



# KomBAS

Kombineret Behandling  
af Alkohol- og  
Stofafhængighed

Mads Uffe Pedersen, Karina Berthu Ellegaard Skov, Venus Athena Vangsgaard Fabricius,  
Michael Mulbjerg Pedersen og Sidsel Helena Karsberg

Evalueringsrapport 2024, Center for Rusmiddelforskning

Titel	<b>KomBAS</b> <b>Kombineret Behandling af</b> <b>Alkohol- og Stofafhængighed</b>
Forfattere	Mads Uffe Pedersen Karina Berthu Ellegaard Skov Venus Athena Vangsgaard Fabricius Michael Mulbjerg Pedersen Sidsel Helena Karsberg
Afdeling Udgiver	Center for Rusmiddelforskning Aarhus Universitet
Udgivelsesår	2024
Finansiell støtte	Projektet er støttet af midler fra TrygFonden  Projektet er delvist støttet af midler til Fri forskning fra Novavi
Forside foto ISBN PDF	Smileus, Stock photo ID: 476958471 978-87-973976-7-1



CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING  
PSYKOLOGISK INSTITUT  
AARHUS UNIVERSITET

Med støtte fra  
**TrygFonden**

**novavi**  
Pris på 150.000 kr. givet til fri  
forskning i 2018

# Kombineret Behandling af Alkohol- og Stofafhængighed (KomBAS)

## Indhold

Sammenfatning: Kombineret Behandling af Alkohol- og Stofafhængighed (KomBAS) .....	1
1. Indledning og baggrund .....	7
1.1. Målgruppen for forsøget .....	7
1.2. Formål .....	7
1.3. Baggrund .....	8
1.4. Etisk godkendelse .....	8
1.5. Covid-19 .....	8
2. Evalueringsdesign og rekruttering .....	9
2.1. Indskrivningsprocedurer .....	9
2.2. Metode til randomisering og power-beregning .....	10
2.3. Målemetoder .....	11
3. Behandlingsmetoderne: Struktur og anvendelse .....	12
3.1. MOVE .....	12
3.2. Overensstemmelse med Motivational Interviewing .....	18
4. Borgernes erfaring med metoden – ni måneder efter .....	22
5. Behandlernes erfaringer med KomBAS .....	31
5.1. Samarbejde på tværs af alkohol- og stofbehandling .....	32
6. Effekten af behandlingen .....	44
6.1. Deltagere, randomisering og analyse af frafald .....	44
6.2. Antal sessioner og frafald fordelt på behandlingsspor .....	50
6.3. Forandringer i rusmiddelbrug under behandlingen .....	54
6.4. Forandringer i rusmiddelbrug fra indskrivning til ni måneder efter .....	58
6.6. Forandringer i trivsel under behandlingsforløbet og ni måneder efter .....	67
7. Referencer .....	74

## Sammenfatning: Kombineret Behandling af Alkohol- og Stofafhængighed (KomBAS)

Gennem de senere år er kommunernes alkohol- og stofbehandling i tiltagende grad blevet lagt sammen organisatorisk. Hos nogle af disse kommuner er selve behandlingen af alkohol- og stofproblemer forsat opdelt (alkoholbehandlere behandler borgere med alkoholproblemer og stofbehandlere behandler borgere med stofproblemer). I andre kommuner er det de samme behandlere, der behandler både borgere med alkohol- og stofproblemer.

Alle deltagerne i denne lodtrækningsundersøgelse blev behandlet ud fra den metode, der hedder MOVE, som er en kombinationsbehandling, der inkluderer Kognitiv Adfærdsterapi (KAT), Motivational Interviewing (MI) og Contingency Management (CM). Den sidste kendetegnende ved sin belønnende tilgang, som her bl.a. inkluderede gavekort på en værdi af 200 DKK ved hvert andet fremmøde.

Lodtrækningsundersøgelsen har haft til formål a) At undersøge effekten af individuel versus gruppebehandling tilbudt borgere, der søger behandling for deres stof- og/eller alkoholafhængighed og b) at undersøge om borgere med henholdsvis stof- og alkoholafhængighed kan behandles i samme gruppe.

MOVE individuel behandling benævnes i det følgende iMOVE, mens MOVE gruppebehandling benævnes gMOVE.

194 deltog i lodtrækningsundersøgelsen og blev fordelt til de to spor. Det skal fremhæves, at kort efter de første indtag til undersøgelsen blev Danmark ramt af Covid-19 restriktioner. Disse blev først endeligt ophævet i starten af 2022. Af de 194 deltagere påbegyndte 124 behandlingen under Covid-restriktionerne, mens 70 påbegyndte behandlingen efter Covid-restriktionerne var ophævet.

Nedenfor er opsummeret først enkelte informationer om deltagerne i undersøgelsen, derefter behandlernes erfaringer med metoden efterfulgt af borgernes erfaringer med metoden. Til slut er opstillet nogle af de væsentligste effekter fordelt på borgere i stof- og alkoholbehandling og gruppe versus individuel behandling.

## Undersøgelsespopulationen

---

- 194 borgere over 18 år indgår i analyserne i rapporten.
- 95 blev randomiseret til gMOVE og 99 til iMOVE.
- Vi fandt ingen signifikante forskelle mellem deltagere randomiseret til gMOVE eller iMOVE på ni udvalgte områder og randomisering til gruppebehandling resulterede ikke i et større frafald end randomisering til individuel behandling.
- 105 havde søgt alkoholbehandling og 89 stofbehandling.
- Deltagerne i stofbehandling var betydeligt yngre end deltagerne i alkoholbehandling (28,8år vs. 46,2 år).
- 18,2% af de deltagere, der søgte alkoholbehandling, havde haft et forbrug af illegale stoffer den seneste måned. 32,6% af dem, der søgte stofbehandling, havde haft et problematisk forbrug af alkohol den seneste måned.
- 153 af de 194 deltog i opfølgingsundersøgelsen ni måneder efter s0 (baseline), svarende til 79%.

## Behandlernes erfaringer med metoden

---

Behandlerne blev spurgt ind til metodens elementer, implementering og hvordan metoden passede med egen og behandlingsstedets tilgang, for at undersøge fundamentet for det, der måles effekt på. I det følgende listes de overordnede konklusioner heraf:

- Overordnet set har behandlerne angivet, at gMOVE fungerede som et godt afsæt til at etablere gruppebehandling på tværs af alkohol- og stofbehandling. Det er lykkedes at inkludere borgere fra både stof- og alkoholbehandling i de samme grupper og arbejdet med metoden har styrket samarbejdet på tværs af alkohol- og stofbehandling.
- Blandt behandlerne var der overordnet set en opbakning til manual, strukturelle elementer, temaer og øvelser. Erfaringen var, at manual, behandlingsmetoder, strukturelle elementer og strukturer danner en god ramme, men at det også er vigtigt, at den enkelte borger mødes med en vis grad af fleksibilitet i forhold til, hvor vedkommende er i sit forandringsarbejde og hvilke specifikke øvelser, der er relevante.

- Behandlerne har afprøvet elementerne i metoden, og i analysen af lydoptagelser blev der fundet et godt niveau af MI samtaleelementer i såvel gruppesessioner som individuelle sessioner. Samtaleelementerne er gode til at skabe et motiverende samtalerum og et godt fundament for forandring hos den enkelte (fx åbne spørgsmål, refleksioner, samarbejde og empati). MI-samtaleelementerne blev udfordret af, at der skulle følges en detaljeret manual og var også lidt mere fremtrædende i de individuelle sessioner sammenlignet med gruppesessioner.

## Borgernes erfaringer med metoden

---

I opfølgingsinterviewene ni måneder efter opstart i behandling, blev deltagerne spurgt ind til deres oplevelser med behandlingen og udbytte heraf. Resultaterne af dette opsummeres i følgende punkter:

- Størstedelen af deltagerne (64%) oplevede, at det behandlingstilbud, de modtog, *i høj* eller *meget høj grad* var det rigtige tilbud til dem, og at de havde lært noget om dem selv i forløbet. Deltagerne i iMOVE oplevede i højere grad at have lært noget om sig selv end deltagerne i gMOVE, men forskellen var ikke signifikant.
- Størstedelen af deltagerne (68% i alt: 71% for iMOVE og 62% for gMOVE) oplevede *i høj* eller *meget høj grad*, at de havde fået talt om det, der betød noget for dem. Der var ikke signifikant forskel på iMOVE og gMOVE.
- I forhold til gruppebehandling var de fleste (67%) *i høj grad* eller *i meget høj grad* glade for at have været i gruppebehandling og oplevede gruppen som støttende (66%). Der var dog en lille andel (14%), som oplevede gruppen som ikke-støttende eller som decideret konfliktfuld (7% *i høj grad* eller *i meget høj grad*). Hovedparten (73%) oplevede *slet ikke* gruppen som konfliktfyldt.
- Oplevelsen af gavekort som behandlingselement varierede. Knap halvdelen af deltagerne svarede, at de mødte op til behandling uanset, om der var gavekort eller ej, og 12% af deltagerne svarede, at gavekort var helt nødvendige.
  - OBS! Undersøgelsen har ikke haft fokus på at måle effekten af gavekort separat da dette har haft en dokumenteret effekt på fremmøde i andre undersøgelser. Deltagerne er således ikke i denne undersøgelse opdelt ved lodtrækning i en gruppe der har fået/ikke fået gavekort.

## Effekter

---

- Kvinderne i gMOVE modtog gennemsnitligt 8,5 sessioner, mens kvinderne i iMOVE modtog 13,5 sessioner.
  - Mændene i gMOVE fik gennemsnitligt 10,1 sessioner, mens mændene i iMOVE fik 10,3 sessioner
  - Deltagerne i alkoholbehandling modtog gennemsnitligt 11,6 sessioner, mens deltagerne i stofbehandling modtog 9,1 sessioner.
  - De yngste, 18-29årige, modtog generelt færre sessioner end de ældste (9,6 mod 11,1).
  - Der ses et tydeligt frafald i gMOVE ved overgangen til gruppesessionerne (omkring session 5). Frafaldet er primært båret af kvinder.
- 

### *Session for session. Forbrug sidste uge.*

- 51% af deltagere i gMOVE stofbehandling var stoffri i ugen op til sidste session.
  - 43% af deltagere i iMOVE stofbehandling var stoffri i ugen op til sidste session.
  - 48% af deltagere i gMOVE alkoholbehandling var alkohol-afholdende ugen op til sidste session.
  - 55% af deltagere i iMOVE alkoholbehandling var alkohol-afholdende ugen op til sidste session.
- 

### *Ni måneder efter opstart. Forbrug sidste måned (deltagere med baseline og ni måneder efter).*

- *Deltagerne i alkoholbehandling (n=88) sidste måned:* Ved session 0 (baseline) var 17,1% afholdende og ingen havde et moderat forbrug af alkohol (maks. 12 genstande om ugen). Ni måneder efter var 31,8% afholdende og 50,0% var enten afholdende eller havde et moderat forbrug.
  - *Deltagerne i stofbehandling (n=65) sidste måned:* Ved session 0 (baseline) havde 13,9% været stoffri den sidste måned. Ni måneder efter var 32,3% stoffri
- 

### *gMOVE sammenlignet med iMOVE*

- Deltagere i stofbehandling ni måneder efter: 30,3% stoffri seneste måned for gruppe, 34,4 stoffri seneste måned for individuel.
- Deltagere i alkoholbehandling ni måneder efter: 35,7% afholdende seneste måned for gruppe, 28,3 afholdende seneste måned for individuel.

- Deltagere i alkoholbehandling ni måneder efter: 42,9% afholdende/moderat forbrug seneste måned for *gruppe*, 56,5 afholdende/moderat seneste måned for *individuel*.
- 

#### *Rusmiddelbrug under og efter Covid-19-restriktioner:*

- Stofbehandling: Andelen af deltagere, der var stoffri ved opfølgningen ni måneder efter s0 (baseline), var 25,6% af dem, der påbegyndte behandlingen under Covid-19-restriktioner og 45,5% af dem, der påbegyndte behandlingen efter restriktionerne var ophævet.
    - For gMOVE var det 20,0% under og 46,2% efter restriktionerne var ophævet, som var stoffri.
    - For iMOVE var det 30,4% under og 44,4% efter restriktionerne var ophævet, som var stoffri.
  - Alkoholbehandling: Andelen af deltagere, der var alkohol-afholdende ved opfølgningen ni måneder efter s0 (baseline) var 35,9% for deltagerne, der påbegyndte behandling under Covid-19-restriktionerne og 25,7% for deltagerne, der påbegyndte behandling efter Covid-19-restriktionerne var ophævet.
    - For gMOVE var det 38,5% under og 31,3% efter restriktionerne var ophævet, der var afholdende.
    - For iMOVE var det 33,3% under og 21,1% efter restriktionerne var ophævet, der var afholdende.
- 

#### *Trivsel/Mistrivsel (se tabel 6.22 og 6.24)*

- Under behandlingsforløbet steg trivsel signifikant fra 6,5 til 7,4 (en score på over 7 betragtes som god trivsel, fordi det er indenfor normalområdet).
- For deltagere i gMOVE steg den fra 6,5 til 7,1, mens den for deltagere i iMOVE steg fra 6,5 til 7,6 (begge signifikant).
- For deltagere i alkoholbehandling steg trivsel fra 6,4 til 7,6, mens den steg fra 6,6 til 7,1 for deltagere i stofbehandling (begge signifikant).
- For kvinder i gMOVE steg trivsel fra 5,6 til 6,1 (ikke signifikant), mens den for kvinder i iMOVE steg fra 6,3 til 7,8 (signifikant).
- For de 50+ årige i gMOVE steg trivsel ikke signifikant, mens den steg signifikant for 50+ årige i iMOVE.



9 måneder efter baseline interviewet blev *mistrivsel* målt med en anden metode end den overfor beskrevne (se tabel 6.24). Her blev mistrivsel målt med bl.a. graden af *ensomhed*, *depression*, *angst* og *selvmordstanker*. Med andre ord en mere klinisk og alvorlig form for mistrivsel.

- Generelt var mistrivsel for alle 153, som blev interviewet 9 måneder efter session 0 (baseline) faldet signifikant. Det var ikke mindst tilfældet for kvinder i individuel behandling.

## 1. Indledning og baggrund

I denne rapport præsenteres resultaterne fra pilotprojektet, KomBAS, som står for kombineret behandling af stof- og alkoholafhængighed. I pilotprojektet sammenlignes effekten af MOVE-metoden i individuel behandling (iMOVE) med MOVE i gruppebehandling (gMOVE), samt effekten af at tilbyde metoden til borgere fra både stof- og alkoholbehandling i fire danske kommuner.

### 1.1. Målgruppen for forsøget

Projektet henvendte sig til mænd og kvinder over 18 år, som søgte behandling for deres problematiske forbrug af alkohol og/eller illegale stoffer.

#### Eksklusionskriterier:

- Borgere i substitutionsbehandling
- Borgere med svære psykiatriske lidelser (f.eks. aktive psykoser), meget svære adfærdsproblemer (vold eller truende adfærd), eller med så svære kognitive vanskeligheder, at de ikke kunne indgå i et samtaleforløb, var ikke en del af målgruppen.

Eksklusion baserede sig på et fagligt skøn i forhold til at vurdere, om den enkelte borger ville kunne indgå i en gruppesammenhæng.

### 1.2. Formål

De primære formål med projektet var følgende:

- a) At undersøge effekten af individuel- versus gruppebehandling tilbudt borgere, der søger behandling for deres stof- og/eller alkoholafhængighed.
- b) At undersøge om behandling af stof- og alkoholafhængige kan fungere for begge i samme gruppe.

Undersøgelsen var et lodtrækningsforsøg, hvor borgerne, der søgte stof- eller alkoholbehandling, blev spurgt, om de ville deltage i forsøget. Accepterede de dette, blev de vilkårligt fordelt til enten et individuelt behandlingsspor eller et gruppebehandlingsspor.

### 1.3. Baggrund

Ansvaret for rusmiddelbehandlingen i Danmark blev med kommunalreformen i 2007 overtaget af kommunerne fra de tidligere amter. I den forbindelse har vi efterfølgende set en udvikling, hvor alkohol- og stofbehandling først blev sammenlagt organisatorisk, og senere at det i tiltagende grad har været de samme behandlere, der varetog både alkohol- og stofbehandling.

På den baggrund fandt vi det hensigtsmæssig at afprøve hvorvidt personer i alkohol eller stofbehandling kunne behandles i samme gruppe og sammenligne dette med henholdsvis individuel stofbehandling og individuel alkoholbehandling.

Fire kommunale rusmiddelbehandlingscentre, som alle varetager både stof- og alkoholbehandling, accepterede at deltage i forsøget.

### 1.4. Etisk godkendelse

Forsøget er anmeldt til den regionale Videnskabsetisk Komité.

Protokollen for forsøget er registreret i BMC Public Health [1]

### 1.5. Covid-19

Projektet blev påbegyndt i januar 2020. Den 11. marts 2020 blev Danmark lukket ned på grund af Covid-19 pandemien. Fra april 2021 blev restriktionerne lempet markant. De sidste restriktioner blev ophævet 1. februar 2022.

124 deltagere blev indskrevet i projektet, mens der stadig var Covid-19 restriktioner, mens de sidste 70 blev indskrevet efter ophævelsen af de sidste restriktioner.

Covid-19 pandemien har haft store implikationer for dette projekt. Derfor sammenlignes effekten under og efter Covid-19-restriktionerne i flere analyser, når effekten undersøges.

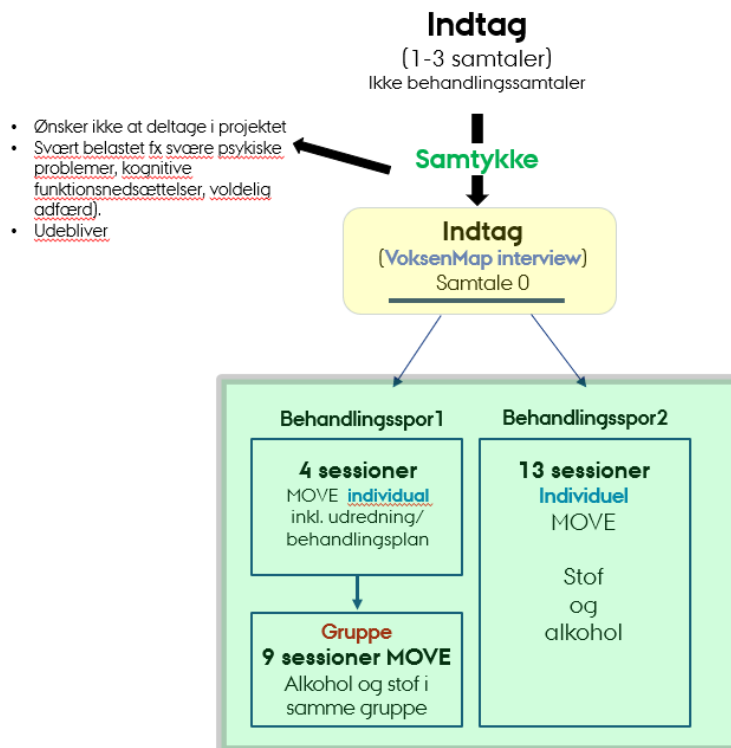
## 2. Evalueringsdesign og rekruttering

### 2.1. Indskrivningsprocedurer

Borgere, der søgte behandling for deres rusmiddelproblemer, blev først spurgt, om de kunne være interesserede i at være med i/videre mere om undersøgelsen. Hvis 'ja' blev de mundtligt og skriftligt orienteret om undersøgelsen, herunder at den ene gruppe blev tilbudt en kombination af individuel- og gruppebehandling (gMOVE) og den anden gruppe blev tilbudt individuel behandling alene (iMOVE).

Orienteringen var godkendt af Videnskabsetisk Komite, Region Midtjylland, og borgerne blev oplyst om, at de havde en betænkningstid på fem dage, som også gjaldt, hvis de underskrev samtykke om deltagelse med det samme.

Efter borgerne havde underskrevet samtykke om deltagelse, blev de randomiseret til enten gruppe- (gMOVE) eller individuel (iMOVE) behandling. Begge behandlingstyper var opbygget efter principperne for MOVE, som er en kombinationsbehandling baseret på Motivational Interviewing (MI), kognitiv adfærdsterapi (KAT) og contingency management (CM). CM henviser til en type adfærdsterapi, hvor adfærd bliver 'forstærket' eller belønnet ved tegn på positiv adfærdsændring [2]



Figur 2.1. Indtag

Efter randomiseringen blev alle deltagerne interviewet med UngMap eller VoksenMap (ved session 0 (s0), baseline), som er et hyppigt anvendt spørgeskema ved opstart i rusmiddelbehandling. UngMap/VoksenMap indeholder mellem 75 til 90 spørgsmål, der kan belyse borgerens belastninger og ressourcer på følgende områder.

- Stoffer
- Alkohol
- Trivsel
- Hverdagsbelastning
- Impulsivitet
- Temperament
- Konflikt omgivelser
- Selvdestruktivitet
- Fysiske problemer

Dertil udarbejdes en profil, hvor borgeren enten placeres i kategorien Svære Internaliserede Problemer (SIP), Svære Eksternaliserende Problemer (SEP), Svære Internaliserede og Eksternaliserende Problemer (SEIP) eller LAV (ingen/moderate internaliserede/eksternaliserende problemer).

Derudover udformes der, på baggrund af borgerens svar, ti indekser, der hver indeholder fire mulige kategorier: LAVT-, MODERAT-, MEGET- og STÆRKT belastet.

Indekserne følges af en udspecificering, hvor behandlerne (og borgerne) kan se, hvilke spørgsmål, der betingede belastningsberegningen.

Formålet med kortlægningen er at skabe grundlag for formulering af en behandlingsplan i enighed med borgeren.

## 2.2. Metode til randomisering og power-beregning

Når borgerne havde underskrevet samtykkeerklæring, blev de vilkårligt fordelt i de to behandlingsspor (randomisering) for at sikre, at de to behandlingspopulationer var ens og kunne sammenlignes. Randomiseringen beskrives i det følgende:

*Randomiseringsprocedure:* Borgerne blev bedt om at besvare et kort screeningsinstrument, der identificerede køn, alder, sværhedsgraden af deres forbrug af alkohol og stoffer, psykiatriske diagnoser og indkomst. Vi ved fra andre projekter, at disse spørgsmål er gode til at forudsige resultaterne af behandlingen.

*Randomiserings-metoden:* Selve randomiseringen blev foretaget gennem minimering med Minim randomiseringssoftware [3], som er en biased-coin approach med en sandsynlighed på 0,7 til 0,8 for allokering til den bedst balancerede behandlingsmodel [4]. Metoden blev valgt for at opnå en ligelig fordeling af deltagerne, idet det endelige antal

deltagere i hver kommune var for lille til at randomisere med en random numbers generator. Endvidere anvendtes multicenter randomisering for at sikre ligelig fordeling i de enkelte kommuner og dermed reducere den potentielle effekt af kommunale variationer [5].

*Power:* Antal deltagere i hvert behandlingsspor blev bestemt ud fra tre effektmål relateret til den primære behandling: 1) Andelen som ikke anvender illegale stoffer/alkohol ved sidste session (målt med TEM), 2) andelen som gennemfører primærbehandling og 3) antal gennemførte sessioner. Power er beregnet med alfa på 0,05 og power på 0,8. Forsøget er et non-inferiority forsøg, idet iMOVE allerede har vist sig at være en effektiv behandlingsmetode [6, 7, 8].

Power blev beregnet med R-pakkerne TrialSize og WebPower (v. 3.6.1.). For analyserne vedrørende stofbrug var det vurderede mindste antal deltagere 87, for analyserne vedrørende antal gennemførte sessioner var det 80 deltagere og for analyserne vedrørende gennemført primærbehandling 61 deltagere.

### 2.3. Målemetoder

I dette projekt har der været anvendt følgende datakilder til evaluering og effektmåling af KomBAS-metodens to spor: TEM, MapPlan, logbog, behandlersurvey, lydoptagelser og opfølgingsinterviews med deltagerne ni måneder efter opstart.

Kombinationen af målemetoder skal bidrage til at frembringe forskellige nuancer, perspektiver og effekter, for dermed at opnå et mere fuldstændigt billede af implementeringen og anvendelsen af KomBAS-metoden og dennes betydning for målgruppen og organisationerne.

**TEM:** Trivsels- og Effekt-Monitorerings-redskabet, TEM, viser borgerens brug af alkohol, illegale stoffer, trivsel, og hverdagsbelastning den sidste uge ved hver session. I TEM-programmet kan behandler og borger gennem grafer følge udviklingen fra session til session. TEM kan samtidig bruges til samlet at vise forandringer under behandlingsforløbet. For TEM-spørgsmål se: <https://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/behandlingsportalen/spoergereskemaer-manualer-og-litteratur>

**Ung- og VoksenMap:** Kortlægnings-redskaberne, UngMap og VoksenMap, består af 75 til 90 spørgsmål, der kortlægger borgerens ressourcer og barrierer indenfor en række områder i starten af behandlingsforløbet. Sammenlagt giver det et overblik over borgerens profil, der dels kan bruges som baseline

som i denne undersøgelse og som afsæt for den enkelte borgers behandlingsplan.

For spørgsmålene se papirversioner: <https://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/behandlingsportalen/spoergeskemaer-manualer-og-litteratur>

- Logbog:** I logbogen skulle behandlerne registrere aktivitetsniveau på borgerniveau i forhold til fremmøde, udlevering af gavekort, gruppedeltagelse med mere.
- Behandlersurvey:** Efter projektet blev der udsendt et spørgeskema til de behandlere, der havde varetaget sessioner i projektet. Der var 72 spørgsmål/valgfrie kommentarfelter. Spørgeskemaet berørte emner som anvendelighed, brugbarhed, faglighed mv. ift. manual, strukturelle elementer, øvelser mv. samt organisatoriske erfaringer med projektet.
- Lydoptagelser:** I to måneder blev alle sessioner optaget af behandlerne. 25 tilfældigt udvalgte sessioner blev kodet af Kodningslab på Syddansk Universitet. Formålet var at opnå viden om, hvorvidt Motivational Interviewing blev anvendt i sessionerne.
- Opfølgningsinterviews:** CRF har foretaget opfølgningsinterviews med borgere, der har deltaget i projektet, ni måneder efter Ung- eller VoksenMap (samtale 0). Deltagerne fik gavekort på 100 kr. for deltagelse i interviewet.

### 3. Behandlingsmetoderne: Struktur og anvendelse

I dette kapitel uddybes baggrunden for MOVE-metoden, og hvordan denne er justeret og tilpasset for at kunne anvendes i et gruppebehandlingstilbud. Struktur og indhold uddybes også, og forskellene på de to behandlingsspor iMOVE og gMOVE tydeliggøres, så det fremgår, hvad borgerne i enten individuel behandling eller gruppebehandling blev mødt med. Sidst i kapitlet undersøges om elementer fra den motiverende samtale var tilstede i både individuelle samtaler som gruppebehandlingssamtaler, som basis for, hvad der måles effekt på.

#### 3.1. MOVE

Metoden i KomBAS har sit afsæt i MOVE-metoden, som blev udviklet til individuel stofbehandling<sup>1</sup>[9]. Metoden i KomBAS bygger således på samme tilgang, samtaleteknikker og

---

<sup>1</sup> Manual kan rekvireres ved henvendelse til Center for Rusmiddelforskning (mup.crf@psy.au.dk).

strukturelle elementer, men med justeringer, der gør det muligt at anvende de samme elementer i gruppebehandling. I det følgende beskrives MOVE-metoden og dens elementer nærmere, før det udfoldes, hvordan metoden har været anvendt i KomBAS.

MOVE er en kombinationsbehandling bestående af den motiverende samtale (Motivational Interviewing/MI), Kognitiv AdfærdsTerapi (KAT) og adfærdsbelønning (Contingency Management/CM). CM er en belønnende tilgang, som i MOVE inkluderer et gavekort af en værdi på 200 DKK ved hvert andet fremmøde.

Kombinationen af MI, KAT og adfærdsbelønning i MOVE kan betragtes som evidensbaseret, idet kombinationen af metoderne i de fleste undersøgelser har vist sig mere effektiv end standardbehandling [10, 11]. MOVE er en helhedsorienteret behandlingsmetode, som har til formål at nedsætte eller bringe et problematisk rusmiddelbrug til ophør. Ud over at fokusere på selve rusmiddelbruget arbejder behandleren og borgeren i lige så høj grad på a) at begrænse eller fjerne de psykiske, fysiske og sociale barrierer, der forhindrer borgeren i at nå det primære formål om stoffrihed eller reduktion af rusmiddelbrug og b) at forstærke borgerens ressourcer, så det er lettere at stoppe eller reducere rusmiddelbruget og fastholde den opnåede virkning.

MOVE består herudover af en række strukturelle elementer, som uddybes i det følgende. De strukturelle elementer anvendes i alle sessioner, både i iMOVE og gMOVE.

### **UngMap/VoksenMap<sup>2</sup>**

MOVE-forløbet begynder med, at borger og behandler gennemfører en kortlægning med UngMap eller VoksenMap. Formålet er at skabe et overblik over rusmiddelproblemet omfang og de barrierer og ressourcer, som borgeren skal arbejde med for at nå sine mål for behandlingen.

### **Behandlingsplan og mål**

At arbejde med individuelle mål er en væsentlig del af MOVE. Individuelle behandlingsmål beskrives i borgerens behandlingsplan, som udformes på baggrund af Ung- eller VoksenMap i starten af behandlingsforløbet. Rusmiddelbrug vil altid være en del af

---

<sup>2</sup> Se <https://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/behandlingsportalen/spoergeskemaer-manualer-og-litteratur>



behandlingsmålene, men der vil typisk også være andre mål, som er vigtige at fokusere på i behandlingsforløbet. Målene kan ændre sig under behandlingsforløbet.

### **Påmindelser**

Dagen før borgeren skal møde til en behandlingssession, mindes han/hun om aftalen med en SMS.

### **Trivsels- og Effekt-Monitorering (TEM)<sup>3</sup>**

Ved indledningen til hver session spørges ind til borgerens trivsel, forbrug, koncentration og planlægning de sidste syv dage ved hjælp af TEM-spørgsmålene. Svarene indtastes i et online TEM-program, der herefter viser grafer over borgerens udvikling gennem behandlingsforløbet. Dette for at sikre, at der er fokus på udviklingen af trivsel og rusmiddel-forbrug gennem hele behandlingsforløbet.

### **Dagsorden og hjemmeøvelser**

Udover ovennævnte strukturelle elementer er også dagsorden og hjemmeøvelser obligatoriske elementer i begge behandlingsspor. I både de individuelle sessioner og gruppesessioner tydeliggøres dagsorden først i hver session og alle får en ny øvelse mellem hver session, startende fra anden session.

Øvelse skal ikke forstås som lektier, men som et videre arbejde med det, der blev talt om ved sessionen. Formålet er at træne individuelle relevante udfordringer relateret til dagens tema eller den enkeltes behandlingsmål. Der er ingen krav om skriftlig dokumentation. Der kan tages billeder, indtales på mobiltelefon eller borgeren kan blot fortælle om, hvad vedkommende har arbejdet med.

### **Forskningsundersøgelser af MOVE**

MOVE individuel blev afprøvet i et lodtrækningsforsøg, hvor 460 unge i alderen 15-25 år blev fordelt ved lodtrækning til fire grupper. Resultaterne fra denne undersøgelse var lovende og viste for MOVE-gruppen, at 50% var stoffri ni måneder efter indskrivning sammenlignet med 37% for kontrolgruppens unge [12].

---

<sup>3</sup> Se <https://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/behandlingsportalen/spoergeskemaer-manualer-og-litteratur>

På baggrund af de lovende resultater med MOVE som individuel behandling, var der stor interesse for at udvikle og afprøve MOVE i et gruppeformat. Derfor blev de to projekter ”MOVE gruppebehandling til unge” (MGU) og ”Kombineret stof- og alkoholbehandling til voksne” (KomBAS) udviklet og etableret.

Det skal fremhæves, at de to gruppebehandlingsprojekter MGU og KomBAS begge er gennemført helt eller delvis under Covid-19 pandemien. De resultatmæssige konsekvenser af dette, undersøges og diskuteres i denne rapport.

I følgende figur ses de tre afprøvninger af MOVE i såvel individuel som gruppebehandling.

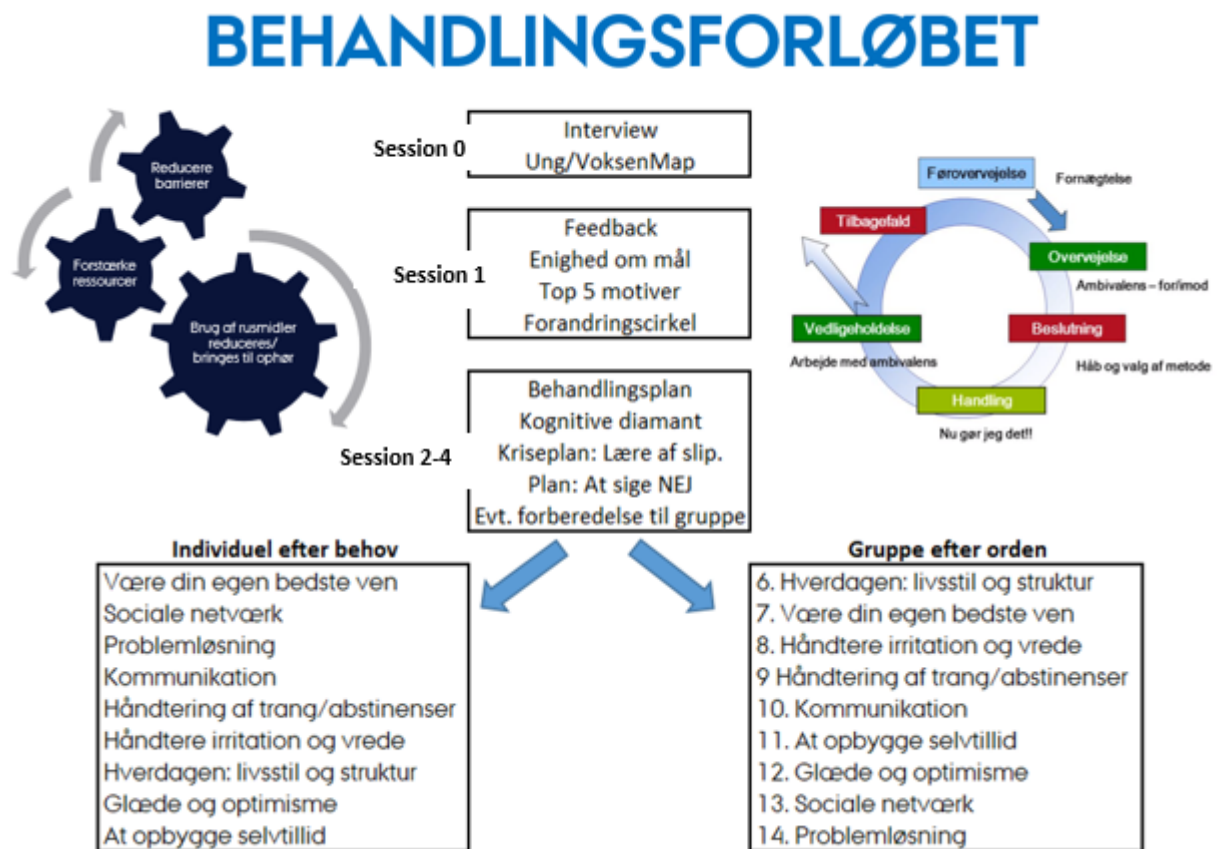


**Figur 3.1. Oversigt over projekter på Center for Rusmiddelforskning, hvor MOVE-metoden er afprøvet.**

MOVE i KomBAS er en videreudvikling af MOVE ind i en ny ramme, og derfor er det også en anden måde at arbejde med behandling, metoder og borgere på. Målgruppen er voksne i både alkohol- og stofbehandling og en del af det primære behandlingsarbejde sker i en gruppe. Helt specifikt er der blevet udviklet nye temaer og øvelser til dette projekt, så der udover metode og strukturelle elementer også er blevet tilføjet konkret behandlingsindhold med udførligt beskrevne temaer.

Behandlerne fra de fire kommuner blev undervist i metoden (MI, KAT, temaer og de strukturelle elementer) af professor Mads Uffe Pedersen, adjunkt Sidsel Helena Karsberg og superviseret af psykolog Karsten Abel, der udviser og superviserer i MI, KAT og ACT (karstenabel.dk). Manualen blev tilpasset under projektførelsen.

I det følgende beskrives, hvordan de to spor (gMOVE og iMOVE) i KomBAS blev gennemført parallelt.



Figur 3.2. Oversigt over struktur og indhold i KomBAS og de to behandlingsspor, individuel (iMOVE) og gruppe (gMOVE).

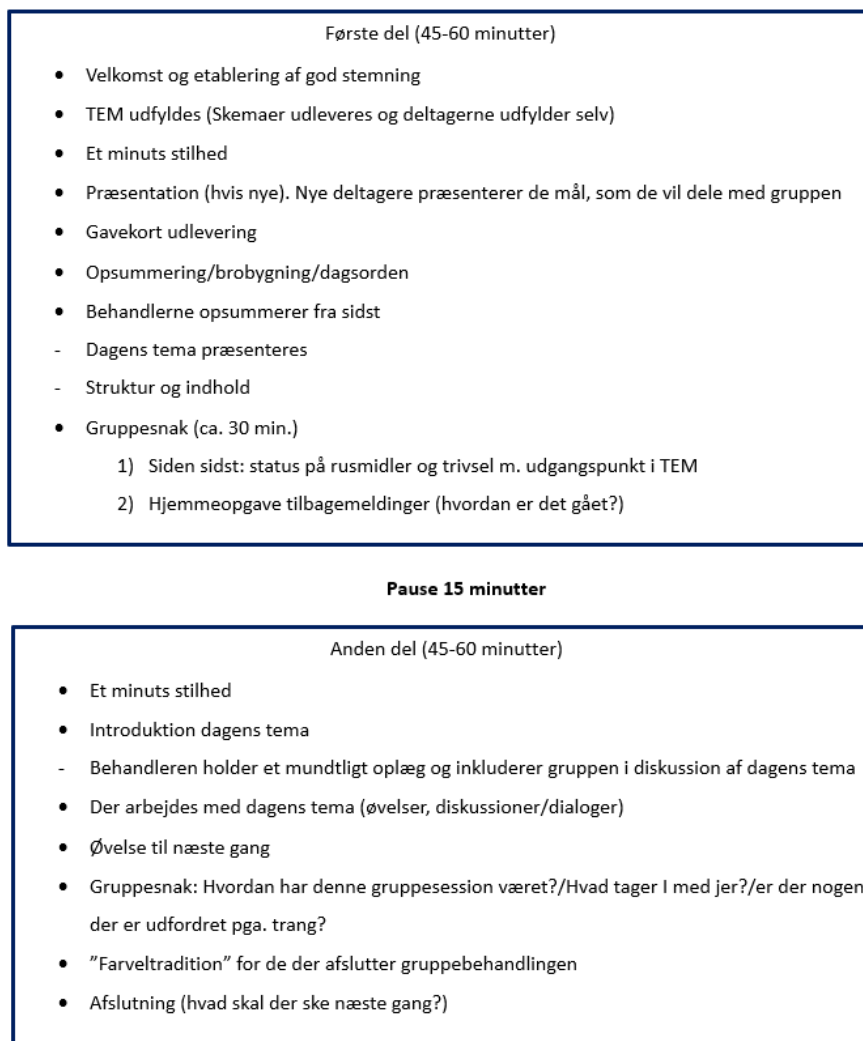
### Session 0-4

Strukturen for de første fem sessioner var næsten ens i begge behandlingsspor. Først blev borgerne interviewet med Ung-/VoksenMap. På baggrund af denne kortlægning, fik den enkelte en tilbagemelding, som blev anvendt til at udarbejde mål og behandlingsplan for behandlingsforløbet. I session 3-5 gennemgik behandleren og den enkelte deltager mere grundlæggende motiver for at reducere eller stoppe rusmiddelforbruget, håndtering af risikosituationer, at sige fra, samt håndtering af og hvordan slip kan håndteres (øvelser til den indledende individuelle behandling). Session 5 blev for deltagerne i gMOVE desuden brugt til at forberede deltagerne til arbejdet i gruppe.

## Session 5-13

I session 6-14 varierede struktur og indhold. I gMOVE var gruppebehandlingen struktureret efter ni temaer, som fulgte en bestemt orden (se ovenstående figur) for at sikre, at alle gruppedeltagere kom omkring alle temaer. Grupperne var åbne og optog derfor løbende nye gruppedeltagere.

Strukturen for gruppesessionerne ses nedenfor.



**Figur 3.3. Strukturen for gruppesessionerne**

For iMOVE tog de individuelle sessioner 6-14 udgangspunkt i de samme temaer, men havde ikke på forhånd et defineret indhold. Behandlerne var således i iMOVE-sporet mere fri til sammen med borgeren at udvælge og blive ved nogle af temaerne i flere sessioner, hvis dette passede godt ind i den enkeltes forandringsarbejde.

Såvel gruppesessioner som individuelle sessioner indeholdt fortsat de strukturelle elementer: Dagsorden, TEM, Gavekort, Hjemmeøvelser samt MI og KAT.

### **Opfølgende behandling**

Efter de ni sessioner i enten gruppe- eller individuel behandling, fulgte et forløb med individuel opfølgende behandling på op til seks måneder. Den opfølgende behandling bestod af en kombination af fremmøde og telefonisk kontakt/online møder med det sigte at bibeholde kontakten og forandringsarbejdet, samtidig med at kontakten langsomt blev udfaset over det halve år.

Den opfølgende behandling består af følgende:

- De første tre måneder: Forløbet indledes med en personlig session for at samle op på, hvordan den unge har det samt den enkeltes mål. Her kan arbejdet med enkelte temaer med fordel genbesøges. Der tilbydes telefon-/videosessioner ugentligt og en personlig session i måneden.
- De sidste tre måneder: telefon-/videosession hver anden uge. Forløbet afsluttes med en personlig session seks måneder efter primærbehandlingens afslutning.

I den opfølgende behandling arbejder deltagerne fortsat med at nå og fastholde de fælles accepterede mål ved brug af principperne i Den motiverende samtale og Kognitiv adfærdsterapi.

### **3.2. Overensstemmelse med Motivational Interviewing**

Som en del af projektet undersøgte vi, om de optagede sessioner var i overensstemmelse med MI både i iMOVE og gMOVE. I det følgende beskrives, hvordan dette blev undersøgt og resultaterne af analysen præsenteres.

MI er et vigtigt og grundlæggende element i MOVE, som også indeholder grundlæggende samtaleelementer som empati, partnerskab, anerkendelse, åbne spørgsmål og refleksioner, der kan bidrage til at etablere en god relation og et godt samarbejde med den enkelte borger [13]. Dermed er det relevant at undersøge, hvorvidt MI har været praktiseret i sessionerne. Desuden søges svar på, om gruppeformatet udfordrer stringent anvendelse af MI. I det følgende vil vi derfor undersøge MI på tværs af de kodede sessioner og sammenligne niveauet i individuelle sessioner med gruppesessioner.

## Fremgangsmåde

Alle behandlere optog samtlige sessioner med deltagere i projektet i sammenlagt to måneder (december 2021 og maj 2022). Ud af de sessioner, der blev optaget, er 25 tilfældigt udvalgte sessioner blevet kodet af to kodere fra *Kodningslab på Syddansk Universitet*. De to kodere er trænet i at kode og give feedback ved hjælp af "Motivational Interviewing Treatment Integrity code version 4" (MITI 4) (dansk oversættelse) [14,15].

For hver af de 25 sessioner/lydoptagelser (8 gruppesessioner og 17 individuelle sessioner), er der i henhold til MITI 4-manualen kodet en tilfældigt udvalgt 20-minutters sekvens af sessionen. Overordnet set kodes i adfærdskoder, hvor koderne tæller den enkelte typer adfærd, som er listet nedenfor. Når sekvensen er kodet, tildeles en global scorer, som baserer sig på en vurdering af hele sessionen, som svarer til en uddybende beskrivelse for hver score på skalaen for hver af de globale scorer.

**Tabel 3.1. Oversigt over de elementer, der kodes for med MITI-4**

<b>Adfærdskoder (tælles)</b>	<b>Globale scorer (1-5)</b>
Give information	Dyrke Forandringsudsagn
Overtale	Dæmpe Vedligeholdelsesudsagn
Overtale med tilladelse	Partnerskab
Spørgsmål	Empati
Simple Refleksioner	
Komplekse Refleksioner	
Anerkendelse	
Søge Samarbejde	
Understrege Autonomi	
Konfrontere	

## Kodernes overensstemmelse

Ud af de 25 kodede sessioner, blev 8 tilfældigt udvalgte sessioner dobbeltkodet, med det menes, at begge kodere kodede de samme sessioner for at sikre kodningsniveauet (overensstemmelse er beregnet ved hjælp af ICC [16]). Overordnet set var der "god" eller "fremragende" overensstemmelse mellem kodernes bedømmelser for såvel adfærdskoder som globale scorer med undtagelse af kodning for "*Dyrke Forandringsudsagn*" og "*Dæmpe Vedligeholdelsesudsagn*", hvor der var "*tilstrækkelig*" (på engelsk fair)

overensstemmelse. Overordnet set var der dog aldrig større forskel i scoren mellem de to kodere end 1 point.

### Resultater af kodning af lydoptagelser

I de følgende to tabeller vises resultaterne for analyserne udregnet som gennemsnit af scorerne. Desuden vises gennemsnitsværdierne for individuelle sessioner og gruppesessioner for at få overblik over, om der er forskel niveauet af MI i de to typer af sessioner.

Globale scorer gives på baggrund af en vurdering af hele den kodede sekvens på en skala fra 1 til 5 [15]. Værdierne i dette projekt ligger alle imellem tre og fire (se tabel 3.2.) og der er ikke store forskelle at spore, når vi sammenligner individuelle sessioner med gruppesessioner. Ved gruppesessioner er scoren lidt bedre i forhold til at dyrke forandringsudsagn og dæmpe vedligeholdelsesudsagn (forskellen er 0,1 og 0,2), imens behandlerne i de individuelle sessioner scorer bedre i forhold til partnerskab og empati (forskellen er her 0,2 og 0,3).

**Tabel 3.2. Oversigt over de globale scorer**

Globale scorer / Gennemsnit	Dyrke forandringsudsagn	Dæmpe vedligeholdelsesudsagn	Partnerskab	Empati
Total	3,3	3,7	3,4	3,7
Individuelle sessioner	3,3	3,6	3,5	3,8
Gruppesessioner	3,4	3,8	3,3	3,5

Forskellene er ikke store, men i henhold til MI er der en sammenhæng mellem netop at dyrke forandringsudsagn og dæmpe vedligeholdelsesudsagn, som bruges til at beregne den tekniske score  $((\text{dyrke forandringsudsagn} + \text{dæmpe vedligeholdelsesudsagn}) / 2)$ , mens partnerskab og empati bruges til at beregne den relationelle score  $((\text{Partnerskab} + \text{empati}) / 2)$ . Her bliver forskellen imellem de to samtaletyper lidt større. Resultatet findes i den følgende tabel 3.3.

En forklaring på, at den relationelle score (partnerskab og empati) er bedre i individuelle sessioner kan være, at det er nemmere at forfølge den enkeltes udsagn og dermed opnå en højere relationel score kontra gruppesessioner, hvor der er flere at interagere med, således at de tekniske scorer er nemmere at udvise i en gruppesammenhæng, hvor det handler om at få gruppedynamikken i spil.

**Tabel 3.3. Teknisk score og relationel score**

Gennemsnit	Teknisk score 3 = rimelig MI 4 = God MI	Relationel score 3,5 = Rimelig MI 4 = God MI
Total	3,5	3,5
Individuelle sessioner	3,4	3,6
Gruppesessioner	3,6	3,4

Åbne spørgsmål og refleksioner er en central del af MI, men det er også vigtigt, at der er et fornuftigt forhold mellem dels simple refleksioner og komplekse refleksioner, og dels mellem refleksioner og spørgsmål for at dyrke den enkeltes forandring [13]. Procent komplekse refleksioner (*komplekse refleksioner / (simple refleksioner + komplekse refleksioner)*) skal gerne være mellem 40 % og 50 %. I dette projekt var scoren 50 % for gruppesessioner og lidt højere for individuelle sessioner, 56 % (se tabel 3.4.).

**Tabel 3.4. Procent komplekse refleksioner samt ration mellem refleksioner og spørgsmål**

Gennemsnit	Procent komplekse refleksioner 40 % = Rimelig MI 50 % = God MI	Refleksion/spørgsmål ratio 1 = Rimelig MI 2 = God MI
Total	54 %	2
Individuelle sessioner	56 %	2,5
Gruppesessioner	50 %	1,2

Koderne anførte, at forholdet mellem simple refleksioner, komplekse refleksioner og spørgsmål blev påvirket af strukturen for sessionerne. Koderne scorede eksempelvis mange simple refleksioner i forbindelse med øvelser og TEM, hvilket betød, at der var mindre "plads/tid" til komplekse refleksioner. Dette kan indikere, at et meget struktureret behandlingsformat kan hæmme udførelsen af MI - noget som er fundet i tidligere undersøgelser [17]. Koderne anførte også, at der i kraft af behandlingsmanualen, eksempelvis også var en grænse for, i hvor høj grad der i sessionerne kunne laves en egentlig forhandling af f.eks. dagsorden med borgerne, hvilket påvirkede den globale scorer for partnerskab. Det er derfor kodernes vurdering, at det kan være vanskeligt at score højt på partnerskab, som det er defineret i MI, når behandlerne samtidig følger en detaljeret manual. I forhold til ratioen mellem refleksioner og spørgsmål (*totale refleksioner/totale spørgsmål*), findes en forskel mellem individuelle sessioner og gruppesessioner, hvor scoren for individuelle sessioner er noget højere.



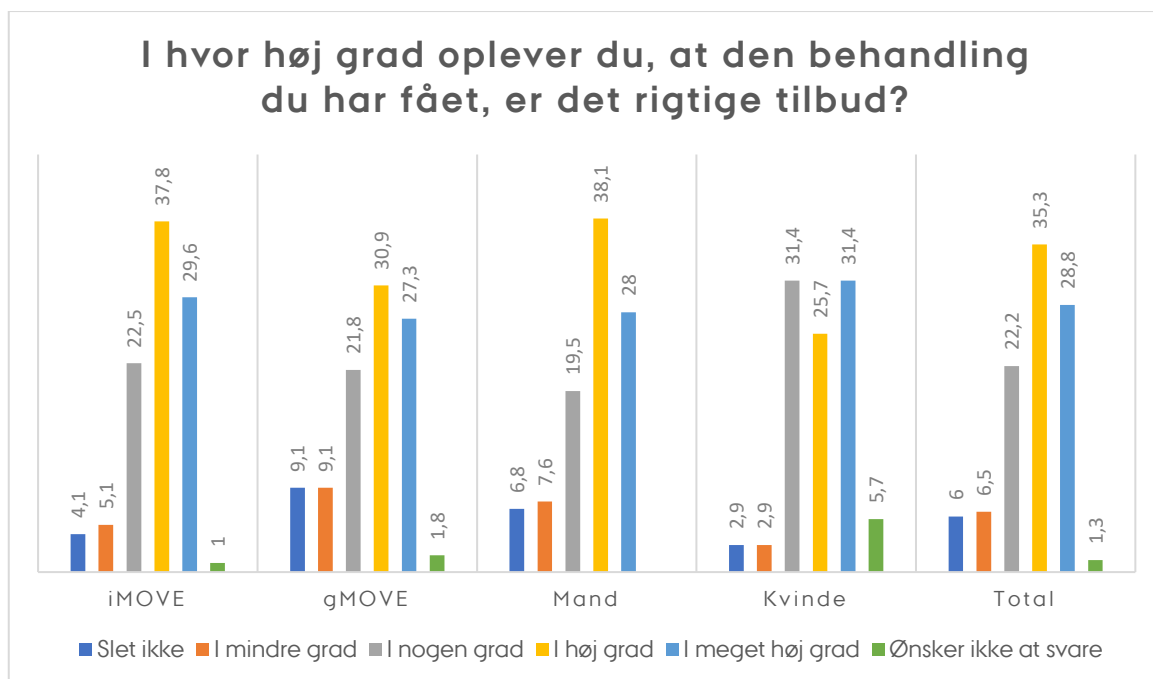
Vi ser således en forskel i anvendelsen af MI-elementer målt ved hjælp af MITI 4, når vi sammenligner gruppebehandling med individuel behandling. Det fremhæves i litteraturen også som en udfordring at bruge de grundlæggende MI-teknikker i en gruppesammenhæng [13, 18]. MI i gruppe er en lidt anden disciplin, fordi gruppesessioner er mere komplekse og der er flere, der kan påvirke interaktionen i en gruppe sammenlignet med en interaktion mellem en behandler og en borger. Der skal gerne være to gruppeledere i en gruppe, som skal spille sammen, og de skal gerne udvikle en høj grad af sensitivitet for at muliggøre positive interaktionsmønstre gruppedeltagerne imellem. Der er desuden mindre direkte opmærksomhed sammenlignet med en individuel session, hvilket kan gøre det udfordrende at balancere empati og målorienteret med det fokus og den åbenhed, der ligger i metoden [19].

### **Opsummering**

Det kan konkluderes, at MI-elementerne var til stede i både individuelle sessioner og gruppesammenhænge og at MI-elementerne har vist sig effektive i gruppesammenhænge i andre studier. Vi kan dog se, at MI samtaleelementerne er mere fremtrædende i de individuelle sessioner sammenlignet med gruppesessionerne – desuden er det en opmærksomhed, at MI-elementerne udfordres, når der er krav om at følge en detaljeret manual.

## **4. Borgernes erfaring med metoden – ni måneder efter**

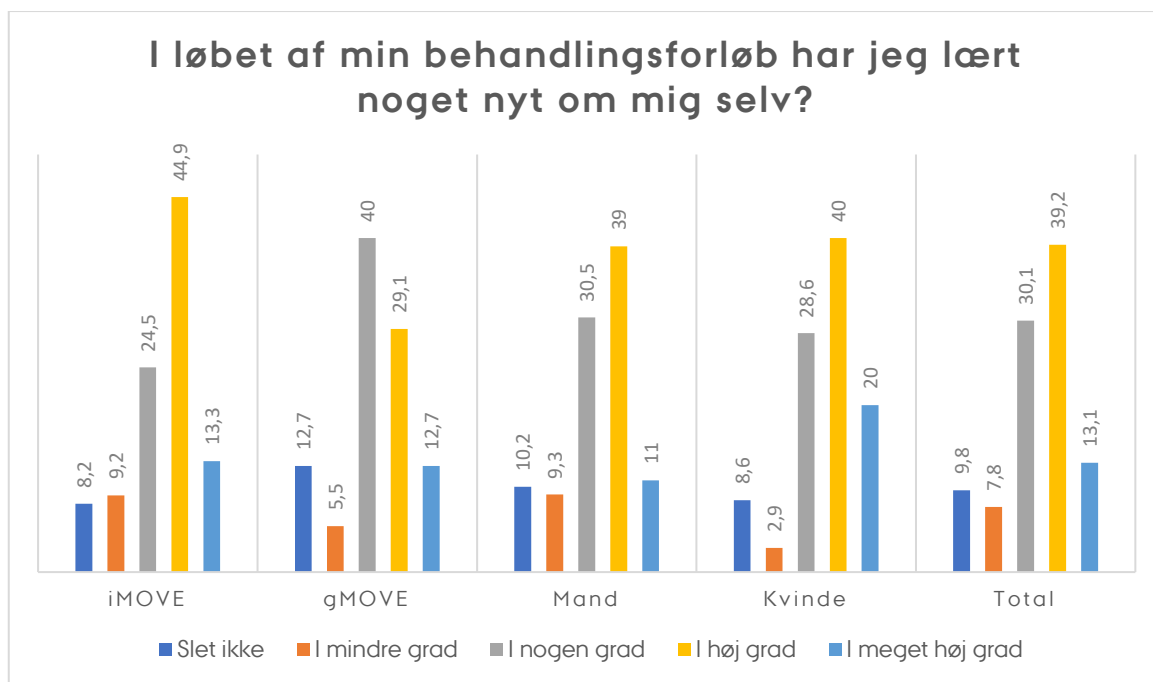
Ni måneder efter indskrivning i projektet blev 194 borgere (alle randomiserede borgere, der havde udfyldt samtykkeerklæring og Ung-/VoksenMap) kontaktet af en medarbejder fra Center for Rusmiddelforskning og tilbudt deltagelse. 153 besvarede interviewet, som bestod af udvalgte spørgsmål fra Ung-/VoksenMap samt specifikke spørgsmål omhandlende behandlingsforløbet. Det er spørgsmålene angående behandlingsforløbene, som indgår i følgende analyse. Her blev borgerne bedt om at vurdere forskellige indikatorer i forhold til oplevelsen af den behandling, de havde modtaget, først vises tilfredshed i forhold til den behandling, de blev tilbudt. Svarene er opdelt på behandlingsspor og køn i følgende figur.



**Figur 4.1. Tilfredshed med behandlingstilbud**

Den samlede fordeling for deltagerne viser, at størstedelen (64,1%) oplevede, at det behandlingstilbud de modtog, i *høj* eller *meget høj grad* var det rigtige tilbud til dem. Fordelingen imellem de to behandlingsspor (gMOVE og iMOVE) viser, at de, der var udtrukket til gruppebehandling, havde en lidt større andel, der svarede *slet ikke* eller *i mindre grad* (18,2% for gMOVE og 9,2% for iMOVE). Det er dog en lille forskel (ikke signifikant) og generelt set oplevede langt de fleste, at tilbuddet var det rigtige for dem.

Analyserne viser også en generel tilfredshed for begge køn: 66,1% af mændene og 57,1% af kvinderne svarede, at de *i høj grad* eller *meget høj grad* oplevede, at behandlingstilbuddet var det rigtige tilbud for dem. Der ses en tendens til en større forekomst af mænd, der rapporterede *slet ikke/i mindre grad* og *i høj grad/i meget høj grad*, hvorimod flere kvinder svarede *i nogen grad*.

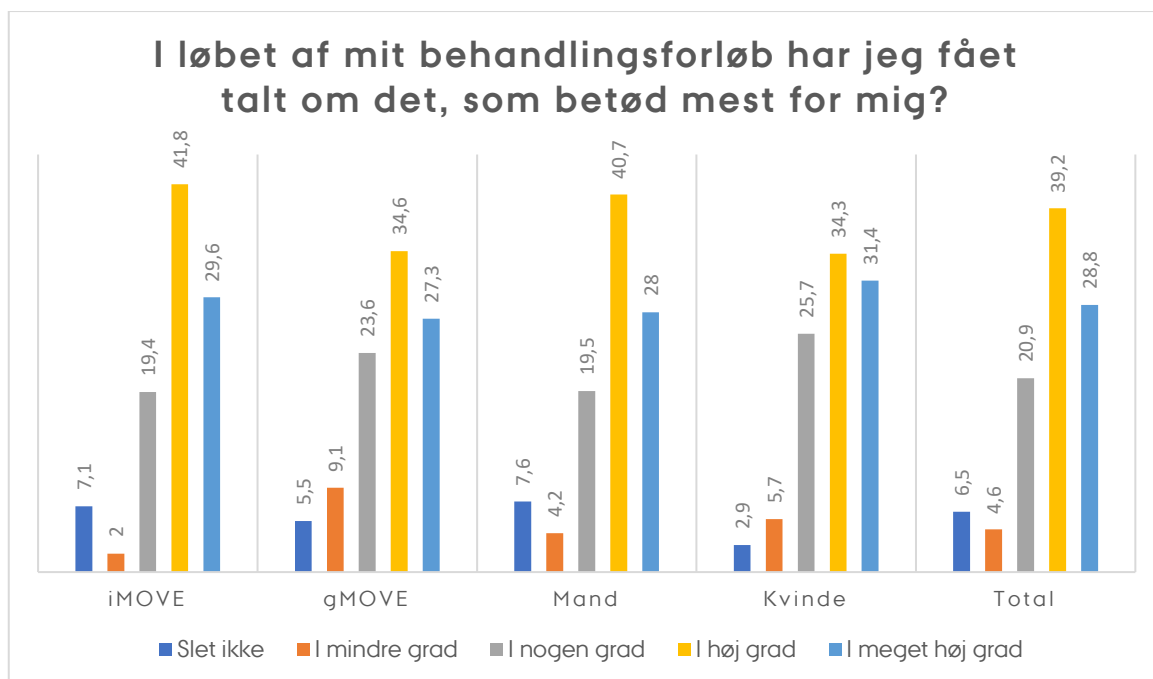


**Figur 4.2. Lært noget nyt om sig selv**

Generelt havde langt de fleste på tværs af de to behandlingsspor en oplevelse af at have lært noget nyt om dem selv.

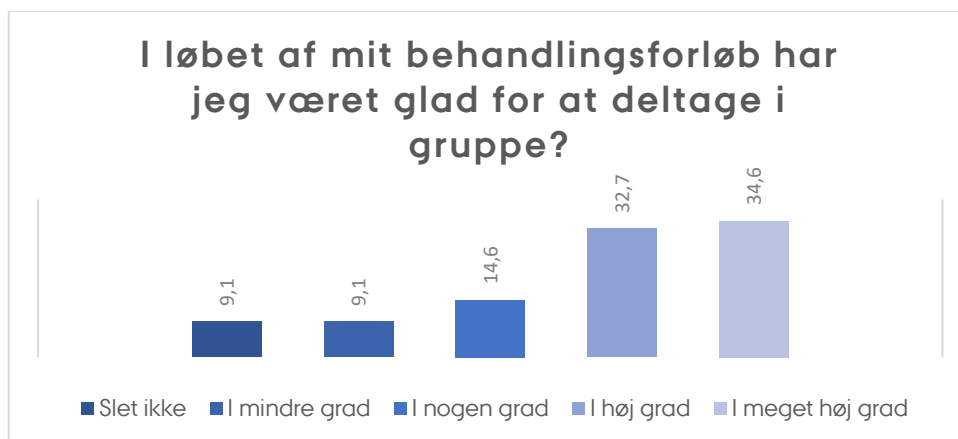
Mest interessant er det at se på forskellen mellem dem, der havde svaret *i nogen grad* eller *i høj grad*. For iMOVE havde 24,5% oplevet, at de *i nogen grad* havde lært noget nyt om dem selv, og 44,9% havde oplevet det *i høj grad*. For deltagerne i gMOVE var det næsten omvendt, med 40%, der svarede *i nogen grad*, og 29,1%, der svarede *i høj grad*. Sammenlagt er der derfor cirka lige mange i individuel som i gruppeforløb, der svarede *slet ikke/i mindre grad*. Dog var der 4,5 procentpoint flere i gMOVE, der svarede *slet ikke* og 3,7 procentpoint flere i iMOVE, der svarede *i mindre grad*. Overordnet set var der en overvægt af deltagerne, der oplevede at have lært noget om sig selv i løbet af behandlingsforløbet med en lille tendens til, at de i individuel behandling i højere grad oplevede at have lært noget om sig selv end deltagerne i gruppeforløb.

Der er en lille overvægt af kvinder, som svarede *slet ikke/i mindre grad* og *i høj grad/i meget høj grad*, hvorimod flere af mændene svarede *i nogen grad*. Halvdelen af mændene og 60% af kvinderne svarede, at de *i høj grad* eller *meget høj grad* oplevede, at de havde lært noget nyt om sig selv.



**Figur 4.3. Fik talt om det der betød noget**

Samlet ses, at størstedelen af deltagerne *i høj eller meget høj grad* oplevede, at de havde fået talt om det, der betød noget for dem. For deltagerne i iMOVE svarede 71% dette, for deltagerne i gMOVE var det 62%. Både for mænd og kvinder oplevede størstedelen af deltagerne, at de fik talt om det, som betød mest for dem. Ud fra ovenstående tyder det således på, at lidt flere i iMOVE havde fået talt om det, som betød noget for dem, og også i lidt højere grad havde lært noget om dem selv i løbet af behandlingsforløbet. Forskellen var dog ikke signifikant og generelt set var gruppedeltagerne positive overfor at deltage i gruppen, hvilket undersøges med følgende spørgsmål:



**Figur 4.4. Tilfredshed med gruppe**

Størstedelen (67%) svarede, at de i *høj* eller *meget høj grad* havde været glade for at være i gruppe. 18% svarede, at de *slet ikke* eller *i mindre grad* havde været glade for at være i gruppe.

**Tabel 4.1. I hvor høj grad oplevede du, at gruppen var støttende?**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
<b>gMOVE (n=44)</b>	2,3%	11,4%	20,5%	31,8%	34%

Deltagerne i gMOVE oplevede generelt, at gruppen havde været støttende. Størstedelen (66%) svarede, at gruppen i *høj* eller *meget høj grad* havde været støttende.

**Tabel 4.2. I hvor høj grad oplevede du, at der var konflikt i gruppen?**

	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ønsker ikke at svare	total
<b>gMOVE (n=44)</b>	72,7%	15,9%	2,3%	4,5%	2,3%	2,3%	100%

Videre oplevede 73% *slet ikke*, at der var konflikt i gruppen. En lille andel (16%) oplevede, at der var konflikt *i mindre grad*, og sammenlagt svarede 7%, at der *i høj* eller *meget høj grad* var konflikt.

## Online sessioner

I MOVE tilbydes opfølgende behandling, hvor kontakten udfases. I stedet for personlige sessioner, vil nogle af sessionerne foregå telefonisk eller online efter primærforløbet (session 1-14). Dette blev også en realitet i forbindelse med Covid-19 restriktionerne i selve primærforløbet i dette projekt. Derfor vil vi undersøge, hvordan dette blev oplevet, ikke som en erstatning for samtaler i primærforløbet, men for at belyse, om online sessioner er en god måde at fastholde og udfase kontakten efter den primære behandling (session 1-14).

**Tabel 4.3. Har nogle af dine behandlingssessioner været online? (Procent)**

	Nogle sessioner	Ingen sessioner
<b>iMOVE</b>	17,5	82,5
<b>gMOVE</b>	27,3	72,7
<b>Mænd</b>	22,2	77,8
<b>Kvinder</b>	17,1	82,9
<b>Total (n=152)</b>	21 (n=32)	79 (n=120)

Hovedparten havde alle sessioner med fysisk fremmøde. For dem, der havde online sessioner, var størstedelen af sessionerne fysiske og alle deltagere havde fysiske sessioner. 27% af deltagerne i gruppesporet og 18% af deltagerne i det individuelle spor havde haft nogle sessioner online.

Hver femte (22,2%) af mændene havde haft sessioner online, mens lidt færre kvinder (17,1%) havde haft online sessioner. Det svarer til, at 21% af det samlede antal deltagere har haft minimum 1 samtale online.

**Tabel 4.4. Online behandlingssessioner, forskelle for deltagere randomiseret før og efter Covid-19 (Procent)**

	Under Corona-restriktioner (randomiseret før 01-02-2022)	Efter Corona-restriktioner (randomiseret efter 01-02-2022)
<b>Fordeling af online-samtaler, før og efter Corona-restriktionernes ophævelse</b>	84,4	15,6

Langt størstedelen, 84,4%, af alle online samtaler i projektet, var med deltagere, der blev randomiseret, mens der stadig var Covid-19-restriktioner. Det tyder derfor på især at have

været et redskab, der blev brugt på grund af Covid-19 relaterede restriktioner og har i det hele taget ikke været anvendt i særlig høj grad.

13,3% oplevede personlige vanskeligheder ved at deltage i sessionerne, fordi de foregik online og kun 6,7% angav at have tekniske vanskeligheder ved at tage del i sessionerne. Mens de resterende svarede at de ikke havde problemer herved. Der er således ikke umiddelbart store udfordringer i at have enkelte sessioner online efter primærbehandlingen. Det fremgår dog ikke af disse svar, hvor mange der blandt den samlede deltagergruppe har haft barrierer i forhold til at deltage i online-sessioner. Det har f.eks. været fremhævet af nogle behandlere, at der særligt i forlængelse med gruppebehandlingen, var behov for flere personlige samtaler, før sessionen kunne være meningsfuld at tage online/telefonisk.

**Tabel 4.6. Har Corona besværliggjort dit gruppeforløb?**

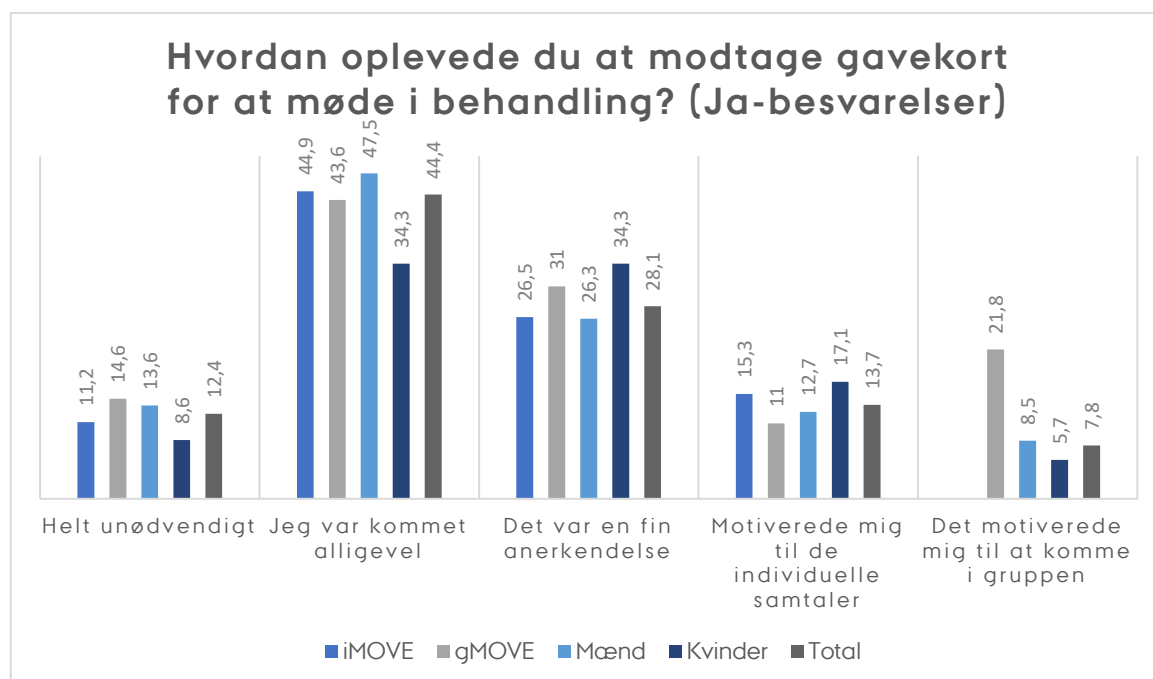
	Slet ikke	I mindre grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad	Ønsker ikke at svare	total
<b>gMOVE (n=44)</b>	63,6%	20,5%	9,1%	0%	4,6%	2,3%	100%

Langt størstedelen (84%) oplevede ikke, at Corona besværliggjorde gruppeforløbet. Som en del af metoden blev der givet gavekort til hvert andet fremmøde i såvel individuelle som gruppesessioner, da dette element har vist sig effektivt i forhold til at forstærke fremmødet [20]. Der har dog været blandede oplevelser af, hvordan gavekortet er blevet modtaget i de enkelte forløb og også som en del af gruppesessionerne. Derfor spurgte vi i dette projekt ind til, hvordan gavekortet blev anset af de borgere, som har modtaget det i deres behandlingsforløb.

**Tabel 4.7. Har du i løbet af din behandling modtaget mindst et gavekort (Procent)**

	Nej	Ja
<b>iMOVE</b>	6	94
<b>gMOVE</b>	4,6	95,5
<b>Total</b>	5,4	94,6

Langt størstedelen af deltagerne (94,6%) fra både iMOVE og gMOVE har modtaget ét eller flere gavekort. Fordelingen af gavekortene er jævn på tværs af de to behandlingsspor.



**Figur 4.5. gavekort**

På tværs af de to spor svarede knap halvdelen af deltagerne (henholdsvis 44% og 45%), at de mødte op til behandling uanset, om der var gavekort eller ej. Dog var der en lidt lavere andel af kvinder, hvor kun 34% svarede, at de ville være kommet alligevel.

12,4% af deltagerne svarede, at gavekort var helt unødvendige, hvilket betyder, at langt de fleste ikke mente dette. 28,1% mente, at det var en fin anerkendelse at få gavekort, højst blandt kvinderne, hvor 34,3% svarede dette. 21,8% angav, at det motiverede dem til at komme i gruppen.

Endelig blev deltagerne spurgt om, hvorvidt gavekort motiverede dem til at deltage i individuelle sessioner eller gruppesessioner. Af deltagerne i gMOVE svarede 11%, at det motiverede dem til de individuelle sessioner, mens det for samme gruppe var hele 21,8%



der svarede, at det motiverede dem til at deltage i gruppen. For deltagerne i iMOVE behandling svarede 15,3%, at det motiverede dem til at deltage i individuelle sessioner.

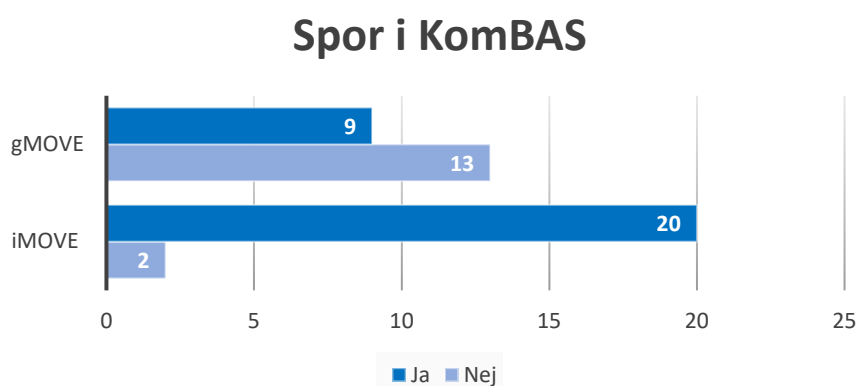
## **Opsummering**

Overordnet set oplevede deltagerne, at det behandlingstilbud de modtog i projektet, i høj eller meget høj grad var det rigtige tilbud til dem og at de havde lært noget om dem selv i løbet af forløbet. Deltagerne i individuel behandling oplevede i højere grad at have lært noget om sig selv end deltagerne i gruppeforløb. Størstedelen af deltagerne oplevede, at de havde fået talt om det, der betød noget for dem. Der var ikke signifikant forskel mellem oplevelsen i dette mellem det individuelle spor og gruppesporet. I forhold til gruppebehandling var de fleste glade for at have været i gruppebehandling og oplevede gruppen som støttende. Der var dog en lille andel som ikke oplevede gruppen som støttende eller som decideret konfliktfuld. Oplevelsen af gavekort som behandlingselement varierede. Knap halvdelen af deltagerne svarede at de mødte op til behandling uanset, om der var gavekort eller ej og en lille andel var af den opfattelse, at gavekort var helt unødvendige.

## 5. Behandlernes erfaringer med KomBAS

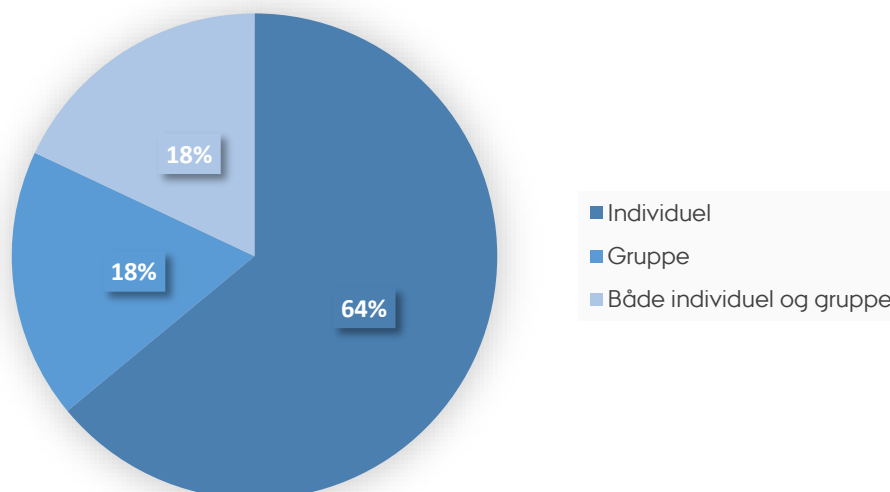
Efter projektets afslutning blev alle behandlere inviteret til at deltage i en spørgeskemaundersøgelse for at samle op på deres rolle og erfaringer med projektet samt deres oplevelse med behandlingselementer og betingelser i projektet. Nedenstående analyser bygger på 22 komplette besvarelser af dette spørgeskema. De inviterede inkluderede alle, der havde haft sessioner i projektet og som stadig var i deres stilling. Der sker ofte meget med en behandlergruppe, mens et projekt pågår og også i dette projekt så vi barsel, sygemelding og jobskifte, der gjorde, at behandlergruppen i de fire kommuner forandrede sig undervejs i projektperioden.

Af de 22 besvarelser, kan vi se en fordeling i sporene, hvor 20 behandlere (91%) svarede, at de havde varetaget sporet iMOVE, og 9 behandlere (41%) svarede, at de havde varetaget sporet gMOVE i projektperioden (se figur 5.1.).



**Figur 5.1. Hvor mange varetog hvert spor (gMOVE og iMOVE)**

Da gMOVE-sporet indeholder både individuelle sessioner og gruppesessioner, har behandlere i gruppesporet ikke nødvendigvis haft gruppesessioner. Som næste figur 5.2. viser, har størstedelen (64%) kun varetaget den individuelle del af behandlingen, hvilket også inkluderer de individuelle sessioner som led i gMOVE. Herudover har 18% (4 behandlere) kun foretaget gruppebehandling, og 18% har været involveret i begge typer behandling.



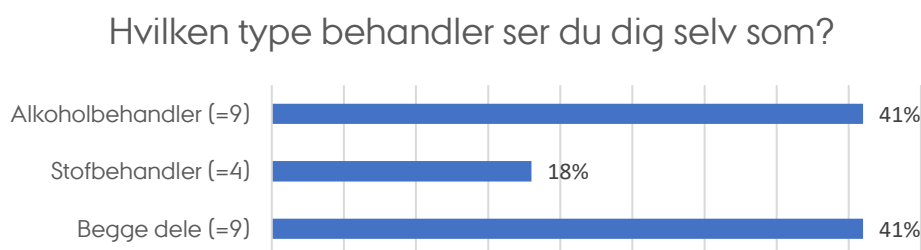
**Figur 5.2. Varetagelsen af session-typer**

Spørgeskemaet til behandlerne bestod af 72 spørgsmål og 17 kommentarfelder, som gav behandlerne mulighed for at uddybe deres svar. Begge dele vil indgå i følgende analyse. Kommentarerne er kodet tematisk: på tværs af alkohol- og stofbehandling, målgruppe, covid-19, rekruttering, gruppedynamik, organisation og organisatoriske rammer, metode, manual, struktur, temaer, øvelser og strukturelle rammer. De vil indgå i følgende erfaringsopsamling.

### 5.1. Samarbejde på tværs af alkohol- og stofbehandling

Et vigtigt formål med projektet var at afprøve MOVE-metoden på tværs af alkohol- og stofbehandling. Det undersøges derfor, om det lykkedes at etablere gruppebehandlingen organisatorisk og erfaringerne med det.

Første spørgsmål viser, hvor mange behandlere, der beskrev sig selv som alkoholbehandler, stofbehandlere eller begge dele.



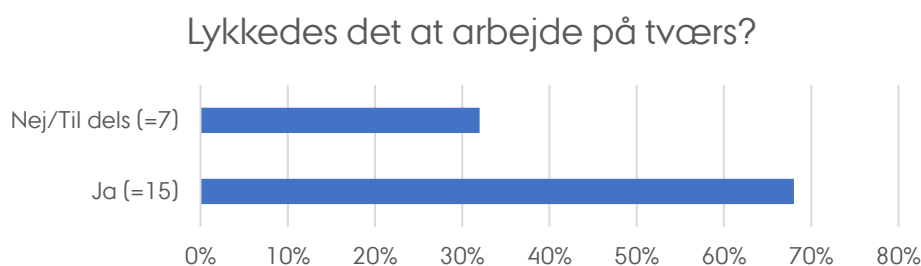
**Figur 5.3. Behandlernes egen-definition af deres behandlerrolle**

Ni behandlere (41%) svarede, at de så sig selv som alkoholbehandlere, 4 behandlere (18%) så sig selv som stofbehandlere og ni behandlere (41%) definerede sig som begge dele. Lidt mere end en tredjedel anså således sig selv som både alkohol- og stofbehandlere. Dette er ikke en effekt af projektet, men en fordel, når der skulle arbejdes på tværs af alkohol- og stofbehandling.

Når vi spørger til, hvilken målgruppe den enkelte behandler havde haft i projektet, svarede næsten alle (21 behandlere, 95%) af behandlerne, at de havde varetaget borgere fra alkoholbehandling, og lidt over halvdelen (13 behandlere, 59%) borgere fra stofbehandling. 9 behandlere (41%) havde kun varetaget alkoholbehandling. Denne fordeling kan forklares med, at det primært har været i selve gruppebehandlingen, at behandlerne havde haft borgere på tværs, mens den individuelle del blev gennemført i enten stof- eller alkoholbehandling.

### Mulighed for at arbejde på tværs

I behandlernes egen vurdering af, om de var lykkedes med at arbejde på tværs af alkohol og stof, svarede 68% (15 behandlere) ja, mens 32% (7 behandlere) mente, at dette ikke lykkedes eller kun delvist lykkedes. Det er her relevant at nævne, at de behandlere, der mente, at dette slet ikke lykkedes, ikke var gruppeledere.



**Figur 5.4. Lykkedes det at arbejde på tværs (n=22)**

Det konkrete samarbejde på tværs foregik i selve gruppeforløbet, som inkluderede borgere og behandlere fra både alkohol- og stofbehandling. De indledende og opfølgende individuelle sessioner foregik ved en behandler i den afdeling, hvor de blev indskrevet.

Der blev stillet to spørgsmål om aspekterne ved at have en samlet gruppe på tværs af alkohol og stofbehandling: 1) Hvad fungerede godt og hvorfor? samt 2) Hvad udfordrede og hvorfor?.

Disse spørgsmål blev understøttet af andre svar i spørgeskemaet under overskrifterne: 1) fordele, 2) matching og rekruttering og 3) organisation.

I det følgende uddybes fordele ved at have borgere fra begge målgrupper i samme gruppe. Flere behandlere uddybede, at de blandede grupper fungerede godt, fordi det først og fremmest var *afhængighed*, de arbejdede med. En behandler skrev f.eks.:

*"Det fungerer godt, at manual og temaer var de samme uanset, om det var stof eller alkohol, fordi vi er vant til at arbejde med både stof og alkohol, så det var fint, at det var med samme udgangspunkt."*

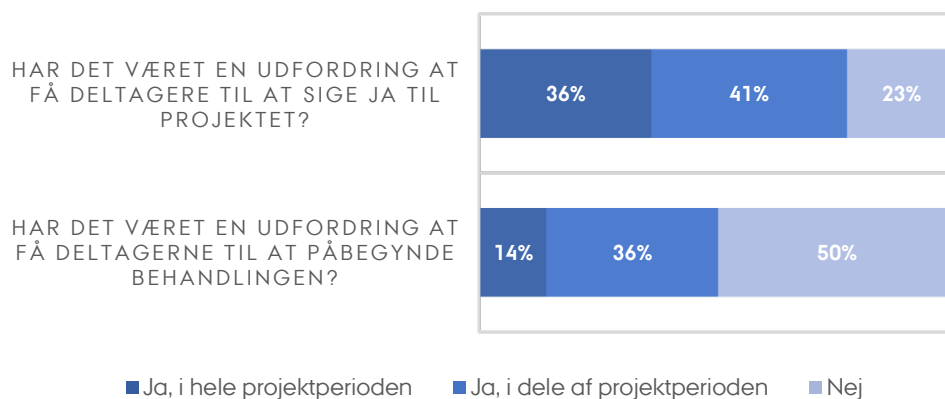
En anden tilføjer også, at begge målgrupper har kunne se sig selv i materialet, metoder, øvelser og behandlingen. En tredje skriver, at vedkommende i gruppen oplevede:

*"Gensidig interesse, nysgerrighed og åbenhed."*

## **Rekruttering og Covid-19**

Det blev fremhævet af behandlerne, at en fordel ved at lave gruppen på tværs af alkohol- og stofbehandling, var, at det gjorde det lettere at rekruttere deltagere nok til de enkelte gruppegange. Rekruttering er en væsentlig udfordring at imødesee, særligt i mindre kommuner, da det er vigtigt at have deltagere nok for at have en egentlig gruppe og egentlig gruppedynamik. I evaluering af MOVE gruppebehandling til unge [21] fandt vi, at størrelsen på gruppen havde en betydning, hvor kommuner med størst indtag også havde lettere ved at fastholde de unge i gruppeforløb.

En stor andel af behandlerne i projektet angav, at de oplevede udfordringer ved at få deltagerne til at sige ja til at deltage i projektet, i enten hele eller dele af projektperioden. Det kan generelt være svært at takke ja til gruppebehandling, men dette har formentlig været yderligere forstærket af Covid-19-pandemien samt randomiserings-vilkåret i projektet, der gjorde det uvist for den enkelte deltager, om de sagde ja til individuel- eller gruppebehandling. Halvdelen af behandlerne oplevede dog ikke udfordringer ift. at få deltagerne til at påbegynde behandlingen.



**Figur 5.5. Vanskeligheder med at rekruttere deltagere til projektet (n=22)**

Det er væsentligt at have for øje i evalueringen af metoden og implementeringen, at de omkringliggende rammer har været præget af Covid-19-pandemien og de udfordringer, det har ført med sig. I alt svarer 61%, at Covid-19 i *høj* eller *meget høj grad* har påvirket implementeringen af projektet – dette kan både være sygdom i personalegruppen og blandt deltagerne, men også restriktioner, nedlukninger mv. I det følgende beskriver en behandler, hvordan Covid-19 påvirkede betingelserne for behandling og rekruttering i deres kommune:

*"Nogen borgere havde ikke lyst til at komme i gruppe i perioden. Der var færre ny-henvendelser i perioden og det var vanskeligt at opretholde gruppe."*

### Matching og gruppedynamik

Når vi ser på, hvilke betingelser, der var afgørende for at opretholde en gruppe, er det ifølge behandlerne også meget væsentligt at være opmærksom på, om der er nogen i gruppen, som den enkelte gruppedeltager kan spejle sig i:

*"Det fungerer fint at blande stof og alkoholborgere, så længe der er opmærksomhed på en nogenlunde balanceret gruppesammensætning."*

*Særligt ift. funktionsniveau. Væsentligt, at der er nogen at spejle sig i, som er nogenlunde samme sted i livet. Kan være sværere at opnå denne balance ved mix af de to målgrupper, hvor der typisk vil være færre midaldrende/ældre.*

*Mixet af unge og ældre borgere fungerede ret fint."*

Af udfordringer fremhæves, at der kan være forskellige personlige udfordringer - f.eks. angst, der gør det svært at være i gruppen eller at folk med stofproblemer kan have en mere kompleks profil, der kan udfordre, og hvor det kræver tid for behandlerne at håndtere udfordringerne i gruppen. I det følgende citat fremhæves også de forskellige målsætninger, som nogle behandlere fandt svære at have i samme gruppe:

*"Det var udfordrende for gruppen, at gruppedeltagerne havde forskellige målsætninger. Det forstyrrede den enkeltes proces, at andre med-gruppedeltagere fortsat havde forbrug af enten stof/eller alkohol. Dette blev indimellem en så stor trigger, at gruppelederne skulle konfliktløse, eller tale individuelt med nogle gruppedeltagere."*

De forskellige målsætninger blev fremhævet af flere og har også været diskuteret i løbet af projektperioden. Konklusionen var, at gruppedynamikken sagtens kunne fungere på trods af meget forskellige målsætninger, men det er også vigtigt at nævne, at der var blandede erfaringer med dette: Nogle behandlere synes det fungerede uproblematisk, mens andre synes, det var udfordrende for gruppedynamikken og ville foretrække f.eks. en stoffri gruppe, måske særligt for de behandlere, som havde stor erfaring med at arbejde med stoffri gruppe, før projektstart.

### **De organisatoriske rammer**

Rent organisatorisk havde de involverede kommuner fået erfaring med, at gruppebehandling sagtens kunne fungere på tværs af alkohol og stofbehandling. Og netop dette blev fremhævet af flere som det mest positive ved projektet.

En behandler skrev også, at de arbejdede mere som et samlet team og en, at det var:

*"Godt for institutionen at behandlere på tværs har fået større kendskab til hinanden"*

Behandlerne havde også i projektet oplevet en høj grad af ledelsesmæssig opbakning til implementeringen, med hele 77% der svarede *i høj eller meget høj grad* til spørgsmålet herom.

Af udfordrende aspekter ("Hvad udfordrede og hvorfor?") nævnte en behandler:

*"Det var vanskeligt at få fyldt gruppen grundet kort varighed af forløb. Roterende teams på tværs af alk (red: alkohol) og stf. afd. (red: stofafdelingen) gjorde det mere vanskeligt at være opdateret på gruppeledemmerne og eks. journaliserer (som skulle foregå ved to forskellige log-ins + tem og log-bog) samt understøtte borgere ved tilbagefald."*

Det kan således være væsentligt at tænke over, hvordan gruppelederne sammensættes, så det imødeser udfordringen med at kende gruppedeltagerne. Som minimum bør der være en arbejdsgang, der sikrer en god overlevering og gerne også, at den enkelte gruppedeltager møder den ene gruppeleder før første gruppegang. En anden behandler tilføjer også dokumentation på tværs af afdelinger som en udfordring:

*"Dokumentation på tværs af afdelinger. Det er ikke muligt at tilgå og skrive i journaler i anden afdeling"*

Ønskes det at etablere en gruppe på tværs af organisationer, er det således væsentligt at tage stilling til arbejdsgangene i projektet og hvordan der dokumenteres, så manglende kendskab til gruppedeltagere og de forskellige journaliseringssystemer ikke giver unødige frustrationer.

### **Match mellem metode og faglige tilgang**

Når der skal arbejdes efter en bestemt metode, kan en afgørende faktor i forhold til at arbejde efter denne være, om den passer med ens faglige tilgang og stedets arbejds-gange. Når vi spurgte til dette, var der generelt set stor opbakning og faglig genkendelighed ift. metoden. Til spørgsmål om gruppebehandlingen (blev stillet til de 8 behandlere, der havde varetaget gruppebehandling) svarer 63% (5), at gMOVE passer *godt* eller



*rigtigt godt* med deres faglige tilgang, med deres egen behandlingstilgange til at møde borgerne og behandlingsstedet overordnede behandlingstilgang. Ingen svarer *slet ikke* hertil. 88% (7) af behandlerne svarer, at gMOVE -forløbet passer *Godt* eller *Rigtigt godt* med behandlingsstedet arbejds gange.

For den individuelle behandling blev der ligeledes spurgt ind til de samme elementer (blev stillet til de 18 behandlere, der havde varetaget individuel behandling). Her svarede 50% (9), at iMOVE passede *Godt* eller *Rigtigt godt* med deres faglige tilgang samt med deres nuværende behandlingstilgang til at møde borgerne. Lidt flere, 61% (11), svarede, at iMOVE passede *Godt* eller *Rigtigt godt* med behandlingsstedets arbejds gange, og 66% (12) svarede det samme ift. behandlingsstedets overordnede behandlingstilgang.

I det følgende dykker vi mere ned i enkeltelementer i metoden og får udfoldet, hvordan det har været for behandlerne at arbejde med manual, struktur, strukturelle elementer, øvelser og temaer.

## **Manual og struktur**

Manualen bestod af – for de fleste behandlere – velkendte samtalemeter, øvelser og strukturelle elementer og passede derfor godt sammen med den måde, behandlerne allerede arbejdede på. Flere af behandlerne havde arbejdet med MOVE-metoden i individuelle sessioner og fremhævede, at gMOVE ikke var så væsensforskellige. Af positive tilbagemeldinger var:

*”Det fungerede godt for borgerne at komme systematisk igennem temaerne. TEM var et godt værktøj for nogle til at opdage/belyse, at man faktisk fik det bedre i behandlingen. Nogle borgere var meget motiveret af at modtage gavekort og hvad man kunne spare op som belønning.”*

*”Der var en fast dagsorden og struktur der holdt mig fast i en bestemt behandling og forløb. Jeg oplevede, at efter 14 samtaler, var borger klar til at komme videre.”*

Specifikt i forhold til manualen, beskrev flere behandlere, at de var glade for at arbejde med udgangspunkt i manualen. Desuden blev det nævnt, at det er et:

*"Godt arbejdsredskab til nye medarbejdere".*

Manualen og den tydelige struktur, gør det let at oplære nye behandlere i metoden, fordi de har materialet at støtte sig til. En anden fremhæver, at:

*"Borgerne vidste hvad de skulle og der lå en stor grad af forudsigelighed i den måde at arbejde på."*

Der er flere behandlere, der nævner strukturen som en fordel, fordi borgerne ved præcis hvad de skal forvente i de enkelte sessioner og de ved, hvor mange sessioner forløbet varer.

*"Den specifikke struktur kan også nogle gange give en fastlåshed, men der har man jo så sin individuelle frihed og fleksibilitet og benytte sig af skemaer eller strategier, man har i sit bagkatalog"*

Den specifikke struktur kan også give en følelse af en fastlåshed, fordi der er en definerende ramme, som det skal passe ind i. Det fremhæves dog også her, at der er en frihed og fleksibilitet til at udskifte elementer, så længe at de stadig indpasses i den overordnede ramme og tematik. I iMOVE var der større mulighed for at tilpasse indholdet til den enkeltes arbejde med sig selv, og det fremhæves af nogle behandlere, at de udvalgte de mest relevante temaer og dykkede ned i dem over flere sessioner. I gMOVE var de nødt til at tage temaerne efter orden, så alle gruppedeltagere fik muligheden for at komme omkring alle temaer.

Erfaringen var, at der nogle gange skulle være lidt fleksibilitet for at sikre tid til f.eks. gruppesnak eller øvelser, som er vigtige i gruppen, fordi dagsordenen kunne opleves meget komprimeret. Manualen og strukturen blev generelt anset som en god overordnet ramme,

men virkeligheden var også, at der nogle gange var behov for justeringer for at ramme den enkelte eller gruppen bedst:

*"Det er svært at arbejde med slip, med en borger som ikke er stoppet og stadig er i overvejelsesfasen. På den måde er der temaer som rammer forkert".*

Rækkefølgen i manualen kulminerede nogle gange lidt med den enkelte borgers proces. Nogle temaer ville det også være godt at arbejde videre med for at komme mere i dybden.

*"Grundet afbud har flere gruppedeltagere, været igennem nogle temaer 2 gange. Der har været positiv respons fra de gruppedeltagere, der har haft temaerne: At opbygge sit selvværd, At være din egen bedste ven. Begge temaer er svære, og vigtige, så at arbejde med disse to gange har været konstruktivt og givende."*

59% svarede, at de *i nogen grad* oplevede at kunne arbejde efter KomBAS-manualen, og 36% oplevede at kunne arbejde herefter *i høj eller meget høj grad*. Kun 1 behandler oplevede at kunne arbejde efter manualen *i mindre grad*.

Behandlerne i individuel behandling arbejdede også med de samme temaer beskrevet i manualen og en behandler gjorde det på den måde, at den enkelte borger selv valgte 4 temaer, som derfor var meget relevante for den enkelte. Et andet forslag blandt kommentarerne var at inddrage Slip-kortet i gruppesessionerne:

*"Næsten alle temaer er anvendelige og brugbare i gruppesessioner. Jeg synes at man med fordel kan inddrage Slip-kortet i gruppesessionerne, det har været givende i forhold til siden sidst runden, gruppedeltagerne imellem. En fin måde at indsamle og kvalificerer erfaringer fra slip/tilbagefald på."*

Det bliver tydeligt, at konceptet ikke kan ramme alle på alle tidspunkter, men overordnet set er manualen og metoden blevet vel modtaget, med det in mente, at der skal være plads til fleksibilitet af hensyn til gruppedynamikken og den enkeltes proces.

## De strukturelle elementer

Behandlerne bliver spurgt til brugbarheden og anvendeligheden af de enkelte strukturelle elementer (både iMOVE og de indledende individuelle sessioner i gMOVE) og de svarer generelt, at de er meget brugbare.

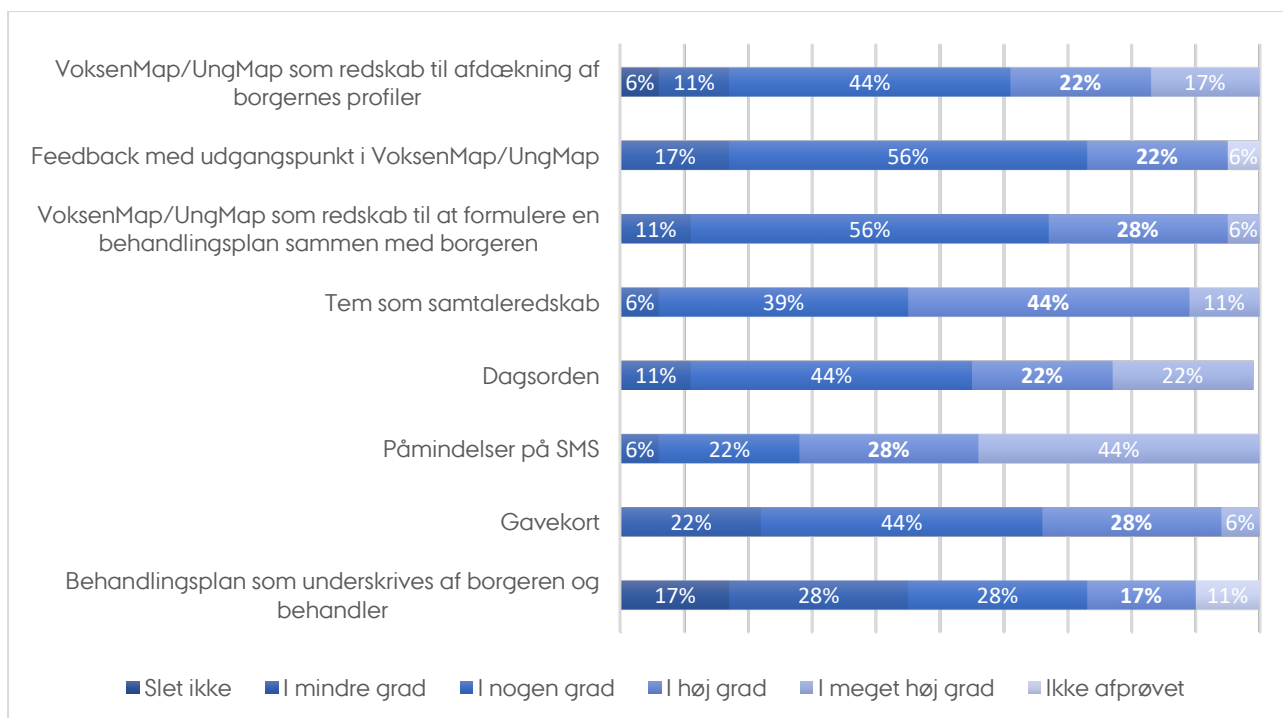
Som den klare favorit af de strukturelle elementer er påmindelse på SMS, hvor 72% svarede *I høj grad* eller *I meget høj grad*. Her var der heller ingen behandlere der svarede *Slet ikke*. Herefter kommer TEM som samtaleredskab med en sammenlagt andel på 55%, der svarede *I høj grad* eller *I meget høj grad*, og ingen behandlere der svarede *Slet ikke*. Det har været en læringsproces at anvende TEM i gruppesessionerne og modsat de individuelle sessioner, kan der her ikke snakkes om alle svarene. I stedet kan de snakke om deres svar to og to og samle op i plenum eller udvælge f.eks. personlig trivsel og forbrug og tage en runde med det.

Til *Feedback med udgangspunkt i VoksenMap/UngMap* samt *Behandlingsplan som underskrives af borgeren og behandler* svarede 17% *slet ikke* anvendeligt ift. sidstnævnte. Hhv. 6% og 11% har slet ikke afprøvet disse. Ingen har svaret *I meget høj grad*, og henholdsvis 22% og 17% har svaret *I høj grad*.

De behandlere, der har været gruppegange i KomBAS-projektet har typisk haft mellem 20 og 30 gruppegange, hvilket gør, at de reelt har haft mulighed for at afprøve og anvende manualen.

I gruppegangene har den generelle oplevelse været, at de strukturelle elementer har fungeret godt. Mest populær var Gruppensnak som del af runden, hvor 88% svarede *i høj eller meget høj grad*. Også tiden med de 2\*45-60 min har fungeret godt – i forhold til dette svarede 75% af behandlerne, at det *i høj eller meget høj grad* fungerede godt.

I bunden var farveltraditionen med skriftlig status ved den sidste gang - dette havde 38% af behandlerne ikke afprøvet, og 25% syntes at den *i mindre grad* fungerede godt. De resterende 38% svarede dog, at den *i høj grad* fungerede godt.



**Figur 5.6. Oversigt over behandlernes angivelse af, hvor brugbar og anvendelig de fandt de strukturelle elementer i den individuelle behandling (n=18)**

## Øvelser

I forhold til øvelserne giver behandlerne udtryk for, at anvendelsesgraden er forholdsvis høj, hvor *Top 5 motiver* er anvendt i den individuelle del *I høj grad* eller *I meget høj grad* af 94,5% af behandlerne. For *analyse af risikosituationer* er det 89% af behandlerne, der *I høj grad* eller *I meget høj grad* har anvendt øvelsen i den indledende individuelle del. For *anvendelsen af Kriseplan: Lær af slip?* er det 62%, der har givet denne bedømmelse. For øvelsen *Plan: Hvordan siger jeg nej*, er det 50%. De to sidstnævnte, *lær af slip* og *hvordan jeg siger nej*, afhænger i højere grad af, hvor den enkelte er i sit forandringsarbejde. Hvis den enkelte ikke er stoppet med at tage rusmidler endnu, er der andet, der skal arbejdes med, før det giver mening at arbejde med slip.

Der er således generelt meget stor opbakning til anvendelsen af øvelserne, og kun en forholdsvis lille andel, der i varierende grad ikke har anvendt øvelserne.

Øvelserne i iMOVE har generelt været brugbare og anvendelige for behandlerne.

Ift. den individuelle del af gMOVE (de fem individuelle indledende sessioner), oplever de,

der har varetaget denne del også, at øvelserne generelt har været brugbare (*i høj eller meget høj grad*).

## **Temaer**

Gruppetemaerne: *Hverdagen; At være din egen bedste ven; At håndtere stærke følelser; At håndtere trang og lære af slip; Konstruktiv kommunikation; At opbygge sit selvværd; Glæde og optimisme; At opbygge et støttende og socialt netværk; Problemløsning*, blev ligeledes generelt vurderet til at være brugbare og anvendelige, hvor mindst 50% af behandlerne svarede *i høj eller meget høj grad* til hvert af temaerne.

Videre har 83% af behandlerne, der stod for den individuelle behandling, anvendt gruppetemaerne i iMOVE. Disse behandlere har ligeledes i overvejende grad oplevet, at gruppetemaerne var brugbare og anvendelige i de individuelle sessioner *i nogen, høj eller meget høj grad*. Kun få svarede *i mindre grad* ved nogle af temaerne eller havde ikke afprøvet det konkrete tema.

## **Opsummering**

Blandt behandlerne var der overordnet set en opbakning til manual, strukturelle elementer, temaer og øvelser. Det var velkendte elementer, som generelt set passede godt med behandlingsstedernes tilgang forud for projektstart. Erfaringen var, at manual, behandlingsmetoder, strukturelle elementer og strukturer dannede en god ramme for de individuelle sessioner og gruppebehandling. Oplevelsen var, at det var vigtigt, at den enkelte borger blev mødt med en vis grad af fleksibilitet i forhold til, hvor vedkommende var i sit forandringsarbejde og hvilke specifikke øvelser, der var relevante. Manualen blev tilpasset undervejs i projektforsløbet for at give mere plads til dette.

Overordnet set angav behandlerne, at gMOVE fungerede som et godt afsæt til at etablere gruppebehandling på tværs af alkohol- og stofområdet. Det lykkedes at etablere samarbejde på tværs af alkohol- og stofbehandling samt inkludere borgere fra både stof- og alkoholbehandling i de samme grupper. Ovenstående analyse viste, at det er vigtigt at være opmærksomme på matching af gruppedeltagere, hvor det opleves som væsentligt, at der for den enkelte deltager kan ske en vis grad af spejling til en eller flere af deltagerne. Desuden er det væsentligt at sikre, at de organisatoriske strukturer er på plads, så behandlerne er i stand til at dokumentere og overlevere arbejdet med de enkelte gruppedeltagere.

## 6. Effekten af behandlingen

### 6.1. Deltagere, randomisering og analyse af frafald

I alt blev 201 deltagere randomiseret til enten individuel behandling eller gruppebehandling. De kan opdeles i følgende tre grupper:

a) Randomiseret:	7
b) Randomiseret + UngMap/VoksenMap:	37
c) Randomiseret + UngMap/VoksenMap + 1 session:	157

Samlet blev 98 borgere randomiseret til gruppebehandling (gMOVE), mens 103 blev randomiseret til individuel behandling (iMOVE).

#### **Frafald**

Der fokuseres i det følgende på, hvorvidt randomisering til gruppebehandling resulterede i et større frafald end randomisering til individuel behandling.

Som det ses ovenfor, var der syv borgere, der aldrig nåede længere end randomiseringen. Derudover var der 37, som alene nåede at blive randomiseret og gennemføre et UngMap/VoksenMap-interview (baseline). Sammenlagt kom 44 (21,9%) ikke i gang med den egentlige behandling. Tilsvarende frafald har vi set i andre projekter (Metodeprojektet [12] og MGU-projektet [21]).

Af de 44 deltagere, var 19 randomiseret til gMOVE og 25 til iMOVE. Det svarer til henholdsvis 19,4% af dem, der blev randomiseret til gruppe og 24,2% af dem, der blev randomiseret til individuel. Dette betyder, at randomisering til gruppebehandlingssporet ikke gav større frafald end randomisering til det individuelle behandlingsspor.

#### **Intention-to-treat analyse**

Med Intention-to-treat (ITT) menes der, at alle, der blev randomiseret, indgår i analyserne [22]. Der blev som vist ovenfor i alt randomiseret 201 borgere til projektet. Når alle disse 201 borgere inddrages, taler vi om en intention-to-treat analyse (ITT).

- For de syv deltagere, der alene gennemførte randomiseringen, har vi data fra randomiseringen, men hverken baseline-data (UngMap/VoksenMap) eller effekt-

data (opfølgende interview). Vi har derfor valgt ikke at inddrage dem i denne rapport.

- b) For de deltagere, der gennemførte UngMap/VoksenMap (n=37), har vi både baseline data og effekt-data (76% af dem deltog i opfølgningen ni måneder efter UngMap/VoksenMap).
- c) For de øvrige 157 deltagere har vi udover randomiserings-data a) baseline data (Ung-/VoksenMap), b) data på forandring i forbrug af rusmidler under samtaleforløbet (TEM) og c) effekt-data ni måneder efter baseline (80% har svaret på opfølgningen)

Hvilke data vi har på de tre grupper ses i nedenstående tabel.

**Tabel 6.1. Oversigt over data fordelt på de ovenstående tre grupper af randomiserede**

	<b>Gruppe a</b>	<b>Gruppe b</b>	<b>Gruppe c</b>
<b>Antal deltagere</b>	7	37	157
<b>Randomiseret</b>	Ja	Ja	Ja
<b>UngMap/VoksenMap</b>	Ingen	Ja	Ja
<b>Opfølgende interview</b>	Ingen	76 % af deltagerne	80 % af deltagerne

I den modificerede ITT indgår således gruppe b og c, hvor vi har UngMap/VoksenMap på alle og opfølgende interviews på 76 % af deltagerne fra gruppe b og 80 % af deltagerne fra gruppe c.

Samlet set har vi baseline på 100 % samt opfølgende interview/effektdata på 79% af de 194 deltagere. Det er de 194 deltagere fra gruppe b og c, som i indgår i effektanalyserne.

### **Modificeret ITT (MITT) analyse (n=194)**

De 194 var således randomiseret til iMOVE eller gMOVE. I tabel 6.2. nedenfor vises i hvor høj grad de to grupper er sammenlignelige.

I tabellen ses det, at der ikke er signifikante forskelle mellem deltagerne på udvalgte mål, som alle har betydning for behandlingseffekt. Der er således ikke signifikant forskel på de deltagere, der blev randomiseret til iMOVE eller gMOVE.

Den største forskel ses i andelen af kvinder i de to spor. Her var der 26% kvinder i iMOVE og 20% kvinder i gMOVE.



**Tabel 6.2. Forskelle mellem deltagere randomiseret til gruppe og individuel**

	Samlet	Gruppe	Individuel	p. værdi
Antal	194	95	99	
Gennemsnitsalder	38,2	38,3	38,2	0,96
Kvinder (%)	23%	20%	26%	0,30
Stof score alle (0 til 100)	5,0	5,1	4,9	0,81
Audit C alle (0 til 12)	6,4	6,3	6,6	0,68
Trivsel (0 til 24)	6,2	4,6	4,9	0,51
Hverdagsbelastning (0-32)	18,3	18,3	18,2	0,87
Fysiske problemer dage (0-30)	14,9	14,9	14,9	0,99
Temperament/antisocial (0-3)	0,4	0,4	0,4	0,87
Psykiatrisk diagnose (%)	53%	53%	54%	0,90

Projektet inkluderer to målgrupper; deltagere fra alkoholbehandling og deltagere fra stofbehandling, hvorfor det er relevant både at undersøge, hvordan de to grupper er forskellige, og om dette har en betydning, når vi undersøger effekt. Analyserne baserer sig på data fra UngMap/VoksenMap, som viser hvordan grupperne så ud ved opstart i projektet. Spørgsmålene går på de sidste 30 dage op til interview med Ung-/VoksenMAP.

Overordnet set, var der lidt flere kvinder i alkoholbehandling (25,7%) end i stofbehandling (20,2%). Deltagerne i alkoholbehandling var også gennemsnitligt betydeligt ældre end deltagerne i stofbehandling (46,2 år vs. 28,8 år).

I det følgende fremhæves fire indekser til at sammenligne deltagerne i alkohol- og stofbehandling. Disse indekser er udvalgt, fordi de i høj grad kan knyttes sammen med behandlingseffekt.

Første indeks viser forbrug af alkohol målt med AUDIT C og viser således, hvor belastede borgerne i alkohol- og stofbehandling var i måneden op til interview med UngMap eller VoksenMap. Under tabellen uddybes de forskellige kategorier.

**Tabel 6.3. Alkoholbelastning i måneden op til UngMap/VoksenMap interview (Audit C sidste måned) (Procent)**

	LAVT	MODERAT	MEGET	STÆRKT
Alkoholbehandling, n=105	16,2	9,5	22,9	51,4
Stofbehandling, n=89	27,0	40,5	23,6	9

- LAVT alkoholbelastet betyder afholdenhed den seneste måned op til UngMap/VoksenMap
- Et MODERAT belastet forbrug kan bl.a. være et forbrug på højst 3-4 genstande hver gang 2-4 dage den sidste måned.
- Et MEGET belastet forbrug kan f.eks. være 7-9 genstande hver gang 2-3 gange om ugen, den sidste måned.
- Et STÆRKT belastet forbrug af alkohol kan f.eks. være et forbrug på mindst 7-9 genstande hver gang mindst 4 dage om ugen, den sidste måned.

Deltagerne i alkoholbehandling var ikke overraskende langt mere alkoholbelastede end deltagerne i stofbehandling. Ikke desto mindre var det næsten 32,6% af borgerne i stofbehandling, som den sidste måned havde haft et MEGET eller STÆRKT belastet forbrug af alkohol.

I næste indeks vises fordelingen af deltagere i alkohol og stofbehandling i forhold til *forbrug af illegale stoffer*. Det viser således, hvor belastede deltagerne var i måneden op til UngMap/VoksenMap i forhold til deres stofbrug.

**Tabel 6.4. Stofbelastning i måneden op til UngMap/VoksenMap (Procent)**

	LAVT	MODERAT	MEGET	STÆRKT
Alkoholbehandling, n=105	81,9	8,6	6,7	2,9
Stofbehandling, n=89	10,1	46,1	33,7	10,1

- Med LAVT belastet har deltageren ikke haft et forbrug af illegale stoffer i måneden op til UngMap/VoksenMap.
- Et MODERAT forbrug kan f.eks. være cannabis 7 dage den sidste måned og intet andet.
- Et MEGET belastet stofforbrug kan f.eks. være a) cannabis hver dag (og ikke andet) eller b) kokain 6 dage og cannabis 16 dage.
- Med STÆRKT belastet menes bl.a. et forbrug af flere forskellige typer illegale stoffer, som f.eks. kan være cannabis dagligt, kokain 8 dage og andre stoffer 4 dage indenfor den sidste måned.

Det skal fremhæves, at der er 18,2% af deltagerne fra alkoholbehandling (MODERAT + MEGET + STÆRKT), som har haft et forbrug af illegale stoffer den seneste måned. F.eks. havde 9,6% af deltagerne i alkoholbehandling haft et forbrug af kokain i måneden op til UngMap/VoksenMap.

I det tredje indeks *Trivsel* (tabel 6.5), er det vist, hvor belastede deltagerne i alkoholbehandling var i deres trivsel sammenlignet med deltagerne i stofbehandling. Under tabellen uddybes, hvordan trivslen blev målt.

**Tabel 6.5. Trivselsbelastning i måneden op til UngMap/VoksenMap (Procent)**

	LAVT	MODERAT	MEGET	STÆRKT
Alkoholbehandling, n=105	21	31,4	34,3	13,3
Stofbehandling, n=89	21,4	28,1	33,7	15,0

Trivsel blev målt på følgende områder: *ensomhed, depression, angst, selvmordstanker og selvdestruktiv adfærd* (f.eks. spiseforstyrrelser, selvskade).

- Deltagere, der placerede sig i LAVT, var *slet ikke* eller *lidt* påvirkede på ovenstående symptomområder.
- De MODERAT påvirkede var typisk *lidt* til *en del* påvirkede på 1-2 områder.
- De MEGET påvirkede var typisk *en del* til *meget* påvirkede på to-tre områder.
- De STÆRKT påvirkede/belastede var *en del* til *rigtigt meget* påvirkede på 3-6 symptomområder.

F.eks. var der for de LAVT belastede ingen, der havde været *en del* til *rigtigt meget* påvirket af depressive tanker den seneste måned. For de STÆRKT belastede var det derimod 93%, som havde været *en del* til *rigtigt meget* påvirket af depression i den seneste måned (31% havde været *en del* til *rigtigt meget* påvirket af selvmordstanker).

Der ses ikke nogen forskel i trivsels-belastning mellem deltagere i alkohol- og stofbehandling.

I det fjerde indeks, *hverdagsbelastning*, ses, hvor belastede borgerne var i deres hverdagsfunktion for deltagerne i alkoholbehandling sammenlignet med deltagerne i stofbehandling. Efter tabellen uddybes, hvordan dette blev udregnet.

**Tabel 6.6. Hverdagsbelastning i måneden op til VoksenMap interview (Procent)**

	LAVT	MODERAT	MEGET	STÆRKT
Alkoholbehandling, n=105	37,1	29,5	26,7	6,7
Stofbehandling, n=89	22,5	36,0	24,7	16,9

Hverdags-belastning blev målt på følgende områder: *Søvn kvalitet, komme op om morgenen, kondition, madvaner, koncentration, planlægge, overholde aftaler, oprydning.*

- LAVT belastet var generelt kendetegnet ved, at deltagerne svarede *god(e)* til *meget god(e)* til alle ovenstående spørgsmål.
- De MODERAT belastede var rimeligt strukturerede og fik hverdagen til at fungere, men havde enkelte områder, hvor de svarede *vekslende* eller *dårligt*.
- De MEGET belastede svarede typisk *vekslende* eller *dårligt* på 4-5 områder.
- De STÆRKT belastede var kendetegnet ved, at de svarede *dårligt eller meget dårligt* til stort set alle 8 områder.

Hverdagsbelastning kan ses i stærk sammenhæng med forbrug af illegale stoffer<sup>4</sup>, og i mindre grad med afholdenhed/reduktion af alkohol<sup>5</sup> (dog stadig signifikant).

I tabellen ses det, at deltagerne i stofbehandling var mere belastede i deres hverdagsfunktioner end deltagerne i alkoholbehandling.

### Opsummering

En væsentlig del af borgere i stofbehandling har i tillæg et problematisk forbrug af alkohol. Ligeledes har en del af borgere i alkoholbehandling haft et forbrug af illegale stoffer den seneste måned op til VoksenMap-interviewet. Heraf havde næsten 10% et forbrug af kokain. Dette taler for, at der med fordel kan fokuseres både på forbrug af alkohol og illegale stoffer i såvel alkohol- som stofbehandling.

Deltagerne i stofbehandling har en mere belastet hverdagsfunktion end deltagerne i alkoholbehandling.

Der er stor aldersforskel mellem borgere i alkohol- og stofbehandling. Dette kan potentielt virke som en barriere i gruppebehandlingen.

<sup>4</sup> Mixed effects linear mode, df=67, p<0,01, 95 % ci=-0,66, -0,18

<sup>5</sup> Mixed effects linear model, df=86, p<0,01, 95 % ci=-0,36, -0,13

## 6.2. Antal sessioner og frafald fordelt på behandlingsspor

I det næste afsnit fokuseres der på antal samtaler og frafald fordelt på behandlingsspor, køn, alder og før/efter Covid-19 restriktionernes ophævelse. Som det senere skal vises betyder antal samtaler noget for reduktionen i forbrug af alkohol/stoffer.

Deltagerne randomiseret til gMOVE modtog gennemsnitligt 9,8 sessioner, mens deltagerne i iMOVE gennemsnitligt modtog 11,2 sessioner. Forskellen er ikke signifikant.

Kvinder randomiseret til gMOVE modtog gennemsnitligt 8,5 sessioner, mens kvinder randomiseret til iMOVE gennemsnitligt fik 13,5 sessioner. Forskellen er ikke signifikant, men markant (forklares med det relativt lave antal kvinder der var med i undersøgelsen).

Mænd i gMOVE fik gennemsnitligt 10,1 sessioner, mens mænd i iMOVE gennemsnitligt fik 10,3 sessioner.

Kvinderne fik generelt lidt flere sessioner end mænd (10,2 sessioner mænd og 11,4 sessioner for kvinder).

Mens gruppebehandling tilsyneladende ikke påvirkede antallet af sessioner for mænd, påvirkede det antallet af sessioner negativt for kvinder. Det kunne skyldes, at der ofte var få kvinder i grupperne, f.eks. kunne der være én kvinde i en gruppesession sammen med 3-4 mænd.

Nedenfor ses fordelingen i antal sessioner fordelt på alder:

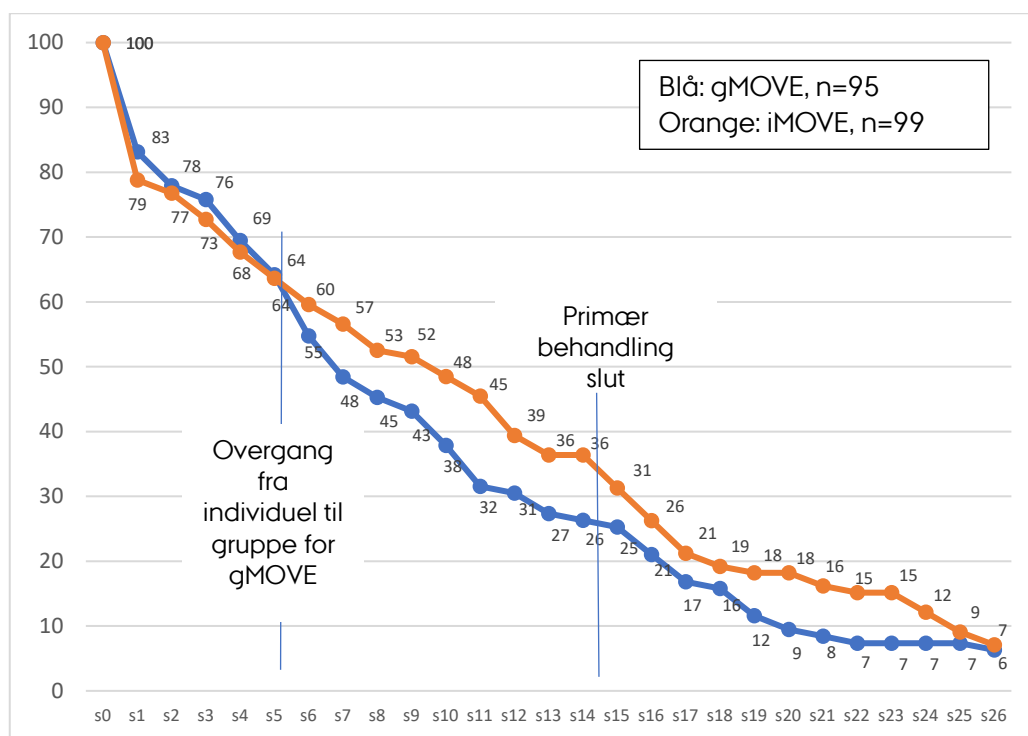
<b>iMOVE</b>	<b>gMOVE</b>
18-29 år: 11,2 sessioner	18-29 år: 9 sessioner
30-49 år: 14,2 sessioner	30-49 år: 10 sessioner
50+ år 13,9 sessioner	50+ år 14,7 sessioner

For de yngste deltagere (18-29årige) var antallet af sessioner højest i iMOVE, hvilket også var tilfældet for de 30-49årige. For de ældste var forskellen marginal. Ingen af forskellene er signifikante.

### **Frafald i gMOVE og iMOVE**

Vi fandt tidligere, at randomisering til gruppe ikke resulterede i større frafald end randomisering til individuel behandling før behandlingsforløbet. I det følgende undersøges,

hvordan det forholdt sig i løbet af behandlingsforløbet; altså om frafaldet var større for deltagere i gruppeforløb sammenlignet med deltagere i individuel behandling? Dette illustreres i grafen nedenfor.



*OBS! Vi kan kun vise frem til og med session 26, fordi der herefter bliver for få i de enkelte grupper til de kan rapporteres.*

**Figur 6.1. Frafall for deltagere i iMOVE og gMOVE (Procent) (n=194)**

I grafen ses en vertikal streg ved s5 der viser at dette er sidste samtale inden overgang til gruppe (for gMOVE sporet). Den vertikale streg mellem s14 og s15 viser afslutningen på selve behandlingsforløbet. Herefter følger efterbehandlingen.

Der ses således en forskel på frafald de to behandlingsspor i løbet af behandlingsforløbet, særligt efter samtale 5, hvor de to behandlingsspor begynder at adskille sig. Som tidligere beskrevet, blev behandlingen indledt med 5 individuelle sessioner (0 til 4) i begge spor efterfulgt af enten 9 gruppesessioner eller 9 individuelle sessioner. De 5 individuelle sessioner er inklusiv kortlægningssessionen (UngMap/VoksenMap), som har fået betegnelse s0 (se figur 2.1.).

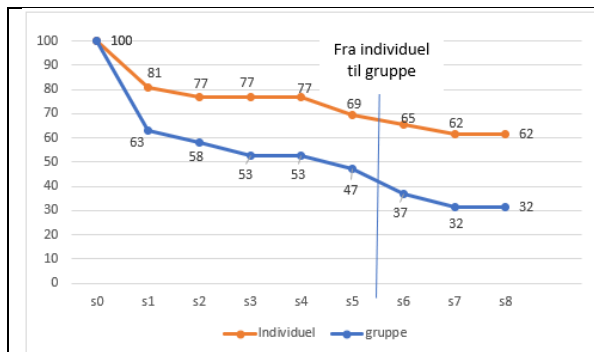
I grafen ses to bemærkelsesværdige bevægelser:

- 1) Fra s0 (kortlægning med UngMap/VoksenMap) til s1 (første behandlingssession). Her var det primært deltagere randomiseret til iMOVE, der faldt fra.

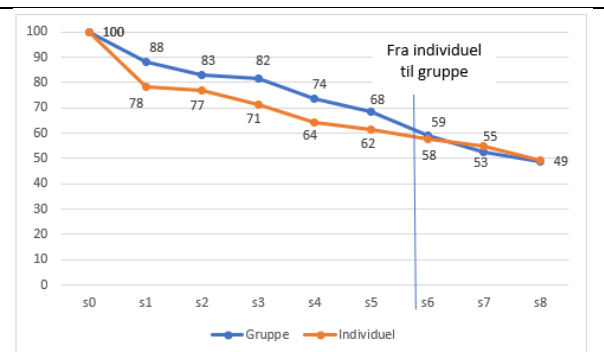
- 2) Herefter fulgtes de to spor ad, til og med session 5, som for gMOVE var den sidste individuelle session inden gruppeforløbet. Ved overgangen til gruppe fandt vi her et større frafald i gMOVE end i iMOVE.

Der var således forskel i frafaldet mellem gMOVE og iMOVE. Forskellen fandt dog først sted efter s5 (overgangen til gruppebehandling for gMOVE). For at undgå frafald før gruppebehandlingens start, tyder det på, at det er vigtigt med en grundig forberedelse af deltagerne, før de skal starte i gruppe. Analysen viser samtidig, at det kræver en særlig opmærksomhed på deltagerne og gruppedynamikken under gruppeforløbet og nogle deltagere kan have behov for et andet tilbud, hvis de ikke trives i gruppedynamikken.

De næste to grafer viser antal sessioner for kvinder og mænd i de to spor. Der fokuseres alene på overgangen til gruppe, hvorfor der kun er 8 behandlingssessioner inddraget.



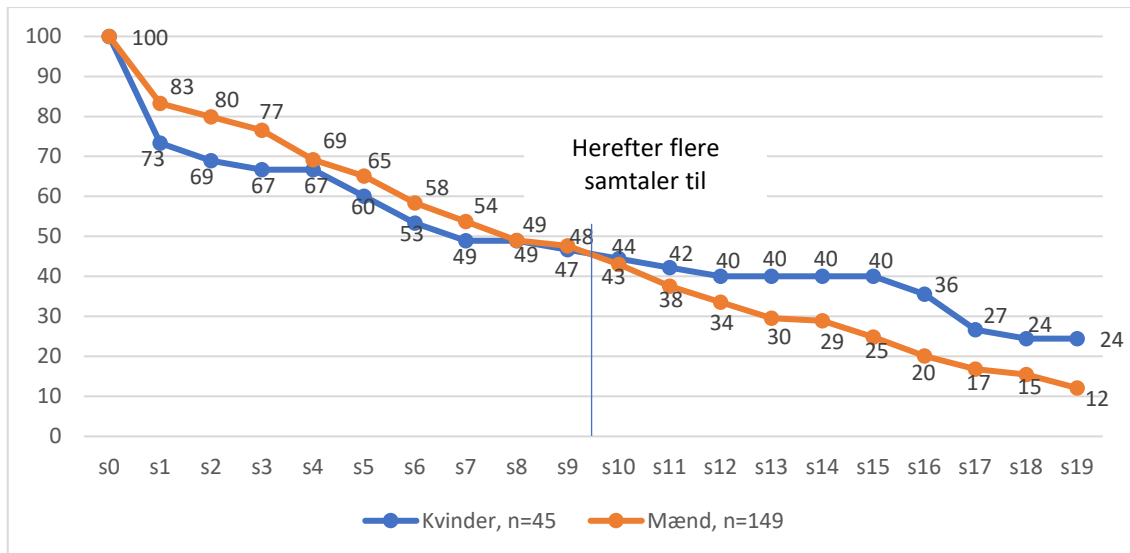
**Figur 6.2. Første 8 sessioner kvinder fordelt på spor**



**Figur 6.3. Første 8 sessioner mænd fordelt på spor**

Graferne viser, at det antal sessioner, der blev modtaget, fordelt på behandlingsspor, var meget forskellige for mænd og kvinder. Som tidligere skrevet, fik kvinderne generelt flere sessioner end mænd. Gruppesporet trak dog meget ned i kvindernes samlede antal sessioner. Kvindernes frafald fra gruppesporet synes allerede at finde sted mellem s0 (interview med UngMap/VoksenMap) og s1. Senere udviklede forskellen sig dog yderligere, hvilket ikke var tilfældet for mændene. Her var det mænd randomiseret til gMOVE, som fik flest sessioner frem til session 6, hvor gruppebehandlingen startede. Herefter fulgtes de to spor ad.

Generelt faldt kvinder fra relativt tidligt i behandlingsforløbet (*begge spor sammenlagt*), men de var til gengæld mere fastholdende end mændene. Dette ses i næste figur 6.4., der viser, at kvinder efter session 10 var betydeligt mere fastholdende end mændene.



*OBS! Vi kan kun vise frem til og med session 19 fordi der herefter bliver for få kvinder til de kan rapporteres.*

**Figur 6.4. Antal sessioner fordelt på kvinder og mænd**

### Covid-19 og frafald

Af de 194 deltagere, der deltog i projektet, blev 124 indskrevet, mens der endnu var Covid-19 restriktioner og 70 efter, at restriktionerne var ophævet (februar 2022).

Deltagerne, der blev indskrevet i perioden med Covid-19 restriktioner modtog i gennemsnit 11,5 sessioner, mens deltagerne, der blev indskrevet efter restriktionerne, var ophævet modtog 8,8 sessioner. Forskellen er signifikant<sup>6</sup>

Forskellen ses såvel hos deltagerne i gMOVE (10,8 under Corona og 8,1 efter) som hos deltagerne i iMOVE (12,1 under Corona og 9,4 efter). Nogenlunde samme fordeling ses i forhold til køn og i forhold til alder. Ikke mindst de to ældste aldersgrupper fik mange sessioner under Covid-19 pandemien. En forklaring for dette overraskende resultat kunne være at mulighederne for social kontakt for mange af disse borgere var begrænset under pandemien. En anden forklaring kunne være, at der var mere fokus på at kontakte borgerne under pandemien. Bl.a. via telefonopkald.

**Tabel 6.7. Antal sessioner før og under Covid-19**

	Antal deltagere	Antal sessioner Under Covid-19	Antal sessioner Efter Covid-19
18-29 år	77	9,9	9
30-49 år	68	12,8	7,6
50+ år	49	12,2	10,2

<sup>6</sup> T(192)=-2,11, p=0,04



## Opsummering

Bortset fra, at det var kvinderne fra gMOVE, som hurtigst faldt ud af projektet, tegnede der sig ikke noget entydigt billede af, hvem som faldt fra før gruppebehandlingens start. Særlig opmærksomhed bør dog være på deltagere med særlige trivselsproblemer (angst, depression, ensomhed og selvdestruktive symptomer). Men også deltagere med fysiske problemer og deltagere med en særligt belastet hverdagsfunktion var i risiko for at afbryde behandlingen. Derudover var det vanskeligere at få de yngste under 30 år til at fortsætte i gruppebehandling. Sammenhængende er dog ikke her signifikante.

### 6.3. Forandringer i rusmiddelbrug under behandlingen

I det følgende vises forandringer i brug af alkohol og illegale stoffer i henholdsvis session for session under behandlingsforløbet målt med Audit7 (alkoholforbrug sidste 7 dage) og Stof7 (forbrug af illegale stoffer sidste uge). Til dette anvendes monitoreringsredskab **TEM** (Trivsels- og Effekt-Monitorering), som kan vise grafer på bl.a. forbrug af illegale stoffer, alkohol og trivsel session for session gennem hele forløbet. Den enkelte deltager kan selv følge med i sin egen udvikling på disse områder gennem sit behandlingsforløb.

OBS! I alle TEM-analyserne anvendes metoden *Last Observation Carried Forward (LOCF)*, som forklares nedenfor.

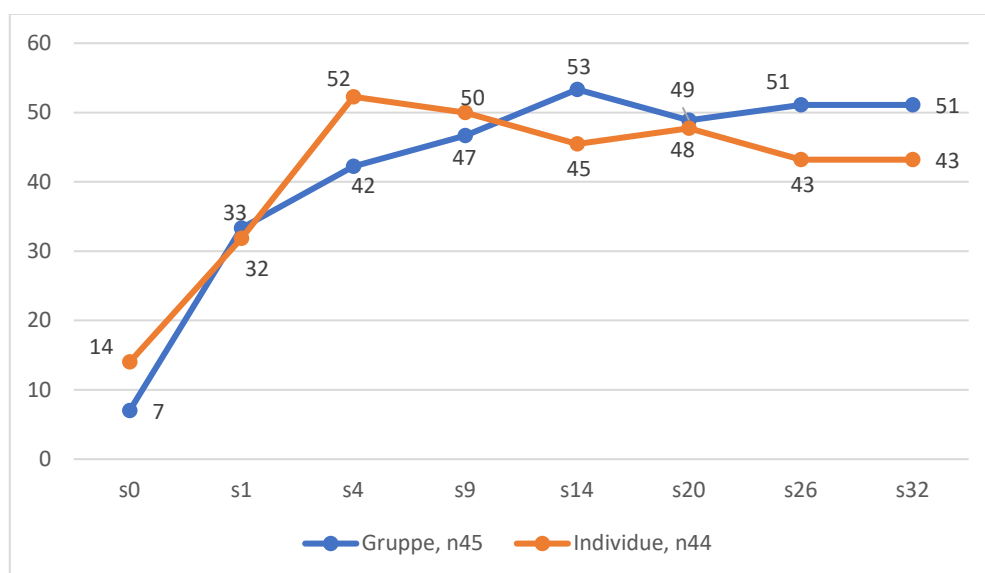
I de følgende analyser inkluderes alle 194 deltagere i alle analyser. Der anvendes en såkaldt *Last Observation Carried Forward (LOCF)*-metode. Med dette menes der, at hvis én deltager ikke får mere end f.eks. 6 sessioner, så føres værdien fra sidste modtagne session videre til den samlede sidste (her s32). Denne metode anvendes, fordi der gennem forløbet bliver færre og færre deltagere at måle effekten, effekten ved f.eks. session 12 alene målt for dem, der modtog mindst 12 sessioner, ville derfor give et falskt positivt billede.

Ved at føre den sidste modtagne session videre inddrages samtlige deltagere i alle analyser, og der kan gives et mål for sidste session. LOCF anses for at være en konservativ metode til at vurdere effekt af behandling.

For de 37 af de 194, der ikke nåede første behandlingssession, og derfor ikke nåede første TEM-samtale, blev resultatet fra UngMap/VoksenMap (baseline) ført videre som "LOCF". Ved UngMap/VoksenMap-kortlægningen blev der spurgt til seneste måned.

*Brug af illegale stoffer for deltagere i stofbehandling under behandlingsforløbet.*

I den næste tabel er vist andelen, der var stoffri session efter session for deltagere i stofbehandling. Der anvendes i graferne LOCF.



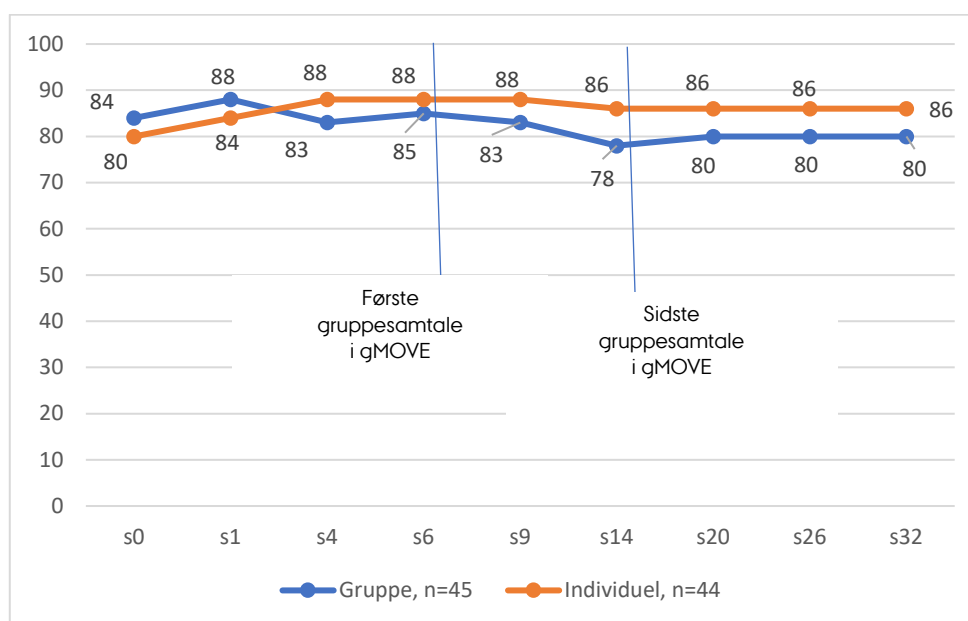
**Figur 6.5. Stoffrihed sidste session for deltagere i *gMOVE* og *iMOVE* (Kun deltagere i stofbehandling)**

Der ses ikke de store forskelle i udviklingen af stoffrihed målt med TEM session for session mellem deltagere i gMOVE og iMOVE. Der er alene tale om de 89 deltagere i stofbehandling. Ved sidste samtale er det 51% for deltagere i gMOVE og 43% for deltagere i iMOVE. Der ses gennem forløbet visse svingninger, hvilket gør forskellen ved sidste samtale usikker. Forskellen er ikke signifikant.

*Brug af illegale stoffer for deltagere i alkoholbehandling under behandlingen.*

Der anvendes samme metoder som i figur 6.5.

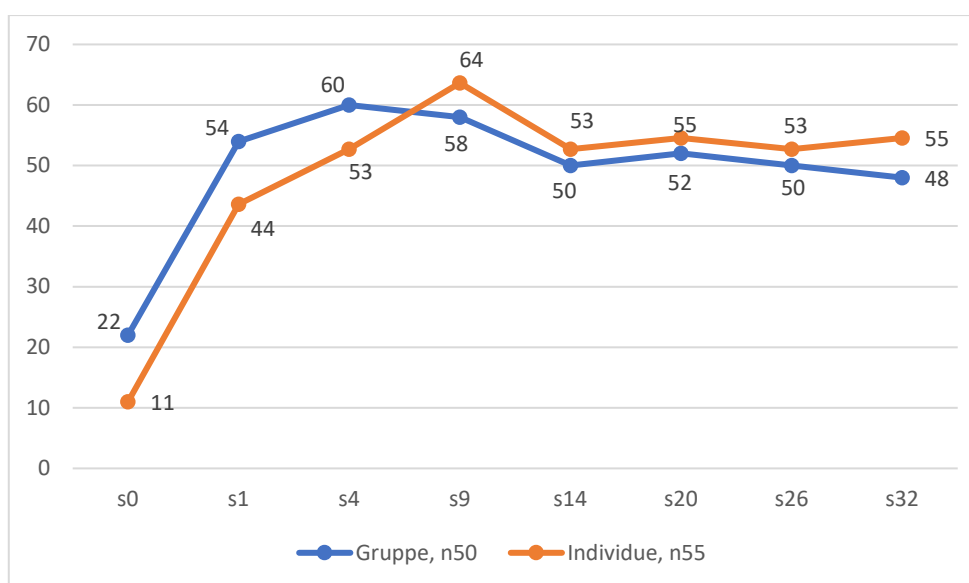
I nedenstående figur 6.6. er vist andelen der har været stoffri samtale for samtale for deltagere i alkoholbehandling. Mellem 80-86% er stoffri samtale for samtale. Det er med andre ord 14-20% af deltagerne i alkoholbehandling, som gennem behandlingsforløbet har haft et forbrug af illegale stoffer i ugen op til samtalen.



**Figur 6.6. Stoffrihed sidste session for deltagere i *alkoholbehandling* fordelt på spor. LOCF.  
(Kun deltagere i stofbehandling)**

*Brug af alkohol for deltagere i alkoholbehandling under behandlingsforløbet.*

I den næste figur er det afholdenhed den sidste uge op til samtalen, der er vist. Igen målt session for session og LOCF.



**Figur 6.7. Afholdenhed sidste session for deltagere i *gruppe og individuel MOVE*  
(Kun deltagere i alkoholbehandling)**

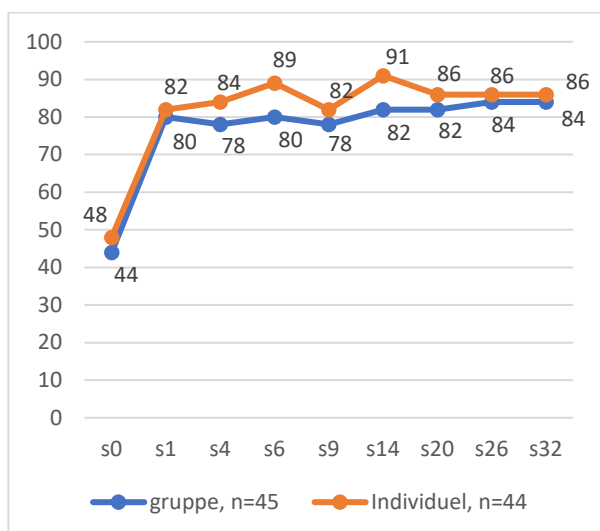
Som i figur 6.5. ses der også i figur 6.7. visse svingninger i andelen af deltagere, der var afholdende for brug af alkohol ved sidste samtale (48% for gMOVE og 55% for iMOVE). Forskellen er ikke signifikant.

*Brug af alkohol med score på 0 til 4.*

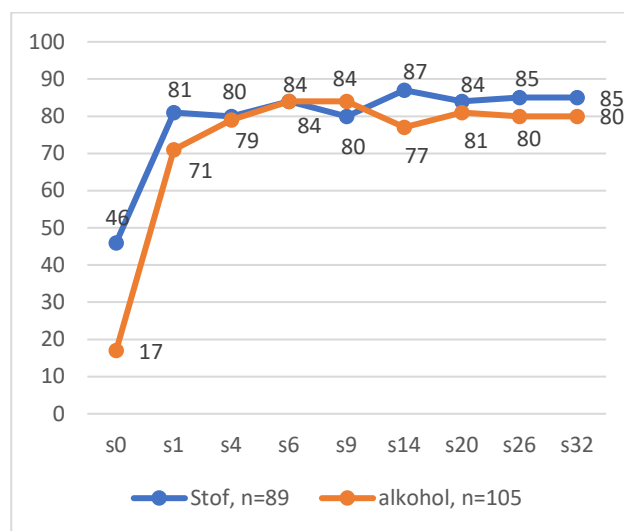
Det giver ikke nødvendigvis mening at bruge afholdenhed for deltagere i stofbehandling. Denne målgruppe havde ikke søgt alkoholbehandling, og havde for de fleste ingen intentioner om/motivation for at blive afholdende.

Vi anvendte derfor et cut på en Audit score på 0 til 4. En score på 4 betyder højst et forbrug af alkohol 2-3 dage den sidste uge.

I figur 6.8. og 6.9. er forbruget af alkohol med en score på 4 eller derunder vist for såvel deltagere i alkohol- som stofbehandling og for deltagere i gMOVE og iMOVE.



**Figur 6.8. Alkohol score 0-4 sidste samtale stofbehandling fordelt på spor. LOCF:**



**Figur 6.9. Alkohol score 0 til 4 sidste samtale fordelt på stof- og alkoholbehandling. LOCF.**

I figur 6.8. ses det, at 86% af deltagere i individuel stofbehandling havde en score på 4 eller mindre i Audit ved sidste samtale. Det samme var tilfældet for 84% i gruppebehandling.

I figur 6.9. ses det, at 80% af deltagere i alkoholbehandling havde en score på 4 eller mindre ved sidste samtale. Altså på højde med deltagere i stofbehandling.

#### 6.4. Forandringer i rusmiddelbrug fra indskrivning til ni måneder efter.

Behandlingen starter, når borgeren søger behandling, men forandringer i rusmiddelbrug er ofte startet før. Vi ser derfor også sædvanligvis en klar reducereing i forbruget af rusmidler mellem randomisering og afdækning – altså inden den egentlige behandling er påbegyndt.

F.eks. var det ved randomiseringen, 44,6% af de deltagere, der søgte stofbehandling, som havde brugt cannabis i mindst 20 dage den seneste måned. Ved s0 (baseline/Map interviewet) var dette faldet til 35,4%. Altså med 9,2 procentpoint.

Brugen af andre illegale stoffer end cannabis faldt fra 30,8% ved randomisering til 22,7% ved s0 (baseline). 13,9% er endda blevet stoffri allerede ved s0 (baseline).

Desværre har vi pga. spørgsmålenes udformning ikke været i stand til at identificere lignende sammenhæng hos deltagere, der søgte alkoholbehandling, men vi kan se, at 16,2% af borgere, der søger alkoholbehandling, allerede var afholdende ved s0 (baseline).

Dette er naturligvis ikke et udtryk for, at de ikke har behov for hjælp til at fastholde den proces, de allerede har påbegyndt.

##### 1. Alkoholforbrug for deltagere i alkoholbehandling ni måneder efter s0 (baseline)

Ved s0 (baseline) var den gennemsnitlige Audit-C forbrugsscore for de 88 i alkoholbehandling som både fik s0 (baseline) og deltog i ni-måneders opfølgningen 7,9 (max. score 12). Den var ved ni-måneders opfølgningen for de samme 88 faldet til 4,6. Forskellen er statistisk signifikant<sup>7</sup>

Nedenfor er bl.a. vist, hvor mange der har flyttet sig til LAVT belastet og hvor mange der er tilbage i kategorien STÆRKT belastede.

---

<sup>7</sup> Mixed effects linear model t=87, p=0,002, 95 % CI=-4,31,-2,12

**Tabel 6.8. Alkoholbelastning i måneden op til s0 (baseline) for deltagere i alkoholbehandling sammenlignet med ni måneder efter (Procent)**

	LAVT (afholdende)	MODERAT	MEGET	STÆRKT
s0 (baseline), n=88	17,1	11,4	21,6	50,0
9 måneder efter, n=88	31,8	21,6	31,8	14,8

*OBS! De samme 88 er interviewet ved baseline og ni måneder efter.*

- LAVT alkoholbelastet betyder, som tidligere skrevet, at deltageren har været afholdende den seneste måned op til interviewet
- MODERAT forbrug kan bl.a. være et forbrug den sidste måned på højst 2-3 dage om ugen, højst 3-4 genstande hver gang, men aldrig 5 genstande ved én lejlighed (omkring eller under sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrense pr. uge/maks. 12 genstande på en uge).

Som det ses, var det ni måneder efter baseline, 53,4%, der havde været afholdende eller haft et moderat forbrug af alkohol sammenlignet (LAV + MODERAT) med 28,5% ved baseline-interviewet (LAVT + MODERAT).

- Et MEGET belastet forbrug er f.eks. fuldskabsdruk 3 dage om ugen.
- Et STÆRKT belastet forbrug af alkohol betyder et forbrug på mindst 7-9 genstande hver gang mindst 4 dage om ugen (mindst 28 genstande om ugen).

Hvor det var 50%, der havde et STÆRKT belastet forbrug ved baseline, var dette faldet til 14,8% ni måneder efter s0 (baseline). Nogle, fra denne gruppe, har måske reduceret deres forbrug til et MEGET belastet forbrug.

Over halvdelen af dem, der søgte behandling for deres alkoholproblemer (53,4%) har den seneste måned *enten slet ikke drukket alkohol eller holdt sig under/omkring Sundhedsstyrelsens genstandsgrense (maks. 12 genstande/uge).*

## 2. Alkoholforbrug for deltagere i stofbehandling ni måneder efter s0 (baseline)

Som det tidligere blev skrevet havde 32,6% af borgerne i stofbehandling (n=89) et MEGET eller STÆRKT belastet forbrug af alkohol. Det er derfor ikke uvæsentligt at undersøge om borgerne i stofbehandling har reduceret deres forbrug af alkohol ni måneder efter s0 (baseline). Forskellen mellem de to målepunkter ses i nedenstående tabel.

**Tabel 6.9. Alkoholbelastning i måneden op til s0 (baseline) for deltagere i stofbehandling sammenlignet med ni måneder efter (Procent)**

	LAVT	MODERAT	MEGET/STÆRK*
s0 (baseline), n=65*	30,8	35,4	33,4
9 måneder efter, n=65	29,2	41,6	29,2

\* OBS! De samme 65 er interviewet ved baseline og ni måneder efter.

\* OBS! Der er for få deltagere i STÆRKT til at de må indgå i selvstændige analyser

Der ses ikke nogen store forskelle i brug af alkohol for deltagere i stofbehandling mellem s0 (baseline) og ni måneder efter. Det mest positive er, at deltagere, der var MEGET/STÆRKT belastet af alkohol, er faldet fra 33,4% til 29,2%. I alt er det 70,8% der enten har været afholdende eller haft et MODERAT forbrug af alkohol op til 9-måneders interviewet. Ved s0 (baseline) var det 66,2%.

### 3. Stofforbrug for deltagere i stofbehandling ni måneder efter s0 (baseline)

Nedenfor opdeles deltagerne igen i de fire indeks-belastninger LAV, MODERAT, MEGET og STÆRKT.

**Tabel 6.10. Stofbelastning i måneden op til s0 (baseline) for deltagere i stof-behandling sammenlignet med ni måneder efter (Procent)**

	LAVT (Afholdende)	MODERAT	MEGET/STÆRK
s0 (baseline), n=65	13,9	46,2	40,0
9 måneder efter, n=65	32,3	33,9	33,8

OBS! De samme 65 er interviewet ved baseline og ni måneder efter.

Ni måneder efter baseline var 32,3% af deltagerne i stofbehandling stoffri. Dette sammenlignet med 13,9 ved baseline.

32,3 % stoffri ligger indenfor de 30-39%, som er det almindelige antal stoffri vi ser i denne type undersøgelser. Hertil skal dog gentages, at der var meget store forskelle på andelen, der var stoffri før og efter Covid-19 restriktionernes ophævelse, hvilket senere skal vises.

### 4. Stofforbrug for deltagere i alkoholbehandling ni måneder efter s0 (baseline)

Nedenfor er vist, hvor mange der fortsat brugte stoffer ni måneder efter s0 (baseline) for deltagere i alkoholbehandling.

**Tabel 6.11. Stofbelastning i måneden op til s0 (baseline) for deltagere i alkoholbehandling sammenlignet med ni måneder efter (Procent)**

	LAVT	MODERAT	MEGET/STÆRK
s0 (baseline), n=88	80,7	10,2	9,1
9 mdr, n=88	76,1	18,2	5,7

*OBS! De samme 88 er interviewet ved baseline og ni måneder efter.*

For deltagere i alkoholbehandling var stofbelastningen for dem, der var MEGET/STÆRKT belastede af illegale stoffer den seneste måned ved s0 (baseline), faldet fra 9,1% til 5,7% ved opfølgningsinterviewet ni måneder senere. Men der var flere, der havde haft et forbrug af illegale stoffer end ved baseline (MODERAT + MEGET/STÆRKT).

### 5. Gruppe- versus individuel behandling

For at opnå den største sammenlignelighed mellem s0 (baseline) og 9-måneders opfølgning, og for at opnå den største "power" i beregningerne, er reduktion i alkohol og stofbelastning beregnet for deltagerne i alkohol- og stofbehandling sammenlagt. Se tabellerne 6.11. til 6.12.

F.eks. var der 75 deltagere i alkohol- plus stofbehandling, som modtog gruppebehandling (gMOVE) og som alle deltog i ni-måneders opfølgningsinterviewet. Spørgsmålet er her, hvor meget denne gruppe på 75 reducerede deres forbrug af alkohol og illegale stoffer fra s0 (baseline) til ni måneder efter. Det giver umiddelbart mindre forskelle mellem baseline og ni-måneders opfølgningen (se tabeller nedenfor), fordi deltagerne i stofbehandling har færre problemer med alkohol, og derfor ikke nødvendigvis reducerer deres forbrug så meget mellem de to målepunkter. Ligeledes med deltagere i alkoholbehandling, som ikke har så store problemer med brug af illegale stoffer, og dermed ikke reducerer deres forbrug af illegale stoffer så meget mellem de to målepunkter.

I tabel 6.12. og 6.13. ses reduktionen i alkoholbelastning for deltagere i gMOVE og iMOVE. Deltagere i alkohol- og stofbehandling er lagt sammen. LAV = afholdende sidste måned.



### 6.12. Reduktion i alkoholbelastning for alle i gMOVE (Procent)

	gMOVE	
	Baseline, N=75	9 mdr., N=75
LAV/afholdende	21,3	30,7
MODERAT	30,7	26,7
MEGET	17,3	29,3
STÆRK	30,7	13,3

### 6.13. Reduktion i alkoholbelastning for alle i iMOVE (Procent)

	iMOVE	
	Baseline, N=78	9 mdr., N=78
LAV/afholdende	24,4	30,8
MODERAT	12,8	33,3
MEGET	29,5	30,8
STÆRK	33,3	5,1

I tabel 6.12. ses det, at de samme 75 deltagere i gMOVE mellem *s0 (baseline)* og *ni måneder*, havde øget andelen af afholdende fra alkohol sidste måned (LAV) fra 21,3% til 30,7% og at andelen, der var stærkt belastet af alkohol, var faldet fra 30,7% til 13,3%. Når forskellen ikke er større, skyldes det som tidligere nævnt, at deltagerne i alkohol og stofbehandling er lagt sammen (se senere).

I tabel 6.13. ses de samme udregninger for iMOVE. Andelen af afholdende er her steget fra 24,4% til 30,8%, mens andelen af stærkt belastede er faldet fra 33,3% til 5,1%.

Forskellene mellem reduktionerne i gruppe- og individuel behandling er ikke signifikante.

I de næste tabeller 6.14. og 6.15. er det reduktion i stofbelastning som vises. Igen samlet for deltagerne i alkohol- og stofbehandling.

### 6.14. Reduktion i stofbelastning for alle i gMOVE (Procent)

	gMOVE	
	Baseline, N=75	9 mdr., N=75
LAV/Stoffri	50,7	54,7
MODERAT	30,7	29,3
MEGET	14,7	13,3
STÆRK	4,0	2,7

### 6.15. Reduktion i stofbelastning for alle i iMOVE (Procent)

	iMOVE	
	Baseline, N=78	9 mdr., N=78
LAV/Stoffri	53,9	60,3
MODERAT	20,5	20,5
MEGET	23,1	14,1
STÆRK	2,6	5,1

For stofbelastning er LAV også lig med afholdende (stoffri) seneste måned.

I tabel 6.14. ses det, at de samme 75 deltagere mellem *s0 (baseline)* og *ni måneder*. Efter havde øget andelen af stoffri sidste måned (LAV) fra 50,7% til 54,7% og at andelen, der var stærkt belastet af illegale stoffer, var faldet fra 4% til 2,7%. Forskellene er ikke store, hvilket igen skyldes at deltagerne i alkoholbehandling havde relativt få problemer med illegale stoffer.

I tabel 6.15. ses de samme udregninger som i 6.13. for individuel behandling. Andelen af stoffri er her steget fra 53,9% til 60,3%, mens andelen af stærkt belastede er steget fra 2,6% til 5.1%.

I de næste tabeller er reduktioner i forbrug af rusmidler for deltagere i alkohol- og stofbehandling, vist hver for sig, begyndende med alkoholbehandling.

**6.16. Reduktion i alkoholbelastning for deltagere i alkoholbehandling (gMOVE) (Procent)**

	gMOVE	
	Baseline, N=42	9 mdr., N=42
LAV/afholdende	23,8	35,7
MODERAT	16,7	11,9
MEGET	11,9	31,0
STÆRKT	47,6	21,4

**6.17. Reduktion i alkoholbelastning for deltagere i alkoholbehandling (iMOVE) (Procent)**

	iMOVE	
	Baseline, N=46	9 mdr., N=46
LAV/afholdende	10,9	28,3
MODERAT	6,5	30,4
MEGET	30,4	32,6
STÆRKT	52,2	8,7

I tabel 6.16. ses det, at andelen af afholdende for deltagerne i gMOVE alkoholbehandling er steget fra 23,8% til 35,7%. Det kan synes at være en meget lille forskel, men de 23,8% (s0, baseline) er jo ikke et udtryk for, at denne gruppe af deltagere ikke har alkoholproblemer. Måske har de været stærkt alkoholbelastede 2-3 måneder inden indskrivning.

Andelen, der havde et stærkt belastet alkoholforbrug er faldet fra 47,6% til 21,4%.

I tabel 6.17. er andelen af afholdende for deltagerne i alkoholbehandling i iMOVE steget fra 10,9% (Baseline) til 28,3% (ni måneder efter). Andelen i iMOVE, der var stærkt belastede, er faldet fra 52,2% til 8,7%.

- For gMOVE var det sammenlagt 40,5% som ved s0 (baseline) scorede LAV/MODERAT, og ni måneder efter var det 47,6%, der scorede LAV/MODERAT.
- For iMOVE var det sammenlagt ved s0 (baseline) 17,4% som scorede LAV/MODERAT, og ni måneder efter var det 58,7%, der scorede LAV/MODERAT.

I tabel 6.18. og 6.19. er det reduktion i stofbelastning, der er vist for deltagere i stofbehandling fordelt på gMOVE og iMOVE.

### 6.18. Reduktion i stof-belastning for deltagere i stof-behandling (gMOVE) (Procent)

	gMOVE	
	Baseline, N=33	9 mdr., N=33
LAV/Stoffri	9,1	30,3
MODERAT	57,6	42,4
MEGET	30,3	24,2
STÆRKT	3	3

### 6.19. Reduktion i stof-belastning for deltagere i stof-behandling (iMOVE) (Procent)

	iMOVE	
	Baseline, N=32	9 mdr., N=32
LAV/Stoffri	18,8	34,4
MODERAT	34,4	25,0
MEGET	40,6	31,3
STÆRKT	6,3	9,4

I tabel 6.18. ses det, at andelen af stoffri for deltagere i stofbehandling for gMOVE er steget fra 9,1% til 30,3%.

Andelen, der havde et *stærkt* belastet stofforbrug, er ikke faldet, men er også meget begrænset.

I tabel 6.19. ses det, at andelen af stoffri deltagere i iMOVE alkoholbehandling er steget fra 18,8% til 34,4%. Andelen i iMOVE, der var stærkt belastede, er steget fra 6,3% til 9,4%.

Selvom ingen af forskellene er signifikante, synes gMOVE her at have haft mindst lige så god/bedre effekt som iMOVE.

#### 6.4.1. Covid-19 og forandring i brug af alkohol 9 mdr. efter baseline

I det følgende skal der skelnes mellem forbruget før og efter Covid-19 restriktionerne. Det skyldes at pandemien syntes at have haft en meget stor indvirkning på ikke mindst forbruget af illegale stoffer efter afsluttet behandling.

I tabel 6.20 er vist alkoholbelastning for deltagere i alkoholbehandling under og efter Covid-19 restriktionerne.

**Tabel 6.20. *Alkoholbelastning* sidste måned, under og efter Covid-19, for deltagere i *alkoholbehandling*, sammenlignet ni måneder efter baseline (Procent)**

	LAVT	MODERAT	MEGET/STÆRK
Under Covid-restriktioner, n=53 (ni mdr. efter)	35,8	17,0	47,2
Efter Covid-restriktioner, n=35 (ni mdr. efter)	25,7	28,6	35,7

Under Covid-19 restriktionerne var det for deltagerne i alkoholbehandling 35,8%, som havde været afholdende den seneste måned ni måneder efter s0 (baseline). For dem, der var indskrevet efter Covid-19 restriktionerne var ophævet, var 25,7% afholdende.

Vi ved fra egne undersøgelser, at forbruget af alkohol blandt unge faldt under Covid-19 pandemien [23]. Alkohol blev generelt mindre tilgængelig. Sociale sammenhænge hvor der blev drukket alkohol blev minimeret og der fandtes ikke alternative (illegale) markeder, hvor der kunne købes alkohol (som det gør for stof). Derimod steg alkoholforbruget efter restriktionerne var ophævet. Måske dette kunne have en betydning for dette resultat. Forskellen er dog ikke signifikant.

Hvis LAVT og MODERAT sammenlægges (MODERAT = højst 12 genstande på en uge) forsvinder forskellen (52,8% under Covid-19 og 54,5% efter Covid-19).

I næste tabel 6.21. er det reduktion i stofbelastning for deltagere i stofbehandling, som er vist. Her ses der klare forskelle.

**Tabel 6.21. *Stofbelastning* sidste måned, under og efter Covid-19, for deltagere i *stofbehandling* sammenlignet ni måneder efter baseline (Procent)**

	LAVT	MODERAT	MEGET/STÆRK
Under Corona, n=43 (9 mdr. efter)	25,6	27,9	46,5
Efter Corona, n=22 (9 mdr. efter)	45,5	45,5	9

For de deltagere, der var i stofbehandling under Covid-19 pandemien, var det 25,6%, som var stoffri ni måneder efter s0 (baseline). For de deltagere, der var i behandling efter de sidste restriktioner, blev ophævet i februar 2022, var det 45,5%, der var stoffri ni måneder efter.

MODERAT belastet svarer til at bruge cannabis f.eks. et par dage om ugen og ikke andre stoffer. Hvis, som i alkohol, LAVT og MODERAT sammenlægges og MEGET og STÆRKT ligeledes sammenlægges, så giver det 90% med ingen/moderat forbrug af stoffer ni måneder efter og 9% med et meget/stærkt belastet forbrug ni måneder efter. Forskellen er signifikant<sup>8</sup>.

Datagrundlaget er dog forholdsvis begrænset og dermed også usikkert.

<sup>8</sup> Mixed effect generalized linear model: df=152, p=0,007, OR=,11, 95% ci=0,02-0,55)

#### 6.4.2. Gruppe versus individuel under/efter Covid-19 restriktioner

Af deltagere, der deltog i ni-måneders opfølgningen, blev i alt 96 deltagere indskrevet under Covid-19 restriktionerne og 57 efter Covid-19 restriktionerne blev ophævet.

Nedenfor er vist, hvor mange, der var stoffri før/efter Covid-19-restriktionerne for deltagere i stofbehandling fordelt på individuel og gruppe.

- 1) For deltagere, der blev indskrevet under Covid-19 restriktionerne, var 20% fra gMOVE og 30% fra iMOVE stoffri ni måneder efter s0 (baseline).
- 2) For deltagere, der blev indskrevet efter Covid-19 restriktionerne, var 46% fra gMOVE og 44% fra iMOVE stoffri ni måneder efter s0 (baseline).

*Konklusion:* For stofbehandlingens vedkommende var effekten efter Covid-19 restriktionerne for gruppebehandlingen lige så god som den individuelle behandling. For både iMOVE som gMOVE var effekten betydeligt større efter Covid-19 restriktionernes ophævelse.

Stofbehandling i gMOVE var mindre effektiv end i iMOVE under Covid-19 (20% stoffri i gMOVE mod 30% i iMOVE) men ikke efter restriktionernes ophævelse (46% stoffri i gMOVE mod 44% i iMOVE).

Stofbehandling syntes at være blevet påvirket af Covid-19 restriktionerne.

Nedenfor er vist, hvor mange, der var afholdende før/efter Covid-19 restriktionerne for deltagere i alkoholbehandling fordelt på individuel og gruppe.

- 3) For deltagere, der blev indskrevet under Covid-19 restriktionerne, var 38% afholdende (42% maks. 12 genstande/uge) fra gMOVE og 30% afholdende (63% maks. 12 genstande/uge) fra iMOVE stoffri ni måneder efter s0 (baseline).
- 4) For deltagere, der blev indskrevet efter Covid-19 restriktionerne, var 31% afholdende (56% maks. 12 genstande/uge) fra gMOVE og 21% afholdende (53% maks. 12 genstande/uge) fra iMOVE stoffri ni måneder efter s0 (baseline).

*Konklusion:* Generelt fandt vi, at reduktionen i alkoholforbrug hos deltagerne indskrevet i alkoholbehandling var lidt højere under Covid-19 restriktionerne end efter. Forskellene er dog ikke signifikante.

iMOVE var bedre end gMOVE for alkoholbehandling under Covid-19 (63% i LAV/MODERAT for iMOVE mod 42% i samme kategori for gMOVE), men ikke efter restriktionernes ophævelse (53% individuel LAV/MODERAT mod 56% gruppe).

## 6.6. Forandringer i trivsel under behandlingsforløbet og ni måneder efter

### Metoden

Trivsel måles på to forskellige måder. Henholdsvis:

- 1) TEM-Trivsel: Hver enkelt session målt med Trivsels- og Effekt Monitorerings-redskabet TEM og
- 2) MAP-Trivsel: Fra s0 (baseline) og 9 måneder efter (IP6 = Internaliserende 6 spørgsmål).

#### *Ad 1) TEM-Trivsel: Hver enkelt session (TEM)*

Trivsels-scoren i TEM er inspireret af "Outcome Rating Scores", som er anvendt i metoden Feedback Informed Treatment (FIT). I TEM stilles der følgende tre spørgsmål:

- 1) Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 7 dage?
- 2) Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner, i de sidste 7 dage?
- 3) Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 7 dage?

Der scores på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er virkeligt dårligt og 10 virkelig godt.

De tre scores lægges sammen og divideres med tre.

- En score på 7 og derover er indenfor normalområdet.
- En score mellem 6 og 7 betyder en rimelig trivsel, som vi ofte ser stige til omkring 7 gennem behandlingsforløbet.
- En score mellem 5 og 6 er tegn på tydelige internaliserende problemer. F.eks. oplever 90% *en del* til *rigtigt meget* at være påvirket af depression, 80% *en del* til *rigtigt meget* ensomme.
- En score på under 5 er kritisk. F.eks. oplever 65% sig *meget/stærkt* påvirket af selvmordstanker.

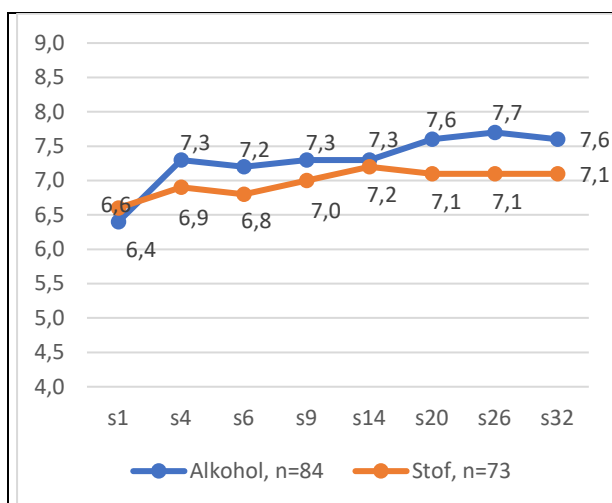
En score på under 6 kan være vanskelig at få til at stige, medmindre der tilføjes særlige indsatser.

Der anvendes igen LOCF metode (se tidligere).

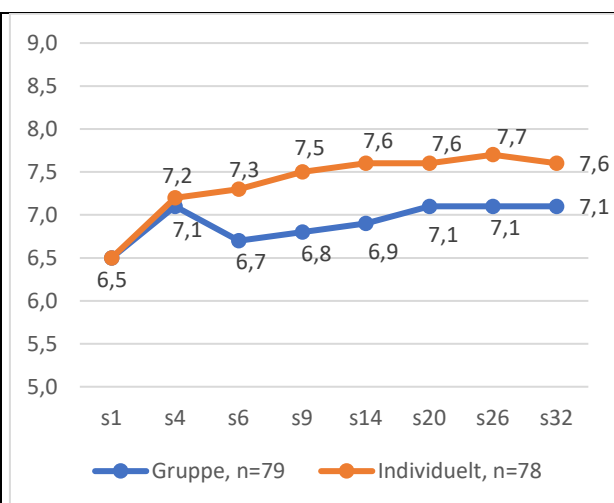
I næste figur 6.10. er vist udviklingen i trivsel målt med TEM session for session for deltagere i alkoholbehandling og deltagere i stofbehandling.

*OBS! TEM blev ikke anvendt ved Ung-/VoksenMap interviewet. Session 1 (s1) er derfor første samtale efter Ung-/VoksenMap interviewet. 157 modtog mindst 1 TEM samtale.*

Det ses, at deltagere i alkoholbehandling ved sidste session scorede 7,6 i trivsel, mens deltagere i stofbehandling ved sidste session scorede 7,1 i trivsel. Generelt ser vi, at deltagerne i alkoholbehandling øgede deres trivsel hurtigere end deltagere i stofbehandling. Deltagerne i alkoholbehandling var dog også ældre og ikke så psykosocialt belastede som deltagerne i stofbehandling.



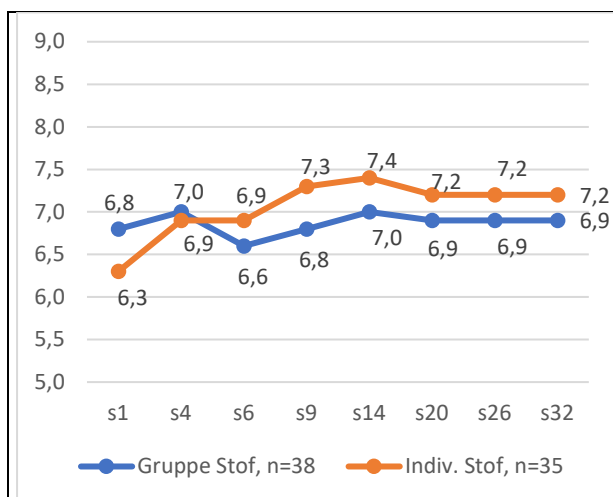
**Figur 6.10. Udviklingen i trivsel for deltagere i alkohol- og stofbehandling**



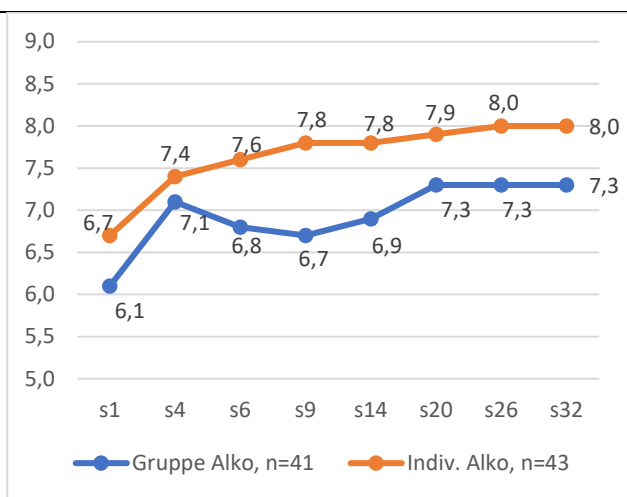
**Figur 6.11. Udviklingen i trivsel for deltagere i gMOVE og iMOVE**

I tabel 6.11 ses udviklingen i trivsel for deltagere i henholdsvis gruppe og individuel behandling. Også her er trivsel ved s1 den samme for de to grupper. Det ændres ved s6, hvor gruppebehandlingen starter. Det skal fremhæves, at denne forskel stort set kan forklares med kvinder, der modtog gMOVE (her steg trivslen kun lidt).

I de næste figurer 6.12. og 6.13. er vist udviklingen i trivsel for deltagere i henholdsvis stofbehandling og alkoholbehandling fordelt på gMOVE og iMOVE.



**Figur 6.12. Udviklingen i trivsel for deltagerne i *stofbehandling* (gMOVE og iMOVE)**



**Figur 6.13. Udviklingen i trivsel for deltagerne i *alkoholbehandling* (gMOVE og iMOVE)**

Igen ses det, at trivsel falder for såvel deltagerne i stof- som alkoholbehandling ved s6, hvor der startes i gruppe. Det ses også, at deltagerne i alkoholbehandling generelt opnår en højere trivsel, hvilket igen skyldes alder og sociale/psykiske udfordringer.

Nedenfor sammenfattes udviklingen i trivsel under behandlingsforløbet målt med TEM. Igen tages der udgangspunkt i s1 samtalen efter Ung-/VoksenMap samtalen.

**Tabel 6.22. Forandringer i trivsels-scoringer under behandlingsforløbet målt med TEM**

	Alle		gMOVE		iMOVE	
	Session 1	VSS	Ses. 1	VSS	Ses. 1	VSS
Kvinder, n=33	6,0	7,1 <sup>c</sup>	5,6	6,1 <sup>ns</sup>	6,3	7,8 <sup>c</sup>
Mænd, n=124	6,6	7,4 <sup>c</sup>	6,6	7,3 <sup>b</sup>	6,6	7,6 <sup>c</sup>
18-29, n=77	6,3	7,1 <sup>c</sup>	6,5	7,0 <sup>a</sup>	6,1	7,1 <sup>b</sup>
30-49, n=68	6,6	7,7 <sup>c</sup>	6,7	7,2 <sup>a</sup>	6,8	8,1 <sup>c</sup>
50+, n=49	6,7	7,5 <sup>c</sup>	6,6	7,0 <sup>ns</sup>	6,8	8,0 <sup>b</sup>
Alkohol-behandling, n=105	6,4	7,6 <sup>c</sup>	6,1	7,3 <sup>b</sup>	6,7	8,0 <sup>c</sup>
Stof-behandling, n=89	6,6	7,1 <sup>a</sup>	6,8	6,9 <sup>ns</sup>	6,3	7,1 <sup>b</sup>
Alle, n=157	6,5	7,4 <sup>c</sup>	6,5	7,1 <sup>b</sup>	6,5	7,6 <sup>c</sup>
	Kolonne 1	Kolonne 2	Kolonne 3	Kolonne 4	Kolonne 5	Kolonne 6

**VSS** = Ved Sidste Samtale (ingen fik flere end 32 samtaler)

a = p<.05, b = p<.01, c=p<.001, ns = ikke signifikant

Tabellen viser, at for alle grupper udviklede trivsel sig signifikant i positiv retning gennem behandlingsforløbet (kolonne 1 og 2).



For gMOVE (kolonne 3 og 4) ses der dog forskelle, der ikke er signifikante fra session 1 (ses. 1) til sidste samtale (VVS). Det gælder for stofbehandling generelt (fra 6,8, til 6,9 i trivsel for gMOVE), for de 50+ årige i gMOVE og for kvinder i gMOVE. Netop kvinderne i gMOVE scorer så lavt, at de trækker den samlede score betragteligt ned for gMOVE. Kvinder i iMOVE derimod (kolonne 5 og 6) scorer 7,8 ved sidste samtale (VVS). Overordnet set er det således primært deltagere i stofbehandling, de unge (18-29-årige) og kvinder i gMOVE, der trækker trivslen ned (se kolonne 2). Vi ser dog også, at deltagerne i gruppebehandling aldrig opnår den samme trivsel som deltagere i individuel behandling.

*Ad 2) MAP-Trivsel: Måles ved s0 (baseline) og 9 måneder efter (IP6 = Internaliserende 6 spørgsmål).*

Som tidligere nævnt består spørgsmålene ved Ung-/VoksenMap interviewet og 9 måneder efter af 6 spørgsmål: ensomhed, depression, angst, selvmordstanker og selvdestruktiv adfærd (spiseforstyrrelser og selvskade). Skalaen kaldes IP6 og er en stærk sammenhængende skala med en høj grad af stabilitet<sup>9</sup>.

Der scores fra 0 til 4 i hvert spørgsmål, og der kan højst opnås en score på 24. Jo højere scorer, jo højere mistrivsel. En lav score betyder således, at personen ikke mistrives.

Nedenfor ses hvordan scores fordeler sig ved indskrivning og 9 måneder efter.

**Tabel 6.23. Scores ved indtag og 9 mdr. efter**

Score	Indskrivning Procent n=153	9 mdr. efter procent n=153
0 til 2	30.1	41.2
3 til 4	22.2	20.3
5 til 6	18.3	15.7
7 til 8	13.1	9.8
9 til 11	11.1	9.8
12 til 15	5.2	3.3

<sup>9</sup> Test-retest: deltagere, som ikke har været i behandling, scorer stort set det samme ved to tests med seks ugers mellemrum.

I det følgende vises forandringer i *mistrivsel*/på samme måde som i tabel 6.22, men hvor trivlsen i tabel 6.22 gerne skulle stige, skal mistrivlsen gerne falde i tabel 6.24.

Den gennemsnitlige score i mistrivsel for unge danskere mellem 15 år og 25 år er 4,1 [23]. Den generelle mistrivsel er for de 153 deltagere, der blev interviewet såvel ved s0 (baseline) som 9- måneder efter, var henholdsvis 4,8 (s0, baseline) og 4,1 (ni måneder efter). Se nedenstående tabel 6.24.

**Tabel 6.24. Forandringer i mistrivsel fra Ung-/VoksenMap interview til 9 mdr. efter**

	Ung/VoksenMap	9 mdr. efter
Alle, n=153	4.8	4.1 <sup>a</sup>
Kvinder, n=35	6.1	4.5 <sup>a</sup>
Mænd, n=118	4.4	3.9 <sup>ns</sup>
18-29, n=56	5.3	4.6 <sup>ns</sup>
30-49, n=56	4.8	4.4 <sup>ns</sup>
50+, n=41	4.1	3.0 <sup>ns</sup>
Alkohol-behandling, n=105	4,5	3,8 <sup>ns</sup>
Stof-behandling, n=89	5,1	4,4 <sup>ns</sup>
	Kolonne 1	Kolonne 2

a = p.<.05, b = p<.01, c=p<.001, ns = ikke signifikant

Scoren for mistrivsel er for alle 153 faldet signifikant<sup>10</sup> fra 4,8 til 4,1. Det gælder ikke mindst for kvinderne, som var de mest belastede ved indskrivning. Effekten bæres dog helt primært af kvinder i individuel behandling. For de øvrige grupper er der også et fald i mistrivsel, men det er ikke signifikant.

I tabel 6.25 ses den samme bevægelse for kvinderne generelt, nu opstillet i et indeks fra LAV mistrivsel til STÆRK mistrivsel, hvor der er flere med LAV mistrivsel og færre med STÆRK mistrivsel ni måneder efter opstart i behandling.

**Tabel 6.25. Trivsel ved s0 (baseline) og 9 mdr. efter. Kvinder, n=35**

Indeks basis	LAVT	MODERAT	MEGET	STÆRK
s0 (baseline), n=35	17,1	25,7	22,9	34,3
9-måneder efter, n=35	34,3	22,9	40,0	2,9

<sup>10</sup> Mixed effect linear model, df=152, p=0,02, 95 % ci=-1,36,-0,10

I tabel 6.26 ses lidt mere moderate forandringer hos mændene, men alligevel flere med LAV mistrivsel (fra 22% til 29,7%) og færre med MEGET mistrivsel.

**Tabel 6.26. Trivsel ved s0 (baseline) og 9 mdr. efter. Mænd, n=118**

Indeks basis	LAVT	MODERAT	MEGET	STÆRKT
s0 (baseline), n=118	22,0	33,1	33,9	11,0
9-måneder efter, n=118	29,7	32,2	27,1	11,0

I tabel 6.27 ses en klar forøgelse af de LAVT trivsels-belastede for deltagere i gMOVE. Til gengæld ændres andelen i STÆRKT belastede stort set ikke.

**Tabel 6.27. Trivsel ved s0 (baseline) og 9 mdr. efter. gMOVE, n=75**

Indeks basis	LAVT	MODERAT	MEGET	STÆRKT
s0 (baseline), n=75	17,3	34,7	33,3	14,7
9-måneder efter, n=75	30,7	26,7	29,3	13,3

I tabel 6.28. ses ikke mindst en meget stærk reduktion i mistrivsel hos deltagere i iMOVE, der var STÆRKT trivselsbelastede ved s0 (baseline) til ni måneder efter (fra 18% til 5,1%).

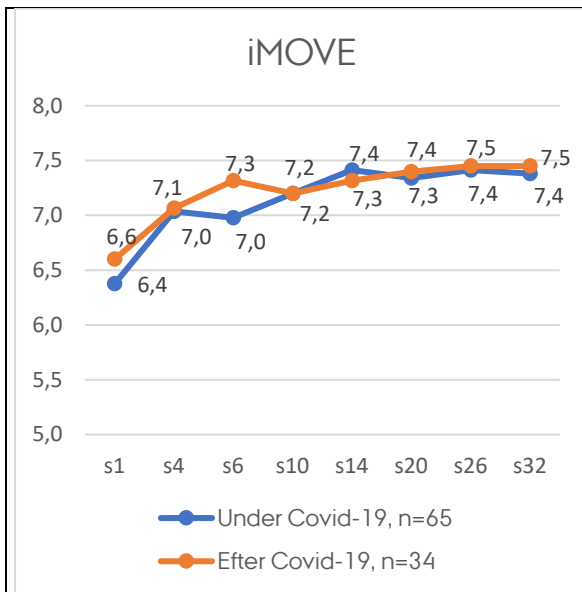
**Tabel 6.28. Trivsel ved s0 (baseline) og ni måneder efter. iMOVE, n=78**

Indeks basis	LAVT	MODERAT	MEGET	STÆRKT
s0 (baseline), n=78	24,4	28,2	29,5	18,0
9-måneder efter, n=78	30,8	33,3	30,8	5,1

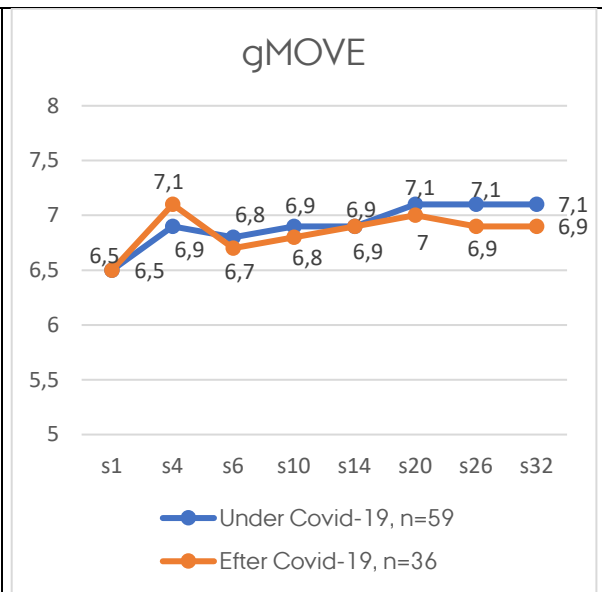
#### *6.6.1. Udvikling i trivsel før og efter Covid-19 restriktionernes ophævelse*

I figur 6.14. og 6.15 er vist udviklingen i trivsel før og efter Covid-19 restriktionernes ophævelse fordelt på iMOVE og gMOVE.

### Covid-19 og udviklingen i trivsel



**Figur 6.14. Udviklingen i trivsel under og efter Covid-19 pandemien (*iMOVE*)**



**Figur 6.15. Udviklingen i trivsel under og efter Covid-19 pandemien (*gMOVE*)**

Covid-19 pandemien synes stort set ikke at have haft indflydelse på udviklingen i trivsel blandt projektdeltagerne. For en del af deltagerne kan det være, at behandlingen startede, mens der endnu var Covid-19 restriktioner og at restriktionerne blev ophævet under behandlingsforløbet. Det kan konstateres, at deltagere randomiseret til gMOVE generelt set ikke havde så positiv en udvikling i trivsel, som deltagere randomiseret til iMOVE.

## 7. Referencer

1. Karsberg, S. H., Pedersen, M. U., Hesse, M., Thylstrup, B., & Pedersen, M. M. (2021). Group versus individual treatment for substance use disorders: a study protocol for the COMDAT trial. *BMC Public Health*, 21(1), 413. doi:10.1186/s12889-021-10271-4
2. Petry, N.M., Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it. *Psychiatrist*, 2011. 35(5): p. 161-163.
3. Evans, S., Royston, P., Day, S. (2017). Minim allocation by minimisation in clinical trials. <http://www-users.york.ac.uk/~mb55/guide/minim.htm>.
4. Bally L, Thabit H, Hovorka R. (2018). Closed-loop insulin for glyceimic control in noncritical care. *N Engl J Med*. 2018; 379(20):1970-1.
5. Treasure, T., & MacRae, K. D. (1998). Minimisation: the platinum standard for trials? Randomisation doesn't guarantee similarity of groups; minimisation does. *Bmj*, 317(7155), 362-363. doi:10.1136/bmj.317.7155.362
6. Del Palacio-Gonzalez, A., Hesse, M., Thylstrup, B., Pedersen, M. U., & Pedersen, M. M. (2021). Effects of contingency management and use of reminders for drug use treatment on readmission and criminality among young people: A linkage study of a randomized trial. *J Subst Abuse Treat*, 108617. doi:10.1016/j.jsat.2021.108617
7. Hesse, M., Jones, S., Pedersen, M. M., Skov, K. B. E., Thylstrup, B., & Pedersen, M. U. (2023). The predictive value of brief measures of externalizing behavior and internalizing problems in young people receiving substance use treatment: A secondary analysis. *Addict Behav*, 139, 107574. doi:10.1016/j.addbeh.2022.107574
8. Hesse, M., Thylstrup, B., Karsberg, S., Mulbjerg Pedersen, M., & Pedersen, M. U. (2021). Voucher Reinforcement Decreases Psychiatric Symptoms in Young People in Treatment for Drug Use Disorders - A Post Hoc Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *J Dual Diagn*, 1-10. doi:10.1080/15504263.2021.1942379
9. Pedersen MU, Karsberg SH og Berthu Ellegaard Skov, K (2023). Manual MOVE gruppe bind I og II. [www.sbst.dk/udgivelser/2023/move-gruppebehandling-for-unge-manual-bind-i-og-ii-metode-og-strukturelle-elementer](http://www.sbst.dk/udgivelser/2023/move-gruppebehandling-for-unge-manual-bind-i-og-ii-metode-og-strukturelle-elementer).
10. Fatus M.C., Squeglia, L.M., Valadez E.A., Tomko R.L., Bryant B.E. & Gray K.M. (2019): Adolescent Substance Use Disorder Treatment: an Update on Evidence-Based Strategies. *Curr Psychiatry Rep.*, Sep 14;21(10):96. doi: 10.1007/s11920-019- 1086-0
11. López, G., Orchowski, L.M., Reddy, M.K., Nargiso, J. & Johnson, J.E. (2021): Review of research-supported group treatments for drug use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. Jun 21;16(1):51. doi: 10.1186/s13011-021-00371-0.
12. Pedersen, M.U., Pedersen, M.M., Jones, S., Holm, K.E. & Frederiksen, K.S. (2017): Behandling af unge, der misbruger stoffer: En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt. Aarhus Universitet. Psykologisk Institut, Center for Rusmiddelforskning, 2017. 123 s.

13. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
14. Moyers TB, Rowell LN, Manuel JK, Ernst D, Houck JM (2016): The Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI 4): Rationale, Preliminary Reliability and Validity. *J Subst Abuse Treat.* 2016 Jun;65:36-42. doi: 10.1016/j.jsat.2016.01.001.
15. Moyers, T.B., Manuel, J.K., & Ernst, D. (2014): *Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.0*. Unpublished manual, dansk oversættelse.
16. Hallgren KA. (2012): Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol.* 2012;8(1):23-34. doi: 10.20982/tqmp.08.1.p023.
17. Balán IC, Lejuez CW, Hoffer M, Blanco C (2016): Integrating Motivational Interviewing and Brief Behavioral Activation Therapy: Theoretical and Practical Considerations. *Cogn Behav Pract.* 2016 May;23(2):205-220. doi: 10.1016/j.cbpra.2015.07.001.
18. Wagner & Ingersoll 2013: *Motivational interviewing in groups: Applications of motivational interviewing* New York/London: Guilford Press
19. Csillik A, Devulder L, Fenouillet F, Louville P (2021): A pilot study on the efficacy of motivational interviewing groups in alcohol use disorders. *J Clin Psychol.* 2021 Dec;77(12):2746-2764. doi: 10.1002/jclp.23265.
20. Pedersen, M. U., Hesse, M., Thylstrup, B., Jones, S., Pedersen, M. M., & Frederiksen, K. S. (2020). Vouchers versus reminders to prevent dropout: Findings from the randomized youth drug abuse treatment project (youthDAT project). *Drug Alcohol Depend.* 108363. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108363
21. Pedersen MU, Skov KBE, Pedersen MM, Frederiksen KS og Karsberg SH (2023). Evaluering af MOVE gruppebehandling for unge Faglig rapport 2023. <https://www.sbst.dk/udgivelser/2023/evaluering-af-move-gruppebehandling-for-unge-faglig-rapport-2023>
22. Brody, T. (2016). *Clinical trials: study design, endpoints and biomarkers, drug safety, and FDA and ICH guidelines*. Academic press.
23. Pedersen M.U., Karsberg S.H., Pedersen M.M., Skov K.B.E., Frederiksen K.S. og Fabricius V.A.V. (2023). Danske unges brug af rusmidler 2022. Hverdagsfunktion, mistrivsel og traumeoplevelser. Center for Rusmiddelforskning.
24. Kodningslab SDU: <https://app-kodningslab.cloud.sdu.dk/>