

2013

Effekten af hashbehandling

En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed
behandling af hashmisbrug



AARHUS UNIVERSITET
BUSINESS AND SOCIAL SCIENCES
CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

Mads Uffe Pedersen

Michael Mulbjerg Pedersen



Center for Rusmiddelforskning
Bartholins Allé 10, bygning 1322
8000 Aarhus C

www.crf.au.dk

Tlf.: 8716 5313

Indhold

1. SAMMENFATNING.....	4
2. INDLEDNING	8
2.1. Tilbageblik.....	8
2.2. Client Directed Outcome Informed Treatment/CDOI (Klient-Fokuseret Alliance-Orienteret behandling).....	9
3. METODE.....	13
4. RESULTATER.....	16
4.1. Klienterne.	16
4.2. Frafald og fastholdelse.	17
4.3. Forbrug før og efter behandlingen	19
4.4. Reduktion i forbrug for E- og K-gruppen.	22
4.5. Reduktion i anden belastning end forbrug (Addiction Severity Index/ASI)	25
4.6. Risiko-grupper for fortsat forbrug	26
4.7. Behandlingens betydning for fortsat forbrug af hash og andre illegale stoffer	28
5. Referencer	31
6. Bilag. Spørgeskemaer.	33

1. SAMMENFATNING

100 personer, som blev indskrevet i behandling for deres misbrug af hash, blev vilkårligt fordelt (randomiseret) til en eksperimentgruppe (E-gruppen), som modtog Client-Directed Outcome-Informed/CDOI (klient-fokuseret alliance-orienteret) behandling (n=51) og en kontrolgruppe (K-gruppen), som modtog standardbehandling (n=49). Der blev ikke identificeret forskelle mellem de to grupper i køn, alder, forbrug af stoffer, psykisk eller social belastning, herunder EuropASI-psykisk, ADHD-symptomer, kriminalitet, samlivsforhold, økonomi/lønnet arbejde med mere. Selve randomiseringen foregik uden problemer, og det konkluderes, at det er muligt at lave randomiserede undersøgelser af stofbehandling i en større dansk kommune. I mindre kommuner vil det være nødvendigt, at randomiseringen etableres som et multicenter design.

Behandlingstilbuddet bestod i én ugentlig samtale i 8 uger for såvel E (CDOI)-gruppen som K-gruppen. Efter de 8 samtaler var det muligt at fortsætte behandlingen for såvel E som K-gruppen, hvis der var ønske om og/eller behov for dette. Klienterne blev interviewet ved indskrivning, 3 måneder efter indskrivning og igen 6 måneder efter indskrivning.

For beskrivelse af CDOI (den eksperimentelle behandling) se sidste halvdel af indledningen.

Klienterne.

23 af de 100 var kvinder og gennemsnitsalderen for kvinder var 26,5 år, mens den for mænd var 25,5 år. De havde i gennemsnit haft et forbrug af hash i 23,6 dage (median 25) i måneden op til behandlingsstart, og 16 % havde i samme tidsrum haft et forbrug af andre illegale stoffer end hash. 23 % havde i måneden op til behandlingsstart fået medicin for psykiske problemer, og 16 % havde haft selvmordstanker. 32 % opfyldte de tekniske kriterier for ADHD-diagnosen (ASRS). 15 % havde været involveret i illegale aktiviteter, og 49 % havde tidligere været i behandling for deres stofmisbrug.

Resultater for den samlede gruppe.

De fundne resultater kan opdeles i a) fastholdelse, b) ophør/reduktion i forbrug, c) reduktion i anden belastning.

a) Fastholdelse: Den umiddelbart største udfordring har været fastholdelse (eller frafald). Af de 100 der accepterede at deltage i undersøgelsen, nåede 18 således aldrig at få 1 samtale. Det er de sidste 82, der indgår i resultatanalysen af behandlingseffekten. De 82 var fordelt med 41 i E-gruppen og 41 i K-gruppen. Igen var der ingen signifikante forskelle mellem grupperne i de tidligere nævnte variable.

70 af de 82 nåede at få 2 samtaler (samme som 70 af de 100 indskrevne) indenfor en 4 måneders periode. 42 af de 82 (og af de 100) nåede at få 5 samtaler. 12 af de 82 (og af de 100) nåede at få alle 8 samtaler indenfor en 4 måneders periode.

b) ophør/reduktion i forbrug: Ved første interview havde alle haft et forbrug af hash i måneden op til interviewet. Ved andet interview havde mellem 78,4 og 85,4 % haft et forbrug af hash i måneden op til interviewet og endelig havde mellem 65-79,3 % ved tredje interview haft et forbrug af hash

den seneste måned. Mellem 21 og 35 % har med andre ord ikke brugt hash i mindst én måned ved 6 måneders interviewet. Tallet synes i rimelig overensstemmelse med en tidligere danske undersøgelse af danske teenagers i stofmisbrugsbehandling, der viste, at 26,9 % havde stoppet deres forbrug af illegale stoffer 6 måneder efter udskrivning (Pedersen & Frederiksen 2012).

Nogle af klienterne er ved 3 og 6 måneders interviewet stadig i behandling, mens andre har forladt behandlingen (enten før tid eller efter planlagt forløb). Ved andet interview er det 77 % af de der stadig er i behandling, der har haft et forbrug af hash den seneste måned. Ved tredje interview er det samme tilfældet for 70,6 %. Ved tredje interview er det 58 % af de der har forladt behandlingen der stadig har et forbrug af hash (42 % intet forbrug den seneste måned). Dette indikerer, at de, der har svært ved at stoppe deres forbrug, fortsætter i behandling, mens de der stopper forlader behandlingen.

I måneden op til indskrivning havde klienterne som nævnt i gennemsnit brugt hash i 23 dage den seneste måned. Ved andet interview var dette faldet til mellem 11,4 og 17,1 dage den sidste måned, mens det ved tredje interview var faldet til mellem 13 og 16,3 dage den sidste måned. Reduktionen i forbruget synes ikke mindst at være båret af de der stopper deres forbrug af hash. De der hverken har stoppet deres forbrug ved 2. eller 3. interview har haft et forbrug den seneste måned på 25 dage (1. interview), 21 dage (2. interview) og 21 dage (3. interview). De, der stoppede deres forbrug ved enten 2. eller 3. interview (eller begge), havde et forbrug den seneste måned på 21 dage (1. interview), 1,6 dage (2. interview) og 2,3 dage (3. interview). Et lignende billede er fundet hos Pedersen & Frederiksen 2012. Det konkluderes, at de, der ikke helt stopper deres forbrug af hash, generelt har vanskeligt ved at reducere deres forbrug sammenlignet med måneden op til behandlingsstart.

Endelig blev EuropASI-stof stærkt signifikant reduceret over de tre målepunkter.

c) reduktion i anden belastning: Den psykiatriske belastning målt med EuropASI blev signifikant reduceret over de tre måletidspunkter. Det samme var tilfældet for den økonomiske belastning, hvilket ikke mindst skyldtes, at flere var kommet i arbejde. I raw-score var det 27,5 %, der havde lønnet arbejde ved første interview, mens dette var steget til 40 % ved tredje interview.

En anden måde at måle psykisk belastning var ved hjælp af det såkaldte screeningsredskab Outcome Rating Scale (ORS). Efter hver samtale blev ORS anvendt. For at opnå en klinisk signifikant oplevelse af bedre velbefindende skulle den enkelte klient forbedre sin score med mindst 5 point. Dette blev fundet hos 47,4 %. 31,6 % oplevede ingen forandring, mens 21,1 % oplevede sig mere belastet ved den sidste samtale sammenlignet med den første ORS måling.

Belastningsscoren for kriminalitet var forholdsvis moderat for denne gruppe. En ikke-signifikant reduktion i i kriminalitets-belastning kunne dog identificeres. Endelig falder antallet af ADHD-symptomer målt med ASRS signifikant mellem første og andet interview, men ikke mellem første og tredje interview.

Risikofaktorer for frafald og tilbagefald for alle: De, der får færrest samtaler, er de der er under 25 år, som tidligere har været i behandling for deres stofmisbrug, som er uden arbejde, som har tendens til at være mest kriminelle, og som har flest dage med psykiske problemer op til behandlingsstart. Dertil kommer mænd, som har nære venner, der har et forbrug af centralstimulerende stoffer.

Kvinderne er langsommere til at stoppe deres hashforbrug end mænd. Ved 2. interview er ingen af kvinderne holdt op med at ryge hash, mens 19-28 % af mændene er holdt op. Ved 3. interview er forskellen ikke mere signifikant.

Der ses ingen sikre sammenhænge mellem alder og nedsættelse af stofforbrug.

Et stort forbrug af hash i måneden op til indskrivning kan ses i signifikant sammenhæng med fortsat forbrug af hash ved 2. interview og 3. interview. De der bliver stoffri er altså også dem med det mindste forbrug ved indskrivning. Brug af andre stoffer end hash op til indskrivning forudsiger ikke fortsat brug ved 2. og 3. interview.

De unge, der boede ved deres forældre ved behandlingsstart, havde det mindste forbrug af hash 6 måneder efter indskrivning. Denne gruppe havde dog også et mindre forbrug af hash ved indskrivning i behandling. Størst nedgang i hashforbrug 6 måneder efter indskrivning ses derimod hos de, der ved indskrivning boede sammen med partner. De havde et stort forbrug ved indskrivning, men deres forbrug er ved 6 måneders opfølgning næsten på niveau med de der bor sammen med forældre. Denne nedgang forstærkes for de, der fortsat bor sammen med partner 3 og 6 måneder efter behandlingsstart. Meget tyder på, at en partner kan være en stærk ressource i behandlingen.

Det er dog ikke ligegyldigt, hvem klienterne bor sammen med eller er kæreste med (men som de ikke nødvendigvis bor sammen med). Hvis kæresten f.eks. ryger hash, er der en meget stor risiko for, at klienten også gør det ved opfølgningsinterviewene.

Af de, der deltog i 3. interview, var der 5, som havde nære venner, der ikke røg hash. 4 af de 5 (80 %) var stoffri ved 3. interview. De, der havde venner, der røg hash havde 10 gange større sandsynlighed for at ryge hash ved 3. interview, end de der havde venner der *ikke* røg hash.

De klienter, der ved indskrivning ofte og måske endda prioriterer at ryge hash/tage stoffer *udenfor*, på gaden, i offentlige centre eller andre offentlige rum, har ved 2. og 3. interview et signifikant højere forbrug end andre unge. F.eks. er det 18 % fra denne gruppe som er stoffri ved 3. interview, mens det samme er tilfældet for 62 % af de andre (raw-score). De unge der ikke ryger hash i de offentlige rum har med andre ord en større reduktion i forbruget af hash end andre unge. 28,5 % af *'udenfor'* gruppen har i måneden op til indskrivning taget andre stoffer end hash, mens det samme er tilfældet for 8,7 % af andre. Forskellen er tæt på signifikant.

De klienter, der havde modtaget flest samtaler, havde ved 3. interview et mindre forbrug af hash end andre klienter.

Gruppen, der gennemfører behandlingen, er signifikant oftere end andre stoffri ved 2. og 3. interview. F.eks. er 45,5 % af de, der gennemfører, stoffri ved tredje interview, mens dette kun er tilfældet for 12,3 % af de, der afbryder behandlingen. De, der gennemførte, havde et gennemsnitligt forbrug af hash i 10,8 dage den seneste måned før 3. interview, mens det var 18,5 dage for de, der afbrød.

Eksperiment(E)- og kontrol(K)-gruppen.

Frafald/ og fastholdelse var ens for E- og K- gruppe. Dog var det 17,1 % fra E-gruppen, der gennemførte de 8 samtaler, mens dette var tilfældet for 12,2 % fra K-gruppen. Forskellen er dog ikke signifikant. Indskrivningslængde var ligeledes den samme for E- som for K-gruppen.

Der ses ikke nogen signifikant forskelle mellem E og K-gruppen i forbrug af hash ved de to opfølgningsinterviews. Dog ses der en signifikant forskel mellem E og K-gruppen blandt de klienter der afbryder behandlingen før planlagt. Blandt denne gruppe er E-gruppens klienter signifikant oftere stoffri ved 2. interview (K=0 % stoffri, E=17,2 % stoffri). E-gruppens klienter, der afbryder behandlingen, er også tæt på oftere at være stoffri ved 3. interview. Dette betyder at E-gruppens klienter, som afbryder, ryger færre dage om måneden end K-gruppens klienter ved 2. interview (12,9 dage/md versus 21,5 dage/md).

Denne forskel i E-gruppens favør bæres næsten helt eksklusivt af kvinderne (8 kvinder i hver gruppe). Disse udgør dog en så relativt lille en gruppe, at det vil være for usikkert at konkludere, at CDOI i særlig grad egner sig til kvinder.

Andre stoffer end hash: Generelt er forbruget af andre stoffer end hash meget moderat. Ved indskrivning var det 22,0 % fra E-gruppen og 14,6 % fra K-gruppen af de 82, der fik mindst én samtale, der havde haft et forbrug af centralstimulerende stoffer. Efter 3 måneder var dette faldet til 7,1 % for E-gruppen, mens det ikke var faldet for K-gruppen. Efter 6 måneder var det 5 % fra E-gruppen, der havde et forbrug af centralstimulerende stoffer, mens det stadig var 15 % fra K-gruppen. E-gruppens klienter reducerer med andre ord deres forbrug af centralstimulerende stoffer, mens dette ikke var tilfældet for K-gruppens klienter. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant. Det konkluderes, CDOI ikke med sikkerhed er bedre end standard-behandlingen, men at de forskelle der findes taler til fordel for CDOI.

2. INDLEDNING

Mange undersøgelser har vist, at hverken afgiftning eller medicinsk behandling alene kan skabe gode resultater for stofafhængige, der forsøger at komme ud af eller reducere deres problematiske forbrug af stoffer. Det er således nødvendigt at kombinere afgiftning og/eller medicinsk behandling med forskellige psykosociale indsatser (Amato et al. 2008/Cochrane Review). I den forbindelse er tre af de største udfordringer indenfor misbrugsbehandling følgende:

- a) at få klienterne til at møde frem til de aftalte samtaler,
- b) at forhindre klienterne forlader behandlingen før planlagt og
- c) at få klienterne til at stoppe deres forbrug af illegale stoffer
- d) at forhindre klienterne hurtigt efter udskrivning får tilbagefald til et problematisk forbrug af rusmidler.

Ovenstående kan ikke isoleres fra a) etablering af en arbejdsalliance mellem klient og behandler og b) klientens psykiske og sociale belastning/funktionsniveau.

Formålet med denne undersøgelse har været at undersøge, hvorvidt metoden Client-Directed Outcome-Informed (CDOI) var bedre til at opnå de ovenfor nævnte a,b,c,d mål. Også reduktion i andre belastninger (f.eks. psykiske problemer, illegale aktiviteter) blev undersøgt ligesom arbejdsalliancens betydning for behandlingen udkomme blev analyseret.

2.1. Tilbageblik

I en dansk undersøgelse af 443 tilfældigt udvalgte stofafhængige i ambulans behandling fandt man, at klienterne udeblev fra omkring 25 % af alle planlagte samtaler, og at omkring 50 % af de klienter, der fik tilbudt behandling, enten ikke havde haft samtaler indenfor den sidste måned eller højst én samtale (Pedersen & Konge 2007).

I Sundhedsstyrelsen register over stofmisbrugere i behandling (SIB) ses det, at af 6.071 udskrevne forløb i 2010 var det 21 %, der kunne kategoriseres som færdigbehandlede. 29 % var enten udeblevet eller bortvist, mens 15 % havde ønsket at blive udskrevet eller var blevet fængslet. De resterende var enten blevet overflyttet, eller udskrivningsårsag var ukendt (ukendt= 12 %)(SIB 2010). I Dansk Registrerings- og Informations-System, som er en national database over stofmisbrugere indskrevet i stoffri døgnbehandling, var det i 2010 54 % af 1.093 udskrevne, som forlod behandlingen som færdigbehandlede (www.danris.dk). Endelig ses den samme tendens i det Nationale Alkohol-Behandlingsregister (NAB). Af 7.171 registrerede udskrivninger fra 2010 var det 22 %, der blev registreret som færdigbehandlede. 34 % var udeblevet, og 14 % havde ønsket at blive udskrevet. De resterende var overvejende blevet overflyttet/fracflyttet til andre institutioner/kommuner (Sundhedsstyrelsens NAB register). Disse tal er i overensstemmelse med, hvad der er fundet i internationale studier (se Maeschalck 2007)

Samtidig må det konstateres, at rigtigt mange stof- og alkoholmisbrugere hurtigt falder tilbage i misbrug efter afsluttet behandling. I et review af Smith et al. (2006) fandt man, at medianen for første tilbagefald efter stoffri døgnbehandling var 101 dage for et 6 måneders forløb og 60 dage for

et 3 måneders forløb. Noget tilsvarende er fundet i flere danske undersøgelser (Pedersen 1999 og 2009). Blandt opioid-brugere fandt man således, at 20-25 % fortsat var stoffri 1 år efter afsluttet stoffri døgnbehandling. Denne tilbagefaldsrate havde ikke ændret sig mellem 1998 og 2008. For tilsvarende effekter fundet i internationale undersøgelser se Hunt et al./review. 1971, Ravndal & Vaglum 1997, Pedersen et al. 2011).

Blandt unge, der misbruger centralstimulerende stoffer og/eller hash, er tilbagefaldsraten desværre ikke meget mindre, end den er for de ældre opioid-afhængige. Det er ikke mindst hash, der her er problemet. For en gruppe på 182 teenagere fandt vi at 26,9 % på intet tidspunkt haft et forbrug af illegale stoffer seks måneder efter behandlingens afslutning (målt som survival)(Pedersen & Frederiksen 2012).

Hvis forbruget af illegale stoffer udregnes måned-for-måned, er det mellem 47-52 %, der ikke har et forbrug af illegale i måned 1 efter udskrivning, i måned 2 efter udskrivning osv. Ved selve opfølgingsinterviewet var det 49,5 %, der ikke havde haft et forbrug af illegale stoffer den seneste måned (men de kan godt have haft et forbrug i fx måned 2 efter udskrivning). 31,3 % af de 182 havde på intet tidspunkt haft et forbrug af hash efter udskrivning (survival). Af de 149 unge, der havde prøvet centralstimulerende og hallucinogene stoffer, er det 60,4 %, der på intet tidspunkt de første seks måneder efter udskrivning har haft et forbrug af sådanne stoffer. En stor andel af de unge stopper således deres forbrug af centralstimulerende stoffer, mens de har meget svært ved helt at forlade deres forbrug af hash. Måske fordi hash er så normaliseret, og fordi deres vennekreds meget ofte er hashforbrugere.

Gennemførelse af behandling som planlagt er en stærk prediktor for reduktion i tilbagefald efter udskrivning. Af 622 stofafhængige som deltog i en undersøgelse af den stoffri døgnbehandling i Danmark i 1998 og 2008 blev 82 % genfundet (n=510). Af de der havde afbrudt behandlingen havde 12 % været stoffri i hele året efter udskrivning, mens det samme var tilfældet for 39 % af de der havde gennemført behandlingen som planlagt (odds ratio 4,4).

Den til tider meget høje tilbagefaldsrate kan derfor også i væsentlig grad forklares med manglende compliance resulterende i udeblivelser, bortvisninger og behandlingsophør mod givent råd. Rigtigt meget af behandlernes tid går ofte med at vente på klienter der ikke kommer til de aftalte mødetidspunkter. Det kan dog ofte gå den anden vej rundt – at aftaler aflyses af behandlerne pga. sygdom eller forskellige organisatoriske forhold. Ofte får klienter der er indskrevet i behandling derfor enten meget lidt eller slet ingen rådgivning/samtaler og det er almindeligt anerkendt at dette er en nødvendighed for at opnå et tilfredsstillende resultat med behandlingen. En væsentlig udfordring i dag er derfor at udvikle metoder til at fastholde de stofafhængige i behandling, hvilket på sigt kan forventes vil være ensbetydende med at en større andel kan fastholdes i enten stoffrihed eller i et reduceret forbrug af rusmidler efter udskrivning.

2.2. Client Directed Outcome Informed Treatment/CDOI (Klient-Fokuseret Alliance-Orienteret behandling).

PCOMS (CDOI)...” is a client feedback program for improving the treatment outcomes of adults and children participating in a behavioral health care intervention. PCOMS is designed

to improve the retention of participants in treatment and to assist them in reaching reliable and clinically significant change. The program can be implemented by behavioral health care therapists as part of any behavioral health care intervention". (SAMHSA National Registry of Evidence-based Programs and Practices 2013).

Duncan, Miller & Sparks (1994) udviklede CDOI i 90'erne med henblik på at skabe en metamodel, der kunne ændre fokus bort fra det tekniske og modelorienterede og hen imod det klient-fokuserede/centrerede. Begrundelsen var, at der blandt forskere efterhånden var opstået en hvis enighed om, at teknikker/modeller kun kan forklare en mindre del af den forandring, der kan måles i psykoterapi (se Maeschalck 2007). Nogle mener således, teknikker kun forklarer 15 %, nogle betydeligt mindre, mens andre mener, det slet ikke kan udregnes på den måde. Ideen har været at udvikle nogle enkle redskaber, som a) på den ene side kan anvendes uanset hvilke teknikker/modeller, der anvendes (dog undtaget teknikker, der slet ikke inddrager klienterne egne oplevede problemer/ressourcer), og b) som måler udkommet af hver enkelt samtale session. Således indledes og afsluttes hver session med en vurdering af følgende:

1. Ved indledningen til hver session vurderer klienten på en skala fra godt til dårligt...

- personligt velbefindende
 - forholdet til familie, nære venner mm.
 - arbejde, skole, bekendte mm.
 - generel følelse af velbefindende
- (siden sidste samtale hvis en sådan findes)*

(Outcome Rating Scale/ORS)

2. Ved afslutningen på hver session vurderer klienten på en tilsvarende skala...

- om de har følt sig hørt, forstået og respekteret
- om de har arbejdet med og talt om det de gerne ville arbejde med/tale om.
- om behandlerens måde at arbejde på passede klienten
- om dagens session alt i alt var passende for klientens

(Session Rating Scale/SRS)

ORS består af et lille skema med 5 spørgsmål, som udfyldes ved behandlingssessionen start (se figur 1). Linjen, der krydses af på, er nøjagtig 10 cm, og svaret registreres derfor på en skala fra 0 som det dårligste til 10 som det bedste. Formålet med udfyldelsen af ORS er, at den vil skabe grundlaget for at tale om de problemer, som klienten finder aktuel, hvorved den enkelt session burde blive optimalt fokuseret på klientens problemer – altså kommer til at handle om det, som klienten finder væsentligt.

Figur 1. Outcome Rating Scale (ORS).

Individuelt: (Personligt velbefindende)	
I-----I	
Nære relationer: (Familie, nære venner, osv.)	
I-----I	
Socialt: (Arbejde, skole, bekendte)	
I-----I	
Generelt: (Generel følelse af velbefindende)	
I-----I	

For at sikre et optimalt samarbejde/alliance afsluttes hver behandlingssession med at klienten vurderer sessionen ud fra 5 spørgsmål (figur 2).

Figur 2. Session Rating Scale (SRS).

Relation:	
Jeg følte mig <i>ikke</i> hørt, forstået og respekteret.	Jeg følte mig hørt, forstået og respekteret.
-----I	-----I
Mål og emner:	
Vi arbejdede <i>ikke</i> med eller talte <i>ikke</i> om det jeg gerne ville arbejde med og tale om	Vi arbejdede med og talte om det jeg gerne ville arbejde med og tale om
-----I	-----I
Tilgang eller metode:	
Terapeutens måde at arbejde på passer <i>ikke</i> til mig.	Terapeutens måde at arbejde på passer til mig.
-----I	-----I
Generelt:	
Der manglede noget i dagens session	Alt i alt var dagens session passende for mig.
-----I	-----I

Formålet med denne afsluttende evaluering er, at sessionen bliver evalueret her-og-nu for derved at muliggøre ændring af strategi til næste samtale. Hvis klienten fortsat oplever problemer i behandlerens tilgang kan et skift af behandler/rådgiver komme på tale. Hermed sikres optimale muligheder for etablering af en hensigtsmæssig og nødvendig arbejdsalliance.

Med denne metode burde klientens problemer dermed blive centrale i samtalen. Hvis dette ikke er tilfældet, vil det komme til udtryk i klientens slutevaluering af sessionen. Teknikken, der anvendes, kan udmærket være kognitiv, gestaltterapeutisk, løsningsfokuseret eller noget helt andet. Men klientens oplevelser af sit liv og evaluering af sessionen skal altid være det centrale

omdrejningspunkt. Hensigten med metoden er altså, at klienterne føler, at de er i centrum (ikke teknikken/modellen), og at de oplever sig taget alvorligt og dermed også oplever, at sessionen er vigtig for dem personligt og for deres fremtid. Det kræver naturligvis, at klientens afkrydsninger tages alvorligt at og bliver omdrejningspunktet i samtalen.

Undersøgelser af CDOI: CDOI-modellen kaldes også af nogle for 'Partners for Change Outcome Management System (PCOMS)' og er for nylig kommet på det amerikanske SAMHSA's (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) liste over evidensbaserede programmer og praktikker (se PCOMS 2012).

Miller et al (2003 og 2005) har testet validitet og reliabilitet af ORS og har ved hjælp af Jacobsens og Truax kriterium for klinisk signifikans fundet, at en score på +/- 5 i den summerede score (de 4 spørgsmål lagt sammen i figur 1) kan betragtes som en klinisk signifikant forandring, og at en score på under 25 kan betragtes som cutpoint for, hvornår en person har psykiske og/eller sociale problemer (Anker et al. 2009). Det er i særlig grad +/-5 målet, der anvendes til at løbende at screene for effekten af behandlingen.

I en randomiseret undersøgelse af Anker et al. (2009), hvor ORS blev anvendt på klienter i parterapi, fandt man, at 41,7 % af klienterne i Kontrol(K)-gruppen fik det bedre (en stigning på mindst 5 point i ORS score), mens det samme var tilfældet for 64,6 % af klienterne i eksperiment(E)-gruppen ($p < .001$). E-gruppen var netop den gruppe, hvor ORS blev anvendt som et terapeutisk redskab, hvor ORS alene blev mekanisk udfyldt før terapisesionen i K-gruppen. Desuden fandt man, at par fra eksperiment-gruppen i signifikant mindre grad blev separeret/skilt end par fra kontrol-gruppen (se også Reese et al. 2010).

I to andre kvasi-eksperimentelle undersøgelser af Reese et al. (2009), hvor effekten af psykoterapi målt med ORS blev vurderet, fandt man i den ene en signifikant bedre effekt hos E-gruppen og i den anden en tæt på signifikant bedre effekt i E-gruppen. I den ene undersøgelse var det i E-gruppen 80 %, der fik det bedre (mindst 5 point), mens det i den anden undersøgelse var 66,7 % fra E-gruppen, der fik det bedre. Der var her ikke tale om klassisk randomiserede undersøgelser.

CDOI har i særlig grad vist sin relevans i parterapi og individuel terapi. Der findes ingen kontrollerede undersøgelser af, hvorvidt CDOI også har en effekt på alkohol og stofmisbrug. Man må her hypotetisk gå ud fra, at hvis klienterne får det bedre med sig selv, inkluderer det antageligt også et mindre forbrug af alkohol/stoffer. De kontrollerede undersøgelser har heller ikke fundet, at K-gruppen får færre samtaler end E-gruppen (fordi de dropper ud). I de ovennævnte undersøgelser synes fremmødet dog generelt stabilt, hvilket sjældent er tilfældet blandt unge i behandling for stofmisbrug. Vi må derfor også forvente, at compliance er betydeligt mere udfordret i denne undersøgelse end i undersøgelser af ikke-stof/alkoholmisbrugende personer, der søger behandling for parforholdsproblemer eller psykiske problemer.

For litteratur om CDOI, se litteraturlisten sidst i denne rapport.

3. METODE

100 personer, som alle havde misbrug af hash som deres primære rusmiddelproblem, indvilligede ved deres indskrivning i ambulans behandling, i at deltage i en undersøgelse af CDOI. 23 af de 100 var kvinder og gennemsnitsalderen var 26,5 år for kvinder og 25,5 år for mænd.

Randomisering: De 100 deltagere blev vilkårligt fordelt på en eksperimentgruppe (E-gruppe), der fik tilbudt CDOI-behandling (n=51), og en kontrolgruppe (K-gruppe) (n=49) der fik tilbudt standardbehandling. Randomiseringen foregik ved, at behandlerne stillede klienterne 10 spørgsmål som ses i tabel 2. Herefter ringede de til kontaktpersonen på Center for Rusmiddelforskning (CRF) som tastede oplysningerne ind i et program, som fordelte klienterne i henholdsvis E- og en K-gruppen (Urne-randomisering). Behandlerne fik derefter at vide, om klienten skulle have E- eller K-behandlingen. Dobbelt blindet forsøg var ikke muligt. I tabel 1 ses forskelle og ligheder mellem de to grupper. Der blev ikke fundet signifikante forskelle på nogle af de 10 randomiserings-variable. Randomiseringen foregik uden problemer og det konkluderes, at det er muligt at gennemføre et randomiseret studie af misbrugsbehandling i en større dansk kommune. For mindre kommuner med mindre klientflow vil det antageligt være nødvendigt at involvere flere kommuner i randomiseringen (multicenter undersøgelser). Dette burde dog ikke være vanskeligt, så længe der er tale om individuel terapi.

Behandlerne: Behandlerne var involveret i samtaler med klienter fra såvel E- som K-gruppen. Dette har såvel fordele som ulemper. Fordelen er a) at der ikke bliver forskel på kompetencerne hos behandlerne, der fører samtaler med E- og K-gruppens klienter, og b) at der ikke opstår spændinger i behandlergruppen, som kan knyttes til arbejdsfordeling og modtagelse af uddannelse/træning. Ulempen er, at det kan være vanskeligt for behandlerne at skelne mellem den behandling, de skal give til klienter fra henholdsvis E- som K-gruppen. Jo mere tydelige E- som K-behandlingen er fra hinanden, desto nemmere bliver det at skelne, men det kan også blive mere modsætningsfuldt at håndtere meget forskellige metoder for samme behandler i samme organisation.

Interviews: De 10 randomiseringsspørgsmål og spørgsmål fra European Addiction Severity Index (EuropASI) blev stillet af behandlerne ved indskrivning som en del af den almindelige indskrivningsprocedure (BI12 = Behandler-Interview 1 og 2). Derudover blev deltagerne interviewet af en forsker fra CRF i forbindelse med 1) opstart af samtalerne, 2) efter 3 måneder og 3) igen 6 måneder efter indskrivning (Fi123 = Forsker Interview 1, 2 og 3). Spørgsmålene, der blev stillet, ses i bilaget og indeholder bl.a. spørgsmål om samlivsforhold (herunder bor med person(er) der misbruger alkohol og stoffer; ADHD symptomer, venners/kærestes forbrug af rusmidler, kontakt til familie, sociale forbrugsmønstre (med hvem og hvor indtages stofferne) forsørgelsesforhold med mere. Ved Fi23 anvendes også EuropASI 30 dages belastning (composite score). Interview 2 og 3 er derudover i vid udstrækning en gentagelse af interview 1.

I nedenstående tabel 1 ses det, hvor mange der deltog i de forskellige interviews. Antallet af opfølgings interview kunne ønskes højere og skyldes i vid udstrækning det meget store frafald blandt klienterne i behandling. Dette skal der vendes indgående tilbage til.

Tabel 1. Antal interviewede

		Antal interviewede	Procent af de 82 der modtog 1+ samtaler
Randomiserings-oplysninger	BI1	100	
Indskrivnings/ASI-oplysninger	BI2	84	84 % (69)
Supplerende ind-oplysninger	FI1	79	82 % (67)
3 måneders opfølgning	FI2	54	61 % (50)
6 måneders opfølgning	FI3	43	49 % (40)

I tabel 1 ses det, at alle 100 fik stillet de 10 randomiserings-spørgsmål. Der foreligger EuroASI svar på 84 klienter. Som det senere skal vises, var det 82 klienter, som nogensinde nåede at få mindst én samtale. Af disse forelå der EuroASI svar fra 84 % (n=69). Supplerende oplysninger som indhentet af forskere fra CRF foreligger fra 82 % af de 82, der nåede at få mindst én samtale (n=67). Som det også senere skal vises, var der et meget stort frafald blandt klienterne, hvilket udfordrede opfølgings-interviewene (Fi2,3). Således deltog 61 % af de 82 der startede behandlingen i 2 interview, hvilket er en moderat, men ikke en usædvanlig svarprocent. 49 % af de 82 deltog i 3. interview, hvilket ikke er helt tilfredsstillende. Vi forsøgte at kontakte de, der havde stoppet behandlingen, men enten kom de ikke til aftalte samtaler, eller også kunne de ikke opspores. En vis betaling kunne givetvis have forbedret svarprocenten, dette var der dog ikke økonomi til i projektet. Der tages til dels højde for de manglende svar ved at anvende såkaldte LOCF analyser.

Behandlingsmetoden: I E-gruppen blev ORS udfyldt af klienten i starten af hver session og SRS til slut i hver session. ORS og SRS blev ikke anvendt i K-gruppen. I andre undersøgelser har man valgt at lade klienterne fra K-gruppen også svare på ORS og SRS, men udenfor terapisesessionens rammer, og uden terapeuten kender til svarene. I denne undersøgelse udfyldte K-gruppen klienter ikke ORS og SRS. I stedet blev SRS målt med Working Alliance Inventory ved 2. interview (3 måneder efter behandlingsstart), og sociale og psykiske problemer blev målt med EuroASI. ORS-effekten kan derfor kun gengives for E-gruppen, mens EuroASI-effekter kan gengives for såvel E som K-gruppen.

Der blev i alt tilbudt 8 samtaler, som ideelt skulle afholdes på 8 fortløbende uger.

Træning i metoden: Alle behandlere deltog i trænings-seminarer i flere omgange.

- Et 2 dages introducerende kursus. Her blev introduceret til undersøgelsen og derefter blev der undervist og trænet i CDOI-metoden.
- Et 2 dages seminar med én af CDOI metodens grundlæggere Scott Miller. Den første dag underviste han behandlerne i afdelingen i CDOI ud fra deres praktiske erfaringer med metoden. 2. dag var et stort temadagsarrangement om CDOI også for andre interesserede.
- Derudover havde afdelingen ekstern supervision i metoden 2 gange.

- Endelige afholdt de selv månedlige sparringsmøder vedr. metoden i Ungeafdelingen i undersøgelsesperioden

Metodekontrol: I alt 29 E- og K sessioner blev optaget på bånd for derved at muliggøre en analyse af hvordan metoden blev anvendt.

Etik: Klienterne underskrev et informeret samtykke om deltagelse i undersøgelsen og fik her at vide, at de kunne trække sig fra undersøgelsen, hvis de alligevel ikke ønskede at deltage. Undersøgelsen er anmeldt til Datatilsynet. Denne slags sociale eksperimenter hvor eksperimentalbetingelsen ikke afviger meget fra kontrol-betingelsen, skal ikke anmeldes til Videnskabs etisk Komite.

4. RESULTATER

4.1. Klienterne.

I nedenstående tabel 2 ses forskelle og ligheder mellem E og K gruppen.

Tabel 2. Kontrol og eksperimentgruppe for samtlige 100 undersøgelsesdeltagere.

Sidste måned	Eksperiment, n=49	Kontrol, n=51	Sidste måned	Eksperiment, n=49	Kontrol, n=51
1 Køn			6 Selvmordstanker		
1. Mand	78,4%	79,6%	1. Ja	17,6%	14,3%
2. Kvinde	23,5%	22,4%	2. Nej	82,4%	85,7%
2 Alder			7 Aggression/↓ selvkontrol		
1. Under 18	3,9%	6,1%	1. Ja	29,4%	34,7%
2. 18-25	60,8%	55,1%	2. Nej	70,6%	65,3%
3. 26-35	25,5%	28,6%			
4. 36 og derover	9,8%	10,2%			
3 Hash dage			8 Illegale aktiviteter		
1. Intet	5,9%	6,1%	1. Intet	86,3%	83,7%
2. 1-12 dage	15,7%	8,2%	2. 1-4 dage	3,9%	6,1%
3. 13 og derover	78,4%	85,7%	3. 5 og derover	9,8%	10,2%
4 Centralstimulerende stoffer			9 Lønnet arbejde		
1. Ja	19,6%	12,2%	1. Ja	90,2%	83,7%
2. Nej	80,4%	87,8%	2. Nej	9,8%	16,3%
5 Medicin psykiske problemer			10 Tidligere misbrugsbehandling		
1. Ja	23,5%	22,4%	1. Nej	58,8%	42,9%
2. Nej	76,5%	77,6%	2. Ja	41,2%	57,1%

I tabel 2 ses det at 78,4 % af de 51 fra E-gruppen havde haft et forbrug af hash mindst 13 dage i måneden op til behandlingsstart (85,7 % af de 51 fra eksperimentgruppen) og at henholdsvis 23,5 % og 22,4 % havde fået medicin for psykiske problemer i samme tidsrum. Som nævnt tidligere er der ingen signifikante forskelle mellem kontrol og eksperimentgruppe i de 10 randomiseringsvariable.

Samlivsforhold: Samlivsforholdene er ret stabile i de 4 måneder, der går op til behandlingsstart. Mellem 36 og 41 % bor alene, 28-29 % bor sammen med partner, 18-19 % bor sammen med familie, 6- 9 % sammen med venner, 1-3 klienter bor på kollegium, pension eller hos plejefamilie og endelig har 1-3 klienter ustabile boligforhold (bor forskellige steder, på gaden, i fængsel).

ASI-Psykisk: 37 % oplevede symptomer på depression i måneden op til indskrivning, 48 % angst, 89 % koncentrationsvanskeligheder, 4,9 % hallucinationer og 2,5 % havde forsøgt at begå selvmord (2 af de 79 som have svaret på spørgsmålet). Den samlede ASI-Psykisk belastning for E-gruppen var 31,1 og 33,7 for K-gruppen. Der blev ikke på nogen områder fundet tilnærmelsesvis signifikante forskelle mellem E- og K-gruppen.

ADHD (ASRS): 30,6 % fra K-gruppen har symptomer der indikerer ADHD, mens det samme er tilfældet for 33,3 % af E-gruppen. Dette er i overensstemmelse med mange andre undersøgelser af forekomsten af ADHD blandt unge i misbrugsbehandling (se Pedersen et al. 2009).

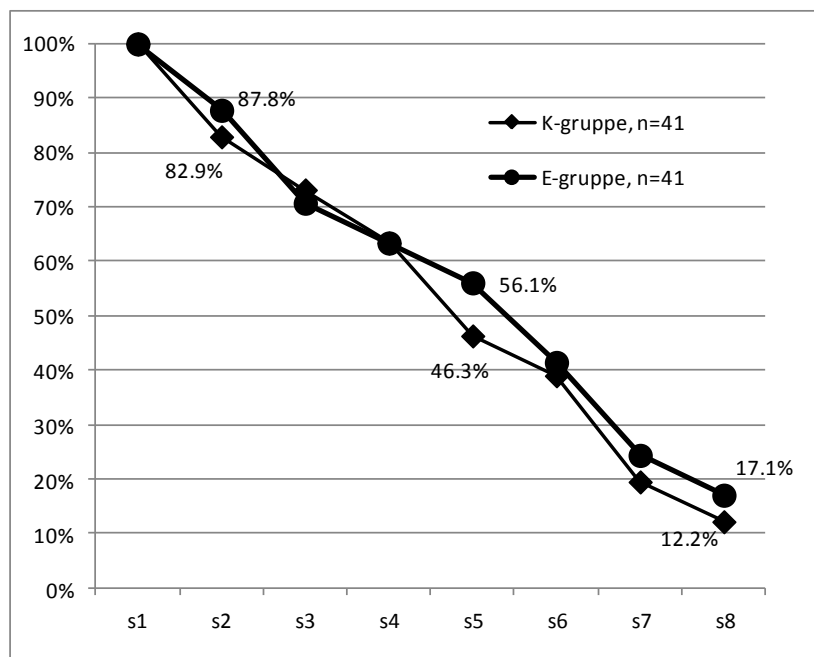
Det er i særlig grad koncentrationsproblemer, der er tale om og i betydeligt mindre grad hyperaktivitet.

4.2. Frafald og fastholdelse.

Af de 100, som accepterer at deltage i undersøgelsen og efterfølgende randomiseres, modtager 18 aldrig den første samtale. Det er 82, som starter et egentligt samtaleforløb, som vil indgå i den videre analyse, idet de øvrige 18 ikke kan sige noget om behandlingens effekt. Udover ovenstående problem med at næsten hver femte aldrig kommer i gang med behandlingen, er der problemet med det løbende frafald (eller fastholdelsen). I nedenstående figur 3 ses antal samtaler for de 82, der startede et egentligt samtaleforløb de første 4 måneder af indskrivningen.

I figuren ses det, at alle 82 modtog mindst én samtale og henholdsvis 87,8 (E-gruppen) og 82,9 % (K-gruppen) modtog mindst 2 samtaler indenfor de første 4 måneder. 46,3 % fra K-gruppen modtog mindst 5 samtaler, hvilket svarer til 19 af de 41 personer der startede behandlingen, mens det samme var tilfældet for 56,1 % fra E-gruppen svarende til 23 af de 41 personer. Det er altså 42 af de 100 personer, der får mindst 5 samtaler indenfor de første 4 måneder af behandlingsforløbet. De øvrige 58 får enten ingen eller mindre end 5 samtaler indenfor samme tidsrum – altså i gennemsnit højst én samtale om måneden.

Figur 3. Antal samtaler for E og K-gruppens 82 klienter (survival).



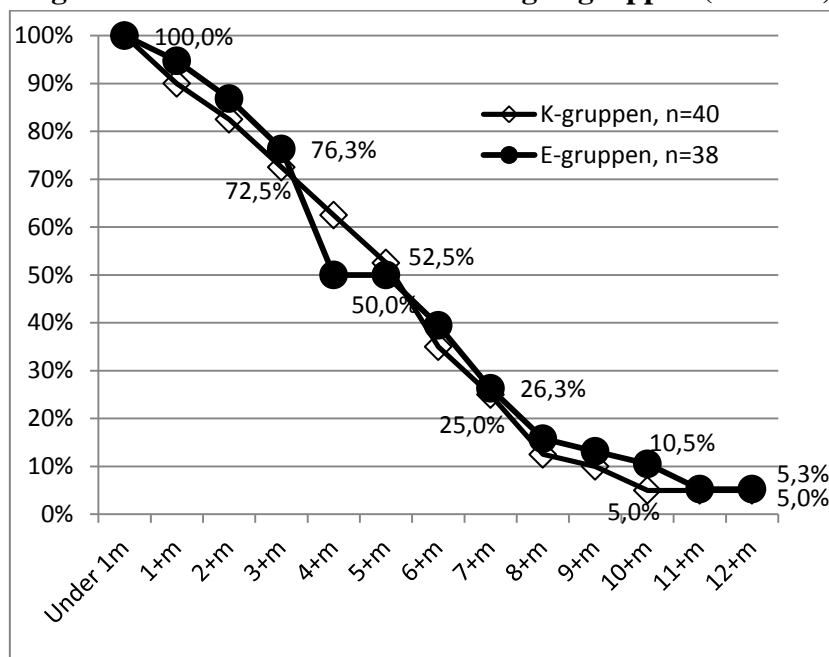
Henholdsvis 17,1 og 12,2 % gennemfører de planlagte 8 samtaler inden for de første 4 måneder (i alt 12 personer, 7 fra E og 5 fra K-gruppen). Med andre ord når 12 af de 100 randomiserede personer at modtage de planlagt 8 samtaler indenfor 4 måneder. En mindre gruppe fortsætter samtalerne efter de 8 samtaler inkluderet i selve eksperimentet. For E-gruppen er det 4 personer, som får 9-11 samtaler indenfor de første 4 måneder, mens det for K-gruppen er 4 personer, som får

9 samtaler indenfor samme tidsrum. Det kan ikke afvises at en gruppe på 8-10 klienter har modtaget samtaler udover de 4 måneder. Der ses ingen signifikante forskelle mellem E og K-gruppen.

Gennemført behandling: Ifølge misbrugsbehandlingscentrets registrering gennemførte 22 af de 100 hele behandlingsforløbet, heri inkluderet eventuelle samtaler efter de 8 eksperiment-samtaler. For de 41 fra E-gruppen, der modtog samtaler var det 24,4 % og for de 41 fra K-gruppen var det 29,6 %. Forskellen er ikke signifikant. Det kan ikke afvises, at nogle af de klienter der var inkluderet i eksperimentet, har fået samtaler senere uden at være blevet udskrevet. Der kan måske også være andre forklaringer, som det dog ikke nærvende har været muligt at gennemskue.

Indskrivningslængde: Af de 82, der startede et samtaleforløb findes oplysninger om indskrivningslængde for 38 af de 41 klienter fra E-gruppen og for 40 af de 41 fra K-gruppen. Den gennemsnitlige indskrivningslængde for E-gruppen var 159 dage (median 136) og 157 dage for K-gruppen (median 159). I figur 4 er indskrivningslængden i måneder for henholdsvis E og K-gruppen sammenholdt.

Figur 4. Måneder indskrevet for K og E-gruppen (survival).



Som det ses er indskrivningslængden stort set ens for E- og K-gruppen. F.eks. er det 76,3 % af klienter fra E-gruppen der er indskrevet i mindst 2 måneder, mens det samme er tilfældet for 72,5 % fra K-gruppen. Omkring 5 % er indskrevet i mere end 12 måneder. Ovenstående indskrivningslængder siger dog ikke noget om intensiteten af behandlingssamtaler.

Risiko-grupper for frafald

Af de 18, der slet ikke nåede at få samtaler, havde 72,2 % tidligere været i behandling, mens det for de der startede samtaleforløbet var 43,9 % (OR 3,90, $p=0,022$ kontrolleret for køn og alder).

Af de 18, der stoppede før de fik samtaler var 16,7 %, over 25 år, mens det var 41,5 % af de, der startede samtaleforløbet, der var over 25 år (OR 3,54, $p=0,059$). Det er altså indikation for, at det er de unge, der falder fra (næsten signifikant).

Der forelå EuroASI svar fra 15 af de 18 der aldrig modtog egentlige samtaler, og 69 fra de, der modtog samtaler. De, der ikke modtog samtaler, scorer højere i kriminalitetsbelastning uden dette dog er signifikant ($t=-1,69$, $p=0,094$) og har i mindre grad lønnet arbejde end de, der starter behandlingen ($t=1,93$, $p=0,057$).

Det er med andre ord de helt unge, som tidligere har været i behandling for deres stofmisbrug, som er uden arbejde, og som har tendens til at være mest kriminelle (selvom det stadig er moderat), som aldrig får startet et samtaleforløb.

Fra 0 til 8 samtaler: Ved at udvide målgruppen til at inkludere såvel de, der aldrig fik en samtale som de, der kom i gang med samtaler ses følgende sammenhænge:

- De under 25-årige får generelt færre samtaler end de over 25-årige.
- Jo færre samtaler desto højere kriminalitetsbelastede samtaler og ($r=-0,25$, $p=0,029$)
- Jo flere dage med psykiske problemer desto færre samtaler ($r=-0,29$, $p=0,012$). Ikke mindst selvmordstanker kan ses i sammenhæng med få samtaler ($r=-0,32$, $p=0,008$)

Endelig er der for mænd en signifikant sammenhæng mellem at have venner, der bruger centralstimulerende stoffer (CS) og gennemførelse af de 8 samtaler ($t(60) = 2.17$, $p = .034$). Af mænd, der har venner, som *ikke* bruger CS, er det 22,9%, der gennemfører de 8 samtaler, mens det af mænd, som har venner, der bruger CS, er 3,7 % der gennemfører.

4.3. Forbrug før og efter behandlingen

I tabel 3 ses randomiserings-data for de 82, der startede et egentligt behandlingsforløb. Der er ingen signifikante forskelle mellem E- og K-gruppen.

Tabel 3. Kontrol og eksperimentgruppe for de 82 der påbegynder samtaleforløb.

<i>Sidste måned</i>	Eksperiment, n=41	Kontrol, n=41	<i>Sidste måned</i>	Eksperiment, n=41	Kontrol, n=41
1 Køn			6 Selvmordstanker		
1. Mand	78,1%	82,9%	1. Ja	17,6%	14,3%
2. Kvinde	21,9%	17,1%	2. Nej	82,4%	85,7%
2 Alder			7 Aggression/↓ selvkontrol		
1. Under 18	2,4%	7,3%	1. Ja	26,8%	39,0%
2. 18-25	53,7%	53,7%	2. Nej	73,2%	61,0%
3. 26-35	31,7%	26,8%			
4. 36 og derover	12,2%	12,2%			
3 Hash dage			8 Illegale aktiviteter		
1. Intet	7,3%	4,9%	1. Intet	86,3%	83,7%
2. 1-12 dage	14,6%	7,3%	2. 1-4 dage	3,9%	6,1%
3. 13 og derover	78,1%	87,8%	3. 5 og derover	9,8%	10,2%
4 Centralstimulerende stoffer			9 Lønnet arbejde		
1. Ja	22,0%	14,6%	1. Ja	87,8%	85,4%
2. Nej	78,0%	85,4%	2. Nej	12,2%	14,6%
5 Medicin psykiske problemer			10 Tidligere misbrugsbehandling		
1. Ja	24,4%	19,5%	1. Nej	48,8%	63,4%
2. Nej	75,6%	81,5%	2. Ja	51,2%	36,6%

Forbruget af hash blev bl.a. målt ved indskrivning og 3 og 6 måneder efter indskrivning. Der ses i de tre mål 30 dage tilbage i tiden. Det er, som tidligere nævnt, de 82, der modtog mindst 1 samtale, der skal være i fokus, idet de 18, der ikke fik nogen samtale, ikke kan fortælle os noget om behandlingens effekt.

På grund af det fortsatte store frafald, var der kun valide data for 50 af de 82 i andet interview (61,0 %), og fra 40 deltog i tredje interview (48,7 %). Der forsøges i det følgende at tage højde for dette.

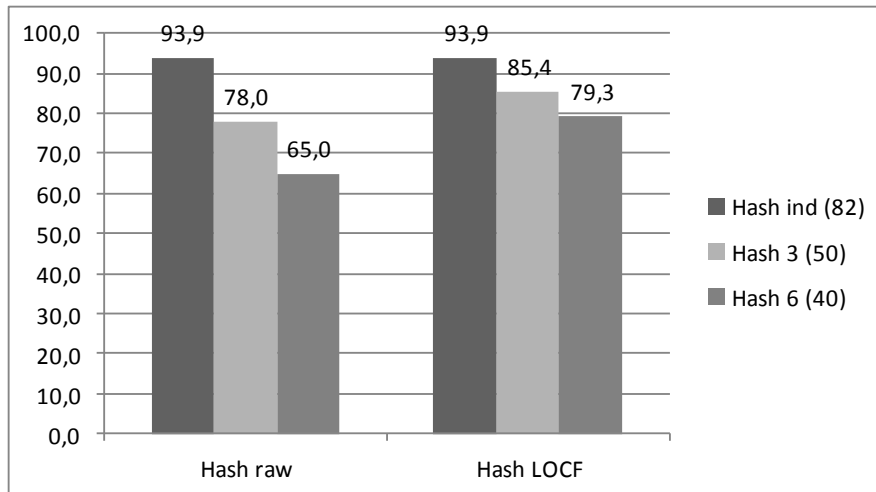
Generel reduktion i forbrug.

Der ses en meget stærk signifikant reduktion i forbruget af hash for hele gruppen (alle 82) mellem første og andet interview. I figur 5 ses ophør med forbrug af hash fra måneden før indskrivning, 3 og 6 måneder efter indskrivning. I de første 3 søjler (til venstre i figuren) ses det, hvor mange der havde haft et forbrug af hash i måneden op til indskrivning (5 personer af de 82 rapporterer ikke at have haft et forbrug af hash i måneden op til indskrivning, derfor 93,9 %). Af de 82 blev 50 interviewet anden gang og af disse havde 78 % haft et forbrug af hash i måneden op til interviewet. Af de 82 blev 40 interviewet 3. gang og af disse havde 65 % haft et forbrug af hash op til 3. interview.

En konservativ metode til at regne ophør med forbrug af hash er ved at udfylde de manglende interviews med data fra sidste interview (Last Observation Carried Forward = LOCF¹). Dette betyder, at de der havde et forbrug af hash ved indskrivning, som ikke interviewes anden eller tredje gang, typisk fremstår som fortsatte forbrugere af hash. De tre søjler til højre viser ophør ved anvendelse af LOCF. Som det ses, er

¹ For tilsvarende metode se f.eks. Ginsberg et al. 2012.

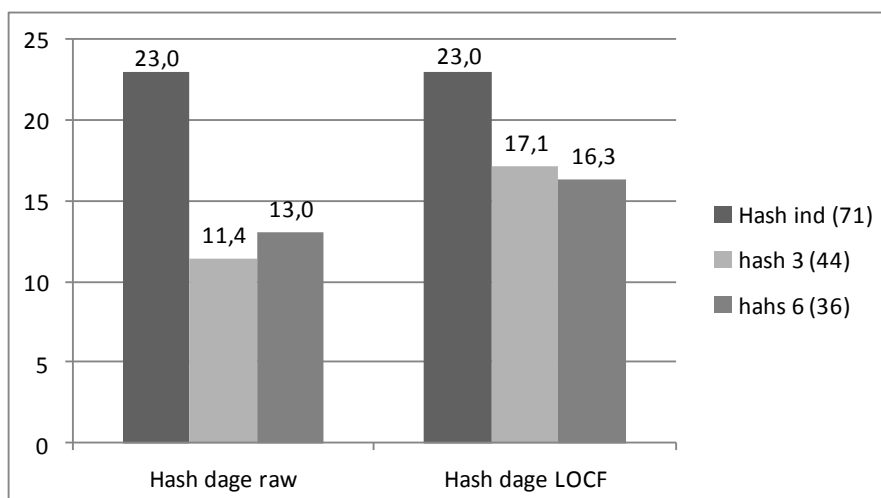
Figur 5. Ophør med forbrug af hash fra indskrivning til 6 måneder efter indskrivning.



det nu henholdsvis 93,9 %, 85,4 % og 79,3 %, som har haft et forbrug af hash ved de tre målepunkter. Også reduktionen i forbrug af hash i LOCF modellen er statistisk signifikant (anden måling: $z=-2,46$, $OR=0,38$ $p=0,014$ | tredje måling: $z=-3,76$, $OR=0,23$, $p<0,01$). Indenfor de 6 måneder må det altså formodes at mellem 21 og 35 % er holdt op med at bruge hash. Tallet synes i øvrigt i rimelig overensstemmelse med den tidligere nævnte danske undersøgelse af danske teenagere i stofmisbrugsbehandling, der viste at 26,9 % havde stoppet deres forbrug af illegale stoffer 6 måneder efter udskrivning Pedersen & Frederiksen 2012).

Hash dage sidste måned: Princippet i nedenstående figur 6 er den samme som i figur 5. De første 3 søjler viser antal dage med brug af hash den seneste måned for de der er data for.

Figur 6. Dage med forbrug af hash fra indskrivning til 6 måneder efter indskrivning.

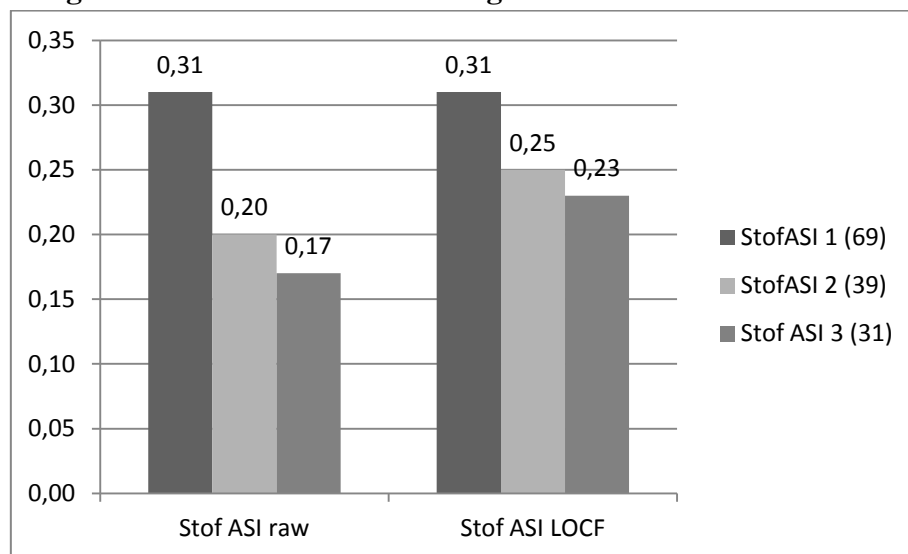


I de tre kolonner til højre er "last observation carried forward" (LOCF). Reduktionen i forbrug af hash er stærkt statistisk signifikant (repeated-measures anova $F(2,20,94)$, $p < 0,0000$). Dage med brug af hash falder altså fra et gennemsnit på 23 dage om måneden til 13-16 dage om måneden 6 måneder efter første interview.

Reduktionen i forbruget synes ikke mindst at være båret af de, der stopper deres forbrug af hash. De, der hverken har stoppet deres forbrug ved 2. eller 3. interview, har haft et forbrug den seneste måned på 25 dage (1. interview), 21 dage (2. interview) og 21 dage (3. interview). De, der stoppede deres forbrug ved enten 2. eller 3. interview (eller begge), havde et forbrug den seneste måned på 21 dage (1. interview), 1,6 dage (2. interview) og 2,3 dage (3. interview). Et lignende billede er fundet hos Pedersen & Frederiksen 2012.

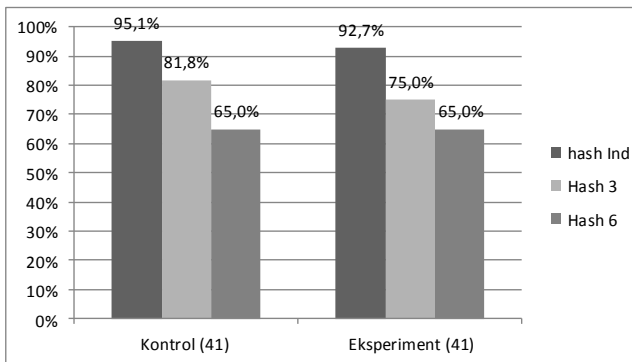
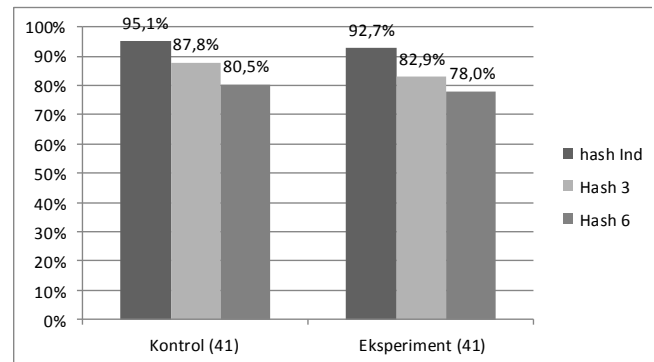
ASI stof: Princippet i den næste figur 7 er igen det samme som i figur 5 og 6. De første 3 søjler viser Stof ASI score den seneste måned ved indskrivning, efter 3 måneder og efter 6 måneder, for de der er data for (69, 39 og 31). I de tre kolonner til højre er "last observation carried forward" (LOCF). Reduktionen i Stof ASI LOCF er stærkt statistisk signifikant (repeated-measures anova $F(2,14,77)$, $p = 0,0003$). Stof ASI falder altså fra et gennemsnit på 0,31 i måneden op til indskrivning til mellem 0,17 – 0,23 seks måneder efter indskrivning.

Figur 7. Stof ASI fra indskrivning til 6 måneder efter indskrivning.

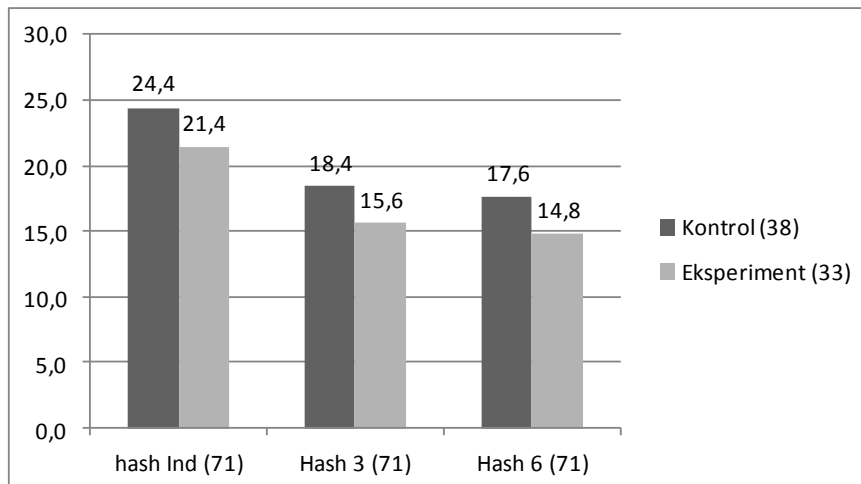


4.4. Reduktion i forbrug for E- og K-gruppen.

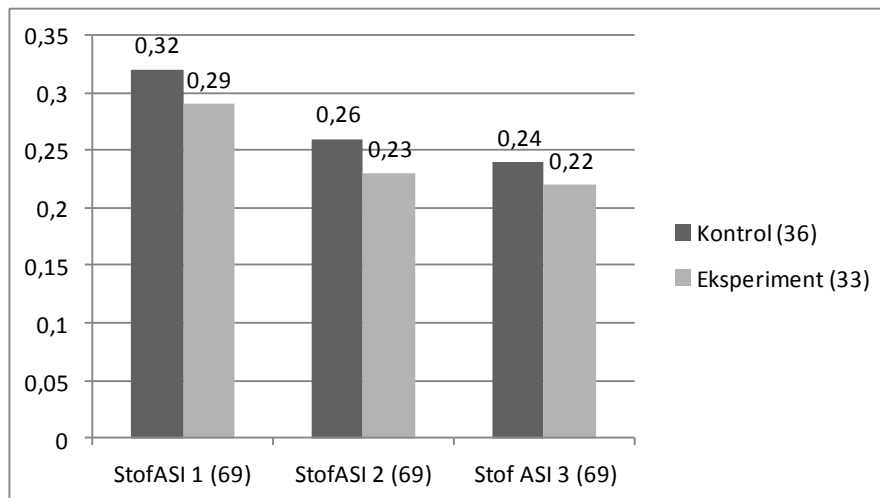
I figur 8 ses forskelle og ligheder i forbrug af hash for E- og K-gruppen. For såvel E som K-gruppen

Figur 8. Ophør med hash for K og E. Raw.**Figur 9. Ophør med hash for K og E. LOCF**

var det 65 %, som fortsat havde et forbrug af hash 6 måneder efter indskrivning målt som raw-score. Ved "Last Observation Carried Forward" (LOCF, figur 9) er det 80,5 % for K og 78,0 % for E gruppen, som fortsat har et forbrug af hash efter 6 måneder. Med andre ord er mellem 20-35 % stoppet med at bruge hash mindst i måneden op til 3. interview for K gruppen, mens det samme er tilfældet for mellem 22-35 % for E-gruppen. Der er altså ingen forskel mellem K og E gruppen målt efter ophør med forbrug af hash, hvilket i denne undersøgelse er det samme som ophør med forbrug af illegale stoffer.

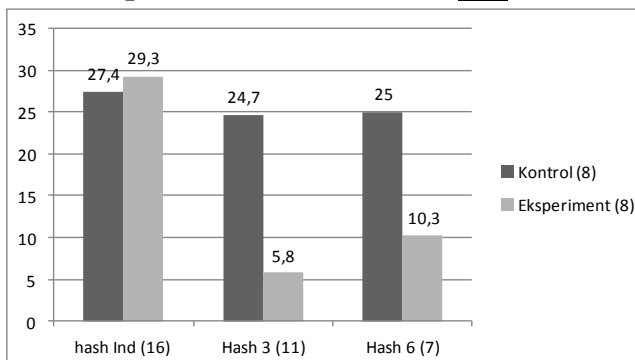
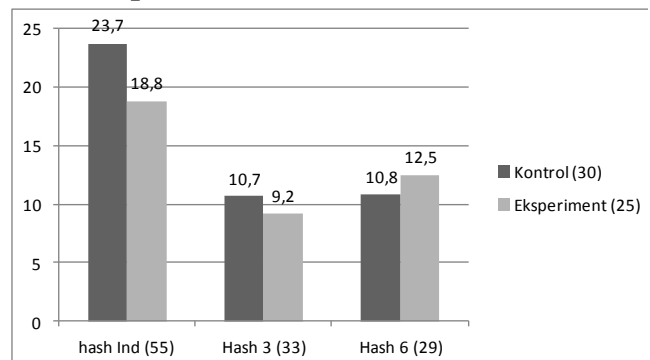
Figur 10. Brug af hash i dage (LOCF) ved 3 målinger.

I figur 10 er antal dage med brug af hash den seneste måned for henholdsvis K og E gruppen sammenlignet for 3 målepunkter. Der var hash ASI baseline-oplysninger på 71 af de 82, der modtog mindst én samtale. I tabellen er "Last Observation Carried Forward", men uanset om der anvendes LOCF eller raw, er der ikke signifikante forskelle mellem K og E gruppen.

Figur 11. Stof-ASI (LOCF) ved 3 målinger.

I figur 11 er reduktionen i Stof-ASI score for henholdsvis K og E gruppen vist ved tre målepunkter. Der er igen tale om LOCF, men uanset om der anvendes raw eller LOCF, er der ingen signifikante forskelle mellem K og E gruppen, heller ikke ved kontrol af køn og alder.

Den forskel der ses mellem E og K gruppen (til fordel for E-gruppen) bæres ikke mindst kvinderne. Dette ses i figur 12 og 13 hvor dage med forbrug af hash er vist i raw-score (altså ikke LOCF).

Figur 12. Dage forbrug af hash ved 3 måletids-punkter for 16 kvinder (*raw*).**Figur 13. Dage forbrug af hash ved 3 måletids-punkter for 55 mænd (*raw*).**

For kvinderne er der tale om små grupper med kun 8 i E og 8 i K gruppen (samlet 16). Ved måletidspunkt 2 er der 6 fra K og 5 fra E gruppen, og ved tredje interview er der 4 fra K og 3 fra E gruppen tilbage. Der ses signifikante forskelle mellem K og E gruppen ved anvendelse af raw-score, men denne forsvinder ved en repeated-measures anova LOCF analyse. Det lille antal klienter gør her usikkerheden for stor til at kunne konkludere, at CDOI er mere effektiv for kvinder end traditionel behandling. For mændene ses der ingen signifikante forskelle.

Andre stoffer end hash: Generelt er forbruget af andre stoffer end hash meget moderat. Ved indskrivning var det 22,0 % fra E-gruppen og 14,6 % fra K-gruppen af de 82, der fik mindst én

samtale, der havde haft et forbrug af centralstimulerende stoffer. Efter 3 måneder var dette faldet til 7,1 % for E-gruppen (n=28), mens det ikke var faldet for K-gruppen (15,0 %, n=20). Efter 6 måneder var det 5 % fra E-gruppen, der havde et forbrug af centralstimulerende stoffer (n=20), mens det stadig var 15 % fra K-gruppen (n=20). E-gruppens klienter reducerer med andre ord deres forbrug af centralstimulerende stoffer, mens dette ikke var tilfældet for K-gruppens klienter. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.

Det kan konkluderes, at der ikke blev identificeret signifikante forskelle mellem K og E gruppen hvad angår forbrug af hverken hash eller andre illegale stoffer. Heller ikke når der blev kontrolleret for køn og alder. Den ikke-signifikante forskel, der findes, taler til E-gruppens fordel, og den bæres helt primært af kvinderne (såvel hash som andre stoffer).

4.5. Reduktion i anden belastning end forbrug (Addiction Severity Index/ASI)

Den psykiatriske belastning målt med EuropASI viser en signifikant reduktion over de tre måletidspunkter. Målt som raw-score er der på de tre måletidspunkter en ASI psykisk belastning fra 0,38 (n=68) over 0,25 (n=50) til 0,20 (n=20). Ved en LOCF analyse er der en reduktion fra 0,38 over 0,31 til 0,28 ved de tre måletidspunkter (n=68). Forskellen er stærkt signifikant (repeated-measures anova $F(2,12,17)$, $p=0,0009$). Reduktionen i ASI psykiatrisk belastning er med andre ord fra 0,38 til mellem 0,20 og 0,28. Der ses ingen signifikante forskelle mellem E og K-gruppen, selvom den største reduktion findes E-gruppen.

Der ses en signifikant reduktion i økonomisk belastning fra en raw-score på 0,80 ved første interview (n=69 af 82) over 0,69 ved andet interview til (n=50) til 0,71 ved tredje interview (n=40). Signifikansen opretholdes ved en LOCF analyse. EuropASI økonomi er nu 0,80 over 0,73 til 0,70 (repeated-measure anova $F(2,5,02)$, $p=0,028$). Der ses ingen forskel mellem E og K-gruppen. Reduktionen i økonomisk belastning bæres ved, at flere er kommet i arbejde. I raw-score var det 27,5 %, der havde lønnet arbejde ved første interview (n=69), mens dette var steget til 40 % ved tredje interview (n=40). Ved en LOCF analyse er det 27,5 % ved første interview og 37,7 % ved tredje interview (n=69). Det er altså mellem 37,7 % og 40 % af de 69, der besvarede EuropASI spørgsmålene ved indskrivning, som har en lønnet indtægt 6 måneder efter indskrivning.

Belastningsscoren for kriminalitet er forholdsvis moderat for denne gruppe. Der ses dog en reduktion i kriminalitet, men denne er ikke signifikant. Belastningsscoren for alkohol og den fysiske belastning reduceres ikke mellem 1,2 og 3 interview.

ADHD-symptomer (ASRS): Antallet af ADHD-symptomer målt med ASRS falder signifikant mellem første og andet interview, men ikke mellem første og tredje interview (ved 3. interview er mange af klienterne udskrevet). En LOCF analyse viser ingen signifikante forskelle mellem første og andet interview. Det konkluderes, at der er indikationer på, at antallet af ADHD-symptomer målt

med ASRS falder under behandlingen, men at der ikke er indikation på, at dette fald fastholdes efter behandlingens afslutning.

Samlivsforhold: Der ses ikke den store forandring i samlivsforhold mellem 1, 2 og 3. interview. De mest almindelige boformer er alene, sammen med partner og sammen med forældre. 18 ud af 23 bor stadig alene 6 måneder efter behandlingsstart, 7 ud af 11 bor stadig sammen med partner (2 flyttet hjem til forældre, 1 bor alene, 1 bor hos andre) og 8 ud af 10 bor stadig hos forældre (1 bor alene, 1 flyttet sammen med venner).

Af de 82, der starter behandling, bor 7 sammen med en person, der misbruger rusmidler enten ved 1,2 og/eller 3. interview (4 ved første, 2 ved andet men ikke første og 1 ved 1,2 og 3. interview). Tendensen er med andre ord, at samliv med anden misbruger er relativt ustabil, og at der ses en faldende tendens efter behandlingsstart. Tallene er dog for små til at kunne sige noget sikkert.

4.6. Risiko-grupper for fortsat forbrug

Køn: Kvinderne er langsommere til at stoppe deres hashforbrug end mændene. Ved 2. interview er ingen af kvinderne holdt op med at ryge hash, mens 19-28 % af mændene er holdt op ($t=-2,01$, $p=0,047$, LOCF). Ved 3. interview er forskellen ikke mere signifikant. Nu er det mellem 11-29 % af kvinderne der er stoppet, mens det samme er tilfældet for 23-36 % af mændene. Der er indikationer på, at de 18 kvinder i mindre grad har stoppet deres hash- end de 64 mænd. Som tidligere nævnt er de kvinder, der stopper deres forbrug, hyppigere fra E end fra K gruppen.

Alder: Der ses ingen sikre sammenhænge mellem alder og nedsættelse af stofforbrug.

Forbrug: Et stort forbrug af hash ved indskrivning forudsiger et stort forbrug ved interview 2 og 3. Med andre ord har de, der ryger mest hash i måneden op til behandlingsstart, også et relativt stort forbrug senere. Dette betyder også, at et stort forbrug af hash i måneden op til indskrivning kan ses i signifikant sammenhæng med fortsat forbrug af hash ved 2. interview ($r=0,39$, $p=0,05$, $n=50$) og 3. interview ($r=0,39$, $p=0,013$, $n=40$). De der bliver stoffri er altså også dem med det mindste forbrug ved indskrivning. Brug af andre stoffer end hash op til indskrivning forudsiger ikke fortsat brug ved 2. og 3. interview.

Psykisk: Der ses ingen sikre sammenhænge mellem reduktion i hashforbrug og psykiske belastninger målt med EuropASI ved indskrivning.

ADHD-symptomer (ASRS): ADHD-symptomer ved indskrivning forudsiger hverken mere eller mindre forandringer i hash-forbrug ved 3 og 6 måneders opfølgning.

kriminalitet: Der ses ingen sikre sammenhænge mellem reduktion i hashforbrug og kriminalitet målt med EuropASI ved indskrivning. Det skal fremhæves, at denne gruppe af klienter ved indskrivning havde en lav kriminalitets-belastning.

Økonomi: Der ses ingen sikre sammenhænge mellem reduktion i hashforbrug og økonomisk belastninger målt med EuropASI ved indskrivning.

Samlivsforhold og kæreste: Mindst hash ved 6 måneder opfølgning ryger de unge, der boede ved deres forældre ved behandlingsstart. Denne gruppe havde dog også et mindre forbrug af hash ved indskrivning i behandling, samtidig med at de hører til den yngste gruppe. Størst nedgang i hashforbrug 6 måneder efter udskrivning ses derimod hos de, der ved indskrivning boede sammen med partner. De havde et stort forbrug ved indskrivning, men er ved 6 måneders opfølgning næsten på niveau med de der boede sammen med forældre. Denne nedgang forstærkes for de, der fortsat bor sammen med partner 3 og 6 måneder efter behandlingsstart. Meget tyder på, at en partner kan være en stærk ressource i behandlingen.

Det er dog ikke lige gyldigt, hvem klienterne bor sammen med eller er kæreste med (men som de ikke nødvendigvis bor sammen med). Hvis kæresten f.eks. ryger hash, er der en meget stor risiko for, at klienten også gør det. Ved 2. interview angav 28 klienter at have en kæreste. 6 af disse havde en kæreste der røg hash. Disse 6 klienter havde selv ved interview 2 (under behandlingen) røget hash 25,3 dage den seneste måned, mens de 22, der havde en kæreste, der ikke røg hash, selv havde røget hash 7,2 dage i gennemsnit den seneste måned ($t=4,21$, $p=0,0003$). Ved 3. interview forstærkes denne tendens. De, der har en kæreste, der ikke ryger hash ($n=16$ ved 3. interview) har i gennemsnit røget 3,9 dage den seneste måned, mens de 6, der havde en kæreste, der røg hash, selv har røget i gennemsnit 20,7 dage den seneste måned ($t=4,12$, $p=0,0007$).

Der kan således identificeres 3 grupper, som har fra laveste til største risiko for at fortsætte med at ryge hash: 1) kæreste, der ikke ryger hash, 2) ingen kæreste og 3) kæreste, der ryger hash. Det klart mest beskyttende er at have en kæreste, der ikke ryger hash.

Venner: Af de 40 der deltog i 3. interview, var der 5, som havde nære venner, der ikke røg hash. 4 af de 5 (80 %) er stoffri ved 3. interview. Af de resterende 35 er det 29,6 %, der var stoffri ved 3. interview (odds ratio 10,0, $p=0,027$, $n=40$). Ved 3. og sidste interview havde de, der havde nære venner, der røg hash således 10 gange større sandsynlighed for selv at ryge hash, som de der ikke havde nære venner, der røg hash.

Familie: Der ses ingen sikre sammenhænge mellem forbrug af hash ved 2. og 3. interview og kontakt til forældre. Tendensen er dog at jo mere kontakt til faderen, desto mindre forbrug af hash. Denne sammenhæng er også fundet i tidligere danske undersøgelser (Pedersen & Frederiksen 2012:9).

Hvor indtages stofferne/hash: De klienter der ved indskrivning ofte og måske endda prioriterer at ryge hash/tage stoffer *udenfor*, på gaden, i offentlige centre eller andre offentlige rum har ved 2. og 3. interview et signifikant højere forbrug end andre unge. F.eks. er det 18 % fra denne gruppe, som er stoffri ved 3. interview, mens det samme er tilfældet for 62 % af de andre. Den signifikante sammenhæng fastholdes ved en konservativ LOCF analyse ($t=2,41$, $p=0,019$). De unge, der ikke ryger hash i de offentlige rum, har med andre ord en større reduktion i forbruget af hash end andre

unge. Det skal nævnes, at 28,5 % af 'udenfor' gruppen i måneden op til indskrivning har taget andre stoffer end hash, mens det samme er tilfældet for 8,7 % af andre. Forskellen er tæt på signifikant.

4.7. Behandlingens betydning for fortsat forbrug af hash og andre illegale stoffer

Antal samtaler: De klienter, der havde modtaget flest samtaler, havde ved 3. interview et mindre forbrug af hash end andre klienter ($r=-0,32$, $p=0,043$, $n=40$). Dette kan illustreres på flg. måde: Af de 40 klienter, der deltog i 3. interview, var det 16 der modtog mindst 5 samtaler. Denne gruppe havde ved 3. interview brugt hash i gennemsnit 6,3 dage den seneste måned. De øvrige 24, som havde fået mindre end 5 samtaler, havde brugt hash i gennemsnit 15,6 dage den seneste måned ($t=2,45$, $p=0,019$, $n=40$). Denne sammenhæng er også signifikant i en LOCF analyse ($t=2,27$, $p=0,027$, $n=71$). Der var ingen forskel mellem de to gruppers forbrug af hash ved første interview.

Færdigbehandlet: En LOCF analyse viser, at gruppen, der gennemfører behandlingen, signifikant oftere end andre er stoffri ved 2. og 3. interview. F.eks. er 45,5 % stoffri ved tredje interview af de, der gennemfører, mens dette kun er tilfældet for 12,3 % af de, der afbryder behandlingen) ($t=3,41$, $p=0,001$). De, der gennemførte have et gennemsnitligt forbrug af hash i 10,8 dage den seneste måned før 3. interview, mens det var 18,5 dage for de, der afbrød ($t=2,40$, $p=0,019$).

OBS! Den eneste signifikante forskel mellem E og K-gruppen ses blandt de klienter, der afbryder behandlingen før planlagt. Blandt klienterne i denne gruppe er E-gruppens klienter signifikant oftere stoffri ved 2. interview (K=0 % stoffri ($n=28$), E=17,2 % stoffri ($n=29$), $t=2,37$, $p=0,021$, LOCF). E-gruppens klienter, der afbryder behandlingen, er også tæt på oftere at være stoffri ved 3. interview ($p=0,0501$, LOCF). Dette betyder også, at E-gruppens klienter, som afbryder, ryger færre dage om måneden end K-gruppens klienter (12,9 dage/md versus 21,5 dage/md. Ved 2. interview).

Dage i behandling: Der blev ikke fundet sikre sammenhænge mellem dage i behandling og reduktion i forbrug af hash og andre stoffer.

Outcome-rating (ORS) og Session-rating (SRS): Som nævnt var det kun klienterne i E-gruppen, der besvarede ORS og SRS, idet denne besvarelse jo netop var en del af den eksperimentelle behandling². I alt 19 klienter fra E-gruppen havde besvaret OSR og SRS mindst 2 gange, og for disse kunne der udregnes en evt. progression.

ORS: Som tidligere nævnt rater klienterne på en skala fra 0 (dårligt) -10 (godt) deres a) personlige velbefindende, b) forhold til familie, nære venner mm., c) arbejde, skole, bekendte mm. og d) generel følelse af velbefindende. Disse kan summeres til en skala fra 0 til 40.

² K-gruppen kunne have fået ORS og SRS efter sessionen, men vi fandt dette for vanskeligt at administrere. I stedet blev klienterne fra såvel E som K-gruppen anmodet om at svare på 36 spørgsmål fra Working Alliance Inventory ved 2. interview.

At befinde sig udenfor normal-området kræver en summeret score på under 25. Samtlige 19 med flere ORS-målinger lever op til dette kriterium. Ved sidste ORS-måling er det 42 % som har bevæget sig op på en score over 25. Altså en klar forbedring.

For at opnå en klinisk signifikant oplevelse af bedre velbefindende (summeret) skulle den enkelte klient forbedre sin score med mindst 5 point. Dette blev fundet hos 47,4 % (9 af 19). 31,6 % (6) oplevede ingen forandring, mens 4 (21,1 %) oplevede sig mere belastet ved den sidste sammenlignet med den første ORS måling.

Af de, der har overskredet de 25 point i velbefindende, er 42,9 % stoffri ved 2. interview, mens der ikke er nogen, der er stoffri, af de der fortsat befinder sig under de 25 point ($t=2,12$, $p=0,055$). Desværre er forskellen forsvundet ved 3. måneders interviewet 6 måneder efter indskrivning, hvor de fleste klienter er udskrevet. Man kan dog alligevel konkludere at generel følelse af velbefindende, er et godt mål for såvel nemt at screene for psykisk belastning og indirekte for reduktion i stofmisbrug.

SRS: klienterne ratede igen på en skala fra 0 (dårligt) -10 (godt) deres samarbejde med behandleren ud fra følgende kriterier (se figur 2): a) relation, b) mål og emner, c) tilgang eller metode og d) generelt. Igen summeres der til en skal fra 0 til 40.

Generelt blev der scoret meget højt i vurderingen af samarbejdet med behandlerne. Kun 2 af de 19 oplevede et dårligt eller moderat godt samarbejde med behandlerne. Begge disse fortsatte deres forbrug af illegale stoffer. Tendenser er, at jo højere *SRS*-score, desto flere samtaler. Men dette er ikke i nærheden af at være signifikant.

Working Alliance Inventory (WAI): Arbejdsalliancen blev målt med *WAI* på tre områder: Enighed om opgave/metode, enighed om mål og det emotionelle bånd. Ligesom *ORS* og *SRS* summeres disse tre faktorer til en samlet score. *WAI* blev såvel målt på E- som på K-gruppen.

Ikke overraskende er der en stærk sammenhæng mellem *SRS*-relation og *WAI*-bånd ($r=0,73$, $p=0,01$) og *SRS*-mål og *WAI*-mål ($r=0,72$, $p=0,012$). På disse to områder synes de to tests stort set at måle det samme. Der blev ikke fundet en signifikant sammenhæng mellem *SRS*-tilgang og *WAI*-opgave/metode, selvom det er meget tæt på ($r=0,55$, $p=0,077$).

Kvinderne etablerede en signifikant højere grad en stærk arbejdsalliance end mændene (*WAI*-summering). Ikke mindst en høj grad af enighed om mål og et stærkt emotionel bånd var i særlig grad kendetegnende for kvinderne (begge signifikant).

Der blev fundet en sammenhæng mellem høj psykisk belastning ved indskrivning og vanskeligheder med at blive enige om opgave/metode. De, der var mest belastede psykisk, syntes altså ikke altid, at metoden, der blev anvendt, var den rette.

De, der ved indskrivning oplevede sig selv som havende svært ved at kontrollere temperament, etablerede den dårligste arbejdsalliance. Ligeledes etablerede de, der var mest kriminelle den dårligste arbejdsalliance og endelig blev arbejdsalliancen heller ikke optimal hos de, der havde oplevet hallucinationer i måneden op til behandlingsstart. Med andre ord var den gruppe, der etablerede den dårligste arbejdsalliance, de uadrettede, kriminelle mænd.

Der blev ikke fundet forskelle i *WAI* mellem E og K-gruppe

Båndoptagelser og engagement i den eksperimentelle metode (CDOI): Der findes i alt 29 optagelser af terapi sessioner inkluderende såvel klienter fra E som K gruppen. Som vist tidligere indikerer scorer i såvel SRS som WAI, at der generelt er en rigtig god kontakt mellem rådgiver og klient. Dette fremgår også tydeligt af båndoptagelserne. Dialogen er som regel let, ubesværet og åben. I optagelserne af E-gruppen anvendes ORS og SRS samvittighedsfuldt og sædvanligvis er det også afkrydsningen i ORS, der er udgangspunkt for den første del af samtalen. Ofte oplever klienterne, de har det ret dårligt med sig selv, og at de har forskellige, ofte ret så massive problemer med deres sociale netværk (forældre, stedforældre, kærester). Fokus på problemer med sociale netværk holder dog sjældent i ret lang tid i samtalerne. Det er som om, der mangler strategier til at fastholde fokus på netop disse problemer. I stedet bliver klienternes frustrationer over hjælpesystemet, diagnoser, medicin m.m. ofte centrale. Dette gælder for såvel E- som K gruppen.

Det er vanskeligt at se forskel på samtalerne i E og K-gruppen. De er begge klient-fokuseret, men de synes også begge umiddelbart at mangle en metodisk fremadskuende strategi f.eks. i forhold til familie, kæreste, venner, arbejde og skole mm. I stedet kommer det som nævnt ofte til at handle om hjælpe-systemet. Det er ikke overraskende, samtalerne kommer til at handle om diverse hjælpesystemer/ relationer, fordi netop den hjælp der modtages naturligt optager klienterne. Dette fokus bevirker dog også at samtalerne nemt bliver reaktive i stedet for proaktive (fremadskuende).

I samtaler med behandlerne har vi hørt flere sige, at de ikke rigtig kan se forskel på om de bruger ORS/SRS eller ej, og derfor er engagementet i forhold til at anvende ORS også blevet mindre gennem forløbet. I et fremtidigt studie vil det være væsentligt at anvende et engagement-mål for såvel E- som K-metoden (standard-metoden). Hvis engagementet for E-metoden er mindre end for K-metoden kan man næppe forvente en højere effekt for E-metoden, uanset hvor god denne måtte være. Ligeledes kan et meget højere engagement i E end i K-metoden måske betyde E-metodens effekt skyldes engagementet mere end selve teknikken. Et positivt kendetegn ved en metode er dog, at den engagerer, hvorfor dette ikke diskvalificerer den særlige effekt, en E- metode eventuelt udviser.

5. Referencer

Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet S. (2008). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. In: *Cochrane Database Systematic Review*, 8;(4):CD005031.

Anker MG, Duncan BL, Sparks JA. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: a randomized clinical trial in a naturalistic setting. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Aug;77(4):693-704.

DanRIS Stof 2011 (2012). *Dansk Registrerings- og Informations-System*.
http://danris.dk/uploads/docs/DanRIS_2011.pdf.

Duncan BL, Miller SD, Sparks JA, Claud DA, Reunolds LR, Brown J & Johnson LD (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a "Working" Alliance Measure. In: *Journal of Brief Therapy*, 3(1).

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

Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. *J Clin Psychol* 1971; 27(4):455–6.

Maeschalck C. (2007). Client Directed Outcome Informed Treatment (CDOI): Improving Outcomes by 65% or Better. *Paper presented at Canadian centre on Substance Abuse National Conference*.

Miller SD, Duncan BL, Sparks JA & Claud DA (2003). The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. In: *Journal of Brief Therapy*, 2(2).

NAB/Nationale Alkohol-Behandlings register (2012).
http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsstyrelsens%20registre/Nationale_Alkoholbehandlingsregister.aspx

Pedersen, M.U. (1999a). *Stofmisbrugere efter døgnbehandling*. Delrapport 5. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Pedersen, M.U. & Nielsen, M. K. (2007): *Behandlingsgaranti og ydelser i dansk stofmisbrugsbehandling*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Pedersen, M.U. (2009): *Stoffri døgnbehandling 1997 til 2007*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 125 kr. incl. moms

Pedersen, M.U., Vind, L. & Bækboel, M. (2009): [13-17-årige piger der misbruger rusmidler, og den behandling de tilbydes](#), Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen MU, Hesse M & Bloomfield K (2011). Abstinence-orientated residential rehabilitation of opioid users in Denmark: Do changes in national treatment policies affect treatment outcome? *Scandinavian Journal of Public Health*, 39: 582–589

Pedersen MU & Frederiksen KS (2012). Unge der misbruger rusmidler. Hvor mange, behov, behandling, stofforbrug efter behandling. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Ravndal, E. & Vaglum, P. (1998). Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 15:2: 135-142.

Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009b). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 418-431.

Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., & Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 616-630.

SAMHSA National Registry of Evidence-based Programs and Practices 2013

<http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=249>

SIB/Register over stofmisbrugere i behandling (2010).

http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Indberetning/Elektronisk_indberetning/SIB.aspx

Smith LA, Gates S & Foxcroft D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. In: *Cochrane Database Systematic Reviews*. 25;(1): Review.

Anden litteratur om CDOI

Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009a). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693-704.

Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist*, 13(1), 1-9.

Major DL, Watson CW, Miller SD & Duncan BL (2006). The Reliability and Validity of the Outcome Rating Scale: A Replication Study of a Brief Clinical Measure. In: *Journal of Brief Therapy*, 5(1).

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5-22.

6. Bilag. Spørgeskemaer.

Interview CDOI

1. Indtægtskilde: Skriv 1 for mest, 2 for næstmest osv.

Kategorier	Måned før Ind	2. måned før ind	3. måned før ind	4. måned før ind
25.0. Lønnet arbejde (inkl. flex)				
25.1. SU				
25.2. Arbejdsløshedsdagpenge				
25.3. Aktivisering/fået løn med tilskud				
25.4. Sygedagpenge				
25.5. Kontanthjælp				
25.6. Revalideringsydelse				
25.7. Førtidspension/pension				
25.8. Efterløn				
25.9. Illegale aktiviteter				
25.10. Anden offentlig ydelse				
25.11. Selvstændig				
25.12. Løn med løntilskud				
25.13. Anden indtægt (inkl. sort arbejde)				
25.14. Uoplyst				

2. Samlivsforhold: Skriv 1 for mest, 2 for næstmest osv.

Kategorier	Måned før Ind	2. måned før ind	3. måned før ind	4. måned før ind
1. Alene				
2. Med partner				
3. Med forældre				
4. Med anden familie				
5. Med plejefamilie				
6. Med venner				
8. Med partner og børn under 18				
9. Alene med børn under 18				
10. Andet: Hvilke				
1. Med nogle der har alkohol og/eller stofmisbrugsproblemer				

3. Brug af stoffer og alkohol

Indskrivnings- dato _____ BAGUD	Benzo, sedativa, risolid, beroligende, sove-medicin o.l. <input type="checkbox"/> Nej	Hash (e.a. THC produkter) <input type="checkbox"/> Nej	Stimulanser, halluci- nogenes (kokain, XTC, svampe, amfetamin, kokain, GHB o.l. <input type="checkbox"/> Nej	Heroin (ryge/inj), opioider, ketogan, pitidin, metadon o.l. <input type="checkbox"/> Nej	Alkohol Mindst 5 genst. <input type="checkbox"/> Nej
1. måned	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja
2. måned	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja
3. måned	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja
4. måned	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja

4. Kriminalitet

X hvis JA	Måned før Ind	2. måned før ind	3. måned før ind	4. måned før ind
1. Har du være involveret i illegale aktiviteter for at skaffe penge.	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja

5. Har du indenfor det sidste år været sigtet for følgende kriminalitet

	JA	NEJ
1. Besiddelse og/eller handel med stoffer		
2. Berigelseskriminalitet (tyveri, indbrud, bedrageri, falskneri, hæleri, afpresning)		
3. Røveri, overfald, brandstiftelse, mord, manddrab		
4. Anden kriminalitet: Hvilken (skriv herunder)		

6. ADHD (ASRS)

- 1) Besvar venligst alle spørgsmål ved at sætte et kryds i det felt, der bedst beskriver, hvordan du har følt og opført dig de seneste seks måneder.
- 2) Sæt kun ét kryds ved hvert spørgsmål.

	aldrig	sjældent	Nogen gange	ofte	Meget ofte
1. Hvor ofte har du svært ved at afslutte et projekt og få de sidste detaljer på plads, når den udfordrende del af arbejdet er overstået?					
2. Hvor ofte har du svært ved at klare en opgave, der kræver planlægning?					
3. Hvor ofte har du svært ved at huske aftaler eller andet, du burde huske?					
4. Hvor ofte undgår eller udsætter du en opgave, som kræver mange overvejelser?					
5. Hvor ofte sidder du uroligt med hænder eller fødder, når du skal sidde ned i længere tid?					
6. Hvor ofte føler du dig overaktiv og er nødt til at gøre ting, som var du drevet af en indre motor?					
a. Hvor ofte laver du sjuskefejl, når du skal arbejde på et kedeligt eller vanskeligt projekt?					
b. Hvor ofte har du svært ved at fastholde koncentrationen, når du udfører kedeligt eller ensformigt arbejde?					
c. Hvor ofte har du svært ved at koncentrere dig om, hvad folk siger til dig, selv når de taler direkte til dig?					
d. Hvor ofte bliver ting væk for dig, hjemme eller på arbejdet?					
e. Hvor ofte bliver du distraheret af aktivitet eller støj omkring dig?					
f. Hvor ofte forlader du din plads ved møder eller i andre situationer, hvor det forventes, at du bliver siddende?					
g. Hvor ofte føler du dig rastløs eller har indre uro?					
h. Hvor ofte har du svært ved at koble fra og slappe af, når du har tid til dig selv?					
i. Hvor ofte har du fornemmelsen af, at du taler for meget?					
j. Når du taler med andre, hvor ofte kommer du så til at afslutte deres sætninger, før de selv gør det?					
k. Hvor ofte har du svært ved at vente til det bliver din tur?					
l. Hvor ofte afbryder du andre, når de er optaget af noget andet?					

7. VENNER og kæreste OG RUSMIDLER

7. Bruger din kæreste rusmidler? Har ingen

			Sjældent	Jævnligt	Ofte	Meget ofte
Alkohol	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hash	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin, kokain, XTC	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende piller	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre illegale stoffer	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Bruger dine nære venner rusmidler?

			Sjældent	Jævnligt	Ofte	Meget ofte
Alkohol	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hash	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin, kokain, XTC	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende piller	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre illegale stoffer	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Hvem har du haft kontakt med de seneste 30 dage?

Skriv antal dage sidste måned og vurder derefter hvor vigtig personen/aktiviteten er.

	Har (sæt kryds)	Antal dage sidste måned	Hvor meget betyder personen/aktivite- ten for at du har det godt?			
			Ikke vigtig	Til dels vigtig	Meget vigtig	Helt afgørende
Far	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stedfar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stedmor	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kæreste	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidsaktivitet 1:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidsaktivitet 2:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beskæftigelse –job	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOCIALT BRUGSMØNSTER

10. Hvem indtager du rusmidlerne med (hvis du indtager nogen)? (prioriter de to hyppigste)

1. Alene	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Prioriter 1-2 _____ _____ _____ _____ _____
2. Sammen med venner	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
3. Sammen med familie	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
4. Sammen med andre (hvem):			
_____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
_____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	

11. Hvor indtager du rusmidlerne (hvis du indtager nogen)? (prioriter de to hyppigste)

1. Derhjemme	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Prioriter 1-2 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
2. Udenfor, på gaden, offentligt center e.lign.	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
3. I klub (sport eller ungdom)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
4. Hash-klub	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
5. Til private sammenkomster	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
6. Til private fester	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
7. På dansesteder, diskoteker, parties, festivals	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
8. Skole, job eller uddannelse	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
9. Andre steder	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
_Hvor: _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	

12. Beskæftigelse (uddannelse, under oplæring, arbejde mv.):

- har du den sidste måned gået i nogen form for skole (ex. teknisk skole, produktionsskole, HG, HF, social og sundhedsskole, universitet eller andet)
hvis ja ____, hvilken: _____
- har du den sidste måned været i nogen form for oplæring (ex læreplads)
Hvis ja, hvilken: _____
- Har du den sidste måned haft lønnet arbejde?
Hvis ja ____, hvilket: _____ Hvis ja, timer pr. uge: _____
- Har du den sidste måned **ikke** gået i nogen form for skole, ikke været under oplæring og ikke haft noget lønnet arbejde:
Hvis ja, ____, har du så lavet noget **andet**: Hvad: _____ Timer/uge: _____

Opfølgningsskema efter afsluttet eksperiment/kontrol-behandling

1. Alkohol-forbrug

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institution, har haft et forbrug af alkohol. *Forbrug af alkohol = 4 eller færre* genstande dagligt eller flere end 4 genstande dagligt i højest 2 dage om ugen de sidste 30 dage.

1 genstand = 5cl for spiritus, 15-20 cl for vin og 33-45 cl for øl.

Hvis du ikke har drukket alkohol de sidste 30 dage, skriv 0.

Alkohol-forbrug de sidste 30 dage

skriv antal dage

2. Alkohol-overforbrug

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har haft et overforbrug af alkohol.

Overforbrug = 5 eller flere genstande dagligt i mindst 3 dage om ugen de sidste 30 dage.

1 genstand = 5cl for spiritus, 15-20 cl for vin og 33-45 cl for øl.

Hvis du ikke har haft et overforbrug alkohol de sidste 30 dage, skriv 0.

Alkohol-overforbrug de sidste 30 dage

skriv antal dage

3. Heroin

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget heroin – alle former for heroin og indtagelsesmåder.

Hvis du ikke har indtaget heroin de sidste 30 dage, skriv 0.

Heroin de sidste 30 dage

skriv antal dage

4. Metadon

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget metadon, uanset om det har været ordineret eller illegalt og uanset indtagelsesmåde.

Hvis du ikke har indtaget metadon de sidste 30 dage, skriv 0.

Metadon de sidste 30 dage

skriv antal dage

5. Andre opiater

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget andre opiater. Ex Subutex/Temgesic/buprenorphin, morfin, opium, Ketogan, Pethidin, Abalgin/dextropropoxyphene

med flere. Skriv antal dage uanset om du har indtaget stofferne legalt (som ordineret) eller illegalt og uanset indtagelsesmåde

Hvis du ikke har indtaget ovenstående opiatier de sidste 30 dage, skriv 0

Andre opiatier de sidste 30 dage

skriv antal dage

6. Piller/medicin

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget piller/ medicin ex barbiturater, benzodiazepiner, sedativa, hypnotica. Skriv antal dage uanset om du har indtaget stofferne legalt (som ordineret) eller illegalt og uanset indtagelsesmåde.

Hvis du ikke har indtaget ovenstående de sidste 30 dage, skriv 0.

Piller/medicin de sidste 30 dage

skriv antal dage

7. Kokain

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget kokain. Alle typer kokain og alle former for indtagelsesmåde.

Hvis du ikke har indtaget kokain de sidste 30 dage, skriv 0.

Kokain de sidste 30 dage

skriv antal dage

8. Amfetaminer/Ecstasy

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget amfetaminer ex. Ritalin, Preludin, speed, methamfetamin, Ice etc. og Ecstasy – uanset indtagelsesmåde.

Hvis du ikke har indtaget ovenstående de sidste 30 dage, skriv 0.

Amfetaminer/Ecstasy de sidste 30 dage

skriv antal dage

9. Cannabis

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget cannabis-produkter ex. hash, pot og skunk. – uanset indtagelsesmåde.

Hvis du ikke har indtaget cannabis de sidste 30 dage, skriv 0.

Cannabis de sidste 30 dage

skriv antal dage

10. Hallucinogener

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget hallucinogener ex. LSD/syre/acid, svampe, mescaline, PCP/englestøv, Ketamin med flere – uanset indtagelsesmåde.

Hvis du ikke har indtaget ovenstående de sidste 30 dage, skriv 0.

Hallucinogener de sidste 30 dage

skriv antal dage

11. Inhalanter

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget inhalanter ex. lim og lighter gas.

Hvis du ikke har indtaget inhalanter de sidste 30 dage, skriv 0.

Inhalanter de sidste 30 dage

skriv antal dage

12. Andre stoffer

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget andre illegale eller legale stoffer ex. ordineret antidepressive og antipsykotika, khat, dopingstoffer – uanset indtagelsesmåde. Tobak medregnes ikke.

Hvis du ikke har indtaget andre stoffer de sidste 30 dage, skriv 0.

Andre stoffer de sidste 30 dage

skriv antal dage

13. Mere end ét stof om dagen

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget mere end ét af de i 2-12 angivne stoffer om dagen.

Hvis du ikke har indtaget mere end ét stof om dagen de sidste 30 dage, skriv 0

Mere end ét stof om dagen de sidste 30 dage

skriv antal dage

14. Injektion

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har indtaget stoffer ved injektion.

Hvis du ikke har injiceret de sidste 30 dage, skriv 0.

Injektion de sidste 30 dage

skriv antal dage

15. Hvor mange dage har du oplevet problemer med stoffer, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har oplevet problemer med stoffer.

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

Tages **ikke** med: problemer med at skaffe stoffer.

Hvis du ikke har haft nogen af ovenstående problemer med stoffer de sidste 30 dage, skriv 0.

Dage med problemer de sidste 30 dage

skriv antal dage

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

Penge du har brugt på stoffer. Det er ikke værdien af stofferne, du skal opgive, men det reelle beløb, du har brugt. Hvis du er kommet i besiddelse af stoffer uden at købe dem, skal dette altså **ikke** omregnes til antal kroner. Hvis du ikke har brugt penge på stoffer de sidste 30 dage, skriv 0

Antal kroner brugt de sidste 30 dage på stoffer

skriv antal kroner

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

- 0 = ikke bekymret
- 1 = ubetydeligt bekymret
- 2 = moderat bekymret
- 3 = betydeligt bekymret
- 4 = meget bekymret

Score fra 0 til 4

fra 0 til 4

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

- 0 = ikke vigtigt
- 1 = ikke særlig vigtigt
- 2 = noget vigtigt
- 3 = særdeles vigtigt
- 4 = meget vigtigt

Score fra 0 til 4

fra 0 til 4

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

- 0 = ikke bekymret
- 1 = ubetydeligt bekymret
- 2 = moderat bekymret
- 3 = betydeligt bekymret
- 4 = meget bekymret

Score fra 0 til 4

fra 0 til 4

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

- 0 = ikke vigtigt
- 1 = ikke særlig vigtigt
- 2 = noget vigtigt
- 3 = særdeles vigtigt
- 4 = meget vigtigt

Score fra 0 til 4

 fra 0 til 4**21. Hvor mange dage har du oplevet problemer med alkohol, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen**

Antal dage hvor du, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, har oplevet problemer med alkohol.

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

Tages **ikke** med: problemer med at skaffe/have råd til alkohol.

Hvis du ikke har haft nogen af ovenstående problemer med alkohol de sidste 30 dage, skriv 0.

Dage med problemer de sidste 30 dage

 skriv antal dage**22. Hvor mange penge tror du, du har brugt på alkohol de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen**

Penge du har brugt på alkohol. Det er ikke værdien af alkoholen, du skal opgive, men det reelle beløb, du har brugt. Hvis du er kommet i besiddelse af alkohol uden at købe den, skal dette altså **ikke** omregnes til antal kroner. Hvis du ikke har brugt penge på alkohol de sidste 30 dage, skriv 0.

Antal kroner brugt de sidste 30 dage på alkohol

 skriv antal kroner**23. Hvor mange dage har du haft arbejde de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen**

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

Følgende hører **ikke** med til arbejde: at være hjemmegående husmor/far, arbejde i fængsel, beskæftigelse på institution eller alle former for illegal aktivitet (salg og køb af stoffer mv.). Det maksimale antal arbejdsdage er 20. Hvis du ikke har haft arbejde de sidste 30 dage, skriv 0.

Dage med arbejde de sidste 30 dage

 skriv antal dage**24. Haft lønindkomst de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen**

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

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

Sæt X hvis JA – og gå videre til spørgsmål 25b NEJ

25a. Har nogle af de nedenstående 13 indtægtskilder (fra 25.1 til 25.13) været din hovedindtægtskilde de sidste 30 dage - sæt X.

Hvis din hovedindtægtskilde i spørgsmål 24 var lønnet arbejde, springes 25.1 til 25.14 over.

25.1. SU	<input type="checkbox"/>
25.2. Arbejdsløshedsdagpenge	<input type="checkbox"/>
25.3. Aktivering/fået løn med tilskud	<input type="checkbox"/>
25.4. Sygedagpenge	<input type="checkbox"/>
25.5. Kontanthjælp	<input type="checkbox"/>
25.6. Revalideringsydelse	<input type="checkbox"/>
25.7. Førtidspension/pension	<input type="checkbox"/>
25.8. Social pension	<input type="checkbox"/>
25.9. Illegale aktiviteter	<input type="checkbox"/>
25.10. Anden offentlig ydelse	<input type="checkbox"/>
25.11. Selvstændig	<input type="checkbox"/>
25.12. Løn med løntilskud	<input type="checkbox"/>
25.13. Anden indtægt	<input type="checkbox"/>
25.14. Uoplyst	<input type="checkbox"/>

25b. Har du fået penge af nedenstående:

25.15. Fået penge af familie og venner indenfor de sidste 30 dage	<input type="checkbox"/>	JA
25.16. Fået penge ved prostitution indenfor de sidste 30 dage	<input type="checkbox"/>	JA

26. Hvor mange dage har du oplevet arbejdsmæssige problemer de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen

Problemer – såvel med arbejdet, som problemer med at finde arbejde

Gælder kun, hvis personen har arbejde eller forsøgt at få arbejde.

Hvis "problemer med arbejde" slet ikke har været aktuelt (har intet arbejde, eller det ikke har været aktuelt at søge arbejde), skriv 0

Problemer med arbejde de sidste 30 dage

skriv antal dage

27. Hvor bekymret eller besværet har du været af de i spørgsmål 26 nævnte arbejdsmæssige problemer de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen.

Gælder kun, hvis personen har arbejde eller forsøgt at få arbejde. Hvis "problemer med arbejde" slet ikke har været aktuelt (har intet arbejde, eller det ikke har været aktuelt at søge arbejde) skal spørgsmålet ikke besvares.

- 0 = ikke bekymret
- 1 = ubetydeligt bekymret
- 2 = moderat bekymret
- 3 = betydeligt bekymret
- 4 = meget bekymret

Score fra 0 til 4

 fra 0 til 4

28. Hvor vigtigt er det for dig på nuværende tidspunkt at få rådgivning om disse arbejdsmæssige problemer.

Gælder kun, hvis personen har arbejde eller forsøgt at få arbejde.

Hvis "problemer med arbejde" slet ikke har været aktuelt (har intet arbejde, eller det ikke har været aktuelt at søge arbejde) skal spørgsmålet ikke besvares.

- 0 = ikke vigtigt
- 1 = ikke særlig vigtigt
- 2 = noget vigtigt
- 3 = særdeles vigtigt
- 4 = meget vigtigt

Score fra 0 til 4

 fra 0 til 4

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

Sæt X

 JA NEJ

30. Hvor mange dage har du været involveret i illegale aktiviteter for at skaffe penge, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen

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

Hvis du ikke har været involveret i illegale aktiviteter de sidste 30 dage, skriv 0.

Dage involveret i illegale aktiviteter de sidste 30 dage skriv antal dage

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

- 0 = ikke alvorlige
- 1 = ikke særlig alvorlige
- 2 = noget alvorlige
- 3 = særdeles alvorlige
- 4 = meget alvorlige

Score fra 0 til 4

 fra 0 til 4

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

- 0 = ikke vigtigt
- 1 = ikke særlig vigtigt
- 2 = noget vigtigt
- 3 = særdeles vigtigt
- 4 = meget vigtigt

Score fra 0 til 4

fra 0 til 4

33. spring over/spørgsmål udgået

34. Hvor mange dage har du haft alvorlige konflikter med din familie de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen. En konflikt kræver, at der har været en personlig kontakt til familien, mindst pr. telefon. Hvis du pga. konflikt ikke har haft kontakt til familien de sidste 30 dage, regnes dette altså ikke for "konflikt inden for de sidste 30 dage". Med til konflikt hører ikke almindelig uenighed.

Med til familie regnes partner, børn, forældre, svigerforældre, onkler, tanter, fætre, kusiner mv. Hvis du ikke har haft alvorlige konflikter med din familie, de sidste 30 dage, skriv 0

Dage med konflikt med familie de sidste 30 dage

skriv antal dage

35. Hvor bekymret eller besværet har du været af disse familiemæssige problemer de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen.

- 0 = ikke bekymret
- 1 = ubetydeligt bekymret
- 2 = moderat bekymret
- 3 = betydeligt bekymret
- 4 = meget bekymret

Score fra 0 til 4

fra 0 til 4

36. Hvor vigtigt er det for dig at få behandling eller rådgivning for disse familiemæssige problemer.

- 0 = ikke vigtigt
- 1 = ikke særlig vigtigt
- 2 = noget vigtigt
- 3 = særdeles vigtigt
- 4 = meget vigtigt

Score fra 0 til 4

fra 0 til 4

37. Hvor mange dage har du haft alvorlige konflikter med andre end din familie de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen

En konflikt kræver, at der har været en personlig kontakt, mindst pr. telefon. Hvis du pga. konflikt ikke har haft kontakt de sidste 30 dage med den/de person(er), som du tænker på, regnes dette altså ikke for "konflikt indenfor de sidste 30 dage". Med til konflikt hører ikke almindelig uenighed.

Med til andre end familie regnes venner, kollegaer, behandler og andre, som du har en mere eller mindre tæt relation til.

Som i alle de andre spørgsmål er det de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen.

Hvis du ikke har haft alvorlige konflikter med andre end din familie, de sidste 30 dage, skriv 0

Dage med konflikt med andre end familien de sidste 30 dage

skriv antal dage

38. Hvor bekymret eller besværet har du været de sidste 30 dage af problemer med andre personer.

Refererer til de i spørgsmål 37 nævnte problemer.

- 0 = ikke bekymret
- 1 = ubetydeligt bekymret
- 2 = moderat bekymret
- 3 = betydeligt bekymret
- 4 = meget bekymret

Score fra 0 til 4

fra 0 til 4

39. Hvor vigtigt er det for dig at få behandling eller rådgivning for disse problemer med andre personer

Refererer til de i spørgsmål 37 nævnte problemer.

- 0 = ikke vigtigt
- 1 = ikke særlig vigtigt
- 2 = noget vigtigt
- 3 = særdeles vigtigt
- 4 = meget vigtigt

Score fra 0 til 4

fra 0 til 4

Har du haft tydelige perioder, de sidste 30 dage inden indskrivningen på institutionen, hvor du har oplevet alvorlige problemer med nogen af nedenstående personer

Med problemer refereres der til, hvad du ville betragte som alvorlige problemer af en vis varighed. Ex kan der være tale om meget dårlig kommunikation, fuldstændig mangel på tillid og forståelse og konstante skænderier mv.

Sæt X i enten JA, NEJ eller HAR INGEN.

40. Mor

 JA

 NEJ

 HAR INGEN

41. Far

 JA

 NEJ

 HAR INGEN

42. Brødre/søstre JA NEJ HAR INGEN
43. Partner/ægtefælle JA NEJ HAR INGEN
44. Børn JA NEJ HAR INGEN
45. Anden vigtig familie JA NEJ HAR INGEN
46. Nære venner JA NEJ HAR INGEN
47. Naboer JA NEJ HAR INGEN
48. Kollegaer JA NEJ HAR INGEN

49. Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer, de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen.

Medregn ikke mere afgrænsede fysiske problemer alene grundet stof og alkoholmisbrug, og som forsvinder med det samme, du ikke tager stoffer eller alkohol (såsom tømmermænd, opkastning, mangel på søvn mv.) Hvis opkastning og mangel på søvn skyldes nogle mere vedvarende problemer, som ikke pr. automatik stopper, når misbruget stopper, regnes det for "fysiske problemer".

Med til fysiske problemer hører også influenza, halsbetændelse og lignende.

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

Dage med fysiske problemer de sidste 30 dage skriv antal dage

50. Hvor bekymret eller besværet har du været af disse fysiske problemer de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen.

De problemer, der skal tages i betragtning, er dem, du svarede på i spørgsmål 49.

- 0 = ikke bekymret
- 1 = ubetydeligt bekymret
- 2 = moderat bekymret
- 3 = betydeligt bekymret
- 4 = meget bekymret

Score fra 0 til 4 fra 0 til 4

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

0 = ikke vigtigt

- 1 = ikke særlig vigtigt
 2 = noget vigtigt
 3 = særdeles vigtigt
 4 = meget vigtigt

Score fra 0 til 4

fra 0 til 4

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

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

Deprimeret JA NEJ

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

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

Svær angst JA NEJ

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

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

Svære koncentrationsproblemer JA NEJ

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

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

Hallucinationer JA NEJ

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

Oplevet at være voldelig og ikke kunne styre sine aggressioner.

Problemer med at kontrollere
voldelig adfærd JA NEJ

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

Fået ordineret medicin af praktiserende læge, psykiater, læge knyttet til misbrugscentret. Kryds også ved JA, hvis du har fået ordineret medicin, men ikke taget den.

Ordineret medicin JA NEJ

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

Haft seriøse overvejelser om at tage dit eget liv.

Selvmordstanker JA NEJ

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

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

Forsøgt selvmord JA NEJ

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

Ovenstående psykiske problemer de sidste 30 dage skriv antal dage

61. Hvor bekymret eller besværet har du været de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen, af disse psykiske eller følelsesmæssige problemer.

De problemer, der skal tages i betragtning, er dem du svarede på i spørgsmål 60.

- 0 = ikke bekymret
- 1 = ubetydeligt bekymret
- 2 = moderat bekymret
- 3 = betydeligt bekymret
- 4 = meget bekymret

Score fra 0 til 4 fra 0 til 4

62. Hvor vigtigt er det for dig nu at få behandling for disse psykiske/følelsesmæssige problemer.

- 0 = ikke vigtigt
- 1 = ikke særlig vigtigt

2 = noget vigtigt

3 = særdeles vigtigt

4 = meget vigtigt

Score fra 0 til 4

 fra 0 til 4

1. Samlivsforhold: Skriv 1 for mest, 2 for næstmest osv.

Kategorier	Forrige måned JA=x	Sidste 30 dage JA=x
1. Alene		
2. Med partner		
3. Med forældre		
4. Med anden familie		
5. Med plejefamilie		
6. Med venner		
8. Med partner og børn under 18		
9. Alene med børn under 18		
10. Andet: Hvilke		
1. Med nogle der har alkohol og/eller stofmisbrugsproblemer		

2. Boligforhold.

	Forrige måned - JA=x	Sidste 30 dage JA=x
Selvstændig bolig		
Lejet værelse		
Hos familie og venner		
Støttebolig/bofællesskab/halvvejshus		
Familiepleje		
Herberg/pensionat		
Fængsel		
Anden institution		
Gaden/ingen bolig		
Andet: SKRIV		

3. Beskæftigelse (uddannelse, under oplæring, arbejde mv.):

5. har du den sidste måned gået i nogen form for skole (ex. teknisk skole, produktionsskole, HG, HF, social og sundhedsskole, universitet eller andet)
hvis ja ____, hvilken: _____
6. har du den sidste måned været i nogen form for oplæring (ex læreplads)
Hvis ja, hvilken: _____
7. Har du den sidste måned haft lønnet arbejde?
Hvis ja ____, hvilket: _____ Hvis ja, timer pr. uge: _____
8. Har du den sidste måned **ikke** gået i nogen form for skole, ikke været under oplæring og ikke haft noget lønnet arbejde:
Hvis ja, ____, har du så lavet noget **andet**: Hvad: _____ Timer/uge: _____

4. Brug af stoffer og alkohol (tidslinje)

Indskrivnings- dato _____ BAGUD	Benzo, sedativa, risolid, beroligende, sove-medicin o.l. <input type="checkbox"/> Nej	Hash (e.a. THC produkter) <input type="checkbox"/> Nej	Stimulanser, halluci- nogen (kokain, XTC, svampe, amfetamin, kokain, GHB o.l. <input type="checkbox"/> Nej	Heroin (ryge/inj), opioider, ketogan, pitidin, metadon o.l. <input type="checkbox"/> Nej	Alkohol Mindst 5 genst. <input type="checkbox"/> Nej
1. måned	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja
2. måned	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja
3. måned	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja	0 dg <input type="checkbox"/> ja 1-4 dg <input type="checkbox"/> ja 5-12 dg <input type="checkbox"/> ja 13+ dg <input type="checkbox"/> ja

5. Har du indenfor de sidste tre måneder været sigtet for følgende kriminalitet

	JA	NEJ
1. Besiddelse og/eller handel med stoffer		
2. Berigelseskriminalitet (tyveri, indbrud, bedrageri, falskneri, hæleri, afpresning)		
3. Røveri, overfald, brandstiftelse, mord, manddrab		
4. Anden kriminalitet: Hvilken (skriv herunder):		

6. ADHD (ASRS)

Working Alliance Inventory (WAI)		Aldrig	Sjældent	Indimellem	Somme tider	Ofte	Meget ofte	Hele tiden
		1	2	3	4	5	6	7
1	Jeg følte mig utilpas sammen med behandleren							
2	Behandleren og jeg var enige om hvad jeg skulle arbejde med for at få det bedre							
3	Jeg følte mig usikker med hensyn til hvad der kom ud af vores samtaler/samvær							
4	Det som skete i vores samtaler/samvær gav mig nye måder at se på mit problem							
5	Behandleren og jeg forstod hinanden							
6	Behandleren havde en korrekt opfattelse af, hvad der var mit mål med behandlingen							
7	Det som skete i vores samtaler virkede forvirrende på mig							
8	Jeg tror behandleren kunne lide mig							
9	Jeg ville ønske behandleren og jeg havde været i stand til at klargøre formålet med vores samtaler/samvær							
10	Jeg var uenig med behandleren om, hvad jeg burde kunne få ud af behandlingen							
11	Jeg tvivler på, den tid, behandleren og jeg tilbragte sammen, blev brugt på den bedste måde							
12	Behandleren forstod ikke, hvad det var, jeg ønskede at opnå i behandlingen							
13	Jeg var klar over hvad der var mit ansvar i mine samtaler/samvær med behandleren							
14	Formålet med mine samtaler/mit samvær med behandleren var vigtigt for mig							
15	Jeg oplever at det behandleren og jeg gjorde sammen, var uden sammenhæng med det, som optog mig mest							
16	Jeg følte at det som skete i vores samtaler/samvær, ville hjælpe mig til at foretage de ændringer, jeg ønskede							
17	Jeg tror behandleren oprigtigt interesserede sig for, hvordan jeg havde det							
18	Jeg var klar over hvad behandleren ville have mig til at gøre							
19	Behandleren og jeg respekterede hinanden							

		Aldrig	Sjældent	Indimellem	Somme tider	Ofte	Meget ofte	Hele tiden
		1	2	3	4	5	6	7
20	Jeg følte at behandleren ikke var helt ærlig om sine følelser over for mig							
21	Jeg havde tillid til behandlerens evne til at hjælpe mig							
22	Behandleren og jeg var enige om de mål vi arbejdede hen imod							
23	Jeg følte at behandleren satte pris på mig							
24	Behandleren og jeg var enige om hvad der var vigtigt at arbejde med for mig							
25	Som følge af vores samtaler/samvær står det mig nu mere klart, hvordan jeg skal kunne blive i stand til at forandre mig							
26	Behandleren og jeg havde tillid til hinanden							
27	Behandleren og jeg havde forskellige opfattelser af, hvad der var mit problem							
28	Mit forhold til behandleren var meget vigtigt for mig							
29	Jeg havde en følelse af, at hvis jeg sagde eller gjorde noget forkert, ville behandleren ikke længere være interesseret i at fortsætte vores samtaler/samvær							
30	Behandleren og jeg arbejdede sammen om at opstille mål for behandlingen							
31	Jeg følte mig frustreret over det, der skete i vores samtaler/samvær							
32	Vi nåede t til en fælles forståelse af, hvilke former for ændring der ville være gode for mig							
33	Det, som behandleren bad mig om at gøre, gav ikke megen mening for mig							
34	Jeg var i tvivl om, hvad jeg skulle forvente mig af mine samtaler/mit samvær med X							
35	Jeg tror, måden, vi arbejdede med mine problemer på, var den rigtige							
36	Jeg følte, behandleren værdsatte mig som person, selv om jeg gjorde noget behandleren ikke brød sig om							

