

---

# DanRIS 2016 – STOF

---

## Ambulant stofmisbrugsbehandling og døgnbehandling

Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning

2018

Mads Uffe Pedersen

Michael M. Pedersen

Kirsten S. Frederiksen



**CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING**  
PSYKOLOGISK INSTITUT  
AARHUS UNIVERSITET



# DanRIS 2016 – STOF

**Ambulant stofmisbrugsbehandling og døgnbehandling**

Faglig rapport fra Center for Rusmiddelforskning

2018

## Data

Titel	DanRIS 2016 – STOF
Undertitel	Ambulant stofmisbrugsbehandling og døgnbehandling
Forfatter(e)	Mads Uffe Pedersen, Michael M. Pedersen og Kirsten S. Frederiksen
Afdeling	Center for Rusmiddelforskning
Udgiver	Aarhus Universitet
URL	<a href="http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/">http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/</a>
Udgivelsesår	maj 2018
Redaktion afsluttet	maj 2018
Finansiell støtte	Børne og Socialministeriet
Sammenfatning	<p>Dette er årsrapporten vedrørende borgere indskrevet i ambulant stofmisbrugsbehandling samt døgnbehandling i løbet af 2016. Resultaterne viser, at 3148 borgere er indskrevet i ambulant stofmisbrugsbehandling i løbet af 2016. Set i forhold til 2015 er det stort set identisk set i forhold til kønsfordeling, gennemsnitsalder, gennemførelsesprocent og indskrivningstid. En forskel fra 2015 til 2016 er fra andelen af borgere, som udskrives af behandling med en stigning fra 2194 til 3068 udskrivninger.</p> <p>Der er i 2016 registreret 573 indskrivninger i døgnbehandling mod 594 i 2015.</p>
Emneord	DanRIS, stofmisbrugsbehandling, ambulant, døgn, Europ-ASI, Ungmap, TEM
Sideantal	36
ISBN	978-87-998845-0-6
Internet version	<a href="http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/publikationer/rapporter/">http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/publikationer/rapporter/</a>

# Indhold

<b>Introduktion .....</b>	<b>1</b>
1.1/ Ambulant behandling .....	1
1.2/ Døgnbehandling.....	2
<b>2.0 Ambulant stofmisbrugsbehandling.....</b>	<b>3</b>
2.1/ Europ-ASI og de fem parametre.....	4
2.1.1/ Forbrugsgrupper .....	7
2.1.2/ Opsamling på Europ-ASI og de fem parametre .....	13
2.2/ UngMap og TEM .....	14
2.2.1/ UngMap.....	14
2.2.2/ TEM: Udvikling i stoffrihed gennem behandlingsforløbet.....	17
2.2.3/ Konklusion.....	21
<b>3.0 Døgnbehandling .....</b>	<b>22</b>
3.1/ Udviklingen fra 2011 til 2016.....	24
3.2/ Forbrugsgrupper 2016.....	25
3.3/ Belastning EuropASI.....	26
3.4/ Standardisering.....	27
3.5/ Henvvisninger til døgnbehandling og karakteristika for indskrevne borgere .....	28
<b>4.0 Referencer .....</b>	<b>32</b>

## Introduktion

Dette er årsrapporten vedrørende borgere indskrevet i ambulante stofmisbrugsbehandling samt døgnbehandling i løbet af 2016. Data forefindes i Stofmisbrugsdatabasen (med undtagelse af de rapporterede UngMap og Trivsels- og Effekt-Monitorerings/TEM data).

Jf. § 25 og 26 i Bekendtgørelse nr. 1590 af 14/12/2017 om retssikkerhed og administration på det sociale område er kommunerne underlagt en lovpligtig indberetning af statistiske oplysninger vedrørende stofmisbrugsbehandling og de ydelser, der tilbydes.

Efter § 41 i bekendtgørelse nr. 1020 af 28/06/2016 om retssikkerhed og administration på det sociale område er det et krav, at godkendte offentlige og private døgntilbud indsender statistik og oplysninger vedrørende borgere i døgnbehandling til Dansk Registrerings- og InformationsSystem (DanRIS) efter anmodning fra Center for Rusmiddelforskning (CRF).

Grundlaget for denne rapport er data trukket fra VBGS, DanRIS, UngMap og TEM-programmet. Rapporten omhandler først den ambulante stofmisbrugsbehandling, hvor data fra VBGS, DanRIS, UngMAP og TEM vil blive præsenteret.

Anden del af rapporten omhandler døgnbehandlingen med data fra DanRIS-delen af Stofmisbrugsdatabasen, hvor den enkelte døgnbehandlingsinstitution indrapporterer oplysninger om den enkelte borger i døgnbehandling. De indberettede data omhandler ind- og udskrivningsdata, samt oplysninger fra EuropASI-skemaet.

### 1.1/ Ambulant behandling

Analysen vedrørende den ambulante stofmisbrugsbehandling vil være bygget op som følger.

Først præsenteres en national sammenfatning med primær fokus på Europ-ASI, hvor der indgår 2 populationer: en national population (dk) samt en standardpopulation.

**Den nationale population** består af alle indskrivninger i Danmark i 2016, hvor borgeren har udfyldt et EuropASI-skema. **Standardpopulationen** består af 15.697 indskrivninger i stofmisbrugsbehandling i perioden 2009 til og med 2014, hvor borgerne har udfyldt et EuropASI-skema ved indskrivning.

Belastningsgraden for borgere i den nationale population (dk) sammenlignes med indskrevne borgere fra standardpopulationen (2009-2014), og i analyserne vil tallene fra 2016 løbende blive sammenlignet med indskrivningerne i 2015. Det er således både muligt at undersøge forskellen mellem belastningen for borgere indskrevet i 2015 med dem, som blev indskrevet i 2016 samt generelt forholde dem til belastningsgraden i standardpopulationen. Belastningsgraderne omhandler de 5 parametre: stofforbrug, alkoholforbrug, problemer med kriminalitet, fysiske problemer (somatic) og psykiske problemer. Det er kun indskrivninger, hvor borgeren har udfyldt et EuropASI-skema, der indgår i beregningerne, og som er besvaret inden for tidsrummet 30 dage før til 30 dage efter dato for påbegyndt behandling. Indskrivninger uden Europ-ASI, eller som er udfyldt efter den angivne tidsafgrænsning, indgår således ikke i analyserne.

Herefter præsenteres data fra UngMap- og TEM-databaserne, hvor unge i alderen 15-26 år er blevet indskrevet i behandling i løbet af 2016. Der er her tale om data fra selve indskrivningen, hvor de unge på samme måde som med ASI besvarer en række spørgsmål omhandlende deres ressourcer og barrierer. TEM-data er monitoring af unges forbrug og trivsel ved hver enkelt samtale gennem behandlingsforløbet.

Denne første del af rapporten omhandlende den ambulante behandling er en national sammenfatning. Interesserede læser kan finde statistik for de enkelte kommuner i Appendix 1. Her vil kommuner, som har minimum 30 indskrivninger i 2016, være omfattet, og præsenteres i alfabetisk rækkefølge. Opbygningen for kommunerne svarer til den nationale sammenfatning, blot tilført den enkelte kommunes data for sammenligning med standardpopulationens belastningsgrad.

## 1.2/ Døgnbehandling

Denne del af rapporten omhandler karakteristika for de borgere, som er blevet indskrevet i døgnbehandling i løbet af 2016 sammenlignet med tidligere år. Dernæst følger en analyse af besvarelsene på EuropASI, med fokus på de fem parametre omhandlende problemer relateret til stoffer, alkohol, kriminalitet, somatisk (fysiske problemer) og psykiske problemer.

I denne anden del af rapporten præsenteres ligeledes data fra de enkelte institutioner, herunder antal henvisninger, indskrivninger og udskrivninger i løbet af 2016 samt karakteristika vedrørende borgerne (køn og alder), indskrivningstid og gennemførelsesprocent. Ligeledes vises belastningsgraden og forbrugsgrupperne for de enkelte institutioner (se tabel 19-22).

## 2.0 Ambulant stofmisbrugsbehandling

I den første del omhandlende den ambulante behandling vil alle de indskrivninger i løbet af 2016, hvor en borger har besvaret Europ-ASI, blive præsenteret, mens anden del omhandler indskrivninger af borgere mellem 15-26 år, som har besvaret Ung-Map-skemaet.

I 2016 er 3148 borgere blevet indskrevet i stofmisbrugsbehandling, og hvor der er udfyldt en Europ-ASI (se tabel 1). Tallene for 2015 og 2016 er meget enslydende i forhold til kønsfordelingen, gennemsnitsalderen, gennemførelsesprocenten og indskrivningstiden. En forskel fra 2015 til 2016 er fra andelen af borgere, som udskrives af behandling, hvilket er steget fra 2194 udskrivninger i 2015 til 3068 udskrivninger i 2016.

**Tabel 1. Behandlingsforløb, køn og alder for borgere i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 som har besvaret ASI.**

	National Population 2016	National Population 2015	Kommentarer
Indskrevet	3148	2902	Dato for påbegyndt behandling i 2016 (ikke første anmodning)
Udskrevet	3068	2194	OBS! Kan være indskrevet før 2016, men er udskrevet i 2016.
% kvinder	21 %	21 %	Omkring 80 % af de borgere, der besvarer ASI, er mænd.
Alder, gns.	29,5	29,2	Gennemsnitsalder ved dato for påbegyndt behandling.
Gennemførelsesprocent for borgere udskrevet i 2016.	28 %	29 %	Dette inkluderer alene gennemført behandling som planlagt.
Indskrivningstid, dage gns. (af de udskrevne i 2016).	325	276	Fra dato for påbegyndt behandling til organisationen udskriver borgeren.

## 2.1/ Europ-ASI og de fem parametre

I det følgende sammenlignes belastningsgraden for borgere indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 med en standardpopulation. Standardpopulationen udgøres af 15.697 borgere indskrevet i stofmisbrugsbehandling i perioden 2009 til og med 2014. Belastningsgraden beregnes ud fra Europ-ASI-skema, som er besvaret inden for tidsrummet 30 dage før til 30 dage efter dato for påbegyndt behandling. Alle borgere, der indgår i sammenligning af belastningsgrad, har således udfyldt et EuropASI-skema.

Nedenstående viser de fem parametre, som måler belastningsgraden hos borgeren, der indskrives i behandling. De fem parametre omhandler problemer relateret til stoffer, alkohol, kriminalitet, somatisk (fysiske problemer) og psykiske problemer:

1. **Stoffer** omhandler antal dage inden for den seneste måned med problemer relateret til stoffer, hvor plaget vedkommende har været af det samt hvor vigtigt det er for borgeren at få behandling.
2. **Alkohol** omhandler bl.a. antal dage inden for den seneste måned med et forbrug, overforbrug og problemer med alkohol, samt hvor vigtigt det er for borgeren at få behandling.
3. **Kriminalitet** omhandler bl.a. antal dage med illegale aktiviteter, om vedkommende venter på en anklage, retssag eller lign. samt de oplevede problemer relateret dertil.
4. **Somatiske problemer** omhandler antal dage inden for den seneste måned hvor borgeren har oplevet fysiske problemer og hvor plaget vedkommende har været, samt hvor vigtigt det er for borgeren at få behandling.
5. **Psykiske problemer** omhandler, hvorvidt borgeren har oplevet symptomer på en række områder (angst, depression, selvmordstanker mv.), og hvor mange dage borgeren har oplevet disse symptomer, hvor plaget vedkommende har været og hvor vigtigt det er at få behandling.

Signifikanstabellen på næste side (tabel 2) kan anvendes som retningslinje til at vurdere, hvorvidt belastningsgraden for borgere indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 er signifikant forskellig fra belastningsgraden for borgere i standardpopulationen (2009 – 2014).



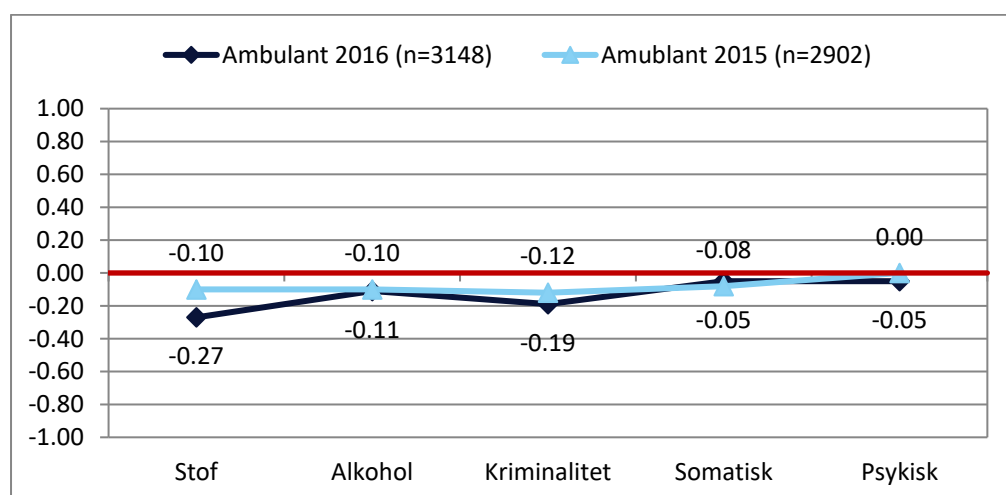
**Tabel 2: Signifikanstabel**

n=15	0,51	n=300	0,12
n=30	0,36	n=500	0,09
n=50	0,28	n=1000	0,07
n=100	0,20	n=2000	0,05
n=200	0,14	n=3000	0,04

Tabellen bruges ved alle figurer og viser, at hvis udregningsgrundlaget udgør mellem 30 og 49 indskrivninger vil en score på +/- 0,36 være signifikant forskellig fra standardpopulationens belastningsgrad (gælder såvel Stof, Alkohol, Kriminalitet, Soma-tisk som Psykisk). Hvis udregningsgrundlagt udgør mellem 200 og 299 indskrivninger vil en score på +/- 0,14 være signifikant forskellig fra standardpopulationens belastningsgrad. Og så videre.

Et eksempel på, hvordan det fremadrettet skal forstås, er stofscoren i figur 1. Da po-pulationen er omkring 3000 indskrivninger, viser signifikanstabellen, at alt +/- 0,04 er signifikant forskelligt fra standardpopulationen, og det er stofscoren med -0,10 i 2015 og -0,27 i 2016. Dette konkluderes ligeledes i den efterfølgende tabel 3.

Forholdet mellem den nationale population og standardpopulationen afspejler sig ligeledes i nedenstående figur, hvor 0,00 udgør belastningsgraden på standardpo-pulationen (2009 - 2014) og gælder for faktorerne Stof, Alkohol, Kriminalitet, Soma-tisk (fysiske problemer) og Psykisk. En score over 0,00 er ensbetydende med en hø-jere belastningsgrad for borgerne indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2016, end den der ses for standardpopulationen (2009 - 2014).



**Figur 1. Belastningsgrad for borgere indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 i forhold til standardpopulationen (2009 - 2014).**

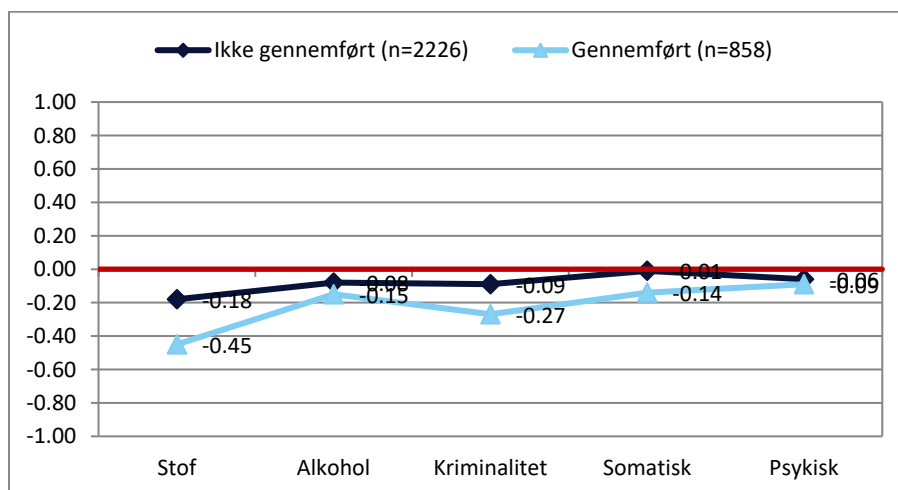
På følgende områder ses der en signifikant forskel på belastningsgraden hos borgere indskrevet i 2015 og 2016 (Dk) i forhold til standardpopulationen (2009 – 2014).

**Tabel 3: Belastning forskellig fra standard.**

Borgere - Dk:	Signifikant 2016	Signifikant 2015
Stof	Ja	Ja
Alkohol	Ja	Ja
Kriminalitet	Ja	Ja
Somatisk	Ja	Ja
Psykisk	Ja	Nej

Borgere indskrevet i 2016 er signifikant mindre belastede på de fem målepunkter end standardpopulationen fra 2009-2014, og hvis der sammenlignes med tallene fra 2015, er forskellen på den psykiske belastning sidenhen også blevet signifikant forskellig fra standardpopulationen.

Forskellen på de borgere, der henholdsvis gennemfører eller afbryder behandlingsforløbet kan ses i nedenstående graf, hvor belastningsgraden ved deres indskrivningstidspunkt sammenlignes.



**Figur 2. Belastningsgrad for borgere udskrevet i 2016, der henholdsvis ikke har gennemført eller har gennemført behandlingen, sammenlignet med standardpopulationen (2009 – 2014).**

De borgere, der udskrives i 2016, er generelt forskellige fra standardpopulationen med en mindre belastningsgrad på alle 5 parametre. En sammenligning mellem

gennemførte og ikke gennemførte behandlingsforløb viser, at gruppen, der gennemfører behandlingen, er signifikant mindre belastede end de borgere, som afbryder behandlingen på parametrene stof, kriminalitet og somatiske problemer.

### 2.1.1/ Forbrugsgrupper

Hvordan stofforbruget tegner sig for de borgere, som indskrives i behandling, vil i det følgende blive analyseret nærmere ud fra 5 forskellige forbrugsgrupper. Først præsenteres en oversigt over andelen med de forskellige typer af forbrug, hvor tabel 4 viser antal indskrevne borgere i 2016 opdelt i 5 forbrugsgrupper baseret på deres stofforbrug de sidste 30 dage inden påbegyndt behandling.

- 1) Har brugt opioider (inklusive ordinerede opioider) og evt. også centralstimulerende stoffer/CSS, andre stoffer og cannabis.
- 2) Har brugt CSS og evt. også andre stoffer og cannabis, men ikke opioider.
- 3) Har brugt andre stoffer såsom benzodiazepiner, hallucinogener, inhalanter og lignende. Kan også have brugt cannabis, men ikke CSS eller opioider.
- 4) Har alene haft et forbrug af cannabis.
- 5) Har ikke rapporteret noget forbrug.

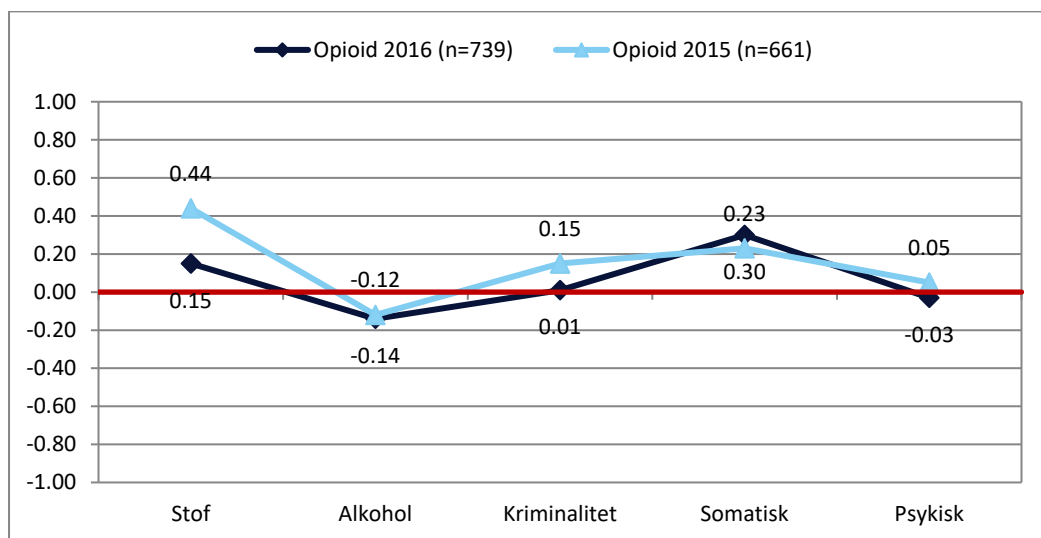
**Tabel 4. Borgere fordelt på fem forbrugstyper ved behandlingsstart i 2015 og 2016.**

	Antal i Dk 2016	Andel % (Dk) 2016	Antal i Dk 2015	Andel % (Dk) 2015
1. Opioider	739	23	661	23
2. CSS (stimulanser)	865	27	756	26
3. Andre stoffer	162	5	158	5
4. Cannabis	1057	34	1101	38
5. Ingen stoffer	325	10	226	8

Fordelingen af indskrevne i de forskellige forbrugsgrupper har ikke ændret sig meget fra 2015 til 2016. Lidt færre havde alene haft et forbrug af cannabis i 2016, mens lidt flere slet ikke havde haft et forbrug i måneden op til indskrivning i 2016.

I det følgende er det muligt at sammenligne den enkelte gruppe og belastningsgraden på de 5 ASI-parametre, både i forhold til standardpopulationen (2009-2014) og i forhold til 2015.

Belastningsgraden for borgere med et forbrug af opioider (også ordinerede) viser sig i nedenstående figur. Opioidbrugerne er den mest belastede gruppe ved indskrivning i både 2015 og 2016, og ligger generelt over belastningsgraden i standardpopulationen undtagen i forhold til alkohol.



**Figur 3. Belastningsgrad for opioid-brugere indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 i forhold til standardpopulationen (2009 – 2014).**

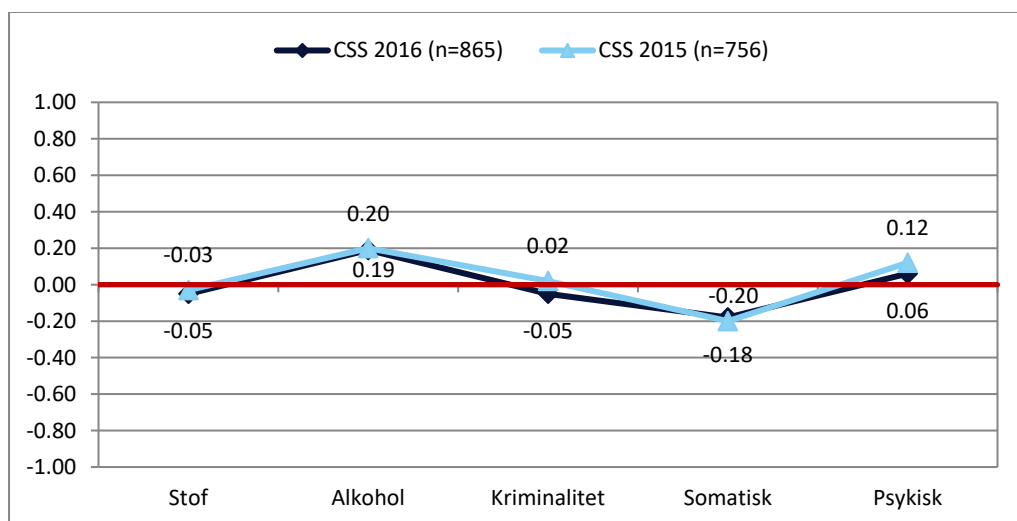
I den følgende tabel sammenlignes de fem parametre for opioid-brugere indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 med standardpopulationen (2009-2014).

**Tabel 5: Forskellen på belastningsgrad for opioid-brugere (2015 og 2016) og standardpopulationen.**

Opioid-brugere – Dk:	Signifikant 2016	Signifikant 2015
Stof	Ja	Ja
Alkohol	Ja	Ja
Kriminalitet	Nej	Ja
Somatisk	Ja	Ja
Psykisk	Nej	Nej

Som nævnt er denne gruppen én af de grupper, som ligger over standardpopulationen i belastningsgraden og forskellen er i de fleste tilfælde signifikant. Hvis udviklingen fra 2015 til 2016 ansues nærmere, ses en tendens til, at denne forbrugsgruppe i 2016 er blevet mindre stofbelastede end i 2015, samt mindre kriminelle, men ikke har fået det bedre fysisk.

Borgere indskrevet med et forbrug af centralstimulerende stoffer (CSS) er sammenlignet med standardpopulationen (se nedenstående figur) mere belastede i forhold til alkoholforbruget (0,19) og deres psykiske helbred (0,06), men mindre somatisk belastede.



**Figur 4. Belastningsgrad for brugere af centralstimulerende stoffer (CSS) indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 forhold til standardpopulationen (2009 – 2014).**

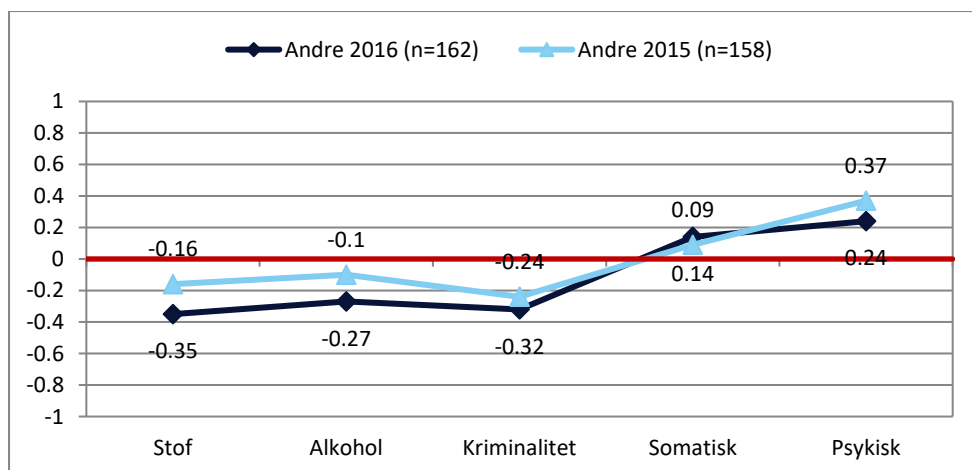
I den følgende tabel sammenlignes de fem parametre for brugere af centralstimulerende stoffer (CSS) indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 med standardpopulationen (2009-2014).

**Tabel 6: Forskellen på belastningsgrad for CSS-brugere (2015 og 2016) og standardpopulationen**

CSS-brugere – Dk:	Signifikant 2016	Signifikant 2015
Stof	Nej	Nej
Alkohol	Ja	Ja
Kriminalitet	Nej	Nej
Somatisk	Ja	Ja
Psykisk	Nej	Ja

Tallene fra 2015 til 2016 viser, at profilen er stort set sammenfaldende. Forskellene set i forhold til standardpopulationen er ens undtagen i forhold til det psykiske helbred, som i 2016 ikke længere er signifikant forskelligt fra standardpopulationen og falder fra en score i 2015 på 0,12 til en score i 2016 på 0,06.

Brugere med et forbrug af andre stoffer er væsentligt mindre belastede end standardpopulationen, hvad angår belastningen i forhold til stof, alkohol og kriminalitet, mens de er mere somatisk og psykisk belastede.



Figur 5. Belastningsgrad for brugere af andre stoffer indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 i forhold til standardpopulationen (2009 – 2014).

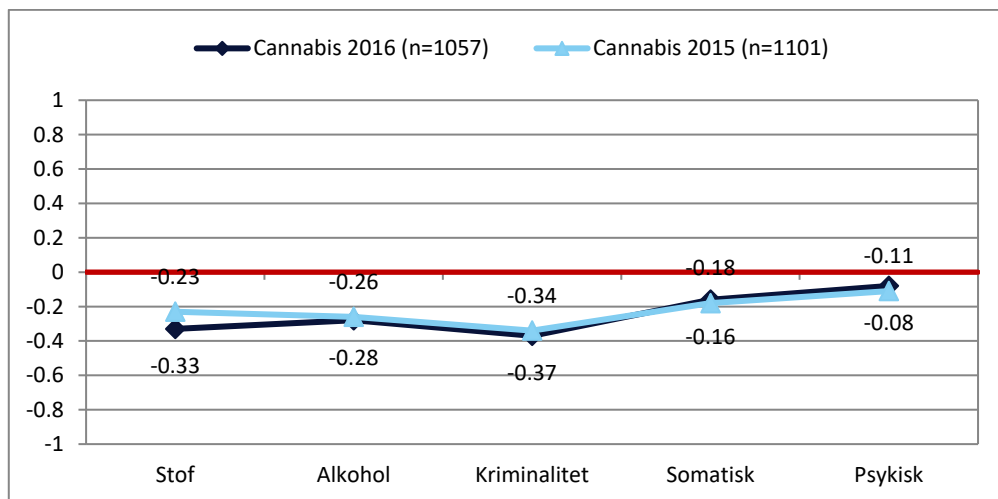
I den følgende tabel sammenlignes de fem parametre for brugere af andre stoffer indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 med standardpopulationen (2009-2014).

Tabel 7: Forskellen på belastningsgrad for brugere af andre stoffer (2015 og 2016) og standardpopulationen

Brugere af andre stoffer – Dk:	Signifikant 2016	Signifikant 2015
Stof	Ja	Nej
Alkohol	Ja	Nej
Kriminalitet	Ja	Ja
Somatisk	Nej	Nej
Psykisk	Ja	Ja

Udviklingen fra 2015 viser en tendens til, at brugere i 2016 bliver mindre belastede på de tre områder: stof, alkohol og kriminalitet. Til gengæld er de mere belastede psykisk fra 2015 til 2016.

Brugere af cannabis er på alle fem parametre mindre belastede end standardpopulationen, og det er en udvikling, som bliver mere tydelig når 2015 og 2016 sammenlignes, dog lige med undtagelse af den somatiske og psykiske belastning (figur 6). Overordnet er de to profiler for 2015 og 2016 dog stort set sammenfaldende (tabel 8).



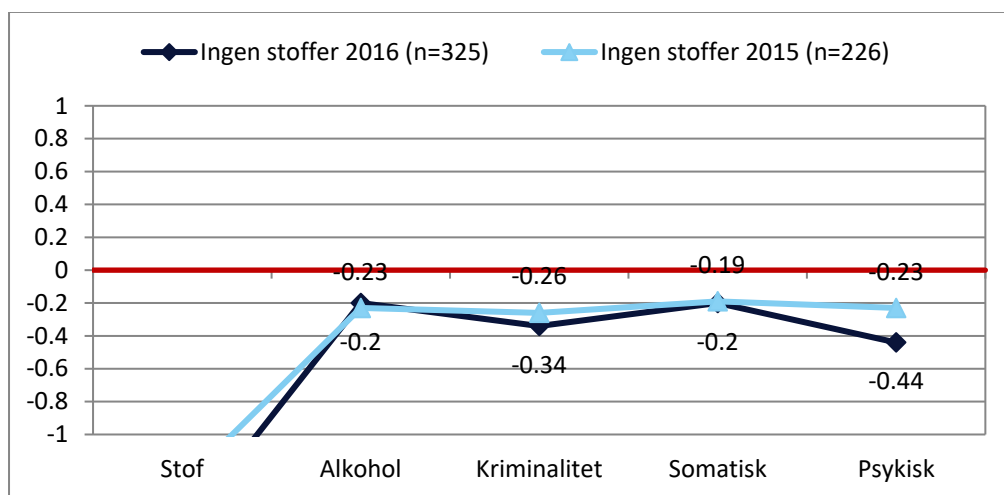
Figur 6. Belastningsgrad for brugere af cannabis indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 i forhold til standardpopulationen (2009 – 2014).

I den følgende tabel sammenlignes de fem parametre for brugere af cannabis indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 med standardpopulationen (2009-2014).

Tabel 8: Forskellen på belastningsgrad for brugere af cannabis (2015 og 2016) og standardpopulationen

Cannabis-brugere – Dk:	Signifikant 2016	Signifikant 2015
Stof	Ja	Ja
Alkohol	Ja	Ja
Kriminalitet	Ja	Ja
Somatisk	Ja	Ja
Psykisk	Ja	Ja

Borgere uden et forbrug af stoffer op til indskrivningen får selvsagt den laveste stofscore og er dermed signifikant forskelligt fra standardpopulationen. På de fire andre parametre er denne gruppe ligeledes signifikant mindre belastet end standardpopulationen.



**Figur 7. Belastningsgrad for borgere, der ikke har brugt stoffer seneste måned, indskrevet i 2015 og 2016 i forhold til standardpopulationen (2009 - 2014).**

I den følgende tabel sammenlignes de fem parametre for indskrevne uden et forbrug af stoffer indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2015 og 2016 med standardpopulationen (2009-2014).

**Tabel 9: Forskellen på belastningsgrad for indskrevne, der ikke har brugt stoffer i måneden op til indskrivning (2015 og 2016) og standardpopulationen**

Brugere af ingen stoffer – Dk:	Signifikant 2016	Signifikant 2015
Stof	Ja	Ja
Alkohol	Ja	Ja
Kriminalitet	Ja	Ja
Somatisk	Ja	Ja
Psykisk	Ja	Ja

Profilen for indskrevne uden et forbrug op til indskrivningen er stort set sammenfaldende for 2015 og 2016, hvor forskellene i forhold til standardpopulationen vedbliver med at være signifikante. Udviklingen fra 2015 til 2016 viser, at forskellen bliver en smule større og især i forhold til en mindre belastning relateret til kriminalitet og psykisk helbred.



**Tabel 10. Andelen af borgere, der ved udskrivning i 2015 og 2016 har gennemført behandling som planlagt, fordelt på fem forbrugstyper.**

	Antal Dk 2016	% gennemført 2016	Antal Dk 2015	% gennemført 2015
1. Opioider	674	16	441	16
2. CSS	794	28	572	25
3. Andre stoffer	165	30	123	31
4. Cannabis	1097	29	868	34
5. Ingen stoffer	338	46	190	45

Andelen, der gennemførte behandlingen som planlagt for de forskellige forbrugsgrupper, er i 2016 sammenlignelig med 2015. Dog med undtagelse af cannabis forbrugsgruppen, hvor der ses en tendens til, at færre gennemfører som planlagt.

#### 2.1.2/ Opsamling på Europ-ASI og de fem parametre

Overordnet er de indskrevne i 2016 signifikant mindre belastede på alle parametre sammenlignet med standardpopulationen. Det skal dog bemærkes, at forskellene ikke er store. Det er for alle parametre karakteristisk, at borgere, som gennemfører behandlingen som planlagt, er mindre belastede end borgere, som ikke gør. Ser man på de forskellige forbrugstyper er opioidgruppen mere belastet end standardpopulation i forhold til stoffer og somatiske problemer, CSS-gruppen er mere belastet med hensyn til alkohol og mindre somatisk belastede. Gruppen, som har brugt andre stoffer, er mindre belastet i forhold til stoffer, alkohol og kriminalitet og mere psykisk belastet, mens cannabis-gruppen og gruppen, som ikke har brugt stoffer op til indskrivning, er signifikant mindre belastede på alle parametre. Særligt er gruppen, som ikke har brugt stoffer, mindre belastede i forhold til stofbrug.

## 2.2/ UngMap og TEM

UngMap er en valideret metode til udredning af unge i stofbehandling (Pedersen et al. 2015, 2017 og 2018). I 2016 havde de behandlingsinstitutioner, der indgår i Metodeprogrammet, fået dispensation for at udfylde ASI, hvis den unge deltog i Metodeprojektet (n=135 i 2016). Dertil kommer, at nogle kommuner, som ikke deltog i Metodeprogrammet, har anvendt både ASI og UngMap til udredning af unge indskrevet i 2016 (n=201). I alt besvarede 336 unge i alderen 25 eller mindre, UngMap i 2016.

TEM er en metode til løbende at vurdere borgerens brug af rusmidler og trivsel mellem de enkelte samtaler. Til hver samtale stilles borgeren 9 spørgsmål om forbrug af rusmidler og trivsel i ugen op til samtalen. For spørgsmål se bilag 1. 135 unge i behandling i 2016 udfyldte TEM ved hver samtale.

### 2.2.1/ UngMap

I alt besvarede 336 unge UngMap i 2016. 76,9 % var mænd og 23,1 % kvinder. Gennemsnitsalderen var 19,8 (min. 15, max. 26). 77 unge var under 18, mens 256 var mellem 18 og 25 (missing 3).

I det følgende skal kun de variable, der udgør risiko-indekset, gennemgås.

#### *Stofbelastning ved indskrivning*

- 48 % havde haft et forbrug af cannabis mindst 20 dage i måneden op til UngMap interviewet
- 32 % havde haft et forbrug af kokain i måneden op til UngMap interviewet
- 15 % havde haft et forbrug af amfetamin i måneden op til UngMap interviewet
- 15 % havde haft et forbrug af ecstasy i måneden op til UngMap interviewet
- 12 % havde haft et forbrug af andre illegale stoffer i måneden op til UngMap interviewet
- 7 % havde slet ikke brugt stoffer i måneden op til UngMap interviewet.

En samlet stofbelastning måles ved hjælp af nedenstående formel (lignende formel anvendes i EuropASI):

$$\frac{(((\text{Dage cannabis}/30) + (\text{dage amfetamin}/30) + (\text{dage kokain}/30) + (\text{dage ecstasy}/30) + (\text{dage andre stoffer}/30))}{5} * 100$$

Skalaen går fra 0 til 100. Den gennemsnitlige stofbelastning for de 336 var 13,1. For kvinder var den 13,2 og for mænd 13,1. For unge under 18 var den 11,1 og for unge mellem 18-25 år var den 13,9.

For unge, der scorer 12 eller derover i stofbelastning, er det 29,6 %, der er stoffri 9 måneder efter behandlingens iværksættelse. For de, der scorer under 12 i stofbelastning, er det 51,8 % der er stoffri 9 måneder efter indskrivning (Pedersen et al. 2017b).

#### *Psykisk belastning*

120 af de 336 (35,7 %) rapporterede, de havde fået en psykisk diagnose af en psykiater. 21,1 % havde fået en ADHD diagnose. 23,5 % havde fået anden diagnose end ADHD, fx depression, angst, Tourette, personlighedsforstyrrelse, Asperger og skizofreni. Nogle havde både en ADHD og en anden psykisk diagnose (n=28).

Af danske unge generelt i samme aldersgruppe er det 8,6%, der rapporterer at have fået en psykisk diagnose af en psykiater (målt på 5.766 unge fra stikprøveundersøgelser i 2014 og 2015). Unge med psykisk diagnose er altså stærkt overrepræsenterede i stofbehandling.

Unge med psykisk diagnose er i særlig risiko for manglende effekt af behandlingen (målt som fastholdelse i behandling og ophør med brug af illegale stoffer). Således var det 26,0 % af de, der havde en diagnose, som var stoffri 9 måneder efter indskrivning, mens det var 43,9 % af de, der ikke havde nogen, som var stoffri på samme tidspunkt (Pedersen et al. 2017b).

Ud over diagnose giver UngMap en psykologisk profil af den unge, som består i de to modsatrettede problemtyper – internalisering og eksternalisering.

*Internaliserende problemer:* I UngMap måles det hvorvidt den unge den sidste måned har oplevet problemer med ensomhed, depression, angst, selvmordstanker, selvskade og spiseforstyrrelser. Samlet kaldes dette for internaliserende problemer, hvilket vil sige problemer, der vendes mod den unge selv.

*Eksternaliserende problemer:* Denne type problemer er kendetegnet ved konflikt med omgivelserne og kan knyttes stærkt til fx vold og kriminalitet. Denne type problemer måles bl.a. ved at spørge om bortvisning fra skole, pjæk fra skole, konflikt med lærer, været i slagsmål den seneste måned m.fl. Ikke mindst eksternalisering

kan generelt knyttes stærkt til et stort forbrug af stoffer – både for unge mænd og unge kvinder.

Ud af disse to dimensioner fremkommer der fire problem-typer som er følgende:

- LAV Lav til moderat score i både eksternalisering og internalisering.
- SIP Svære internaliserende problemer.
- SEP Svære eksternaliserende problemer.
- SEIP Svære internaliserende OG eksternaliserende problemer.

Unge med profilen SEIP har i særlig grad vanskeligt ved at blive stoffri. 9 måneder efter indskrivning var det således 25 % af de unge med denne profil, der var stoffri, mens det var 40,6 % af de unge med andre profiler der var stoffri samme tidspunkt (Pedersen et al. 2017b).

Af de 336 unge havde 19 % hverken nogen psykisk diagnose eller var internaliserende eller eksternaliserende. I en undersøgelse af 70 med denne profil var det 49 %, som var stoffri 9 måneder efter indskrivning (ibid.).

I tabel 11 ses det, hvor mange af de 336, der havde forskellige typer af psykiske problemer.

**Tabel 11. psykiske problemer og stofbelastning for 336 unge mellem 15 og 25 år.**

	Danske unge procent	De 336 Procent	Stofbelastning score	Under 18 år procent	18-25 år procent
ADHD	2.4	21.1	13.1	22.1	20.3
Anden diagnose	7.0	23.5	13.8	14.3	26.2
Diagnose i alt	8.6	35.7	13.7	29.9	37.1
LAV	77.6	25.0	11.3	24.7	25.0
SIP	8.9	14.0	13.2	14.3	14.1
SEP	12.4	42.3	13.0	46.8	41.0
SEIP	1.0	18.8	15.8	14.3	19.9

77,6 % af danske unge har generelt profilen LAV (ingen til moderate inter- og eksternaliserende problemer). For de 336 i stofbehandling var det 25,0 %.

Unge med profilen SEIP er den mest belastede gruppe af unge og samtidig den gruppe af unge, der har sværest ved at stoppe forbruget af illegale stoffer. Blandt 5.766 vilkårligt udtrukne danske unge generelt kunne 1 % kategoriseres som SEIP, mens det for de 336 var 18,8 %.

Af unge med profilen SEIP var det 31 % som havde fået diagnosen ADHD, mens det samme var tilfældet for 26 % af unge med profilen SEP. I alt har 48 % af unge med profilen SEIP fået en psykisk diagnose, og det er også denne gruppe, der er mest stofbelastet.

#### *Kriminalitet*

22,6 % havde været involveret i illegale aktiviteter i måneden op til UngMap interviewet. Dem der havde været involveret i illegale aktiviteter, havde været det i gennemsnit 9,9 dage sidste måned.

- Af unge med profilen LAV: 10,7 %
- Af unge med profilen SIP: 14,9 %
- Af unge med profilen SEP: 29,6 %
- Af de unge med profilen SEIP: 28,6 %

Det er i særlig grad de unge mænd og de helt unge under 18 år, der er kriminelle (mænd 23,0 % og kvinder 12,3 %; unge under 18 år: 29,9 %, 18-25 år: 20,7 %). For de unge mænd under 18 var 32,7 % kriminelle op til UngMap interviewet, mens det for de helt unge kvinder var 24,0 %. For kvinder mellem 18 og 25 var det 7,7 %, der var kriminelle op til UngMap interviewet.

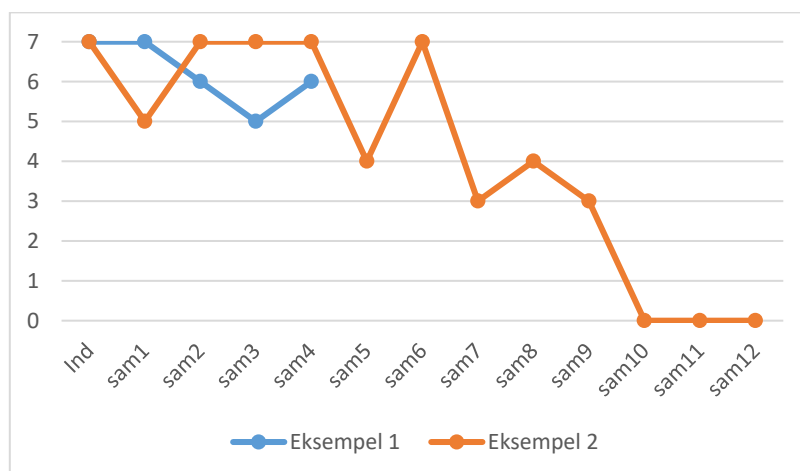
#### *Risikoprofil*

Risikoprofilen udregnes ved at sammenlægge stofbelastning (1 point gives til en stofbelastning på 12 eller derover), psykisk diagnose (ja=1) og profilen SEIP (ja=1). Der dannes herved 4 forskellige risikogrupper (0, 1, 2, 3).

I to undersøgelser med forskellige unge fandt vi næsten de samme resultater i andelen, der var stoffri ved sidste samtale (målt med TEM): For risikogruppe 0 var det 67/63 %, for risikogruppe 1 var det 40/42 %, for risikogruppe 2 og 3 var det mellem 23-25 %, der var stoffri ved sidste samtale.

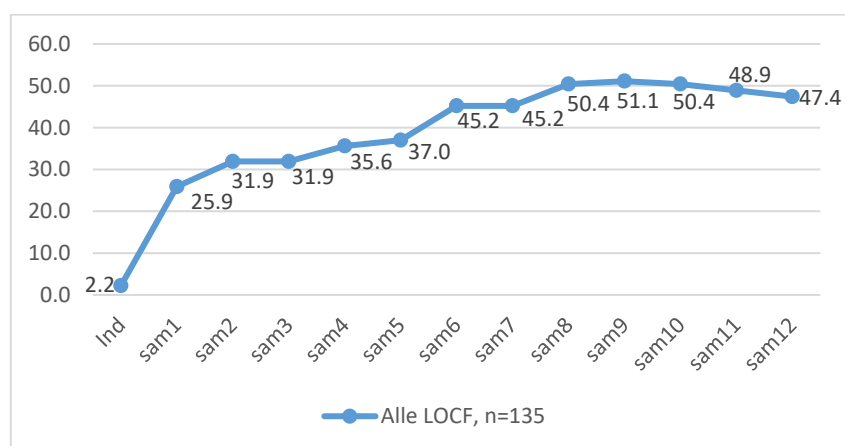
#### **2.2.2/ TEM: Udvikling i stoffrihed gennem behandlingsforløbet.**

Forbruget af stoffer måles med TEM (Trivsels og Effekt Monitorering), som består af 9 spørgsmål omhandlende brug af hash, andre stoffer, alkohol, trivsel og koncentrations/planlægningsevne. Spørgsmålene stilles den unge ved indledningen til hver samtale. Resultatet kan skrives ind i et program, der tegner en graf over den unges forbrug i ugen op til hver samtale. Nedenfor er der givet to eksempler på grafer for to unges forbrug af illegale stoffer op til hver samtale.



**Figur 8. To eksempler på grafer for brug af illegale stoffer den sidste uge op til samtalen (antal dage, max 7)**

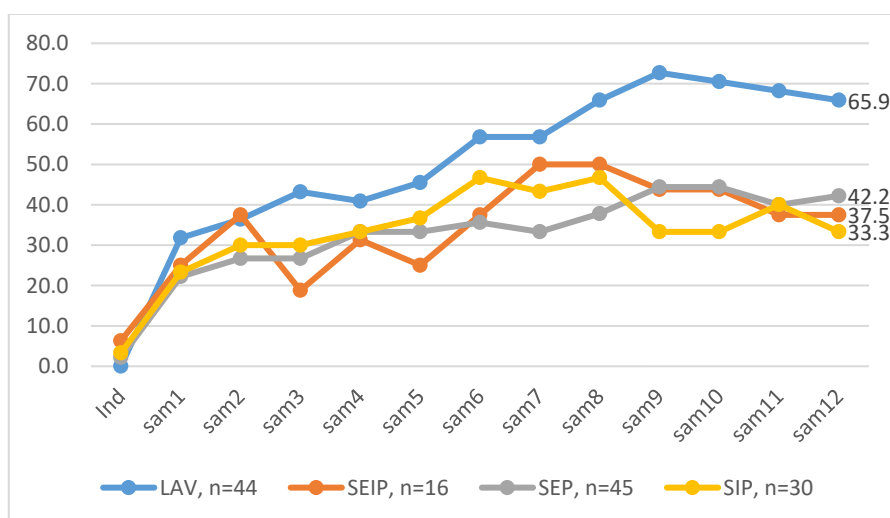
Ind = udredningssamtalen (UngMap). Sam1 = første behandlingssamtale. I eksempel 1 modtager den unge 4 egentlige behandlingssamtaler (eksklusiv Ind-samtalen som er en UngMap udredningssamtale), inden vedkommende afbryder forløbet. Han har brugt illegale stoffer i henholdsvis 7 (UngMap), 7, 6, 5 og 6 dage op til hver samtale. I eksempel 2 er det en ung, der gennemfører forløbet og modtager i alt 12 behandlingssamtaler. Til og med samtale 6 sker der ikke så meget. Herefter reduceres forbrug, og ved de sidste tre behandlingssamtaler har den unge ikke brugt illegale stoffer i ugen op til samtalen.



**Figur 9. Stoffrihed blandt 135 unge indskrevet i ambulans stofbehandling i ugen op til samtalen ved sidste samtale (Last Observation Carried forward/LOCF)**

Ovenstående graf viser 135 unges forbrug af rusmidler i ugen op til den sidste samtale som de modtog inden de blev udskrevet (LOCF udregning: sidste mål "bæres" fremad). Grafen er derfor udtryk for stoffrihed sidste uge ved sidste samtale. Grafen

viser, at den største forandring finder sted meget tidligt i forløbet. Fra og med 6 samtale ses der i store træk ingen udvikling i andelen, der stopper deres forbrug. Tilbagefaldsforebyggelse og stabilisering vil herefter være de væsentligste elementer i behandlingen for mange af de unge.



**Figur 10. Stoffrihed blandt 135 unge indskrevet i ambulans stofbehandling fordelt på 4 psykologiske profiler (Last Observation Carried forward/LOCF)**

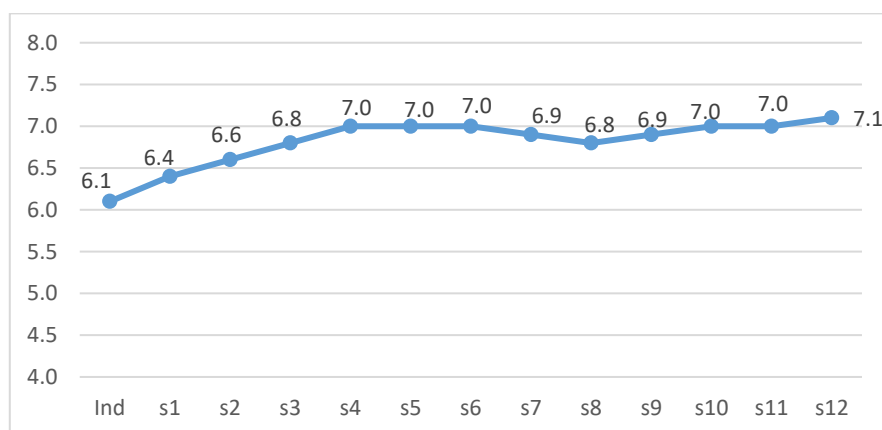
Ovenstående graf viser udviklingen i stoffrihed (målt med TEM) for de 4 unge-profiler). Graferne er igen udtryk for stoffrihed ved sidste samtale. Det er ikke mindst unge med profilen LAV, der er stoffri ved sidste samtale.

#### *Udvikling i trivsel gennem behandlingsforløbet.*

Trivsel måles ved hver samtale med følgende tre spørgsmål, som rates på en 10-trinsskala fra virkelig dårligt til virkelig godt. Skalaen og spørgsmålene er stort set den samme, som findes i Scott Millers Feedback Informed Treatment (FIT).

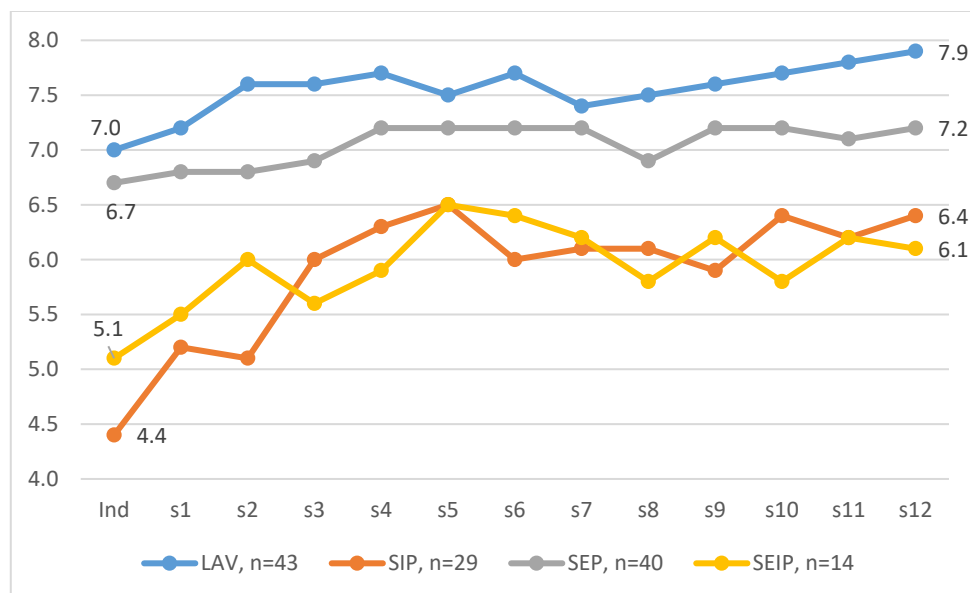
1. Hvordan har du generelt haft det rent personligt i de sidste 7 dage?
2. Hvordan har du generelt haft det med dine nære relationer, f.eks. familie, nære venner, i de sidste 7 dage?
3. Hvordan har du generelt haft det socialt, f.eks. på arbejdet, i skolen, med bekendte, i de sidste 7 dage?

Nedenfor ses udviklingen i trivsel for de 135 unge, der besvarede UngMap, såvel som TEM, og som var indskrevet i 2016. Den generelle trivsel for 5.766 vilkårligt udvalgte danske unge er 7,5.



**Figur 11. Den samlede trivsel for 135 unge der besvarede UngMap og TEM ved hver samtale indskrevet i 2016 (Last Observation Carried forward/LOCF)**

I figur 11 ses det, at scoren nærmer sig "normalen" for danske unge på 7,5. Igen er der anvendt LOCF, som viser trivsel ved sidst målte samtale. Med andre ord rapporterer de unge en trivsel på 7,1 (gennemsnit) ved sidst målte samtale. Der er dog store variationer i udviklingen for de forskellige unge-profiler. Trivsel er således meget stærkt præget af internaliserende problemer (depression, angst, ensomhed mm.), mens trivsel er meget mindre påvirket af eksternaliserende problemer. Dette ses i nedenstående graf.



**Figur 12. udvikling i trivsel for 135 unge indskrevet i stofbehandling i 2016 med fire forskellige profiler (Last Observation Carried forward/LOCF).**

I figuren ses det, at unge med profilen SIP og SEIP (som begge har internaliserende problemer) har de største udfordringer med trivsel. Der ses dog også for disse unge en markant forbedring af deres samlede trivsel



### 2.2.3/ Konklusion

En risikoprofil, der kombinerer stofbelastning, psykisk diagnose samt profilen SEIP (sameksistens af internaliserende og eksternaliserende problemer), viser væsentlige faktorer i forhold til stoffrihed på længere sigt.

Af de 336 unge i alderen 15-26 år, som i 2016 blev indskrevet i stofmisbrugsbehandling, havde 48 % haft et forbrug af cannabis mere end 20 dage i den foregående måned. Unge med en høj stofbelastning i mindre grad bliver stoffri, da kun 29,6 % af unge med en høj stofbelastning var stoffri, mens det var 51,8 % af de unge med en lav stofbelastning, som 9 måneder efter indskrivningen var stoffrie.

120 af de unge (35,7 %) rapporterede, at de havde fået en psykiatriske diagnose, og heraf var 26 % stoffri 9 måneder efter indskrivningen, mens 43,9 % af unge uden en diagnose var stoffri på samme tidspunkt.

Afslutningsvist har unge med både internaliserende og eksternaliserende problemer (SEIP) væsentlig større risiko for stadig at have et forbrug 9 måneder efter indskrivningen, da 25 % i denne gruppe var stoffri sammenlignet med 40,6 % af de andre profiler samlet, som var stoffri.

Monitorering af trivsel og effekt (det såkaldte TEM-program) viser, hvorledes der sker en markant forbedring af de unges trivsel i løbet af behandlingsforløbene (her var der tale om 135 unge, som i løbet af 2016 havde besvaret TEM-spørgsmålene ved hver af behandlingssamtalerne). Særligt unge med profilen SIP og SEIP har de største udfordringer med en lav trivsel.

### 3.0 Døgnbehandling

Der er i 2016 registreret 573 indskrivninger i døgnbehandling på i alt 17 institutioner. I alt 26 døgninstitutioner/enheder har været tilmeldt Stofmisbrugsdatabasen i 2016. Én af disse institutioner er en ren afgiftningsinstitution og 3 defineres som halvvejs-huse. 5 institutioner har imidlertid ikke indsendt data i 2016 (se tabel 13). Fratrukket disse institutioner er der 17 døgninstitutioner, og det er dem, der udgør grundlaget for analysen, og som er sammenlignelige med data fra de foregående år. Disse 17 institutioner inkluderer såvel institutioner, der primært fokuserer på stoffrihed, som institutioner, der har særlig opmærksomhed på stabilisering og forøgelse af livskvalitet for personer i langvarig metadon-behandling. Det er ikke muligt entydigt at skille disse institutioner fra hinanden, idet nogle institutioner giver mulighed for begge behandlingstyper.

Institutionerne kan opdeles i offentlige institutioner (ejet af kommuner eller regioner) og private institutioner (typisk selvejende institutioner). 4 af institutionerne er offentligt ejet (CSU Horsens, Vesterled, Netværket i København, Tinghøj i Vejle og CMSP Toftlund). 44 borgere blev indskrevet på de offentlige institutioner og 529 på de private i 2016. Ud over disse behandlingsinstitutioner er de 3 halvvejs-huse ligeledes offentlige, dette gælder Ørlev (Vordingborg Kommune), CMU Aalborg (Aalborg Kommune) og Opgangsfællesskabet under CM Esbjerg (Esbjerg Kommune). I løbet af året er følgende Filsø lukket og Horsens Kommunes halvvejs-hus i Houmannsgade er omlagt til ambulante behandling.

Fordelingen mellem de forskellige typer af institutioner viser, at andelen af borgere indskrevet på offentlige institutioner versus private varierer år for år, dog er der ingen signifikante forskelle i perioden fra 2013 til 2016 (tabel 12).

**Tabel 12. Andel borgere indskrevet på offentlige institutioner 2012-2015.**

2013	2014	2015	2016
12 %	12 %	10 %	8 %

Tabel 13 viser antal borgere henvist til de enkelte døgnbeholdningsinstitutioner og andel af disse, der har svaret på EuropASI for de enkelte døgninstitutioner. 57 % af de

573 indskrevne borgere i 2016 indskrives på de tre største døgnbehandlingsinstitutioner. Det er Sct. Ols med 134 indskrevne borgere, Kongens Ø med 125 indskrevne borgere samt Alfa Fredensborg med 68 indskrevne borgere.

**Tablet 13. Antal indskrevne og besvarelser af EuropASI for hver enkelt døgninstitution.**

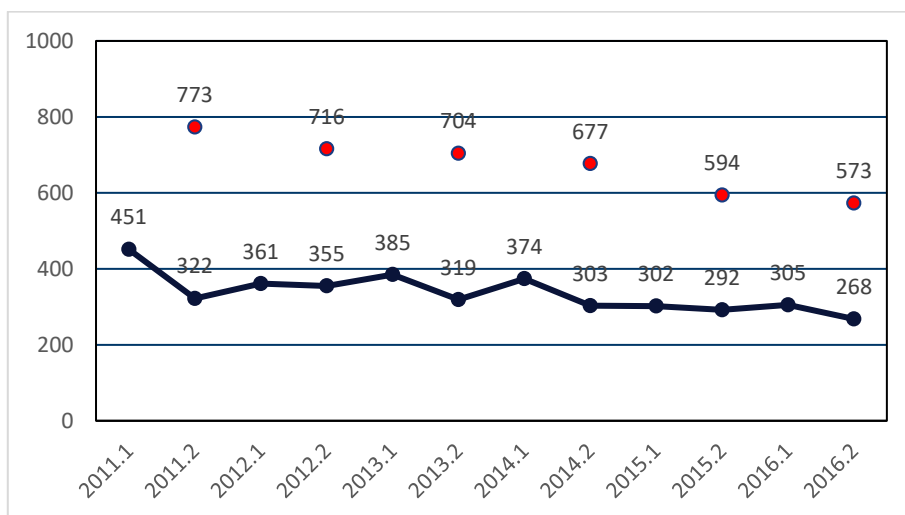
Institutionsnavn	Fuld ASI	Antal indskrevne	Instutionstype <sup>1</sup>
Midtgaarden	100	15	D
Toftehuset	100	5	D
Alfa – Fredensborg	99	68	D
Kongens Ø	96	125	D
CMU Aalborg	88	26	H
Slusen	88	51	A
Høybyegård	82	11	D
Opbygningsgården	75	24	D
Vesterled	68	22	D
Sydgården	63	27	D
Netværket	55	22	D
Springbrættet	54	28	D
Filsø	52	21	D
Betesda	50	10	D
Vendsyssel	25	20	D
Sct. Ols	13	134	D
CM Esbjerg	6	18	H
Himmerlands-hus	0	7	O
Rørbæk	0	30	O
Stenild	0	4	O
CMSP, Toftlund	0	0	D
Feddet	0	0	O
Klippen	0	0	D
Stien	0	0	D
Tinghøj	0	0	O
Ørslev	0	0	H

Fuld data angiver, hvor stor en procentdel af de indskrevne borgere i 2016, der har udfyldt et ASI-skema. Den samlede ASI udfyldelse er 60 % for alle døgninstitutioner.

<sup>1</sup> A=Afgiftning D=Døgnbehandling H=Halvejsbus O=Omsorgshjem

### 3.1/ Udviklingen fra 2011 til 2016.

I nedenstående figur 13 er vist udviklingen i antal indskrivninger mellem 2011 og 2016. Bemærk at den samme borger kan have flere indskrivninger. Der er tale om en ny indskrivning, hvis borgeren påbegynder behandling på samme institution mindst 30 dage efter seneste indskrivning, eller hvis borgene påbegynder behandling på en anden institution. Halvvejshuse og afgiftningsinstitutioner indgår ikke i opgørelsen, da borgerne her typisk enten kommer fra eller fortsætter til egentlige døgnbehandlingsinstitutioner og dermed allerede indskrevet. Således ville disse borgere komme til at tælle dobbelt, hvis de indgik i opgørelsen, selvom der er tale om det samme behandlingsforløb.



Figur 13. Antal indskrivninger 2011-2016.

Der er i 2016 registreret **573** indskrivninger i døgnbehandling mod 594 i 2015 (figur 13). Almindeligvis falder antallet af indskrivninger i andet halvår, hvilket også er tilfældet i 2016, hvor 53 % af borgerne indskrives i første halvår.

Andelen af kvinder er stort set uændret i perioden fra 2010 til 2016 (21 til 24 %), hvilket også gælder gennemsnitsalderen, der med undtagelse af 2012 ligger mellem 32 og 33 år (tabel 14).

Tabel 14. Alder og kønsfordeling fra 2011 til 2016.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Andel af kvinder	22 %	24 %	23 %	21 %	22 %	24 %
Gennemsnitsalder	32,0	31,0	32,6	32,4	32,8	33,3

Andelen af borgere, der gennemfører behandlingen som planlagt, er faldet til 49 % i forhold til de 52 %, som gennemførte i 2015 (tabel 15). Det gennemsnitlige antal indskrivningsdage er i 2016 124 dage, og gennemsnittet er dermed faldet med 33 dage i forhold til de 157 dage i 2015. Median-indskrivningstiden var i 2015 90 dage og i 2016 84 dage.

**Tabel 15. Gennemførte forløb og antal dage i behandling fra 2011 til 2016.**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gennemførte forløb	56 %	50 %	49 %	44 %	52 %	49 %
Dage i behandling*	136	144	152	137	157	124

\* Gennemsnit

### 3.2/ Forbrugsgrupper 2016.

Borgere, der har udfyldt EuropASI-skema, kan inddeles i følgende grupper baseret på deres stofforbrug de sidste 30 dage inden indskrivning:

1. *Opioider*: Personer, der angiver et forbrug af opioider (f.eks. heroin, Metadon, buprenorphin etc.).
2. *Substitutionsbehandling*: Personer, der angiver at have fået ordineret substitutionsmedicin.
3. *Centralstimulerende stoffer (CSS)*: Personer, som ikke angiver brug af opioider, men angiver at have brugt kokain eller amfetamin/ecstasy.
4. *Cannabis*: Personer, der angiver at have brugt cannabis, men ikke opioider eller centralstimulerende stoffer.

**Tabel 16: Fordelingen af forbrugsgrupper**

	Antal	%
Samlet	293	-
Opioid (Både illegal og ordineret)	152	52
<i>heraf i substitutionsbehandling</i>	89	59
CSS (fx amfetamin og kokain)	89	30
Cannabis	52	18

Den største gruppe, som indskrives i døgnbehandling, er fortsat opioidbrugere, som i 2016 udgør 52 % af de opgjorte grupper. Af disse opioidbrugere havde 59 % været i substitutionsbehandling inden. Cannabisgruppen er de ældste af de tre

forbrugsgrupper og er med en gennemsnitsalder på 34,3 år. Borgerne i CSS-gruppen er de yngste med en gennemsnitsalder på 29,2 år, og borgerne i opioidgruppen er gennemsnitligt 33,2 år gamle. Cannabisgruppen har den højeste andel kvinder med 29 %. Kønsfordelingen i opioid- og CSS-grupperne minder om den overordnede kønsfordeling med 23 % kvinder i opioidgruppen og 22 % kvinder i CSS-gruppen.

Gruppen, der oftest gennemfører behandling, er CSS-gruppen med 61 %. Opioidbrugere har samlet en gennemførelsesprocent på 37, mens opioid-brugere, der har været i substitutionsbehandling har en gennemførelsesprocent på 32. Endelig gennemfører 45 % af cannabisgruppen behandlingen.

Udover disse tre grupper er der en lille gruppe som enten har brugt andre stoffer (f.eks. benzodiazepiner eller hallucinogener) eller ikke har brugt stoffer. Disse borgere er udeladt af opgørelsen, fordi de er for få til at opgøre. Siden 2010 har andelen fra hver forbrugsgruppe udviklet sig, som det ses i nedenstående tabel 17.

**Tabel 17. Indskrevne borgere fordelt på forbrugsgrupper fra 2010-2015 (i procent).**

	2012	2013	2014	2015	2016
Opioid	55	52	54	50	52
CSS	24	30	27	33	30
Cannabis	21	18	19	17	18

\* Forbrugsgrupper ikke opgjort i 2011.

I forhold til 2015 er opioidgruppen blevet 2 % -point større, CSS-gruppen er blevet 3 % -point mindre, mens cannabisgruppen er uændret 1 %-point større.

### 3.3/ Belastning EuropASI

I nedenstående tabel 18 ses EuropASI belastningsscoren for de 332 borgere indskrevet i døgnbehandling, som har udfyldt EuropASI.

**Tabel 18. EuropASI composite score.**

	Stof	Alkohol	Krim	Fysisk	Psykisk	Familie	Netværk
<b>Total</b>	0,39	0,26	0,19	0,44	0,52	0,32	0,23
<b>Kvinder</b>	0,38	0,23	0,17	0,52	0,55	0,38	0,27
<b>Mænd</b>	0,39	0,27	0,20	0,41	0,51	0,31	0,22

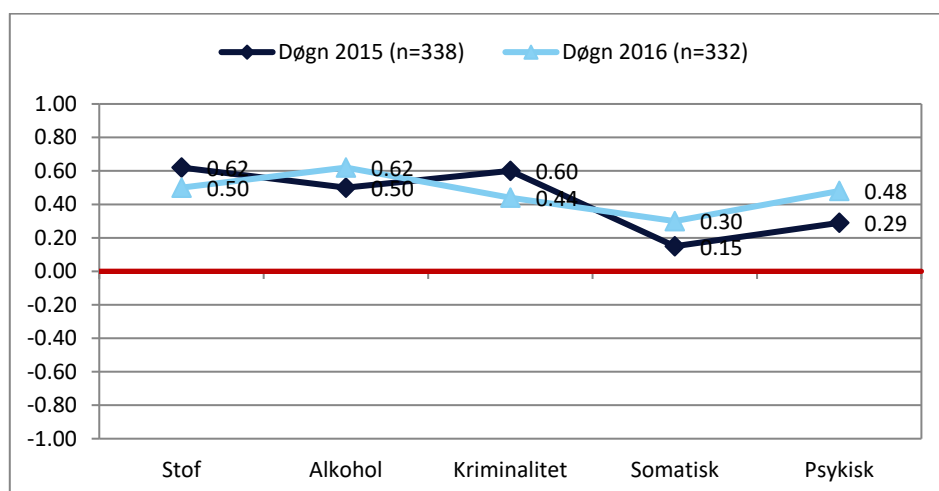
En score på 0 viser en belastningsgrad, der ikke kan måles med denne metode, mens en belastningsgrad på 1 er den højeste grad af belastning, der kan opnås.

Den samlede ASI udfyldelse for de medregnede institutioner er 58 %.

I forhold til døgn 2015 ses en signifikant stigning for den psykiske score, og der er endvidere en tendens mod en stigende fysisk score. For alkoholscoren ses en ikke-signifikant stigning, mens der for stofscoren og kriminalitetsscoren ses et ikke-signifikant fald.

### 3.4/ Standardisering

Det er muligt at sammenligne de forskellige ASI-scores for borgere i døgnbehandling med borgere, der indskrives i ambulante behandling. Baseret på ASI-besvarelserne fra døgnbehandling i 2016 og ambulante ASI-besvarelser i perioden 2009-2014 (den såkaldte standardpopulation defineret nærmere i afsnit 1.1 og 2.1) er det muligt at standardisere de forskellige composite scores og fremstille forskellene grafisk med scores fra 2009-2014 som 0.



Figur 14. ASI-scores for borgere i døgnbehandling sammenlignet med den ambulante behandling.

Som det fremgår af grafen, er ASI-tallene for døgnbehandling, særligt scores for stof, alkohol og kriminalitetsbelastning højere end de ambulante tal. Alle forskelle er signifikante. Det betyder, at borgere indskrevet i døgnbehandling i 2016 er betydeligt mere belastede end borgere indskrevet i ambulante behandling i tidsrummet 2009-2014.

### 3.5/ Henvisninger til døgnbehandling og karakteristika for indskrevne borgere

Ud af 98 kommuner har 82 kommuner i 2016 henvist borgere til døgnbehandling. I tabel 19 ses den samlede oversigt over kommuner, som har henvist borgere til døgnbehandling i 2016.

**Tabel 19. Antal henviste borgere til døgnbehandling i 2016 fordelt på kommune.**

København	80	Køge	6	Vejle	3
Ålborg	53	Lyngby-Taarbæk	6	Brøndby	2
Hjørring	23	Ringsted	6	Faxe	2
Horsens	22	Vesthimmerland	6	Furesø	2
Esbjerg	19	Albertslund	5	Kalundborg	2
Gladsaxe	19	Greve	5	Kerteminde	2
Frederiksberg	17	Sønderborg	5	Mariagerfjord	2
Slagelse	15	Thisted	5	Middelfart	2
Viborg	14	Vordingborg	5	Odsherred	2
Århus	13	Allerød	4	Rebild	2
Randers	12	Fredericia	4	Skive	2
Brønderslev-Dronninglund	10	Lolland	4	Stevns	2
Helsingør	10	Rødovre	4	Svendborg	2
Roskilde	10	Syddjurs	4	Tønder	2
Herning	9	Varde	4	Billund	1
Odense	9	Aabenraa	4	Christiansø	1
Guldborgsund	8	Bornholm	3	Fredensborg	1
Holbæk	8	Egedal	3	Faaborg-Midtfyn	1
Ballerup	7	Favrskov	3	Holstebro	1
Frederikshavn	7	Gentofte	3	Ishøj	1
Frederikssund	7	Glostrup	3	Langeland	1
Hillerød	7	Halsnæs	3	Nyborg	1
Høje-Taastrup	7	Herlev	3	Odder	1
Næstved	7	Hvidovre	3	Ringkøbing-Skjern	1
Silkeborg	7	Ikast-Brande	3	Rudersdal	1
Solrød	7	Jammerbugt	3	Skanderborg	1
Gribskov	6	Morsø	3		
Kolding	6	Sorø	3		



Nedenstående tabel viser, hvor mange indskrivninger og udskrivninger den enkelte institution har haft i løbet af 2016, herunder hvor mange der defineres som havende gennemført et behandlingsforløb og den gennemsnitlige indskrivningstid. Derudover viser tabellen fordelingen på køn og alder.

**Tabel 20: Indskrivninger pr. institution i 2016**

	Indskrevne	% kvinder	Alder, gns	Udskrevne	% gennemført	Indskrivningstid (dage)
Alfa-Fredensborg	68	25	34.8	60	28	60
Betesda	10	20	48.5	8	25	209
CM Esbjerg	18	28	30.8	23	35	121
CMU Aalborg	26	12	31.0	25	64	197
CSU Vesterled	22	18	25.0	18	17	80
Filsø	21	38	29.0	17	29	83
Himmerlands-hus	7	43	42.7	7	14	605
Høybyegård	11	0	22.5	11	27	293
Kongens Ø	125	22	35.2	122	50	78
Midtgaarden	15	33	29.3	6	83	334
Netværket	22	18	37.5	24	8	110
Opbygningsgården	24	21	24.7	29	45	96
Rørbæk	30	23	46.1	27	30	399
Sct. Ols.	134	21	32.4	133	76	87
Slusen	51	31	24.6	50	84	41
Springbrættet	28	32	23.1	32	66	157
Stenild	4	25	43.5	4	100	154
Sydgården	27	26	37.1	32	66	116
Toftehuset	5	60	31.2	8	50	261
Vendsyssel	20	25	29.1	23	22	151

Tabel 21: EuropASI composite scores fordelt på institutioner

Institutionsnavn	Stof	Alkohol	Krim	Fysisk	Psykisk	Familie	Social
Alfa-Fredensborg	0.38	0.41	0.20	0.54	0.53	0.36	0.27
Betesda	0.26	0.70	0.01	0.42	0.21	0.22	0.00
CM Esbjerg	0.41	0.00	0.00	0.12	0.55	0.60	0.00
CMU Aalborg	0.08	0.07	0.06	0.20	0.21	0.14	0.06
Filsø	0.46	0.29	0.39	0.58	0.57	0.52	0.37
Himmerlands-hus	-	-	-	-	-	-	-
Høybyegård	0.40	0.17	0.41	0.59	0.57	0.18	0.26
Kongens Ø	0.42	0.25	0.20	0.46	0.57	0.32	0.20
Midtgaarden	0.41	0.30	0.24	0.58	0.58	0.38	0.34
Netværket	0.35	0.18	0.07	0.21	0.31	0.07	0.09
Opbygningsgården	0.37	0.14	0.15	0.28	0.41	0.28	0.28
Rørbæk	-	-	-	-	-	-	-
Sct. Ols	0.38	0.11	0.17	0.34	0.37	0.34	0.27
Slusen	0.37	0.08	0.17	0.30	0.45	0.28	0.20
Springbrættet	0.30	0.09	0.14	0.24	0.44	0.29	0.20
Stenild	-	-	-	-	-	-	-
Sydgården	0.35	0.20	0.14	0.30	0.53	0.46	0.28
Toftehuset	0.55	0.02	0.10	0.51	0.70	0.57	0.38
Vendsyssel	0.32	0.08	0.25	0.30	0.52	0.20	0.28
Vesterled	0.33	0.18	0.15	0.38	0.50	0.20	0.15

Nedenstående tabel viser, hvilke typer af stoffer de indskrevne borgere har haft et forbrug af ved indskrivningstidspunktet med afsæt i de samme forbrugsgrupper, som blev defineret i afsnit 3.2. **1)** personer, der angiver et forbrug af opioider (f.eks. heroin, Metadon, buprenorphin etc.), **2)** personer, som ikke angiver brug af opioider, men angiver at have brugt centralstimulerende stoffer (CSS) såsom kokain eller amfetamin/ecstasy, **3)** personer, der angiver at have brugt cannabis (THC), men ikke opioider eller centralstimulerende stoffer.

**Tabel 22: forbrugstyper**

Institutionsnavn	Antal opgjorte	Opioid %	CSS %	THC %	
Alfa - Fredensborg		58	57	31	12
Betesda		Ff *	-	-	-
CM Esbjerg		Ff *	-	0	0
CMU Aalborg		0-	-	-	
CSU - Vesterled		13	46	15	38
Filsø		10	40	50	10
Himmerlands - hus		0-	-	-	
Høybyegård		8	50	25	25
Kongens Ø		108	54	32	14
Midtgaarden		14	50	36	14
Netværket		12	50	17	33
Opbygningsgården		16	38	19	44
Rørbæk		0-	-	-	
Sct. Ols		17	53	41	6
Slusen		39	46	28	26
Springbrættet		9	67	22	11
Stenild		0-	-	-	
Sydgården		16	25	44	31
Toftehuset		5	80	0	20
Vendsyssel		4	75	25	0

\* for få

## 4.0 Referencer

Pedersen, M.U., Frederiksen, K.S. & Pedersen, M.M. (2015). *UngMap - en metode til identificering af særlige belastninger, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15-25-årige*. Aarhus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.  
[http://psy.au.dk/fileadmin/site\\_files/filer\\_rusmiddelforskning/dokumenter/ungmap/UngMap\\_rapport\\_2015.pdf](http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/ungmap/UngMap_rapport_2015.pdf)

Pedersen MU, Thomsen KR, Pedersen MM & Hesse M (2017). *Mapping risk factors for substance use: Introducing the YouthMap12*. Addictive Behavior, 65: 40-50.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.09.005>

Pedersen, M.U., Pedersen M., Jones, S., Holm, K., Frederiksen, K. (2017b): *Behandling af unge, der misbruger stoffer*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet  
[http://psy.au.dk/fileadmin/site\\_files/filer\\_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2017/Behandling\\_af\\_unge\\_der\\_misbruger\\_stoffer.\\_En\\_undersogelse\\_af\\_4\\_behandlingsmetoders\\_effekt\\_CRF2017.pdf](http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2017/Behandling_af_unge_der_misbruger_stoffer._En_undersogelse_af_4_behandlingsmetoders_effekt_CRF2017.pdf)

Pedersen MU, Thomsen KR, Heradstveit O, Skogen JC, Hesse M & Jones S (2018). *Externalizing behavior problems are related to substance use in adolescents across six samples from Nordic countries*. European Child & Adolescent Psychiatry.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1148-6>

---

[Bagside - Citat]