



VIDENSPAPIR OM ALKOHOL OG STOFFER 2015

NYD LIVET, KØBENHAVNER
KØBENHAVNS KOMMUNES SUNDHEDSPOLITIK

VIDENSPAPIR OM ALKOHOL OG STOFFER

Dette videnspapir indeholder informationer om københavnernes alkoholkultur, forbrug af rusmidler og konsekvenser herved samt evidensbaserede indsatser til at forebygge misbrug af alkohol og stoffer.

Videnspapiret skal læses som baggrundsnotat til udkastet til kommunens handleplan mod misbrug af alkohol og stoffer 2015-2018 med det formål at få uddybet prioriteringerne i handleplanen. Samtidig giver videnspapiret anledning til at invitere til dialog med de øvrige forvaltninger og andre interessenter om det forebyggende og behandlende arbejde på området.

Indsatser målrettet alkohol og stoffer er væsentlige for, at Københavns Kommune kan indfri sine sundhedspolitiske mål om, at københavnere skal leve længere, med bedre livskvalitet og med lige muligheder for et langt og sundt liv.

ALKOHOLKULTUREN I DANMARK

Den danske alkoholkultur adskiller sig fra alkoholkulturen i de nordiske lande og landene i Sydeuropa ved at være karakteriseret ved et meget stort forbrug af alkohol og mange omkostninger knyttet til forbruget – både for den enkelte og omgivende samfund¹.

I 1960'erne ændrede den danske alkoholkultur sig radikalt, og danskerne begyndte at drikke markant mere alkohol. Ændringen i alkoholforbruget i Danmark har blandt andet sin begrundelse i velstandsstigningen samt en historisk forankret holdning til alkohol. Denne holdning sætter friheden til at drikke, som det passer den enkelte meget højt. Samtidig er der i Danmark en større accept af, at folk optræder beruset i forskellige sammenhænge, end der er i andre lande.

I andre kulturer er et storforbrug af alkohol et signal om, at man har et alkoholproblem, særligt hvis man drikker alkohol uden for måltidet, eller hvis man bliver

set beruset på et offentligt sted. Sådanne normer og spilleregler på alkoholområdet har en beskyttende funktion og dæmper alkoholforbruget i en befolkning. I Danmark er der meget få beskyttende normer vedrørende alkohol, selvom der er sket ændringer de seneste år. Der er sket et markant fald i andelen af alkoholrelaterede færdselsdrab, hvilket er et udtryk for, at det har været muligt at gøre det socialt uacceptabelt at køre bil, når man har drukket. På samme måde er det nu bredt accepteret, at alkohol og arbejde ikke hører sammen. Forbruget af alkohol er imidlertid ikke blevet mindre, fordi alkohol i stedet drikkes i fritiden og i vid udstrækning i hjemmet.

Den liberale alkoholkultur indbefatter, som nævnt, at vi har stor accept af alkohol og beruselse. Når friheden til at drikke ikke kan administreres og den enkelte bliver afhængig af alkohol, så bliver vores alkoholforbrug pludselig tabuiseret. Afhængighed opfattes som det synlige, ukontrollerede forbrug af alkohol, der er forbundet med tegn på social deroute. Tabuet omkring dette ukontrollerede forbrug bevirker, at vi typisk undlader at støtte op om personer, som er på vej til at udvikle afhængighed grundet misforstået hensyntagen og ulyst til at blande sig i noget, der er en privat sag. Konsekvensen er, at mange går med et storforbrug i alt for mange år uden at få den rette hjælp og støtte.

FORBRUG AF RUSMIDLER OG OMKOSTNINGER HERVED

Tidlig debut med rusmidler har konsekvenser

Tidlig debut med rusmidler er i sig selv en indikator for generel mistrivsel².

Tidlig debut er derudover en indikator for udvikling af et problematisk brug af rusmidler. I følge et nordisk studie er tidlig brug af alkohol, cigaretter og cannabis knyttet til markant øget risiko for problematisk brug af alkohol og cannabis senere i livet³.

I dag gennemfører kun ca. 80 % af de 24-årige i København en ungdomsuddannelse, mens målsætningen for en ungdomsårgang er 95 %. Udfordringen er særlig stor på de københavnske erhvervsskoler hvor lidt over halvdelen af eleverne falder fra, og tendensen er stigende. Væsentlige faktorer i forhold til frafald på erhvervsuddannelserne er en kombination af et stort forbrug af rusmidler, psykiske problemer og mistrivsel.

Unge forbrug af alkohol

Selv om der er sket et fald i de unges forbrug af alkohol fra 2010 til 2013, er de unge fortsat den gruppe i befolkningen, der har det største forbrug af alkohol. Ifølge Region Hovedstadens sundhedsprofil fra 2013, så har 26 % svarende til 19.000 københavnske unge i alderen 16-24 år et storforbrug af alkohol eller tegn på afhængighed. 35 % (knap 27.000) af de københavnske unge i samme alder drikker 5 genstande eller mere ved samme lejlighed mindst 1 gang om ugen.

I henhold til artiklen "Mødet mellem alkohol og hjerne" er vores hjerner ikke færdigudviklede, før vi er i starten af tyverne. Det kan være skadeligt at drikke alkohol, når hjernen ikke er færdigmodnet. Samtidigt er tolerancen for alkoholens giftige side lavere hos unge. Tester man unge, som drikker meget alkohol, kan man se, at de klarer sig dårligere på mange forskellige tests, hvoraf dårligere koncentration, hukommelse og indlæring blot er nogle af de afledte følgevirkninger af et stort alkoholforbrug.

Der ses en sammenhæng mellem et storforbrug af alkohol og forbrug af andre euforiserende stoffer. Kombineres et stort alkoholforbrug med forbrug af hash forværres situationen.

Unge forbrug af stoffer

Hash er det mest udbredte illegale rusmiddel blandt unge. Brug af hash er særligt udbredt blandt unge i 16-20-års alderen. På landsplan er der en svagt stigende tendens i udbredelsen af hash, hvor hver tredje ung i aldersgruppen har prøvet hash. Hash er generelt mest udbredt i Region Hovedstaden, hvor 40 % af de unge fra 16-20 år har prøvet rusmidlet. Hvad angår andre stoffer end hash er udbredelsen mere geografisk ensartet, og der ses en stagnation i forbrug af andre stoffer end hash blandt unge fra 16-20 år⁴. Hver tiende ung i København, svarende til knap 20.000 unge, har forbrugt hash eller andre euforiserende stoffer

inden for den seneste måned⁴, og andelen af aktive hashrygere blandt københavnske unge i 7.-9. klasse er faldet fra 2012 til 2013⁵.

Et problematisk forbrug af alkohol og hash – mest udbredt blandt udsatte målgrupper

Det skønnes, at ca. 7.300 unge københavnere mellem 15-24 år har et direkte interventionskrævende misbrug af enten alkohol eller stoffer⁶. Et problematisk forbrug af alkohol og hash er særligt udbredt blandt unge fra bestemte udsatte målgrupper: Deriblandt døgnanbragte unge, unge fra familier med misbrugsproblemer, psykisk sårbare unge og unge, som har det svært i skolen. 82 % blandt døgnanbragte unge har prøvet at ryge hash, hvilket er dobbelt så mange som jævnaldrende unge i Region Hovedstaden. Døgnanbragte unge har en væsentlig lavere debutalder for brug af både cigaretter, alkohol og illegale rusmidler, og flere undersøgelser peger på, at anbragte unge ofte har større risiko for at udvikle et misbrug som voksne⁷.

Voksnes forbrug af alkohol

Regionens sundhedsprofil fra 2013 viser, at mere end hver tiende københavnere¹ (50.000 borgere) har et storforbrug af alkohol, og hver femte københavnere (80.000 borgere) viser tegn på alkoholafhængighed. Blandt de borgere med et storforbrug af alkohol, og de borgere, der viser tegn på alkoholafhængighed, ønsker cirka hver tredje (33.000 borgere) at nedsætte deres forbrug.

Siden 2010 er andelen af borgere med et storforbrug af alkohol faldet i Københavns Kommune, det største fald ses i Indre By, som dog fortsat har den største andel borgere med storforbrug af alkohol i 2013. Andelen af borgere med tegn på alkoholafhængighed er uændret siden 2010. Der er væsentligt flere mænd (29 %) end kvinder (17 %) med storforbrug af alkohol eller tegn på afhængighed i Københavns Kommune. Storforbrug af alkohol eller tegn på alkoholafhængighed er mere udbredt blandt københavnske borgere med en kort og mellemlang uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse.

Storforbrug af alkohol har store omkostninger

Et storforbrug af alkohol har en række omkostninger, hvoraf manglende gennemført uddannelse og et ødelagt arbejdsliv blot er nogle af konsekvenserne.

På hjemmefronten kan et storforbrug af alkohol være så belastende for familien, at det ender med skilsmisse og manglende kontakt til eventuelle børn. Jævnfør Sundhedsstyrelsen "Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred" (2010) er alkohol direkte relateret til mere end 60 sygdomsdiagnoser herunder sinds- og adfærdsmæssige lidelser, mavetarmlidelser, kræftsygdomme, hjertekarsygdomme, lungesygdomme og muskel- og skeletsygdomme. Disse diagnoser er af alvorlig karakter og kan afkorte livet betragteligt og resultere i for tidlig død.

De samfundsøkonomiske omkostninger ved storforbrug af alkohol er store. Sundhedsudgifterne til borgere med alkoholproblemer udgør to til fire gange mere end samme udgifter til den gennemsnitlige borger⁸.

Der er evidens for, at de fleste organfunktioner forbedres af et væsentligt nedsat alkoholforbrug eller total afholdenhed. Selv kortvarig afholdenhed har gavnlige effekter på helbredet⁹. På kort sigt kan personer med selv et mindre forbrug af alkohol opleve manglende overskud og energi, dårlig søvn, irritabilitet, koncentrationsbesvær, forhøjet blodtryk, vægtøgning, ulykker og konflikter med omverdenen. En stor del af københavnere vil således potentielt have gavn af en samtale om alkohol i et af kommunens fem forebyggelsescentre.

Alkoholproblemerne belaster de pårørende

Alkoholproblemer belaster ikke kun den der drikker, men også de pårørende. En nyere undersøgelse fra Center for Rusmiddelforskning viser, at pårørende til mennesker med alkoholproblemer er mindst lige så belastede som den, der har problemet. Der peges på, at der både er menneskelige og samfundsmæssige gevinster at hente, ved at tilbyde de pårørende hjælp tidligt i forløbet⁹.

Børn i familier med alkoholproblemer

I hvert syvende hjem i København forekommer en risikabel alkoholadfærd blandt voksne, der bor med børn. Det skønnes, at der i 2012 boede mere end 15.000 børn og unge under 25 år i København, som levede i familier præget af alkoholproblemer. Kun en lille del af disse børn og deres forældre er omfattet af tilbud og foranstaltninger fra kommunernes børnefamilieafdelinger¹⁰. Alkoholproblemer i en børnefamilie

belaster alle familiens medlemmer: den voksne, der drikker, partner og børnene og kan medføre alvorlige fysiske, psykiske og sociale problemer for alle. Børn i familier med alkoholproblemer lever med en konstant utryghed, hvilket går ud over deres skolegang og frholder børnene fra at knytte tætte sociale relationer med jævnaldrende. Omkring 40 % af dem, der bliver behandlet for et alkoholmisbrug som voksne, er selv vokset op i et alkoholiseret hjem. Det betyder, at cirka en tredjedel af børnene selv udvikler et misbrug senere i livet.

Voksnes forbrug af stoffer

Sammenlignet med 2000 viser en undersøgelse i 2013 en stadig mindre udbredelse af illegale stoffer såsom amfetamin, kokain og ecstasy i befolkningen¹¹. Der ses dog en stigning af stofrelaterede forgiftninger på landets skadestuer, særligt blandt personer over 30 år. Der ses samtidig en stigning af psykiatriske indlæggelser med stofrelaterede diagnoser, hvor især blandingsmisbrug er dominerende.

Antal af stofmisbrugere i København er steget

Det seneste skøn fra 2005 anslog at antal stofmisbrugere i København er steget med 2000 til ca. 7-8000 fra 1996 til 2005¹². Dette skyldes fortrinsvist en stigning i misbrugere af hash og centralstimulerende stoffer. Samtidig skønnes en reduktion i antallet af opiatafhængige. Der er for nylig et skøn over antallet af injektionsmisbrugere i Danmark på 13.000, hvor halvdelen skønnes at være øst for Storebælt og formentlig flest i Hovedstadsregionen¹³. Undersøgelsen viser, at ca. halvdelen ikke er kendt i behandlingssystemet.

Stofmisbrugere i behandling

Københavns Kommunes behandlingssystem er årligt i kontakt med ca. 3000 stofmisbrugere, så man må konstatere, at man mangler kontakt med mindst ca. 4-5000, hvoraf en ikke uvæsentlig andel er injektionsmisbrugere.

I 2009 har antallet af stofmisbrugere i behandling på årsbasis rundet 2800. Stigningen kan delvist forklares med flere nye i behandling i 2008 og 2009. Det er de voksne misbrugere, der er flest af i behandlingssystemet. Gennemsnitsalderen er svagt stigende fra 41 år i 2006 til 42 år i 2009. Lidt over en fjerdedel er over 50 år gamle. De ældre fylder især blandt gruppen

i længerevarende substitutionsbehandling, 20 % er selvforsørgende, og den øvrige gruppe er på overførselsindkomst.

Misbrugsskader, latenstid og tidlig indsats

Såvel stofmisbrug som alkoholmisbrug er forbundet med skader for den enkelte og for samfundet. En måde at sammenfatte skadevirkningerne på, er at opgøre den sygdomsbyrde og antallet af tabte leveår, der knytter sig til misbrug¹³. Alkoholisme er i København den tredje højst placerede diagnose, når det gælder antallet af tabte leveår og død og er én af de diagnoser, der bidrager mest til sygdomsbyrden. Alkoholisme bidrager med flere tabte leveår (gennemsnitligt 908 år pr 100.000) end hjertesygdom, diabetes og lungekræft¹³.

Stofmisbrug er typisk forbundet med en høj dødelighed, og selvom gruppen omfatter færre personer end alkoholmisbrug, ligger den som nr. 12 på listen med gennemsnitligt 296 tabte leveår pr. 100.000.

Skaderne berører ikke kun den gruppe misbrugere, der er kendt af misbrugsbehandlingen, men også dem, der er uden for behandling, herunder også storforbrugerne af alkohol eller den gruppe, der har et eksperimenterende brug af stoffer. Skaderne udvikler sig over tid og sandsynligheden for at brug udvikler sig til et skadevoldende brug øges jo længere tid, der går. Dette er én af de vigtigste grunde til en tidlig indsats – at indlede rådgivning, behandling og afhjælpning af misbrug før skaderne melder sig.

For alkoholmisbrugerne har misbruget stået på i 10-12 år, før man opsøger behandling¹³. For stofmisbrugere (opiatmisbrugere) går der gennemsnitligt 7-10 år, før man opsøger behandling. For hashmisbrugere er der tale om en latenstid på omkring 20 år, og for kokainmisbrugere (som repræsentant for de nye brugergrupper) går der typisk 10-12 år fra et eksperimenterende brug starter, til man søger behandling.

For en del misbrugere vil der være tale om spontant ophør, men for den relativt store gruppe, der fortsætter misbruget, vil der være en såvel individuel som samfundsmæssig gevinst ved at inkludere borgere i behandling på et tidligt tidspunkt – at forkorte latenstiden. Tilsvarende bør man overveje, hvordan

man gennem skadesreducerende tiltag kan afhjælpe sociale, psykiske og somatiske skader og derigennem reducere antallet af "tabte gode leveår" og antallet af hospitalsindlæggelser.

MÅLGRUPPER I SÆRLIG RISIKO

Ulighed i københavnernes alkoholforbrug

Nogle borgere er i særlig risiko for at opleve omkostningerne af et for stort alkoholforbrug, fordi forbruget ikke er jævnt fordelt blandt københavnernes. Jævnfør regionens Sundhedsprofil 2013 ses en kønsmæssig ulighed i brugen af alkohol, der kommer til udtryk ved, at der er næsten dobbelt så mange mænd, der viser tegn på alkoholafhængighed. Mænd er samtidig mere udsatte for at blive syge som følge af deres forbrug, formentlig fordi mænd er mindre tilbøjelige til at søge hjælp i tide end kvinder.

Ældres alkoholforbrug er fortsat højt, hver fjerde ældre københavnere mellem 65-79 år har et stort forbrug af alkohol eller tegn på alkoholafhængighed. Ældre mennesker er mere følsomme over for alkohols negative påvirkninger end yngre mennesker. Ældre, der får medicin, skal være særligt forsigtige med alkohol, da kombinationen af alkohol og medicin kan forøge medicinens bivirkninger eller forringe medicinens effekt^{14,15}

I henhold til Sundhedsstyrelsens publikation "Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?", er kortuddannede også særligt sårbare overfor alkoholens skadelige virkninger på helbredet. Kortuddannede bliver ganske enkelt mere syge af et stort alkoholindtag end personer med en længerevarende uddannelse. Der findes lidt viden om årsagsvirkningssammenhænge, men det kan muligvis skyldes, at kortuddannede i højere grad udsættes for andre sundhedsrisici såsom usund kost, tobaksrygning og økonomisk stress mm., så der opstår en form for ophobning af dårlige livsvilkår.

Borgere med dobbeltdiagnoser

Misbrug er ofte vævet ind i andre problematikker, hvor psykisk sygdom er den af problematikkerne, der er sværest for behandlingssystemet at håndtere. Det er almindelig kendt, at såvel unge som ældre med dobbeltdiagnoser (en psykiatrisk diagnose kombine-

ret med misbrug) falder mellem to stole – mellem den kommunale indsats, der traditionelt arbejder med misbrugsproblematikken, og sundhedsvæsenet der traditionelt arbejder med den psykiatriske problemstilling. Det gælder for de ældre misbrugere, og problematikken bliver mere og mere nærværende på ungeområdet i takt med, at der arbejdes systematisk og specialiseret med unge misbrugere.

Generelle tal viser, at omkring 50 % af de psykisk syge har et misbrug, og at omkring 70 % af de misbrugende har en psykisk lidelse¹³. Tal for Københavnske borgere indskrevet i stofmisbrugs- eller alkoholbehandling viser, at henholdsvis 34 % og 49 % i løbet af en otteårig periode har kontakt med det psykiatriske system¹³.

Opgavetilrettelæggelsen i forhold til behandling af borgere med dobbeltdiagnoser er defineret som et obligatorisk aftaleområde i sundhedsaftalerne.

EVIDENSBASEREDE INDSATSER TIL AT FOREBYGGE MISBRUG

Til trods for alkohols skadelige virkninger på helbredet og de store sociale og samfundsmæssige konsekvenser af et stort forbrug, har alkohol historisk set ikke været et prioriteret forebyggelsesområde. En af grundene er formentlig, at afhængighed af alkohol har været og til stadighed er et tabubelagt emne.

På alkoholområdet foreligger imidlertid god dokumentation for effekten af forskellige metoder til forebyggelse, tidlig indsats og behandling. De metoder, hvor evidensen for effekt er højest, og som er relevante i en kommunal sammenhæng er samlet i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for alkohol:

- Begrænsning af tilgængeligheden af alkohol
- Håndhævelse af aldersgrænser for salg og udskænkning
- Kort rådgivende samtale
- Alkoholbehandling

Også i forhold til forebyggelse af stoffer findes nogle evidensbaserede tiltag særligt målrettet unge, denne

viden er samlet i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for stoffer, og vil blive flettet ind i nedenstående.

Begrænsning af tilgængeligheden og ansvarlig udskænkning

Der er dokumentation for, at borgernes forbrug af alkohol nedsættes, når der iværksættes udbudsregulerende indsatser såsom håndhævelse af aldersgrænser for salg og udskænkning af alkohol, øget pris på alkohol samt begrænsning af tilgængeligheden af alkohol. Reduktion af alkoholreklamer især hvor børn og unge færdes, har også vist en positiv effekt på forbruget.

Nogle af ovennævnte tiltag kræver en indgriben fra staten, der blandt andet spiller en afgørende rolle i forhold til regulering af priserne på alkohol. Kommunens handlerum omfatter muligheden for at regulere tilgængeligheden af alkohol. Flere studier peger på, at begrænsninger på antal steder og antallet af dage og timer, hvor der sælges alkohol, har god effekt. Herudover er et centralt håndtag at håndhæve lovgivningen om forbud mod salg og udskænkning af alkohol til unge og udskænkning til personer, der i forvejen er berusede. Ansvarlig udskænkning har yderligere afledte effekter blandt andet i forhold til at reducere vold i nattelivet og alkohol- og stofrelaterede ulykker og skader.

Kort rådgivende samtale

Der er evidens for, at en kort rådgivende samtale af 5-20 minutters varighed, som gentages op til fem gange i løbet af en kortere periode, har dokumenteret effekt i forhold til at nedsætte alkoholforbruget hos borgere med storforbrug af alkohol. På samme måde er der stærk dokumentation for effekt af en tidlig indsats med korte rådgivningssamtaler rettet mod unge på vej ind i et regelmæssigt stofforbrug. Den korte rådgivende samtale bør varetages af en uddannet rådgiver og/eller en sundhedsprofessionel.

Kommunens forebyggelsescentre tilbyder allerede borgerne med et storforbrug af alkohol en kort rådgivende samtale om alkohol. Samtale om alkohol henvender sig til borgere, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug og til pårørende, der er tæt på en, der drikker for meget. Samtalen om alkohol benyttes også i den opsøgende funktion uden for forebyggelsescentret, hvor de ansatte vurderer borgerens forbrug og interesse i at modtage et rådgivnings- eller

behandlingstilbud⁹. Generelt er det svært at rekruttere borgere, der har behov for tilbuddene, et tættere samarbejde med frontpersonalet i kommunens øvrige forvaltninger og med almen praksis vil kunne øge henvisningerne til tilbuddet.

En kort opsporende samtale kan anvendes af kommunens frontpersonale til tidlig opsporing af alkoholproblemer hos kommunens borgere. Jo tidligere der sættes ind, jo mindre indgribende en indsats er der brug for, idet det er lettere at ændre vaner, inden der er tale om decideret afhængighed. Kommunens frontpersonale er i kontakt med et bredt udsnit af københavnere, og mange af kommunens ansatte har kontakt med borgere med alkoholproblemer og deres pårørende eksempelvis på social- og sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet, børne- og ungeområdet. De ansatte kan benytte en kort opsporende samtale til at afdække eventuelle alkoholproblemer i situationer, hvor det synes relevant. Afhængigt af problemets omfang kan frontpersonalet henvise til et rådgivningsforløb eller et behandlingsforløb.

Det er desuden oplagt, at almen praksis i højere grad henviser til forebyggelsescentrenes korte rådgivende samtale om alkohol, eller at lægen ligefrem selv varetager samtalen. Størstedelen af københavnere går til lægen, en eller flere gange om året. Konsultationen hos lægen finder sted i et fortroligt rum, og for mange borgere udgør lægen en autoritet, som man lytter til. Det giver den praktiserende læge en unik mulighed for at varetage en kort rådgivende samtale med borgere, der viser tegn på et storforbrug af alkohol. Denne mulighed udnyttes ikke til fulde i dag. I henhold til regionens sundhedsprofil 2013 er alkohol den sundhedsmæssige risikofaktor, som færrest københavnere har drøftet med egen læge sammenholdt med tobak, usund kost og fysisk inaktivitet.

Åben anonym rådgivning

Der er dokumentation for, at en åben anonym rådgivning, kan være med til at sænke forbrug og forebygge langvarig behandling. Borgeren kan komme til med det samme, når vedkommende er motiveret, eller har brug for en samtale. Rådgivningen er anonym, derfor registreres hverken navn, eller personnummer og borgeren behøver derfor ikke at frygte, at vedkommendes arbejdsplads, eller netværk finder ud af, at

vedkommende har et bekymrende forbrug. Formålet med rådgivningen er at forebygge sociale problemer og at hjælpe borgeren over øjeblikkelige vanskeligheder. På længere sigt er formålet at sætte borgeren i stand til at løse opståede problemer og nå sikkert igennem risikoperioder ved egen hjælp.

Alkoholbehandlingen har haft gode resultater med at bruge anonym rådgivning i gruppeforløb. Det samme har tilbuddene til børn fra familier med alkoholproblemer og tilbuddene til unge med misbrugsproblemer. *De Drikker Derhjemme* har blandt andet en telefonlinje, hvor børn fra familier med misbrugsproblemer kan ringe ind og få rådgivning. *De Drikker Derhjemme* involverer familien i samtaler med barnet og den unge og skaber indirekte motivationsarbejde hos forælderen med alkohol-, eller stofproblemer.

Tidlig opsporing og indsats overfor børn og unge ift. rusmidler

For at forebygge at forbrug af rusmidler eskaleres samt at forbruget får negativ effekt på relationer med familie, venner, andet netværk, tilknytning til skole/job, er det vigtigt at have en tidlig opsporing og indsats overfor børn og unge. Kommunen arbejder ud fra et mål om at benytte den mindst muligt indgribende indsats først. En tidlig og bred forebyggende indsats på skoler, rettet mod den københavnske ungdoms brug af rusmidler, kan på længere sigt modvirke indskrivning på misbrugsbehandlingsforløb og at den unge fjerner sig fra normalsamfundet.

Det er et vigtigt element i kommunens indsats hos både *U-Turn* og *De Drikker Derhjemme*, at barnet og den unge kan få en rådgivende samtale med det samme, mens de er motiverede. Derudover arbejder Københavns Kommune med en helhedsorienteret tilgang til behandlingen af unge med misbrugsproblemer ud fra devisen, at man ikke kan løse et rusmiddelproblem isoleret. Der skal tages hånd om uddannelse, sundhed, bolig, job, sociale fællesskaber og inddragelse af familie og netværk. Indsatserne skal være fleksible, og medarbejderne skal arbejde med hele den unges livssituation og kunne hjælpe den unge med de problemer, den unge er fyldt op af og har motivation for at løse. Det betyder dels, at de unge medinddrages i tilrettelæggelsen og indholdet i deres rådgivnings- og behandlingsforløb og dels, at det tilstræbes at ind-

drage de unges familie og netværk samt relevante samarbejdspartnere for at sikre et sammenhængende, meningsfuldt og helhedsorienteret forløb.

Det er nødvendigt, at rusmiddelproblemer løses så tæt på almensamfundet som muligt. Indsatsen kan eksempelvis foregå lokalt på uddannelsesinstitutioner og i samarbejde med pædagoger, lærere og UU-vejleder, som møder den unge i hverdagen. Jo bedre det lykkes at klæde de lokale aktører og frontmedarbejdere på, jo større er sandsynligheden for at indfri målene om mindst mulig indgriben og tidlig indsats.

Familiebehandling og inddragelse af forældre eller andre familiemedlemmer har internationalt den bedst dokumenterede effekt ved forebyggelse og behandling for unge med rusmiddelproblemer¹⁶. Derudover er forankring i beskæftigelse, eller uddannelse et af de elementer, som virker bedst forebyggende overfor tilbagefald blandt unge med tidligere misbrugsproblemer. Der er evidens for, at familie- og netværksinddragelse både understøtter den unge i forhold til reduktion af misbrug og samtidig fastholder den unge i beskæftigelse eller uddannelse.

Rådgivning og behandling ift. alkohol og stoffer

De fleste undersøgelser peger på, at tilbuddene i kommunen skal være synlige og let tilgængelige for alle målgrupper, og at ændringer i misbrugsmønstret eller ændrede holdninger til stofbrug i samfundet bør følges af aktiviteter, der sikrer, at der er tilgængelig viden om rådgivnings- og behandlingsmuligheder til stede for at sikre en så tidlig og relevant indsats som mulig.

Der er god evidens for effekten af alkoholbehandling målrettet personer med et skadeligt eller et afhængigt forbrug. Elementerne i en kvalificeret behandling består af afrusning, udredning, farmakologisk behandling, motiverende samtale, psykosocial behandling, familiebehandling og dobbeltfokuseret behandling af personer med såvel afhængighed som en psykisk problematik¹⁷.

På nuværende tidspunkt går der i gennemsnit 10 år inden en borger kommer i behandling for et misbrug. Det kan i varierende grad skyldes manglende problemkendelse hos borgeren, manglende tidlig opsporing i kommunalt og regionalt regi samt manglende synlighed omkring rådgivnings- og behandlingstilbud-

dene i kommunen. En kvalificeret forebyggelses- og behandlingsindsats på alkoholområdet kan opnås ved, at der samarbejdes på tværs i kommunen og på tværs af sektorer.

Substitutionsbehandling har en betydelig effekt, når det gælder reduktion af illegalt misbrug, kriminalitet og risikoadfærd blandt opioidafhængige, mens effekten på social rehabilitering er mere tvivlsom. Der findes ingen virksom farmakologisk behandling i forhold til hash- og kokainmisbrug.

De samme psykosociale metoder som er virksomme ved et alkoholmisbrug er virksomme i forhold til stofmisbrug. Behandlingsregi synes ikke at spille en rolle, ambulans behandling er lige så virksom som døgnbehandling¹⁸. Der er på europæisk plan flere forskningsaktiviteter igangsat, som afprøver forskellige former for substitutionsmedicin til reduktion af trang i forbindelse med kokain- og amfetaminmisbrug, og den mest effektfulde behandling, der indtil nu er evidens for, er den psykosociale behandling¹³.

Uanset type af misbrug er en ordentlig udredning af misbruget og evt. samtidige somatiske og psykiske helbredstilstande afgørende for behandlingsresultatet. Det er vigtigt, at brugerne kan tilbydes flere forskellige tilbud, at behandlingen kan individualiseres og differentieres og er struktureret samt at der lægges behandlingsplaner, og at disse løbende revideres.

Øvrige tiltag målrettet institutioner og arbejdspladser

Der findes en række andre tilgange og indsatser, der er positiv effekt af, men hvor der ikke i samme omfang er evidens for effekten. Det drejer sig om alkoholpolitikker på arbejdspladser, på uddannelsesinstitutioner og i sportsklubber med henblik på at begrænse tilgængeligheden af alkohol og sikre kvalificering af nøglepersoner med henblik på tidlig indsats og eventuel henvisning til rådgivning eller behandling. I henhold til Sundhedsstyrelsen har en indsats på arbejdspladsen overfor alkoholproblemer meget store chancer for at give gode resultater. Der er 63 %, der gennemfører et alkoholbehandlingsforløb, når arbejdspladsen har henvist til behandlingen, mens kun 19 % gennemfører behandlingsforløbet, når skadeskue eller lignende har henvist til behandlingen¹⁹.

Skoleundervisning og kampagner har ikke i sig selv en dokumenteret effekt, men undervisning og information er en vigtig kilde til viden, der er et centralt afsæt i en adfærdsændringsproces. I tilknytning hertil har forældreuddannelse vist sig effektivt i forhold til at forebygge brug af stoffer blandt unge. Forældreuddannelsen har fokus på relationen mellem forældre og børn, viden om barnets mentale og fysiske sundhed, familiens sundhed og trivsel samt forældrenes position som rollemodeller.

Generelt opnås den største effekt af det forebyggende og behandlende arbejde, når der samtidigt arbejdes på forskellige niveauer med flere forskellige tilgange og indsætter herunder kobling til regionale og nationale tiltag²⁰.

DEFINITIONER

Misbrug

Socialstyrelsens definition af misbrug defineres som adfærd, der er kendetegnet ved et brugsmønster af rusmiddel eller lægemiddel, som medfører fysisk, psykisk eller social skade.

Stoffer

Sundhedsstyrelsens betegnelse for euforiserende stoffer indeholder hash, amfetamin, kokain, ecstasy og andre stoffer, der kan have en euforiserende virkning såsom receptpligtig medicin og lighergas.

Storforbrug af alkohol

Et ugentligt alkoholforbrug, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse på 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd.

Et problematisk forbrug eller alkoholproblemer

Problematisk forbrug eller alkoholproblemer betegnes i dette videnspapir som et forbrug, der har negative sociale og/eller helbredsmæssige konsekvenser for personen, og hvor personen har behov for støtte til at håndtere sin situation. Et problematisk forbrug kan være, men er ikke nødvendigvis forbundet med storforbrug, skadeligt forbrug eller afhængighed.

Tegn på alkoholafhængighed

Tegn på alkoholafhængighed måles med CAGE-C spørgeskemaet. Tegn på alkoholafhængighed defineres ved mindst to positive svar ud af 6 spørgsmål primært omhandlende ens egne og omgivelsernes opfattelse af ens drikkevaner.

Risikabel alkoholadfærd

Region Hovedstadens definition for risikabel alkoholadfærd indeholder storforbrug eller tegn på alkoholafhængighed.

REFERENCER

1. **Indenrigs- og Sundhedsministeriet**, 2002: Den offentlige indsats på alkoholområdet.
2. **Socialstyrelsen**
3. **Pedersen, W**, 1998/2006: Bittersøtt – Ungdom/ socialisering/rusmidler. Universitetsforlaget, Oslo
4. **National Sundhedsprofil Unge 2011**, Sundhedsstyrelsen
5. **Københavnske Folkeskoleelevers Sundhed** - Resultater fra Københavnerbarometeret 2013, Københavns Kommune
6. **Center for rusmiddelforskning**
7. **SFI**, 2013: Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995
8. **KORA**, 2014: Samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med alkoholoverforbrug
9. **Faglig vejledning for samtale om alkohol**, Københavns Kommune 2014
10. **Evaluering af projekt De Drikker Derhjemme** - åbent anonymt rådgivningstilbud for børn og unge i familier med alkoholproblemer, Københavns Kommune 2013
11. **Sundhedsstyrelsen**, 2013: Narkotikasituationen
12. **Sundhedsstyrelsen**
13. **Socialforvaltningen**, 2010: Udredning af misbrugsområdet
14. **Hallgreen et al**: Alcohol consumption among elderly European citizens - health effects, consumption trends and related issues, Swedish National Institute of Public Health, 2009
15. **Australian Guidelines**: To Reduce health Risks from drinking Alcohol, 2009
16. **Vind, Leif og Katrine Finke** (2006): Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer, Center for Rusmiddelforskning
17. **Sundhedsstyrelsen**, 2008: Kvalitet i alkoholbehandlingen
18. **Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug**. Narkotikasituationen i Europa. Årsberetning 2009
19. **Sundhedsstyrelsen**, 2008: Fokus på alkohol – alkoholpolitik og alkoholproblemer på arbejdspladsen
20. **Sundhedsstyrelsen**, 2012: Forebyggelsespakke Alkohol. Sundhedsstyrelsen 2008

