

Unge der misbruger rusmidler

- hvor mange, behov, behandling, stofforbrug efter behandling -



Mads Uffe Pedersen

Kirsten Frederiksen

2012



CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING
BUSINESS AND SOCIAL SCIENCES
Aarhus Universitet



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

www.crf.au.dk

Tlf.: 8716 5313

Indhold

1. Indledning	1
2. Sammenfatning	2
3. Undersøgelsens grundlag.....	10
4. En operationel definition på interventionskrævende misbrug af rusmidler	13
5. Antallet af 15-24-årige med et interventionskrævende misbrug af rusmidler i Danmark	17
6. Hvem er i særlig risiko for at udvikle et misbrug?	19
7. Hvor mange får hjælp til at stoppe/reducere deres misbrug?	25
8. Behandling af de under 18-årige i Danmark: UngMAP	30
8.1 Hvem kommer i behandling?	30
8.2 Hvordan går det dem efter behandling?	31
9. Er der nogen, der er i større risiko for fortsat brug af illegale stoffer end andre?	36
9.1 Dreng vs. piger	36
9.2 Alder	37
9.3 Stof- og alkoholforbrugets karakter før behandlingsstart	39
9.4 Psykiske problemer	41
9.5 Uddannelse/beskæftigelse	43
9.6 Kontakt til familie	43
9.7 Vennerne	45
10. Litteratur	47

1. Indledning

Formålet med denne rapport har været at estimere antallet af unge, der har udviklet et så stort misbrug af alkohol og stoffer, at de har brug for en adfærdsændrende hjælp. Derudover er det blevet undersøgt, hvor mange af disse unge, der modtager hjælp til at stoppe deres misbrug og hvor mange af disse unge som stopper/reducerer deres misbrug efter hjælpens afslutning. Et særligt fokus har været at identificere a) unge i særlig risiko for at udvikle et misbrug af rusmidler og b) unge i risiko for fortsat misbrug af rusmidler efter de har afsluttet et behandlingsforløb.

Konklusionerne bygger på tre databaser: 1) Kommune-survey databasen, hvor 3.844 unge i alderen 15-24 år er blevet interviewet bl.a. om deres forbrug/misbrug af rusmidler. Særlig fokus er der på 2.950 interviewede unge i alderen 15-18 år. 2) UngMAP-Basis som er en database der indeholder oplysninger om 739 12-18-årige ved påbegyndelsen af et behandlingsforløb for deres misbrug af illegale stoffer. 3) UngMAP-Opfølgning, som er en database bestående af oplysninger fra 182 unge, som er interviewet omkring seks måneder efter, de har afsluttet et misbrugsbehandlingsforløb (denne gruppe er også registreret i UngMAP-Basis).

Vi takker først og fremmest de mere end 4.500 unge, som beredvilligt har stillet op til et eller flere (nogle gange 3) interviews med forskere fra Center for Rusmiddelforskning (CRF). Modstand mod at deltage i undersøgelsen har vi sjældent mødt, hvilket kan læses i de høje svarprocenter. Nogle gange har de unge måske været vanskelige at finde, nogle gange har de glemte aftaler, enkelte har været i en tilstand, så interviews ikke har været mulig – men modstand har der sjældent været.

Vi takker også de 27 behandlingssteder, der har leveret data til undersøgelsen. Heller ikke her har vi mødt andet end åbenhed og interesse for vores projekt.

Endelig en tak til Socialministeriet som finansierede oprettelsen af UngMAP databasen og til Socialstyrelsen som gennem udbuddet ”Forskning i unges sociale problemer” har finansieret dele af projektet. Den resterende del af projektet er finansieret af den finanslovsbevilling, CRF modtager gennem Socialministeriet.

Rapporten indledes med en sammenfatning på 7 sider, hvor de væsentligste resultater præsenteres. Ved ønsket om uddybning af disse resultater, henvises der til de enkelte afsnit i rapporten.

2. Sammenfatning

Formålet med denne undersøgelse har været følgende:

- 1) At estimere antallet af unge, der har udviklet et så stort misbrug af alkohol og stoffer, at de har brug for en adfærdsændrende hjælp.
- 2) At identificere hvilke unge, der er i særlig risiko for at udvikle et misbrug af rusmidler
- 3) At estimere hvor mange af disse unge, der modtager hjælp til at stoppe deres misbrug.
- 4) At estimere hvor mange af de unge, der stopper/reducerer deres misbrug efter hjælpens afslutning.

Tre databaser har været anvendt i undersøgelsen.

- 1) UngMAP-Basis, som er en database bestående af 739 unge i alderen 12-18 år, som er/har været indskrevet i behandling mellem 2008 og 2011 med det formål at stoppe/reducere deres misbrug af rusmidler (helt primært illegale stoffer).
- 2) UngMAP-Opfølgning, som er en database bestående af oplysninger fra 182 unge, som er interviewet omkring seks måneder efter, de har afsluttet et misbrugsbehandlingsforløb (denne gruppe er også registreret i UngMAP-Basis).
- 3) Unge-Survey, som er en database bestående af interviews med 2.950 unge i alderen 15-18 år og derudover 894 i alderen 19-24 år. Undersøgelsen blev gennemført i oktober 2011. Derudover indeholder databasen oplysninger fra interviews med 4.993 borgere i alderen 25-65. Den sidste gruppe inddrages ikke i denne rapport.

Derudover er samtlige databaser blevet samkørt med nationale registre gennem forsker-service (Danmarks Statistik). Data fra andre nationale registre inddrages i denne rapport i begrænset omfang.

For repræsentativitet, frafald, vægtning med videre se afsnit 3. Her skal blot nævnes, at det samlede survey af de 15-65-årige er gennemført i fire forskellige kommuner og består af 8.837 interviews, der repræsenterer 421.951 borgere. Grundlaget var en cpr-udtrukket population på 13.151 borgere fra de fire kommuner (svarprocenten 67,2 %). For de 15-18-årige var svarprocenten 70,2 %.

Det kommunale fokus medfører nogle generaliseringsudfordringer ved formulering af nationale estimater, hvilket der er søgt taget højde for gennem vægtninger, sikkerhedsintervaller og relativt konservative estimater. Derudover er forbruget blandt de unge i denne undersøgelse blevet sammenlignet med forbrug blandt unge, som det er beskrevet i andre nationale danske surveys. Overensstemmelsen mellem denne undersøgelses resultater og resultaterne fra andre nationale danske surveys synes rigtig god og indikerer,

at det er muligt at give et nationalt estimat på baggrund af interviewene i denne undersøgelse (se side 13).

Vi har valgt fire meget forskellige kommuner ud, blandt andet fordi én af de næste faser er en undersøgelse af forskellige organisatoriske modellers betydning for, hvor mange der modtager hjælp, og hvilken hjælp forskellige grupper af personer med stof/alkoholmisbrug modtager. I en national undersøgelse ville det ikke være muligt at identificere tilstrækkelig mange med et interventionskrævende misbrug fra de enkelte kommuner og derfor ikke muligt at undersøge den kommunale organiserings betydning. Denne del af undersøgelsen inddrages ikke i denne rapport.

1) Hvor mange unge har udviklet et så stort misbrug af alkohol og stoffer, at de har brug for en adfærdsendrende hjælp?

Den første fase i denne del af undersøgelsen var at definere et operationelt kriterium for, hvornår et misbrug er så alvorligt, at der er brug for en direkte interventionskrævende adfærdsendring. Der skelnes i rapporten her mellem PF = Problematisk Forbrug og DIM = Direkte Interventionskrævende Misbrug. Til at bestemme dette blev der anvendt et *forbrugskriterium* og et *konsekvenskriterium*. Konsekvenskriteriet blev bestemt ved 19 spørgsmål knyttet til diagnosesystemet DSM-IV. Der er her tale om spørgsmål oversat og tilpasset fra de store amerikanske nationale undersøgelser gennemført af SAMHSA (SAMHSA Questionnaire 2010), det tværnationale GENACIS-projekt (Bernards et al. 2009) og fra den tyske MCIDI-metode (Wittchen 1995 og Piontek et al. 2011). For uddybning og indholdet af de enkelte spørgsmål se kapitel 4.

DIM-Alkohol blev defineret som følger:

35 genstande for mænd og 28 genstande for kvinder på en typisk uge det seneste år og/eller mindst 6 DSM-konsekvenser, som hver især opleves flere gange inden for det seneste år.

DIM-Stof blev defineret som følger:

8 dages forbrug af illegale stoffer på en måned og/eller mindst 6 DSM-konsekvenser, som hver især opleves flere gange inden for det seneste år.

DIM-Rus blev defineret som følger:

DIM-RUS = personen opfylder enten kriteriet for DIM-Alkohol eller kriteriet for DIM-Stof (en mindre andel opfylder kriterierne for begge).

Begrundelsen for kriterierne hentes delvist fra Piontek et al. (2011), som også 1) anvender 19 spørgsmål knyttet til DSM-IV, 2) anvender 6 konsekvenser og 3) såvel anvender et forbrugs- som et konsekvenskriterium. Kriterier af ovenstående type er dog altid ud-

tryk for et valg og kan derfor også altid diskuteres (ligesom misbrugs- og afhængighedskriterierne).

Det estimeres, at mellem 25-30.000 danskere i alderen 15-24 år har udviklet DIM-Stof, og godt 32.000 i samme aldersgruppe har udviklet DIM-Alkohol. Relativt få har såvel DIM-Alkohol som DIM-Stof hvilket betyder at samlet mellem 50-56.000 unge mellem 15-24 år har udviklet DIM-RUS. Desuden estimeres det, at mellem 6-8.000 unge i alderen 17 år og derunder har udviklet DIM-Stof - altså et stofmisbrug hvor de har et forbrug af illegale stoffer i mindst 8 dage om måneden og/eller mindst 6 DSM-konsekvenser, som hver især opleves flere gange inden for det seneste år.

DIM-Alkohol og DIM-Stof er som nævnt relativt sjældent overlappende. En person, der har udviklet DIM-Stof, kan dog udmærket have et stort forbrug af alkohol uden at opfylde kriterierne for DIM-Alkohol.

2) Hvilke unge er i særlig risiko for at udvikle et misbrug af rusmidler?

I særlig grad har fem faktorer vist sig at kunne knyttes tæt sammen med udvikling af DIM-Rus. Disse er køn, etnicitet, familie og uddannelse, som alle forholdes til alder (som er den stærkeste risikofaktor). Med udgangspunkt i disse risikovariabeler har det været muligt at konstruere tre risikogrupper benævnt LR1 (Lav-Risikogruppen), MR2 (Mellem-Risikogruppen) og HR3 (Høj-Risikogruppen). For en udspecificering af disse grupper se afsnit 6. Her skal gives følgende eksempler:

LR1 består af 35 % af de unge. Blandt disse er det 2,2 % af de unge, der har udviklet DIM-Rus. Modsat består HR3 af 24 % af de unge. Blandt disse er det 20,2 % af de unge, der har udviklet DIM-Rus.

Hvis der alene fokuseres på illegale stoffer, ser vi fx, at det er 0,9 % af de unge 18-årige fra LR1, der har udviklet DIM-Stof, mens det samme er tilfældet for 11,8 % af de 18-årige fra HR3.

For alkohol alene ses det fx, at det er 2,7 % af de unge 17-årige fra LR1, der har udviklet DIM-Alkohol, mens det samme er tilfældet for 12,9 % af de 17-årige fra HR3.

En typisk ung fra HR3 er en etnisk dansk ung mand, der kommer fra en brudt familie og/eller er uden for det boglige uddannelsessystem (uden for almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx) eller en etnisk dansk pige, der kommer fra en brudt familie og er uden for det boglige uddannelsessystem.

3. Hvor mange af de unge modtager hjælp til at stoppe deres misbrug af rusmidler?

Den hjælp, de unge modtager, er helt primært for deres stofmisbrug. Således er det 52,4 % af de 15-18-årige unge, der har udviklet DIM-Stof, som overvejer at søge hjælp for deres stofmisbrug, mens det samme er tilfældet for 5,8 % af de unge fra samme aldersgruppe, der alene har udviklet DIM-Alkohol (altså DIM-Alkohol som ikke sameksisterer med DIM-Stof).

Af de unge, der har udviklet DIM-Stof, er det 25,0 % af de 15-18-årige, der har modtaget hjælp, mens det samme er tilfældet for 1,8 % af de unge, som alene har udviklet DIM-Alkohol, fra samme aldersgruppe.

Denne store forskel kan forklares med de kriterier, der er anvendt til at bestemme DIM-Alkohol og DIM-Stof, men det kan også forklares med den danske beruselseskultur blandt såvel den unge som den voksne generation.

Samlet estimeres det, at mellem 10-16 % af de 15-18-årige modtager specialiseret hjælp for deres stofmisbrug fra et kommunalt misbrugsbehandlingscenter, mens 5-10 % får anden form for hjælp. Samlet ikke over 25 %.

For unge, der alene har et interventionskrævende alkoholmisbrug (uden et interventionskrævende stofmisbrug), som det er defineret i denne undersøgelse, er det samlet 1,8 %, der modtager hjælp.

De unge, der såvel hyppigst overvejer, som hyppigst modtager hjælp, er dem, der kommer fra brudte familier. Denne gruppe af unge med DIM-RUS overvejer og modtager signifikant hyppigere behandling end unge med DIM-RUS, som kommer fra kernefamilier. Også unge, der er uden for uddannelsessystemet eller på erhvervsfaglige uddannelser, overvejer og modtager signifikant hyppigere hjælp end andre unge. Internationale undersøgelser viser, at der er en sammenhæng mellem at have gode sociale livsbetingelser og være mindre hjælpesøgende (selvom de unge har et hjælp-krævende stof/alkoholmisbrug). Denne undersøgelse bekræfter i nogen grad dette.

4. Hvor mange af de unge stopper/reducerer deres misbrug efter hjælpens afslutning?

Datagrundlagt for de følgende analyser er de to databaser UngMAP-Basis og UngMAP-opfølgning. Udgangspunkt er derfor i det følgende de 739 unge, som behandlingsstederne selv har registreret i forbindelse med deres indskrivning i behandling, og de 182 unge, som medarbejdere fra Center for Rusmiddelforskning har interviewet ca. seks måneder efter afsluttet behandling.

Hvilke unge kommer i kommunal misbrugsbehandling?

Man må forvente, at det i særlig grad er unge fra den tidligere nævnte højrisikogruppe (HR3), der er indskrevet i behandling og dermed registreret i UngMAP-Basis. Dette er da også tilfældet. Mens vi fandt, at omkring 24 % af de unge i vores survey kunne placeres i HR3, så er det hele 80 % af de unge, der er indskrevet i specialiseret misbrugsbehandling, som kommer fra samme risikogruppe. De unge fra lavrisikogruppen (LR1) udgjorde som tidligere nævnt 35 % af de unge i vores survey, men de udgør kun 1,9 % af de unge, der er indskrevet i specialiseret misbrugsbehandling. De resterende unge kommer fra mellemrisikogruppen (MR2).

Fx er det 54,7 % af de 16-17-årige, der deltog i Unge-Survey, som aktuelt er i gang med en gymnasial uddannelse, mens det samme er tilfældet for 6,98 % af de unge, der er indskrevet i specialiseret kommunal misbrugsbehandling i samme alder. Ligeledes er det 66 % af de unge 15-18-årige fra de fire kommuner, som bor sammen med begge deres forældre. Af de unge, der er registreret i UngMAP, er det 22 %, der bor sammen med begge forældre.

Hvor mange har stoppet deres forbrug efter behandlingen?

Seks måneder efter behandlingens afslutning har 26,9 % af de unge på intet tidspunkt haft et forbrug af illegale stoffer (målt som survival). 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 opfølgningssinterviewet 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, som alle havde prøvet at ryge hash, har på intet tidspunkt haft et forbrug af hash efter udskrivning (survival). 51,6 % har seks måneder efter udskrivning ikke haft noget forbrug af hash den seneste måned.

For de unge, der havde haft et forbrug af hash såvel i måneden op til behandlingsstart som efter behandlingens afslutning, havde antal dage med forbrug af hash per måned ikke ændret sig.

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. I den 6. måned efter udskrivning er det 80,5 % af de samme unge, som ikke havde haft noget forbrug af disse stoffer den seneste måned (måned-for-måned).

Hvis der alene fokuseres på de 59 unge, der havde haft et forbrug af centralstimulerende og hallucinogene stoffer i måneden op til behandlingsstart, er det 54,2 % af disse, der ikke har haft et sådant forbrug de første seks måneder efter, de har forladt behandlingen (survival). 76,3 % af de 59 unge har ikke haft et sådant forbrug i den 6. måned efter udskrivning (måned-for-måned).

27 af de 182 unge, der er blevet interviewet seks måneder efter udskrivning, rapporterer at have prøvet opioider i deres liv. I de seks måneder, der er gået siden udskrivning, er der 2 af disse unge, som havde et forbrug af opioider i de første to måneder efter udskrivning, hvorefter de sluttede dette forbrug. Der er dog 2, som ikke havde prøvet opioider før behandlingsstart, som starter et sådan forbrug efter udskrivning. Ved opfølgningsinterviewet har disse to fortsat et sådant forbrug.

Hvilke unge er i særlig risiko for at fortsætte deres misbrug efter afsluttet behandling?

Køn: Andelen af unge, der fortsætter deres forbrug efter behandlingens afslutning, er den samme for piger og drenge.

Debutalder: Sen debut med forbrug af hash kan ses i sammenhæng med en højere grad af afholdenhed fra hash efter behandlingens afslutning. Fx ses det, at af dem, der debuterede med deres forbrug af hash i deres 12. år eller tidligere (n=40), er det 22,5 %, som helt har afholdt sig fra hash de første seks måneder efter udskrivning. Af dem, der debuterede i deres 15. år eller derover (n=35), var det 42,9 %, som havde været helt afholdende de første seks måneder efter udskrivning.

Ligeledes kan sen debutalder med forbrug af centralstimulerende og hallucinogene stoffer (16 år og derover, n=26) ses i sammenhæng med afholdenhed fra samme typer stoffer efter behandlingens afslutning.

Forbrugets karakter: Jo flere dage med forbrug af hash i måneden op til indskrivning, desto flere dage med forbrug af hash i måneden op til opfølgningsinterviewet. Ligeledes jo flere dage med forbrug af hash i måneden op til indskrivning, desto oftere et forbrug af hash hver måned gennem hele opfølgningsperioden. Det samme mønster ses med alkohol.

Psykiske problemer: Psykiske problemer betragtes ofte – jævnfør selvmedicineringshypotesen – som forklaring på, hvorfor et misbrug af rusmidler starter, og som forklaring på hvorfor det fortsætter efter behandlingens afslutning (hvis der ikke blev gjort noget ved de psykiske problemer under behandlingen). Sådanne forklaringer er der såvel internationalt som nationalt forskningsmæssigt belæg for, så længe der tales om voksne. Når opmærksomheden rettes mod unge, synes det imidlertid noget mere kompliceret. Dette diskuteres i rapporten.

Der ses i de tilgængelige data en sammenhæng mellem desto flere indadrettede/ selvdestruktive psykiske symptomer (depression, angst, selvmordstanker), desto højere grad af afholdenhed efter udskrivning (39,0 % helt afholdende første seks måneder efter udskrivning, n=40), mens fravær af indadrettede/selvdestruktive psykiske symptomer + voldelig adfærd i måneden op til behandlingsstart kan ses i tæt sammenhæng med fort-

sat forbrug efter udskrivning (17,6 % afholdende første seks måneder efter udskrivning, n=17).

Uddannelse: Det er vanskeligt at afgøre, hvilken betydning skole og anden beskæftigelse har for de unge ud fra de tilgængelige data. Disse unge er i en meget ustabil livssituation og bevæger sig mellem det ene tilbud efter det andet. Her skal dog nævnes, at for de 10 unge mellem 15-17 år, som ved behandlingsstart var i gang med en gymnasial uddannelse (hf, htx, hhx eller stx), er det 90 % (altså 9), som ikke har rørt andre illegale stoffer end hash efter behandlingens afslutning. For de 23 unge i samme alder, som gik på en eller anden form for specialskole, var det samme tilfældet for 47,8 %. For andre rusmidler blev der ikke fundet forskelle.

Kontakt til familie: I denne rapport begrænses denne analyse til kvantitativ kontakt (dage sammen med forældre om måneden). Tæt kontakt til begge forældre (mindst 20 dage om måneden) skal ses i sammenhæng med en "tæt-på" effekt. Med dette menes der en effekt, der består, så længe den tætte kontakt består.

- Tæt kvantitativ kontakt til begge forældre kan ses i sammenhæng med et mindre forbrug af andre illegale stoffer end hash og alkohol i samme tidsperiode ("tæt-på" effekt).
- Tæt kvantitativ kontakt til begge forældre før behandlingsstart kan ikke automatisk forudsige mindre forbrug af alkohol eller stoffer efter behandlingens afslutning. Det afhænger af kontakten til forældrene efter behandlingens afslutning (den unge kan fx være flyttet hjemmefra)
- Helt fravær af tæt kvantitativ kontakt til begge forældre såvel før behandlingsstart som efter behandlingens afslutning kan ses i sammenhæng med et fortsat forbrug af andre illegale stoffer end hash de første seks måneder efter udskrivning.

Den kvantitative kontakt med forældrene kan slet ikke stå alene. Også kvaliteten af kontakten til forældrene må inddrages. Dette skal ikke gøres i denne publikation, men vil være centrale temaer i to kommende bogudgivelser fra Center for Rusmiddelforskning.

Nære venner: Også sammenhængen mellem kontakten til vennerne og forbruget af rusmidler må i overvejende grad ses som en "tæt-på" effekt. Når de unge er sammen med venner, der har et forbrug af bestemte stoffer, så bruger de også selv disse stoffer. Når de ikke mere er i kontakt med disse venner, så bruger de enten slet ikke eller i langt mindre grad disse stoffer. Vennernes forbrug af stoffer før behandlingsstart kan derfor ikke forudsige den unges forbrug efter behandlingens afslutning. Det afhænger af, om den unge har fået nye venner, eller om de gamle venner er holdt op (eller begyndt) med at bruge stoffer. Fx er det 77,3 % af de unge, der såvel før som efter behandlingen har venner, der bruger hash, som fortsat har et forbrug af hash efter udskrivning, mens det samme er tilfældet for 41,2 af de unge, der ikke på noget tidspunkt har haft nære venner, der bruger hash.

Sammenfatning af risikofaktorer for fortsat forbrug efter behandlingens afslutning identificeret i denne undersøgelse:

Tidlig debutalder; forbrugets størrelse/intensitet før behandlingsstart; ingen selvdestruktive symptomer kombineret med voldelig adfærd; ekskluderet fra det traditionelle uddannelsessystem; ingen tæt kvantitativ kontakt til forældrene inden for de seneste 1-2 år, og venner, der selv har et forbrug af illegale stoffer, er alle risikofaktorer for fortsat forbrug af illegale rusmidler efter behandlingens afslutning. De sidste tre skal ses som ”tæt-på” inklusions- og integrationseffekter. Opgaven består således ikke mindst i at få de unge stabilt inkluderet og integreret i et uddannelsessystem; i en stabil og fungerende familie og i en vennegruppe, hvor der ikke bruges illegale stoffer.

3. Undersøgelsens grundlag

Denne rapport bygger på oplysninger fra i alt tre databaser – henholdsvis UngMAP-Basis, UngMAP-Opfølgning og Unge-Survey.

UngMAP-Basis består af oplysninger fra 739 unge, som er blevet interviewet ved indskrivning på det misbrugsbehandlings/rådgivningscenter, hvor de har fået tilbudt hjælp for deres problematiske forbrug af rusmidler. De unge er i gennemsnit 16,5 år ved behandlingens påbegyndelse (range 12-18 år). Pigerne udgør 29,9 % af UngMAP-Basis (n=221) og er lidt yngre end drengene (16,4 år for piger mod 16,6 år for drenge, $p < .01$). Interviewene er foretaget af behandlerne på de i alt 27 behandlingscentre, som deltager i undersøgelsen. Behandlingscentrene er følgende:

Tabel 1. 27 behandlingssteder som har leveret data til UngMAP-Basis

Ambulant behandling	Døgnbehandling	
Esbjerg	Silkeborg	Bjerget
Helsingør	Slagelse	Hjulsøgaard Ung
Herning	Kbh., Stofrådgivningen	Tagskægget
Holstebro	Kbh., Stjernevang	Kbh., Operation Selvsving
Horsens	Svendborg	
Herlev, Kagshuset	Thisted	
Kolding	Tønder	
Lolland	Vejle	
Odense	Vordingborg	
Randers	Aabenraa	
Roskilde	Aarhus	
Gentofte, Rusnavigatøerne		

Gruppen i døgnbehandling udgør 50 unge, hvoraf de 21 kommer fra Hjulsøgaard Ung. De resterende 693 unge kommer fra ambulante behandlingscentre.

Frafald: Nogle unge har ikke ønsket at videregive oplysninger til Center for Rusmiddelforskning (meget få), og i perioder har interviewrutinerne været brudt sammen på nogle af behandlingsstederne. De 739 er derfor ikke et udtryk for den totale mængde af unge indskrevet i tidsrummet 2008 til 2011, men der er ingen indikationer på en systematisk bias, selvom dette ikke endeligt kan afgøres.

UngMAP-Opfølgning består af oplysninger fra 182 unge med en gennemsnitsalder på 16,4 år ved behandlingsstart. 36,8 % af opfølgningsgruppen er piger. Samtlige 182 er interviewet af medarbejdere fra Center for Rusmiddelforskning og kommer fra 20 forskellige behandlingssteder (12 unge fra 2 døgnbehandlingsinstitutioner og 170 unge fra 18 ambulante behandlingscentre).

Frafald: Udvalgelseskriterierne for at deltage i opfølgingsundersøgelsen var, at a) den unge havde givet samtykke til at blive kontaktet inden for et år efter udskrivning (underskrevet samtykkeerklæring), og b) være udskrevet i mindst seks måneder. 476 unge fra UngMAP-Basis placeres i gruppen, der på nuværende tidspunkt ikke kan opfølges (enten ikke givet samtykke eller ikke været udskrevet i seks måneder). Tilbage er der 263 unge, som alle blev søgt kontaktet seks måneder efter, de havde forladt behandlingen. 182 af disse blev interviewet, svarende til 69,2 %. I nedenstående tabel 2 er forskelle og ligheder mellem de interviewede og resten af UngMAP-Basis opstillet.

Tabel 2. Forskelle og ligheder mellem de opfølgings-interviewede og resten af UngMAP-Basis

	Interviewet N=182	Ikke interviewet N=547	p. værdi
Piger	36,8 %	27,6 %	.02
Alder gennemsnit	16,4 år	16,6 år	ns
Alkohol debut	12,4 år	12,2 år	ns
Hash debut	13,4 år	13,2 år	ns
Amfetamin debut	14,5 år	14,5 år	ns
Kokain debut	14,9 år	14,8 år	ns
Hash sidste måned	74,9 %	75,4 %	ns
CS* sidste måned	33,7 %	31,1 %	ns
Bor hjemme hos forældre	71,2 %	69,8 %	ns
Uden for skole/uddannelse*	18,1 %	22,1 %	ns
Selvordstanker sidste md.	17,0 %	14,0 %	ns
Selvordsforsøg liv	23,1 %	20,9 %	ns
Voldelig adfærd sidste md.	45,6 %	43,9 %	ns
Psykiatrisk diagnose	15,9 %	15,1 %	ns

* Centralstimulerende stoffer (amfetamin, kokain og ecstasy).

Som det ses i tabel 2, er 36,8 % af de interviewede piger (mod 27,6 % i gruppen som ikke er blevet interviewet), hvilket betyder, at denne gruppe udgør en signifikant større andel af de interviewede end den resterende gruppe i UngMAP-Basis. Dette forklarer også de relativt begrænsede forskelle mellem de interviewede og UngMAP-Basis i psykiske problemer. Pigerne har således flere psykiske problemer end drengene. Generelt er forskellene mellem interviewgruppen og de resterende unge i undersøgelsen dog meget begrænsede. I analyserne vil der blive skelnet mellem og kontrolleret for forskellene mellem drenge og piger. De 182 unge repræsenterer såvel de der gennemførte behandlingsforløbet som planlagt; de der afbrød behandlingen; de der var i behandling i lang tid, og de der var i behandling kort tid.

Unge-Survey består af interviews med 2.950 unge i alderen 15-18 år og 894 i alderen 19-24 år fra fire kommuner (i alt 3.844 interviews). De fire kommuner er udvalgt efter, om de er storby/landkommuner og efter indkomstgrundlag. I alt var 421.951 borgere i alderen 15-65 år bosiddende i de fire kommuner på undersøgelsestidspunktet.

Formålet med dette survey har bl.a. været a) at identificere hvor mange unge der havde udviklet et interventionskrævende misbrug af rusmidler (såvel alkohol som illegale stoffer), hvor mange af disse unge der overvejede at søge hjælp, og hvor mange der reelt modtog hjælp for deres misbrug af rusmidler. Vi har ønsket at undersøge dette på et kommunalt niveau, idet en national undersøgelse ikke ville give oplysninger om barrierer, som kunne knyttes til bestemte organisatoriske strukturer. Denne organisationsanalyse vil dog ikke være en del af denne rapport.

Der vil i det følgende i særlig grad være fokus på de 15-18-årige unge.

Frafald: 5.604 unge blev tilfældigt udtrukket i en stikprøve af de 15-24-årige. 68,6 % deltog i undersøgelsen svarende til 3.844 unge. En sådan svarprocent er meget tilfredsstillende. I skoleundersøgelser kan der opnås større svarprocenter, men skoleundersøgelser er ikke dækkende, når det er et repræsentativt udsnit af unge over 15 år, der ønskes undersøgt. Svarprocenten er primært påvirket af etnicitet og i mindre grad køn. Således var svarprocenten på 75,2 % for etnisk danske 15-18-årige piger og på 56,4 % for piger, som enten var indvandrere eller efterkommere. For 15-18-årige etnisk danske drenge var svarprocenten på 71,4 %, mens den for drenge, der var indvandre-re/efterkommere, var 50,5 %. Unge indvandrere/efterkommere udgør 19,5 % af de 4.203 udtrukne 15-18-årige (15,0 % af de 2.950 unge der gennemførte et interview).

I de følgende analyser vægtes der for køn, alder, etnicitet, familietype og familieindkomst (GREG-vægtning, se Kalton & Flores-Cervantes 2009).

4. En operationel definition på interventionskrævende misbrug af rusmidler

I det følgende er det ikke det generelle forbrug af alkohol og stoffer, der vil være i fokus, men derimod en estimering af, hvor mange der har udviklet et problematisk forbrug/et misbrug. Vi vil dog indledningsvis sammenholde enkelte mål for forbrug fra CRF-undersøgelsen med samme mål for forbrug fra andre undersøgelser af danske unge. Formålet med dette er ikke at vise om forbruget af illegale stoffer blandt unge generelt er faldet eller steget, men derimod at vurdere hvorvidt resultaterne i CRF-undersøgelsen overhovedet kan sammenlignes med resultaterne fra andre nationale danske undersøgelser.

Tabel 3. Forbrug af hash blandt 16-24-årige unge i forskellige undersøgelser.

	1994	2000	2005	2008	2010	CRF**
	n=735	n=1.728	n=919	n=862	n=1.643	2011
						n=3.092
<i>Hash</i>						
Prøvet nogensinde	34,7	41,5	44,2	41,1	38	47,9
Sidste måned	3,7	7,8	8,2	8,1	7,1	8,3
<i>Andre illegale stoffer end hash</i>						
Prøvet nogensinde	3	14,5	14,2	15,2	10,6	10,1
Sidste måned	0	3	2	2,3	1,7	1,4

Kilde: Sundhedsstyrelsen "Focal Point: Narkotikasituationen i Danmark 2011".

** Der er i CRF-undersøgelsen vægtet for køn, alder, etnicitet, familietype og familieindkomst.

Som det ses i tabel 3 er der ikke de store forskelle mellem forbruget hos de unge, der deltager i denne undersøgelse og forbruget hos samme aldersgruppe i andre undersøgelser. Det er derfor også rimeligt at antage, at denne undersøgelse ikke adskiller sig markant fra landsgennemsnittet.

Der er dog i CRF-undersøgelsen flere unge der har prøvet hash nogensinde. Det kan skyldes at der er flere fra de to storbykommuner, som har prøvet hash end unge fra de to landkommuner og at disse "by-unge" fylder uforholdsmæssigt meget i vores undersøgelse.

Dette er dog næppe forklaring nok. Selvom der er flere fra bykommunerne der ryger hash så er også forbruget blandt unge fra landkommunerne højere end i den af Sundhedsstyrelsen refererede 2010 undersøgelse. Af de 16-24-årige som kommer fra 2 landkommuner med et stort opland og med et indbyggertal på mellem 45-60.000 indbyggere¹ (n=947 interviewede) er det således 38,8 % prøvet hash i deres liv. Altså stadig højere end 2010 undersøgelsen.

For hashforbrug den seneste måned er der ingen forskel mellem by og landkommunerne for de 16-24-årige.

¹ Med bykommuner menes der 2 storby kommuner med over 100.000 indbyggere uden opland.

Det skal ikke her påstås, at unge i 2011 oftere har prøvet hash end i 2010, eller at der er flere, der har røget hash den seneste måned. Der kunne være andre forklaringer. Men overordnet set kan det konstateres, at forskellene i de unges forbrug af illegale rusmidler i de forskellige undersøgelser er relativt begrænsede.

I ESPAD 2011, som er den europæiske skoleundersøgelse af 9. klasse elever (gennemsnitsalder 15,8 år), er det 18 % af de danske unge, som nogensinde har haft et forbrug af hash. CRF-undersøgelsen kan ikke direkte sammenlignes, idet det ikke er en skoleundersøgelse, men hvis der alene fokuseres på de 15-16-årige (n=1512, gennemsnitsalder 15,5 år), er det 17 % af disse, der nogensinde har prøvet hash.

Resultaterne vedrørende de unges forbrug af rusmidler i denne undersøgelse er således genkendelige fra resultaterne både i ESPAD-undersøgelsen og Sundhedsstyrelsens af-rapportering om narkotikasituationen, hvilket skaber et solidt fundament for den følgende analyse af det problematiske forbrug af rusmidler blandt unge.

Der skal i det følgende skelnes mellem et problematisk forbrug og et misbrug, der skønnes direkte at kræve intervention af en eller anden slags. To forkortelser skal anvendes:

PF = Problematisk Forbrug

DIM = Direkte Interventionskrævende Misbrug

Med DIM henvises der til, at generelle forebyggende tiltag ikke anses for tilstrækkelige.

Operationelle definitioner på PF og DIM

De anvendte kriterier er inspireret af en tysk model (se Piontek et al. 2011), som udover konsekvenserne af forbruget bestemt gennem 19 spørgsmål, der bygger på det diagnostiske system DSM-IV, også inddrager forbrugets størrelse. Når forbrugets størrelse inddrages, er det, fordi vi ikke sjældent ser, at et meget stort forbrug umiddelbart kan opleves uden konsekvenser. Et eksempel kan være en mand, der drikker 50 genstande på en typisk uge, og som enten slet ikke eller kun i begrænset omfang oplever, at dette forbrug har konsekvenser. Vi ser også det modsatte – at et meget lille forbrug synes at skabe meget store konsekvenser. Oplevelsen af konsekvenserne kan således være kulturelt og personligt betingede af fx religion og sygdom. Det skal derfor også pointeres, at der ikke findes ”rigtige” bestemmelser af PF eller DIM. De må begge bygge på en vis accept af de præmisser, der ligger til grund for definitionerne. Disse præmisser kan altid diskuteres.

Der anvendes altså to kriterier for bestemmelse af DIM – henholdsvis et forbrugs- og konsekvenskriterium.

Forbrugskriteriet

Et forbrug på 35 genstande alkohol for mænd og 28 genstande for kvinder på en typisk uge gennem det seneste år betragtes i det følgende som et misbrug af alkohol og katego-

riseres derfor under DIM-Alkohol. Et forbrug på 28 genstande for mænd og 21 genstande for kvinder på en typisk uge gennem det seneste år betragtes som PF-Alkohol.

Et forbrug af illegale stoffer i mindst 8 dage om måneden betragtes som DIM-Stof, mens et forbrug af illegale stoffer på 4 dage om måneden betragtes som PF-Stof. Her kan det diskuteres, om ikke der burde tages hensyn til, hvilke stoffer der forbruges. Kokain 8 dage om måneden er således antageligt mere problematisk end hash 8 dage om måneden. Vi har dog valgt ikke at skelne mellem stoftype.

Konsekvenskriteriet

De unge, der havde et forbrug af alkohol og/eller illegale stoffer, blev spurgt om, hvilke konsekvenser dette forbrug havde for dem (henholdsvis for alkohol og stof). I tabel 4 ses den korte version af de 19 spørgsmål, de blev stillet for henholdsvis alkohol og illegale stoffer.

Tabel 4. 19 DSM-IV spørgsmål

• Fravær fra arbejde eller skole	• Påvirket ved kørsel af bil/betjening af maskiner
• Manglende koncentration arbejde/skole	• Har været på skadestuen
• Påvirket arbejde/skole	• Haft problemer med loven
• Glemte vigtige begivenheder	• Økonomiske problemer forårsaget af forbrug
• Støtter familie/venner mindre end forventeligt	• Tid brugt på forbrug og skaffe
• Konflikter med familie/venner	• Behøver at indtage mere for at få ønsket effekt
• Konflikter med andre personer	• Forsøgt at sætte grænser – HVIS JA ude af stand til at holde dem
• Familie/venner: nedsat dit forbrug	• Oplevet kraftige fysiske og psykiske problemer ved forsøg på at stoppe af mindst to dages varighed (fx rystende hænder, problemer med at sove, sveder, hurtige hjerteslag, ikke sidde stille etc.)
• Kollegaer/lærere/andre: nedsat dit forbrug	
• Kommer i håndgemæng/slagsmål	
• Fysiske og psykiske problemer – HVIS JA fortsætter på trods af problemer	

De unge blev fx spurgt, om deres forbrug inden for det seneste år havde betydet, at de ikke kom i skole; at de mødte påvirket på arbejde; at de kom i konflikt med andre end familie/venner; at de blev anmodet om at nedsætte deres forbrug; at de kom i slagsmål; at de kom i konflikt med loven; at de havde forsøgt at nedsætte deres forbrug, men kunne ikke; at de havde oplevet kraftige bivirkninger ved ophør m.fl.

For hvert af de 19 spørgsmål blev der spurgt om, de havde oplevet det én enkelt gang det seneste år eller *flere gange det seneste år*. Hvis den unge oplevede 6 af ovenstående 19 konsekvenser – *hver især flere gange det seneste år* – blev de placeret i kategorien DIM. Hvis den unge oplevede 3 af ovenstående 19 konsekvenser – *alle flere gange det seneste år* – blev de placeret i kategorien PF.

DIM-Alkohol blev hermed defineret som følger:

35 genstande for mænd og 28 genstande for kvinder på en typisk uge og/eller mindst 6 DSM-konsekvenser, som hver især blev oplevet flere gange inden for det seneste år.

DIM-Stof blev defineret som følger:

8 dages forbrug af illegale stoffer på en måned og/eller mindst 6 DSM-konsekvenser, som hver især blev oplevet flere gange inden for det seneste år.

DIM-Rus blev defineret som følger:

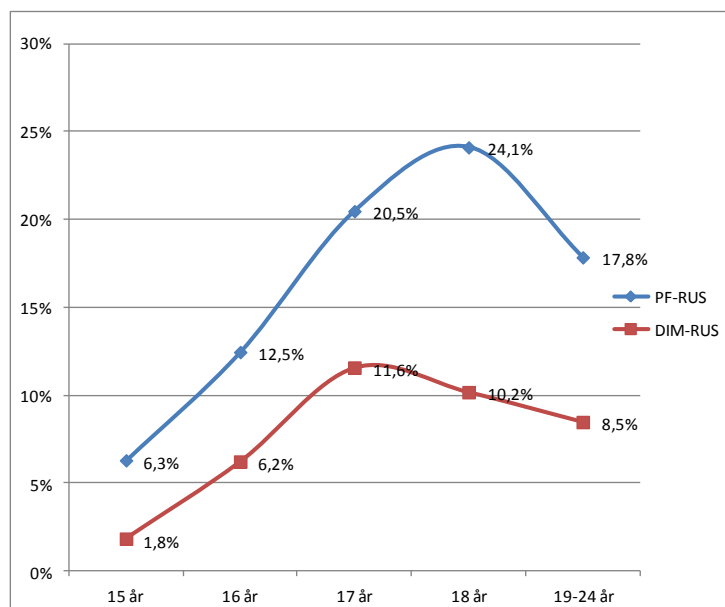
DIM-RUS = personen opfylder enten kriteriet for DIM-Alkohol eller kriteriet for DIM-Stof (en mindre andel opfylder kriterierne for begge).

Vi vil altså betragte DIM-RUS som direkte interventionskrævende, uanset om der er tale om alkohol eller illegale stoffer. Dette velvidende, at der i Danmark ikke er tradition for direkte intervention på unges misbrug af alkohol.

PF defineres på tilsvarende måde, men nu med 28/21 genstande for mænd/kvinder; 4 dages forbrug af illegale stoffer for både mænd og kvinder og/eller mindst 3 DSM-konsekvenser, som hver især blev oplevet flere gange inden for det seneste år.

5. Antallet af 15-24-årige med et interventionskrævende misbrug af rusmidler i Danmark

I figur 1 ses det, at 24,1 % af de 18-årige unge i de fire kommuner kan kategoriseres som havende et problematisk forbrug af rusmidler (PF), mens 11,6 % af de 17-årige unge har et direkte interventionskrævende misbrug af rusmidler (DIM).



Figur 1. DIM og PF for 3.678 interviewede 15-24-årige unge i fire danske kommuner (vægtet for køn, alder, etnicitet, familietype og familieindkomst)

Tabel 5 viser antallet af unge i de enkelte aldersgrupper, som blev interviewet (fx 752 i alderen 15 år blev interviewet). Til højre i tabellen fremgår det, hvor mange danske unge der på undersøgelsestidspunktet boede i Danmark (fx 69.802 unge 15-årige). Hvis vi overfører de vægtede procentsatser fra de fire kommuner til den samlede danske population, bliver antallet af unge med DIM og PF som vist i tabel 5.

Tabel 5. PF og DIM i fire kommuner vægtet for køn, alder, etnicitet, familietype og familieindkomst omregnet til nationalt estimat

Alder/antal	PF-RUS i DK	DIM-RUS i DK	Antal danske unge
15 år (n=752)	4.391	1.277	69.802
16 år (n=760)	9.185	4.589	73.774
17 år (n=718)	14.623	8.265	71.438
18 år (n=720)	17.211	7.263	71.415
19-24 år (n=894)	74.481	35.362	419.496
I alt (n=3.844)	119.891	56.756	703.925

Tabel 5 viser altså, at 56.756 unge i alderen 15-24 år har udviklet et så alvorligt problem med rusmidler, at det på en eller anden måde er interventionskrævende (DIM-Rus). Hvis analysen begrænses til unge under 18 år, vil det være 14.131 unge i alder 15-17 år, der har et interventionskrævende misbrug, og dertil skal lægges en gruppe under 15 år, som samlet estimeres til at være under 1000. Altså omkring 14-15.000 unge på 17 år og derunder, som opfylder kriterierne for DIM-Alkohol og/eller DIM-Stof ud fra de her definerede kriterier.

Tabel 6. DIM-Stof og DIM-Alkohol i Danmark vægtet for køn, alder, etnicitet, familietype og familieindkomst.

Alder/antal	DIM-Stof	DIM-Alkohol	Udregnings-grundlag
15 år	873	712	69.802
16 år	2.132	3.180	73.774
17 år	4.286	4.629	71.438
18 år	3.649	4.963	71.415
19-24 år	19.581	19.163	417.496
I alt	30.521	32.674	703.925

I tabel 6 ses det, at der i alt er 30.521 unge i alderen 15-24 år, der kan kategoriseres som havende et interventionskrævende stofmisbrug (Dim-Stof), mens 32.604 har et interventionskrævende alkoholisbrug. Af de 15-17-årige er det 7.291, der har et interventionskrævende stofmisbrug (de tre aldersgrupper lagt sammen) og dertil kommer en mindre gruppe under 15 år – altså har ca. 7-8.000 unge under 18 år et så stort et forbrug af stoffer, at det kræver intervention. Der skal senere vendes tilbage til, hvor mange af de unge der modtager hjælp for dette misbrug af rusmidler.

En sådan direkte omregning af procenterne for de fire kommuner til et landsgennemsnit kan diskuteres. Der kan argumenteres for, at tallet er lidt mindre. Således adskiller forbruget af illegale stoffer hos unge fra én af kommunerne sig markant fra resten af populationen. Hvis vi derfor antager, at gennemsnittet for landets unge i højere grad er at sammenligne med de 2.599 unge i alderen 15-24 år fra de øvrige tre kommuner – hvor der kun ses mindre forskelle - så nedjusteres tallet til 25.411.

Mellem 25-30.000 unge i alderen 15-24 år har udviklet et hjælp-krævende stofmisbrug. Mellem 6-8.000 unge i alderen 17 år og derunder har udviklet et tilsvarende hjælp-krævende stofmisbrug.

Andelen med DIM-Alkohol nedjusteres ikke, idet forskellene mellem de fire kommuner er relativt små.

6. Hvem er i særlig risiko for at udvikle et misbrug?

Det er muligt at undersøge sammenhængen mellem DIM-Rus og forskellige sociodemografiske – og økonomiske faktorer. Dette gøres ved at se på baggrundsvariable for de unge, som igennem analyser af Unge-Surveyet kan kategoriseres som havende et interventionskrævende alkohol- og/eller stofmisbrug (DIM-Rus)².

I nedenstående tabel 7 afrapporteres resultater fra en logistisk regressionsanalyse med tilhørende odds ratio, som belyser sandsynligheden for, at den enkelte gruppe har et misbrug sammenlignet med de andre grupper i kategorien. Det kan hjælpe til at tegne et billede af en særlig risikogruppe, hvor sandsynligheden for at få et misbrug er væsentlig større end hos andre grupper af unge. Tabellen viser to analyser, hvor den første fokuserer generelt på misbrug af alkohol og/eller stoffer (DIM-Rus), mens den sidste kolonne udelukkende omhandler risikoen for at have et stofmisbrug blandt de forskellige grupper (DIM-Stof).

Tabel 7. Særlige risikogrupper for udviklingen af et problematisk forbrug af rusmidler

	DIM-Rus: Sandsynligheden for alkohol- og/eller stofmisbrug ^a		DIM-Stof: Sandsynligheden for et stofmisbrug ^b	
	Antal med DIM-Rus	OR	Antal med DIM-Stof	OR
Køn				
Piger	76 / 1507	1,00	26/1514	
Drenge	134 / 1427	1,98 ***	68/1436	2,07 **
Alder				
15 år	14 / 752	1,00	10/752	1
16 år	51 / 760	4,4***	23/760	3,07*
17 år	73 / 718	9,11***	38/718	7,11***
18 år	72 / 720	7,22***	33/720	5,14***
Etnicitet				
Indvandrere/efterkommere	12/439	1,00	11/439	1,00
Dansk herkomst	198/2495	2,83**	93/2495	1,46
Igangværende uddannelse				
Folkeskole	22 / 740	1,00	10/740	1
Gymnasium	87 / 1408	1,16	34/1408	1,00
Erhvervsfagl. udd.	42 / 264	2,61*	23/264	3,57*
Andet	48 / 442	2,43	31/442	2,97
Ikke under uddannelse	11 / 96	2,69**	6/96	3,92**
Familieforhold				
Bor sammen med begge forældre	99 / 1958	1,00	36/1958	1,00
Bor med mor/far i nyt forhold	35 / 315	2,03**	19/315	3,18**
Bor med enlig forælder	68 / 621	1,95**	43/621	3,06***
Har ingen forældre	8 / 40	2,37*	6/40	3,93**
Samliv				
Bor sammen med andre	185 / 2780	1,00	93/2873	1,00
Bor alene	15 / 77	2,45*	11/77	4,16**

²Data fra Unge-Surveyet er blevet koblet med en række registerdata. De forskellige baggrundsoplysninger er blandt andet respondenternes køn, alder, etnicitet, familieforhold, uddannelse og beskæftigelse. Analysen inddrager både registerdata og baggrundsoplysninger, indsamlet i selve spørgeskemaundersøgelsen. Dette skyldes, at eksempelvis igangværende uddannelse ikke er opdateret i registrene, og at det derfor her er de unges egne besvarelser, som giver det mest retvisende billede for deres situation på undersøgelsestidspunktet.

Der er anvendt vægte, således det er muligt at generalisere resultaterne til de fire kommuners generelle ungepopulation. Alle analyser er kontrolleret for alder, køn, kommune og forældremarkering (hvorvidt den unge bor med begge forældre, med enlig forælder, forældre i nye parforhold eller ikke har nogen forældre).

* Signifikant p-værdi= 0,01-0,05 ** Signifikante p-værdier=0,001-0,01 ***Signifikant p-værdi < 0,001

a: i analysen af DIM-rus er der kontrolleret for køn, alder, igangværende uddannelse, etnicitet og familieforhold

b: i analysen af DIM-stof er der kontrolleret for køn, alder, igangværende uddannelse og familieforhold.

Køn har en stor betydning for udviklingen af et misbrug, hvor drenge har dobbelt så stor sandsynlighed for at få et misbrug sammenlignet med pigerne (OR=1,98, p=0,000).

I de forskellige aldersgrupper, som her er de 15-18-årige, sker der en mærkbar udvikling, som først starter efter det 15. år. Der er stor forskel for de unge på 15 og 16 år, hvor risikoen for at få et misbrug øges over 4 gange for misbrug generelt (OR=4,36 p=0,000). For stofmisbrug alene er der en øget sandsynlighed på 3,07 for de 16-årige sammenlignet med unge på 15 år (p=0,011). Det helt store spring sker dog fra alderen 16 til 17 år, hvor en særlig risikogruppe bliver tydelig. For misbrug generelt øges sandsynligheden 9 gange for de 17-årige, når man sammenligner med de 15-årige (p=0,000). Og for stofmisbrug alene er der 7 gange større sandsynlighed for at have et misbrug som 17-årig (p=0,000).

De unges etniske baggrund har ligeledes en sammenhæng med misbrug. Unge med dansk herkomst er i væsentlig øget risiko for at få et misbrug end unge, som er indvandrere eller efterkommere af indvandrere (OR=2,83, p=0,002). Etnicitet mister dog sin betydning, når der alene er tale om stofmisbrug. De danske unge har en højere sandsynlighed for at få et stofmisbrug (OR=1,46, p=0,319), men det er en ikke signifikant forskel. Etnicitet har således primært en forbindelse med alkoholmisbruget.

Den uddannelsesmæssige sammenhæng har en betydning, når der fokuseres på unge på de erhvervsfaglige uddannelser, unge som ikke er i uddannelse. Unge på de erhvervsfaglige uddannelser har med en OR på 2,61 (p=0,014) en øget sandsynlighed for at udvikle et misbrug sammenlignet med folkeskoleelever (der er referencegruppen). Gruppen, som ikke er i uddannelse, har ligeledes 2,69 gange så stor sandsynlighed for at udvikle et misbrug (p=0,002). Denne tendens forstærkes, når sammenhængen med stofmisbrug undersøges. Der er mellem 3-4 gange så stor sandsynlighed for, at en ung på en erhvervsfaglig uddannelse eller som er uden for uddannelse har et stofmisbrug sammenlignet med en folkeskoleelev. I forhold til den uddannelsesmæssige sammenhæng er det værd at bemærke gymnasieelevernes lave OR, hvilket betyder, at gymnasieelever ikke adskiller sig, hvad angår udvikling af DIM-Rus og DIM-Stof, fra folkeskoleelever. De eneste signifikante sammenhænge gælder de erhvervsfaglige uddannelser og gruppen uden for uddannelse, der således kan identificeres som to risikogrupper, der er relevante i konstruktionen af en risikoprofil.

Familieforhold er en stærk faktor for udviklingen af et misbrug, hvor unge, som kommer fra ”brudte familier”, har dobbelt så stor sandsynlighed for at få et misbrug sammenlignet med unge, der bor med begge forældre. Brudte familier er i denne sammenhæng, hvis en ung bor med sin mor/far i et nyt forhold, bor med en enlig forælder eller har mistet begge forældre. For alle tre kategorier er OR på stort set samme niveau.

Men når der fokuseres på stofmisbrug alene, bliver billedet lidt anderledes. Sandsynligheden for, at unge fra brudte familier har et misbrug, øges, så der er mellem 3-4 gange så stor sandsynlighed, hvis de sammenlignes med unge fra ”kernefamilier”.

En anden faktor, som har en signifikant sammenhæng med sandsynligheden for at have et misbrug, er, om de unge bor alene eller sammen med andre. I gruppen ”bor sammen med andre” inkluderes ligeledes unge, som bor alene med børn. Det at bo alene bliver en risikofaktor, når det viser sig, at sandsynligheden for at have alkohol- og/eller stofmisbrug øges 2,45 gange ($p=0,015$), og sandsynligheden for at have et stofmisbrug øges 4 gange ($p=0,001$).

Hvis ovenstående anvendes i en identificering af en særlig risikogruppe, kan det opsummeres ved at konstruere et risiko-index bestående af tre risikogrupper, som er en lav-, en medium- og en højrisikogruppe (LR1, MR2 og HR3, se figur 2-4). De variable, der indgår, er køn, etnicitet, uddannelse og familie, som forholdes til den stærkeste af risikofaktorerne: alder. Udspecificeret består de tre risikogrupper af følgende kategorier af unge:

Lavrisikogruppen (LR) repræsenterer 35 % af de unge i denne undersøgelse (antal interviewede = 1.032) og består af følgende kategorier af unge:

- *Piger med anden etnisk baggrund end dansk, som kommer fra en kernefamilie, og som er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (+ almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 0 risikofaktorer. Ingen af disse piger har udviklet et interventionskrævende misbrug af rusmidler.*
- *Piger med anden etnisk baggrund end dansk, som kommer fra en kernefamilie, men som ikke er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (uden for almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 1 risikofaktor (- boglig).*
- *Piger med anden etnisk baggrund end dansk, som kommer fra en brudt familie, men som er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (+ almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 1 risikofaktor (brudt familie).*
- *Piger med etnisk dansk baggrund, som kommer fra en kernefamilie, og som er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (+ almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 1 risikofaktor (dansk).*
- *Drenge med anden etnisk baggrund end dansk, som kommer fra en kernefamilie, og som er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (+ almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 1 risikofaktor (dreng).*

Mediumrisikogruppen (MR2) repræsenterer 41 % af de unge i denne undersøgelse (antal interviewede = 1.209) og består af følgende kategorier af unge:

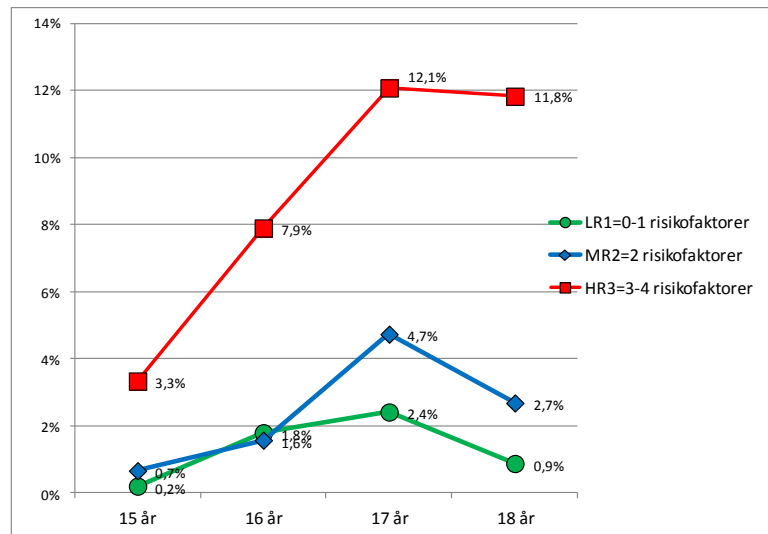
- *Piger med anden etnisk baggrund end dansk, som kommer fra en brudt familie, og som ikke er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (uden for almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 2 risikofaktorer (brudt familie, -boglig)*

- *Piger* med etnisk *dansk* baggrund, som kommer fra en *kernefamilie*, men som ikke er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (*uden for* almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 2 risikofaktorer (dansk, -boglig)
- *Piger* med etnisk *dansk* baggrund, som kommer fra en *brudt familie*, men som er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (+ almindelig folkeskole, *HF, HTX, HHX eller STX*). 2 risikofaktorer (dansk, brudt familie).
- *Drenge* med *anden etnisk* baggrund end dansk, som kommer fra en *kernefamilie*, men som ikke er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (*uden for* almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 2 risikofaktorer (dreng, -boglig)
- *Drenge* med *anden etnisk* baggrund end dansk, som kommer fra en *brudt familie*, men som er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (+ almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 2 risikofaktorer (dreng, brudt familie).
- *Drenge* med etnisk *dansk* baggrund, som kommer fra en *kernefamilie*, og som er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (+ almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 2 risikofaktorer (dreng, dansk).

Højrisikogruppen (HR3) repræsenterer 24 % af de unge i denne undersøgelse (antal interviewede = 767). En typisk ung fra HR er en etnisk dansk ung mand, der kommer fra en brudt familie *og/eller* er uden for det boglige uddannelsessystem (uden for almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx), eller en etnisk dansk pige, der kommer fra en brudt familie *og* er uden for det boglige uddannelsessystem. Mere specifikt består HR3 af følgende kategorier af unge:

- *Piger* med etnisk *dansk* baggrund, som kommer fra en *brudt familie*, og som ikke er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (*uden for* almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 3 risikofaktorer (dansk, brudt familie, -boglig).
- *Drenge* med *anden etnisk* baggrund end dansk, som kommer fra en *brudt familie*, og som ikke er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (*uden for* almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 3 risikofaktorer (dreng, brudt familie, -boglig).
- *Drenge* med etnisk *dansk* baggrund, som kommer fra en *brudt familie*, men som er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (+ almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 3 risikofaktorer (dreng, dansk, brudt familie).
- *Drenge* med etnisk *dansk* baggrund, som kommer fra en *kernefamilie*, og som er en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (*uden for* almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 3 risikofaktorer (dreng, dansk, -boglig).
- *Drenge* med etnisk *dansk* baggrund, som kommer fra en *brudt familie*, og som er ikke en del af det traditionelle boglige uddannelsessystem (*uden for* almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx). 4 risikofaktorer (dreng, dansk, brudt familie, -boglig). Helt op til 46 % af en årgang fra denne gruppe har et interventionskrævende misbrug af rusmidler (DIM-Rus).

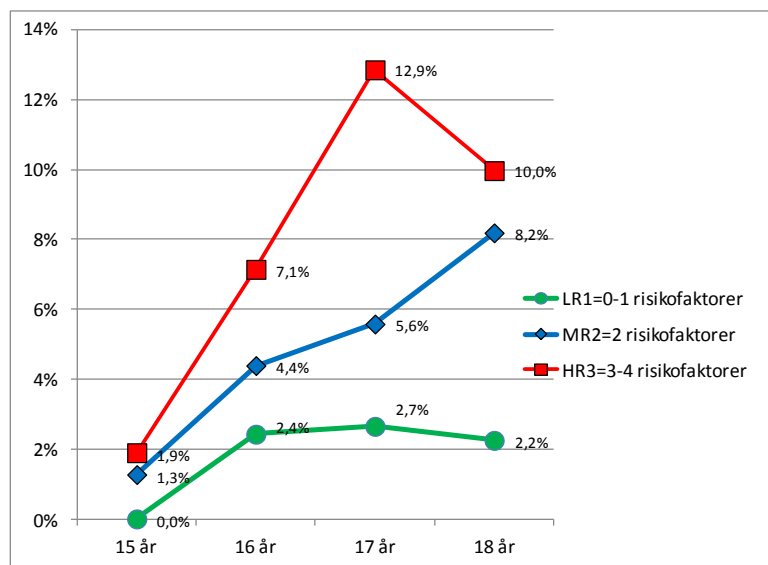
Andelen af unge med DIM-Stof fra de tre risikogrupper ses i nedenstående figur 2.



Figur 2. Andelen af 15-18-årige unge med DIM-Stof fordelt på tre risikogrupper

I figur 2 ses det, at 0,9 % af de 18-årige fra LR1 (n=247) har udviklet DIM-Stof, mens det samme er tilfældet for 11,8 % af de 18-årige fra HR3 (n=203). HR3 udgør som tidligere nævnt omkring 24 % af de unge. I denne gruppe er det altså over 10 % af de 17- og 18-årige, der opfylder kriterierne for mindst 8 dages forbrug af illegale stoffer på en måned og/eller mindst 6 DSM-konsekvenser, som hver især blev oplevet flere gange inden for det seneste år.

For DIM-Alkohol ser graferne ud som vist i nedenstående figur 3.

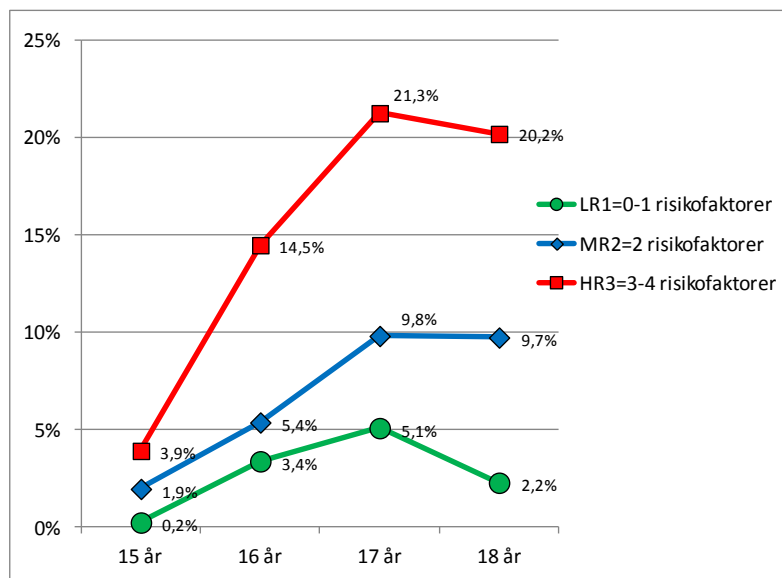


Figur 3. Andelen af 15-18-årige unge med DIM-Alkohol fordelt på tre risikogrupper

For de 17-årige ses det, at 2,7 % af de unge fra LR1 (n=247) har udviklet DIM-Alkohol, mens det samme er tilfældet for 12,9 % af de unge fra HR3 (n=174). R1 udgør som nævnt 35 % af de unge, og for denne gruppe er det med andre ord meget begrænset, hvor mange der udvikler DIM-Alkohol.

Det kan siges, at der er en forskel på, hvorledes risikogruppernes fordeler sig i de to figurer. Der er således større skel mellem risikogruppe LR1+MR2 og risikogruppe HR3, når der er tale om stofmisbrug, mens risikogrupperne placerer sig med nogenlunde lige afstande i DIM-Alkohol. Således kan det siges, at unge skal være belastet med 3-4 risikofaktorer, før andelen med et stofmisbrug bliver betragtelig højere end hos de resterende unge. Samme belastning er ikke nødvendig for, at andelen af unge med et alkoholmisbrug øges, da gruppen i MR2 er tæt på samme andel som i HR3 for de 17- og 18-årige.

Endelig ses andelen af unge, som har udviklet DIM-Rus, i figur 4.



Figur 4. Andelen af 15-18-årige unge med DIM-Rus fordelt på tre risikogrupper

Forskellene mellem de tre grupper er endnu mere tydelige i figur 4. Det er således relativt beskedne 2,2 % af de unge 18-årige fra LR1, som har udviklet DIM-RUS, mens det samme er tilfældet for 20,2 % af de 18-årige unge fra HR3. Risikoinddelingen synes med andre ord at give god mening og kan være særdeles brugbar, når forebyggelse og indsatser skal rettes mod specifikke grupper.

Det skal fremhæves, at det forekommer forholdsvist sjældent, at en ung opfylder kriterierne for såvel DIM-Alkohol som DIM-Stof. Personer med DIM-Stof har dog ofte i tilføjelse et stort forbrug af alkohol, dog sjældent så stort at det opfylder kriterierne for DIM-Alkohol.

7. Hvor mange får hjælp til at stoppe/reducere deres misbrug?

I gruppen af 2.950 unge, som har besvaret spørgeskemaet, har 210 et misbrug af enten alkohol eller stoffer (eller begge dele). Disse unge er blevet spurgt om, hvorvidt de har overvejet behandling, og i så fald hvorvidt de har modtaget behandling. 56 af de 210 har overvejet behandling, og 25 har modtaget behandling. Dette fordeler sig som vist nedenfor.

DIM-Stof (vægtet)

- 1) 52,4 % af dem der har udviklet DIM-Stof har overvejet hjælp.
- 2) 25,0 % af dem der har udviklet DIM-Stof har såvel overvejet som modtaget hjælp (21/104).

DIM-Alkohol (vægtet)

- 1) 5,8 % af dem, der alene har udviklet DIM-Alkohol har overvejet hjælp. Altså eksklusive de, der såvel har udviklet DIM-Alkohol som DIM-Stof.
- 2) 1,8 % af dem, der alene har udviklet DIM-Alkohol har såvel overvejet som modtaget hjælp (3/106).

Som det ses, er det betydeligt mere almindeligt at overveje at søge hjælp for stofmisbrug end for alkoholmisbrug. Det kan selvfølgelig forklares med de kriterier, der er anvendt til at bestemme DIM-Alkohol, men det kan også forklares med den danske beruselseskultur blandt unge, herunder den generelle accept af beruselse blandt såvel de unge som voksne. At drikke 35 genstande på en typisk uge og/eller opleve 6 alvorlige konsekvenser af alkoholforbruget opleves derfor ikke nødvendigvis som et forbrug, hvor der er brug for hjælp til adfærdsændring, og de enheder, der tilbyder hjælp, synes generelt ikke at have fokus på de unges forbrug af alkohol. Dette skal ikke diskuteres i den rapport.

Et andet spørgsmål er, hvilke unge der i særlig grad overvejer/søger behandling. Ved hjælp af en logistisk regressionsmodel undersøges de faktorer, som medvirker til, at unge med et misbrug overvejer hjælp/behandling eller rent faktisk indgår i et behandlingsforløb. Signifikante forskelle i tabellen kan være med til at forklare forskellen på den hjælpesøgende adfærd blandt eksempelvis unge med et misbrug på henholdsvis erhvervsfaglige uddannelser og gymnasiet.

I den næste tabel er de 210 unge der har udviklet DIM-RUS opdelt i tre grupper. 1) 56 unge, som overvejer at søge hjælp for deres misbrug, 2) 144 unge, som ikke har overvejet at søge hjælp for deres misbrug og 3) til sidst gruppen af 25 unge, som har søgt hjælp/behandling for deres misbrug (denne gruppe er også inkluderet i de 56 der har overvejet at søge hjælp).

Tabel 8. Hvilke unge med DIM-RUS overvejer og søger behandling.

N=ikke vægtet %= vægtet	Overvejer hjælp/behandling			Ingen overvejelse om hjælp/behandling			Har søgt hjælp/behandling		
	N a	% b	OR	N c	% d	Or	N e	% f	Or
Unge med DIM-rus (N=210) g									
	56	29,65%		144	65,80%		25	11,90%	
Køn									
Drenge	35	27,58%	1	99	72,42%	1	17	15,20%	1
Piger	21	33,75%	1,12	45	52,67%	0,45*	8	10,52%	0,53
Alder									
15	4	37,48%	1	10	62,52%	1	1	7,75%	1
16	10	15,05%	0,59	38	78,18%	1,17	5	7,29%	1,88
17	23	34,82%	1,56	46	61,81%	0,61	9	14,54%	3,27
18	19	31,53%	1,58	50	63,19%	0,57	10	17,51%	4,78
Etnicitet									
Dansk herkomst	52	29,30%	0,7	136	65,76%	1,03	23	12,87%	0,45
Indvanderer/efterkommer	4	33,70%	1	8	66,30%	1	2	22,36%	1
Igangværende uddannelse									
Gymnasiet	16	20,26%	1	65	74,76%	1	5	7,40%	1
Folkeskole	1	1,91%	0,07*	20	88,79%	2,75	1	1,91%	0,25
erhvervsfaglig	13	36,32%	2,05	26	56,15%	0,47	8	24,01%	3,6*
andet/ikke under udd	26	49,83%	3,04*	33	50,17%	0,43	11	20,31%	2,4
Familieforhold									
bor m. begge forældre	12	11,38%	1	78	80,52%	1	5	5,53%	1
bor m far/mor i nyt forhold	12	37,75%	3,60*	23	62,25%	0,51	6	18,05%	2,97
bor m enlig forælder	27	43,32%	5,33***	40	53,89%	0,31**	11	17,50%	3,17
har ingen forældre	5	71,81%	12,66**	3	28,19%	0,14*	3	49,32%	11,29*

a= antallet af unge med DIM-rus som har overvejet hjælp/behandling (ikke vægtede tal).

b = % af personer med DIM-rus, som har overvejet hjælp/behandling (vægtede tal).

c= antallet af unge med DIM-rus som ikke har overvejet hjælp/behandling (ikke vægtede tal)

d = % af personer, som ikke har overvejet hjælp/behandling (vægtede tal)

e= antallet af unge med DIM-rus som har modtaget hjælp/behandling (ikke vægtede tal)

f = % af personer, som har modtaget hjælp/behandling (vægtede tal)

g = analyse er kontrolleret for igangværende uddannelse og familieforhold

Signifikant p-værdi= 0,01-0,05 ** Signifikante p-værdier=0,001-0,01 ***Signifikant p-værdi < 0,001

Tabellen viser, at særligt den uddannelsesmæssige position og de familiemæssige forhold kan knyttes til den hjælpsøgende adfærd hos unge med et misbrug.

Overvejer hjælp (kolonne 1): Unge, der ikke er i gang med et uddannelsesforløb (andet/ikke under udd), overvejer 3 gange oftere at søge hjælp for deres misbrug end unge, der går i gymnasiet. Folkeskolelever med DIM-RUS er den uddannelsesgruppe, der i mindst grad overvejer at søge hjælp (OR=0,07, p=0,017).

Unge fra brudte familier overvejer oftere at søge hjælp for deres misbrug end unge i kernefamilier. For eksempel overvejer unge der bor hos en enlig forælder 5,33 gange oftere at søge hjælp end unge med DIM-RUS, der bor sammen med begge forældre.

Søger hjælp (kolonne 3): for gruppen, der har søgt hjælp, er der primært to forhold, som adskiller sig i signifikant grad, og det er unge i et erhvervsfagligt uddannelsesforløb og unge uden forældre. Unge på erhvervsfaglige uddannelser søger 3,6 gange så hyppigt hjælp som unge i gymnasiet (OR=3,6 p=0,049) og unge som ikke har nogen forældre søger 11,29 gange så ofte hjælp som unge med DIM-RUS, som bor med med begge deres forældre.

Når det netop er ovenstående grupper af unge der hyppigst overvejer og søger hjælp, kan det måske skyldes, at disse unge oftere har andre sociale og psykiske problemer end andre unge, eller også er de i forvejen på forskellige måder i kontakt med det sociale system (f.eks. unge der ikke har nogen forældre).

Resultater skal dog tolkes med forsigtighed, bl.a. fordi der er tale om forholdsvis små grupper (særligt i gruppen, som har modtaget hjælp/behandling). Andre undersøgelser har dog vist, at der er en sammenhæng mellem det at have en god social og socioøkonomisk situation og hjælpsøgende adfærd, således at en højere uddannelsesgrad eller større integration på arbejdsmarkedet medvirker til en mindre hjælpsøgende adfærd (Oleski 2010, Grella 2009). Det vil sige, at forhold, som ellers giver fordele og prestige i livet, medvirker til en lavere erkendelse af, at forbruget er et problem og som følge heraf en lavere sandsynlighed for at opsøge hjælp. Sammenhængene der ses i tabel 8 synes at være indikationer på det samme.

Oplevelsen af hjælpen

Men hvordan ser det ud for gruppen af unge, som rent faktisk har modtaget hjælp, rådgivning eller behandling for deres misbrug? Hvordan har de oplevet indsatsen?

Som nævnt havde i alt 25 unge med et misbrug (DIM-Rus) inden for det seneste år modtaget en eller anden form for hjælp. Derudover har 5 andre unge, som ikke opfylder kriteriet for DIM-Rus) også modtaget behandling. Nedenstående analyse viser resultaterne for alle 30 unge, heraf 11 piger og 19 drenge.

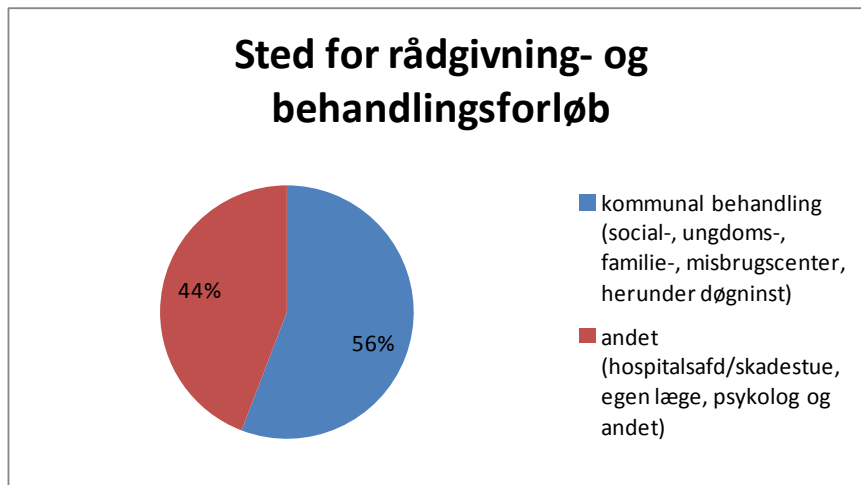
Tabel 9. Hvornår og hvor mange gange har de unge modtaget hjælp?

Antal behandlingsgange	Hvornår modtog du behandling?	
	før 2011	2011
1 gang	5	10
2-3 gange	6	6
5 el. flere gange	1	2
Total	12	18

9 af de unge modtager på undersøgelsestidspunktet stadig behandling. For langt størstedel af de unge var de i behandling for deres stofmisbrug: 27 unge var i behandling for deres forbrug af stoffer, hvoraf en af de unge ligeledes var i behandling for sit alkoholforbrug, og en anden for et forbrug af lægeordineret medicin. 2 har været i behandling alene for deres alkoholforbrug, og 1 i behandling alene for forbrug af lægeordineret medicin.

De unge har primært været i behandling i offentligt regi – 56 % har været i en eller anden form for specialiseret kommunal misbrugsbehandling, mens 44 % har modtaget anden form for behandling (fx hospital, egen læge, psykolog). De fagpersoner, som de unge har fået hjælp af, er primært misbrugsbehandlere, psykolog og psykiater. Derud-

over nævnes egen læge, SSP-konsulent, sundhedsplejerske eller anden form for sundhedsfagligt personale.



Figur 5. Hvilken type hjælp har de unge modtaget

I en tidligere publikation fra CRF (Vind & Pedersen 2010:21) fandt vi, at der ca. blev indskrevet 800-1.000 unge under 18 år i behandling for deres stofmisbrug om året. Som nævnt er det ca. 6-8.000 der har udviklet et stofmisbrug om året i samme aldersgruppe. Dette synes at være i rimelig overensstemmelse med ovenstående. Altså skønnes det, at mellem 10-16 % af de under 18-årige modtager en eller anden form for specialiseret kommunal misbrugsbehandling for deres stofmisbrug. Dertil kommer en gruppe, som får hjælp på anden måde.

Vi fandt som tidligere nævnt, at 25 % af de 15-18-årige med DIM-Stof har modtaget en eller anden form for hjælp for deres stofmisbrug (11,2 % fra et specialiseret kommunalt misbrugsbehandlingscenter). Dette er altså i meget god overensstemmelse med de data, der ligger fra andre undersøgelser/databaser. 10-16 % får specialiseret hjælp fra et kommunalt misbrugsbehandlingscenter, mens 5-10 % får anden form for hjælp. Sammenlagt omkring 25 %.

Behandlingens udkomme og de unges syn på kvaliteten

De unge er overordnet meget tilfredse med behandlingen, og 28 betegner kvaliteten som ”meget god/god”. Kun 2 angiver, at den var decideret ”dårlig”. Derudover svarede de unge på de kvalitetsspørgsmål som ses i tabel 10.

Tabel 10. Hvordan oplevede de unge kvaliteten af den hjælp de modtog.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
"I hvilken grad fik du de ydelser, du havde forventet?"	10	15	2	2	1
"I hvilken grad har hjælpen opfyldt dine behov?"	10	15	2	3	
"I hvilken grad vil du anbefale den hjælp, du har fået, hvis en ven har samme behov for hjælp?"	16	8	5	1	
"I hvilken grad er du tilfreds med, hvor meget hjælp du har fået?"	19	8	3		
"I hvilken grad har den behandling, du har fået, hjulpet dig med at klare dine problemer mere effektivt?"	14	8	6	2	

Til spørgsmålet, om de vil vælge samme rådgivning/behandling igen, svarer kun 4 unge nej.

Kvaliteten af behandlingen kan ligeledes anskues i sammenhæng med de unges gennemførelse af behandling og med et eventuelt ophør af misbruget. 22 af de unge har anført, at de gennemførte behandlingen som planlagt, mens 8 ikke gennemførte behandlingen. Der er forskellige årsager til de afbrudte forløb, hvor 3 unge angiver, at de ikke har lyst til at stoppe deres forbrug helt eller havde tilbagefald, mens et par stykker ikke kunne overskue behandlingen eller fik ikke det optimale ud af den. En enkelt kunne ikke fordrage sin psykolog.

Forbruget af rusmidler er ophørt for halvdelen af de unge. 13 unge angiver således, at de ved behandlingens afslutning ikke havde noget forbrug af rusmidler, mens 14 unge svarer, at de i dag ikke har noget forbrug (1 ung er således kommet ud af sit forbrug af rusmidler i mellemtiden). At ca. halvdelen aktuelt er ude af deres stofmisbrug, er i god overensstemmelse med, hvad der senere skal vises.

8. Behandling af de under 18-årige i Danmark: UngMAP

De følgende analyser bygger på UngMAP-databasen og den dertil knyttede opfølgingsundersøgelse. I afsnit 8.1 vil UngMAP-databasen blive sammenholdt med Unge-surveyet, som blev gennemgået i de forrige afsnit. Det første spørgsmål, der stilles, er om det vitterligt forholder sig således, at det i særlig grad er etnisk danske mænd, der ikke fortsætter med en boglig uddannelse efter folkeskolen, og som kommer fra brudte familier, som i særlig grad udvikler et misbrug af rusmidler. Det blev i meget tydelig grad fundet i Unge-surveyet og må jo så forventes at kunne genfindes i UngMAP-databasen.

8.1 Hvem kommer i behandling?

I det følgende skal populationen af DIM-RUS, der blev fundet i Unge-surveyet, sammenholdes med populationen i UngMAP-databasen. Fx må man forvente, at de, der kommer i misbrugsbehandling, helt overvejende kan placeres i højrisikogruppen (HR3). Dette er da også tilfældet. Mens vi fandt, at omkring 24 % af de unge i vores survey kunne placeres i HR3, så er det hele 80 % af de unge, der er indskrevet i specialiseret misbrugsbehandling, som kommer fra samme risikogruppe. De unge fra lavrisikogruppen (LR1) udgjorde, som tidligere nævnt, 35 % af de unge i vores survey, men de udgør kun 1,9 % af de unge, der er indskrevet i specialiseret misbrugsbehandling. De resterende unge kommer fra mellemrisikogruppen (MR2).

Køn: Af de unge 15-18-årige, som vi i ungesurveyet fandt havde udviklet DIM-Stof, var 34,5 % piger. Af de unge, der er registreret af behandlingsstederne i UngMAP, er det 36,8 %, der er piger.

Etnicitet: 19 % af de unge 15-18-årige fra de fire kommuner er indvandrere eller efterkommere af indvandrere. Af de unge, der er registreret i UngMAP af behandlingsstederne, er det 6 %, der er indvandrere/efterkommere. De unge 15-18-årige med anden etnisk baggrund udgjorde 7,99 % af de unge i surveyet, som havde udviklet DIM-Stof.

Uddannelse: Som det blev vist i forrige afsnit, havde unge, der var i gang med en gymnasial uddannelse (hf, htx, hhx, stx) i langt mindre grad udviklet et misbrug af rusmidler end andre unge i tilsvarende alder. Unge fra det gymnasiale system søgte derfor heller ikke overraskende i langt mindre grad behandling for misbrug end andre unge.

Af de 1.478 unge i alderen 16-17 år, der blev interviewet i de fire kommuner (svarprocent 70,6 %), var det 54,7 %, der aktuelt var i gang med en gymnasial uddannelse.

Af de 487 16-17-årige, der indskrives i stofmisbrugsbehandling (UngMAP), er det 6,98 %, der aktuelt er i gang med en gymnasial uddannelse. Gymnasieelever er altså i udpræget grad underrepræsenteret i det offentligt finansierede, specialiserede misbrugs-

behandlingssystem. Dette kan forklares med, at de ikke så ofte udvikler DIM-Stof som andre unge, men, som tidligere vist, tyder noget dog også på, at de gymnasieelever der har udviklet et misbrug af rusmidler, ikke så ofte søger behandling som andre unge.

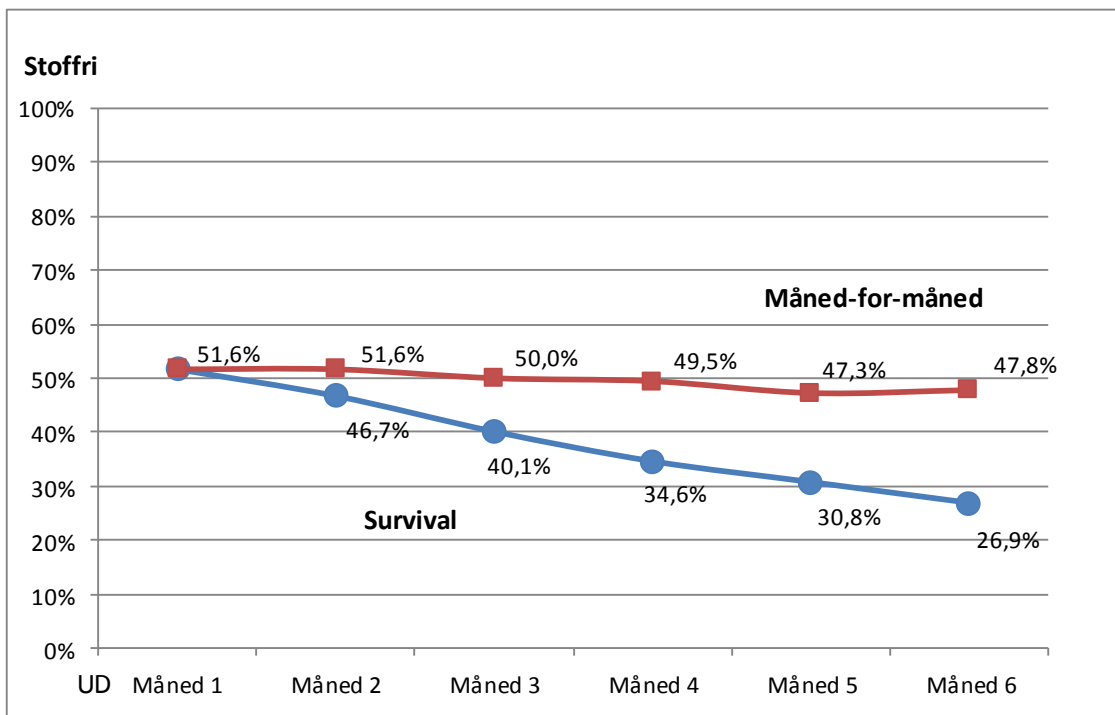
Brudte familier: 66 % af de unge 15-18-årige fra de fire kommuner er inkluderet i en familie bestående af begge forældre. Af de unge, der er registreret i UngMAP af behandlingsstederne, er dette tilfældet for 22 %.

Alle de tidligere nævnte risikofaktorer er altså massivt til stede blandt de unge, der indskrives i specialiseret kommunal misbrugsbehandling. En typisk ung i behandling for sit misbrug er derfor en etnisk dansk ung mand, der kommer fra en brudt familie og/eller er uden for det boglige uddannelsessystem (uden for almindelig folkeskole, hf, htx, hhx eller stx) eller en etnisk dansk pige, der kommer fra en brudt familie og er uden for det boglige uddannelsessystem.

8.2 Hvordan går det dem efter behandling?

Som nævnt blev 182 unge interviewet ansigt-til-ansigt 6 måneder efter afsluttet behandling. De 182 repræsenterer de 739 i UngMAP-Basis. Alle unge gennemførte et sådaldt timeline-follow-back interview, hvor de sammen med forskeren gennemgik deres forbrug (eller mangel på samme) den første måned efter udskrivning, den anden måned, tredje måned osv.

Illegale stoffer: I figur 6 ses to grafer, der på hver sin måde illustrerer andelen af unge, som oplevede tilbagefald til brug af illegale stoffer inden for de første 6 måneder, efter de havde forladt behandlingen.

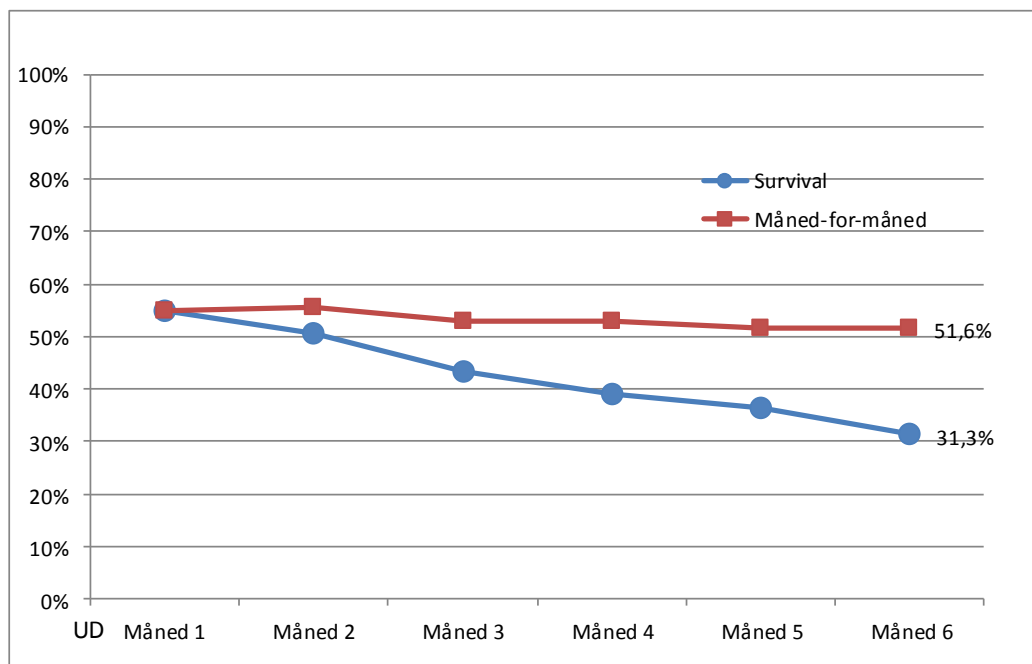


Figur 6. Tilbagefald til forbrug af illegale stoffer for 182 unge de første 6 måneder efter afsluttet behandling

Den nederste graf er en såkaldt survivalskurve, som viser, hvor mange unge der forblev stoffri samtlige første 6 måneder, efter de havde forladt behandlingen. Kurven viser, at 51,5 % af de unge stadig var stoffri i måneden, efter de havde forladt behandlingen. 26,9 % af de 182 unge fortsat er stoffri 6 måneder efter udskrivning, og har på intet tidspunkt haft et forbrug af illegale stoffer de seneste 6 måneder. 73,1 % af de unge har altså på et eller andet tidspunkt i denne 6 måneders periode indtaget illegale stoffer. Det kan være alt mellem en enkelt gang til flere gange om dagen.

Den øverste graf viser, hvor mange der er stoffri måned for måned – altså hvor mange var stoffri i måned 1, 2, 3 osv. En ung, der tog stoffer i måned 2, kan således godt være stoffri i måned 4. Derfor er denne måned-for-måned kurve mere ”positiv” end survivalskurven. 6 måneder efter udskrivning var 47,8 % stoffri, og sådan har det stort set været siden måneden efter udskrivning. For nogle af de unges vedkommende kunne interviewet først arrangeres 7-8 måneder efter udskrivning. Derfor blev der også spurgt om forbrug af illegale stoffer i måneden op til interviewet. 49,5 % af de 182 unge rapporterede, at de ikke havde haft noget forbrug af illegale stoffer i måneden op til interviewet. Det er altså ca. halvdelen af de 182 unge, som er stoffri, hvis den enkelte måned ses isoleret. Det er meget ofte denne måde at opgøre effekt på, der anvendes i opfølgingsundersøgelser.

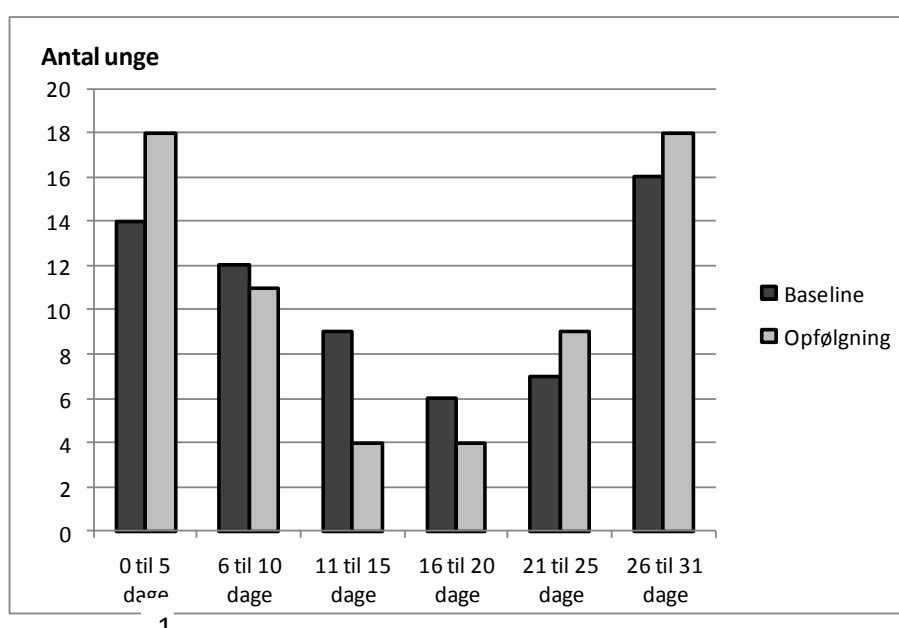
Hash: I nedenstående figur 7 ses, hvor mange unge der havde et forbrug af hash efter udskrivningen. Igen er der tale om en survival og en måned-for-måned graf.



Figur 7. Tilbagefald til forbrug af hash for 182 unge de første 6 måneder efter udskrivning fra behandling

31,3 % af de 182, som alle havde prøvet at ryge hash, har på intet tidspunkt haft et forbrug af hash efter udskrivning (survival). 51,6 % har 6 måneder efter udskrivning ikke haft noget forbrug af hash den seneste måned.

I figur 8 ses forbruget af hash i antal dage for de 64 unge, der havde et forbrug af hash såvel i måneden op til indskrivning som i måneden op til opfølgningsinterviewet.

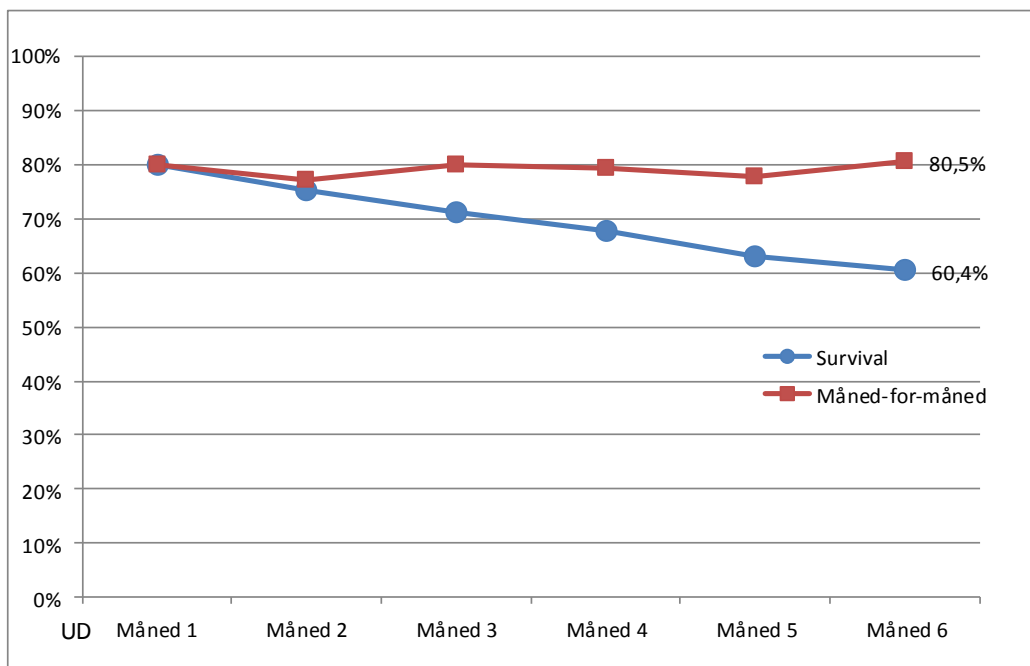


Figur 8. Forbrug i dage for 64 unge der røg hash såvel i måneden op til behandlingsstart som i måneden op til opfølgningsinterview

De to første søjler til venstre viser, at 14 unge havde et forbrug af hash i 1-5 dage i måneden op til behandlingsstart (mørk søjle), mens 18 havde et forbrug af hash i 1-5 dage i måneden op til opfølgingsinterviewet (lys søjle). Vi fandt et massivt forbrug af hash i mellem 26-31 dage hos 16 unge i måneden op til behandlingsstart og hos 18 unge i måneden op til opfølgingsinterviewet. Forskellene i forbrug blandt de 64 unge er ikke i nærheden af signifikant, selvom tendensen ser ud til at være en polarisering af forbrug ved opfølgingsinterviewet (enten lidt eller meget).

Når det alene er 64, der er med i denne analyse, er det, fordi nogle af de unge, som ellers ryger en del hash, har stoppet dette forbrug i måneden op til behandlingsstart – måske fordi de ved, de skal starte i behandling; måske fordi forældrene i denne periode er særligt opmærksomme eller af andre grunde. Således er det 25% af dem, der ellers har røget hash, som ikke haft et sådan forbrug op til behandlingsstart.

Centralstimulerende og hallucinogene stoffer (CH): Ca. hver tredje af de unge har prøvet CH-stoffer i måneden op til behandlingsstart, mens det er 85,1 %, der i deres liv har prøvet sådanne stoffer (amfetamin, kokain, ecstasy, svampe, ketamin, lsd m.fl.). I nedenstående figur 9 ses survival- og måned-for-måned kurven for de 149 unge, som har prøvet disse stoffer i deres liv.



Figur 9. Tilbagefald til brug af centrastimulerende/hallucinogene stoffer for de 149, der har prøvet disse stoffer

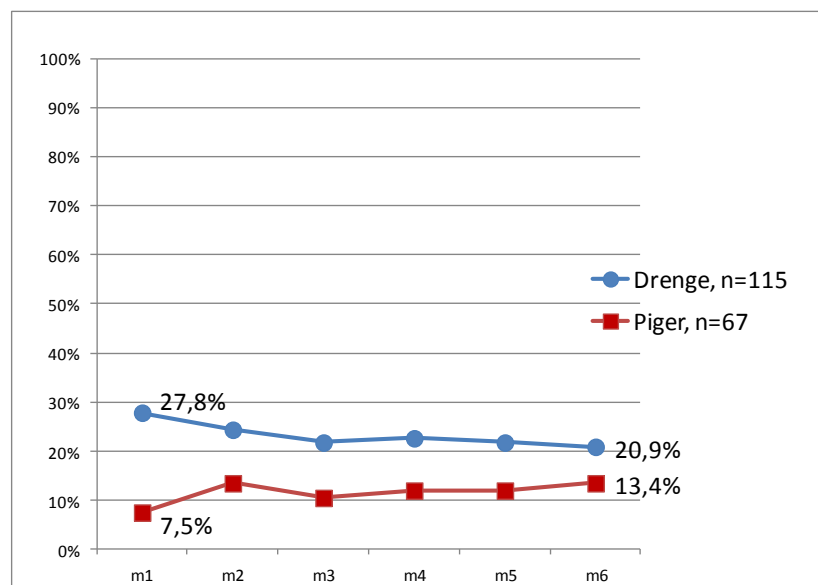
Den nederste kurve (survival) viser, at af dem, der har prøvet CH-stoffer i deres liv, er det 60,4 %, der på intet tidspunkt de første 6 måneder efter udskrivning har haft et forbrug af sådanne stoffer. I den 6. måned efter udskrivning er det 80,5 % af de samme unge, som ikke havde haft noget forbrug af CH (måned-for-måned).

Hvis der alene fokuseres på de 59 unge, der havde haft et forbrug af CH-stoffer i måneden op til behandlingsstart, er det 54,2 % af disse, der ikke har haft et sådant forbrug de første 6 måneder, efter de har forladt behandlingen (survival). 76,3 % af de 59 unge har ikke haft et sådant forbrug i måned 6 efter udskrivning (måned-for-måned).

Opioider: 27 af de 182 unge, der er blevet interviewet 6 måneder efter udskrivning, rapporterer at have prøvet opioider i deres liv. I de 6 måneder, der er gået siden udskrivning, er der 2 af disse unge, som havde et forbrug af opioider i de første 2 måneder efter udskrivning, hvorefter de sluttede dette forbrug. Efter de første 2 måneder efter udskrivning er der ingen af disse 27, der har haft et forbrug af heroin.

Til gengæld er der to, som tilsyneladende ikke havde prøvet opioider før behandlingsstart, som starter et sådan forbrug efter udskrivning. Ved opfølgningsinterviewet har disse to fortsat et sådant forbrug.

Alkohol: Alle de unge, der er med i denne opfølgning, drikker som de fleste andre danske unge alkohol regelmæssigt. I stedet for at spørge til simpelt forbrug blev de unge spurgt om, de i måned 1 efter udskrivningen havde et forbrug på mindst 5 genstande mindst 3 dage om ugen; om de også havde et sådant forbrug i måned 2, 3...6 – altså igen måned for måned de første 6 måneder efter udskrivning. I nedenstående figur 10 ses de unges problematiske forbrug af alkohol de første 6 måneder efter udskrivning.



Figur 10. Måned-for-måned problematisk forbrug af alkohol

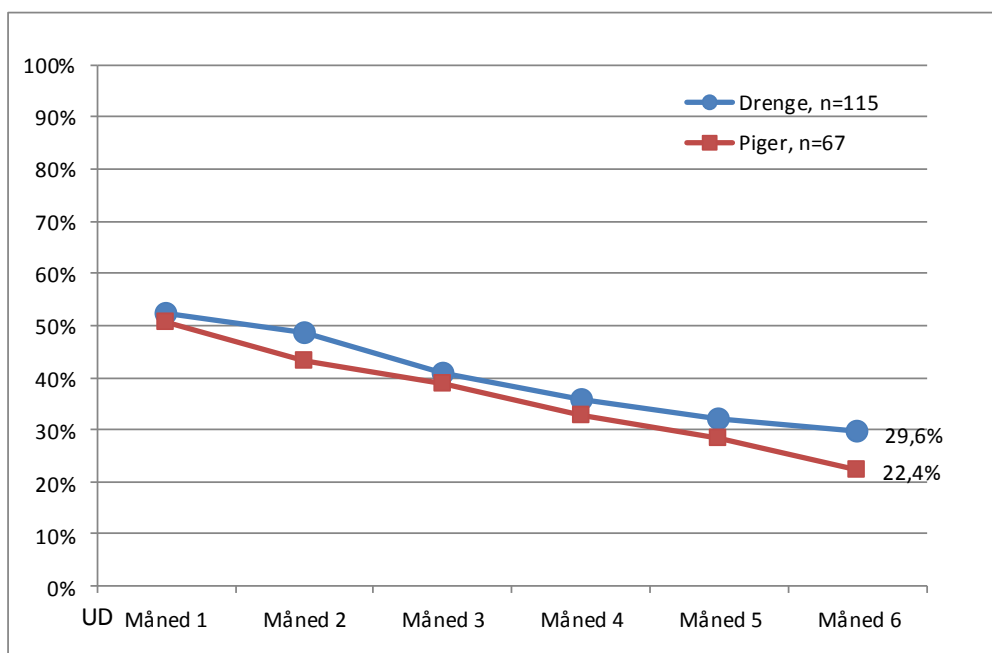
I figur 10 ses det, at i måneden efter udskrivning havde 27,8 % af drenge et forbrug svarende til mindst 3 dage om ugen med mindst 5 genstande hver gang. Tendensen for drengene er faldende, således at det er 20,9 %, der har et sådant problematisk forbrug 6 måneder efter udskrivning. For pigerne synes andelen med et problematisk forbrug at være svagt, men ikke signifikant, stigende.

9. Er der nogen, der er i større risiko for fortsat brug af illegale stoffer end andre?

Hos hvilke grupper af unge ser vi den største risiko for tilbagefald efter afsluttet behandling? Er drenge fx i større risiko for tilbagefald end piger; er unge, der er ekskluderet fra uddannelsessystemet, i større risiko for tilbagefald end andre unge med videre.

9.1 Drenge vs. piger

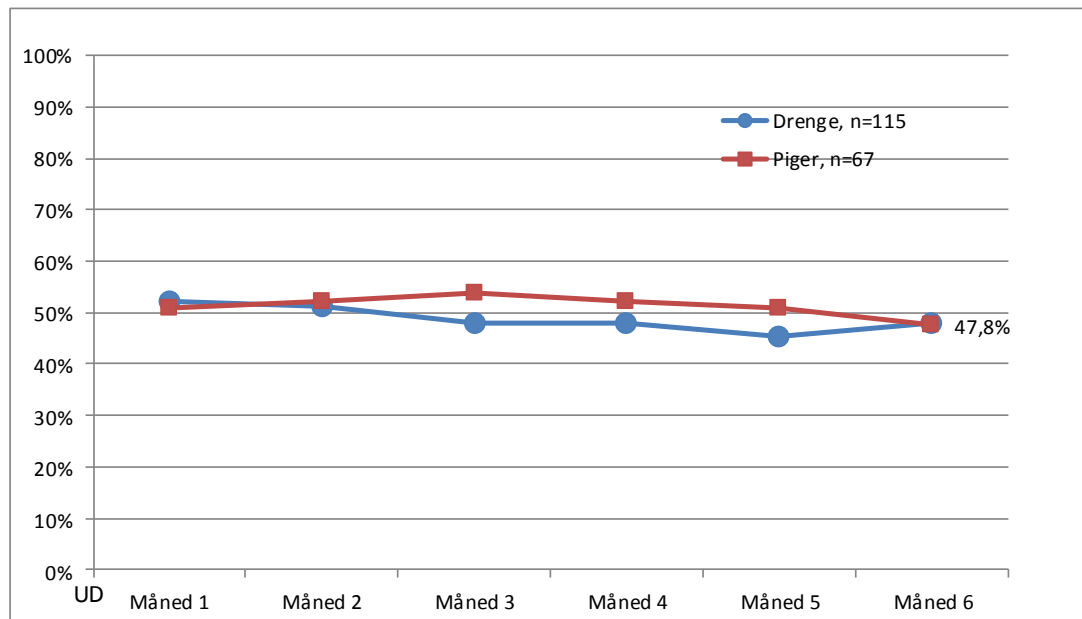
I nedenstående figur 11 ses survivalskurven for tilbagefald til brug af illegale stoffer for henholdsvis drenge og piger.



Figur 11. Tilbagefald til brug af hash, CS/hallucinogener og/eller opiater for 115 drenge og 67 piger (survival)

Der er i ovenstående survivalskurver ingen signifikant forskel i tilbagefald til brug af illegale stoffer mellem de piger og drenge, der er med i denne undersøgelse. Ganske vist er der færre piger, der efter 6 måneder har været helt stoffri, end det er tilfældet for drengene (22,4 % vs. 29,6 %), men heller ikke forskellen isoleret til måned 6 er signifikant forskellig (logistisk regression).

I den næste figur 12 er det måned-for-måned grafen for piger og drenge, der vises.



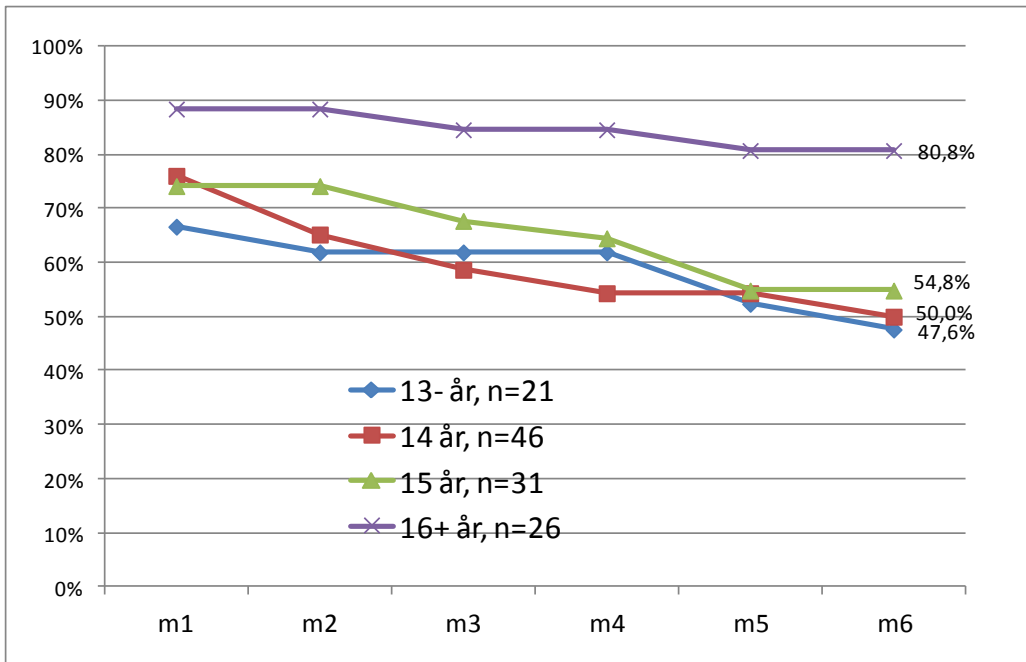
Figur 12. Tilbagefald til brug af hash, CS/hallucinogener og/eller opiatere for 115 drenge og 67 piger (måned- for-måned)

Som det ses, er der i andelen af piger og drenge, som er stoffri måned-for-måned, stort set ingen forskel. Forskellene er fraværende, også når der kontrolleres for alder og psykiske problemer før behandlingsstart. Piger oplever, som tidligere nævnt, i højere grad end drenge ikke mindst indadrettede psykiske problemer som depression, angst, selvmordstanker og selvmordsforsøg. De psykiske problemer skal der senere vendes tilbage til.

9.2 Alder

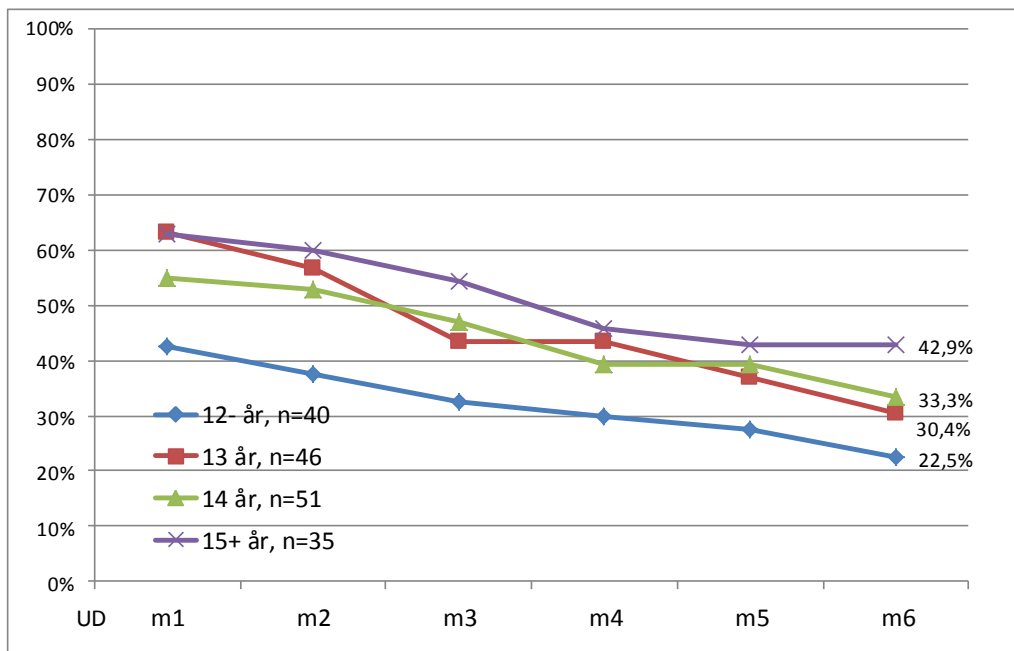
Der ses ingen sammenhæng mellem alder og fortsat forbrug af illegale stoffer efter udskrivning, men der ses forskelle mellem debutalder for første gang, et stof blev indtaget, og fortsat brug efter udskrivning.

Normalt vil man anse tidlig debut med forbrug af illegale stoffer i sammenhæng med en forøget af risiko for fortsat brug efter udskrivning. Dette er også tilfældet her. I figur 13 ses det, at for de 26 unge, der debuterede med deres forbrug af amfetamin som 16-årige eller senere, har 80,8 % ikke haft noget forbrug af CH de 6 måneder, der er gået efter udskrivning. For unge, der har debuteret med amfetamin som 15-årige eller før, er det mellem 45-55 %, der ikke har haft et forbrug af disse stoffer efter udskrivning. Der ses ingen forskel mellem dem, der debuterede som fx 13-årige eller 15-årige.



Figur 13. Sammenhænge mellem forbrug af CH første 6 måneder efter udskrivning og debutalder for brug af amfetamin.

Et mere tydeligt billede ses i forholdet mellem debutalder for brug af hash og fortsat forbrug af hash målt som survival 6 måneder efter udskrivning. Dette ses i nedenstående figur 14.



Figur 14. Sammenhænge mellem forbrug af hash første 6 måneder efter udskrivning og debutalder for brug af hash

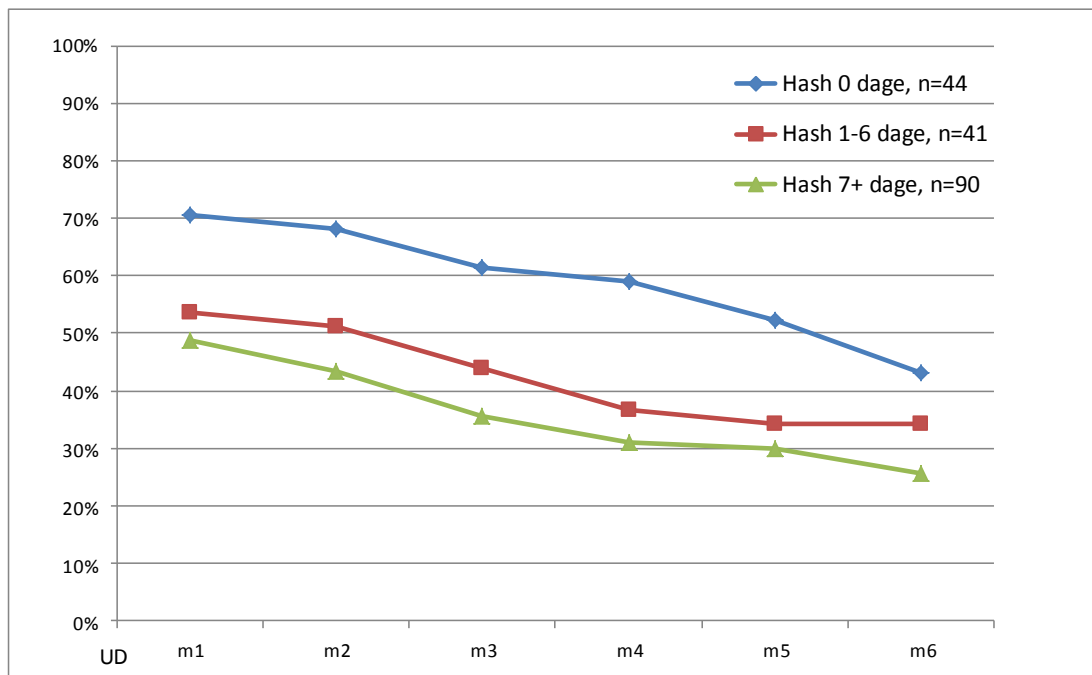
Af dem, der debuterede med deres forbrug af hash i deres 12. år eller tidligere (n=40), er det 22,5 %, som helt har afholdt sig fra hash de første 6 måneder efter udskrivning. Det ser samtidig ud, som om en stor andel af unge fra denne gruppe enten meget hurtigt falder tilbage til et hashforbrug efter udskrivning eller slet ikke stopper deres forbrug under behandlingen. For de 35, der starter deres hashforbrug i deres 15. år eller senere, er det 42,9 %, der helt har været afholdende fra hash de første 6 måneder efter udskrivning.

9.3 Stof- og alkoholforbrugets karakter før behandlingsstart

Forudsiger forbrugets karakter før indskrivning fortsat forbrug efter udskrivning? Med andre ord – er de unge, der har brugt flest forskellige typer stoffer (Poly-Drug-Use = PDU) og/eller brugt de enkelte stoffer mest intensivt, også de unge, der fortsætter deres forbrug efter udskrivning?

Lidt overraskende er der intet, der tyder på, at jo flere forskellige typer stoffer den unge bruger i måneden op til indskrivning, desto større risiko for fortsat brug efter udskrivning. Derimod ses der sammenhænge mellem intensitet i forbrug af de enkelte typer stoffer og fortsat forbrug efter udskrivning.

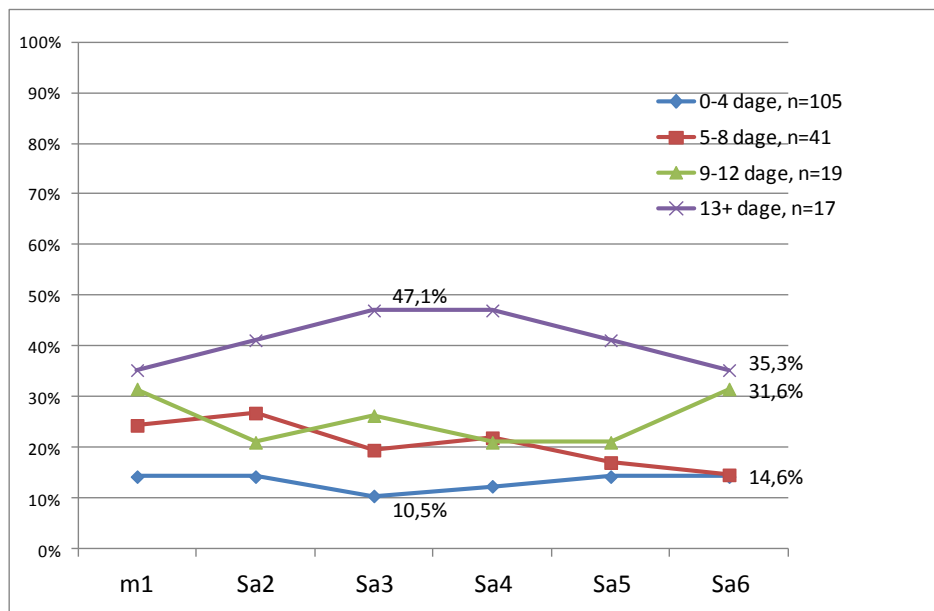
- *Hash*: Jo flere dage med forbrug af hash i måneden op til indskrivning, desto flere dage med forbrug af hash i måneden op til opfølgingsinterviewet (Spearman Rank order Correlation, $p=.02$).
- *Hash*: Jo flere dage med forbrug af hash i måneden op til indskrivning desto oftere forbrug af hash hver måned gennem hele opfølgingsperioden (se figur 15).



Figur 15. Sammenhænge mellem forbrug af hash i måneden op til behandlingsstart og forbrug af hash de første 6 måneder efter udskrivning

Af de unge, der havde et forbrug af hash, men ikke den seneste måned, var det 43,3 %, der havde været helt afholdende fra hash det første halve år efter udskrivning. Af de unge, som havde haft et forbrug i 7 dage eller mere i måneden op til behandlingsstart, var det 25,6 %, der havde været helt afholdende det første halve år efter behandlingens afslutning. Om de har haft et forbrug i 7 dage eller 30 dage i måneden op til behandlingsstart, ser til gengæld ikke ud til at gøre den store forskel.

- *Alkohol*: Jo flere genstande alkohol den unge drikker (når der drikkes) før indskrivning, desto flere genstande ved forbrug af alkohol i måneden op til opfølgingsinterview (Spearman Rank order Correlation, $p=.008$).
- *Alkohol*: Jo flere dage med forbrug af alkohol i måneden op til indskrivning, desto højere sandsynlighed for et problematisk forbrug af alkohol i hele opfølgingsperioden (se figur 16).



Figur 16. Sammenhænge mellem forbrug af alkohol i måneden op til behandlingsstart og problematisk forbrug af alkohol de første 6 måneder efter udskrivning (måned-for-måned)

Figur 16 viser, at af de unge, der havde haft et forbrug af alkohol i 0-4 dage i måneden op til behandlingsstart, var det mellem 10-15 %, der måned-for-måned efter udskrivningen havde et problematisk forbrug af rusmidler (mindst 5 genstande mindst 3 dage om ugen i en måned). Af de unge der op til behandlingsstart havde drukket alkohol i mindst 13 dage var det mellem 35-47 % som havde haft et problematisk forbrug af alkohol i de første 6 måneder efter behandlingens afslutning.

Det er ikke nødvendigvis de samme personer, der har et problematisk alkoholforbrug hver måned – det kan skifte. I alt har 23 af de unge (12,7 %) haft et problematisk

forbrug af alkohol samtlige 6 måneder, efter de havde afsluttet behandlingen - altså binge(fuldskabs)drukket mindst 3 dage om ugen i samtlige 6 måneder.

Udover ovenstående ses der ikke tydelige sammenhænge mellem forbrugsintensiteten før og forbrugsintensiteten efter udskrivning. Et stort forbrug af centralstimulerende og hallucinogene stoffer siger således ikke noget om forbruget af samme (eller andre) stoffer efter udskrivning – heller ikke for de enkelte stof typer, der kan placeres i denne kategori (såsom amfetamin, kokain og ecstasy).

9.4 Psykiske problemer

Psykiske problemer betragtes ofte – jævnfør selvmedicineringshypotesen – som forklaring på, hvorfor et misbrug af rusmidler starter, og som forklaring på, hvorfor det fortsætter efter behandlingens afslutning (hvis der ikke blev gjort noget ved de psykiske problemer under behandlingen). Sådanne forklaringer er der megen forskningsmæssig evidens for, og vi har da også inden for dansk forskning og evaluering set en klar sammenhæng mellem svær psykisk belastning målt med det europæiske Addiction Severity Index og fortsat brug af stoffer efter afsluttet behandling. Når opmærksomheden rettes mod unge, synes det imidlertid noget mere kompliceret. Dette skyldes bl.a., at unges psykiske problemer kan være særdeles ustabile og vanskelige at kategorisere. Der findes således en række symptomer, som i særlig grad synes at høre ungdommen til (selvmordstanker, selvskade, spiseforstyrrelser m.fl.) og brug af personlighedsdiagnoser som fx antisocial personlighedsforstyrrelse synes direkte at være en misforståelse, idet de unge endnu ikke har udviklet en stabil personlighedsstruktur. Dertil kommer, at forbruget af rusmidler kan være ustabil, eksperimenterende og udtryk for det skift i betydningsfulde andre og identitet, som finder sted i de unge år. Det er derfor heller ikke overraskende, at det er svært at finde stabile sammenhænge mellem et ustabilt eksperimenterende forbrug på den ene side og ustabile psykiske problemer og naturlige forandringer i identitet og sociale netværk på den anden side.

Det betyder ikke, at de unges psykiske problemer og psykiske habitus er uden betydning for deres misbrug – det er bare meget vanskeligt at placere deres psykiske problemer i meningsfulde kategorier. I det følgende skal dette dog alligevel forsøges med de relativt begrænsede data, vi har til rådighed.

Der blev konstrueret fire grupper af unge med forskellige typer psykiske/adfærdsmæssige belastninger ud fra de unges interviewbesvarelser ved indskrivning. Belastningerne for de fire grupper ses nedenfor:

- a) Tydelig periode med depressive symptomer i måneden op til behandlingsstart.
- b) Tydelig periode med angst symptomer i måneden op til behandlingsstart.
- c) Selvmordstanker i måneden op til behandlingsstart.
- d) Voldelig adfærd i måneden op til behandlingsstart.

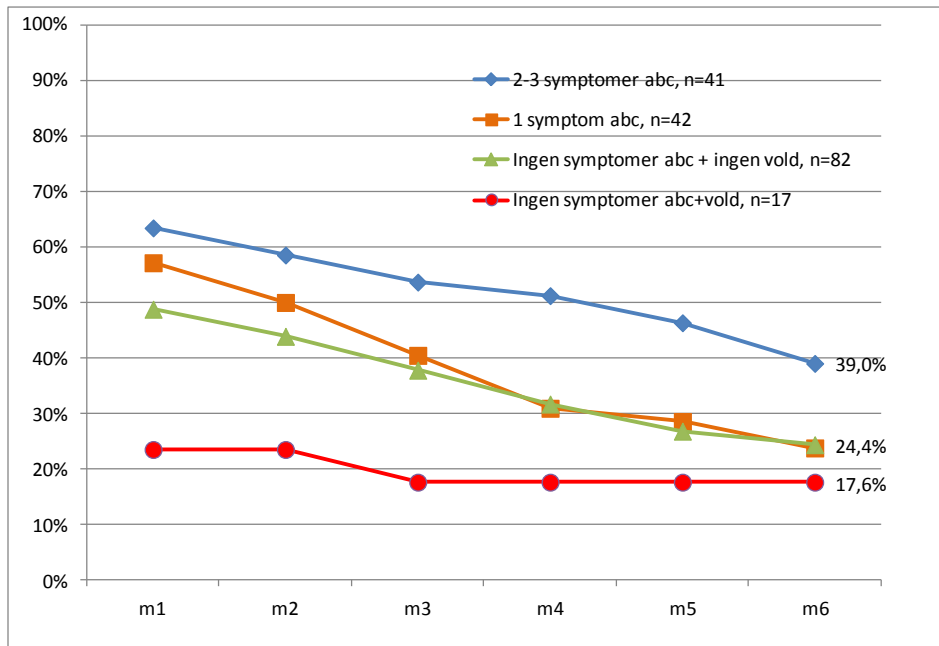
De fire grupper blev først konstrueret efter ovenstående punkt a, b, c (herefter benævnt abc)

- 1) 2-3 symptomer fra abc.
- 2) 1 symptom fra abc.
- 3) Ingen symptomer fra abc.

Der opstod dog en interessant fjerde kategori, når de, der ikke rapporterede nogle af de indadrettede symptomer fra abc, samtidig rapporterede udadrettede voldelige symptomer:

- 4) Ingen symptomer fra abc, men voldelig adfærd.

Denne gruppe 4 kunne måske tilskrives nogle udadrettede antisociale adfærdstræk. Personer med 2-3 af symptomerne fra abc (gruppe 1) kunne også være voldelige, men her var det kombineret med fx depression og angst. Tilbagefald for de fire grupper efter afsluttet behandling ses i figur 17.



Figur 17. Psykiske/adfærdsmæssige problemer og fortsat forbrug af illegale stoffer efter udskrivning

I ovenstående survivalgraf ses det, at 39,0 % af de 41 unge, som har 2-3 symptomer (og evt. også har været voldelige), har været helt afholdende fra brug af illegale stoffer efter udskrivning. For de 17 unge, der ikke oplevede de mere selvdestruktive symptomer fra abc før behandlingsstart, men som havde været voldelige, var det 17,6 %, som havde været afholdende fra illegale stoffer siden udskrivning. Samtidig var de meget hurtigt faldet tilbage i et forbrug af illegale stoffer – eller også var de aldrig stoppet.

Forklaringerne på ovenstående kan være mange og skal antageligt kun ses som indikationer på, at personer med udadreagerende/aggressive symptomer kombineret

med en relativt upåvirket indre følelsesmæssig tilstand kan være vanskelige at etablere en arbejdsalliance med.

9.5 Uddannelse/beskæftigelse

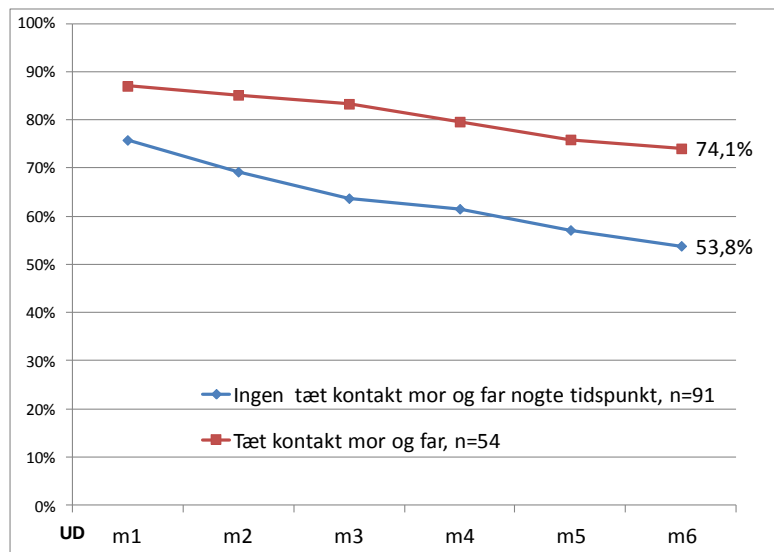
Det er meget vanskeligt at afgøre, hvilken betydning skole og anden beskæftigelse har for de unge ud fra de tilgængelige data. Disse unge er i en meget ustabil livssituation og bevæger sig mellem det ene tilbud efter det andet. Her skal blot nævnes, at for de 10 unge mellem 15-17 år, som ved behandlingsstart var i gang med en gymnasial uddannelse (hf, htx, hhx eller stx), er det 90 % (altså 9), som ikke har rørt andre illegale stoffer end hash efter behandlingens afslutning. Anderledes for de 23 unge i samme alder, som gik på en eller anden form for specialskole. Her var det 47,8 %, der havde været helt afholdende fra andre illegale stoffer en hash de første 6 måneder efter udskrivning. Dette bekræfter de resultater, der blev fundet i Unge-surveyet. For brug af hash og et problematisk forbrug af alkohol ses der ingen forskel, dog er det for begge disse igen de 23 unge, der ved behandlingsstart gik på specialskole, som klarer sig dårligst. Fx var det kun 14,3 % af disse, der helt var holdt op med at bruge hash, og hver tredje fra denne gruppe unge havde et problematisk alkoholforbrug efter udskrivning.

9.6 Kontakt til familie

Unge med jævnlig kontakt til både deres far og mor (mere end 20 dage med hver især i måneden op til behandlingsstart) har forbrugt færre forskellige typer stoffer end andre unge ($U=10.398$, $p=.003$). Det er i særlig grad centralstimulerende stoffer (amfetamin, kokain og ecstasy), som de har et mindre forbrug af (OR 1,98, $p=.008$). Således har 41,5 % af de unge, der boede hjemme, men som ikke havde en tæt kontakt til såvel deres mor som far, et forbrug af centralstimulerende stoffer i måneden op til behandlingsstart, mens det samme var tilfældet for 26,4 % af de unge, som boede hjemme og havde en tæt kontakt til begge forældre. Dette er uafhængigt af såvel køn som alder. Forbruget af alkohol og hash hos disse unge synes ikke at være påvirket af en tæt kontakt til begge forældre.

Tæt kontakt til begge forældre forudsiger forbruget af specielt andre illegale stoffer end hash på samme tid, som kontakten finder sted. Men tæt forældrekontakt før behandlingsstart forudsiger ikke isoleret set fortsat brug efter udskrivning. Det afhænger helt af, om den tætte kontakt fortsat eksisterer efter behandlingens afslutning. Det gør den ikke altid. Af de 48, der havde en kvantitativ tæt kontakt til begge forældre før behandlingsstart, er det således 28, der fortsat har en sådan tæt kontakt ved opfølgningsinterviewet (ofte 1½ år senere). Dette forklares primært med, at de unge, som ikke mere har en kvantitativ tæt kontakt, er flyttet hjemmefra. Disse unge er, som de fleste andre unge i denne alder, inde i en periode af deres liv, hvor de sociale netværk konstant forandrer sig. Man kan forestille sig, at sammenhængen mellem nedsat forbrug af ikke mindst

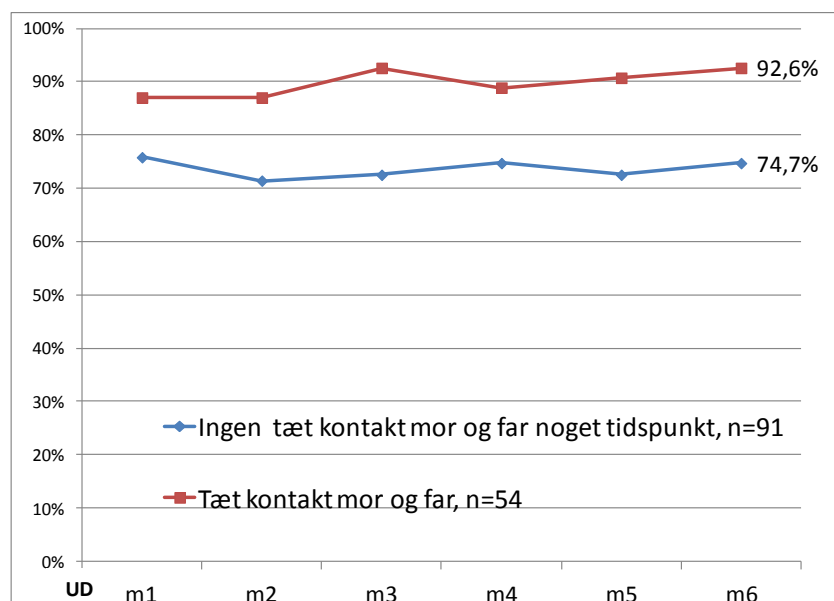
andre illegale stoffer end hash og den kvantitativt tætte kontakt med forældrene må ses som en ”tæt-på” effekt, som antageligt kun har begrænset effekt, når den tætte kontakt ophører. Alligevel synes der at være nogle grundlæggende kvaliteter i det at have en tæt kontakt til begge forældre på et eller andet tidspunkt i undersøgelsesperioden. Således har de unge, der på intet tidspunkt i undersøgelsesperioden har haft en tæt kontakt til begge forældre, signifikant større forbrug af andre illegale stoffer end hash end andre unge efter udskrivning – såvel måned-for-måned som målt med survivalmetoden. Dette ses i den næste to grafer.



Figur 18. Brug af andre illegale stoffer end hash første 6 måneder efter udskrivning for unge med og uden kvantitativ tæt kontakt til begge forældre (Survival)

I figur 18 repræsenterer den øverste graf de unge, som på et eller andet tidspunkt – enten før eller efter behandlingen – har haft en tæt kontakt til begge forældre. Den nederste graf repræsenterer de unge, som hverken før eller efter behandlingen har haft en tæt kontakt til begge forældre. De kan dog godt have en kontakt til én af forældrene. 6 måneder efter udskrivning er det 53,8 % af dem, der ikke har haft kontakt til begge forældre, som på intet tidspunkt har haft et forbrug af andre illegale stoffer end hash, mens det samme er tilfældet for 74,1 % af de unge, der på et eller andet tidspunkt har haft tæt kontakt til begge forældre (Gehan's Wilcoxon Test, $p=.015$). Der analyseres alene på dem, der rapporterer at have prøvet andre illegale stoffer end hash.

I figur 19 ses graferne for samme grupper, men nu for de unges måned-for-måned forbrug.



Figur 19. Brug af andre illegale stoffer end hash første 6 måneder efter udskrivning for unge med og uden kvantitativ tæt kontakt til begge forældre (måned-for-måned)

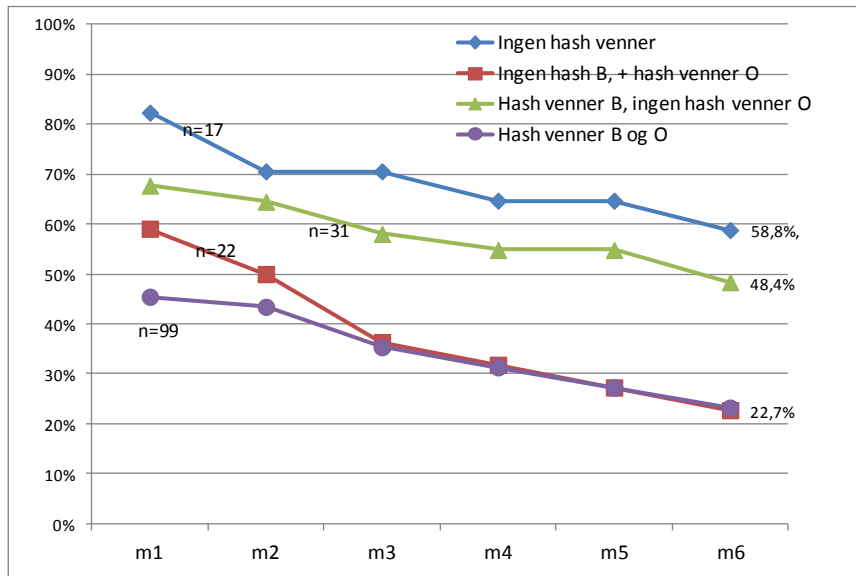
6 måneder efter udskrivning er det 74,7 % af dem, der ikke har haft kontakt til begge forældre, som ikke har haft et forbrug af andre illegale stoffer end hash inden for den sidste måned, mens det samme er tilfældet for 92,6 % af de unge, der på et eller andet tidspunkt har haft tæt kontakt til begge forældre.

Det er klart, at den kvantitative kontakt med forældrene slet ikke kan stå alene. Også kvaliteten af kontakten til forældrene må inddrages. Dette skal ikke gøres i denne publikation, men vil være centrale temaer i to kommende bogudgivelser fra Center for Rusmiddelforskning. Her vil bl.a. 2.000 vilkårligt udtrukne unges kvantitative såvel som kvalitative forældrekontakt blive sammenlignet med samme form for forældrekontakt hos de 739 unge fra UngMAP-gruppen.

9.7 Vennerne

Også sammenhængen mellem kontakten til vennerne og forbruget af rusmidler må i overvejende grad ses som en "tæt-på" effekt. Når de unge er sammen med venner, der har et forbrug af bestemte stoffer, så bruger de også selv disse stoffer. Når de ikke mere er i kontakt med disse venner, så bruger de enten slet ikke eller i langt mindre grad disse stoffer (hvis da ikke de nye venner bruger den samme type stof). Vennernes forbrug af stoffer før behandlingsstart kan derfor ikke forudsige den unges forbrug efter behandlingens afslutning. Det afhænger af, om vennernes bruger stoffer eller ikke. Præcis det samme er tilfældet med forbruget af alkohol.

Ovenstående kan illustreres grafisk som vist i næste figur.



Figur 20. Brug af hash første 6 måneder efter udskrivning for unge med og uden venner, der bruger hash (survival)

Figur 20 skal forstås som følger: Den øverste graf består af 17 unge, som har venner, der ikke har et forbrug af hash – hverken ved baseline (før behandlingsstart) eller ved opfølgingsinterviewet. 58,8 % af disse 17 unge har på intet tidspunkt haft noget forbrug af hash de første 6 måneder efter udskrivning. De 31 unge, der er repræsenteret ved den næstøverste (trekant) graf består af unge, som havde venner, der brugte hash før behandlingsstart (B = baseline), men som ikke havde venner, der brugte hash ved opfølgingsinterviewet (O). For denne gruppe er det 48,8 %, der ikke på noget tidspunkt har haft et forbrug af hash de første 6 måneder efter udskrivning. Den nederste graf repræsenterer de 99 unge, som havde venner, der brugte hash såvel før behandlingsstart (B) og ved opfølgingsinterview (O). 22,7 % af disse 99 unge har ikke på noget tidspunkt haft et forbrug af hash de første 6 måneder efter udskrivning.

Præcis de samme sammenhænge ses mellem de unges forbrug af andre illegale stoffer end hash og vennernes forbrug af samme type stoffer.

Sammenfatning af risikofaktorer for fortsat forbrug efter behandlingens afslutning identificeret i denne undersøgelse: Tidlig debutalder; forbrugets størrelse/intensitet før behandlingsstart; ingen selvdestruktive symptomer kombineret med voldelig adfærd; ekskluderet fra det traditionelle uddannelsessystem; ingen tæt kvantitativ kontakt til forældrene inden for de seneste 1-2 år, og venner, der selv har et forbrug af illegale stoffer, er alle risikofaktorer for fortsat forbrug af illegale rusmidler efter behandlingens afslutning. De sidste tre skal ses som ”tæt-på” inklusions og integrations-effekter. Opgaven består således ikke mindst i at få de unge stabilt inkluderet og integreret i uddannelsessystemer; i en stabil og fungerende familie og i en vennegruppe, hvor der ikke bruges illegale stoffer.

10. Litteratur

Bernards, S., Graham, K., Kuendig, H., Hettige, S. & Obot, I. (2009). "I have no interest in drinking": A cross-national comparison of reasons why men and women abstain from alcohol use. *Addiction*, 104(10), 1658-1668.

ESPAD 2011 (2012). The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: Modintryckoffset AB.

http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_06-08.pdf

Grella, G.E., Karno, M.P., Warda, U.S., Moore, A.A. & Niv, N. (2009). Perceptions of need and help received for substance dependence. *Psychiatric Services*, 60(8), 1068-1074.

Kalton, G. & Flores-Cervantes, I. (2009). *Weighting methods*. I: Bulmer, M., Sturgis, P., & Allun, N. (red.). Secondary analysis of survey data. London: Sage, 221-242.

Oleski, J., Mota, N., Cox, B.J. & Sareen, J. (2010). Perceived need for care, help seeking, and perceived barriers to care for alcohol use disorders in a national sample. *Psychiatric Services*, 61(12), 1223–1231.

Piontek, D., Kraus, L., Legleye, S. & Bühringer, G. (2011). The validity of DSM-V cannabis abuse and dependence criteria in adolescents and the value of additional cannabis use indicators. *Addiction*, 106(6), 1137-1145.

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration).

<http://www.samhsa.gov/>. SAMHSA Questionnaire 2010

<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k10MRB/2k10Q.pdf>

Sundhedsstyrelsen (2011). Focal Point: Narkotikasituationen i Danmark 2011. Sundhedsstyrelsens Publikationer.

http://www.sst.dk/publ/Publ2011/BOFO/Narkotika/Narkotika%202011_DK.pdf

Vind, L. & Pedersen M.U. (2010). *Behandling og andre sociale indsatser der tilbydes unge, der misbruger rusmidler: Strukturer, evidensorienteringer og tidlige identificeringer/indsatser i folkeskoler og ungdomsuddannelser*. Aarhus: Center for Rusmiddel-forskning, Aarhus Universitet.

Wittchen, H.U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G. & Perkonigg, A. (1995). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Paper-pencil 2.2*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut.

