)	_____
Metadon (ordineret)	_____
Metadon (illegal)	_____
Burprenorphin (ordineret)	_____
Buprenorphin (illegal)	_____
Andre opioider (herunder buphronerphin/subutex, temgesic, morfin, pitidin med flere)	_____
Benzodiazepiner (stesolid) (ordineret)	_____
Benzodiazepiner (stesolid) (illegal)	_____
Kokain (herunder crack)	_____
Amfetaminer (herunder Ritalin Preludin, speed, metamfetamin og Ice ect.)	_____
Ectacy og lign. (Herunder forskellige typer designerdrugs)	_____
Hash/Cannabis	_____
Hallucinogener (herunder f.eks. LSD/syre/acid, svampe, mescaline, PCP/englestøv, Ketamin o.l. uanset indtagelsesmåde)	_____
Opløsningsmidler/Inhalanter	_____
Andre illegale stoffer (herunder f.eks. khat, dopingstoffer)	_____
Mere end et stof om dagen	_____
Injektion af stoffer	_____

**15. Hvor mange dage har du oplevet problemer med stoffer, de seneste 30 dage**

Antal dage, indenfor de seneste 30 hvor du har oplevet problemer med stoffer.

**Problemer** = stærk trang til stoffer, abstinenser, forstyrrelser som følge af forgiftninger, ønske om at stoppe, men uden vilje/evne til at gøre det.

Problemer med at skaffe stoffer tages **ikke** med.

Skriv antal dage og 0 hvis du ikke har oplevet nogen af ovenstående problemer

\_\_\_\_\_

**16. Hvor mange penge tror du, du brugt på stoffer de sidste 30 dage**

Det er ikke værdien af stofferne, du skal opgive, men det reelle beløb, du har brugt. Hvis du er kommet i besiddelse af stofferne uden at købe dem, skal dette altså **ikke** omregnes til antal kroner.

Skriv antal kroner og 0 hvis du ikke har brugt penge på stoffer, de sidste 30 dage

\_\_\_\_\_

**17. Hvor bekymret eller besværet har du været pga. stofproblemer, de sidste 30 dage.**

Sæt en prik

- ikke bekymret
- ubetydeligt bekymret
- moderat bekymret
- betydeligt bekymret
- meget bekymret

18. Hvor vigtigt er det for dig at blive behandlet for disse stofproblemer.

Sæt en prik

- ikke vigtigt
- ikke særligt vigtigt
- noget vigtigt
- særdeles vigtigt
- meget vigtigt

19. Hvor bekymret eller besværet har du været pga. alkoholproblemer, de sidste 30 dage.

Sæt en prik

- ikke bekymret
- ubetydeligt bekymret
- moderat bekymret
- betydeligt bekymret
- meget bekymret

20. Hvor vigtigt er det for dig at blive behandlet for disse alkoholproblemer.

Sæt en prik

- ikke vigtigt
- ikke særligt vigtigt
- noget vigtigt
- særdeles vigtigt
- meget vigtigt

21. Hvor mange dage har du oplevet problemer med alkohol indenfor de sidste 30 dage?

Antal dage indenfor de seneste 30 hvor du har oplevet problemer med alkohol.

**Problemer** = stærk trang til alkohol, abstinenser, forstyrrelser som følge af fo, rgiftninger, ønske om at stoppe, men uden evne til at gøre det.

Problemer med at skaffe alkohol eller manglende penge til alkohol skal **ikke** tages med.

Skriv antal dage og skriv 0 hvis du ikke har oplevet ovenstående problemer

\_\_\_\_\_

22. Hvor mange penge tror du, du brugt på alkohol de sidste 30 dage

Det er ikke værdien af alkoholen, du skal opgive, men det reelle beløb, du har brugt. Hvis du er kommet i besiddelse af alkohol uden at købe det, skal dette altså **ikke** omregnes til antal kroner.

Skriv antal kroner og 0 hvis du ikke har brugt penge på alkohol, de sidste 30 dage

\_\_\_\_\_

23. Hvor mange dage har du haft arbejde indenfor de sidste 30 dage?

Med arbejde menes af slags arbejde, uanset om det er lønnet eller ikke lønnet (frivilligt). Inkluderet er også dage med sygedagpenge, arbejdsløshedsunderstøttelse og/eller ferie.

Følgende hører **ikke** med til arbejde: at være hjemmegående husmor/far, arbejde i fængsel, beskæftigelse i institution og alle former for illegal aktivitet (køb og salg af stoffer mv)

Det maximal antal dage er 20.

Hvis du ikke har haft arbejde skriv 0

\_\_\_\_\_

24. Har du haft lønindkomst indefor de sidste 30 dage

Med lønindkomst menes der **al slags lønnet** arbejde, herunder egen virksomhed og betalt af arbejdsgiver. Inkluderet er også ferie.

Følgende **hører ikke** med til lønindkomst: Lønnet arbejde som er aktivering/løn med tilskud, lønnet arbejde i fængsel, lønnet beskæftigelse på institution, mens du er i behandling eller alle former for illegal aktivitet (salg og køb af stoffer mv.)

- ja
- nej

25. Hvilken af følgende 12 indtægtskilder fra (25.1 til 25.12) har været din hovedindtægtskilde de seneste 30 dage.

- 25.1 lønindkomst
- 25.2 SU
- 25.3 arbejdsløshedsdagpenge
- 25.4 aktivering/fået løn med tilskud
- 25.5 sygedagpenge
- 25.6 kontanthjælp
- 25.7 revalideringsydelse
- 25.8 førtidspension/pension
- 25.9 fra familie venner og lignende
- 25.10 illegal aktivitet
- 25.11 prostitution



- 25.12 andet  
 25.13 uoplyst

26. Har du været under uddannelse de sidste 30 dage

- Ja  
 Nej

27. Hvilken uddannelse er der tale om?

- Gymnasium, STX, HHX, HTX  
 HF  
 HF enkeltfag  
 VUC  
 VUC enkeltfag  
 Handelsskole, HG  
 Social og sundhedshjælper, grundforløb  
 I praktik/lære som social og sundhedshjælper  
 Teknisk skole (grundforløb)  
 I lære, håndværk (har læreplads)  
 I lære, kontor (har læreplads)  
 I lære, butik (har læreplads)  
 I praktik (endnu ikke læreplads)  
 Produktionsskole  
 Højskole  
 Kort videregående uddannelse (f.eks. social og sundhedsassistent)  
 Mellemlang videregående uddannelse (f.eks. pædagog, sygeplejerske, socialrådgiver)  
 Lang videregående uddannelse (f.eks. forskellige universitetsuddannelser)  
 Andet

29. Venter du i øjeblikket på at blive tiltalt, at blive indkaldt til retten, eller på at afsone straf.

- ja  
 nej

30. Hvor mange dage har du været involveret i illegal aktivitet for at skaffe penge, indenfor de sidste 30 dage?

Gælder ikke besiddelse af stoffer alene, men inkluderer pusher-virksomhed, indbrud salg af stjålne genstande/hæleri mv.

Skriv antal dage og skriv 0 hvis problemet ikke har været aktuelt.

\_\_\_\_\_

31. Hvor alvorlige synes du dine aktuelle problemer med kriminalitet/retssystemet er.

Sæt en prik

- ikke alvorlige  
 ikke særligt alvorlige  
 noget alvorlige  
 særdeles alvorlige  
 meget alvorlige

32. Hvor vigtigt er det for dig at få hjælp til disse problemer

Sæt en prik

- ikke vigtig  
 ikke særlig vigtigt  
 noget vigtigt  
 særdeles vigtigt  
 meget vigtigt

49. Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer, de sidste 30 dage

Medregn ikke mere afgrænsede fysiske problemer, som alene er grundet stof og alkoholmisbrug, og som forsvinder med det samme, du ikke tager stoffer eller alkohol (såsom tømmermænd, opkast, mangel på søvn mv.)

Hvis opkast og mangel på søvn skyldes nogle mere vedvarende problemer, som ikke pr. automatik stopper, når misbruget stopper, regnes det for "fysiske problemer". Med til fysiske problemer hører også influenza, halsbetændelse og lignende.

Hvis du ikke har oplevet fysiske problemer de sidste 30 dage, skriv 0.

\_\_\_\_\_

50. Hvor bekymret eller besværet har du været af dine fysiske problemer, de sidste 30 dage.

Sæt en prik

- ikke bekymret  
 ubetydeligt bekymret  
 moderat bekymret  
 betydeligt bekymret  
 meget bekymret

51. Hvor vigtigt er det for dig at blive behandlet for disse fysiske problemer

Sæt en prik

- ikke vigtig
- ikke særlig vigtigt
- noget vigtigt
- særdeles vigtigt
- meget vigtigt

52. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af mindst 14 dages varighed, hvor du har oplevet dig selv som deprimeret.

Oplevet håbløshed, skyld, tristhed, tungsindighed, manglende interesse for alt, manglende evne til at få dagligdagen til at fungere, ukontrollabel gråd og lignende

- ja
- nej

53. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af mindst 14 dages varighed, hvor du har oplevet svær angst.

Oplevet anspændthed, slet ikke at kunne slappe af, dig selv som opfarende og urimelig og lignende.

- ja
- nej

54. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af mindst 14 dages varighed, hvor du har oplevet svære koncentrationsproblemer.

Oplevet store problemer med at koncentrere dig, svære problemer med at huske og forstå informationer og lignende.

- ja
- nej

55. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af kortere varighed, hvor du har oplevet hallucinationer.

Oplevet at se ting der ikke er der, høre stemmer og lignende.

- ja
- nej

56. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af kortere varighed, hvor du har oplevet at miste kontrollen over egen aggressiv/voldelig adfærd.

Oplevet at være voldelig og ikke kunne styre dine aggressioner.

- ja
- nej

57. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af kortere varighed, hvor du har fået ordineret medicin for psykiske problemer.

Fået ordineret medicin af egen praktiserende læge, psykiater, læge tilknyttet misbrugscenter.

Kryds også ved ja, hvis du har fået ordineret medicin, men ikke taget den

- ja
- nej

58. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af kortere varighed, hvor du har haft selvmordstanker.

Haft seriøse tanker om at tage dit eget liv

- ja
- nej

59. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt forsøgt selvmord.

Inkluderer såvel mere diskrete og måske ikke så alvorligt mente selvmordsforsøg, som meget tydelige og alvorligt mente selvmordsforsøg.

- ja
- nej

60. Hvor mange dage, indenfor de sidste 30 dage inden indskrivningen på institutionen, har du oplevet nogle af de i spørgsmål 52-59 nævnte problemer.

Antal dage med ovenstående psykiske problemer de sidste 30 dage.

Hvis du ikke har oplevet psykiske problemer de sidste 30 dage, skriv 0.

\_\_\_\_\_

61. Hvor bekymret eller besværet har du været de sidste 30 dage af dine psykiske eller følelsesmæssige problemer.

Sæt en prik

- ikke bekymret
- ubetydeligt bekymret
- moderat bekymret
- betydeligt bekymret
- meget bekymret

62. Hvor vigtigt er det for dig at blive behandlet for disse psykiske/følelsesmæssige problemer

Sæt en prik

- ikke vigtig
- ikke særlig vigtigt
- noget vigtigt
- særdeles vigtigt
- meget vigtigt

ASI score

Økonomi:

Somatisk:

Psykisk:

Alkohol:

Kriminalitet:

Stof:

ASI samlet score:

## Bilag B: Logbog

**Aktivitetstype:** 1. Gruppe-session

**Dato?**

**Hvilke klient(er) deltog?**

**Hvilke behandler(e) deltog?**

### 1.1 Gruppession (fra 0-10 hvor 0=intet 10=rigtig meget)

1. Dynamikken i gruppen var god
2. Der var en negativ stemning
3. Deltagerne motivation var høj?
4. Tiden skred i den indledende runde
5. Vi kom igennem de planlagte temaer
6. Temaer måtte vige til fordel for klienternes personlige problemer
7. En eller flere klienter fyldte for meget
8. Én eller flere klienter ødelagde det for de andre
9. Vi fik planlagt opgaverne til næste gang
10. Der manglede styring i forhold til dagsorden

**Hvilke dele af den faste dagsorden blev gennemgået?**

**(Ikke påbegyndt, påbegyndt, næsten gennemført, helt gennemført)**

1. Velkomst/præsentation runde?
2. Runde med hvordan det er gået siden sidst/hvad fylder lige nu?
3. Interview med deltagerne?
4. Feedback og refleksionsrunde?
5. Afsluttende målrunde med mål til næste gang?
6. Afslutning og kort hvordan har det været at være her dag?

**Hvor meget fyldte følgende elementer i gruppen?(fra 0-10 hvor 0=intet 10=rigtig meget)**

1. Stofedukation
2. Psykoedukation
3. Forandring
4. Ambivalens
5. Løsningsfokuseret interview med klient
6. Håndtering af trang
7. Risiko situationer
8. Håndtering af følelser (advarselssignaler)
9. Frustration over andre hjælpe-systemer
10. Misbrugsidentitet
11. Egenomsorg (sig fra, sætte grænser, ok at sige nej)
12. Kost og motion og vigtighed heraf
13. Værdiafklaring og prioriteringer
14. Struktur i hverdagen (hjælp til organisering af dagligdag)
15. Netværk/ støttepersoner/ familie?
16. Afspænding

**Beskrivelse af gruppession:** \_\_\_\_\_

**Vurdering af klienter** (Skriv et tal mellem 0 og 10. 5 er midt imellem)

Stille vs. snakkende

Rolig vs. opfarende

Positivt bidragende vs. negativt bidragende

Motiveret vs. umotiveret

## Aktivitetstype: 2. Individuel samtale

**Dato?**

**Klients navn?**

### Hvilken type samtale?

Forsamtale  
Midtvejsevaluering  
Afsluttende samtale  
Opfølgningssamtale  
Anden individuel samtale

**Hvor lang tid varede samtalen? (min) \_\_\_\_\_**

### Hvordan virkede klienten? (fra 0-10 hvor 0=intet 10=rigtig meget)

1. Samlet og fokuseret
2. Hurtig til at fare op
3. Motiveret
4. Stille og svær at tale med
5. Ked af det
6. Stofpåvirket
7. Psykisk skrøbelig
8. Ophidset og vred
9. Optimistisk
10. Opsat på vedvarende forandring
11. Parat til at påtage sig hjemmeopgaver (kun forsamtale)

### Hvad blev der talt om? (Forsamtale)

1. Forbrug af rusmidler
2. Opnåelse af stoffrihed
3. Forberedelse til gruppesessionerne
4. Gives der anbefalinger
5. Håndtering af risikosituationer
6. Motivation
7. Relationen til andre hjælpesystemer
8. Lyst og mulighed for forandring
9. Konfrontere klientens benægtelse
10. Klientens færdigheder
11. Relationen til andre personer
12. Psykiske problemer

### Hvad blev der talt om? (Midtvejsevaluering)

1. Feedback fra behandler til klient (hvordan opleves klienten)
2. Hvordan opleves behandlingen af klienten
3. Motivation
4. Relationen til andre hjælpesystemer
5. Opnåelse af stoffrihed
6. Reduktion af forbrug
7. Hvad skal der arbejdes med den sidste del af forløbet
8. Gives der anbefalinger
9. Håndtering af risikosituationer
10. Hvad skal der ske for klienten når forløbet er afsluttet
11. Relationen til andre personer
12. Psykiske problemer

### I hvor høj grad har du opnået målene? (Afsluttende samtale)

Mål 1 (angives med tekst)  
Mål 2 (angives med tekst)  
Mål 3 (angives med tekst)

Mål 4 (angives med tekst)

### **Hvad blev der talt om? (opfølgningssamtale)**

1. Hjælp til at få/fastholde arbejde/uddannelse
2. Fastholde og/eller udbygge netværk og fritidsinteresser
3. Sund levevis (kost og motion)
4. Håndtering af trang og tilbagefald.
5. Håndtering af risikosituationer
6. Advarselssignaler

### **Spørgsmål til klienten (fra 0-10 hvor 0=virkelig dårligt 10=virkelig godt)**

1. hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 30 dage?
2. Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner?
3. Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 30 dage?
4. Hvor mange dage har du brugt hash den sidste måned? \_\_\_\_\_ antal dage
5. Hvor mange dage har du brugt andre stoffer end hash den sidste måned? \_\_\_\_\_ antal dage