

FOCAL
POINT

NARKOTIKASITUATIONEN I DANMARK

2008

Narkotikasituationen i Danmark 2008

Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk>

Version: 1.0

Versionsdato: 1. november 2008

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-716-7

Den trykte versions ISBN: 978-87-7676-717-4
Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, november 2008

Design: Sundhedsstyrelsen

Tryk: Scanprint

Oplag: 400 eksemplarer

Publikationen kan bestilles hos Sundhedsstyrelsens Publikationer
c/o J.H.Schultz Information A/S
Tlf. 7026 2636, e-mail sundhed@schultz.dk

Pris: Publikationen er gratis, dog betales porto og ekspeditionsgebyr

Forord

Denne årsrapport om narkotikasituationen i Danmark er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, det danske "Focal Point". Rapporten er udarbejdet i efteråret 2008 til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug (EMCDDA). Rapporten findes både i en dansk og en engelsk udgave og er udarbejdet efter EMCDDA's retningslinier.

Rapporten giver et overblik over narkotikasituationen i Danmark. Den bygger på de nyeste statistiske og epidemiologiske data samt aktuelle informationer om indsatsområder, projekter, aktiviteter og strategier inden for narkotikaforebyggelse, skadesreduktion og stofmisbrugsbehandling. Herudover indeholder rapporten beskrivelser af gældende lovgivning og politik på narkotikaområdet.

Sociolog Kari Grasaasen har haft det koordinerende ansvar for rapportens tilblivelse og udarbejdet de epidemiologiske kapitler i rapporten. Akademisk medarbejder, Maria Winther Koch har udarbejdet kapitlet om forebyggelse, og afdelingslæge Helle Petersen har udarbejdet kapitlet om de sundhedsmæssige indsatser i relation til stofmisbrug. Ph.d.-studerende Kim Møller, Center For Rusmiddelforskning, har udarbejdet temakapitlet om domfældelsesstatistik. Øvrige dele i rapporten er udarbejdet ved hjælp af bidrag fra forskellige enheder i Sundhedsstyrelsen, Justitsministeriet, Velfærdsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt øvrige samarbejdspartnere.

Specialkonsulent Anne-Marie Sindballe, samt et læsepanel udpeget af Sundhedsstyrelsen har bidraget med kommentarer og konstruktiv kritik. Opsætning og korrektur er foretaget af Birgitte Neumann, Sundhedsstyrelsen.

November 2008

*Else Smith
Centerchef*

Indhold

Forord	3
Sammenfatning	7
1 National narkotikapolitik	11
1.1 Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol	11
1.2 Nationale strategier på narkotikaområdet	12
1.3 Økonomi og finansieringsordninger	13
1.4 Narkotikapolitikken i social og kulturel sammenhæng	14
2 Brugen af stoffer i befolkningen	15
2.1 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen	15
2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge	18
3 Forebyggelse	21
3.1 Universel forebyggelse - indsatser i lokalsamfundet	21
3.2 Universel forebyggelse – skoleområdet	23
3.3 Selektiv og indikeret forebyggelse	25
4 Stofmisbrug	28
4.1 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark	28
4.2 Stofmisbrugere i behandling	29
4.3 Substitutionsbehandling	33
5 Behandling for stofmisbrug	35
5.1 Behandlingssystemet	36
5.2 Støtte- og kontaktpersoner	36
5.3 Døgnbehandling	37
5.4 Initiativer til bedre kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen	38
5.5 Øvrige tiltag	39
6 Sundhedsmæssige konsekvenser af stofmisbrug	40
6.1 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere	40
6.2 Forgiftninger med illegale stoffer	43
6.3 Narkotikarelaterede infektionssygdomme	45
6.4 Stofmisbrugere i psykiatrisk behandling	46
7 Sundhedsmæssige indsatser	48
7.1 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald, infektionssygdomme og psykisk sygdom	49
7.2 Forebyggelse og behandling af infektionssygdomme	50
7.3 Øvrige sundhedsrelaterede indsatser	51

8	Kriminalitet, stofbrug og sociale konsekvenser	55
8.1	Social eksklusion og problemer	55
8.2	Narkotikakriminalitet	56
8.3	Stofmisbrug i fængsler	57
9	Sociale indsatser	58
9.1	Social reintegration	58
9.2	Forebyggelse af narkotikarelateret kriminalitet	60
10	Det illegale stofmarked	62
10.1	Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel	62
10.2	Beslaglæggelse af stofferne	62
10.3	Renhed, stofkoncentration og priser	63
11	Domfældelsesstatistik	67
11.1	Bøde for besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug	67
11.2	Salg af euforiserende stoffer	70
11.3	Anmeldelser og afgørelser	70
	Anneks	73
	Referenceliste	73
	Hjemmesider	76
	De anvendte undersøgelser	77
	Tabeloversigt	81
	Figuroversigt	83
	Supplerende tabeller	84

Sammenfatning

Den aktuelle narkotikasituation i Danmark

Det seneste skøn over antallet af stofmisbrugere er foretaget i 2006. Skønnet viser, at antallet af stofmisbrugere i Danmark er 27.000, hvoraf godt 7000 alene er hashmisbrugere. Sammenlignet med år 2001 er der tale om en stabilitet i det skønnede antal stofmisbrugere. Opgørelsen omfatter ikke det eksperimenterende stofforbrug men estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af stoffer, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Stofafhængige er således medtaget i skønnet, herunder også stofafhængige i substitutionsbehandling.

Hvad angår det eksperimenterende forbrug, har de senere års landsdækkende befolkningsundersøgelser generelt vist et stabilt niveau for brug af både hash og andre illegale stoffer. Kurven er knækket fra år 2000 efter markante stigninger i brugen af illegale stoffer op igennem slut-halvfemserne, men selv om der er tale om et stabilt niveau, ligger det højt. Hash er stadig det mest udbredte stof. Langt færre har brugt amfetamin og kokain, mens endnu færre igen har brugt psilocybinsvampe og ecstasy.

Stabiliteten gælder dog ikke udbredelsen af kokain, der som det eneste stof fortsat synes at være på vej frem. Blandt de 16 - 24-årige ses en lille men signifikant stigning i brugen af kokain i disse år (SUSY 2005 og AiD 2008).

Resultater fra den seneste ESPAD-undersøgelse blandt de 15-16-årige viser små stigninger i udbredelsen af de forskellige stoffer blandt de helt unge. Der er endnu ikke grundlag for at vurdere, om dette er starten på en ny trend.

Sammenhængende med stigningen i det eksperimenterende brug af kokain i disse år registreres der flere indlæggelser med kokainforgiftninger på landets skadestuer og flere kokainrelaterede indlæggelser i det psykiatriske behandlingssystem. På trods af at forgiftningsdødsfald som følge af indtagelse af kokain optræder relativt sjældent i statistikkerne, er der også her tale om en stigende tendens. Hertil kommer, at dybere analyser af de narkotikarelaterede dødsfald de senere år har vist, at kokain i stigende grad optræder som medvirkende årsag til disse dødsfald, hvilket bekræfter en stigende udbredelse.

Psykiatriske indlæggelser, der relateres til stofmisbrug, optræder stadig hyppigere. Også her er hash det dominerende stof. For godt 1/3 (1072 ud af i alt 2632) af indlæggelser i psykiatrisk behandling i 2007, der diagnosticeres med en stofrelateret bidiagnose, er der tale om hashmisbrug, og fra 1998 til 2007 er der tale om en fordobling i antallet af sådanne indlæggelser. Der er væsentlig færre indlæggelser, hvor kokainmisbrug optræder som en stofrelateret bidiagnose (163 ud af 2632 i 2007), men den relative stigning i de kokain-relaterede indlæggelser er større end for de hash-relaterede, idet der er tale om en tredobling. Også andre centralstimulerende stoffer end kokain, er i stigende omfang medvirkende årsag til de psykiatriske indlæggelser (179 ud af 2632 i 2007).

Hvad angår opgørelse over skadestuebesøg, hvor forgiftninger med illegale stoffer er årsagen til henvendelsen, registreres omkring 1200-1400 forgiftninger årligt. Det må antages, at der er tale om en minimumsopgørelse. Blandt de yngre ses typisk forgiftninger med hash og centralstimulerende stoffer, mens forgiftninger med

opioider og blandinger med flere stoffer samtidig hyppigst forekommer blandt de ældre. I 2007 fortsætter tidligere års tendens med stigning i forgiftninger med de centralstimulerende stoffer. Især ses markante stigninger i forgiftninger relateret til amfetamin og kokain.

Blandt andre sundhedsmæssige konsekvenser af stofmisbrug skal nævnes den forhøjede dødelighed. Stofmisbrugere har en stærkt forhøjet dødelighed generelt på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis, og stofmisbrugere, der er løsladt fra fængslerne, har en særlig høj dødelighed kort tid efter løsladelsen pga. forgiftninger. Hvad angår narkotikarelaterede dødsfald, har disse ligget højt, men konstant de senere år. De fleste narkotikarelaterede dødsfald skyldes forgiftninger, mens de øvrige dødsfald sker som følge af vold, ulykker og sygdomme. Undersøgelser har vist, at der i gennemsnit konstateres 3,3 forskellige stoffer i den afdødes blod ved hvert narkotikarelateret dødsfald (Steentoft 2005), hvilket dokumenterer et udbredt blandingsbrug, blandt dem, der dør.

Endelig ses konsekvenserne af stofmisbrug også i opgørelser over stofmisbrugere, der indskrives i behandling. I de senere år er sket en stigning i antallet af indskrivninger, og i 2006 var godt 13.000 i stofmisbrugsbehandling. I 2007 er antallet af stofmisbrugere i behandling dog faldet til godt 11.000 – et fald der formentlig skyldes ændringer i registreringspraksis som følge af strukturreformen, hvor kommunerne overtog ansvaret for indberetningen fra de tidligere amter.

Data fra alle år viser, at det især er de unge, der udgør nytilgangen til behandlingen, og deres misbrugsproblem er typisk hash og/eller centralstimulerende stoffer. I 2007 havde over halvdelen (57 %) af de unge mellem 18 og 24 år i behandlingen hash som hovedmisbrugsstof, mens 16 %, 8 % og 3 % af de unge var i behandling for henholdsvis amfetamin, kokain og ecstasy som hovedmisbrugsstof. Udover det stigende brug af de illegale stoffer op igennem 90'erne må det antages, at den øgede behandlingskapacitet, behandlingsgarantien samt de bedre og mere målrettede behandlingstilbud har medvirket til den dokumenterede stigning i tilgangen til stofmisbrugsbehandlingen.

Nye udviklingstendenser inden for forebyggelse, behandling og skadereducerende tiltag

I de seneste år er set flere forebyggelsesinitiativer samt behandlingsmæssige og skadereducerende tiltag i Danmark, både på kommunalt og statsligt plan. Disse initiativer skal både dæmme op for udvikling af brugen af stoffer og begrænse de skader, et misbrug af stoffer kan medføre. Samarbejdet mellem stat og kommuner er blevet forstærket efter kommunalreformen, hvor kommunerne har hovedansvaret for forebyggelse og behandling af stofmisbrug efter 1.1.2007.

Narkotikaforebyggelsen i kommunerne foregår ofte i det tværsektorielle samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi (SSP), og størstedelen af indsatserne fokuserer på målgrupperne ”børn og unge”, ”borgere generelt” samt ”udsatte unge”. En nylig offentliggjort kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser viser, at 57 % af kommunerne har etableret en egentlig indsats rettet mod stofmisbrug. Skolen er den hyppigst anvendte arena for disse forebyggende indsatser, efterfulgt af ungdomsuddannelserne og fritids- og klubmiljøerne.

I foråret 2007 sluttede modelkommuneprojektet ”Narkoen ud af byen”, med 14 deltagende kommuner. Modelprojektet viste blandt andet, at der er stor vilje i kommunerne til at arbejde systematisk og tværgående med rusmiddelforebyggelse. For at den kommunale forebyggelse skal lykkes, er opbakning fra såvel det politiske som det administrative niveau samt en klar organisatorisk forankring væsentligt.

I 2008 blev der igen gennemført en landsdækkende informationskampagne ”Against Drugs” på musikfestivaler i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og brancheforeningen Festivaldanmark. Samarbejdet har kørt med en årlig kampagne siden 2003, og festivalarrangørerne formidler gennem kampagnen en tydelig holdning imod indtagelse af stoffer. Den primære målgruppe er unge festivaldeltagere og særlig de unge mellem 16 og 24 år. Evalueringer har år for år vist en stor gennemslagskraft af kampagnen og en stor accept af budskabet fra publikums side.

I forbindelse med de senere års aftaler mellem regeringen og partierne bag den årlige fordeling af visse midler på det sociale område (satspuljeaftaler) er der taget en række forebyggelses- og behandlingsmæssige samt skadereducerende initiativer. Blandt andet er der afsat særlige puljemidler til indførelse af målrettede sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere samt andre initiativer rettet mod særlige udsatte grupper, herunder hjemløse stofmisbrugere knyttet til væresteder. Endvidere er afsat særlige puljemidler til en forstærket indsats over for gravide stofmisbrugere samt midler til en styrket indsats for udsatte børnefamilier, herunder initiativer rettet til udsatte børn og unge. Blandt andet skal midlerne fra sidstnævnte pulje bruges til udbredelse af familieambulatoriemodellen fra Hvidovre Hospital og Rigshospitalet til hele landet.

En særlig pulje er ligeledes afsat til en kvalitetsudvikling af den lægelige behandling af stofmisbrugere. 1. juli 2008 offentliggjorde Sundhedsstyrelsen en ny vejledning (nr. 42), der skal sikre en ensartet og acceptabel kvalitet i de lægelige kerneydelser til stofmisbrugere. Vejledningen er udarbejdet med særlig henblik på brug i kommunerne, men vejledningen vil være gældende uanset hvor lægelig behandling af stofmisbrugere finder sted, det være sig i almen praksis, i sygehusregi eller i Kriminalforsorgen. Den lægelige behandling for stofmisbrug omfatter undersøgelse for og behandling af misbruget/afhængigheden, samt behandling af de fysiske og psykiske problemer knyttet til stofmisbrug.

Endelig fremsatte ministeren for sundhed og forebyggelse i marts 2008 et lovforslag om ordination af heroin som led i lægelig behandling af stofmisbrugere. Lovforslaget blev vedtaget af et bredt politisk flertal i maj 2008. En ordning med lægeordineret heroin udformes nu af Sundhedsstyrelsen, således at ordningen kan indføres i begyndelsen af 2009.

Nye stoffer og ny lovgivning

Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet overvåger stadig misbrugsstoffer på det illegale marked i samarbejde med de tre retskemiske institutter i Danmark. Formålet hermed er blandt andet, at overvejelser om kontrolforanstaltninger og forbud kan gennemføres, når nye misbrugsstoffer dukker op. Efter indstillinger fra Sundhedsstyrelsen blev stoffet, der populært kaldes Bromo-Dragonfly, undergivet kontrol pr. 5. december 2007, stofferne Ketamin og Methylon undergivet kontrol pr. 8. februar 2008, og stofferne 4-AcO-DIPT, 4-HO-DIPT samt Dextromethorphan (som er indeholdt i hostemidlet Dexofan), undergivet kontrol pr. 25. maj 2008.

En række nye lovbestemmelser og administrative regler er gennemført og implementeret i 2008. Blandt andet kan nævnes, at der med ændringer af lov og bekendtgørelse om euforiserende stoffer er tilvejebragt den nødvendige lovhjemmel for ordningen med lægeordineret heroin, jf. afsnittet ovenfor om nye udviklingstendenser inden for forebyggelse, behandling og skadereducerende tiltag. Herudover er der sket ændringer af serviceloven, der for den enkelte stofmisbruger muliggør frit at vælge mellem et offentligt og godkendte private behandlingstilbud. Endelig har en ændret bekendtgørelse om retssikkerhed og administration i henhold til serviceloven medført en kommunal indberetningspligt til henholdsvis Servicestyrelsen og Center for Rusmiddelforskning om stofmisbrugere i behandling.

Temakapitler

Temakapitlet om domfældelsesstatistik sætter særligt fokus på kriminalitetsstatistik, herunder danske data, og udfordringer.

1 National narkotikapolitik

Dansk narkotikapolitik hviler på et forbud mod enhver ikke-medicinsk eller ikke-videnskabelig anvendelse af narkotika kombineret med en vedholdende og målrettet forebyggende indsats, et flerstrengt og koordineret behandlingstilbud samt en effektiv kontrolindsats. Regeringen har med sin handlingsplan ”Kampen mod nar-ko” formuleret de grundlæggende præmisser for indsatsen mod narkotikamisbrug.

Narkotikamisbrug er et sammensat problem. Indsatsen sker derfor over en bred kam på tværs af fag- og sektorgrænser. Der er tale om en opgave, som løses i samarbejde mellem de lokale og regionale myndigheder, de statslige myndigheder på sundheds-, social- og justitsområdet samt de statslige toldmyndigheder.

På centralt plan koordinerer Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse den statslige indsats. Ministeriet har endvidere ansvaret for kontrollen med den lovlige anvendelse af narkotika. Herudover har ministeriet ansvaret for de statslige opgaver vedrørende den forebyggende indsats og behandlingsindsatsen i sundhedsvæsenet, herunder bl.a. den lægelige behandling. Velfærdsministeriet har ansvaret for de statslige opgaver vedrørende den sociale behandlingsindsats. Justitsministeriet har hovedansvaret for den kontrol- og politimæssige indsats og for indsatsen over for stofmisbrugere i fængslerne. Skatteministeriet har ansvaret for toldkontrollen og for den kontrol, der føres med prækursorer.

På lokalt plan har kommunerne ansvaret for den konkrete forebyggelses- og behandlingsindsats. Kommunerne bistår i den forbindelse af de centrale myndigheder med bl.a. overvågning, overordnede retningslinier, dokumentation, vidensformidling mv.

1.1 Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol

Der er i 2008 udstedt følgende love og administrative regler på narkotikaområdet:

- Lovbekendtgørelse nr.748 af 1. juli 2008 om euforiserende stoffer.
- Lov nr. 226 af 8. april 2008 om ændring af serviceloven (Godkendelse af private behandlingstilbud for stofmisbrugere). Loven indebærer, at stofmisbrugere får ret til frit valg mellem offentlige og godkendte private behandlingstilbud. Derved er muligheden for frit valg af behandlingstilbud udvidet og gælder nu både på døgnbehandlingsområdet og på det ambulante behandlingsområde. Loven trådte i kraft den 1. juli 2008.
- Lov nr. 437 af 1. juni 2008. Lov om ændring af lov om almene boliger m.v. og lov om leje af almene boliger (Tilskud til etablering af boligtilbud til særligt udsatte grupper og etablering af et boligsocialt udviklingscenter). For at fremme udviklingen af boliger til særligt udsatte grupper kan velfærdsministeren yde tilskud til etablering af almene boliger til særligt udsatte grupper (Skæve huse). Loven er ændret, så der er skabt hjemmel til at gøre en forsøgsordning om tilskud til etablering af boliger til udsatte grupper – de såkaldte skæve boliger – til en permanent ordning. Loven trådte i kraft den 1. juli 2008.
- Lov nr. 535 af 17. juni 2008 om ændring af lov om euforiserende stoffer (Or-dination af heroin som led i lægelig behandling af stofmisbrugere). Lovens formål er at åbne mulighed for at anvende lægeordineret heroin i medicinsk

øjemed som led i en lægelig behandling af personer for stofmisbrug. Loven trådte i kraft den 1. juli 2008.

- Bekendtgørelse nr. 101 af 20. februar 2008 om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling. Bekendtgørelsen er en konsekvens af ændring af lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 1. marts 2008.
- Bekendtgørelse nr. 349 af den 9. maj 2008 om godkendelse af og tilsyn med private opholdssteder, private botilbud og private behandlingstilbud for stofmisbrugere. Bekendtgørelsen er en følge af vedtagelse af lov nr. 226 af 8. april 2008 om ændring af serviceloven (Godkendelse af private behandlingstilbud for stofmisbrugere). Bekendtgørelsen trådte i kraft den 1. juli 2008.
- Bekendtgørelse nr. 749 af 1. juli 2008 om euforiserende stoffer.
- Bekendtgørelse nr. 1171 af 9. oktober 2007 om ændring af bekendtgørelse om retssikkerhed og administration på det sociale område (Indberetning af statistik og oplysninger vedrørende behandlingstilbud til stofmisbrugere). I bekendtgørelsen fastsættes, at kommuner skal indsende statistik til Servicestyrelsen om stofmisbrugere. Desuden skal der indsendes statistik og oplysninger om stofmisbrugere til DanRIS efter anmodning fra Center for Rusmiddelforskning. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 1. november 2007.
- Vejledning nr. 10 af 20. februar 2008 om lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling. Vejledningen trådte i kraft den 1. marts 2008.
- Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.
- Sundhedsstyrelsens vejledning om etablering af regionale familieambulatorier til gravide/familier med misbrugsproblemer, forventes at træde i kraft ved udgangen af september 2008.

I 2008 er følgende narkotiske stoffer undergivet kontrol:

- Med bekendtgørelse nr. 1309 af 26. november 2007 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev der efter nr. 25 indsat ”25 a. 1-(8-bromobenzo(1,2- *b* ; 4,5- *b*’)difuran-4-yl)-2-aminopropan” på liste B i bilag 1.
- Med bekendtgørelse nr. 55 af 5. februar 2008 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at Ketamin (2-(2-chlorphenyl)-2-(methylamino)cyclohexanon) og Methylon (3,4-methylendioxy-methcathinon) kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 8. februar 2008.
- Med bekendtgørelse nr. 368 af 22. maj 2008 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne 4-AcO-DIPT (4-acetoxyn,N-diisopropyltryptamin), 4-HO-DIPT (4-hydroxy-N,N-diisopropyltryptamin) og Dextromethorphan kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 25. maj 2008.

1.2 Nationale strategier på narkotikaområdet

Med regeringsgrundlaget fra november 2001 blev det besluttet at forstærke det fælles ansvar for samfundets svageste. Beslutningen er siden fulgt op med generelle initiativer som f.eks. indgåelsen af en række satspuljeforlig, udarbejdelsen af handlingsprogrammerne ”Det fælles ansvar I” og ”Det fælles ansvar II” samt nedsættel-

sen af Rådet for Socialt Udsatte. Med det supplerende regeringsgrundlag fra august 2003 blev der lagt op til en yderligere udbygning af indsatsen, som kom til udtryk i handlingsplanen ”Kampen mod narko”, som blev fremlagt af regeringen i oktober 2003, og som siden har udgjort grundlaget for de centrale myndigheders indsats på narkotikaområdet.

I ”Kampen mod narko” gav regeringen udtryk for den opfattelse, at narkotikamisbruget skal imødegås med konsekvente og vedvarende bestræbelser for kvalitativt og kvantitativt at fastholde og udbygge den eksisterende indsats med sigte på i endnu højere grad at hindre tilgang af nye stofmisbrugere, hjælpe nuværende stofmisbrugere og sætte hårdt ind over for den narkotikarelaterede kriminalitet. Regeringen tilkendegav, at indsatsen skal ske over en bred kam og dermed afspejle, at sociale problemer, stofmisbrug og narkotikakriminalitet hænger uløseligt sammen. Regeringen anførte, at der er tale om en opgave, som skal løses i fællesskab af centrale, regionale og lokale myndigheder i nært samarbejde med den enkelte og de pårørende, med private organisationer og institutioner samt med skoler, foreninger og diskoteker m.v. i nærmiljøet.

I 2004 blev der indgået en politisk aftale, som indebærer, at der pr. 1. januar 2007 blev gennemført en kommunalreform, som grundlæggende har ændret rammerne for varetagelsen af de lokale og regionale opgaver. På narkotikaområdet betyder kommunalreformen, at ansvaret for forebyggelsen såvel som for den sociale og lægelige stofmisbrugsbehandling er overgået fra amterne til kommunerne. Da kommunerne tillige er ansvarlige for andre sociale opgaver, er det med kommunalreformen således blevet lettere at koordinere den sociale og lægelige indsats på stofmisbrugsområdet.

Handlingsplanen ”Kampen mod narko” er bl.a. fulgt op af tre aftaler mellem regeringen og partierne bag den årlige fordeling af visse midler på det sociale område (satspuljeaftaler), som indeholder en lang række konkrete initiativer, der alle tager sigte på at begrænse narkotikamisbruget og de skader, som følger med misbruget.

Med sigte på en styrkelse af indsatsen indgik regeringen satspuljeaftalen for 2004. Der blev med aftalen afsat 145 millioner kroner over årene 2004-2007 til konkrete initiativer på narkotikaområdet. For at give indsatsen endnu et løft indgik regeringen satspuljeaftalen for 2006. Med denne aftale blev der afsat en kvart milliard kroner over årene 2006-2009 til yderligere konkrete initiativer på narkotikaområdet. Finansieringen af de fleste af initiativerne i de to aftaler er permanent, hvilket betyder, at initiativerne rækker ud over aftaleperioden.

Til trods for både flere og bedre tilbud til stofmisbrugerne står samfundet fortsat over for store udfordringer på narkotikaområdet. Regeringen hverken kan eller vil acceptere udbredelsen af narkotikamisbruget eller omfanget af de skader, som følger med misbruget. Narkotikamisbruget og skaderne – ikke mindst det foruroligende høje antal narkotikarelaterede dødsfald – skal begrænses. Regeringen har således med satspuljeaftalen for 2008 opnået tilslutning til at intensivere behandlingsindsatsen med tre nye konkrete initiativer (jf. afsnit 1.3).

1.3 Økonomi og finansieringsordninger

Oplysningerne om de flerårige statslige finanslovbevillinger og puljemidler fremgår af tidligere års rapporter. I den forbindelse skal det særligt fremhæves, at rege-

ringen som opfølgning på ”Kampen mod narko” i oktober 2003 blev enige med et flertal i Folketinget (satspuljepartierne) om for 2004 at afsætte 145 mio. DKK over årene 2004-2007 til gennemførelse af en række initiativer på narkotikaområdet. Med henblik på at give indsatsen endnu et løft blev regeringen og et flertal i Folketinget (satspuljepartierne) enige om over årene 2006-2009 at afsætte en kvart milliard DKK til nye initiativer på narkotikaområdet.

Om nye statslige bevillinger kan oplyses:

- I satspuljen for 2008 er der afsat en pulje på 60,0 mio. DKK i perioden 2008-2012 til udbredelse af de mest effektive misbrugsbehandlingsformer for udsatte børn og unge.
- I satspuljen for 2008 er der afsat 5,0 mio. DKK i hvert af årene 2008-2011 til et nationalt informationscenter om misbrug blandt børn og unge.
- I satspuljen for 2008 er der afsat 6,3 mio. DKK i hvert af årene 2008-2011 til stofmisbrugsbehandlingstilbud til kvindelige indsatte i fængslerne (Projekt Menneske).
- I satspuljen for 2008 er der afsat 2,5 mio. DKK i alt i perioden 2008-2010 til videreudvikling af Shaloms behandlingshjems arbejde med misbrugsbehandling.
- I satspuljen for 2008 er der afsat 9,3 mio. DKK i 2008 og 11,6 mio. DKK i hvert af årene 2009-2011 til Buprenorphin som førstevalg i substitutionsbehandlingen.
- I satspuljen for 2008 er der afsat 3,5 mio. DKK i hvert af årene 2008-2011 til kvalitetssikring af stofmisbrugsbehandlingen.
- I satspuljen for 2008 er der afsat 10,0 mio. DKK i 2008 og 60,0 mio. DKK i 2009 til lægeordineret heroin.

Det har ikke været muligt at angive et særskilt beløb for kontrolindsatsen på narkotikaområdet.

For så vidt angår de kommunale udgifter viser regnskaber og budgetter en kraftig stigning siden 1995 i de afsatte midler til social stofmisbrugsbehandling. Regnskabstallet for 2007 var således på 771,1 mio. DKK, mens det tilsvarende regnskabstal for 1995 var på 254,8 mio. DKK. Kommunernes udgifter til forebyggelse af narkotikamisbrug og den lægelige stofmisbrugsbehandling kan ikke særskilt udledes af de kommunale regnskaber og budgetter.

For så vidt angår stofmisbrugsbehandlingen i fængslerne er der de seneste år sket en væsentlig opprioritering. Budgettallet for 2001 var således på 6,2 mio. DKK, mens det tilsvarende budgettal i 2008 var på 63,7 mio. DKK.

1.4 Narkotikapolitikken i social og kulturel sammenhæng

I folketingsåret 2007-2008 har medlemmer af oppositionen fremsat to forslag til folketingsbeslutning om forsøg med lægeordineret heroin til særligt hårdt belastede stofmisbrugere. Begge forslag, der blev fremsat i oktober 2007 bortfaldt som følge af udskrivelsen af folketingsvalg. Ministeren for sundhed og forebyggelse fremsatte i marts 2008 et lovforslag om samme emne. Lovforslaget blev vedtaget med et bredt flertal i juni 2008 som beskrevet ovenfor.

2 Brugen af stoffer i befolkningen

Det at prøve stoffer er typisk et ungdomsfænomen, og de fleste fortsætter ikke brugen. De fleste, der prøver stoffer, har således et eksperimentelt forbrug i en kortere periode i de unge år. Undersøgelser i hele befolkningen viser, at det eksperimentelle brug af stoffer topper i aldersgruppen 16-19 år, og meget få prøver stoffer første gang efter 20-års alderen. I aldersgrupperne over 40 år har kun få procent brugt nogen form for stoffer inden for det seneste år. Det er langt hen ad vejen de samme unge, som udsætter sig for de forskellige former for risikoadfærd. Undersøgelser dokumenterer, at det ofte er de samme unge, som har et stort alkoholforbrug, et dagligt brug af tobak og ryger hash. Ligeledes ses en signifikant samvariation mellem at have brugt hash og have brugt et eller flere andre illegale stoffer.

Resultater fra surveyundersøgelser de senere år viser, at det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer i Danmark ligger på et historisk højt men stabilt niveau blandt de yngre voksne og voksne. Seneste befolkningsundersøgelse viser, at 45 % af befolkningen mellem 16 og 44 år har eksperimenteret med hash nogensinde, og 13 % i samme aldersgruppe har nogensinde prøvet andre illegale stoffer end hash. Samme stabile tendens i brugen af de illegale stoffer generelt ses også blandt de 16 – 20-årige (MULD 2007). Knap 30 % af de 16 – 20-årige oplyser i 2006 at have røget hash, og omkring 10 % har prøvet et eller flere andre illegale stoffer.

Ser man på udbredelsen af stofferne enkeltvis, synes kokain dog som det eneste stof at være på vej frem. Blandt de 16 – 24-årige ses en lille men dog signifikant stigning i brugen af kokain i disse år, mens der er tale om en stabilitet i de unges brug af andre stoffer såsom amfetamin og ecstasy. Både hash og amfetamin er dog stadig mere udbredt end kokain, efterfulgt af ecstasy i nævnte rækkefølge.

I 2007 blev gennemført en opfølgning på tidligere ESPAD-undersøgelser, der beskriver udviklingen af det eksperimenterende brug af illegale stoffer (samt alkohol og tobak) blandt de 15 - 16-årige. Resultater herfra viser nogenlunde samme niveau i 2007 som både i 1999 og 2003.

De forskellige undersøgelser, der henvises til i foreliggende kapitler, og som beskriver udviklingen af det eksperimenterende brug af illegale stoffer blandt den voksne befolkning (SUSY¹ og AiD²), de yngre voksne (MULD³) samt de helt unge (ESPAD⁴), er med hensyn til datagrundlaget og metoderne beskrevet bagerst i foreliggende rapport.

2.1 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen

De resultater, der gengives her, er baseret på de tre seneste landsdækkende Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser (SUSY-undersøgelser) af det selvrapporterede forbrug fra 1994, 2000 og 2005 samt AiD 2008. Samtlige undersøgelser er foretaget af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. De medtagne analy-

¹ SUSY står for: Sundhed og Sygelighedsundersøgelsen i Danmark

² AiD står for: Alkohol i Danmark (en undersøgelse om voksnes alkoholvaner og holdninger til alkohol, samt brug af illegale stoffer)

³ MULD står for: Monitorering af Unges livsstil og Dagligdag

⁴ ESPAD står for: Alcohol and Other Drug Use Among Students in Europe

ser af udbredelsen er baseret på aldersgruppen 16-44 år. Hos personer over 44 år ses kun en meget begrænset udbredelse, hvorfor de over 44-årige ikke er medtaget her.

Udbredelsen af hash

Resultater fra befolkningsundersøgelser blandt de 16 - 44-årige gennemført i årene 1994, 2000, 2005 og 2008 viser stigninger i det eksperimenterende brug af hash op til 2000. Herefter ses en stagnation. Ser man på det aktuelle brug (brugt hash inden for det seneste år), oplyser 9 % af de 16 - 44-årige i 2008 at have brugt hash inden for sidste år. Dette gjaldt for 7 %, 10 % og 8 % i henholdsvis 1994, 2000 og 2005. Det aktuelle brug af hash er størst i de yngre aldersgrupper og aftager herefter med stigende alder (tabel 2.1.1 i annekset). For mændenes vedkommende er der i 2008 størst udbredelse i aldersgruppen 16-19 år, mens der blandt kvinderne er størst udbredelse i aldersgruppen 20-24 år.

Tabel 2.1.2. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005 og 2008

Brugt hash	1994 (n=2521)	2000 (n=6878)	2005 (n=4440)	2008 (n=2219)
Sidste måned	2,4	4,3	4,0	3,5
Sidste år (sidste måned medregnet)	7,4	9,8	8,4	9,1
Nogensinde (sidste år medregnet)	37,2	42,4	46,1	45,1

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005 og AiD 2008

Som ovenstående tabel viser, er det aktuelle brug af hash stagneret fra 2000 til 2008 (brugt hash inden for sidste år). Selvom der samtidig er tale om en stigning fra 2000-2008 i andelen, der nogensinde har prøvet hash, kan resultaterne tages som udtryk for, at udviklingen er stabil, idet ”aktuelt brug” vurderes som det mest pålidelige mål for udbredelsen.

Udbredelsen af andre illegale stoffer

For de øvrige illegale stoffer taget under ét ses en tilsvarende udvikling; et stigende eksperimenterende brug blandt de 16 - 44-årige fra 1994 til 2000, afløst af en stagnation fra 2000 til i dag. Godt 3 % af de 16 - 44-årige oplyser i 2008 at have et aktuelt brug af andre illegale stoffer end hash (brugt inden for det seneste år).

Tabel 2.1.3. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005 og 2008

Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash	1994 (n=2521)	2000 (n=6878)	2005 (n=4440)	2008 (n=2219)
Sidste måned	0,2	1,2	1,1	1,1
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,5	3,4	2,7	3,6
Nogensinde	4,4	11,3	13,5	13,4

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005 og AiD 2008

Udbredelsen af illegale stoffer blandt de unge voksne

I nedenstående er der fokuseret på udbredelsen af de illegale stoffer blandt de ”unge voksne” i aldersgruppen 16 til 24 år. Det er i denne aldersgruppe, der typisk debuteres med de illegale stoffer, og hvor udbredelsen af illegale stoffer er størst.

Tabel 2.1.4. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005 og 2008

Brugt hash	1994 (n=735)	2000 (n=1728)	2005 (n= 919)	2008 (n=862)
Sidste måned	3,7	7,8	8,2	8,1
Sidste år (sidste måned medregnet)	12,9	20,1	20,5	21,3
Nogensinde	34,7	41,5	44,2	41,1

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005 og AiD 2008

Tabel 2.1.5. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005 og 2008

Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash	1994 (n=740)	2000 (n=1690)	2005 (n=900)	2008 (n=858)
Sidste måned	0,0	3,0	2,0	2,3
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,7	8,0	5,3	8,0
Nogensinde	3,0	14,5	14,2	15,2

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005 og AiD 2008

Som tabellen ovenfor viser, har 41 % af de unge under 25 år i 2008 prøvet hash nogensinde, og 21 % har et aktuelt brug – dvs. oplyser at have brugt hash inden for det seneste år. Hvad angår udbredelsen af andre illegale stoffer end hash, har 15 % af de unge under 25 år i 2008 prøvet disse, og 8 % har et aktuelt brug.

Ser man på stofferne enkeltvis, er amfetamin, kokain og ecstasy de mest udbredte stoffer efter hash. Som det ses i tabel 2.1.6. nedenfor, er andelen af det aktuelle brug (brugt stof inden for sidste år) af både amfetamin og ecstasy stabilt fra 2000 til 2008. Modsat ses en signifikant stigning i det aktuelle brug af kokain fra 2000 til i dag. Det ses også af tabellen, at markant flere unge mænd end kvinder har et aktuelt brug af både amfetamin, kokain og ecstasy. (For så vidt angår udbredelsen af andre stoffer end amfetamin, kokain og ecstasy, se tabel 2.1.7. i annekset).

Tabel 2.1.6. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af kokain, amfetamin og ecstasy i 2000, 2005 og 2008

16-24 år	SUSY 2000			SUSY 2005			AiD 2008		
	mænd	kvinder	totalt	mænd	kvinder	totalt	mænd	kvinder	totalt
Amfetamin prøvet inden for seneste år	8,6	3,0	5,6	6,5	2,4	4,1	9,8	2,1	5,4
Kokain prøvet inden for seneste år	4,3	1,3	2,7	5,4	1,9	3,3	9,8	2,4	5,6
Ecstasy prøvet inden for seneste år	3,1	1,5	2,2	3,1	0,4	1,5	4,0	1,0	2,3

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005 og AiD 2008

Det kan således konkluderes, at brugen af de illegale stoffer generelt ligger stabilt i disse år, og der er ikke flere unge i denne aldersgruppe, der eksperimenterer med illegale stoffer. Hvad angår kokain gælder dog, at en stigende andel af især unge mænd eksperimenterer med stoffet, og denne stigning er signifikant.

Hyppighed i brugen af de illegale stoffer

I SUSY-undersøgelsen 2005 er de, der har et aktuelt brug af hash inden for seneste måned spurgt om, hvor mange gange de har brugt hash. Blandt de 16-24-årige er det i alt 8 %, der har brugt hash og/eller andre illegale stoffer inden for seneste måned. Omtrent 67 % af disse har brugt stoffet 1-3 gange. Resten har haft et hyppigere forbrug (17 % anvendte stoffet 4 – 9 gange, og 16 % mindst 10 gange inden for sidste måned). Vedrørende angivelser af hyppighed for hashindtaget er der tale om meget små tal, hvorfor der foreligger stor usikkerhed omkring disse resultater.

Regionale forskelle i brugen af illegale stoffer

I SUSY-undersøgelserne og AiD er der foretaget regionale sammenligninger i udbredelsen af de illegale stoffer. Resultaterne viser klart, at udbredelsen af de illegale stoffer er væsentlig størst i hovedstadsregionen og mindre udbredt i de øvrige regioner. I hovedstadsregionen er der blandt de unge under 25 år op til dobbelt så mange, der har prøvet både hash og de øvrige illegale stoffer sammenlignet med de unge i de øvrige regioner. Også i aldersgruppen 25 til 34 år vises samme tendens til regionale forskelle, om end denne forskel ikke er fuldt så markant som blandt de unge under 25 år.

2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge

Som det fremgår ovenfor, er det i de yngre aldersgrupper, at forbruget af både hash og andre stoffer er mest udbredt. Forbruget blandt de unge fra 16 til 20 år beskrives i dette afsnit ud fra de såkaldte ”MULD-undersøgelser” fra 2000 til 2006 og viser, at det eksperimenterende brug af illegale stoffer i denne aldersgruppe er stabilt i perioden, men med tegn på faldende udbredelse de seneste år.

I tabel 2.2.1. nedenfor ses resultater fra MULD-undersøgelser i de pågældende undersøgelsesår. Der findes i denne undersøgelsesrække et signifikant fald i brugen af hash blandt de unge mellem 16 – 20 år fra 2000 til 2006. Endvidere ses et mindre, dog stadig signifikant fald i brugen af amfetamin og psilocybinsvampe fra 2004 til 2006. For de øvrige stoffer synes at være tale om en stabilitet eller svagt fald i brugen, om end der i højere grad er tale om tilfældige udsving og ikke signifikante forskelle i perioden.

Tabel 2.2.1. De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler, 2000-2006

	MULD 2000 (n=2046)	MULD 2001 (n=2090)	MULD 2002 (n=2041)	MULD 2003 (n=1768)	MULD 2004 (n=1772)	MULD 2006 (n=1964)
Hash prøvet nogensinde	32	33	37	36	36	27
Hash sidste måned	9	9	8	9	7	6
Amfetamin prøvet nogensinde	8	9	6	7	6	5
Ecstasy prøvet nogensinde	4	4	3	4	4	3
Psilocybinsvampe prøvet nogen- sinde	3	5	4	3	3	1
Kokain prøvet nogensinde	3	4	3	4	4	4
LSD prøvet nogensinde	1	2	1	1	1	1
Heroin prøvet nogensinde	0	0	0	1	0	1
Rygeheroin prøvet nogensinde	1	1	1	1	1	1
"Andre" stoffer *	1	1	3	2	2	2

Kilde: MULD-undersøgelserne, 2000 – 2006

* Kategorien "Andre" stoffer dækker GHB, diverse lægemidler m.m.

Knap 30 % af de unge mellem 16 og 20 år opgiver i 2006 at have prøvet at ryge hash nogensinde, og 10 % har prøvet et eller flere andre stoffer. Næst efter hash er amfetamin det hyppigst brugte stof, og brugt af 5 %. Herefter følger kokain og ecstasy, der er prøvet af henholdsvis 4 og 3 %.

Der er blandt de 16-20-årige klare kønsforskelle i brugen af stoffer, idet ca. dobbelt så mange drenge som piger har erfaring med stofferne. Samlet set oplyser i 2006 13 % af drengene og 7 % af pigerne mellem 16 og 20 år at have prøvet et eller flere andre stoffer end hash. Men hensyn til hash alene, oplyser 39 % af drengene og 28 % af pigerne at have prøvet stoffet.

Debutalder

Analysen af det eksperimenterende brug af illegale stoffer bekræfter, at næsten alle, der eksperimenterer med illegale stoffer, starter deres stofbrug, inden de er fyldt 20 år (SUSY 2005).

Udbredelsen af illegale stoffer blandt de helt unge (15 - 16-årige)

Der er løbende foretaget undersøgelser af det eksperimenterende brug af illegale stoffer blandt de helt unge. ESPAD-undersøgelserne, der er gennemført i henholdsvis 1995, 1999, 2003, og 2007 viser en stigning i det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer blandt de 15-16-årige fra 1995 til 1999. Herefter ses en stabilitet i brugen frem til 2007, dog med små men signifikante stigninger i det eksperimenterende brug af hash, ecstasy og kokain fra 2003 og frem.

Som vist i tabel 2.2.2. nedenfor, har aktuelt knap 1/4 af de 15-16-årige prøvet hash nogensinde, og ca. 10 % har prøvet hash inden for sidste måned. Samstemmende med ESPAD-resultaterne vedrørende brugen af hash, bekræfter resultaterne fra HBSC (Skolebørnsundersøgelsen fra 2002) det høje niveau for det eksperimenterende brug af hash blandt de helt unge danske skolebørn. Med hensyn til ecstasy og amfetamin er disse stoffer prøvet af 5 % af de helt unge, mens kokain er prøvet af 3 %. Der er stadig kønsforskelle i det eksperimenterende brug af illegale stoffer blandt de 15 – 16-årige, og generelt har flere drenge end piger prøvet de forskellige stoffer. Kun ecstasy er prøvet af nogenlunde lige mange piger som drenge.

Tabel 2.2.2. De procentvise andele blandt de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999, 2003 og 2007

	ESPAD 1995 (n=2234)	ESPAD 1999 (n=1548)	HBSC 2002 (n=1418)	ESPAD 2003 (n=2519)	ESPAD 2007 (n=881)
Hash prøvet nogensinde	18,0	24,4	23,3	22,6	25,5
Hash sidste måned	6,1	8,1	-	7,6	10,6*
Amfetamin prøvet nogensinde	1,6	4,0	-	4,0	5,0
Kokain prøvet nogensinde	0,3	1,1	-	1,8	3,2*
Heroin (injektion) prøvet nogensinde	0,2	0,1	-	0,7	0,5
Rygeheroin prøvet nogensinde	1,5	1,3	-	1,0	-
Ecstasy prøvet nogensinde	0,5	3,1	2,4	2,5	5,2*
Lsd prøvet nogensinde	0,2	1,0	-	1,1	1,1
Psilocybinsvampe prøvet nogensinde	0,5	1,8	-	1,5	1,1
Snifning prøvet	6,3	7,5	-	8,3	6,1**

Kilder: ESPAD 1995 (1997); ESPAD 1999 (2000); ESPAD 2003 (2004); upublicerede tal fra ESPAD 2007

*Stigningen fra 2003 til 2007 er lille men dog signifikant

**Faldet fra 2003 til 2007 er lille men dog signifikant

I tabel 2.2.2. er vist udviklingen i det eksperimenterende brug af de forskellige stoffer blandt de 15 - 16-årige fra 1995 og til i dag. For enkelte stoffers vedkommende synes procenttallene at være markant stigende fra 2003 til 2007. I fortolkningen af tallene skal man dog huske, at der, bortset for hash, er tale om lave procenttal, og at udsving på få personer kan give anledning til store procentvise ændringer.

Sammenlignet med tidligere år, er der i 2007 tale om en lidt mindre stikprøve. Det skyldes, at der var flere skoler end sædvanligt, der ikke ønskede at deltage. Deltagerprocenten i de deltagende klasser var dog som tidligere år oppe på ca. 90 %.

3 Forebyggelse

Forebyggelse er ét af narkotikapolitikens i alt fire indsatsområder: forebyggelse, behandling, skadesreduktion og udbudskontrol. Hovedmålsætningen for narkotikaforebyggelse er at begrænse tilgangen af nye stofmisbrugere. I regeringens handlingsplan mod narkotikamisbrug "Kampen mod narko" fra 2003 fremhæves det som hovedprincipper for forebyggelsen: at den skal være bredspektret, dvs. omfatte flere indsatsområder, at den skal være helhedsorienteret, dvs. omfatte både alkohol og illegale stoffer, og at den skal være målrettet normer og adfærd.

Hovedansvaret for forebyggelsen har siden kommunalreformens ikrafttrædelse den 1. januar 2007 ligget hos kommunerne. Kommunen er tæt på borgerne i det daglige, og det er her forebyggelsen især kan gøre en forskel. Lokalt er der mulighed for at tilrettelægge både universel, selektiv og indikeret forebyggelse i skoler, kommunale fritidstilbud, i samarbejde med foreninger, restauranter, barer og diskoteker samt i særlige boligmiljøer. Narkotikaforebyggelsen i kommunerne foregår ofte i det tværsektorielle samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi (SSP). Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i foråret 2008 en kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats. Undersøgelsen viser blandt andet, at 57 % af kommunerne har etableret forebyggelsesindsatser i forhold til stofmisbrug. Størstedelen af indsatserne fokuserer på målgrupperne "børn og unge", "borgere generelt" samt "udsatte grupper". Undersøgelsen viser desuden, at skolen er den hyppigst udvalgte arena i forhold til disse indsatser, dernæst ungdomsuddannelser samt fritids- og klubmiljøet.

Sundhedsstyrelsens opgave i forebyggelsen er at støtte det lokale forebyggelsesarbejde gennem udarbejdelse af informationsmaterialer, metodeudviklende projekter (fx projekt "Narkoen ud af byen") og i øvrigt ved at yde rådgivning til andre myndigheder. I forhold til kommunerne er Sundhedsstyrelsens rolle specifikt at bistå med bl.a. overvågning, overordnede retningslinjer, dokumentation og vidensformidling. Sundhedsstyrelsen udarbejder blandt andet en lang række generelle rådgivnings- og vejledningsmaterialer om tilrettelæggelse og gennemførelse af forebyggelsesindsatser i lokalsamfundet, der også er brugbare i forhold til indsatser over for narkotika. Sundhedsstyrelsen har i 2007 udarbejdet en "Guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser" målrettet kommunale planlæggere og andre, som arbejder med forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter i kommunen. Guiden består af 10 dele, som tilsammen udgør de relevante overvejelser, der indgår i en systematisk planlægning. Sundhedsstyrelsen har i 2007 også udarbejdet temahæftet "Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter", der sætter fokus på vigtigheden af at evaluere forebyggelsesindsatser og projekter og kommer med forslag til, hvordan evalueringsarbejdet kan gribes an. Herudover har Sundhedsstyrelsen i 2007 offentliggjort rapporten "Evidens i forebyggelsen", der redegør for evidensbegrebet og dets anvendelse på forebyggelsesområdet, herunder vigtigheden af at anvende en evidensbaseret tilgang i planlægningen af forebyggelsesindsatser i kommuner og regioner.

3.1 Universel forebyggelse - indsatser i lokalsamfundet

Sundhedsfremmende initiativer for unge uden for uddannelsessystemet
Satspuljen "Sundhedsfremme for unge uden for uddannelsessystemet" støtter 13 kommunale projekter, som fra 2008 til 2011 skal afprøve og udvikle måder at

arbejde med sundhed blandt unge uden for uddannelsessystemet på. Formålet er at tilknytte og fastholde de unge i uddannelsessystemet eller på arbejdsmarkedet. Projekterne skal skaffe ny viden om metoder til at forbedre sundheden blandt unge uden for uddannelsessystemet på – herunder opkvalificere personalet, der har den daglige kontakt med de unge. Projekterne fokuserer på flere forskellige livsstilsfaktorer, fx trivsel, kost, motion, rygning, alkohol, sex, stoffer, søvn. Størstedelen af projekterne har fokus på rusmidler som én af flere risikofaktorer, og projektet i Odense Kommune har rusmidler som projektets overordnede forebyggelsestema. Projekterne påbegyndes fra midten af 2008, og der foreligger derfor endnu ingen resultater fra projekterne.

Socialt udsatte borgers sundhed

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i 2007 undersøgelsen ”Socialt udsatte borgers sundhed - barrierer, motivation og muligheder”. Undersøgelsen baserer sig på kvalitative data med 63 borgere fra én af følgende tre grupper: førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere samt arbejdsløse faglærte og ufaglærte. Undersøgelsen omhandler de tre gruppers oplevelser af muligheder og begrænsninger i forhold til at leve sundt som fx det at stoppe misbrug af rusmidler. Formålet med undersøgelsen er at inspirere modelkommunerne i satspuljen ”Lighed i Sundhed” i arbejdet med at fremme sundheden blandt socialt udsatte borgere og give gode råd til, hvordan dette arbejde kan tilrettelægges, samt hvilke elementer indsatserne bør/ikke bør indeholde. Undersøgelsen peger på, at man gennem tilbud og rammer kan bidrage til at fremme sundheden hos socialt udsatte, herunder stofmisbrugere. Rådene er blandt andet, at det er vigtigt at gå frem med små skridt, tænke det sociale element ind, undgå tvang og formynderi, tænke over hvordan man kan give målgruppen ”noget at stå op til”, undgå stigmatisering samt bygge tilbuddene på borgernes egne ressourcer.

Projekt Stoffrit Område

Den lokale fodboldklub i Bramming har valgt at indlede et samarbejde med SSP vedr. en indsats over for stoffer. Fodboldspillerne har blandt andet fået designet fodboldtrøjer, hvorpå der står ”Jeg er stoffri – er du?” og har underskrevet en erklæring om tydeligt at tage afstand fra stoffer og fastholde hinanden på den beslutning. Desuden er der lavet bannere til at hænge op. Målet er at flere foreninger vil gå med i samarbejdet og på sigt gøre indsatsen til et fælleskommunalt SSP projekt i både Esbjerg og Ribe Kommune.

Kampen mod narko ”Narkoen ud af byen”

Modelkommuneprojektet ”Narkoen ud af byen” var en opfølgning på regeringens handlingsplan ”Kampen mod narko” fra 2003. Projektet omfattede 14 udvalgte modelkommuner og blev gennemført i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og de udvalgte kommuner i perioden 2004-2007. Projektet blev afsluttet den 30. april 2007. Projektet havde til formål:

- At nedsætte tilgængeligheden af stoffer
- At nedbringe antallet af unge, som bruger stoffer, og de skadevirkninger, som knytter sig til brugen som fx forgiftninger, stofudløste psykoser og vold
- At skabe et systematisk samarbejde mellem relevante aktører på unge- og rusmiddelområdet i modelkommunerne og via dette arbejde etablere en målrettet, koordineret og tværfaglig indsats

Modelkommunerne har arbejdet med alkohol- og narkotikaforebyggende indsatser i grundskolen, ungdomsuddannelser, fritids- og foreningslivet, festmiljøer, særlige boligmiljøer og individrettede indsatser fx børn i misbrugsfamilier og unge hash-misbrugere.

Kommunernes indsats har så vidt muligt været baseret på viden om metoder, der virker. For at understøtte modelkommunerne i dette udarbejdede Sundhedsstyrelsen i juni 2005 en vejledning til kommunerne ”Vejledning til modelkommunerne i Narkoen ud af byen”, som peger på centrale principper i arbejdet med narkotikaforebyggelse og beskriver de miljøer, hvor narkotikaforebyggelsen bør finde sted. I pjecen ”Forebyggelse i festmiljøer – om alkohol og stoffer” fra februar 2006, er det uddybet, hvordan forebyggelsesarbejdet kan planlægges og implementeres i festmiljøet.

Sundhedsstyrelsen har afsluttet projektet i april 2007. Projektets samlede erfaringer dokumenteres i evalueringsrapporten ”Narkoen ud af byen – evaluering af 14 modelkommuneprojekter” og i publikationen ”Rusmiddelforebyggelse i praksis – eksempler fra 14 kommuners arbejde med Narkoen ud af byen”, der omhandler ”best practise” i modelkommunerne.

Vejledningen til kommunerne i Narkoen ud af byen samt publikationen ”Rusmiddelforebyggelse i praksis”, der knytter sig til vejledningen, udgør tilsammen statens udmelding på, hvilke principper man skal arbejde videre på inden for narkotikaforebyggelsen.

3.2 Universel forebyggelse – skoleområdet

Grundskolen er det vigtigste indsatsområde for den universelle forebyggelse, idet den giver mulighed for kontakt med stort set alle børn og unge samt deres forældre. Grundskolen har en generel forpligtelse til forebyggelse og sundhedsundervisning i det obligatoriske emne ”Sundheds- og seksualundervisning samt familiekundskab”. Undervisning om alkohol og stoffer kan indgå i denne undervisning, men det er op til den enkelte skole og klasselærer at vurdere, om og hvordan narkotika skal tages op i undervisningen eller på forældremøder. Der er således ikke faste retningslinjer for narkotikaundervisningens form, indhold og omfang. Oftest ligger undervisningen i dette emne på 6.–9. klassetrin og den enkelte klasselærer tilrettelægger selv sin undervisning. SSP-organisationen har i stadig flere kommuner udarbejdet lokale læseplaner i rusmiddelforebyggelse, hvori indgår narkotikaforebyggelse.

Sundhedsstyrelsen har i ”Vejledning for modelkommunerne i Narkoen ud af byen” formuleret en række forskningsbaserede principper, som skolens narkotikaforebyggende indsats bør tilrettelægges efter. Det anbefales blandt andet, at skolerne udarbejder en samlet rusmiddelpolitik, at de indgår et samarbejde med forældrene om at udskyde alkoholdebuten og undgå eksperimenter med stoffer, og at skolerne giver undervisning efter evidensbaserede principper.

Undervisningsmaterialet ”Tackling, selvværd, sundhed og samvær”

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med forlaget Alinea udviklet og afprøvet en dansk version af det amerikanske, forskningsbaserede undervisningsmateriale ”Life Skills Training” – på dansk ”Tackling”. Den danske version af materialet er tilpasset danske forhold.

Formålet med undervisningsmaterialet er at styrke de unges selvværd, sociale kompetencer og positiv sundhedsadfærd mht. tobak, alkohol og narkotika. Målsætningen er at hæve den eventuelle debutalder og at forebygge problebrug. Det pædagogiske grundprincip i materialet er en høj grad af elevaktivitet, en af de centrale forudsætninger for effekt. Materialet lægger op til undervisning både på 7. klassetrin (ca. 25 timer), 8. klassetrin (ca. 20 timer) og 9. klassetrin (ca. 10 timer). Undervisningen varetages af læreren uden eksterne eksperter eller gæstelærere. Materialet består af tre dele, der hver især omfatter en lærervejledning og et elevhæfte.

Statens Institut for Folkesundhed har stået for evalueringen af materialet. Evalueringen omfatter både en effektmåling, hvor Tackling-undervisningens effekt på elevernes sundhedsadfærd vurderes og en procesevaluering af materialets anvendelighed i skolen. Evalueringen af Tackling er det første landsdækkende interventionsstudie af et sundhedsfremmende undervisningsmateriale til teenagere. Evalueringen bygger på data fra skoler, der er delt op i henholdsvis en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Der er samlet data ind i perioden efterår 2004 - forår 2007. Evalueringsrapporten "Evaluering af undervisningsmaterialet Tackling" blev publiceret i 2008.

Effektevalueringen viser en generel tendens til, at flere elever i interventionsgruppen end i kontrolgruppen har en sundere adfærd i retning af et mindre forbrug af alkohol, tobak, hash og færre mobbere. Forskellene er imidlertid ikke så store, at de er statistisk signifikante. Men det, at alle målte forskelle går i retning af en sundere adfærd i interventionsgruppen, taler for, at den positive effekt af Tackling er reel nok, trods den statistiske usikkerhed. Der ses en forskel i effekten mellem piger og drenge. Blandt pigerne ses den største effekt i forhold til mobning, alkoholforbrug den seneste uge og den seneste måned samt daglig rygning. For drengene ses den største effekt af materialet i forhold til sammenhængen med at drikke over fem genstande ("sidst de drak alkohol"), prøvet hash og prøvet at være fuld. Evalueringen viser desuden, at den største effekt forekommer blandt de klasser, der er blevet undervist i mere end første del af materialet.

Procesevalueringen viser, at elevernes syn på Tackling er meget forskelligt, men hovedparten af eleverne er glade for emnerne i Tackling, og de giver udtryk for, at det er interessant, fordi det handler om dem selv og fokuserer på ungdomsemner, der berører deres hverdag, hvilket skærper deres interesse. Eleverne mener generelt, at koncentrationsniveauet har været højere end ved normal undervisning og flere mener, at Tackling har skabt åbenhed og et frirum til at tale om problemer. Interessen for Tackling er størst i 7. og 8. klasse, mens materialet bliver vurderet som ensformigt i 9. klasse. I forhold til lærerne viser evalueringen en stor variation i lærernes mening om Tackling. De fleste mener dog, at indholdet er relevant og spændende, og flere end normalt af de svage og stille elever er engagerede i undervisningen. Der er forskellige vurderinger af, hvordan Tacklings niveau passer til målgruppen, idet det i høj grad afhænger af den enkelte klasses modenhed og erfaringer med fester og lignende.

På baggrund af evalueringen udgives Tackling i revideret udgave, hvor der er taget højde for de væsentligste kritikpunkter og forbedringsforslag, der er rejst undervejs af lærere og elever fra interventionsgruppen.

Ungdomsuddannelserne

Der er kommet et stigende fokus på rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelserne de senere år og flere steder arbejdes der fx med implementering af rusmiddelpolitikker og rådgivning af unge på gymnasier, handelsskoler, tekniske skoler og produktionsskoler. Nogle af indsatserne er baseret på erfaringer fra det metodeudviklende projekt, som Sundhedsstyrelsen samt Århus og Nordjyllands amter gennemførte i 2000 – 2003 ("Udviklingsprojekt om ecstasy-forebyggelse") og på Dansk Institut for Gymnasiepædagogik's undersøgelse: "Festkultur og rusmidler i gymnasieskolen" 2004. Hovedprincipper for denne indsats er beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Vejledning til modelkommunerne i Narkoen ud af Byen" 2005.

Der eksisterer ikke noget samlet overblik over indsatserne, men nogle eksempler kan nævnes:

Københavns Kommune har iværksat projektet "Rusmiddelguiderne", hvor unge studerende uddannes til rusmiddelguider og tager ud på folkeskoler, tekniske skoler, produktionsskoler, handelsskoler og gymnasier og tilbyder gratis undervisning om rusmidler. Projektets indsats på folkeskoler er evalueret i februar 2007 ("Evaluering af Rusmiddelkorpset – ung til yngre"). Evalueringen viser, at 78 % af kommunens skoler har haft besøg af guiderne, og størstedelen af eleverne mener, at indsatsen har givet dem ny viden og medført, at de fx er blevet mere bevidste om gruppepres. Københavns Kommune tilbyder endvidere et vejledningsforløb baseret på "Du bestemmer" metoden til elever på ungdomsuddannelser, hvor formålet er at styrke elevernes selvværd, trivsel og indflydelse på eget liv.

Holstebro Kommune har etableret et mobilt team bestående af to forebyggelseskonsulenter, der tager ud på handelsskoler, tekniske skoler, gymnasier mv. Konsulenterne stiller sig til rådighed for såvel uforpligtende samtaler om hverdagsituationer og kriser, men også i forhold til afklarende samtaler med henblik på tidlig indsats. Det mobile team har yderligere ugentlig kontakt med lærere og ledelse, hvilket giver mulighed for rådgivning og sparring. Projektet vil blive evalueret internt primo 2009.

Varde Kommune har i samarbejde med Varde Handelsskole og misbrugskonsulenter fra Varde og Esbjerg Kommuner udarbejdet projektet "Time Out". Projektet omfatter et åbent tilbud om samtale, råd og vejledning hos en socialrådgiver, der ikke stiller krav, men lægger ører og skuldre til, når hverdagen bliver for tung for eleverne. I juni 2008 havde 25 elever benyttet sig af tilbuddet siden dets start i august 2007.

3.3 Selektiv og indikeret forebyggelse

Den forebyggende indsats i festmiljøet er intensiveret gennem et tættere samarbejde mellem aktørerne på området (kommuner, politi og restauratører). Kommunernes bevillingsnævn anvender i stigende omfang restaurationsplaner som redskab til forebyggelse i festmiljøet, også i samarbejde med restauratørernes brancheorganisationer. Der er i flere kommuner tilbudt kurser for restauratører og ansatte i festmiljøet, og samarbejdet mellem aktørerne fremmer fælles holdninger til at begrænse brug og salg af narkotika. "Narkoen ud af byen" har yderligere fremmet denne indsats.

Festivaldanmark Against Drugs

Sundhedsstyrelsen samarbejder fortsat med 14 festivaler tilknyttet brancheorganisationen Festivaldanmark (www.festivaldanmark.dk) om en narkotikaforebyggende kampagne på festivalpladserne, ”Against Drugs”-kampagnen. Den primære målgruppe for indsatsen er unge festivaldeltagere og særligt de 16-24-årige.

Festivalerne har gode erfaringer med at bruge materialet, som består af trykte og elektroniske budskaber i form af foldere, go-cards, busreklamer, storskærmsspot, badges, plakater, t-shirts, bannere på mobile hegn, festivalradio, ringetone til mobil mm. Festivalerne har statements i deres programmer og signalerer en fælles holdning mod stoffer. De enkelte festivaler udtrykker tilfredshed med, at det er Sundhedsstyrelsen og Festivaldanmark, der står som afsendere på kampagnen, da det øger gennemslagskraften. Se <http://www.festivaldanmark.dk/fad.asp?page=283>.

Informationsindsatsen er et supplement til forskellige støtte- og kontroltiltag, som festivalerne har etableret med politi og frivillige medarbejdere.

På Roskilde Festival, som er langt den største af festivalerne, evalueres kampagnen bl.a. gennem publikumsundersøgelser. I 2007 viste undersøgelsen blandt Roskilde Festivalens publikum, at mere end 84 % havde set kampagnen, mens 26 % havde diskuteret budskaberne med deres venner, og 83 % af publikum syntes godt om, at festivalen markerer sig mod stoffer (Sundhedsstyrelsen 2008)⁵.

Roskilde Festivalen har udover informationskampagnen også et tilbud om en ungdomsrådgivning ”Are you experienced”, som især retter sig til den del af publikum, der trods alt alligevel bruger stoffer. Formålet er skadesreducerende og rådgivende. Rådgivningen forestås af ”Bagmændene”, der bl.a. består af unge, der selv har tidligere erfaringer med stoffer. Socialministeriet har givet økonomisk støtte til denne del af indsatsen. De unge tilbyder vand, frugt, kondomer, afslapning og en snak, der også kan være information om stoffer.

SMS - rådgivning

Forebyggelsesindsatsen udvikler løbende sit kommunikative udtryk for at opnå målgruppens lydhørhed, og i 2006 startede det sms-baserede forebyggelsesinitiativ SMASH (SMS+HASH) startet i et regionalt samarbejde mellem det gamle Vestsjællands Amt og Frederiksberg Kommune. SMASH er nu udviklet som et anonymt støtte- og rådgivningsprojekt for unge hashbrugere med det formål at være skadesreducerende, oplysende og støttende i forhold til ophør med hashrygning. SMASH drives af Misbrugscentret i Slagelse og Frederiksberg Kommune. Herudover er Vejle, Esbjerg, København og Skanderborg Kommune med i projektet og bidrager til finansieringen. Projektet støttes desuden finansielt af en privat fond (Trygfonden).

Der er oprettet en hjemmeside (www.smash.name), hvor man kan finde oplysninger om hash, abstinenssymptomer, behandling og læse historier fra andre brugere. Projektet er primært baseret på, at man kan abonnere på 2 sms pakker. Én pakke (hashfacts), der primært giver faktaoplysninger om hash, og én pakke, der forsøger at motivere og støtte unge, der gerne vil nedtrappe deres forbrug. Derudover kan de unge få personlig coaching til ophør eller reduktion af hashforbruget via sms-

⁵ Data til publikumsundersøgelsen er i 2007 indsamlet i ”opvarmningsperioden” før festivalprogrammets afvikling og kan derfor ikke direkte sammenlignes med resultaterne fra tidligere år, der har ligget noget højere.

beskeder. Tilbuddet er gratis for de unge, der bruger det. Projektet er blevet eksternt evalueret via Syddansk Universitet i januar 2007 (Laursen 2007). Evalueringen viser, at brugerne tager godt imod sms-beskederne. Beskederne modtages med mere opmærksomhed end massehenvendelser fra fx tv og opfattes som diskrete og personlige. Beskederne har desuden en funktion i forhold til påbegyndelse, fastholdelse og videreudvikling af en forandringsproces.

Indsatsen forventes udbygget i foråret 2009 med rådgivning og støtte vedr. ”hurtigere” stoffer som fx amfetamin, ecstasy og kokain. Samtidig vil hjemmesiden blive lanceret med nyt design og indhold.

4 Stofmisbrug

Det aktuelle skøn over antal stofmisbrugere i Danmark er fra 2005 (gennemført i 2006). Antallet af stofmisbrugere i Danmark skønnes at være 27.000. Herunder skønnes ca. 7.300 af disse alene at være hashmisbrugere. Sammenlignelige skøn fra 2001 og 2003 viser, at der er tale om en stabilitet i det skønnede antal stofmisbrugere i Danmark i perioden. Skønnet er gennemført med hjælp af en capture-recapture metode og er udarbejdet efter retningslinjer fra det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, EMCDDA. Beregningerne følger dermed den europæiske standard for gennemførelse af sådanne. Et nyt skøn over antal stofmisbrugere i Danmark forventes først at kunne gennemføres i 2009. Som det vil fremgå af foreliggende kapitel, er der sket ændringer i indberetningen til Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere indskrevet i behandling, hvilket har gjort data fra 2007 mangelfulde. Indskrivningsregisteret er en væsentlig kilde til at beregne antal stofmisbrugere i Danmark, og der vil som følge af disse mangler derfor ikke kunne gives et kvalificeret skøn baseret på 2007 tal.

Antallet af stofmisbrugere i behandling har været støt stigende siden Sundhedsstyrelsen for første gang i 1996 begyndte at registrere stofmisbrugere indskrevet i behandling. Fra 1996 til 2006 blev antallet af personer i behandling cirka tredoblet. Årsagen til stigningen formodes i hovedtræk at skyldes behandlingsgarantiens indførelse samt en øget behandlingsskapacitet. Nedgangen i antal stofmisbrugere i behandling fra 2006 til 2007 skyldes ændringer i registerpraksis. Dels er 2007 dataene påvirket af overgangen til den nye SEI-registrering, som ændrer ind- og udskrivningsprocedurer, dels er de påvirket af, at kommunerne overtog ansvaret for registreringen fra amterne ved årsskiftet 2006/2007, hvilket har gjort indberetningen mangelfuld ved overgangen.

Foreliggende kapitel vil vise, at der er tale om en nedgang i antal stofmisbrugere i behandling fra 2006 til 2007, som altså alt andet lige må formodes at skyldes overgangen. Der er derimod *ikke* tale om et fald fra 2006 til 2007 i antal nye i behandling, og som ikke tidligere har været indskrevet i behandling. Disse indskrivninger har ikke været omfattet af overgangen, og formentlig derfor kan dataene betragtes som mere valide.

I alt 11.487 personer er i 2007 indskrevet i behandling. Af disse er 4.661 personer indskrevet i behandling i 2007, heraf er 1515 personer ”nye” som ikke tidligere har været i behandling. Sammenlignet med tidligere år fortsætter den tendens, at andelen af nye i behandling med opioider som hovedstof har været faldende, mens andelen med hash og centralstimulerende stoffer som hovedstof omvendt er steget igennem årene.

4.1 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark

Det aktuelle skøn over antal stofmisbrugere i Danmark er som nævnt indledningsvis fra 2005⁶. At foretage et skøn over antallet af stofmisbrugere er forbundet med stor usikkerhed. Dels er skønnet afhængig af definitionen af en stofmisbruger, dels er det afhængig af, hvilke metoder og hvilket datamateriale skønnet baseres på.

⁶ En særlig publikation vedrørende skønnet er udarbejdet i ”Nye tal fra Sundhedsstyrelsen”. November 2006.

Som i tidligere år er skønnet fra 2005 foretaget ved hjælp af en capture-recapture model⁷. Skønnet er foretaget på baggrund af Landspatientregistret (LPR) og det Landsdækkende register over stofmisbrugere, der modtager eller har modtaget behandling (SIB). Fremgangsmåden har været at undersøge, hvor mange personer, der er registreret i LPR med en narkotikarelateret diagnose⁸. Herefter er undersøgt, hvor mange af disse, der også fandtes i SIB.

Skønnene over antallet af stofmisbrugere fra 1996 til 2005 fremgår af tabel 4.1.1. Da beregninger af skønnene gennem årene baserer sig på ”levende” registre, er der i forbindelse med udarbejdelsen af skønnet i 2005 samtidig reguleret i skønnene fra 1996 til 2003.

Skønnet omfatter ikke det eksperimenterende stofbrug, men estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Egentligt stofafhængige er således medtaget i estimatet, herunder også stabiliserede stofafhængige (fx metadonbehandlede). Såvel hashmisbrugere som misbrugere af centralstimulerende stoffer, opioider m.fl. er medtaget i skønnet.

Tabel 4.1.1. Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark 1996-2005

	1996	1998	2001	2003	2005
Skøn over stofmisbrugere i DK	20.331	24.431	25.410	26.358	26.979
95 % konfidensinterval	ffl 1.602	ffl 1.943	ffl 1.781	ffl 1.585	ffl 1.589

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2006

Tager man højde for den statistiske usikkerhed, der er på estimerne, må det skønnede antal af stofmisbrugere anses at være uændret i perioden fra 2001 til 2005. Den statistiske usikkerhed i skønnene i alle år er beregnet som 95 % konfidensinterval. I 2005 betyder dette, at det beregnede antal stofmisbrugere er 26.979 +/- 1.589 personer. Antal stofmisbrugere i 2005 skønnes dermed at være 27.000. Heraf skønnes 7.300 af disse alene at være hashmisbrugere.

I de senere år har ”populationen” af stofmisbrugere i behandling, som blandt andet skønnet er beregnet ud fra, forandret sig (behandlingspopulationen beskrives i næste afsnit). Der ses både en reel og proportionel nedgang i de stofmisbrugere, der søger behandling for misbrug af opioider/heroin, samtidig med at flere og flere søger behandling for misbrug af hash og de centralstimulerende stoffer. Denne forskydning ses især blandt de ”nye” i stofmisbrugsbehandlingen. Denne forskydning må formodes at afspejle hele stofmisbrugspopulationen, hvor flere i dag end tidligere er afhængige af hash og de centralstimulerende stoffer mens færre er afhængige af opioider/heroin.

4.2 Stofmisbrugere i behandling

Som nævnt indledningsvis er der mellem registerårene 2006/2007 sket ændringer,

⁷ Metoden er anbefalet af det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA) med henblik på at sikre muligheden for sammenligninger på tværs af lande.

⁸ Her er anvendt udtrækskoderne F11.1, F11.2, F11.9, F12.1, F12.2, F12.9, F14.1, F14.2, F14.9, F15.1, F15.2, F15.9, F19.1, F19.2, F19.9.

der gør nedenstående 2007-opgørelse mangelfuld. Dels er 2007-dataene påvirket af overgangen til den nye SEI-registrering, som ændrer ind- og udskrivningsprocedurer, dels er 2007-data påvirket af manglende indberetninger, da kommunerne overtog ansvaret for registreringen fra amterne 1.1.2007. Sundhedsstyrelsen har alligevel ønsket at præsentere 2007-data, men gør opmærksom på, at der er tale om et ”overgangsår”, og at resultaterne fra opgørelserne hermed må tages med forbehold.

På baggrund af oplysninger fra ”Register over stofmisbrugere i behandling” kan de personer, der søger hjælp for deres stofmisbrug, samt deres situation beskrives. I registret registreres alle former for behandlingsomfang dvs. både ambulant- og døgnbehandling samt, hvilken behandlingstype (metadon, stoffri etc.) klienten modtager. I tabel 4.2.1 vises nogle udvalgte karakteristika ved de klienter, der blev indskrevet i 2007.

Tabel 4.2.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2007

Antal klienter indskrevet i behandling i 2007	4661
Andel ikke behandlet tidligere (%)	33
Andel af mænd/kvinder (%)	78/22
Gennemsnitsalder mænd/kvinder (%)	32/32
Opioider som hovedstof (%)*	44
Hash som hovedstof (%)*	33
Centralstimulerende stoffer som hovedstof (%)*	17
Injektion hos tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	38**
Injektion hos ikke tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	23**
Lønindtægt (%)	17
Dagpenge (%)	2
Kontanthjælp (%)	47
Førtidspension (%)	13
Anden indtægt samt uoplyst (%)	11
Andel med selvstændig bolig (%)	56
Andel enlige mænd/kvinder (%)	78/71
Antal børn i hjemmet under 18 år	1217
Antal børn uden for hjemmet under 18 år	547
Udenlandsk statsborgerskab (%)	7,1

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

*Procent af dem, der opgiver et hovedstof

** Der sker en stigning i 2007 fra tidligere år i andelen, som har benyttet injektion – både blandt tidligere behandlede og ikke tidligere behandlede. Dette sker samtidig med et fald i kategorien ”uoplyst risikoadfærd” fra 13 % til 10% blandt de tidligere behandlede og et fald fra 11% til 4% blandt de ikke tidligere behandlede. Der kan således være tale om en forbedret registrering efter ændringer i register-proceduren.

I 2007 blev der på landsplan indskrevet 4.661 personer i behandling. Som beskrevet indledningsvis er der tale om ændrede registerprocedurer, hvilket har betydet et fald i indskrivningerne i 2007. I 2006 blev 5.426 personer indskrevet i behandling. Det samlede antal stofmisbrugere, der har været i behandling i løbet af 2007, er 11.487. Også her har ændrede registerprocedurer medført et fald i antallet af stofmisbrugere i behandling fra 2007 til 2006. I 2006 var der 13.441 personer i behandling.

33 % af de indskrevne i 2007 havde ikke tidligere været i behandling for stofmisbrug. Dette er en stigning fra 24 % i 2006. Omfanget af stigningen er formentlig også her påvirket af omlægninger i indberetningssystemet, om end en del af stigningen formentlig er reel. En særlig opgørelse og beskrivelse af de ”nye” i behandling, vil blive behandlet særskilt senere i kapitlet.

Misbrugets art

Heroin og andre opioider er stadig de hyppigst anvendte stoffer blandt klienterne i behandling, men især hash anvendes i dag af mange, som søger behandling. Langt de fleste stofmisbrugere, der søger behandling, bruger flere stoffer. 49 % opgiver i 2007 at have brugt mere end ét stof før indskrivningen, hvilket betyder, at tæt på halvdelen af de indskrevne har et blandingsmisbrug, inden de kommer i behandling.

De centralstimulerende stoffer, der er i fokus i unges eksperimenterende brug af stoffer, optræder i ringe omfang som hovedstof for misbrugere, der er indskrevet i behandling i 2007. Kun 9 % opgiver amfetamin, 7 % opgiver kokain og 1 % opgiver ecstasy⁹ som hovedstof¹⁰. Disse stoffer bliver således hovedsageligt brugt som supplement. Hash var hovedstof for 33 % af de indskrevne, men det er et meget udbredt sidestof. 26 % af de indskrevne i 2007 angiver at have hash som sidestof.

Alder og kønsfordeling

I 2007 var der 78 % mænd og 22 % kvinder blandt stofmisbrugere i behandling, hvilket stort set svarer til kønsfordelingen i de tidligere år. Gennemsnitsalderen ved indskrivningen var i 2006 hhv. 32 år for både mænd og kvinder.

Sociale baggrundsvARIABLE

Oplysningerne om sociale baggrundsvARIABLE tegner billedet af en marginaliseret gruppe med hensyn til tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelse, boligsituation og socialt samliv.

En stor del af klienterne er på overførselsindkomster, kun 17 % er beskæftigede, hvilket dog er en stigning fra tidligere år. Næsten halvdelen er på enten dagpenge eller kontanthjælp. Samlet har 23 % en færdiggjort uddannelse ud over folkeskolen, og 10 % har forladt folkeskolen før afgangseksamen i 9. klasse. Det lave uddannelsesniveau skal ses i lyset af, at de fleste debuterer som stofmisbrugere i en ret ung alder. Også bolig-mæssigt er stofmisbrugerne dårligt stillede. Kun 56 % har selvstændig bolig – hele 4 % er egentlig boligløse. Familiemæssigt levede en meget stor andel af såvel mandlige som kvindelige stofmisbrugere som enlige, hvilket er usædvanligt, da flertallet i gruppen er yngre voksne.

I alt 1217 børn boede sammen med en misbruger indskrevet i behandling i 2007, mens 647 børn under 18 år var anbragt uden for hjemmet. Mht. antal børn af stofmisbrugere i behandling – hjemmeboende som anbragte børn - er disse væsentligt flere i 2007 sammenlignet med i 2006. Årsagen til stigningen kan formentlig i hovedtræk skyldes integration af klientadministrative systemer. Stofmisbrugere i behandling er efter kommunalreformen nu også et kommunalt anliggende, ligesom etc. klientens overførselsindkomster og familieforhold. Disse nye integrerede

⁹ Her opgjort som MDMA eller lignende.

¹⁰ Procenterne er udregnet på basis af den del af behandlingspopulationen, som har angivet et hovedstof.

administrative klientprocedurer har forbedret registreringen mht. børnene og kan formentlig altså i hovedtræk forklare stigningen.

Udenlandske statsborgere

En mindre del af stofmisbrugere i behandling er udenlandske statsborgere, i alt godt 7 %. Andelen af klienter i behandling med fremmed nationalitet svarer nogenlunde til andelen med fremmed nationalitet i befolkningen som helhed.

Nytilkomne i behandling

Register over stofmisbrugere i behandling giver informationer om, hvorvidt klienterne tidligere har været indskrevet i behandling eller ej. Informationer om de nyindskrevne er særligt interessante, da denne gruppe afspejler den seneste udvikling mht., hvilke stoffer der bruges hvor, hvilke indtagelsesmåder, der dominerer i hvilke aldersgrupper etc. Med andre ord kan man følge nye tendenser over tid mht. misbruget og rekrutteringen hertil. Nedenfor i tabel 4.2.2 findes oplysninger om de nytilkomne.

Tabel 4.2.2. Klienter indskrevet i behandling i året, og som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Klienter der ikke er behandlet tidligere	1364	1745	1696	1578	1329	1515
ud af	4310	5134	5212	5228	5426	4661
	(32 %)	(34 %)	(33 %)	(30 %)	(24 %)	(33 %)
M/K (%)	78/22	76/24	77/23	75/25	76/22	78/22
Gennemsnitsalder M/K	28/29	28/28	27/28	27/28	27/27	28/28
Opioider som hovedstof (%)*	35	28	24	19	15	17
Hash som hovedstof (%)*	39	44	47	46	50	52
Centralstimulerende stof som hovedstof (%)*	15	18	23	20	27	26
Injektion hos heroinmisbrugere (%)	23	25	21	19	18	23**

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling i 2002-2007

*Procent af dem, der opgiver hovedstof

**Der sker en stigning fra 2006 til 2007 i andelen af nye i behandling, som har injiceret. Dette sker samtidigt med et fald i kategorien "uoplyst risikoadfærd" fra 11 % til 4 %. Der kan således være tale om en forbedret registrering efter indførelse af ny registerprocedure.

Som det fremgår af tabel 4.2.2, havde 33 % af de indskrevne klienter i 2007 ikke været i behandling tidligere. Ikke overraskende var gennemsnitsalderen væsentligt lavere blandt de nye end gennemsnitsalderen i behandlingspopulationen som helhed. I 2007 var kønsfordelingen blandt nye og gamle i behandling den samme.

Hovedstof og indtagelsesmåde

Der er en væsentlig større andel blandt de nytilkomne, der opgiver hash som hovedstof, sammenlignet med de, der har været i behandling tidligere. Andelen, der opgiver hash som hovedstof blandt de nytilkomne er 52 % i 2007.

Blandt de 1.403 nytilkomne med oplyst hovedstof har kun 17 % opioider som hovedstof og 26 % opgiver at have et centralstimulerende hovedstof (i dette tilfælde amfetamin, kokain eller ecstasy), hvilket er næsten det samme som i 2006 og en større andel end blandt behandlingspopulationen som helhed.

Hvad angår indtagelsesmåden for heroin blandt de to "klientgrupper", er der også

forskel, da 23 % af de ikke tidligere behandlede oplyser at injicere stoffet, mens 38 % af de tidligere behandlede har injiceret heroin i 2007. Forskellen på indtagelsesmåden mellem de to klientgrupper kan skyldes en ”kortere misbrugskarriere”, og at nytilkomne misbrugere af opioider for en dels vedkommende bruger rygeheroin.

Unge i stofmisbrugsbehandling

De unge stofmisbrugere udgør en stadig stigende andel af samtlige stofmisbrugere i behandling. Nedenfor ses opdateret tabel i forlængelse af en særlig analyse, som Sundhedsstyrelsen foretog i foråret 2005, baseret på udtræk af Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (Sundhedsstyrelsen 2005).

Fra 2003 til 2006 stiger antallet af unge mellem 18 og 29 år i behandling med 5,4 % fra 4.466 til 4.706. Fra 2006 til 2007 sker et fald, hvilket formentlig skyldes de ændrede registerprocedurer. I 2007 er 3.547 af klienterne i behandling mellem 18 og 29 år. Forholder man ungepopulationen i stofmisbrugsbehandling til det samlede antal danske unge i samme aldersgruppe, svarer 3.547 til, at 5 ud af 1000 unge mellem 18 og 29 år er i behandling i 2007, hvilket er nogenlunde det samme som i 2006.

Som det ses af tabel 4.2.3., er ungepopulationen karakteriseret ved i stigende grad at have hash og andre centralstimulerende stoffer som hovedproblem for deres misbrug. Både i 2003 og 2007 var der flere unge, der søgte behandling for deres hashmisbrug end for et heroinmisbrug. Det samlede antal unge under 30 år, der søger behandling for deres heroinmisbrug, er faldet gennem hele undersøgelsesperioden fra 746 personer i 1997, 493 i 2003 og 274 i 2007.

Tabel 4.2.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2007 med kendt hovedstof (i procent)

	2003		2007	
	18 - 24-årige	Alle i behandling	18 - 24-årige	Alle i behandling
Hash	46,0	25,6	56,8	33,2
Heroin	15,3	30,2	8,4	21,1
Amfetamin	12,7	5,8	16,2	9,1
Kokain	5,8	4,4	8,1	6,8
Ecstasy	4,0	1,2	2,8	0,9
Andre opioider	4,8	20,1	2,2	22,7
Benzodiazepiner	1,7	2,1	1,6	2,1
LSD	0,0	0,0	0,0	0,1
Andet	9,8	10,5	3,8	4,0

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

Denne udvikling er særlig tydelig for de 18-24-årige, jf. ovenstående tabel.

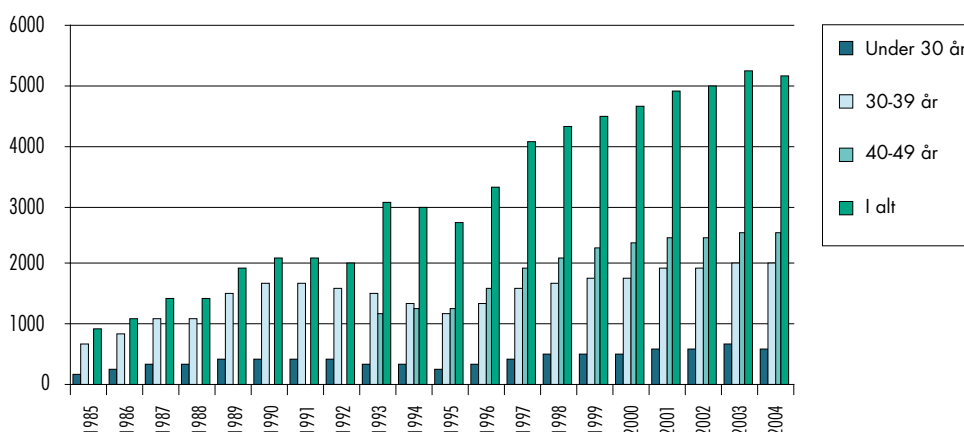
4.3 Substitutionsbehandling

Sundhedsstyrelsen har i perioden 1985 til 2004 opgjort antallet af personer i længerevarende metadonbehandling, dvs. længere end 5 mdr. I figur 4.3.1 ses udviklingen i antallet af stofmisbrugere under 50 år i substitutionsbehandling med metadon i december hvert år i perioden 1985 til 2004. I denne opgørelse er ikke medtaget personer i længerevarende metadonbehandling, der er indsatte i Kriminalforsorgens institutioner, samt personer uden CPRnummer.

På baggrund af ordinationsregisterets opgørelse, oplysninger om antal personer i metadonbehandling indsat i Kriminalforsorgen samt antal personer i behandling uden CPR nummer, var i alt 5.700 personer i substitutionsbehandling med metadon i 2004.

Som figur 4.3.1. viser, sker der en stigning i antal personer i længerevarende substitutionsbehandling, efter at amterne overtog ansvaret for ordination, udlevering og kontrol med metadon pr. 1. januar 1996. I årene 1993 til 1995 lå antallet stabilt på ca. 3000 om året. Siden er antallet af personer i længerevarende substitutionsbehandling steget fra 3.276 i 1996 til 5.129 i 2004.

Figur 4.3.1 Personer i længerevarende metadonbehandling (mere end 5 måneder) 1985-2004



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Foruden metadon anvendes også buprenorfin som substitutionsbehandling. I 2004 var godt 600 personer i substitutionsbehandling med buprenorfin (Sundhedsstyrelsen 2005a).

Sundhedsstyrelsens reviderede vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler af 8. juni 2007 er ophævet 1. juli 2008 og erstattet af Vejledning nr. 42 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling af 1. juli 2008. I vejledningen er det blevet indskærpet, at buprenorfin i højere grad bør anvendes på bekostning af metadon.

Sundhedsstyrelsen forventer, at registeret over stofmisbrugere i behandling fremover vil kunne følge udviklingen mht. antal stofmisbrugere, der er i substitutionsbehandling med henholdsvis metadon og buprenorfin. Fra og med 2007 har det ud fra registeret nemlig været muligt at opgøre antallet af personer med en længerevarende metadonbehandling, dvs. længere end 5 mdr., både uden for og inden for Kriminalforsorgen (længerevarende behandling er her defineret som modtagelse af substitutionsbehandling i månederne august til december).

Eftersom kilden til opgørelserne udenfor kriminalforsorgen er Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling, gælder de samme forbehold som for den øvrige behandlingsstatistik i 2007 - altså at indberetningen er mangelfuld som følge af omlægninger i indberetningssystemet samt kommunalreformen og flytning af behandlingsopgaven og registrering fra amt til kommuner.

5 Behandling for stofmisbrug

Med kommunalreformens indførelse i januar 2007 er ansvaret både for den sociale og den lægelige behandling af stofmisbrugere overgået fra de tidligere amter til de nydannede 98 kommuner. Fra januar 2007 er det således også kommunerne, der visiterer til alle former for stofmisbrugsbehandling, uanset om der er tale om nedtrapning, ambulans behandling, substitutionsbehandling eller døgnbehandling. Langt hovedparten af al behandling for stofmisbrug er rettet mod stofmisbrug med tæt sammenhæng med sociale problemer. Kommunen skal sikre den fornødne sammenhæng mellem den lægelige behandling og den sociale behandling samt øvrig social støtte.

Den socialfaglige behandling forudsætter en visitation, der kan munde ud i en beslutning om enten dag- eller ambulans behandling eller døgnbehandling. Der skal iværksættes social behandling inden for en tidsfrist på 14 dage. Tidsfristen regnes fra den første personlige henvendelse med ønske om at komme i behandling. Stofmisbrugere, der er visiteret til behandling, har ret til at vælge mellem offentlige behandlingstilbud og godkendte private behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, der er visiteret til. Der er som regel tale om en ambulans behandling, som kan suppleres med døgnbehandling, hvor der er behov for miljøskift og/eller en mere intensiv indsats. Behandlingen kan være medikamentel understøttet og skal altid være ledsaget af psykosocial rådgivning med udgangspunkt i en behandlingsplan.

En ændring af serviceloven fra maj 2005 medfører, at velfærdsministeren bemyndiges til at fastsætte regler om garanti for social behandling af stofmisbrugere under 18 år i særlige tilfælde. Velfærdsministeren har udsendt en bekendtgørelse om de nærmere betingelser for denne indsats. Formålet er, at kommunen skal fremskynde og handle hurtigt og effektivt for, at den unge kan komme i behandling for stofmisbruget. Der skal iværksættes et behandlingstilbud til unge med alvorlige stofmisbrugsproblemer inden for 14 dage fra henvendelsen på samme måde, som voksne stofmisbrugere er sikret social behandling. Den indsats, der kan iværksættes, skal holdes inden for rammerne af reglerne for særlig støtte til børn og unge.

Den lægelige behandling for stofmisbrug omfatter primært undersøgelse for og behandling af misbruget/afhængigheden. Herudover omfatter den lægelige behandling af stofmisbrugere undersøgelse for og sikring af behandling af de fysiske og psykiske problemstillinger knyttet til stofmisbruget. Indikationen for substitutionsbehandling med opioider er altid en lægefaglig vurdering.

I forbindelse med kommunalreformens indførelse har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en revideret vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioideafhængighed, som er tilpasset de nye rammer for stofmisbrugsbehandlingen. Vejledningen er gældende fra juni 2007, og hovedlinjerne i denne reviderede vejledning gengives nedenfor under kapitel 5.1.

Foreliggende kapitel beskriver behandlingssystemet overordnet. Foregående kapitel (kapitel 4) beskriver de sociale og sundhedsmæssige aspekter af selve stofmisbrugspopulationen, der er indskrevet i stofbehandling.

5.1 Behandlingssystemet

De kommunale behandlingstilbud retter sig mod flere forskelligartede tilstande omfattende misbrug af et eller flere illegale og legale stoffer. Det kliniske billede er ofte komplekst, og valget af relevante behandlingstilbud forudsætter en tværfaglig vurdering. Der skal derfor indgå en aktuell lægelig vurdering i forbindelse med iværksættelse af behandling for stofmisbrug.

Siden januar 2003 er der indført en garanti for social behandling af stofmisbrugere over 18 år. Med garantien har en stofmisbruger krav på, at der skal iværksættes tilbud om social behandling senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen med anmodning om at komme i behandling. Samtidig med garantien er der indført en form for frit valg på området, hvorefter stofmisbrugeren kan vælge mellem offentlige og godkendte private behandlingstilbud af samme karakter, som det, der er visiteret til. Som opfølgning på behandlingsgarantien blev der udsendt såvel en bekendtgørelse som en vejledning om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug. Kommunalbestyrelserne udarbejder kvalitetsstandard for den behandling for stofmisbrug, der tilbydes.

For hvert enkelt behandlingsforløb skal der udarbejdes en lægelig behandlingsplan og en social behandlingsplan. Behandlingsplanerne skal understøtte den samlede handleplan, som tilgodeser både sundhedsfaglige og socialfaglige forhold, og som danner rammen for samarbejdsprocessen med stofmisbrugeren. Af den lægelige behandlingsplan såvel som den sociale behandlingsplan skal fremgå, hvad sigtet med den sundhedsfaglige og socialfaglige behandling aktuelt er, og hvilke aftaler der er indgået omkring forløbet.

Social behandling for stofmisbrug hviler på en beslutning om et individuelt forløb, hvor stofmisbrugeren på baggrund af en faglig vurdering visiteres til et konkret behandlingstilbud. Det forudsættes at stofmisbrugerens egne ønsker til behandlingsforløbet tillægges stor betydning.

Den lægelige behandling af stofmisbrug har været et område præget af stor variation, blandt andet på grund af forskelle i lægernes faglige baggrund og de organisatoriske rammer for behandlingen. Regeringen fik således med satspuljeaftalen for 2004 tilslutning til at afsætte midler mhp. at gennemføre en kvalitetssikring og -udvikling af substitutionsbehandlingen. I praksis har Sundhedsstyrelsen iværksat en fremadrettet gennemgang af hele den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Gennemgangen har udmøntet sig i en ny faglig vejledning for behandlingen, som blev offentliggjort 1. juli 2008. Formålet med vejledningen er at understøtte og styrke den helhedsorienterede indsats gennem retningslinier for selve substitutionsbehandlingen og en beskrivelse af de lægelige kerneydelser, som knytter sig til behandlingen. Vejledningen forventes at bidrage til sikring af en ensartet kvalitet på et acceptabelt niveau. Se mere herom i kapitel 7.1.

5.2 Støtte- og kontaktpersoner

Servicestyrelsen gennemfører for Velfærdsministeriet en lovovervågning af støtte- og kontaktpersonordningen, som blev indført ved en lovændring den 1. oktober 2006 med henblik på en vurdering af, om de nye målgrupper modtager tilbuddet, og om ordningen får den ønskede effekt i forhold til målgruppen.

5.3 Døgnbehandling

Særlige informationer om døgnbehandling indhentes gennem monitorerings-systemet DanRIS, der er udviklet siden 2000. Antallet af døgninstitutioner tilmeldt DanRIS var i 2007 på 43. 41 institutioner indrapporterede data i hele 2007. Af disse 41 var 5 afgifts- eller halvvejs- eller halvvejs- huse. Fratrøkket afgifts- og halvvejs- huse dækker de resterende 36 døgninstitutioner langt de fleste institutioner, der behandler stofafhængige i Danmark (skønnet mere end 90 % af de stofafhængige indskrevet i døgnbehandling). Tilbage er der enkelte meget små institutioner, som ikke er godkendte til at modtage klienter fra det offentlige behandlingssystem, eller behandlingssteder, der mere er at sammenligne med familiepleje. Denne sidste gruppe forsøges i øjeblikket inddraget i DanRIS gennem KGU (Kirkens Korshærs Ungdomsafdeling), hvortil mange er tilknyttet. I nedenstående tabel er udviklingen i indskrivninger i de otte halvår 2004-2007 vist.

Tabel 5.3. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling de fire halvår 2004-2007

Tid	N	Alder	Kvinder
1. halvår 2004	731	32,7	27 %
2. halvår 2004	690	32,4	23 %
1. halvår 2005	713	32,8	27 %
2. halvår 2005	531	32,7	24 %
1. halvår 2006	623	33,1	26 %
2. halvår 2006	473	33,1	26 %
1. halvår 2007	650	33,3	32%
2. halvår 2007	578	33,0	37%
Alle	4989	32,9	28 %

Kilde: Center for Rusmiddelforskning, Dansk Registrerings- og Informationssystem, DanRIS

Som det ses i tabel 5.3, er der en stigning i antal indskrevne i 2007, og der er indikationer på, at dette vil stige yderligere i 2008. Ikke mindre tydelig er stigningen i andelen af kvinder indskrevet i døgnbehandling. I anden halvdel af 2007 er det således 37 %, som er kvinder, mod 26 % i sidste halvdel af 2006.

Der synes endvidere at være sket en ændring i klienternes forbrug af stoffer og alkohol i måneden op til indskrivning. Der er dog ikke tale om en reduktion i forbruget af nogen stoffer på bekostning af et øget forbrug af andre stoffer. Forholdet mellem de forskellige stoffer synes tværtimod at bestå. Med denne reduktion følger også en signifikant reduktion i belastning på forskellige områder, herunder kriminalitet, økonomi, fysisk helbred og på visse psykiske områder. Forklaringen kunne være, at klienterne i højere grad afgiftes, inden de sendes i døgnbehandling og/eller i højere grad gennemfører et forbehandlingsprogram. Dette kunne også være forklaringen på, at andelen af klienter, der gennemfører behandlingen, er stigende. Således er andelen af klienter, der gennemfører behandlingen som planlagt, steget fra 41 % i 2004 til 50 % i 2007. Der ses derimod ingen forskelle i antal dage indskrevet i samme tidsrum.

Denne opgørelse er den første efter de store kommunesammenlægninger pr. 1/1 2007. De i alt 1228 stofmisbrugere, som blev indskrevet i døgnbehandling i 2007, kommer fra langt de fleste kommuner. Således er der registreret stofmisbrugere i

døgnbehandling fra 90 ud af 98 danske kommuner. Med et par enkelte undtagelser er der tale om meget små kommuner, som ikke har sendt stofmisbrugere i døgnbehandling i 2007.

5.4 Initiativer til bedre kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen

Velfærdsministeriet har på baggrund af Center for Rusmiddelforsknings undersøgelse om status for behandlingsgarantien for stofmisbrugere og på baggrund af lovovervågningen af behandlingsgarantien taget en række initiativer til en samlet forbedring af kvaliteten i stofmisbrugsbehandlingen. Det drejer sig om validiteten i indberetningerne om overholdelse af behandlingsgarantien, kvalitetsløft i sagsbehandlingen, uddannelse af sagsbehandlere, inddragelse af bruger- og pårørendeorganisationer og andre centrale aktører i et landsdækkende fagligt netværk og en kvalitativ evaluering af indholdet i behandlingen. Der er afsat 10 millioner kroner pr. år for årene 2007-2009 til gennemførelse af initiativerne, som Servicestyrelsen står for udmøntning af.

Kvalitetsseminar

Den 1. oktober 2007 blev der afholdt et kvalitetsseminar med titlen: Veje til bedre kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. Til seminaret var inviteret en række centrale fagpersoner på området. Seminaret var et kick-off til de øvrige initiativer, der er igangsat i forbindelse med kvalitetsløftet.

Projekt ”God Sagsbehandling”

I kvalitetsudviklingsprojektet ”God Sagsbehandling” skal erfaringer fra et lignende projekt på ældreområdet omsættes til stofmisbrugsområdet. I projektet udvikles der tjeklister og andre IT-baserede hjælpemidler til at højne kvaliteten i sagsbehandlingen.

Efteruddannelse af sagsbehandlere

Der gennemføres i efteråret 2008 et landsdækkende uddannelsesforløb for ca. 300 sagsbehandlere. Målgruppen er professionelle, der arbejder med visitation og sociale handleplaner – eksempelvis som visitatorer i kommunen eller som sagsbehandlere, der er ansat på de kommunale misbrugscentre/behandlingssteder eller andet personale på kommunale misbrugstilbud, som har myndighedsbeføjelser.

Metodebog om god stofmisbrugsbehandling

Bogen er under udarbejdelse og tager sigte på at understøtte en målrettet, sammenhængende og fagligt kvalificeret indsats. Bogen beskriver bredt den sociale stofmisbrugsindsats og henvender sig til professionelle på feltet.

Netværk

Der er etableret et landsdækkende netværk på det sociale stofmisbrugsområde med henblik på at følge udviklingen på området og for at få skabt et forum for dialog mellem alle involverede parter. Netværket består af bruger- og pårørendeorganisationer, de ansvarlige kommunale myndigheder, praktikere samt repræsentanter for Rådet for Socialt udsatte, Landsforeningen af VæreSteder og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse/Sundhedsstyrelsen. Netværket mødes 2 gange om året og drøfter ny viden, aktuelle temaer m.v.

Undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark

Opgaven varetages af SFI, og målet med undersøgelsen er at dokumentere det sociale behandlingssystemets styrker og svagheder. Undersøgelsen skal foruden brugere, pårørende og frivillige organisationer også omfatte behandlingsformer, metoder, behandlingens kvalitet og udvikling samt sagsbehandlingsprocesser.

Om VBGS – database om stofmisbrug

Efter bekendtgørelse om retssikkerhed og administration på det sociale område skal kommunerne indsende oplysninger vedrørende stofmisbrugere i behandling efter servicelovens § 101. Via Servicestyrelsens database om stofmisbrug (VBGS) følges overholdelse af behandlingsgarantien. For at sikre indberetningens validitet og for at kontrollere dette, foretages der løbende stikprøver af kommunernes indberetninger. Der vil ske en løbende opfølgning og offentliggørelse af indberetningerne.

DanRIS Ambulant

Center for Rusmiddelforskning har udarbejdet et program for udvidelse af DanRIS til ud over døgnbehandling også at omfatte den ambulante behandling for stofmisbrug. Efter bekendtgørelse om retssikkerhed og administration på det sociale område er det med virkning fra 1. januar 2008 blevet obligatorisk for kommunerne at indberette på det ambulante område. Med DanRIS ambulant er der som på DanRIS døgn tale om registrering af ydelser på individniveau og om en standardiseret hovedopdeling af ydelser.

Effektundersøgelser

Center for Rusmiddelforskning foretager løbende undersøgelse af effekten af den psykosociale stofmisbrugsbehandling. Undersøgelsen skal foretages hvert 3. år. Der vil være tre fokusområder: Stoffri døgnbehandling (første gang 1. nov. 2008), behandling af unge med stofproblemer, som behandles på særlige ungdomscentre (første gang 1. nov. 2009), og ambulant behandling af stofmisbrugere, der ikke har fået tilbudt stoffri døgnbehandling under deres indskrivning, og som ikke behandles på en særlig ungdomsafdeling (første gang 1. nov. 2010).

5.5 Øvrige tiltag

Tilbudsportalen

Tilbudsportalen er oprettet med hjemmel i servicelovens § 14, hvorefter Velfærdsministeriet samler og formidler oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud i en landsdækkende oversigt. I Tilbudsportalen skal den enkelte kommune/region og den enkelte organisation/institution løbende opdatere, hvilke hoved- og delydelser de er i stand til at tilbyde de stofafhængige. Hvis der foreligger en evaluering, herunder effektvurdering, skal der oplyses herom som en del af oplysningerne på Tilbudsportalen. Det indebærer lige nu, at der vil være tilbud, der er evalueret, og tilbud der ikke er. Herudover kan beskrivelserne være meget forskellige, da der ikke er fastsat krav om indholdet af evalueringerne.

Det er hensigten, at der løbende skal ske en udbygning af både indhold, omfang og kvalitet, således at Tilbudsportalen bliver et uomgængeligt værktøj for den sagsbehandler, der skal finde det rigtige match mellem individ og tilbud.

6 Sundhedsmæssige konsekvenser af stofmisbrug

En række sundhedsmæssige problemer og konsekvenser kommer i kølevandet på stofmisbrug. Stofmisbrugere har en stærkt forhøjet dødelighed generelt på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis, og stofmisbrugere, der er løsladt fra fængslerne, har en særlig høj dødelighed kort tid efter løsladelsen. Hvad angår narkotikarelaterede dødsfald, har disse ligget højt, men konstant de senere år. De fleste narkotikarelaterede dødsfald, som registreres i Rigspolitiets register (ca. 80 %) skyldes forgiftninger, mens de øvrige dødsfald sker som følge af vold, ulykker og sygdomme. Undersøgelser har vist, at der i gennemsnit findes 3,3 stoffer i den afdødes blod ved hvert narkotikarelateret dødsfald (Steentoft 2005). Der er derfor hovedsagligt tale om (forgiftnings)dødsfald som følge af et blandingsmisbrug.

Stofmisbrugere er ofte smittede med blodoverførte infektionssygdomme som følge af intravenøst stofbrug og seksuel aktivitet uden kondom. På baggrund af forskellige undersøgelser skønnes det, at op til 75 % af stofmisbrugere er smittet med hepatitis C, mens ca. 35 % er smittet med hepatitis B. Under 5 % er smittet med hiv.

Psykiske lidelser hos stofmisbrugere er velkendt, idet stofmisbrug ofte optræder sammen med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer i form af panikreaktioner, angstanfald, depressioner og personlighedsforstyrrelser og lign. Opgørelser over psykiatriske indlæggelser viser, at der årligt registreres i underkanten af 4000 patienter, der indlægges i psykiatrisk behandling, hvor stofmisbrug er medvirkende faktor ved indlæggelserne (dobbeltdiagnoser).

For at undersøge omfanget af henvendelser med forgiftninger på landets skadestuer efter indtagelse af illegale stoffer er der udarbejdet en særlig opgørelse over de registrerede forgiftninger på de somatiske og psykiatriske skadestuer. En formodet underrapportering af disse forgiftninger betyder, at der er tale om en minimumsopgørelse. Opgørelsen dokumenterer at omkring 1200 personer årligt kommer på landets skadestuer som følge af en forgiftning med illegale stoffer. Især hallucinogener og de centralstimulerende stoffer er forgiftningsårsag blandt de helt unge, mens opioider, herunder heroin og metadon, er forgiftningsårsag blandt de lidt ældre.

6.1 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere

Rigspolitiet har registreret narkotikarelaterede dødsfald siden 1970. Registeret omfatter dødsfald, hvor der er sket indberetning til politiet med henblik på medikolegalt ligsyn, og hvor der samtidig foreligger oplysninger om et stofmisbrug. Det drejer sig fx om dødfundne, pludselig uventede døde, ulykker - herunder forgiftninger, drab og selvmord. Dødsfald forårsaget af forgiftning eller ulykke, hvor den pågældende havde indtaget narkotika, vil således blandt andet blive registreret i Rigspolitiets register.

Parallelt med Rigspolitiets register har Sundhedsstyrelsen siden 1995 offentliggjort en statistikserie over narkotikarelaterede dødsfald. Opgørelsen baserer sig på oplysninger hentet fra Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister og omfatter de dødsfald, som efter den fælles EU definition (Selection B) er narkotikarelaterede.

Forskellene mellem tallene i Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald og Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister skyldes både forskelle i dødsfaldspopulationer og forskelle i definitioner af et narkotikarelateret dødsfald. Eksempelvis findes i Rigspolitiets register kun dødsfald, hvor der er foretaget medikolegalt ligsyn, hvorimod alle dødsfald i Danmark registreres i Sundhedsstyrelsens dødsårsagsregister.

I forbindelse med at det europæiske narkotikaovervågningscenter, EMCDDA, årligt offentliggør sammenligningsdata om de narkotikarelaterede dødsfald på europæisk plan, er det i store træk data fra landenes dødsårsagsregister (som det er fra Danmark), der benyttes, og benævnes som den ”nationale definition”.

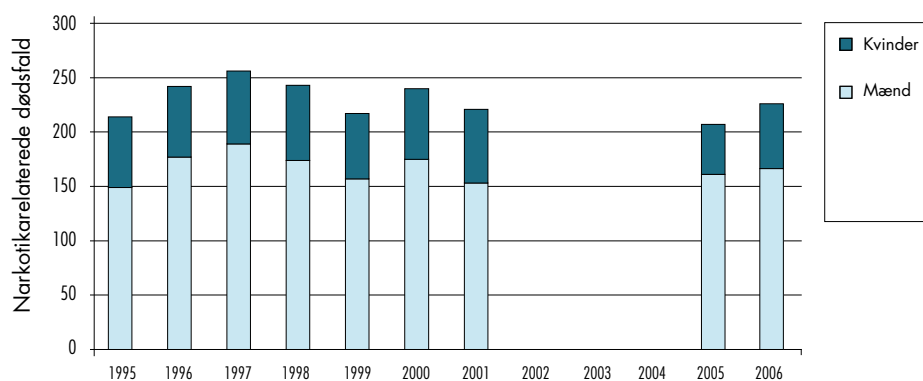
På den baggrund bør sammenligninger med andre europæiske lande alene basere sig på data fra Sundhedsstyrelsens dødsårsagsregister, der altså omfatter dødsfald, som efter den fælles EU-definition er narkotikarelaterede. I en dansk sammenhæng er Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald en vigtig kilde til beskrivelsen af udviklingen over tid. Men da der i Rigspolitiets register anvendes en anden og bredere definition af narkotikarelaterede dødsfald end den fælles EU-definition, er data fra Rigspolitiets register ikke brugbare ved europæiske sammenligninger.

Sundhedsstyrelsens opgørelse, baseret på dødsårsagsregisteret

I opgørelsen fra Dødsårsagsregisteret er den europæiske definition af de narkotikarelaterede dødsfald anvendt. Her medregnes dødsfald, der er kodet som dødsfald som følge af skadelig brug af stoffer eller afhængighed og stofpsykoser, samt dødsfald som følge af forgiftning (tilsigtet og utilsigtet forgiftning). Dødsfald som følge af trafikulykker eller andre uheld, hvor illegale stoffer var medvirkende er ikke medtaget her, men derimod i Rigspolitiets register.

Figur 6.1.1 viser udviklingen af narkotikarelaterede dødsfald registreret i Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister for perioden 1995-2006¹¹. Opgørelser fra årene 2002 til 2004 er ikke medtaget her. Dette skyldes registreringsproceduren disse år, hvor der ikke som normalt er foretaget opfølgende arbejde på enkeltsager, herunder indhentet supplerende retspatologiske oplysninger. Konsekvensen er, at opgørelser for disse årgange er mangelfulde og ikke dækkende, og derfor er tallene ikke medtaget i nedenstående figur.

Figur 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald 1995-2006



Kilde: Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister

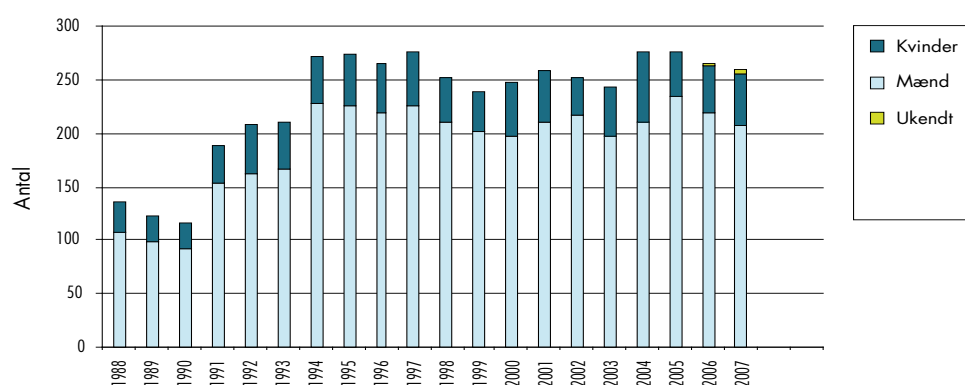
¹¹ Valide tal for narkotikarelaterede dødsfald for 2002-2004 foreligger ikke.

Betragter man hele perioden 1995-2006, svinger antallet af dødsfald mellem 200-250 årligt. Antallet er lavest i 2005, hvor der kun er registreret 207 dødsfald. Andelen af mænd er i alle år større end andelen af kvinder. I 2006 ligger andelen af henholdsvis mænd og kvinder på 74 % og 36 %.

Rigspolitiets register

Fra midten af 90'erne (figur 6.1.2) har antallet af dødsfald registreret i Rigspolitiets register ligget nogenlunde konstant, dog med årlige udsving (se tabel 6.1.1 i annekset). I 2007 blev der registreret 260 narkotikarelaterede dødsfald, hvoraf 80 % var mænd (207) og 19 % var kvinder (50) (køn ikke registreret i 3 tilfælde). Antallet af narkotikarelaterede dødsfald var 275 i både 2004 og 2005, og 266 i 2006. Der er således tale om et lille fald fra 2004 frem til i dag.

Figur 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1988-2007



Kilde: Rigspolitiet 2008

Ud af de 260 dødsfald i 2007 skyldtes 79 % (205) forgiftninger med et eller flere stoffer. Som tabel 6.1.2. nedenfor viser, skyldtes 34 % (69 ud af 205) forgiftning med heroin/morfin eller heroin/morfin i kombination med et andet stof, mens 41 % (84 ud af 205) skyldtes forgiftning med metadon eller metadon i kombination med et andet stof. I alt 12 af forgiftningsdødsfaldene i 2007 skyldtes forgiftning med enten kokain, amfetamin eller ecstasy/ecstasy-lignende stoffer. Af de 260 narkotikarelaterede dødsfald skyldtes 55 tilfælde ikke umiddelbare forgiftninger men anden form for narkotikarelateret død - fx vold, anden ulykke end forgiftning, sygdom eller en ukendt dødsårsag.

Tabel 6.1.2. Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år, grupperet efter den formodede væsentligste dødsårsag. Tal i parentes er procent

	1991	1997	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Heroin/morfin	94 (57)	153 (71)	76 (30)	60 (30)	81 (38)	77 (37)	83 (38)	69 (34)
Metadon	51 (31)	46 (21)	72 (41)	97 (49)	95 (44)	89 (43)	92 (42)	84 (41)
Andet	9 (12)	17 (8)	27 (15)	41 (31)	38 (18)	40 (20)	46 (21)	52 (25)
Forgiftninger i alt	154 (100)	216 (100)	175 (100)	198 (100)	214 (100)	206 (100)	221 (100)	205 (100)

Kilde: Rigspolitiet 2008

I 2004 gjaldt det, at der under kategorien "andet" bl.a. var følgende forgiftningsdødsfald: Amfetamin: 1, ecstasy/ecstasy lignende stoffer: 2, Kokain: 2.
I 2005 gjaldt det, at der under kategorien "andet" bl.a. var følgende forgiftningsdødsfald: Amfetamin: 1, kokain: 2, kodein: 2, ketobemidon: 7, andre opioider (stærke): 4, antidepressiva: 4.
I 2006 gjaldt det, at der under kategorien "andet" bl.a. var følgende forgiftningsdødsfald: Andre opioider (stærke): 7, amfetamin: 6, kokain: 6, ketobemidon: 5, ecstasy/ecstasy lign.: 1, antidepressiva: 1.
I 2007 gjaldt det, at der under kategorien "andet" bl.a. var følgende forgiftningsdødsfald: Andre opioider (stærke): 4, amfetamin: 5, kokain: 5, ketobemidon: 2, ecstasy/ecstasy lign.: 1, antidepressiva: 1.

Tabel 6.1.2. viser også udviklingen i de forskellige forgiftningsdødsfald i årene 1991, 1997, og fra 2002 og frem til 2007. Helt overordnet set tegner forgiftningsdødsfald med opioider (heroin/morfin og metadon) sig i alle årene for hovedparten af forgiftningsdødsfaldene.

I perioden ses dog en markant ændring af forgiftningsmønsteret, idet der inden for gruppen af forgiftninger med opioider er tale om et fald i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med heroin/morfin angives som den primære årsag, mens der er en tilsvarende stigning i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med metadon angives som den primære årsag. Andelene ligger dog på samme niveau i perioden 2004-2007. Endelig har der siden 1997 været en kraftig stigning i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med "andet" er angivet som den primære årsag. Gruppen af "andet" indeholder stoffer såsom amfetamin, kokain og anti-depressive medikamenter.

Det bør fremhæves, at det stof, som angives i venstre kolonne i tabel 6.1.2., er det stof, som af retsmedicinerne er klassificeret som hovedårsag til forgiftningen. I langt de fleste forgiftningsdødsfald er der tale om, at flere stoffer samtidig medvirker til forgiftningen, det vil sige, at mere end ét stof blev fundet i en dødelig dosis. Ligeledes er andre stoffer, som også kan påvises hos den afdøde, såsom benzodiazepiner, alkohol m.m., ikke anført. En stadig aktuel undersøgelse fra de tre retskemiske institutter har vist, at der i gennemsnit kunne påvises 3,3 forskellige stoffer i blodet hos de afdøde narkotikadøde, hvilket dokumenterer et udbredt blandingbrug blandt dem, der dør.

Af de i alt 260 narkotikarelaterede dødsfald i 2007 er henholdsvis 121, 96 og 43 af dødsfaldene rapporteret fra Jylland, Sjælland og Fyn. Den geografiske fordeling af dødsfaldene i 2006 var henholdsvis 124, 104 og 38 fra Sjælland, Jylland og på Fyn. Den geografiske fordeling har dermed ændret sig således, at der nu er flere narkotikarelaterede dødsfald i Jylland end på Sjælland.

Gennemsnitsalderen ved død er i mange år steget, men stigningen viser nu en stagnerende tendens. I 1993 var gennemsnitsalderen ved disse dødsfald 33 år, mens den i 2007 var steget til 39,3 år. Gennemsnitsalderen ved død for mænd er 38,1 år og for kvinder er den 40,6 år.

6.2 Forgiftninger med illegale stoffer

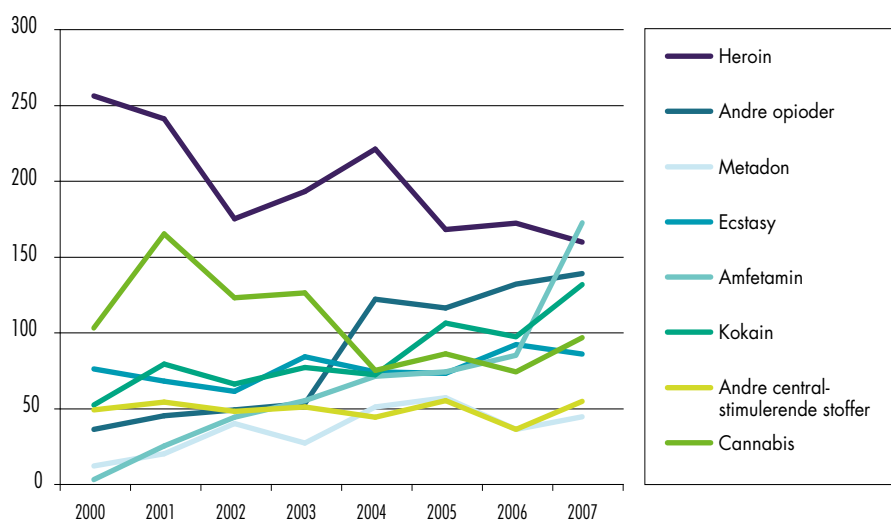
Udtrækket fra Landspatientregisteret (LPR) omfatter patienter med forgiftning som aktionsdiagnose, registreret på landets somatiske eller psykiatriske skadestuer samt blandt patienter, som har været indlagt med forgiftninger uden først at have været i kontakt med en skadestue. Af tabel 6.2.1 i annekset fremgår omfanget og udviklin-

gen af de registrerede intoksikationer ¹² og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer fra 1999 til 2007. Fra 2000 ændrede kodningspraksis sig ved, at det herefter blev muligt at specificere forgiftninger med amfetamin og khat.

Der er registreret mellem 1.126 og 1.437 henvendelser med forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2007. Der er tale om en stigning i antallet af forgiftninger i perioden indtil 2003, hvorefter der for alle stoffer samlet ses et lille fald frem til 2006, for herefter igen at stige. I hele perioden 1999 til 2007 ses dog et stigende antal forgiftninger med de centralstimulerende stoffer. Tallene er som nævnt usikre og skal læses med forbehold på grund af diagnostiske og andre fejlkilder.

I alt er der registreret 11.823 forgiftninger i de 9 undersøgelsesår. Langt de fleste forgiftninger, godt 90 %, er behandlet på de somatiske skadestuer, og de resterende knap 10 % på de psykiatriske afdelinger. Hvad angår kønsfordeling, er lidt over dobbelt så mange mænd som kvinder registreret med en forgiftning i de 9 undersøgelsesår. Nedenstående figur viser udviklingen af forgiftninger med de forskellige stoffer og omfatter 11.823 forgiftninger i samtlige 9 år (tal vist i tabel 6.2.1.i annekset).

Figur 6.2.1 Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999-2007



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Som tabel 6.2.2. nedenfor viser, sker de fleste forgiftninger med opioider ikke overraskende overvejende blandt personer over 30 år og er yderst sjældne blandt de helt unge. Modsat ses forgiftninger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer hyppigst blandt de unge. Henholdsvis 69 % og 59 % af samtlige forgiftninger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer er registreret blandt unge under 24 år. 2.070 (17 %) forgiftninger i perioden indtraf blandt unge under 20 år. Forgiftninger med blandingsmisbrug eller stoffer, der ikke specificeres, er hyppigst forekommende blandt de unge.

¹² Man har inden for psykiatrien valgt at anvende begrebet "akut intoksikation" til diagnosticering af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer. Med dette begreb skelnes ikke klart imellem rus og forgiftning i biomedicinsk forstand, men med et fjerdeciffer kan angives komplikationer af varierende grad for intoksikationer (ukompliceret, med fysisk traume, med andre somatiske komplikationer, med delirium, med perceptionsforvrængninger og med koma).

Tabel 6.2.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 9 undersøgelsesår, fordelt på forskellige aldersgrupper

	< 20 år	20-24 år	25-29 år	≥ 30 år
Opioider	152	337	536	2853
Centralstimulerende stoffer	744	678	395	576
Svampe og hallucinogener	86	64	27	40
Cannabis	283	275	167	223
Blandingsmisbrug og uspecificeret	805	842	659	2626
I alt	2070	2196	1784	5818

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Hvad angår det centralstimulerende stof kokain er dette som undtagelse et stof, hvor mange af forgiftningerne også sker blandt de lidt ældre, og hvor personer over 30 år står for 38 % af forgiftningerne (ikke vist).

6.3 Narkotikarelaterede infektionssygdomme

Hiv/aids

Den danske indsats mod hiv bygger på frivillighed, anonymitet, åbenhed, direkte og ærlig information samt tryghed for den enkelte i kontakten med sundhedsmyndighederne. Derfor er hiv-testning frivillig, og hiv-smittede rapporteres anonymt. I hiv-meldesystemet indgår køn, alder, oplysninger om eventuel tidligere hiv-test og risikoadfærd samt formodet smitemåde. Aids anmeldes med personoplysninger.

I tabel 6.3.1 i annekset ses antallet af anmeldte nypåviste hiv-positive og heraf antallet af intravenøse stofmisbrugere de sidste ti år¹³. Antallet af nypåviste hiv-positive har varieret fra år til år, og det samme gælder antallet af smittede, hvor smitekilden antages at være intravenøst stofmisbrug. I 2007 var 8 % (25 personer) af de nydiagnostiserede hiv-positive intravenøse stofmisbrugere. Andelen har ligget på mellem 5 og 11 % de sidste ti år.

Andelen af nyanmeldte aids-tilfælde, hvor smitekilden anses at være intravenøst stofmisbrug, har ligget relativt stabilt omkring 10 %. I 2007 var 8 % af de anmeldte aids-tilfælde fundet hos intravenøse stofbrugere, hvilket udgjorde 3 ud af i alt 39 personer.

Hepatitis A, B og C

Trods mindre udsving synes der de senere år at være sket et fald i antallet af registrerede akutte tilfælde af hepatitis i hele befolkningen (tabel 6.3.2. i annekset). I samme periode har andelen af akutte tilfælde af hepatitis, hvor den smittede har været intravenøs stofmisbruger, ligget omkring 1 % ved hepatitis A, varieret mellem 6 % og 35 % ved hepatitis B, og varieret fra 29 % til 85 % ved hepatitis C. Antallet af anmeldte tilfælde er dog så små, at procentangivelsen skal læses med forbehold. Da hepatitis C oftest er asymptomatisk i den akutte fase, er anmeldte tilfælde af akut hepatitis C et groft underestimat af den faktiske forekomst af hepatitis C. Derfor er der i opgørelsen også medtaget antal tilfælde anmeldt med kronisk hepatitis C.

¹³ Tallene fra tidligere år er blevet korrigeret og opdateret, således at de afviger en smule fra opgørelser i tidligere årsrapporter. Statens Serum Institut.

Undersøgelser over udbredelse af infektionssygdomme

Som led i kvalificering, harmonisering og kortlægning af forekomsten af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere i EU har Sundhedsstyrelsen siden 2004 støttet et forskningsprojekt til undersøgelse af udbredelsen af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere¹⁴. Der er undersøgt for forekomsten af hiv og hepatitis B og C blandt de narkotikarelaterede dødsfald, der bliver registreret i Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald efter indberetning fra de retsmedicinske institutter. Foreløbige resultater fra undersøgelsen om infektionssygdomme blandt narkotikarelaterede døde i 2007 er nu opgjort og gengives her.

Ved de medikolegale ligsyn af de 260 narkotikarelaterede dødsfald i 2007 blev der udtaget blodprøve fra 242 personer, hvoraf 208 (86 %) kunne analyseres for en eller flere markører.

Analyseresultaterne viste, at 57 % af de undersøgte var positive for antistoffer mod hepatitis C, mens 33 % var positive for hepatitis B (anti-HBc), og 17 % var beskyttet mod hepatitis B (anti-HBs positive) som følge af vaccination. Hiv infektion blev påvist hos 4 %. Resultaterne er således nogenlunde det samme som i 2006 (HCV 61 %, HBV 38 % og HIV 2 %).

Det kan ud fra de nævnte undersøgelsesresultater tolkes, at forekomsten af hepatitis B og C blandt stofmisbrugere over de seneste fire år er nogenlunde konstant, samt at forekomsten af hiv-infektion blandt stofmisbrugere er uændret og relativt lav.

6.4 Stofmisbrugere i psykiatrisk behandling

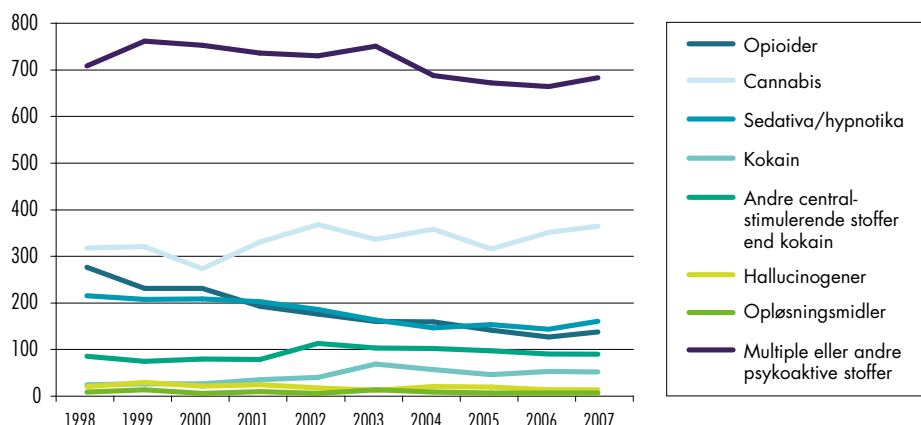
Psykkiske lidelser hos stofmisbrugere er velkendt, idet stofmisbrug ofte optræder sammen med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer i form af panikreaktioner, angstanfald, depressioner og personlighedsforstyrrelser og lign.

I 2007 blev i alt 4.119 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose (dobbeltdiagnose). Dette er lidt flere end i de foregående år. Antallet af indlæggelser med bidiagnoser alene relateret til stofmisbrug er som tidligere år stadig stigende og udgjorde 2.632 personer i 2007. Antallet af personer indlagt med stofrelaterede hoveddiagnoser i 2007 udgjorde 1.487 personer, hvilket også er lidt flere sammenlignet med i 2007. Antal indlæggelser med bi- eller hoveddiagnoser er vist i tabeller i annekset samt illustreret ved figurer nedenfor.

Over de seneste 10 år har personer med hoveddiagnoser i relation til ”blandingsbrug” (multiple eller andre psykoaktive stoffer) været den største gruppe, dog med svagt faldende tendens de senere år. Næst hyppigst ses personer med cannabisrelateret hoveddiagnose, som i 2007 omfattede 25 % af personer i psykiatrisk behandling med en stofrelateret hoveddiagnose. I samme periode har andelen af personer med opioidrelateret hoveddiagnoser været svagt faldende.

¹⁴ Initiativet til undersøgelsen er taget i den nationale ”nøgle-indikator-gruppe for infektionssygdomme”, og medlem af gruppen, speciallæge, Ph.d Peer Brehm Christensen er projektleder for undersøgelsen. Resultaterne af undersøgelsen for 2004 er publiceret i *European Journal of Epidemiology* 2006;21:383-387.

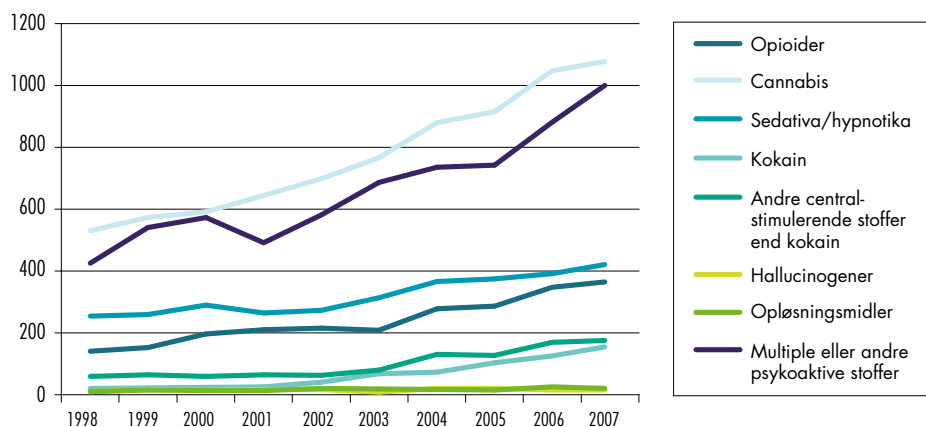
Figur 6.4.1 Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 1998-2007



Kilde: Upublicerede tal fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital, Århus

Antallet af personer med cannabis bidiagnose er steget jævnt gennem årene fra 524 personer i 1998 til 1.072 personer i 2007. Der ses ligeledes en jævn stigning i antallet af personer, der blev indlagt med bidiagnoser relateret til kokain og andre centralstimulerende stoffer, om end antallet er væsentligt lavere end indlæggelser med cannabis bidiagnoser. Antallet af indlæggelser med "blandingsbrug" bidiagnose er betydeligt og udgør 1/3 af det samlede antal indlæggelser med en bidiagnose relateret til stoffer.

Figur 6.4.2 Personer registrerede med storrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1998-2007



Kilde: Upublicerede tal fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital i Århus

7 Sundhedsmæssige indsatser

Som beskrevet i foregående kapitel følger en række sundhedsmæssige konsekvenser i kølvandet på stofmisbrug. De helbredsmæssige konsekvenser medfører dels en betydelig nedsat livskvalitet, men også et stort antal hospitalsindlæggelser og skadestuebesøg. For at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt stofmisbrugere har Sundhedsstyrelsen i juli 2008 udsendt en ny vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrug. Vejledningen forventes at bidrage til en bedring af stofmisbrugernes fysiske og psykiske helbredstilstand samt sikre en ensartet kvalitet af den lægelige behandling på et acceptabelt niveau.

Stofmisbrug er i en del tilfælde en kronisk tilstand eller lidelse, hvor helbredelse i form af stoffrihed langt fra altid kan forventes, men hvor behandling og andre foranstaltninger kan lindre og reducere skadevirkninger. Skadesreduktion og særlige målrettede sundhedsfaglige tilbud er derfor også et integreret element i narkotikapolitikken. Disse tilbud kan – i forhold til en kompromisløs kamp mod narkotikamisbruget – godt fremstå som paradoksale, men anses ikke desto mindre for at være pragmatiske og fornuftige. Det gælder f.eks. substitutionsbehandling, udlevering af rene sprøjter og kanyler samt vandampuller, forsyning med rensesvæske i fængsler og såkaldte lavtærskeltilbud i form af væresteder for stofmisbrugere.

Kvalitativt betydeligt mere vidtgående krav om skadesreduktion rejser derimod det grundlæggende spørgsmål om, hvorvidt der overhovedet skal sættes nogen grænse for skadesreducerende tiltag med den gode hensigt at komme stofmisbrugere i møde, og hvor denne grænse i bekræftende fald skal sættes til berettiget varetagelse af andre samfundsmæssige hensyn. En helt konsekvent forfølgelse af hensynet til skadesreduktion fører til en direkte modstrid med selve kernen i narkotikapolitikken: Imødegåelsen af al ikke-medicinsk og ikke-videnskabelig anvendelse af narkotika. På denne baggrund afviser regeringen bl.a. etablering af fixerum.

I sine bestræbelser på at fastholde og forbedre de allerede eksisterende skadesreducerende tilbud samt udvikle helt nye tilbud har regeringen med satspuljeaftalen for 2006 fået tilslutning til at afsætte midler til bl.a. oprettelse af Vesterbro-puljen.

Med udmøntningen af Vesterbropuljen afsatte den daværende indenrigs- og sundhedsminister midler til et treårigt forsøg med et sundhedsrum, der er planlagt etableret ved udgangen af 2008. I sundhedsrummet vil man på et og samme sted kombinere relevante sundhedsfaglige tilbud med socialfaglig rådgivning og værestedsfunktion mv. Med adgangen til at indtage ulovligt erhvervede stoffer som eneste undtagelse vil man i princippet kunne forestille sig sundhedsrummet indeholde alle de elementer, der kendes fra de fixerum, som regeringen må afvise som for vidtgående. Forsøget skal gennemføres af et partnerskab mellem Københavns Kommune og de lokale kræfter samlet i foreningen DUGNAD.

Regeringen har som led i behandlingsindsatsen for de tungeste heroinmisbrugere endvidere besluttet at igangsætte en ordning med behandling med lægeordineret heroin.

Foreliggende kapitel beskriver de nyeste initiativer og særlige målrettede indsatser.

7.1 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald, infektionssygdomme og psykisk sygdom

Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling

Med satspuljeaftalen for 2004 blev der afsat midler til at gennemføre en kvalitets sikring og -udvikling af substitutionsbehandlingen. I praksis iværksatte Sundhedsstyrelsen en fremadrettet gennemgang af hele den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Gennemgangen udmøntede sig i udsendelsen af en ny faglig vejledning for behandlingen (Sundhedsstyrelsen 2008a). Formålet med vejledningen er at understøtte og styrke den helhedsorienterede indsats gennem retningslinier for selve substitutionsbehandlingen og en beskrivelse af de lægelige kerneydelser, som knytter sig til behandlingen.

Vejledningen er udarbejdet med særlig henblik på brug i den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling i kommunerne, men vejledningen vil være gældende, uanset hvor lægelig behandling af stofmisbrugere finder sted, det være sig i almen praksis, i sygehusregi eller i Kriminalforsorgen.

Den lægelige behandling for stofmisbrug omfatter primært undersøgelse for og behandling af misbruget/afhængigheden. Herudover omfatter den lægelige behandling af stofmisbrugere undersøgelse for og sikring af behandling af de fysiske og psykiske problemstillinger knyttet til stofmisbruget.

Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug kan i medfør af § 41 i autorisationsloven foretages af læger ansat i kommunale eller regionale lægestillinger samt i lægestillinger ved private institutioner og ved Kriminalforsorgen.

Vejledningen omfatter retningslinjer for den lægelige behandling af stofmisbrugere på følgende områder:

- Patienters retsstilling
- Organisering og lovgrundlaget for stofmisbrugsbehandlingen, herunder substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed
- Lægens ansvar i den samlede behandling af stofmisbrugere
- Diagnostik af afhængighed og misbrug
- Somatisk komorbiditet hos stofmisbrugere
- Virale infektioner hos stofmisbrugere
- Psykiatrisk komorbiditet hos stofmisbrugere
- Den medikamentelle substitutionsbehandling ved opioidafhængighed
- Blandingsmisbrug hos personer i substitutionsbehandling for opioidafhængighed
- Anvendelse af urinanalyser for euforiserende stoffer og medikamenter i forbindelse med behandling af opioidmisbrug/afhængighed
- Forebyggelse af uønsket graviditet
- Behandling af gravide stofmisbrugere

Vejledningen forventes at bidrage til bedring af den ofte meget dårlige fysiske og psykiske helbredstilstand, som følger med tilværelsen som stofmisbruger og til sikring af en ensartet kvalitet af den lægelige behandling på et acceptabelt niveau.

Vejledningen er udarbejdet på baggrund af den aktuelle internationale og nationale dokumentation på området. Den er udarbejdet i samarbejde med ekspertarbejdsgrupper fra den kliniske praksis, Sundhedsstyrelsens sagkyndige samt en til formålet nedsat referencegruppe med repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Velfærdsministeriet, Kommunernes Landsforening, Dansk Selskab for Addiktiv Medicin, Center for Rusmiddelforskning, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger og Kriminalforsorgen.

Hele vejledningen kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Kvalitetssikring af den lægelige stofmisbrugsbehandling

Regeringen og satspuljepartierne har med aftalen om satspuljen for 2008 fulgt op på Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Sundhedsstyrelsen skal således etablere et kvalitetssikringsværktøj i form af en registrerings- og indberetningsordning. Med udgangspunkt i indikatorer for de lægelige kerneydelser, som er beskrevet i vejledningen, skal kommunerne foretage registreringer og indberetninger til Sundhedsstyrelsen. Med ordningen vil såvel kommunerne som Sundhedsstyrelsen få bedre muligheder for at monitorere og følge op med henblik på kvalitetssikring af den lægelige behandling. Med satspuljen for 2008 er afsat 3,5 mio. DKK årligt fra og med 2008 til initiativet.

7.2 Forebyggelse og behandling af infektionssygdomme

Handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C

Med indgåelse af satspuljeaftalen for 2006 besluttede regeringen og satspuljepartierne, at der skulle tages initiativer til at begrænse de alvorlige skader, som misbruket påfører stofmisbrugere selv, deres nærmeste og det omgivende samfund. Det blev bl.a. besluttet, at indsatsen mod hepatitis C blandt stofmisbrugere skulle øges på landsplan. Sundhedsstyrelsen har derfor i 2007 udarbejdet en handlingsplan, som anbefaler at indsatsen mod hepatitis blandt stofmisbrugere på landsplan øges ved, at kommuner iværksætter følgende to lokale initiativer:

- Kommunerne skal sikre, at arbejdet (eksempelvis af en særligt udpeget tovholder) organiseres således, at målgruppen systematisk bliver tilbudt forebyggende foranstaltninger i form af; 1) Oplysning og rådgivning om forebyggelse af blodbåren smitte til stofmisbrugere, hvad enten de findes smittede eller ej; 2) Screening for hepatitis A, B og C samt hiv; 3) Vaccination mod hepatitis A og B, samt endelig 3) Henvvisning til behandling.
- Kommunerne skal sikre, at der for hvert af de af kommunen benyttede behandlingssteder årligt udarbejdes en status for den faktiske implementering af handlingsplanen, så den forebyggelses-, undersøgelses- og behandlingsmæssige indsats kan vurderes.

Målgruppen er alle intravenøse stofmisbrugere, der er indskrevet i behandling. Det gælder også stofmisbrugere, der kun en enkelt gang har injiceret sig og dermed måske ikke opfatter sig som egentlig intravenøs stofmisbruger.

Handlingsplanens tilsigtede effekt er både primær og sekundær forebyggelse, idet screening og rådgivning skal bevidstgøre både smittede og ikke smittede om smit-

terisikoen generelt, samt at clearing af virus i kroppen ved behandling af allerede smittede vil reducere risikoen for, at disse stofmisbrugere overfører virus videre til ikke smittede. Det er endvidere en tilsigtet effekt, at der kan iværksættes relevante behandlinger til fundne HCV-smittede med behov, samt at vaccination mod hepatitis A og B vil beskytte helbredstilstanden, hvis man er smittet med HCV.

Handlingsplanen blev udsendt til kommunerne i efteråret 2007. Sundhedsstyrelsen er ved at udarbejde et elektronisk indberetningssystem, som skal gøre det muligt at monitorere handlingsplanen.

7.3 Øvrige sundhedsrelaterede indsatser

Iværksættelse af behandling med injicerbar heroin til stofmisbrugere

Indenrigs- og Sundhedsministeriet anmodede i maj 2007 Sundhedsstyrelsen om at udarbejde en samlet sundhedsfaglig udredning af den aktuelle viden om lægelig ordination af heroin til stofmisbrugere. Oktober 2007 afleverede Sundhedsstyrelsen udredningen "Ordination af injicerbar heroin til stofmisbrugere" til det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium. Af udredningen fremgår bl.a.

- At den foreliggende evidens omkring lægelig ordination af injicerbar heroin til stofmisbrugere, der ikke profiterer af en regelret metadonbehandling viser, at der er grunde til at supplere den eksisterende substitutionsbehandling med buprenorphin og oral metadon med injicerbar heroin og /eller injicerbar metadon (i kombination med oral metadon) som 2. valgs behandling.
- At behandling med injicerbar heroin kombineret med oral metadon skal tilbydes som en højt specialiseret, intensiv behandling til de relativ få patienter, der trods langvarig substitutionsbehandling med metadon og/eller buprenorphin ikke profiterer af behandlingen (fortsat massiv intravenøs brug af ordinerede eller illegale stoffer og som har eller er truet af alvorlige helbredsmæssige komplikationer som følge heraf).
- Målgruppen for behandling med injicerbar heroin er de svært belastede stofmisbrugere, der trods behandling med oral metadon fortsat har et næsten dagligt intravenøst misbrug af opioider, som er fysisk og psykisk meget belastede, og som har høj forekomst af illegale aktiviteter. Gruppen, der således ikke har profiteret af behandling med oral metadon, skønnes at være på ca. 600 personer svarende til ca. 10 % af personerne i metadonbehandling. Hvor mange heraf, der reelt ønsker og/eller magter at indgå i behandling med injicerbar heroin, vides ikke. Sundhedsstyrelsen skønner, at målgruppen reelt vil være på 3-400 personer.
- De allerhårdest belastede stofmisbrugere i behandling, der udgør 2-3 % af personerne i metadonbehandling, de såkaldte "hard to treat", er så dårligt fungerende på grund af svære medicinske, psykiatriske og sociale problemstillinger, at man ikke kan forvente, at de kan overholde de grundlæggende krav, der er forbundet med behandling med lægeordineret heroin.
- De allerhårdest belastede stofmisbrugere udenfor behandlingssystemet, de såkaldte "hard to reach", er umiddelbart ikke en målgruppe for behandling med injicerbar heroin.
- Heroinbehandling vil kun have ganske lille betydning på den samlede stofmisbrugssituation.
- Behandling med intravenøst administreret heroin er dyrere, mere kompleks og risikofyldt, hvorfor det altid vil være en 2. valgs behandling.

Regeringen har efterfølgende som led i behandlingsindsatsen for de tungeste heroinmisbrugere besluttet at igangsætte en ordning med behandling med lægeordineret heroin. Som konsekvens heraf har ministeren for sundhed og forebyggelse fremsat forslag om ændring af lov om euforiserende stoffer således, at det vil være muligt at ordinere heroin som led i lægelig behandling af stofmisbrugere. Lovforslaget blev vedtaget den 29. maj 2008 med ikrafttræden den 1. juli 2008, jf. § 1, stk. 1 i lovbekendtgørelse nr. 748 af 1. juli 2008 om euforiserende stoffer.

De samlede udgifter skønnes at ville udgøre 10 millioner kroner i 2008 og derefter 60 millioner kroner pr. år. Regeringen og satspuljepartierne har således i satspuljeaftalen for 2008 afsat midler til kommunernes forberedelse af ordningen i 2008 og til ordningens indførelse i 2009 samt til Sundhedsstyrelsens udvikling og drift af den koordinerede monitorering. Spørgsmålet om finansieringen af ordningen efter 2009 skal tages op i forbindelse med forhandlingerne om satspuljeaftalen for 2009.

Sundhedsstyrelsen er nu ved at udarbejde en plan for, hvordan ordningen rent praktisk skal udformes, og hvornår den realistisk set kan sættes i værk. Styrelsen har konkluderet, at der forestår en omfattende forberedelse først på centralt og dernæst på kommunalt plan. Behovet for denne forberedelse skal bl.a. ses i lyset af, at behandling med injicerbar heroin er en sundhedsfaglig specialistopgave, der ofte vil skulle varetages inden for rammerne af en socialforvaltning.

Resultatet af Sundhedsstyrelsens overvejelser og afklaringer af de forskellige problemstillinger for iværksættelse af behandling med injicerbar heroin skal ultimo november 2008 udmunde i en vejledning om behandling med injicerbar heroin til stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

Ordningen med lægeordineret heroin forventes indført i begyndelsen af 2009. I forbindelse med indføring af ordningen etablerer Sundhedsstyrelsen et monitoreringssystem, der både overordnet og på individplan kan føre tilsyn både med behandlingen samt dens effekt.

Sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere

Satspuljepartierne har i alt afsat 28 mio. kroner fordelt over årene 2006-2009 til oprettelse af målrettede sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere. Midlerne fra puljen er, efter Sundhedsstyrelsens faglige vurdering af de indkomne ansøgninger, tildelt København, Odense, Esbjerg, Århus og Guldborgsund Kommune.

Det forventes, at projekterne dels vil føre til et forbedret generelt helbred hos målgruppen, dels øge adgangen til relevante sundhedstilbud samt dels modvirke strukturelle forhindringer for bedring af sundhedstilstanden hos hjemløse stofmisbrugere (brobygning og behandlingskontinuitet). Dette skal primært ske gennem en kombination af socialfaglig gadeplansindsats og sundhedsfaglig indsats, så de hårdest belastede stofmisbrugere mødes af sundhedsfaglige tilbud, der tager højde for stofmisbrugernes særlige præmisser.

Projekterne er i løbet af 2008 efterhånden alle etableret – dog med nogen variation kommunerne imellem i overensstemmelse med de lokale forudsætninger. Kommunerne rapporterer generelt om stor opbakning til projekterne politisk såvel som fra brugernes side, og de foreløbige erfaringer peger på, at de nye sundhedsfaglige til-

bud i høj grad efterspørges af målgruppen og dækker et behov, som hidtil har været udækket.

Sundhedsstyrelsen har i løbet af 2007/2008 udarbejdet et centralt IT-monitoringssystem, som skal monitorere misbrugsproblematikken og sundhedstilstanden ved klienternes indskrivning i projekterne samt de i projekterne leverede behandlingsydelser. I løbet af efteråret 2008 vil monitoreringssystemet implementeres i alle projekter, således at der bliver mulighed for en systematisk dokumentation og evaluering af indsatserne.

Sundhedsfremme og forebyggelse af de socialt mest udsatte

Der blev i satspuljeaftalen i 2006 afsat 22,5 mio. kr. til at styrke sundhedsfremme og forebyggelse over for de mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere samt hjemløse i perioden 2007-2010. Overordnet støtter puljen modelprojekter, der bidrager til udvikling og afprøvning af metoder til at opspore og fastholde gruppen af de socialt mest udsatte i offentlige tilbud – herunder offentligt støttede tilbud.

De modelprojekter, som har fået tildelt midler, arbejder med følgende 3 elementer i projektperioden: direkte sundhedsfremmende aktiviteter, udvikling af det tværfaglige og -sektorielle samarbejde og helbredsundersøgelse. De 8 modelprojekter tager udgangspunkt i et samarbejde mellem kommuner og væresteder og følgende har fået tildelt midler: Fredericia, Herlev, Langeland, Nakskov, Odense, Randers, Silkeborg og Aalborg.

Landsdækkende familieambulatorier

På baggrund af satspuljeaftalen for 2008 er der med finansloven for 2008 afsat midler til etablering af landsdækkende familieambulatoriefunktioner i det regionale sundhedsvæsen. Familieambulatorierne skal etableres med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelproblemer og specialiseret pædiatrisk opfølgning af børn, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler.

Formålet med initiativet er at udbrede tilbud om forebyggelse og behandling for de mest udsatte gravide kvinder og vordende forældre gennem etableringen af familieambulatorier i alle regioner. Familieambulatorierne skal sikre en helhedsorienteret løsning for barnet, og indsatsen har til formål at forebygge medfødte skader og sygdomme samt opvækstbetingede udviklingsproblemer og omsorgssvigt hos børn af kvinder med rusmiddelproblemer.

Initiativet udmøntes med en vejledning fra Sundhedsstyrelsen, som efter aftale med Danske Regioner vil forpligte regionerne til at etablere familieambulatorier. Vejledningen er sendt i høring medio august 2008 og udstedes formentlig inden udgangen af september 2008. Regionerne kan umiddelbart herefter påbegynde etableringen af familieambulatorier.

SundhedsTeam i Københavns Kommune

SundhedsTeam er oprettet i 2005 med det formål at give et regulært sundhedstilbud til marginaliserede hjemløse med komplekse problemstillinger, herunder misbrugsproblemer. Teamets arbejde er målrettet mod dem, som ikke formår at modtage længerevarende og strukturerede tilbud fra det allerede etablerede sundhedssystem.

SundhedsTeam er organisatorisk opbygget som en almen lægepraksis, men uden kliniklokaler og derfor foregår alt arbejde i patientens daglige omgivelser. Den

”udgående” sundhedsfaglige indsats foregår i tæt samarbejde med opsøgende socialmedarbejdere og patientens umiddelbare netværk. Ved at kombinere den sociale og sundhedsfaglige indsats kan langsigtet behandling af kroniske lidelser gennemføres sammen med patienten selv og dennes netværk, uanset hvordan dette netværk måtte se ud.

Ca. 400 patienter har modtaget behandling fra SundhedTeam siden december 2005, og mange af disse har haft længerevarende eller tilbagevendende kontakt til teamet. Cirka en tredjedel af patienterne er gadehjemløse, mens en lidt større andel er herbergsbeboere eller personer, som sover hos forskellige bekendte. Henvisningsårsager til teamet er primært misbrugs- og psykisk relaterede, men der ses også en bred vifte af somatiske problemer. Ud over den direkte patientbehandling gennemfører teamet med jævne mellemrum opsøgende arbejde i form af smitteopsporing over for leverbetændelse og tuberkulose samt ved ophobede tilfælde af sårinfektion i hjemløshedsmiljøet.

SundhedsTeam modellen har været udgangspunktet for aktuelle (satspulje) projekter over for de mest belastede stofmisbrugere i 5 byer i Danmark. Se i øvrigt www.hjemlosesundhed.dk.

8 Kriminalitet, stofbrug og sociale konsekvenser

Som flere undersøgelser viser, er der en sammenhæng mellem stofbrug og problematiske sociale og økonomiske livsvilkår og konsekvenser. Blandt andet har stofmisbrugere i behandling det generelt sværere hvad angår boligforhold og familieleven, og de er generelt økonomisk og uddannelsesmæssigt dårligere stillede end øvrige grupper i samfundet (se kapitel 4).

Undersøgelser peger også på, at mange af de unge, der udvikler et misbrugsproblem, også har mange problemer i deres familie- og sociale liv og i det hele taget problemer med deres ungdoms- arbejds- og uddannelsesliv (Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte 2006).

Herudover kommer det kriminelle aspekt. I kapitlet gennemgås data over sigtelser og antal sigtede personer. Hvad angår domfældelser i forbindelse med narkotikakriminalitet, henvises til temakapitel 11 i foreliggende rapport.

8.1 Social eksklusion og problemer

Den sociale marginalisering af stofmisbrugere er stor. Ser man på de sociale, bolig- og uddannelsesmæssige forhold blandt de stofmisbrugere, der er i behandling, er det tydeligt, at de er en marginaliseret gruppe sammenlignet med andre. De er markant oftere boligløse, de har oftere kortere uddannelse og er hyppigere forsørgt gennem kontanthjælp og pension end den almindelige befolkning. De særligt truede i relation til stofmisbrug er børn fra familier med misbrug, vold og svigt, som har en tidlig debut med alkohol og hash, indvandrere, som er dårligt integrerede, flygtninge med traumatiske oplevelser bag sig, psykisk skrøbelige mennesker, psykisk syge samt hjemløse.

Unge med sociale problemer og misbrugsproblemer

Der er ikke lavet nye undersøgelser siden 2006, der beskriver de sociale problemer i relation til misbrug blandt de unge. Som Videns- og Formidlingscenteret for Socialt Udsatte undersøgte i 2006 (Videns- og Formidlingscenteret for Socialt Udsatte 2006), kommer helt unge, der senere udvikler et misbrug, tidligt i kontakt med de sociale myndigheder og forvaltninger i kommunerne. Disse unge er en sårbar udsat gruppe med besværlig, ringe eller negativ kontakt til voksne, herunder egen familie, og mange er vokset op i en familie, hvor misbrug har været en del af hverdagen. De unge kommer i kontakt med socialforvaltningen som følge af tunge uddannelses-, job- og boligproblemer. Kommunerne vurderer, at problemerne for nogle af disse unge er opstået i forbindelse med deres stofmisbrug, men at der hos langt de fleste unge var problemer i hverdagen, længe inden et egentlig misbrug opstod. Det stigende fokus på unge med sociale problemer og problemer med misbrug har ifølge undersøgelsen medført, at mange kommuner de senere år har etableret omfattende både kontaktskabende, rådgivende og opsøgende initiativer.

Oplysninger fra behandlingsregisteret viser endvidere, at omkring 2000 børn under 18 år enten bor sammen deres forældre eller er anbragt uden for hjemmet, og samtidig er én eller begge forældre indskrevet i behandling. Antallet af registrerede børn i stofmisbrugsfamilier har været stigende de senere år, og disse unge må betragtes

som i særlig risiko med hensyn til sociale problemer og udvikling af et eventuelt misbrug senere i livet.

8.2 Narkotikakriminalitet

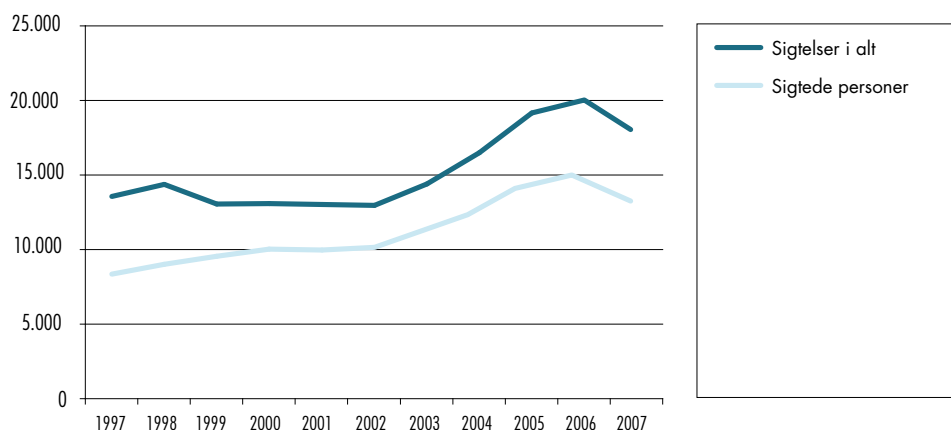
Narkotikakriminalitet straffes efter lov om euforiserende stoffer, straffelovens § 191 om visse kvalificerede overtrædelser af lov om euforiserende stoffer og straffelovens § 290 om hæleri, herunder hæleri i forbindelse med narkotikakriminalitet.

Sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen

Politiet rejser sigtelse for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer, straffelovens § 191 og § 290. Rigspolitiet registrerer løbende antallet af sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen.

I 2007 blev der registreret i alt 18.506 sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen. Antallet af sigtelser har været jævnt stigende fra 2003 til 2006, mens antallet af sigtelser fra 2006 til 2007 har været svagt faldende. Til sammenligning lå antallet af sigtelser lavere og relativt stabilt på omkring 13.000 årligt i årene 1999-2002 (se tabel 8.2.1. i annekset). Antallet af personer sigtet for overtrædelse af narkotikalovgivningen har været jævnt stigende fra 1997 til 2006, hvor antallet af sigtede personer var 15.060. I 2007 var antallet af sigtede personer 13.294.

Figur 8.2.1. Narkotikakriminalitet 1997-2007.
Sigtelser og antal sigtede personer.



Kilde: Rigspolitiet

En sigtelse kan føre til, at anklagemyndigheden rejser tiltale, når det skønnes, at sagen vil kunne føre til domfældelse. Efter omstændighederne kan anklagemyndigheden dog helt eller delvis opgive påtale eller frafalde tiltale, jf. retsplejelovens § 721 og § 722.

Overtrædelse af narkotikalovgivningen straffes med bøde eller fængsel.

Efter omstændighederne kan en sag om overtrædelse af narkotikalovgivningen afgøres ved vedtagelse af et bødeforelæg. I sager om overtrædelser, der ikke skønnes at ville medføre højere straf end bøde, kan anklagemyndigheden således tilkendegive sigtede, at sagen kan afgøres uden retssag, hvis sigtede erklærer sig skyldig i

overtrædelsen og erklærer sig rede til inden en nærmere angiven frist at betale en i bødeforelægget angivet bøde, jf. retsplejelovens §832, stk. 1.

Advarsel for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer kan i almindelighed ikke meddeles, medmindre sociale forhold taler for at meddele en advarsel, og besiddelsen af stoffet er udslag af en stærk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer, jf. lov om euforiserende stoffer § 3, stk. 1, 3. pkt.

8.3 Stofmisbrug i fængsler

Der er ikke siden gennemførelsen af Rusmiddelundersøgelsen fra 2002 (Kramp et al 2003) nye oplysninger, der beskriver mønstre for sammenhæng mellem misbrugere af de forskellige stoffer og deres involvering i forskellige lovovertrædelser og forskellige kriminalitetstyper. Resultatet fra undersøgelsen viste dengang, at 3/4 af Kriminalforsorgens klientel har prøvet hash, over halvdelen har prøvet centralstimulerende stoffer som kokain og amfetamin, mens 1/3 har prøvet heroin og/eller morfinpræparater. Halvdelen af Kriminalforsorgens samlede klientel har et egentligt misbrug af rusmidler (misbrug af alkohol inkluderet)¹⁵.

Den 1. oktober 2004 blev et nyt registreringsmodul i Kriminalforsorgens klientsystem taget i brug. Dette modul indeholder registreringer af alle nyindsattes stof- og alkoholforbrug ved indsættelse i fængsel eller arresthus. Med indførelsen af en behandlingsgaranti for stofmisbrugere i Kriminalforsorgen 1. januar 2007 er modulet blevet udvidet med mulighed for at registrere en række yderligere oplysninger. Kriminalforsorgen har således udviklet og testet en IT-understøttet dokumentationskabelon, der skal understøtte sagsbehandlingen lokalt og benyttes som styringsværktøj for behandlingsindsatsen i Kriminalforsorgens institutioner.

I det første år med behandlingsgaranti var godt 1000 personer i behandling i fængslerne. Behandlingen bestod dels af dagbehandling, hvor den indsatte i fritiden afsonede sammen med indsatte, som ikke var i behandling, på såkaldte fællesskabsafdelinger, dels af behandling på særafdelinger, hvor alle indsatte fulgte samme behandling helt isoleret fra resten af fængslet.

Der er dog fortsat visse vanskeligheder i dokumentationen af indsatsen, og det forventes, at der primo 2009 er indarbejdet en kvalitetssikret version af det ovenfor omtalte registreringsmodul.

Et andet element i klientregistreringen er den elektroniske indberetning til Sundhedsstyrelsen om antallet af metadonordinationer til de indsatte. Omfanget af stofmisbrugere i substitutionsbehandling med metadon blandt indsatte fremgår af kapitel 4 i denne rapport.

¹⁵ Stofmisbrug defineres som indtagelse af stoffet to gange om ugen eller mere den sidste måned før indsættelse/tilsynets registrering. Et alkoholmisbrug defineres ved indtagelse af 11 genstande eller mere dagligt de sidste 6 måneder før indsættelse/tilsynets registrering, 10 beruselsessituationer eller flere den sidste måned før indsættelse/tilsynets registrering og/eller igangværende behandling for alkoholmisbrug.

9 Sociale indsatser

Velfærdsministeriet og Beskæftigelsesministeriet har ansvaret for at koordinere indsatsen, hvad angår social integration (den sociale indsats som helhed) af stofmisbrugere. Der er ikke oprettet et særligt organ, men disse ministerier har det overordnede ansvar for at koordinere og udmønte de ovennævnte indsatsområder, der er rettet mod stofmisbrugerne som en af målgrupperne i gruppen ”socialt udsatte”. Velfærdsministeriet koordinerer indsatsen iht. til programmet ”Det fælles ansvar II”. Beskæftigelsesministeriet retter fokus mod de socialt udsatte på kontanthjælp som en del af regeringsprogrammet ”Nye veje til arbejde”, hvor en betydelig del af målgruppen har et stof- og/eller alkoholmisbrug.

Det overordnede formål med indsatsen er at støtte de socialt udsatte hen imod beskæftigelse samt at fokusere på at styrke den enkeltes livskvalitet og kompetencer. Hensigten er at skabe bedre muligheder for selvforsørgelse, bedre muligheder for at indgå i sociale netværk og få en bedre struktur på hverdagen. Samlet er der tale om en forstærket indsats fra regeringens side, hvor der sættes ind med initiativer og økonomiske ressourcer. Indsatserne målrettes den enkelte stofmisbruger, det private arbejdsmarked og de kommunale sagsbehandlere.

Der er i de senere år etableret en række tilbud, både af midlertidig og permanent karakter, der skal støtte stofmisbrugere i at få etableret en stabil boligsituation. En indsats målrettet forbedring af boligforholdene anses generelt som en vigtig foranstaltning med henblik på social integration, både som middel og som mål i sig selv.

I henhold til lov om social service § 141 er kommunen forpligtet til at tilbyde stofmisbrugere en social handleplan, hvor der på det individuelle niveau kan aftales mål og strategier for den enkelte stofmisbruger, hvad angår fremtidige bolig- og økonomiske forhold samt andre livsområder. Det er således de kommunale sagsbehandlere, der som udgangspunkt har handlekompetencen, hvad angår social integration af stofmisbrugerne på diverse områder.

Den nationale strategi vedrørende kriminelle stofmisbrugere går ud på, at behandlingen så vidt muligt varetages af de sociale myndigheder. Kriminalforsorgens behandlingsinitiativer skal primært rette sig mod en motiverende og behovsafdækkende indsats. Men i de tilfælde, hvor sikkerhedsmæssige hensyn forhindrer deltagelse i ekstern behandling, skal Kriminalforsorgen så vidt muligt tilbyde relevant behandling under afsoning. Kriminalforsorgen fik den 1. januar 2007 en behandlingsgaranti for de indsatte stofmisbrugere som skønnes egnede og motiverede til behandling, og som på det tidspunkt, hvor der søges om behandling, som minimum har 3 måneders forventet reststraf.

9.1 Social reintegration

Hjemløshed, botilbud og bostøtte

Forsorgshjem i henhold til § 110 i lov om social service er midlertidige botilbud for hjemløse med svære sociale problemer. Forsorgshjemmene arbejder med botræning, som forbereder og støtter beboerne i at kunne fungere i egen bolig.

Fra 1. juli 2005 har kommunerne haft mulighed for at indgå aftaler med almene boligorganisationer om at leje ledige almenboliger som udslyningsboliger. Disse

boliger kan tilbydes stofmisbrugere, som fx har opholdt sig på forsorgshjem, døgnbehandlingstilbud eller i andet botilbud. Stofmisbrugeren kan i en periode på max. 2 år bo i udslusningsboligen på særlige vilkår og med støtte fra botilbuddet. Efter udslusningsperioden fortsætter lejemålet på almindelige vilkår.

For stofmisbrugere, der ikke kan rummes eller selv finde sig til rette i traditionelle boligformer på trods af den sociale støtte, er der etableret boliger efter almenboligloven, kaldet ”skæve huse”.

Dertil kommer ”alternative plejehjem”, som er botilbud til længerevarende ophold i henhold til servicelovens § 108 til bl.a. stofmisbrugere, der ikke kan klare sig i eget hjem, og som ikke kan rummes på almindelige plejehjem for ældre borgere på grund af misbrug, demens eller problematisk adfærd. De ”alternative plejehjem” er ofte etableret i tilknytning til et forsorgshjem.

Sociale færdigheder og netværksopbygning

En stor del af det sociale arbejde med stofmisbrugere foregår på væresteder. Disse tilbud yder omsorg i form af ro, mad og varme, og muligheder for at skabe sociale fællesskaber samt støtte til forandring. Tilbuddene på disse væresteder har udviklet sig i de senere år således, at der nu er flere netværksskabende og aktiverende tiltag. I ”Det fælles ansvar II” lægger regeringen op til en yderligere udvikling af disse tilbud.

Uddannelses- og beskæftigelsestilbud

Mange stofmisbrugere har haft ustabile skoleforløb og har ringe grundlæggende skolekundskaber, når de forlader skolen. Der er i Danmark gode muligheder for at indhente forsømte skolekundskaber, efter at man har forladt skolen, især via VUC-centrene. Der er særlige tilbud til læsesvage, der er mulighed for at afslutte folkeskolens grunduddannelse ved at tage fagene som enkeltfag, ligesom der er mulighed for at tage studentereksamen eller HF som enkeltfag eller som særligt kursus. Herudover er der daghøjskoletilbud, der tilbyder undervisning af en ikke-kompetencegivende art. Formålet er at øge den enkeltes almene og faglige indsigt og færdigheder og dermed styrke evnen og lysten til at tage ansvar for eget liv og deltage aktivt i samfundslivet.

For langtidsledige stofmisbrugere og andre socialt udsatte er der etableret et landsdækkende uddannelsesforløb for socialt udsatte ledige (projekt ”Next stop job” i Det Fælles Ansvar II), der tidligere har gennemført en uddannelse eller har særlige erhvervsmæssige erfaringer og kompetencer inden for et bestemt fagområde. Målet er, at de kan få genopfrisket deres faglige kompetencer, så mulighederne for aktiverings- eller beskæftigelsesforløb fremmes mest muligt. På de forskellige væresteder er der også fokus på at etablere flere beskæftigelsesfremmende projekter. Yderligere tilbydes der via uddannelsen en mulighed for at indgå i fællesskaber, der skaber struktur på hverdagen og giver mulighed for socialt samvær, øget værdighed og selvrespekt hos den enkelte.

Beskæftigelsestilbud og forsørgelse

Stoffrie misbrugere tilbydes typisk samme beskæftigelsesfremmende tilbud som andre kontanthjælpsmodtagere eller ledige. Stofmisbrugerne i længerevarende substitutionsbehandling tilbydes derimod overvejende aktivitets- og samværstilbud, ofte i tilknytning til et misbrugscenter eller et værested.

For at lette overgangen fra et socialt aktiveringstilbud til egentlig beskæftigelse er der oprettet en pulje til etablering af mentorordninger på væresteder, hvor en person tilknyttet værestedet hjælper udsatte brugere med indslusning på en arbejdsplads og støtter med råd og vejledning om, hvordan man begår sig på en arbejdsplads. Herudover skal mentoren aflaste virksomheden med de vanskeligheder, der kan være forbundet med ansættelsen. Puljen udgør 10 mio. kr. årligt i fire år. Endvidere er der etableret en pulje på fem mio. kr. årligt i fire år til vikarordninger. Det er hensigten, at arbejdsgivere, der ansætter socialt udsatte borgere, skal holdes skadesløse ved den ansattes eventuelle fravær, idet der tilbydes vikardækning ved fravær.

9.2 Forebyggelse af narkotikarelateret kriminalitet

Som nævnt i afsnit 8.3 blev en behandlingsgaranti for stofmisbrugere i fængslerne indført i 2007. Der er nu et bredt tilbud af behandling til indsatte misbrugere og den generelle erfaring fra det første år har været, at de, der gerne vil i behandling, også kommer det. Det har imidlertid vist sig vanskeligt i alle tilfælde at visitere til det mest hensigtsmæssige tilbud, hvilket har gjort opkvalificeringen af visitationsarbejdet aktuel. Der har vist sig at være et stigende behov for afgiftning med en systematisk støtte, som der ikke er mulighed for i dag. Endvidere er der en relativ stor efterspørgsel på efterbehandling, som der for tiden ikke er mulighed for at imødekomme optimalt. Der efterspørges tillige bedre muligheder for inddragelse af pårørende i behandlingssamtaler, ligesom visse særlige grupper af indsatte, fx sædelighedsdømte, har svært ved at indgå i de eksisterende tilbud af hensyn til deres placering på særlige afdelinger af beskyttelseshensyn.

Direktoratet for Kriminalforsorgen har nu identificeret disse behov og er i færd med at afdække muligheder for finansiering til en opkvalificering på de pågældende områder.

For at forbedre overgangen mellem fængselsophold og den efterfølgende frihed udsendte det daværende Socialministerium (nu Velfærdsministeriet) i 1998 et sæt vejledende retningslinjer for samarbejdet mellem de sociale myndigheder og Kriminalforsorgens institutioner og afdelinger. Samarbejdet har dog langt fra altid fungeret tilfredsstillende, selv om behovet for en koordinering er stort. Igangsatte indsatser, herunder behandlingsforløb, falder nemt til jorden, hvis der ikke sker en overlevering ved løsladelse (Ramsbøl 2003). I februar 2006 udsendte Socialministeriet bekendtgørelse nr. 81 om kommunernes pligt til at koordinere handleplaner med Kriminalforsorgen for visse persongrupper. Bekendtgørelsen fastlægger, at Kriminalforsorgen fire uger før en løsladelse skal kontakte kommunen med henblik på en koordinering af handleplaner, og kommunen har ansvar for at følge op på henvendelsen.

Det har vist sig vanskeligt at etablere samarbejdet mellem kommunerne og Kriminalforsorgen. Velfærdsministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Direktoratet for Kriminalforsorgen har derfor fokus på koordineringen af handleplanerne med henblik på at forbedre kvaliteten.

For at understøtte implementering af både den nye og den ældre lovgivning har Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Direktoratet for Kriminalforsorgen i fællesskab i 2006 igangsat et projekt, der skal udvikle, gennemprøve og beskrive metoder til god sagsbehandling ved løsladelse. Deltagere i projektet er tre fængsler,

et antal kommuner, Kriminalforsorgen i Frihed - afdelinger (KIF) og visse misbrugscentre.

Projektet forventes afsluttet ultimo 2008 og vil blive gjort til genstand for drøftelser i kontaktudvalget med henblik på implementering af indstillingen.

10 Det illegale stofmarked

Politiets beslaglæggelsesstatistik viser ikke entydige tendenser over tid i forhold til udbuddet af de forskellige stoffer. Der er store udsving i den beslaglagte mængde stoffer gennem årene, og ofte handler disse udsving i statistikken om, at der er foretaget enkelte store beslag i de enkelte år. På denne måde kan man sige, at beslagstatistikken er en meget grov indikator for udbuddet af stoffer på det illegale marked og er såvel en indikator for udbuddet som en indikator på politiets indsats.

Resultater fra de retskemiske analyser af stofferne de senere år viser, at der er stor variation i renhed og stofkoncentrationen i de illegale stoffer på markedet¹⁶. Variationen ses både i de mere traditionelle stoffer såsom heroin, amfetamin og kokain og i de nye syntetiske stoffer, der typisk optræder i ecstasypiller. Da koncentrationen og indholdet i stofferne derfor ofte er ukendt, indebærer dette en særlig risiko ved indtagelse.

10.1 Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel

Rigspolitiet samler oplysninger, der vedrører produktions- og distributionslande for de illegale stoffer, der beslaglægges i Danmark. Marokko er stadig det væsentligste producentland af hash til det danske marked, og Spanien, Portugal og Holland er de vigtigste distributionslande. Med hensyn til heroin kommer langt den overvejende del til Danmark fra Afghanistan og Pakistan, mens amfetamin, der beslaglægges i Danmark, primært er produceret i Holland og Belgien. En mindre men ikke uvæsentlig del af amfetaminen herhjemme produceres dog også i Polen og de baltiske lande. Langt størstedelen af den beslaglagte ecstasy er produceret i Holland og Belgien. Kokainen produceres primært i Sydamerika og videredistribueres typisk via Spanien og Holland. Store mængder kokain distribueres også til Europa via lande i Vestafrika og lande på Balkan.

Hvad angår tilgængeligheden af stofferne, viser beslaglæggelsesstatistikken, at de forskellige illegale stoffer er spredt i hele Danmark. I stort set alle politikredse ses beslaglæggelse af de forskellige stoffer.

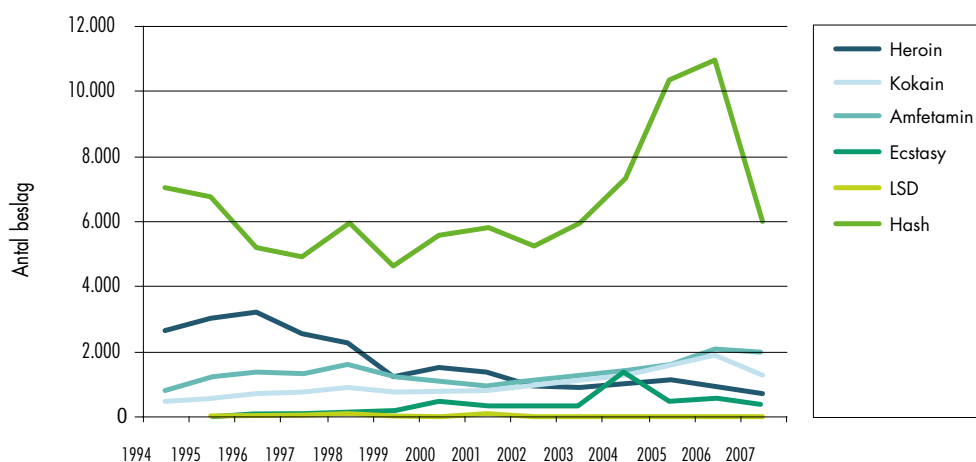
10.2 Beslaglæggelse af stofferne

Politi og toldmyndighederne opgør løbende mængden af beslaglagte illegale stoffer samt antal beslaglæggelser af illegale stoffer, som foretages ved grænserne, lufthavne og havne i forbindelse med større efterforskningssager samt på gadeplan. Oplysninger om beslaglæggelserne indberettes løbende til Rigspolitiets Efterforskningscenter (NEC), som udarbejder og publicerer en årlig statistik (Rigspolitiets Narkotikastatistik).

Det fremgår af Rigspolitiets statistik, at antal beslaglæggelser for de fleste stoffer er steget de senere år. Dog gælder dette ikke fra 2006 til 2007, hvor der er tale om et fald i antal beslag af forskellige stoffer. Dette fald kan både være udtryk for et faldende udbud af stofferne, men kan også være udtryk for en mindre politimæssig indsats i 2007.

¹⁶ Resultater af de særlige retskemiske analyser er baseret på stofprøver fra henholdsvis "Gadeplanprojektet" og fra projektet om overvågning af ecstasypiller, som omtales senere i kapitlet.

Figur 10.2 Narkotikabeslaglæggelser 1994-2007



Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2008

Hvad angår den beslaglagte mængde, ses store udsving for de fleste stoftyper fra år til år. Trods *fald i antal beslag* af de fleste stoffer fra 2006 til 2007 ses af politiets statistik, at ecstasy, kokain og heroin er beslaglagt i stigende mængder. Fx steg mængden af den beslaglagte kokain fra 76 kilo i 2006 til 88 kilo i 2007. Den beslaglagte mængde heroin steg fra 29 kilo i 2006 til 48 kilo i 2007. Endelig blev der beslaglagt 67.680 ecstasypiller i 2007, hvilket er en stigning sammenlignet med 2006, hvor 22.712 piller blev beslaglagt. Som tidligere år bestod enkelte beslag af de forskellige stoffer af store mængder. (Se tabel i annekset over mængden og antal beslag af de forskellige stoffer).

10.3 Renhed, stofkoncentration og priser

I Danmark undersøges beslaglagte stoffer med henblik på at følge udviklingen af renheden og koncentrationen i stofferne samt følge introduktionen af nye misbrugsstoffer på markedet. Nedenfor beskrives resultater fra henholdsvis "Gadeplanprojektet" og "Ecstasyprojektet".

Narkotika i illegal forhandling på gadeplan

Datamaterialet i Gadeplanprojektet består af stikprøvebaserede små beslaglæggelser fra 5 politikredse i Danmark (København, Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg), som afleveres til analyse hos de retskemiske institutter¹⁷. Af tabel 10.3.2. i annekset fremgår fordelingen af beslaglagte stoftyper på landsplan fra 1997 til 2007.

Ud af de 200 analyserede prøver i 2007 bestod 64 % af de centralstimulerende stoffer, amfetamin og kokain. I de senere år har forekomsten af de centralstimulerende stoffer - især kokain - i projektet været stigende, mens forekomsten af heroin har været faldende. 30 % af samtlige prøver i 2007 på landsplan var heroin. Til sammenligning var 74 % af prøverne tilbage til projektets start i 1995 heroin.

¹⁷ Ved den retskemiske undersøgelse registreres identiteten af det illegale stof samt eventuelle tilsætningsstoffer. Endvidere bestemmes prøvens renhed og vægt. Gadeplanprojektet omfatter ikke hash eller andre cannabisprodukter. Hertil kommer, at ecstasy blev ekskluderet fra "Gadeplanprojektet" fra 2003 og overvåges nu selvstændigt. Se "Overvågning af ecstasy-piller" i næste afsnit.

I København er heroin det dominerende stof (50 % af samtlige prøver), mens kokain er det dominerende stof i Århus (37 % af samtlige prøver). Amfetamin dominerer i Ålborg, Esbjerg og Odense (50 %, 48 % og 36 % af samtlige prøver).

Forekomsten af metamfetamin har generelt været stigende de senere år. I 2007 var dog kun 2 % af prøverne i gadeplanprojektet metamfetamin, hvilket er et fald sammenlignet med fx i 2005, hvor 5 % af prøverne bestod af metamfetamin¹⁸. Yderligere 4 % af prøverne indeholdt forskellige stoffblandinger og ikke euforiserende stoffer.

Af tabel 10.3.3 i annekset ses fordelingen imellem heroinbase ("rygeheroin") og heroinklorid (hvid heroin til injektion) fra 1997-2007. Det er stadig heroinbase, der dominerer blandt heroinprøverne på landsplan. I 2007 var fordelingen af heroinbase og heroinklorid henholdsvis 72 % og 28 %. I alle år har der været tendens til, at Odense adskiller sig fra de øvrige dele af landet ved at være domineret af den hvide heroin. I 2007 bestod 92 % af heroinprøverne fra Odense af den hvide heroin til injektion, mens 8 % bestod af heroinbase til rygning.

Renheden af stofferne

Af tabel 10.3.4. fremgår renheden af de forskellige stoffer fra 1997 til 2007 i Gadeplanprojektets stikprøver.¹⁹

Tabel 10.3.4. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1997-2007 (Median af aktivt stof)

	1997*	1998*	1999*	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Heroinklorid	71%	70%	69%	59%	52%	50%	64%	63%	67%	53%	29%
Heroinbase	32%	31%	30%	40%	48%	25%	25%	22%	28%	18%	21%
Amfetaminsulfat	16%	15%	9%	12%	9%	13%	9%	9%	10%	7%	6%
Kokainklorid	57%	51%	54%	37%	43%	36%	37%	24%	25%	18%	16%

Kilde: Kaa et al. 1997 til 2007; Lindholst et al 2008

*I 1997, 1998 og 1999 er der medtaget tal fra Helsingør politikreds

Som vist i tabel 10.3.4. ses ændringer i stoffernes renhed gennem årene. Den generelle tendens er, at renheden i de forskellige stoffer er faldet, dog med årlige udsving. Renheden af den hvide heroin, heroinklorid, er dog faldet væsentlig fra 2006 til 2007.

Igennem årene er ikke påvist væsentlige forskelle i renheden af de enkelte illegale stoffer beslaglagt i forskellige dele af landet, og overalt ses et stort variationsinterval. I alle politikredse er fundet stoffer af både lav og høj renhed på markedet samtidigt. For ingen af stofferne er det muligt at udpege perioder af året, hvor renheden er specielt høj eller lav.

¹⁸ Se også om forekomsten af metamfetamin i ecstasypillerne senere i kapitlet.

¹⁹ Da renheden af de fleste stoffer ikke er normalfordelt, anvendes her medianværdien for renheden frem for den gennemsnitlige renhed. Dette stemmer overens med praksis på de retskemiske institutter.

Overvågning af ecstasypiller

Siden 2001 har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Rigspolitiet og de tre retsmedicinske institutter særligt overvåget ecstasypiller i Danmark. Analyseprøver fra indsendte beslag af ecstasy fra politikredsene til et af de tre retskemiske institutter bliver samlet, og pillerne undersøges og beskrives med hensyn til stofkoncentration, stofsammensætning og udseende²⁰. Løbende kvartalsvis opdatering af analyseresultaterne samt en større årlig rapport findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

I 2007 blev i alt 55.968 ecstasypiller fordelt på 276 beslag sendt fra politikredsene til de retskemiske institutter med henblik på retskemisk undersøgelse. Ifølge Rigspolitiet beslaglagde politikredsene i alt 62.371 ecstasypiller i 2007 fordelt på 432 beslag. Trods intention om at samtlige ecstasybeslag skal indsendes til retskemisk analyse, blev altså kun 276 ud af 432 beslag indsendt og undersøgt, hvilket svarer til 64 % af samtlige beslag.

Logoer, form og farve

Variationen af ecstasy på markedet mht. indhold og udseende er stor. Siden overvågningens start i 2001 er der i alt set 543 forskellige variationer af ecstasypiller. Alene i 2007 er set 63 forskellige varianter. Pillerne er hvide, beige, grå, gule, røde og blå, og næsten altid runde. Dog ses også piller i rudeform, trekantede eller også formet som firkløver. I 2007 indeholder analyserne også 4 kapsler. Blandt prøverne i 2007 fandtes 63 forskellige logoer, og 3 af disse logoer er ikke set tidligere. Sidende dame, Kirsebær, 007 og Firkløver er langt de hyppigste logoer blandt prøverne i 2007. Mange af logoerne over årene findes kun i én variant, mens andre piller med samme logo findes i flere varianter. Eksempelvis er der fra overvågningens start fundet 46 varianter af piller med et Mitsubishi logo. Pillerne varierer hvad angår diameter, farve, vægt, højde, type og mængde af aktivt stof.

Nye indholdsstoffer

”Nye” og farlige stoffer dukker løbende op i ecstasypiller – både i Danmark og i det øvrige Europa. I Danmark blev i 2005 i alt 8 nye indholdsstoffer identificeret i pillerne. I 2006 ses ingen nye stoffer, mens der i 2007 igen er dukket ét nyt stof, Methylon, op. Methylon er nu, efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, omfattet af narkotikalovgivningen. I 2007 er der også for første gang påvist LSD i pillerne.

I 2007 indeholdt 90 % af de analyserede prøver MDMA (ecstasy) alene. 8 % indeholdt ikke MDMA overhovedet, mens 2 % indeholdt MDMA kombineret med et eller flere andre aktive stoffer.

²⁰ I databasen indgår ikke kun piller med MDMA (ecstasy), men alle beslaglagte tabletter med et ikke professionelt udseende, vurderet ved logo, farve og presning. Endvidere indgår tabletter, hvor der ved efterfølgende kemiske analyser er påvist syntetiske stoffer eller andre euforiserende stoffer, som ikke forekommer i lægemidler.

Tabel 10.3.5. Forekomsten af indholdsstoffer i ecstasy fra 2003 til 2007

	2003 (n= 337)	2004 (n=498)	2005 (n=335)	2006 (n=434)	2007 (n=311)
MDMA	96 %	85 %	43 %	63 %	90 %
MDMA + andet	1 %	15 %	50 %	34 %	2 %
Intet MDMA	3 %	0 %	7 %	3 %	8 %

Kilde: Retskemisk afdeling, Århus Universitet, 2008

I tidligere år, har indholdet af MDMA alene som vist i tabel 10.3.5 varieret mellem 43 % og 96 %.

I 2007 indeholdt 1 % af prøverne kombinationen MDMA og amfetamin/og eller metamfetamin. Denne blandingskombination var i så mange som 31 % af prøverne i 2006. De såkaldte piperaziner (mCPP og TFMPP), der er relativt nye aktive stoffer i Danmark, fortsætter med at være på markedet i 2007.

Høj og lav stofkoncentration

Koncentrationen af de forskellige aktive stoffer i pillerne varierer voldsomt, hvilket udgør en særlig risiko for forgiftning ved indtagelse. I 2007 varierer mængden af MDMA mellem 8 mg og 113 mg. pr. tablet med en gennemsnitlig mængde MDMA på 55 mg. Trods en lille stigning i 2007 sammenlignet med år 2006 i den gennemsnitlige mængde MDMA pr. pille, er der tale om et fald i mængden af MDMA gennem årene.

Alt andet lige synes ecstasy på markedet at være uforudsigelig mht. styrke, indholdsstoffer og stofkombinationer.

Den systematiske ecstasyovervågning i Danmark vurderes at give et godt overblik over, hvilke ecstasypiller der findes på markedet herhjemme, og hvad de indeholder. Overvågningen giver også hurtig information om nye syntetiske stoffer på det illegale marked, der blandt andet gør myndighederne i stand til at indstille og kontrollere stoffer løbende. Dog er der stadig beslag, der ikke indsendes fra politikredse (36 % af samtlige beslag), og som alt andet lige ville kvalificere overvågningen. Hertil kommer, at langt fra al ecstasy, der distribueres og sælges på markedet i Danmark, beslaglægges. Retskemisk Institut i Århus lavede i 2007 en undersøgelse, der skønnede, at kun 5 % af pillerne, der florerer på det danske marked, beslaglægges og dermed gøres til genstand for mulig retskemisk analyse.

Priser

Rigspolitiet vurderer, at prisen på hash på gadeplan er på omkring 40-50 kroner pr. gram. Prisen på hash ligger ikke længere fast, som den gjorde tidligere. Politikredse melder bredt om priser på mellem 25-75 kroner for et gram hash. Prisen pr. gram heroin ved salg på gadeplan anslås at være på mellem 1.000-1.400 kroner for den hvide heroin og mellem 500 og 800 kroner for den brune heroin. Prisen for kokain på gadeplan anslås at være mellem 400 - 600 kroner pr. gram. For amfetamin anslås prisen på gadeplan at ligge mellem 100 til 200 kroner pr. gram, mens prisen for en ecstasy-pille anslås at ligge mellem 30 og 50 kr., hvilket er svagt faldende fra tidligere år. Hvad angår priserne på de forskellige stoffer, er der store variationer i de forskellige dele af landet, lige som det bemærkes, at prisniveauet for handel med narkotika på gadeplan følger almindelige kendte markedskræfter og derfor kan variere på baggrund af blandt andet udbud, efterspørgsel og kvalitet.

11 Domfældelsesstatistik

Dansk narkotikakontrolpolitik er siden 2004 blevet ændret på en række punkter. Værdigrundlaget for ændringerne er beskrevet i Regeringens handlingsplan Kampen mod Narko (2003). Intentionerne er siden blevet gennemført i en række lovændringer med skærpene indhold, hvad angår straffen for såvel besiddelse, overdragelse og senest kørsel under påvirkning af euforiserende stoffer.

De vigtigste ændringer er indeholdt i lov nr. 218 af 31. marts 2004 om ændring af straffeloven og retsplejeloven (Ændring af strafferammer og bestemmelser om straffastsættelse mv.), lov nr. 445 af 9. juni 2004 om ændring af lov om euforiserende stoffer og straffuldbyrdelsesloven (Skærpet indsats mod narko mv.), lov nr. 526 af 6. juni 2007 om ændring af lov om euforiserende stoffer (Højere bøder i narkosager) og lov nr. 524 af 6. juni 2007 om ændring af færdselsloven (Alkoholkoncentration i udåndingsluft, nulgrænse for euforiserende stoffer mv.).

Især lov om ændring af lov om euforiserende stoffer og straffuldbyrdelsesloven (Skærpet indsats mod narko) indeholder en række væsentlige ændringer af den hidtidige kontrolpolitik. Følgende fremgår af bemærkningerne til loven: ”Formålet med lovforslaget er for det første at skærpe retshåndhævelsen ved besiddelse af ulovlige euforiserende stoffer. Hermed sendes der et stærkere signal om, at enhver besiddelse af og handel med euforiserende stoffer er ulovlig og har klare strafferetlige konsekvenser. Formålet er endvidere at skærpe straffen for salg i visse miljøer af ulovlige euforiserende stoffer med henblik på at sikre en bedre beskyttelse af unge, der færdes på diskoteker, restauranter og lignende.”

Yderligere blev bødesatserne for besiddelsesforseelser hævet i 2007. Af bemærkningerne til lov om ændring af lov om euforiserende stoffer (Højere bøder i narkosager) fremgår følgende: ”Hermed understreges det, at ulovlig besiddelse af euforiserende stoffer har klare strafferetlige konsekvenser. Samtidig lægges der op til, at sådanne sager i videre omfang end i dag skal kunne afgøres med advarsel i tilfælde, hvor sociale forhold taler for at meddele en advarsel, og vedkommendes brug af euforiserende stoffer skyldes en stærk afhængighed.”

Endelig blev det ved lov om ændring af færdselsloven (Alkoholkoncentration i udåndingsluft, nulgrænse for euforiserende stoffer mv.) gjort strafbart at føre eller forsøge at føre et motordrevet køretøj for personer, hvis blod indeholder euforiserende stoffer, som er klassificeret som farlige for færdselssikkerheden. Med loven blev der indført en nulgrænse for kørsel med euforiserende stoffer i blodet. Ifølge de tidligere gældende regler var det ikke i sig selv ulovligt at køre med euforiserende stoffer i blodet, medmindre føreren af køretøjet var ude af stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende vis.

Kapitlet gennemgår og analyserer den aktuelle situation, hvad angår det typiske udfald af sager vedrørende henholdsvis besiddelse og salg af euforiserende stoffer.

11.1 Bøde for besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug

Besiddelse af mindre mængder euforiserende stoffer til eget forbrug er i udgangspunktet en bødeforseelse. Undtagelserne er, at der kan være konkrete grunde, der

taler for, at det er besiddelse med henblik på overdragelse, eller at det er mere formålstjenstligt at nøjes med en advarsel.

I håndhævelsen af dansk narkotikakontrolpolitik har det traditionelt været en hjørnesteen at skelne mellem brugere og forhandlere, samt mellem cannabis og ”hårde” stoffer (Storgaard 2000).

Besiddelse af små mængder cannabis til eget forbrug blev i 2004 – ved lov – gjort til en bødeforfeelse. En advarsel for besiddelse af små mængder cannabis til eget brug kan således ikke længere ”i almindelighed” meddeles, jf. ændringen i lov om euforiserende stoffer § 3, stk. 1. Vurderingen af, hvorvidt der er tale om besiddelse til eget forbrug, beror på en konkret vurdering og betinges overvejende af mængden, jf. tabel 11.1. Findes en person i besiddelse af euforiserende stoffer, der overstiger nedenstående mængder, vil det typisk anses for at være med henblik på overdragelse og medføre frihedsstraf. Mængder under de nedenstående kan ligeledes vurderes at være tiltænkt videresalg, eksempelvis hvis der forekommer portionsopdeling af stofferne, poser eller vægte, jf. Rigsadvokatens meddelelse nr. 6/2006 (rettet september 2008).

Tabel 11.1. Mængde euforiserende stoffer, der anses som besiddelse til eget forbrug

10 gram hash
50 gram marihuana
100 gram hampeplanter
0,2 gram heroin/kokain/morfinbase
1,0 gram råopium
0,5 gram amfetamin
1,0 gram cannabiol/hasholie
10 stk. lægemiddeltabletter
5 stk. morfinpiller
1-2 stk. ecstasypiller

Kilde: Rigsadvokatens meddelelse nr. 6/2006 (rettet september 2008)

I forbindelse med aktioner rettet mod hashmarkedet i København har det været politiets erfaring, at hashesælgere ikke tager bøderne alvorligt. Indtjeningen ved salget opvejer bødens størrelse (Andersen 2006). Bødesatserne for førstegangsbesiddelse af hash til eget forbrug blev hævet med lov om ændring af lov om euforiserende stoffer (Højere bøder i narkosager), fra 500 kroner til 2000 kroner. Gentagelse og mængde er skærpende omstændigheder, som det fremgår af tabel 11.1.1 og 11.1.2.

Tabel 11.1.1. Rigsadvokatens reviderede bødekatalog, Liste A

Liste nr./stofnavn	Stofmængde	1. gangstilfælde	2. gangstilfælde (50 %)	3 gangstilfælde og senere (100 %)
A 1 Hash	-9,9 gram	2.000 kr.	3.000 kr.	4.000 kr.
	10-49,9 gram	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	50-99,9 gram	5.000 kr.	7.500 kr.	10.000 kr.
A 1 Marihuana	-49,9 gram	2.000 kr.	3.000 kr.	4.000 kr.
	50-249,9 gram	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	250-499,9 gram	5.000 kr.	7.500 kr.	10.000 kr.
A1 Hampeplanter	-99,9 gram	2.000 kr.	3.000 kr.	4.000 kr.
	100-249,9 gram	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	250-999,9 gram	5.000 kr.	7.500 kr.	10.000 kr.
A 2 Khat	-999 gram	2.000 kr.	3.000 kr.	4.000 kr.
	1.000-4.999 gram	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	5.000-9.999 gram	5.000 kr.	7.500 kr.	10.000 kr.
A3 Heroin	0,9 gram	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	1-2,9 gram	6.000 kr.	9.000 kr.	12.000 kr.
	3-4,9 gram	8.000 kr.	12.000 kr.	16.000 kr.
A 4 LSD	-9 dosis	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	10-19 dosis	6.000 kr.	9.000 kr.	12.000 kr.
	20-49 dosis	8.000 kr.	12.000 kr.	16.000 kr.

Kilde: Rigsadvokatens meddelelse nr. 6/2006 (rettet september 2008)

Tabel 11.1.2. Rigsadvokatens reviderede bødekatalog, Liste B

Liste nr./stofnavn	Stofmængde	1. gangstilfælde	2. gangstilfælde (50 %)	3. gangstilfælde og senere (100 %)
B12 Amfetamin	-0,9 gram	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	1-2,9 gram	6.000 kr.	9.000 kr.	12.000 kr.
	3-4,9 gram	8.000 kr.	12.000 kr.	16.000 kr.
B29 Kokain	-0,9 gram	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	1-2,9 gram	6.000 kr.	9.000 kr.	12.000 kr.
	3-4,9 gram	8.000 kr.	12.000 kr.	16.000 kr.
B 74 Ecstasy	-3 tabletter	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	4-11 tabletter	6.000 kr.	9.000 kr.	12.000 kr.
	12-19 tabletter	8.000 kr.	12.000 kr.	16.000 kr.
B 93 Morfinbase og morfinklorid	-0,9 gram	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	1-2,9 gram	6.000 kr.	9.000 kr.	12.000 kr.
	3-4,9 gram	8.000 kr.	12.000 kr.	16.000 kr.
B93 Morfinpiller	-9 tabletter	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	10-29 tabletter	6.000 kr.	9.000 kr.	12.000 kr.
	30-49 tabletter	8.000 kr.	12.000 kr.	16.000 kr.
B 106 Råopium	-0,9 gram	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	1-2,9 gram	6.000 kr.	9.000 kr.	12.000 kr.
	3-4,9 gram	8.000 kr.	12.000 kr.	16.000 kr.
Lægemidler, bl.a. dobesin, stesolid, metadon og ketogan	-49 tabletter	3.000 kr.	4.500 kr.	6.000 kr.
	50-99 tabletter	6.000 kr.	9.000 kr.	12.000 kr.

Kilde: Rigsadvokatens meddelelse nr. 6/2006 (rettet september 2008)

Retningslinjerne for undtagelser i form af sociale hensyn, betinget af afhængighed og økonomisk stilling, gør det stadig muligt for politiet at meddele en advarsel frem for en bøde. Mulighederne for at benytte undtagelserne blev med lov om ændring af lov om euforiserende stoffer (Højere bøder i narkosager) udvidet parallelt med, at bødeniveauerne hævedes.

11.2 Salg af euforiserende stoffer

Hovedreglen er, at videreoverdragelse af euforiserende stoffer – bortset fra små mængder hash – straffes med fængselsstraf, jf. Rigsadvokatens meddelelse nr. 6/2006 (rettet september 2008). Strafniveauet for salg af små mængder heroin og kokain nedenfor. Domspraksis har etableret, at amfetamin og ecstasy betragtes som 2/3 så farligt som heroin (Rigsadvokatens meddelelse nr. 6/2006 (rettet september 2008)).

Ifølge Rigsadvokatens meddelelse nr. 6/2006 (rettet september 2008) er anklagemyndighedens strafpåstande for salg af små mængder heroin og kokain som følger:

1. gang

- 1 – 2 handler: 10 dages fængsel
- 3 – 4 handler: 14 – 20 dages fængsel
- 5 – 10 handler: 30 – 60 dages fængsel
- 11 handler eller mere: Min. 3 måneders fængsel

2. gang

- 1-2 handler: 30 – 60 dages fængsel
- 3 handler: 3 måneders fængsel
- 4 handler eller mere: Min. 4 måneders fængsel

3. gang

- 1 handel: 4 måneders fængsel

Med vedtagelsen af lov om ændring af lov om euforiserende stoffer og straffuldbyrddelsesloven (Skærpet indsats mod narko) er lokaliteten for salget blevet en strafudmålingsfaktor. Foregår salget eller en vederlagsfri overdragelse med henblik på senere salg på restaurationer, herunder diskoteker, eller ved koncerter eller musikfestivaler eller ved andre arrangementer, hvor det typisk hovedsagelig er børn og unge mennesker, der deltager, er det at betragte som ”en betydeligt skærpene omstændighed”, og der blev ved lovændringen tilsigtet en skærpelse af straffen med 1/3, jf. bemærkningerne til lovforslaget.

11.3 Anmeldelser og afgørelser

De ovenfor omtalte ændringer har således haft indflydelse på strafudmålingen og den øvre grænse for straffens længde.

Endvidere kan det nævnes, at strafferammen i straffelovens § 191 blev ændret i 2004 med lov om ændring af straffeloven og retsplejeloven (Ændring af strafferammer og bestemmelser om straffastsættelse mv.). Strafferammerne for den mest alvorlige narkotikakriminalitet blev hævet fra fængsel indtil 6 år og under skærpene omstændigheder indtil 10 år, til nu fængsel indtil 10 år og under skærpene

omstændigheder indtil 16 år. Formålet med lovændringen var at give mulighed for en større graduering af strafudmålingen i de groveste tilfælde.

Strafferammen efter lov om euforiserende stoffer er bøde eller fængsel indtil 2 år.

Hvorvidt en anmeldelse for narkotikakriminalitet henføres under lov om euforiserende stoffer eller straffelovens § 191 afhænger af strafværdighed, hvilket overvejende betinges af mængden og typen af stof (Jepsen og Laursen 2002). Ved salg, indsmugling og besiddelse med henblik på videreoverdragelse mv. af de i tabel 11.3 angivne mængder rejses der i almindelighed tiltale efter straffelovens § 191, men der er i praksis visse overlap (Storgaard 1992).

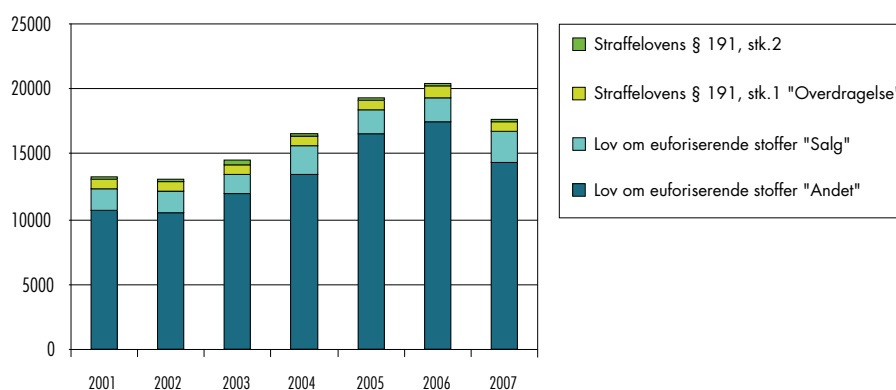
Tabel 11.3 Grænsen for brug af lov om euforiserende stoffer i forhold til straffelovens § 191

Hash	Ca. 10 kg
Marihuana	Ca. 10 – 15 kg
Råopium	Ca. 500 gram
Morfinbase	Ca. 100 gram
Heroin	Ca. 25 gram
Kokain	Ca. 25 gram
Amfetamin	Ca. 50 gram
Ecstasy	Ca. 150-200 tabletter
Centralstimulerende piller	Ca. 5000 stk.
Stimulerende lægemidler	Ca. 5000 stk.
Beroligende lægemidler	Ca. 5000 stk.
Smertestillende lægemidler	Ca. 3000 stk.

Kilde: Rigsadvokatens meddelelse nr. 6/2006 (rettet september 2008)

Figur 11.3 nedenfor viser, at der siden 2001 har været en markant stigning i antallet af anmeldelser for narkotikakriminalitet.

Figur 11.3. Antal anmeldelser for narkotikakriminalitet



Kilde: Tabel udarbejdet af Justitsministeriets Forskningsenhed, baseret på særlige filer fra Danmarks Statistik

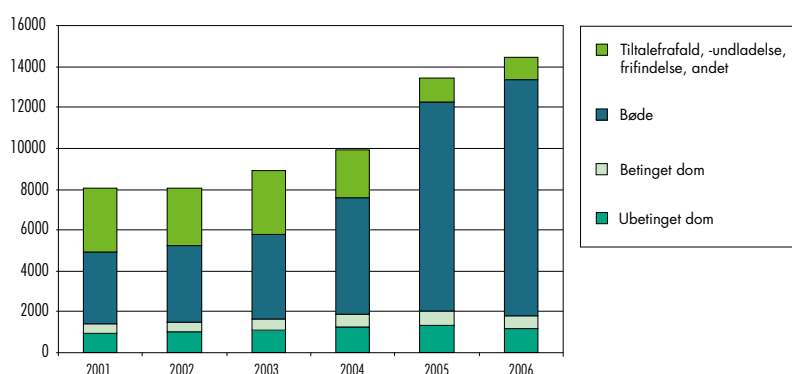
I absolutte tal er den samlede stigning i anmeldelser gået fra 13.156 til 17.665, fra 2001 til 2007 med 20.327 som maksimum i 2006. Det svarer til en relativ stigning i det samlede antal anmeldelser på 34 % mellem 2001 og 2007. Stigningen er båret af de mange sager i kategorien "Lov om euforiserende stoffer – Andet".

Anmeldelser efter lov om euforiserende stoffer er steget med 39 % mellem 2001 og 2007, mens anmeldelser efter straffelovens § 191 er steget med 12 % i samme periode. I absolutte tal drejer det sig om en stigning fra 12.290 til 16.691 anmeldelser efter lov om euforiserende stoffer og en stigning fra 866 anmeldelser i 2001 til 974 anmeldelser i 2007 efter straffelovens § 191.

Sammenholdt med det overordnede kriminalitetsbillede udgjorde anmeldelser efter lov om euforiserende stoffer i 2007 ca. 25 % af samtlige særlovsovertrædelser mod 19 % i 2001. Anmeldelser efter straffelovens § 191 udgjorde i 2007 ca. 0,2 % af samtlige straffelovsovertrædelser, hvilket svarer omtrent til niveauet i 2001.

Figur 11.4 nedenfor viser fordelingen af afgørelser i sager om narkotikakriminalitet.

Figur 11.4 Fordeling af afgørelser 2001-2006



Kilde: Tabel udarbejdet af Justitsministeriets Forskningsenhed, baseret på særlige filer fra Danmarks Statistik

Tallene for anmeldelser og afgørelser indikerer, at retshåndhævelsesindsatsen er intensiveret for så vidt angår lovovertrædelser, der involverer mindre kvanta og/eller cannabis, i overensstemmelse med de politiske intentioner om at ”skærpe retshåndhævelsen ved besiddelse af ulovlige euforiserende stoffer”, jf. bemærkningerne til lov om ændring af lov om euforiserende stoffer og straffuldbyrdelesloven (Skærpet indsats mod narko) (forfatterens fremhævelse).

Konsekvensen er, at besiddelse af euforiserende stoffer i dag som udgangspunkt minimum straffes med en bøde.

Kategorien ”lov om euforiserende stoffer - andet”, i figur 11.3., antages langt overvejende at bestå af sager om besiddelse af euforiserende stoffer, hvilket underbygges af, at Københavns Politi i 2005 skrev, at man ”også gik efter køberne” (Københavns Politis Virksomhedsberetning 2005, side 64).

Den relative vægtning af anmeldelser af sager om besiddelse til eget brug i forhold til den samlede registrerede narkotikakriminalitet er en velegnet komparativ indikator (EMCDDA 2008, Kilmer 2002). Det er desværre ikke muligt, på baggrund af de eksisterende data, at sige nøjagtig hvilken andel af kategorien ”Lov om euforiserende stoffer - andet”, der er ulovlig besiddelse af euforiserende stoffer. Kategorien indeholder ligeledes mindre sager om ulovlig import og produktion, hvis antal ikke kendes.

Anneks

Referenceliste

- Andersen, M. (2006). Hvad sker der på Christiania? www.politiforbund.dk.
- AiD (2008). Alkohol i Danmark - Voksnes alkoholvaner og holdninger til alkoholpolitik. Sundhedsstyrelsen, Statens institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet.
- EMCDDA (2008). A Cannabis Reader. Global Issues and Local Experiences, Monograph Series 8, Volume 2, EMCDDA, Lisbon.
- ESPAD (1997). The 1995 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. CAN og Pompidou Group, Stockholm.
- ESPAD (2000). The 1999 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. CAN og Pompidou Group, Stockholm.
- ESPAD (2004). The 2003 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. CAN og Pompidou Group.
- ESPAD (2007, unpublished). The 2007 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 36 European Countries. CAN og Pompidou Group.
- Handlingsplan (2003). Kampen mod narko, Regeringen, København.
- Jepsen, J. og Laursen, L. (2002). Outline of the legal system of Denmark, EMCDDA Insights Series, Number 5, Prosecution of drug users in Europe – Varying pathways to similar objectives, Luxemburg.
- Kilmer, B. (2002). Do Cannabis Possession Laws Influence Cannabis Use? Cannabis Report 2002, Ministry of Public Health of Belgium, Bruxelles.
- Kaa, E., Johansen M., Müller I.R., Rollmann, D. (2006). Narkotika på gadeplan 2005. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.
- Kaa, E., Nielsen, E. & Simonsen K.W. (1997). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1996. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.
- Kaa, E., Nielsen, E. & Simonsen K.W. (1998). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1997. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.
- Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W., Rollmann, D. (1999). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1998. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.
- Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W., Rollmann, D. (2000). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1999. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W., Rollmann, D. (2001). Narkotika på gadeplan 2000. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

Kaa, E., Nielsen, E., Rollmann, D., Breum Müller I., Findal Andersen M. (2002). Narkotika på gadeplan 2001. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

Kaa, E., Nielsen, E., Rollmann, D., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2003). Narkotika på gadeplan 2002. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

Kaa, E., Nielsen, E., Rollmann, D., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2004). Narkotika på gadeplan 2003. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

Kaa, E., Nielsen, E., Rollmann, D., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2005). Narkotika på gadeplan 2004. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

Kaa, E., Nielsen, E., Rollmann, D., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2006). Narkotika på gadeplan 2005. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

Laursen D. (2007). Smash – information og rådgivning om hash via sms. Evalueringsrapport. Evalueringsrapport fra projektet for Vestsjællands Amts Misbrugscenter og Frederiksbergs Kommunes Rådgivningscenter, januar 2007

Lindholst C., Nielsen, E., Rollmann D., Worm-Leonhard M., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2007). Narkotika på gadeplan 2006. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

Lindholst C., Nielsen, E., Rollmann D., Worm-Leonhard M., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2008). Narkotika på gadeplan 2007. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

MULD-rapport 2000 nr. 1 (2002). Unge Livsstil og Dagligdag 2000 – forbrug af tobak, alkohol og stoffer. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

MULD-rapport 2001 nr. 2 (2003). Unge Livsstil og Dagligdag 2001 – geografiske forskelle og ligheder. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

MULD-rapport 2002 nr. 3 (2004). Unge livsstil og dagligdag 2002 – aldersforskelle i sundhedsvaner og trivsel. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

MULD-rapport 2003 nr. 4 (2005). Unge livsstil og dagligdag 2003. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

MULD-rapport 2004 nr. 5 (2005). Unge livsstil og dagligdag 2004. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

MULD-rapport nr. 6 (2007). Unge livsstil og dagligdag 2006. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse. .

Ramsbøl, H. (2003). Kriminalforsorgens og de sociale myndigheders samarbejde: om udmøntningen af De Vejledende Retningslinier for samarbejdet mellem Kriminalforsorgens institutioner og afdelinger og de sociale myndigheder. Esbjerg, Formidlingscentret for socialt arbejde.

Retskemisk Afdeling, Århus Universitet (2008). Ecstasy i Danmark 2007. Rapport til Sundhedsstyrelsen 2008.

Rheinländer, T. & Nielsen, G.A. (2007). Unge livsstil og dagligdag 2006. Udgivet af Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.

Rigsadvokatens meddelelse nr. 6/2006 (rettet september 2008). Sanktionspåstande mv. i narkotikasager, København.

Rigspolitiet (2008). Narkotikastatistik 2007. Rigspolitiet, NEC (Nationalt Efterforskningsstøttecenter), København.

Stentoft, A. et al. (2005). Forgiftningsdødsfald blandt narkomaner i 2002. Ugeskrift for læger 167/18, 2. Maj 2005.

Storgaard, A. (1992). Straf for narkotikahandel. Skrifter fra Center for Alkohol- og Narkotikaforskning Vol.1, Nr.1, Aarhus Universitet.

Storgaard, L. (2000). Konstruktionen af dansk narkotika kontrolpolitik siden 1965. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.

Sundhedsstyrelsen (2005). Unge stofmisbrugere i behandling 1996 – 2003. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2006). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Stofmisbrugere i Danmark 1996-2005. November 2006.

Sundhedsstyrelsen (2008). Roskilde festival against Drugs – evaluering 2007.

Sundhedsstyrelsen (2008a). Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Vejledning nr. 42 af 1. juli 2008.

SUSY 1994 (1995). Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 og udviklingen siden 1987. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (nu SIF).

SUSY 2000 (2002). Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 – og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed (SIF).

SUSY 2005 (2006). Sundhed og Sygelighed i Danmark 2005 – og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed (SIF), notat af Niels Kr. Rasmussen og Ola Ekholm, sept 2006).

Videns- og Formidlingscenter for Socialt udsatte (2006). Undersøgelse af unge under 18 år med misbrugsproblemer.

Århus Universitet, Retskemisk Afdeling (2007). Det danske ecstasymarked – et strategisk perspektiv. Rapport til Rigspolitiet 2007.

Hjemmesider

Festival Danmark www.festivaldanmark.dk

Hash Rådgivning via sms www.smash.dk

Københavns Kommunes SundhedsTeam www.hjemlosesundhed.dk

Sundhedsstyrelsen www.sst.dk

De anvendte undersøgelser

"Alkohol i Danmark - Voksnes alkoholvaner og holdninger til alkoholpolitik" (AiD 2008), Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet.

En landsdækkende undersøgelse gennemført i foråret 2008 baseret på en regions- og aldersstratificeret stikprøve på 7.000 danskere på 16 år og opefter. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer og en internetversion. Det trykte spørgeskema blev sendt til alle i stikprøven, og i det medfølgende brev blev der opfordret til at besvare spørgeskemaet på internettet. Der blev opnået en samlet deltagelsesprocent på 57 %. Spørgsmål om en række euforiserende stoffer blev stillet til alle aldersgrupper. Svarpersonerne blev bedt om at angive, om de nogensinde havde brugt det pågældende stof, og i så fald om det var inden for den seneste måned, det seneste år eller tidligere, og hvor gammel svarpersonen var, da vedkommende havde prøvet stoffet første gang. De samme spørgsmål blev stillet i de danske sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY-undersøgelserne). Endvidere blev svarpersonerne spurgt, om de kender nogen, der bruger nogle af de pågældende stoffer, samt hvor mange dage i løbet af den seneste måned, de har brugt hash.

"Monitorering af unges livsstil og dagligdag 2002" (MULD 2002), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse

Sundhedsstyrelsen gennemførte igen i 2002 i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse en repræsentativ undersøgelse af de 16-20-åriges livsstil og dagligdag. Der blev ved systematisk udvælgelse udtrukket 2041 unge mellem 16 og 20 år. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer. Undersøgelsen opnåede en svarprocent på ca. 70 %.

"Monitorering af unges livsstil og dagligdag 2003" (MULD 2003), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse

Sundhedsstyrelsen gennemførte igen i 2003 i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse en repræsentativ undersøgelse af de 16-20-åriges livsstil og dagligdag. Der blev ved systematisk udvælgelse udtrukket 1768 unge mellem 16 og 20 år. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer. Undersøgelsen opnåede en svarprocent på 60 %.

"Monitorering af unges livsstil og dagligdag 2004" (MULD 2004), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse

Sundhedsstyrelsen gennemførte igen i 2004 i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse en repræsentativ undersøgelse af de 16-20-åriges livsstil og dagligdag. Der blev ved systematisk udvælgelse udtrukket 1772 unge mellem 16 og 20 år. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer. Undersøgelsen opnåede en svarprocent på 58 %.

"Monitorering af unges livsstil og dagligdag 2006" (MULD 2006), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse

En særlig undersøgelse om trivsel, sundhed og sundhedsvaner blandt 16-20-årige i Danmark.

**”Monitorering af unges livsstil og dagligdag 2006” (MULD 2006),
Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse**

Sundhedsstyrelsen gennemførte igen i 2006 i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse en repræsentativ undersøgelse af de 16-20-åriges livsstil og dagligdag. Der blev ved systematisk udvælgelse udtrukket 1964 unge mellem 16 og 20 år. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer. Undersøgelsen opnåede en svarprocent på ca. 68%.

”Rusmiddelforbruget – i folkeskolens afgangsklasse og udviklingen fra 1995-1999” Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, Aarhus Universitet (Sabroe & Fonager 2002)

Rapporten tog udgangspunkt i den danske del af ESPAD 1999 (Se ovenfor). I rapporten var stikprøven udvidet i forhold til ESPAD 1999, så den omfattede elever i 9.klasse. Således blev medtaget, foruden de 15-16-årige, også de 14- og 17-årige, som gik i 9. klasse. Dette udvidede antallet af deltagende elever til 1750.

Skolebørnsundersøgelsen 2002. Health Behaviour in school-aged Children (HBSC). (Pernille Due & Bjørn E. Holstein 2003)

Rapporten beskriver den danske del af WHO's undersøgelse om børn og unges sundhed. For første gang, er der i denne undersøgelse medtaget spørgsmål om de 15-åriges brug af hash og ecstasy. Det er tale om en anonym spørgeskemaundersøgelse foretaget i folkeskolernes klasselokaler. Stikprøven hvad angår stofbruget er på 1418 unge.

”Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 og udviklingen siden 1987” Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi 1994 (nu SIF) (Kjøller et al. 1995)

En landsdækkende undersøgelse gennemført i 1994 blandt et repræsentativt udsnit af befolkningen over 16 år. Undersøgelsen omfattede spørgsmål om en lang række sundhedsemner. Der blev ved tilfældig udvælgelse udtrukket en stikprøve på 6000 personer fra det centrale personregister. Spørgsmål om brug af euforiserende stoffer er stillet til aldersgruppen 16-44 år. I denne aldersgruppe indgår i alt 2.521 personer. Dataindsamlingen blev gennemført som personlige interviews i hjemmet. Der blev opnået en samlet besvarelsesprocent på 78 %.

**”Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 – og udviklingen siden 1987”
Statens Institut for Folkesundhed (SIF) 2000 (Kjøller & Rasmussen 2002)**

En landsdækkende undersøgelse gennemført med tre dataindsamlingsrunder i februar, maj og september 2000 blandt et repræsentativt udsnit af befolkningen over 16 år. Undersøgelsen omfattede som i 1994 spørgsmål om en lang række sundhedsemner. Der blev ved tilfældig udvælgelse udtrukket tre stikprøver, der i alt omfattede 22.486 personer. Dataindsamlingen blev gennemført som personlige interviews i svarpersonernes hjem. Supplerende fik interviewpersonerne udleveret et spørgeskema, som de selv skulle udfylde og indsende. Spørgsmål om euforiserende stoffer blev stillet i det selvadministrerede spørgeskema til alle aldersgrupper. Der er opnået interviews med 16.690 personer – en samlet besvarelsesprocent på 74,2 %. Det selvadministrerede spørgeskema blev besvaret af 63,4 % af de udtrukne svarpersoner.

”Sundhed og Sygelighed i Danmark 2006 – og udviklingen siden 1987”

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) 2006 (Notat af Niels Kr. Rasmussen og Ola Ekholm, sept 2006)

En landsdækkende undersøgelse gennemført fra maj 2005 til marts 2006 blandt et repræsentativt udsnit af befolkningen over 16 år. Undersøgelsen omfattede som i 1994 og 2000 spørgsmål om en lang række sundhedsemner. Der blev ved tilfældig udvælgelse udtrukket stikprøver, der i alt omfattede 21.832 personer. Dataindsamlingen blev gennemført som personlige interviews i svarpersonernes hjem. Supplerende fik interviewpersonerne udleveret et spørgeskema, som de selv skulle udfylde og indsende. Spørgsmål om euforiserende stoffer blev stillet i det selvadministrerede spørgeskema til alle aldersgrupper. Der er opnået interviews med 14.566 personer – en samlet besvarelsesprocent på 66,7 %. Det selvadministrerede spørgeskema blev besvaret af 51,5 % af de udtrukne svarpersoner.

”The 1995 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries” CAN og Pompidou Group (Hibell et al. 1997)

En fælleseuropæisk undersøgelse (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) gennemførtes i 1995 som en skoleundersøgelse om unge og deres forhold til rusmidler. Undersøgelsen blev i Danmark gennemført blandt et repræsentativt udvalg af 15-16-årige i 9. klasser på tilfældigt udvalgte folke-, privat- og efterskoler. Dataindsamlingen foregik ved, at interviewpersonerne fik spørgeskemaet udleveret i klasselokalerne. I alt deltog 2234 elever i Danmark, hvilket svarede til en svarprocent på ca. 90 %.

”The 1999 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries” CAN og Pompidou Group (Hibell et al. 2000)

I 1999 blev undersøgelsen fra 1995 gentaget blandt et repræsentativt udvalg af 15-16-årige skoleelever i 9. klasser på tilfældigt udvalgte folke-, privat- og efterskoler. Dataindsamlingen foregik ved, at interviewpersonerne fik spørgeskemaet udleveret i klasselokalerne. I alt deltog 1548 elever i Danmark, hvilket svarede til en svarprocent på ca. 91,7 %.

”The 2003 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries” CAN og Pompidou Group

I 2003 blev gentaget undersøgelsen fra 1995 og 1999 blandt et repræsentativt udvalg af 15-16-årige skoleelever i 9. klasser på tilfældigt udvalgte folke-, privat- og efterskoler. Dataindsamlingen foregik ved, at interviewpersonerne fik spørgeskemaet udleveret i klasselokalerne. I alt deltog 2519 elever i Danmark, hvilket svarede til en svarprocent på ca. 89,2 %.

The 2007 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 36 European Countries” CAN og Pompidou Group (upubliceret)

I 2007 blev undersøgelsen fra 1995, 1999 og 2003 gentaget i et repræsentativt udvalg af 15-16-årige skoleelever i 9. klasser på tilfældigt udvalgte folke-, privat- og efterskoler. Dataindsamlingen foregik ved, at interviewpersonerne fik spørgeskemaet udleveret i klasselokalerne. I alt deltog 1087 9.-klasser elever i Danmark. I de skoleklasser, der indgik i undersøgelsen, deltog praktisk taget alle de elever der var i skole den pågældende dag. I gennemsnit er det ca. 90 % af eleverne, der er i skole på en tilfældig dag. Der var en del skoler (ca. 50 %) hvor skolebestyrelse og skoleinspektører ikke ønskede, at skolen deltog i undersøgelsen. Begrundelsen var

ofte, at der i 9- klasse allerede var brugt undervisningstid på at deltage i andre undersøgelser som f.eks. PISA- undersøgelsen.

“Unge og Rusmidler – En undersøgelse af 9. klasses elever” Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, Aarhus Universitet (Sabroe & Fonager 1996)
Rapporten tog udgangspunkt i den danske del af ESPAD 1995 (se ovenfor). I rapporten var stikprøven udvidet i forhold til ESPAD 1995, så den omfattede elever i 9.klasse. Således blev medtaget foruden de 15-16-årige også de 14- og 17-årige, som gik i 9. klasse. Dette udvidede antallet af deltagende elever til 2545.

Unges erfaringer med rusmidler – i 2003 og udviklingen siden 1995. Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, Aarhus Universitet (Sabroe & Fonager 2004)

Rapporten tager udgangspunkt i alene den danske del af ESPAD-undersøgelsen gennemført i 2003. I rapporten var stikprøven udvidet i forhold til ESPAD 2003, så den omfattede elever i 9. klasse. Således blev medtaget foruden de 15-16-årige også de 14- og 17-årige, som gik i 9. klasse. Dette udvidede antallet af deltagende elever til 2978.

”Unges Livsstil og Dagligdag 2000 – forbrug af tobak, alkohol og stoffer” (MULD 2000), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse 2000 (Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse 2002)

Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2000 i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse en repræsentativ undersøgelse af de 16-20-åriges livsstil og dagligdag. I undersøgelsen indgik spørgsmål om de unges brug af rusmidler, herunder deres erfaring med illegale stoffer. Der blev ved systematisk udvælgelse udtrukket 3048 unge mellem 16 og 20 år. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer. Undersøgelsen opnåede en svarprocent på ca. 70 %.

”Unges Livsstil og Dagligdag 2001 – geografiske forskelle og ligheder” (MULD 2001), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse, (Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse 2003)

Sundhedsstyrelsen gennemførte igen i 2001 i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse en repræsentativ undersøgelse af de 16-20-åriges livsstil og dagligdag. Der blev ved systematisk udvælgelse udtrukket 3048 unge mellem 16 og 20 år. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer. Undersøgelsen opnåede en svarprocent på ca. 70 %.

Tabelloversigt

Tabel 2.1.1. Den procentvise andel af kvinder og mænd i de forskellige aldersgrupper, der har brugt hash inden for sidste år i 1994, 2000, 2005 og 2008.

Tabel 2.1.2. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005 og 2008.

Tabel 2.1.3. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005 og 2008.

Tabel 2.1.3. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005 og 2008.

Tabel 2.1.3.1. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2008.

Tabel 2.1.3.2. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af illegale stoffer (prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste år) i 2000, 2005 og 2008.

Tabel 2.1.4. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2008.

Tabel 2.1.5. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005 og 2008.

Tabel 2.1.6. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af kokain, amfetamin og ecstasy i 2000, 2005 og 2008.

Tabel 2.2.1. De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler, 2000-2006.

Tabel 2.2.2. De procentvise andele blandt de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999, 2003 og 2007.

Tabel 4.1.1. Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark 1996-2005.

Tabel 4.2.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2007.

Tabel 4.2.2. Klienter indskrevet i behandling i året, og som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere.

Tabel 4.2.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2007 med kendt hovedstof.

Tabel 5.3. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling de fire halvår 2004-2007.

Tabel 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Fordeling efter køn.

Tabel 6.1.2. Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år, grupperet efter den formodede.

Tabel 6.1.3. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Baseret på Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald. Fordeling efter køn.

Tabel 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2007.

Tabel 6.2.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 9 undersøgelsesår, fordelt på forskellige aldersgrupper.

Tabel 6.3.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt 1997-2007.

Tabel 6.3.2. Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt , 1997-2007.

Tabel 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1998-2007.

Tabel 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1998-2007.

Tabel 8.2.1. Narkotikakriminalitet 1997-2007. Sigtelser og antal sigtede personer.

Tabel 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser 1995-2007.

Tabel 10.3.2. Fordeling imellem stof typer på brugerplan 1997-2007.

Tabel 10.3.3. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid fra 1997-2007.

Tabel 10.3.4. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1997-2007.

Tabel 10.3.5. Forekomsten af indholdsstoffer i ecstasy fra 2003-2007.

Tabel 11.1. Mængde euforiserende stoffer, der anses som besiddelse til eget forbrug

Tabel 11.1.1. Rigsadvokatens reviderede bødekatalog, Liste A.

Tabel 11.1.2. Rigsadvokatens reviderede bødekatalog, Liste B.

Tabel 11.3. Grænsen for brug af lov om euforiserende stoffer i forhold til straffelovens §191.

Figuroversigt

Figur 4.3.1. Personer i længerevarende metadonbehandling (mere end 5 måneder) 1985-2004.

Figur 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald 1995-2006.

Figur 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999-2007.

Figur 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 1998-2007.

Figur 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1998-2007.

Figur 8.2.1 Narkotikakriminalitet 1997-2007. Anmeldelser og antal sigtede personer.

Figur 11.3. Antal anmeldelser for narkotikakriminalitet.

Figur 11.4. Fordeling af afgørelser.

Supplerende tabeller

Tabel 2.1.1. Den procentvise andel af kvinder og mænd i de forskellige aldersgrupper, der har brugt hash inden for sidste år i 1994, 2000, 2005 og 2008

		1994 n=2521	2000 n=6887	2005 n=4484	2008 n=2229	Danmarks be- folkning i al- dersgrupperne i 2005
16-19-årige	Mænd	19	29	23	28	123124
	Kvinder	10	20	19	17	116648
20-24-årige	Mænd	14	24	26	23	147943
	Kvinder	9	12	16	19	144598
25-29-årige	Mænd	8	16	17	17	173681
	Kvinder	5	6	5	7	172033
30-34-årige	Mænd	9	10	10	5	193537
	Kvinder	2	3	3	3	190643
35-39-årige	Mænd	6	8	5	9	210636
	Kvinder	2	2	2	0	203290
40-44-årige	Mænd	5	4	4	3	204212
	Kvinder	2	2	2	0	197524
Alle 16-44 år	Mænd	10	14	11	12	1053133
	Kvinder	5	6	6	7	1024736
Alle		7	10	8	9	2077869

Kilde: SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005 og AiK 2008

Tabel 2.1.3.1. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2008 (n=2219)

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Amfetamin	0,6	2,1	8,4
Kokain	0,3	2,4	7,2
Psilocybinsvampe	0,1	0,4	3,6
Ecstasy	0,2	0,7	3,2
Lsd	0,0	0,2	1,7
Heroin	0,0	0,3	0,8
Andre stoffer*	0,6	1,1	2,9
"hårde" stoffer i alt**	1,1	3,6	13,4

Kilde: Upublicerede tal fra AiK 2008

*Kategorien "Andre" stoffer, dækker GHB, diverse lægemidler m.m.** En sammenlagt kategori omhandlende "brugt et andet illegalt stof end hash"

Tabel 2.1.3.2. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af illegale stoffer (prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste år) i 2000, 2005 og 2008

	Sidste år	Sidste år	Sidste år
	2000	2005	2008
Hash	19,7	20,5	21,3
Amfetamin	5,7	4,1	5,4
Kokain	2,7	3,3	5,6
Psilocybinsvampe	2,1	1,0	1,1
Ecstasy	2,3	1,5	2,3
Lsd	0,6	0,6	0,2
Heroin	0,2	0,2	0,0
Andre stoffer*	1,0	0,7	2,3
"Andet illegalt stof end hash" i alt	7,7	5,3	8,0

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 2000, SUSY 2005 og AiD 2008

*Kategorien "Andre" stoffer, dækker GHB, diverse lægemidler m.m.

Tabel 2.1.7. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2008

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Amfetamin	1,2	5,4	10,2
Kokain	0,8	5,6	9,2
Psilocybinsvampe	0,1	1,1	3,6
Ecstasy	0,5	2,3	5,1
Lsd	0,0	0,2	1,1
Heroin	0,0	0,0	0,3
Andre stoffer*	1,0	2,3	3,6

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på AiD 2008

*Kategorien "Andre" stoffer, dækker GHB, diverse lægemidler m.m.

Tabel 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Fordeling efter køn

År	I alt	Mænd	Kvinder	År	I alt	Mænd	Kvinder
1995	214	149	65	2001	221	153	68
1996	242	177	65	2002	-	-	-
1997	256	189	67	2003	-	-	-
1998	243	174	69	2004	-	-	-
1999	217	157	60	2005	208	162	46
2000	240	175	65	2006	227	167	60

Kilde: Upublicerede tal fra Dødsårsagsregisteret, august 2008

Tabel 6.1.3. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Baseret på Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald. Fordeling efter køn

År	I alt	Mænd	Kvinder	År	I alt	Mænd	Kvinder
1981	148	113	35	1995	274	226	48
1982	134	107	27	1996	266	220	46
1983	139	110	29	1997	275	225	50
1984	158	125	33	1998	250	210	40
1985	150	116	34	1999	239	201	38
1986	109	88	21	2000	247	197	50
1987	140	116	24	2001	258	211	47
1988	135	107	28	2002	252	216	36
1989	123	99	24	2003	245	197	48
1990	115	91	24	2004	275	211	63
1991	188	153	35	2005	275	234	41
1992	208	162	46	2006	266*	218	46
1993	210	166	44	2007	260**	207	50
1994	271	227	44				

Kilde: Politiets narkotikastatistik 2008

*Køn uoplyst for 2 personer

** Køn uoplyst for 3 personer

Tabel 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2007

	Kode*	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 ²¹
Heroin	T40.1	249	255	240	174	192	220	167	171	160
Andre opioider	T40.2 +T40.2A +T40.2B	35	35	44	48	52	121	115	131	141
Metadon	T40.3	5	11	19	39	26	50	56	35	44
Opioider	F11.0	67	80	67	53	55	49	60	48	60
Opioider i alt		356	381	370	314	325	440	398	385	405
Designerdrugs (excl. ecstasy)	T40.6A + T43.8A	*	2	14	21	12	15	3	6	10
Ecstasy	T40.6B +T43.6B	9	75	67	60	83	73	72	91	87
Amfetamin	T43.0A + T43.6A	*	2	24	43	54	70	73	85	172
Kokain	T40.5 +F14.0	45	51	78	65	76	71	103	100	134
Andre centralstimulerende stoffer	F15.0	58	48	53	47	50	43	43	41	52
Centralstimulerende stoffer i alt		112	178	236	236	275	272	294	323	455
Euforiserende svampe	T40.6C +T40.9A	7	5	10	8	3	10	6	13	13
LSD	T40.8	3	3	12	2	1	2	8	11	16
Hallucinogener	F16.0	10	15	16	5	4	6	9	5	12
Hallucinogener i alt		20	23	38	15	8	18	23	29	41
Cannabis	T40.7 +F12.0	97	102	164	122	125	74	82	76	97
Blandingsmisbrug og uspecificeret**	T40.4 +T40.6 +T40.6W +40.6X +T40.9 +F19.0	541	632	571	657	704	469	422	504	414
Intoksikationer og forgiftninger i alt		1126	1316	1379	1344	437	1273	1219	1317	1412

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

*Der er indført nye koder i 2000 og 2004

**Fra 2004 er indført en række nye underkoder af blandingsmisbrug og uspecificerede forgiftninger. Disse er følgende: T404A, T409A, T409B, T409C, T409D, T409X, T409Z

²¹ Tallene for 2007 er foreløbige, og med udtræk fra LPR med skæringsdato juli 2008. De endelige tal for 2007 kan derfor ændre sig i senere opgørelser.

Tabel 6.3.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt 1997-2007

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Antal nypåviste hiv-positive i alt	273	213	287	260	319	289	270	306	264	244	306
Antal nypåviste hiv-positive med intravenøst stofmisbrug (% af alle nypåviste)	30 (11%)	14 (7%)	26 (9%)	20 (8%)	31 (10%)	31 (11%)	24 (9%)	13 (4%)	17 (6%)	11 (5%)	25 (8%)
Antal nydiagnostiserede aidstilfælde i alt	109	74	75	58	71	45	39	61	44	47	39
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnostiserede)	11 (10%)	4 (5%)	7 (9%)	7 (12%)	10 (14%)	4 (9%)	11 (28%)	4 (7%)	4 (9%)	3 (6%)	3 (8%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2007-data, er opgørelsen foretaget i maj 2008

Tabel 6.3.2. Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, 1997-2007

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Antal hepatitis A i alt	115	86	88	81	61	84	70	241	48	42	
Antal hepatitis A med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	0	0	0	0	0	1 (1%)	0	1 (<1%)	1 (<1%)	0	
Antal hepatitis B i alt*	101	94	57	63	49	62	36	43	30	18	23
Antal hepatitis B med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	30 (30%)	24 (26%)	13 (23%)	20 (32%)	12 (24%)	12 (19%)	7 (19%)	9 (21%)	3 (11%)	1 (6%)	1 (4%)
Antal hepatitis C i alt*	26	21	13	15	6	5	7	8/317**	1/308	6/300	9/319
Antal hepatitis C med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	20 (77%)	12 (60%)	11 (85%)	9 (60%)	3 (38%)	1 (50%)	2 (29%)	3/243 (77%)	0/225 (0%)	5/223 (83%)	4/234 (44%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2007-data er opgørelsen foretaget i maj 2008

*Blandt tilfælde med akut hepatitis B og C indgår en vis fællesmængde

** akutte/kroniske hepatitis C tilfælde

Tabel 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1998-2007

Diagnose- kode	Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
F11	Opioider	273	227	227	189	172	156	155	138	123	133
F12	Cannabis	314	317	270	327	364	333	354	312	347	364
F13	Sedativa / hypnotika	212	204	205	199	182	159	143	150	140	154
F14	Kokain	21	23	23	31	36	65	53	42	49	49
F15	Andre centralstimule- rende stoffer end kokain	82	71	76	75	109	99	98	93	87	91
F16	Hallucinogener	17	26	18	21	14	9	17	16	10	10
F18	Opløsningsmidler	5	10	2	6	2	10	5	3	3	4
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	705	758	749	732	726	747	684	668	660	682
Personer med hoveddiagnoser i alt		1636	1570	1580	1605	1578	1509	1422	1419	1487	1629

Kilde: Upublicerede tal fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital i Århus

Tabel 6.5.1 viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten heldøgn, deldøgn eller ambulant behandling) som følge af brug af stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (hoveddiagnose) er anvendt som udtrækskriterier

Tabel 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1998-2007

Diagnose- kode	Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
F11	Opioider	134	146	190	204	208	201	271	280	341	358
F12	Cannabis	524	566	584	637	691	759	873	908	1040	1072
F13	Sedativa / hypnotika	247	253	283	257	266	307	359	367	385	417
F14	Kokain	13	15	17	19	34	61	66	97	118	163
F15	Andre centralstimu- lerende stoffer end kokain	53	58	52	58	56	73	123	120	162	179
F16	Hallucinogener	4	11	9	11	10	2	13	14	8	8
F18	Opløsningsmidler	4	9	7	7	13	12	11	8	18	13
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	418	534	566	485	574	679	728	736	874	995
Personer med bidiagnoser i alt		1335	1506	1630	1593	1747	1844	2074	2102	2430	2632

Kilde: Upublicerede tal fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital, Århus. Tabel 6.5.2 viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten heldøgn, deldøgn eller ambulant behandling) som følge af brug af stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (bidiagnose) er anvendt som udtrækskriterier. Da en patient kan have flere stofrelaterede bidiagnoser, er "i alt" kategorien ikke en summation

Tabel 8.2.1. Narkotikakriminalitet 1997-2007. Sigtelser og antal sigtede personer

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Sigtelser i alt	13.454	14.251	12.928	12.956	12.902	12.851	14.272	16.390	19.037	19.900	18.506
Sigtede personer	8.234	8.900	9.424	9.899	9.858	10.021	11.160	12.313	14.204	15.060	13.294

Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2008

Tabel 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser 1995–2007

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Heroin													
Kg	37,4	61,4	37,9	55,1	96,0	32,1	25,1	62,5	16,3	37,5	27,0	28,9	47,8
Antal beslag	2.973	3.161	2.509	2.199	1.230	1.499	1.304	966	894	1041	1064	927	647
Kokain													
Kg	110,1	32,0	58,0	44,1	24,2	35,9	25,6	14,2	104,0	32,3	57,0	76,2	87,7
Antal beslag	569	659	723	885	744	780	815	881	1.095	1.207	1.615	1.901	1.232
Amfetamin													
Kg	40,0	26,7	119,4	25,2	31,6	57,1	160,6	34,9	65,9	63,0	195,0	79,4	69,1
Antal beslag	1.167	1.386	1.324	1.609	1.250	1.152	954	1.134	1.264	1.388	1.573	2.022	1.965
Ecstasy													
Stk.	2.115	15.261	5.803	27.039	26.117	21.608	150.080	25.738	62.475	38.096	44.195	22.712	67.680
Antal beslag	9	84	110	143	197	444	31	340	322	1388	461	540	397
Lsd													
Doser	1.282	262	381	105	83	11.108	156	38	22	483	1201	521	47
Antal beslag	6	16	15	24	15	18	29	8	7	13	12	8	13
Hash													
Kg	2.414	1.772	467	1.572	14.021	2.914	1.763	2.635	3.829	1.758	1.4062	1.035	774,6
Antal Beslag	6.710	5.187	4.886	5.904	4.569	5.561	5.788	5.234	5.942	7.313	10.287	10.962	5.985

Kilde: Rigspolitiets Narkotikastatistik 2008

Tabel 10.3.2. Fordeling imellem stoftyper på brugerplan 1997-2007

År	1997* n=217	1998* n=208	1999* n=216	2000 n=188	2001 n=152	2002 n=198	2003 n=188	2004 n=200	2005 n=196	2006 n=203	2007 n=200
Heroin	60%	56%	45%	44%	45%	40%	39%	33%	34%	33%	30%
Amfetamin	26%	17%	23%	17%	22%	24%	20%	29%	23%	34%	30%
Kokain	9%	23%	27%	24%	22%	30%	32%	34%	36%	30%	34%
Ecstasy**	1%	<1%	3%	7%	9%	2%	-	-	-	-	-
Metamfetamin ***	-	-	-	-	-	-	4%	1%	5%	1%	2%
Andet euforiserende/ stofblandinger	1%	1%	1%	5%	1%	3%	4%	3%	1%	2%	2%
Ikke euforiserende	3%	1%	<1%	3%	1%	2%	1%	-	2%	1%	2%
I alt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Kaa et al. 1997 til 2005; Lindholst et al 2008

*I 1997, 1998 og 1999 er der medtaget tal fra Helsingør politikreds

** Ecstasy blev ekskluderet fra "Gadeplanprojektet" fra 2003 og overvåges nu selvstændigt. Se "Overvågning af ecstasypiller på markedet" i næste afsnit

***Forekomsten af prøver med ren metamfetamin blev tydeligt i projektet fra 2002, og står derfor herefter i en kategori for sig i tabellen. Metamfetamin forekommer sjældent og sporadisk i de tidligere år og er indeholdt i kategorien "andre euforiserende/stofblandinger indtil 2003. I den sidstnævnte kategori for hele perioden er endvidere indeholdt de prøver, hvor metamfetamin optræder i kombination med andre stoffer

10.3.3. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid fra 1997 – 2007

	1997* (n=30)	1998* (n=118)	1999* (n =97)	2000 (n =82)	2001 (n =69)	2002 (n=80)	2003 (n=73)	2004 (n=66)	2005 (n=66)	2006 (n=66)	2007 (n=60)
Heroinbase	68%	72%	71%	61%	77%	76%	84%	77%	76%	65%	72%
Heroinklorid	32%	28%	29%	39%	23%	24%	16%	23%	24%	35%	28%

Kilde: Kaa et al. 1997 til 2007; Lindholst et al. 2008.

*I 1997, 1998 og 1999 er der medtaget tal fra Helsingør politikreds

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Center for Forebyggelse
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf.: 72 22 74 00
Fax: 72 22 74 11