

FOCAL
POINT

NARKOTIKASITUATIONEN I DANMARK

2009

Narkotikasituationen i Danmark 2009

Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Sprog: Dansk

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

Version: 1,0

Versionsdato: 20091105

ISBN, elektronisk: 978-87-7676-979-6
ISBN, trykt version: 978-87-7676-980-2

ISSN, elektronisk: 1603-3515
ISSN, trykt version: 1601-2275

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, november 2009

Design: Sundhedsstyrelsen

Tryk: Bording A/S

Oplag: 500 eksemplarer

Publikationen kan bestilles hos Sundhedsstyrelsens Publikationer
c/o J.H.Schultz Information A/S
Tlf. 7026 2636, e-mail sundhed@schultz-grafisk.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 2009 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.

Specialkonsulent Kari Grasaasen har haft det koordinerende ansvar for rapportens tilblivelse og har udarbejdet de epidemiologiske kapitler i rapporten. Akademisk medarbejder Maria Abel Koch har udarbejdet kapitlet om forebyggelse, og afdelingslæge Helle Petersen har udarbejdet kapitlet om de sundhedsmæssige indsatser i relation til stofmisbrug. Rigspolitiet har udarbejdet temakapitlet om hashmarkedet, og socialoverlæge Peter Ege har udarbejdet kapitlet om behandling af de ældre stofmisbrugere. Øvrige dele i rapporten er udarbejdet ved hjælp af bidrag fra forskellige enheder i Sundhedsstyrelsen, Justitsministeriet, Indenrigs- og Socialministeriet, 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 2009

*Else Smith
Centerchef*

Indhold

Sammenfatning	5
1 National narkotikapolitik	9
1.1 Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol	9
1.2 Nationale strategier på narkotikaområdet	11
1.3 Økonomi og finansierungsordninger	12
2 Brugen af illegale stoffer i befolkningen	13
2.1 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen	14
2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge	17
3 Forebyggelse	21
3.1 Universel forebyggelse	21
3.2 Selektiv og indikeret forebyggelse	23
3.3 Nationale og lokale mediekampagner	24
4 Stofmisbrug	27
4.1 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark	27
4.2 Omfanget af injektionsmisbrug	28
5 Behandling af stofmisbrug	31
5.1 Behandlingssystemet – strategi, politik og organisering	31
5.2 Stofmisbrugere indskrevet i behandling	33
5.3 Stofmisbrugere i døgnbehandling	38
5.4 Øvrige tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen	41
6 Sundhedsrelaterede konsekvenser af stofmisbrug	43
6.1 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere	43
6.2 Forgiftninger med illegale stoffer	48
6.3 Narkotikarelaterede infektionssygdomme	49
6.4 Stofmisbrugere i psykiatrisk behandling	50
7 Sundhedsmæssige indsatser	53
7.1 Forebyggelse af sygelighed blandt stofmisbrugere	54
7.2 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald, infektionssygdomme og psykisk sygdom	55
7.3 Forebyggelse og behandling af infektionssygdomme	56
7.4 Behandling med injicerbar heroin	56
7.5 Øvrige sundhedsfaglige tilbud	59

8	Sociale sammenhænge og social reintegration	63
8.1	Social eksklusion og stofmisbrug	63
8.2	Social reintegration	64
9	Narkotikakriminalitet og interventioner og forebyggelse i fængslet	67
9.1	Narkotikakriminalitet	67
9.2	Forebyggelse og behandling af narkotikaproblemer i kriminalforsorgen	69
9.3	Stofmisbrug i fængsler	71
10	Narkotikamarkedet	73
10.1	Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel	73
10.2	Beslaglæggelse af stofferne	73
10.3	Renhed, stofkoncentration og priser	74
11	Hashmarkedet	79
12	Behandling og støtte for de ældre stofmisbrugere	85
12.1	Karakteristik af den ældre stofmisbrugerpopulation	85
12.2	Indsatsen overfor de ældre stofmisbrugere	89
12.3	Konklusion og særlige udfordringer	90
Anneks		91
	Referenceliste	91
	Hjemmesider	96
	De anvendte undersøgelser	97
	Tabeloversigt	102
	Figuroversigt	104
	Supplerende tabeller	105

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. For første gang er foretaget et skøn over antallet injektionsmisbrugere i Danmark. Aktuelt skønnes, at 13.000 stofmisbrugere injicerer stofferne. Disse injektionsmisbrugere har en særlig risiko for at udvikle alvorlige skader og sygdomme som følge af deres risikoadfærd.

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. Stigningen i udbredelsen af kokain er signifikant og ses størst blandt de unge under 25 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.

Oplysninger om de psykiatriske indlæggelser i øvrigt peger på, at stofdiagnoser blandt patienter, der indlægges, optræder stadig hyppigere. Også her er hash det dominerende stof. Antallet af personer, der indlægges til psykiatrisk behandling med en stofrelateret bidiagnose, og hvor der tale om hashmisbrug, er godt 1500 i 2008, og antallet er op mod tredoblet over de seneste 10 år. Der er væsentlig færre indlæggelser, hvor kokainmisbrug optræder som en stofrelateret bidiagnose (210 personer i 2008), men også her ses stigninger de seneste år. Også andre centralstimulerende stoffer end kokain er i stigende omfang medvirkende årsag til de psykiatriske indlæggelser i disse år.

Hvad angår opgørelse over skadestuebesøg, hvor forgiftninger med illegale stoffer er årsagen til henvendelsen, registreres omkring 1100-1600 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. Over de seneste 10 år ses stigning i forgiftninger med de centralstimulerende stoffer, om end der ses et lille fald fra 2007 til 2008 – herunder også et fald i forgiftninger relateret til både 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 de narkotikarelaterede dødsfald, har disse ligget højt og nogenlunde konstant de senere år. Fra 2005 og frem til 2008 ses dog et fald. 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 2008 er antallet af stofmisbrugere i behandling dog faldet til godt 12.000, hvilket 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 2008 havde over halvdelen (61 %) af de unge mellem 18 og 24 år i behandlingen hash som hovedmisbrugsstof, mens 17 %, 6 % og 2 % 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 offentliggjort kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser fra 2008 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 2009 blev der igen gennemført en landsdækkende informationskampagne ”Against Drugs” på musikfestivaler i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og brancheforeningen Festival danmark. 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 særligt 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 efteråret 2009 har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med musikspillestederne igangsat en lignende indsats på spillestederne i Danmark. ”Music against drugs” er en kampagne, som tager sigte på at understøtte de unge gæster i at holde sig til musikken – og væk fra stofferne.

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 og gravide stofmisbrugere på regionale familieambulatorier.

En særlig pulje til kvalitetsudvikling af den lægelige behandling af stofmisbrugere er ligeledes afsat, og der arbejdes i disse år på at sikre en ensartet kvalitet i behandlingen på et acceptabelt niveau. Hertil kommer som noget nyt i Danmark indførelse af ordningen med lægeordineret heroin, som forventes at blive tilbudt til omkring 300 stofmisbrugere, der trods forsøget med en længerevarende substitutionsbehandling har eller er truet af alvorlige helbredsmæssige komplikationer.

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.

Fra slutningen af 2008 og frem til efteråret 2009 er en række nye misbrugsstoffer dukket op i Danmark og efter indstillinger fra Sundhedsstyrelsen blevet forbudte. Efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen blev stofferne ethylcathinon, flephedron og mephedron den 21. december 2008 undergivet kontrol. Planten kratom (*mitragyna speciosa*) og dens indholdsstoffer 7-hydroxymitragynin og mitragynin samt de syntetiske stoffer bk-MBDB, Butan, MDPV, p-FBT, p-flouramfetamin og PPP blev undergivet kontrol den 10. marts 2009 og senest, er de syntetiske stoffer 1-PEA og TMA-6, undergivet kontrol pr. 16. juli 2009.

En række nye administrative fastsatte regler er gennemført i 2009 vedrørende implementeringen af ordningen med lægeordineret heroin..

Temakapitler

Temakapitlet om de ældre stofmisbrugere omhandler beskrivelser af deres særlige sociale og sundhedsmæssige situation, herunder udfordringer for stofbehandlingen af denne gruppe. Temakapitlet om hash beskriver markedet, produktionen og den politimæssige indsats omkring hash i Danmark.

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. *Indenrigs- og Socialministeriet* 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 toldkontrol- len 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 2009 ikke vedtaget nye love på narkotikaområdet, men der er administrativt fastsat følgende regler:

- Bekendtgørelse nr. 125 af 18. februar 2009 om ordination af diacetylmorphin (heroin) som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug. I bekendtgørelsen, som trådte i kraft den 25. februar 2009, fastsætter Sundhedsstyrelsen regler om ordination af og behandling med heroin.
- Bekendtgørelse nr. 362 af 11. maj 2009 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer. Med bekendtgørelsen bemyndiges Lægemiddelstyrelsen dels til at give de behandlingssteder, som skal forestå behandlingen med lægeordineret heroin, tilladelse til at modtage og besidde heroin, dels til at føre tilsyn med behandlingsstedernes modtagelse, håndtering og opbevaring af heroinen. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 14. maj 2009.
- Bekendtgørelse nr. 366 af 11. maj 2009 om virksomheders udlevering af diacetylmorphin til behandlingssteder for stofmisbrugere. I bekendtgørelsen, som trådte i kraft den 15. maj 2009, fastsætter Lægemiddelstyrelsen de nærmere krav til og dokumentation for virksomheders udlevering af heroin til stofmisbrugsbehandlingsstederne.
- Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9240 af 11. maj 2009 om ordination af injicerbar diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed. Med vejledningen fastsættes retningslinjer for ordination af heroin som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug og om behandlingsansvarlige lægers ansvar for heroinbehandlingen. Vejledningen trådte i kraft den 11. maj 2009.

- Lægemiddelstyrelsens vejledning nr. 32 af 15. maj 2009 om behandlingssteder for stofmisbrugeres bestilling m.v. af diacetylmorphin samt om virksomheders indførsel og udlevering heraf. Vejledningen indeholder bl.a. retningslinjer for behandlingsstedernes modtagelse, håndtering og opbevaring samt bestilling og modtagelse af heroin samt virksomheders indførelse, forhandling/udlevering samt opbevaring og transport af heroin. Vejledningen trådte i kraft den 15. maj 2009.

I 2009 er følgende narkotiske stoffer undergivet kontrol:

- Med bekendtgørelse nr. 1329 af 18. december 2008 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne ethylcathinon (N-ethylcathinon), flephedron (4-fluormethcathinon) og mephedron (4-methylmethcathinon) kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 21. december 2008.
- Med bekendtgørelse nr. 174 af 10. marts 2009 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at planten kratom (*mitragyna speciosa*) og dens indholdsstoffer 7-hydroxymitragynin og mitragynin samt de syntetiske stoffer bk-MBDB (2-methylamino-1-(3,4-methylenedioxyphenyl)-butan-1-on), MDPV (1-(3,4-methylenedioxyphenyl)-2-pyrrolidinyl-pentan-1-on), p-FBT (3-(p-fluorbenzoyl)tropan), p-flouramfetamin (1-(4-fluorphenyl)propan-2-amin) og PPP (α -pyrrolidinopropiophenon) kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 13. marts 2009.
- Med bekendtgørelse nr. 758 af 16. juli 2009 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at de syntetiske stoffer 1-PEA (1-phenylethylamin) og TMA-6 (2,4,6-trimethoxyamfetamin) kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 19. juli 2009.

I folketingsåret 2008-2009 har medlemmer af oppositionen fremsat følgende forslag til folketingsbeslutninger:

- Forslag til folketingsbeslutning nr. B 81 om fremsættelse af lovforslag om anonym ambulant behandling af stofmisbrugere. Regeringen afviste beslutningsforslaget men tilkendegav ved 1. behandlingen af beslutningsforslaget i Folketinget, at man er indstillet på at drøfte en forsøgsordning med satspuljeparterne med henblik på at finde ud af hvem og hvor mange stofmisbrugere, det er muligt at komme i kontakt med, hvis man kan henvende sig anonymt og bede om at komme i behandling for sit stofmisbrug.
- Forslag til folketingsbeslutning nr. B 145 om etablering af fixerum for stofmisbrugere som et led i den skadesreducerende og behandlingsmæssige indsats på narkotikaområdet. Forslaget kom ikke til 2. behandling og dermed til afstemning, men ved 1. behandlingen tegnede sig et flertal imod.
- Forslag til folketingsbeslutning nr. B 131 og 135 om legalisering af hash. Forslagene, som er stort set enslydende, kom ikke til 2. behandling og dermed til afstemning, men ved 1. behandlingen tegnede sig et flertal imod.

Regeringen afviser såvel etablering af fixerum som legalisering af hash som værende i modstrid med de internationale narkotikakonventioner og selve kernen i narkotikapolitikken, og for så vidt angår hash på grund af stoffets skadevirkninger, især over for sårbare grupper.

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 nedsættelsen 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 strategi og 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.

Handlingsplanen ”Kampen mod narko” såvel som de konkrete initiativer, der er taget efter offentliggørelsen heraf, bliver løbende monitoreret og evalueret med henblik på fornødne justeringer af den nationale narkotikapolitik.

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 regeringen 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. Endelig blev regeringen og et flertal i Folketinget (satspuljepartierne) i 2008 enige om at afsætte 128 millioner DKK over årene 2008-2010 til en intensivering af behandlingsindsatsen.

Om nye statslige bevillinger kan oplyses:

- I satspuljen for 2009 blev finansieringen af ordningen med lægeordineret heroin gjort permanent.
- I satspuljen for 2009 er der afsat 4,4 mio. DKK i 2009 og 6,0 mio. DKK i årene 2010-2012 til opkvalificering af behandlingsgarantien i fængslerne.
- I satspuljen for 2009 er der afsat 33 mio. kr. for at forbedre udsattes sundhedstilstand ved bl.a. målrettet tandlægebehandling og mobile sundhedstilbud.

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

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 2009 er på 65,4 mio. DKK.

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 2008 var således på 882,2 mio. DKK, mens det tilsvarende regnskabstal for 1995 var på 268,3 mio. DKK. Kommunernes udgifter til forebyggelse af narkotikamisbrug og den lægelige stofmisbrugsbehandling kan ikke særskilt udledes af de kommunale regnskaber og budgetter.

2 Brugen af illegale 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 af 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 daglig 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 knap halvdelen (48 %) af de unge voksne under 35 år har eksperimenteret med hash nogensinde, og 16 % i samme aldersgruppe har nogensinde prøvet andre illegale stoffer end hash. Samme stabile tendens i brugen af de illegale stoffer generelt ses blandt de lidt yngre 16 – 20-årige. I den seneste såkaldte MULD-undersøgelse fra 2008 oplyser godt 30 % af de 16 – 20-årige at have røget hash, og omkring 8 % 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 unge voksne under 35 år ses en lille men dog signifikant stigning i brugen af kokain i disse år, mens det er tale om en stabilitet i de unges brug af andre stoffer såsom amfetamin og ecstasy.

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.

For første gang i Danmark er gennemført en større undersøgelse af forbruget af khat blandt herboende somaliere (Sundhedsstyrelsen 2009). Undersøgelsen viser, at khat er udbredt i det dansk-somaliske miljø, idet 16 % af kvinderne og 48 % af mændene har tygget khat inden for den seneste måned. 6 % af kvinderne og 29 % af mændene kategoriseres i undersøgelsen som storforbrugere (tygger khat mere end 2 gange om ugen). Men undersøgelsen viser også, at flertallet af dansk-somaliere ikke bruger khat, og afkræfter, at khat er et stadigt voksende problem blandt dansk-somaliere. Positivt er især, at et stort flertal af den nye generation af dansk-somaliere vælger stoffet fra i deres ungdomsår, hvilket formentlig vil betyde en generel nedgang i udbredelsen over tid, og heraf følgende reduktion af de sociale og økonomiske konsekvenser, der følger med brugen af khat.

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

¹SUSY står for: Sundhed og Sygelighedsundersøgelsen i Danmark

(ESPAD⁴), er med hensyn til datagrundlaget og metoderne beskrevet bagerst i rapporten .

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 analyser 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=2.521)	2000 (n=6.878)	2005 (n=4.440)	2008 (n=2.219)
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 stag-

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: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

nation 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=2.521)	2000 (n=6.878)	2005 (n=4.440)	2008 (n=2.219)
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” under 35 år. Det er i denne aldersgruppe, hvor udbredelsen af illegale stoffer er størst (og især blandt de unge under 25 år).

Tabel 2.1.4. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005 og 2008

Brugt hash	1994 (n=1.639)	2000 (n=4.098)	2005 (n=2.502)	2008 (n=1.718)
Sidste måned	2,7	5,7	5,9	4,8
Sidste år (sidste måned medregnet)	9,3	13,3	12,5	13,3
Nogensinde (sidste år medregnet)	38,0	45,1	49,5	48,0

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 16-34-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=1.648)	2000 (n=4.019)	2005 (n=2.470)	2008 (n=1.710)
Sidste måned	0,1	1,8	1,5	1,4
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,6	5,0	4,0	4,9
Nogensinde	4,2	13,3	16,4	16,0

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

Som tabellen ovenfor viser, har halvdelen (48 %) af de unge voksne under 35 år i 2008 prøvet hash nogensinde, og 13 % 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 16 % af de unge voksne under 35 år i 2008 prøvet disse, og 5 % har et aktuelt brug.

Det aktuelle brug af stofferne er større blandt de 16 – 24-årige end blandt de 16 – 34-årige. Det vil sige, at forbruget af de illegale stoffer er mest udbredt blandt de unge under 25 år. 21 % blandt de unge voksne under 25 år har et aktuelt brug af hash (oplyser at have brugt hash inden for det seneste år) og 8 % har et aktuelt brug af andre illegale stoffer end hash (tal vedrørende aldersgruppen 16-24 år er vist i tabeller i annekset).

Ser man på stofferne enkeltvis, er amfetamin, kokain og ecstasy de mest udbredte stoffer efter hash. Som det ses i tabel 2.1.6. og 2.1.7 nedenfor, er andelen af det aktuelle brug (brugt stof inden for sidste år) af både amfetamin og ecstasy blandt de ”unge voksne” stabilt fra 2000 til 2008. Samtidig ses en signifikant stigning i det aktuelle brug af kokain fra 2000 til i dag. Stigninger i udbredelsen af kokain i perioden er størst blandt de unge under 25 år (tabel 2.1.7.), hvor godt 6 % af disse oplyser at have et aktuelt brug af kokain. Det ses også af tabellerne, at markant flere unge mænd end kvinder har et aktuelt brug af både amfetamin, kokain og ecstasy.

Tabel 2.1.6. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i 2000, 2005 og 2008

	SUSY 2000 (n=3.980)			SUSY 2005 (n=2.456)			AiD 2008 (n=1.709)		
	mænd	kvinder	totalt	mænd	kvinder	totalt	mænd	kvinder	totalt
16-24 år									
Amfetamin prøvet inden for seneste år	5,3	1,4	3,2	3,4	1,2	2,2	5,3	1,4	3,1
Kokain prøvet inden for seneste år	3,4	1,0	2,1	5,4	1,0	2,9	5,8	1,5	3,4
Ecstasy prøvet inden for seneste år	1,7	0,8	1,2	1,8	0,2	0,9	1,9	0,6	1,1

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

Tabel 2.1.7. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af kokain, amfetamin og ecstasy i 2000, 2005 og 2008

	SUSY 2000 (n=1.684)			SUSY 2005 (n=894)			AiD 2008 (n=857)		
	mænd	kvinder	total	mænd	Kvinder	total	mænd	kvinder	total
16-24 år									
Amfetamin prøvet inden for seneste år	9,0	3,1	5,9	6,5	2,4	4,1	9,8	2,1	5,4
Kokain prøvet inden for seneste år	4,6	1,3	2,8	5,4	1,9	3,3	9,8	2,4	5,6
Ecstasy prøvet inden for seneste år	3,3	1,5	2,3	3,1	0,4	1,5	4,0	1,0	2,3

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på 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, der eksperimenterer med illegale stoffer. Men brug af stoffet kokain er samlet set i stigning, især blandt unge mænd under 25 år, 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 70 % af disse har brugt stoffet 1-3 gange. Resten har haft et hyppigere forbrug (19 % anvendte stoffet 4 – 9 gange, og 12 % 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 klart 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 2008 og viser overordnet, at det eksperimenterende brug af illegale stoffer i denne aldersgruppe er stabilt i perioden.

MULD 2008 (MULD-rapport 2009) adskiller sig fra de tidligere undersøgelser ved en anden dataindsamlings metode. Hvor tidligere MULD-undersøgelser har kombineret postspørgeskema og internetbesvarelser, er MULD 2008 rent internetbaseret. I 2008 er svarpersonerne således rekrutteret via et stort internetpanel, hvor der i tidligere undersøgelser er benyttet tilfældig CPR-udtræk til stikprøverne. Da dataindsamlingen i 2008 er ændret i forhold til tidligere år, er undersøgelsesresultaterne som vist nedenfor, derfor ikke direkte sammenlignelige.

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 2000 til 2006.

Tabel 2.2.1. De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler, 2000-2008

	MULD 2000 (n=2.046)	MULD 2001 (n=2.090)	MULD 2002 (n=2.041)	MULD 2003 (n=1.768)	MULD 2004 (n=1.772)	MULD 2006 (n=1.964)	MULD 2008* (n=1.539)
Hash prøvet nogensinde	32	33	37	36	36	27	33
Hash sidste måned	9	9	8	9	7	6	8
Amfetamin prøvet nogensinde	8	9	6	7	6	5	4
Ecstasy prøvet nogensinde	4	4	3	4	4	3	3
Psilocybinsvampe prøvet nogensinde	3	5	4	3	3	1	1
Kokain prøvet nogensinde	3	4	3	4	4	4	4
Lsd prøvet nogensinde	1	2	1	1	1	1	1
Heroin prøvet nogensinde	0	0	0	1	0	1	1
Rygeheroin prøvet nogensinde	1	1	1	1	1	1	1
"Andre" stoffer **	1	1	3	2	2	2	2

Kilde: MULD-undersøgelserne, 2000-2008

*MULD undersøgelsen i 2008 er ikke direkte sammenlignelig med tidligere år, jf. afsnit 2.2

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

Godt 30 % af de unge mellem 16 og 20 år opgiver i 2008 at have prøvet at ryge hash nogensinde, og 8 % har prøvet et eller flere andre stoffer. Næst efter hash er amfetamin og kokain de hyppigste brugte stoffer, og begge er brugt af 4 %. Herefter følger ecstasy, der er prøvet af 3 %.

Der er klare kønsforskelle i brugen af stoffer blandt de 16-20 årige, og langt flere drenge end piger har erfaring med stofferne. Samlet set oplyser i 2008 9 % af drengene og 6 % af pigerne mellem 16 og 20 år at have prøvet et eller flere andre stoffer end hash. Men hensyn til hash alene oplyser 38 % af drengene og 28 % af pigerne at have prøvet stoffet.

Også MULD-undersøgelserne bekræfter, at det er en klar sammenhæng mellem at have prøvet hash og prøvet andre euforiserende stoffer.

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). MULD 2008 viser, at omkring 50 % af de drenge og piger, der har prøvet hash, har prøvet stoffet mens de var 15 - 16 år. Debutalderen på andre euforiserende stoffer end hash er typisk lidt senere, men stadig i teenageårene.

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	ESPAD	HBSC	ESPAD	ESPAD
	1995	1999	2002	2003	2007
	(n=2.234)	(n=1.548)	(n=1.418)	(n=2.519)	(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); HBSC 2002; 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 %.

Udbredelsen af khat blandt somaliere i Danmark

Brug og misbrug af khat har i en årrække været til diskussion i Danmark, både blandt dansk-somaliere og myndigheder, men der har ikke foreligget dokumentation for problemets omfang. I 2008 blev den første danske undersøgelse af udbredelsen af khat gennemført (Sundhedsstyrelsen 2009). Undersøgelsen kortlægger udbredelsen af khat blandt dansk-somaliere i alderen 15-50 år og belyser desuden viden og holdninger til brugen af khat. Undersøgelsen har søgt at inddrage de mange grupperinger i det somaliske miljø, og 848 personer, svarende til 15 % af alle 15-50-årige dansk-somaliere, har deltaget i undersøgelsen.

Undersøgelsen viser, at khat er udbredt i det dansk-somaliske miljø, idet 16 % af kvinderne og 48 % af mændene har tygget khat inden for den seneste måned. 6 % af kvinderne og 29 % af mændene kategoriseres i undersøgelsen som storforbrugere (tygger khat mere end 2 gange om ugen). Kønsforskellen er således markant. Men undersøgelsen viser også, at 65 % af dansk-somalierne i Danmark *ikke* tygger khat. 51 % har *aldrig* tygget khat, mens 14 % *tidligere* har tygget khat, men ikke gør det mere. Meget positivt viser undersøgelsen, at udbredelsen af khat er forsvindende lille hos de unge dansk-somalierne, og nærmest ingen unge under 20 år har prøvet at tygge khat, hvilket tyder på, at en ny indstilling til khat er på vej i den nye generation. Debutalderen ligger for de flestes khatbruges vedkommende mellem 20 og 24 år.

Undersøgelsen viser også, at kun få procent af dansk-somalierne har prøvet andre rusmidler såsom alkohol, hash og andre euforiserende stoffer. Af andre rusmidler er alkohol det mest udbredte, og det er især aktive khatbrugere, der også har prøvet at drikke alkohol.

Ikke kun køn, men også uddannelse og civilstatus, har betydning for brugen af khat. Langt flere brugere af khat hos dansk-somalierne findes blandt de, der ikke er under uddannelse, og der er flere fraskilte/separerede og kontanthjælpsmodtagere blandt de der bruger khat, sammenlignet med de, der ikke gør.

Holdninger til khat blandt somaliere er delte. På trods af at 2/3 af dansk-somalierne anser at khat er en del af den somaliske kultur, mener en tilsvarende andel, at khat skal være et forbudt rusmiddel, hvilket det også er i dag. Khat forbruget bliver også hos dansk-somalierne betragtet som et afhængighedsskabende stof (hos 64 % af de adspurgte), og op til 75 % mener, at khat afføder problemer både med helbred, familie og økonomi. Så mange som 37 % af de adspurgte har selv oplevet sådanne problemer, forårsaget af khat.

Trods forbruget af khat er udbredt blandt mange dansk-somalierne i Danmark, og heraf medfører sociale og økonomiske belastninger hos mange familier, er det positivt, at så mange af den nye generation af dansk-somalierne tager afstand til brugen af stoffet. Dette skift afspejler måske en ændring i holdning i det somaliske miljø, hvilket måske på sigt kan give bedre muligheder for integration i arbejdslivet og reducere de negative sociale og familiemæssige konsekvenser af et khatmisbrug.

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, hvilket blandt andet Sundhedsstyrelsens projekt ”Narkoen ud af byen” er et eksempel på. Narkotikaforebyggelsen i kommunerne foregår ofte i det tværsektorielle samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi (SSP).

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 december 2008 udarbejdet debatoplægget ”Stigmatisering – debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen”, der sætter spørgsmålstejn ved, om sundhedsfremme og forebyggelse kan virke stigmatiserende og diskuterer, hvordan man kan forsøge at mindske eventuel stigmatisering. Sundhedsstyrelsen har i 2008 også udarbejdet oversigten ”Børn og unges sundhed”, der præsenterer Sundhedsstyrelsens materialer om sundhedsfremme og forebyggelse på børneområdet, blandt andet inden for alkohol, tobak og stofområdet. Fokus i publikationen er at give eksempler på, hvordan Sundhedsstyrelsens materialer kan anvendes i det daglige arbejde i kommunerne. Herudover har Sundhedsstyrelsen i 2009 udgivet publikationen ”Lighed i sundhed – sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet”, der sætter fokus på udsatte borgers sundhed og sygelighed, herunder kommunens rolle og muligheder for at skabe sunde rammer og sundhedsfremmende tilbud for udsatte borgere.

3.1 Universel forebyggelse

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 narkotikaforebyggelse indgår.

Sundhedsstyrelsen har i publikationen "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.

Der er desuden 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.

Undervisningsmaterialet "Tackling - sundhed, selvværd 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. Materialet henvender sig til 7.-9. klassetrin. Undervisningsmaterialet er blevet afprøvet på 150 skoler fra 6 geografiske områder i Danmark fra 2005-2008. Evalueringen har både omfattet en effektmåling, hvor undervisningens effekt på elevernes sundhedsadfærd er blevet vurderet, og en procesevaluering af materialets anvendelighed i skolen. Materialet er efterfølgende blevet revideret ud fra lærernes og elevernes tilbagemeldinger.

Evalueringen viste, at undervisningsmaterialet Tackling har haft effekt på de unges sundhedsadfærd. Den viste en generel tendens til, at flere elever i interventionsgruppen end i kontrolgruppen havde en sundere adfærd efter undervisning med Tackling, hvor grupperne i udgangspunktet var lige. Forskellene var imidlertid ikke så store, at de var statistisk signifikante. Desuden viste evalueringen, at den bedste effekt af undervisningsmaterialet fandtes hos de klasser, der havde haft undervisning i Tacklingmaterialet gennem alle tre år, særligt i forhold til brug af hash, på trivsel og blandt pigerne for rygning og alkohol. Endelig fandt mange lærere og elever, at undervisningsmaterialet var anderledes og interessant at arbejde med.

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. 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 – 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.

Indsatsen i Odense fokuserer på begrebet rusmiddelkompetence – evnen til at omgås rusmidler på en hensigtsmæssig måde – og omfatter oplæg på kommunens skoler og gymnasier, udarbejdelse af rusmiddelpolitikker samt anonym rådgivning af unge med stofmisbrug. I 2009 påbegyndes evaluering af projektet.

3.2 Selektiv og indikeret forebyggelse

Den forebyggende indsats i festmiljøet er intensiveret gennem et tættere samarbejde mellem aktørerne på området (kommuner, politi og restauratører). Kommunerne's 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. Projektet Narkoen ud af byen har yderligere fremmet denne indsats.

Projekt Ansvarlig udskænkning

Sundhedsstyrelsen har i 2009 igangsat projektet ”Ansvarlig udskænkning”, der er et delprojekt under modelkommuneprojektet ”Alkoholforebyggelse i kommunen”, hvor intentionen er at styrke den kommunale alkoholforebyggende indsats gennem udvikling og implementering af rusmiddelpolitikker i 20 modelkommuner.

Modelkommunernes projektarbejde understøttes blandt andet gennem tildeling af økonomiske midler til implementering af de forskellige politikker. Samtidig ønsker Sundhedsstyrelsen at stimulere kommunerne til at have et særligt fokus, hvor der er evidens for effekt, og hvor indsatsen er omkostningseffektiv. Målet med delprojektet er:

- ansvarlig servering på udskænkingssteder og til lejlighedsbevillinger
- nedsætte alkoholbetinget vold og skader
- et trygt natteliv, herunder at skabe fornuftige rammer for unges færden i nattelivet

Projektet tager udgangspunkt i danske erfaringer fra blandt andet projekt Trygt natteliv og Narkoen ud af byen samt erfaringer fra det svenske STAD-projekt ”Ansvarsfuld alkoholservering i kromiljøer” (www.fhi.se). STAD-projektet har gennem en årrække været gennemført i Stockholm kommune og er nu implementeret i store dele af Sverige. Evalueringen af projektet viser på linje med den internationale forskning, at der er en betydelig effekt af en systematisk og sammenhængende indsats over for ansvarlig udskænkning. Elementerne i projektet er følgende:

- Udskækningsregler (bevillingspakke)
- Fælles aftaler og samarbejde (mellem udskænkingssteder, kommuner og politi)
- Uddannelse af serveringspersonale og politi
- Kontrol

Projektet gennemføres og evalueres i perioden medio 2009 til ultimo 2010.

SMS - rådgivning

I 2005 startede det sms-baserede forebyggelsesinitiativ SMASH (SMS+HASH) som et regionalt samarbejde mellem det tidligere Vestsjællands Amt og Frederiksberg Kommune. SMASH blev udviklet som et anonymt støtte- og rådgivningspro-

jekt 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). SMASH henvender sig til de 15-25 årige og er primært baseret på, at man gratis kan abonnere på en række sms-pakker. I maj måned 2009 lancerede SMASH en ny hjemmeside med nyt design og indhold. Indsatsen er samtidig med den nye hjemmeside blevet udbygget med rådgivning og støtte i forhold til "hurtigere" stoffer som fx amfetamin, ecstasy og kokain. På hjemmesiden (www.smash.dk) kan man finde oplysninger om stoffer, abstinenssymptomer, behandling og læse historier fra andre brugere. Unge kan søge viden om, debattere samt få anonym og gratis rådgivning via sms.

Udover SMASH har et andet projekt netstof.dk eksisteret siden 1998. Fra at være en lille hjemmeside er netstof.dk nu udviklet sig til en omfattende og meget interaktiv ungeportal. Målgruppen er de 14-18-årige.

Begge projekter er blevet evalueret. Evalueringerne viser blandt andet, at de to portaler med tilhørende sms-services når ud til en gruppe af unge, der eksperimenterer med hash og andre stoffer, men som traditionelt er vanskelige at nå, fordi de ikke selv mener, at de har et stofproblem.

U-turn

Københavns Kommune har udviklet projektet "U-turn" til unge under 25 år, der ryger hash eller tager stoffer. Indsatsen centrerer sig om åben anonym rådgivning og længerevarende forløb, hvor unge kan få hjælp til at gøre noget ved deres forbrug af hash og andre rusmidler. Der tilbydes både gruppe og individuel rådgivning. Desuden tilbydes rådgivning til familie, venner og kærester til unge, der vil gøre noget ved deres forbrug af rusmidler. Projektet opsamler erfaringer fra arbejdet med de unge og gør en stor indsats for at formidle dem videre. Blandt andet er der på projektets hjemmeside www.uturn.dk oprettet en idébank for professionelle, der arbejder med forebyggelse og behandling af stofmisbrug blandt unge. U-turn udfører desuden konsulentarbejde på skoler, socialcentre og institutioner.

3.3 Nationale og lokale mediekampagner

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, busreklamer, storskærmsspot, badges, plakater, bannere på mobile hegn, afspærringstape, website, internetbannere m.m. Festivalerne har statements i deres programmer og signalerer en fælles holdning mod stoffer.

På Roskilde Festival, som er langt den største af festivalerne, evalueres kampagnen bl.a. gennem publikumsundersøgelser. I 2008 viste undersøgelsen blandt Roskilde Festivalens publikum, at 87 % havde set kampagnen, mens 33 % havde diskuteret budskaberne med deres venner, og 87 % af publikum syntes godt om, at festivalen markerer sig mod stoffer (Sundhedsstyrelsen 2008). I 2009 er evalueringen af

kampagnen udvidet med publikumsundersøgelser på en række af de øvrige festivaler ud over Roskilde festivalen.

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.

Udover Against Drugs kampagnen indledte Sundhedsstyrelsen i 2008 et samarbejde med 6 festivaler om en pilot-kampagne om alkohol og unge. Den primære målgruppe for kampagnen er unge under 16 år, men kampagnen er også henvendt til de unges forældre og medarbejdere på festivalerne. Kampagnens elementer er centreret på teltpladserne og i barområderne. Evalueringen af pilot-kampagnen i 2008 viste en god modtagelse af budskabet og kampagneelementerne blandt både unge, forældre og medarbejdere. På baggrund af evalueringen i 2008 har Sundhedsstyrelsen og festivalerne fortsat samarbejdet om en unge og alkohol kampagne på festivalerne i 2009.

Music against drugs

I 2009 har Sundhedsstyrelsen i forlængelse af Festival danmark Against Drugs kampagnen indledt et samarbejde med musikspillestederne i Danmark om en kampagne mod stoffer "Music against drugs" i efteråret 2009. Kampagnen består både af trykte og elektroniske elementer, som fx storskærmsspot før koncerterne, website, webbannere, t-shirts, plakater, go cards, ringetoner til mobilen m.m. Kampagnen vil blive evalueret, blandt andet via en internetbaseret publikumsundersøgelse.

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 2009/2010 på baggrund af 2008 data. Som det fremgår af kapitel 5, er der sket ændringer i indberetningen til Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere indskrevet i behandling, hvilket har gjort data fra de seneste par år 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.

Derimod er der i 2009 for første gang i Danmark foretaget et skøn over antal injektionsmisbrugere i Danmark. Antal injektionsmisbrugere i Danmark skønnes at være 13.000, hvor halvdelen af disse skønnes at være bosat øst for Storebælt, og resten vest for Storebælt.

Udover skøn over antal stofmisbrugere og injektionsmisbrugere, er der ikke foretaget estimater over omfanget af stofmisbrugere mere specifikt og i særlige grupper i befolkningen.

4.1 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark

Det aktuelle skøn over antal stofmisbrugere i Danmark er som nævnt indledningsvis fra 2005 (Sundhedsstyrelsen 2006). 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.

Som i tidligere år er skønnet fra 2005 foretaget ved hjælp af en capture-recapture model⁵. 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 diagnose⁶. 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.

⁵ Metoden er anbefalet af det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA) med henblik på at sikre muligheden for sammenligninger på tværs af lande.

⁶ 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.

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	± 1.602	± 1.943	± 1.781	± 1.585	± 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 Omfanget af injektionsmisbrug

Sundhedsstyrelsen har i perioden 2004-2008 støttet projekt DEADHEP, hvor man som led i undersøgelse af hiv og hepatitis forekomsten blandt narkotikarelaterede dødsfald i Danmark (se om dette i kapitel 6), også ved obduktion har undersøgt, om den afdøde havde leverbetændelse som tegn på et intravenøst stofmisbrug (Christensen et al 2006). På baggrund af denne registrering tog Sundhedsstyrelsen initiativ til at foretage et skøn over antallet af injektionsmisbrugere ved at sammenholde DEADHEP med Sundhedsstyrelsens register over Stofmisbrugere indskrevet i behandling (SIB) (Christensen et al 2009). Skønnet er baseret på et capture-recapture estimat med fire kilder af injektionsmisbrugere: Nyindskrevne i behandlingsregisteret i hvert af årene 2003-2005 samt registrerede i DEADHEP i 2006 (i alt 5126 personer). Skønnet blev stratificeret for alder, køn og geografisk region og beregnet ved hjælp af en log-lineær model.

Ud fra beregningerne skønnes der aktuelt at være 13.000 aktive injektionsmisbrugere på landsplan (sikkerhedsinterval på 10.066-16.821). Halvdelen findes øst for Storebælt og halvdelen i resten af landet. Mellem halvdelen og 2/3 er ikke kendt i behandlingssystemet.

Som vist tidligere i dette kapitel, er Sundhedsstyrelsens samlede skøn over antal stofmisbrugere 27.000, hvoraf 7.300 alene er hashmisbrugere. Da der skønnes, at være 13.000 intravenøse stofmisbrugere i Danmark, betyder dette at 2/3 af de ”hårde” stofmisbrugere (hvor hashmisbrugerne altså ikke er medtaget) har et intravenøst misbrug.

De 13.000 intravenøse stofmisbrugere svarer til 3,6/1000 indbyggere mellem 15 og 64 år i Danmark (95 %, sikkerhedsinterval på 2,8-4,6). Andelen af intravenøse stofmisbrugere i den danske befolkning svarer til andelen af intravenøse stofmisbrugere i de øvrige europæiske lande, på 1-5/1000 af de 15-64 årige (EMCDDA 2008).

Antal injektionsmisbrugere beregnet ud fra dødeligheden

Som et supplement til ovenstående beregning blev der foretaget et skøn over antal injektionsmisbrugere i Danmark, ud fra en multiplikativ model baseret på den observerede dødelighed blandt injektionsmisbrugere i behandling i perioden 2004-2006. Den observerede dødelighed blandt behandlede injektionsmisbrugere var 2,0/100 personår og det beregnede antal dødsfald gennemsnitlig 225/år. Det svarer til en et års prævalens på 11.186 (95 %, sikkerhedsinterval på 9.670-15.634). Estimater er lidt lavere end de 13.000 fundet ved capture – recapture metoden.

5 Behandling af 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 ambulant-, dag- eller døgnbehandling. Langt hovedparten af al behandling for stofmisbrug er rettet mod både selve stofmisbruget og de medfølgende sociale problemer. Kommunerne har ansvaret for at sikre den fornødne sammenhæng mellem den sociale behandling og den lægelige behandling samt øvrige sociale støttetilbud.

De fleste stofmisbrugere modtager ambulant behandling. Der tilbydes også dagbehandling eller døgnbehandling, hvis den enkelte har brug for en mere intensiv indsats. Når en stofmisbruger modtager medikamentel behandling, kan stofmisbrugeren efter behov også modtage en social behandlingsindsats. Der skal dog altid ligge en behandlingsplan for behandlingen, uanset om denne er medikamentel eller ikke-medikamentel.

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 behandlingskapacitet. Fra 2006 til 2008 har der været en nedgang i antal stofmisbrugere i behandling, hvilket formentligt i hovedtræk skyldes ændringer i registerpraksis. Dels er data fra 2007 og 2008 påvirket af overgangen til den nye SEI-registrering, som ændrer ind- og udskrivningsproceduren, dels er de påvirket af, at kommunerne overtog ansvaret for registreringen fra amterne ved årsskiftet 2006/2007.

Aktuelt er 12.200 stofmisbrugere registreret i Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB). Godt 7.500 af disse er i substitutionsbehandling - enten med metadon eller buprenorfin.

På stofmisbrugsområdet indsamles i dag data i forskellige registre. Sundhedsstyrelsen indsamler data til et register (SIB). Servicestyrelsen indhenter oplysninger til to (VBGS og DanRIS-ambulant), og Center for Rusmiddelforskning til ét register (DanRIS-døgn). For at forenkle indberetningen for kommunerne og undgå overlappende data, arbejdes aktuelt med at samle indberetningerne ét sted - under Servicestyrelsen. Kommunerne vil herefter have online adgang til egne data, og i videst mulig omfang til landsdækkende data. Målet med sammenlægningen er en forenkling og afbureaukratisering på indberetningsområdet. Ved sammenlægningen forventes at opnås store fordele til gavn for såvel borger, behandlingssted, kommune, stat og forskning.

5.1 Behandlingssystemet – strategi, politik og organisering

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for visitationen til den sundhedsfaglige og socialfaglige behandling for stofmisbrug, og for at der udarbejdes en behandlingsplan for det nærmere behandlingsforløb. Denne behandlingsplan skal kombineres med handleplanen efter servicelovens § 141.

Den sociale stofmisbrugsbehandling skal tage udgangspunkt i en visitation, som danner baggrund for et tilbud om et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb i en-

ten dag-, ambulant- eller døgnbehandling. Der er i Danmark garanti for social behandling af stofmisbrugere for personer over 18 år og i særlige tilfælde unge under 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. 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, dvs. inden for rammerne af den beskrevne behandlingsplan.

Udarbejdelse af handleplanen for hver enkelt stofmisbruger skal sikre sammenhængen mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige del af stofmisbrugsbehandlingen og de sociale problemstillinger i øvrigt.

Behandlingsplanerne skal understøtte den samlede handleplan, som tilgodeser både sundhedsfaglige og socialfaglige forhold, og som danner rammen for samarbejdsprocessen med stofmisbrugeren. Af den sociale behandlingsplan skal det fremgå, hvad målet med indsatsen skal være på både kortere og længere sigt, og hvilke aftaler der er indgået omkring forløbet. Misbrugsbehandling retter sig mod stofmisbrugerens samlede livssituation. Derfor omfatter indsatsen både misbrugerens helbredsmæssige og sociale problemstillinger, og eventuelle problemstillinger med eksempelvis bolig, kriminalitet, arbejde og netværk.

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.

Det påhviler kommunalbestyrelsen at tilbyde vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler til stofmisbrugere (substitutionsbehandling). Denne forpligtelse fremgår af sundhedslovens § 142, stk. 1. Det er ligeledes kommunalbestyrelsens ansvar at sikre den fornødne sammenhæng mellem den lægelige behandling og den hermed forbundne psykosociale indsats og indsatsen mod de sociale problemer, stofmisbrugeren i øvrigt måtte have.

Den lægelige behandlingsplan indgår som en del af den sociale handleplan og forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud, til stofmisbrugeren.

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.

Med satspuljeaftalen for 2004 blev der iværksat midler til sikring af højere kvalitet i metadonbehandlingen, hvilket resulterede i udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Vejledningen er beskrevet i kapitel 7 i foreliggende rapport.

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. Med vejledningen foreligger nu samlede ret-

ningslinjer for selve substitutionsbehandlingen og en beskrivelse af de lægelige kerneydelser, som knytter sig til substitutionsbehandlingen. Formålet med vejledningen er at understøtte og styrke en helhedsorienteret sundhedsfaglig indsats gennem overordnede retningslinier. Vejledningen skal medvirke til at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt stofmisbrugere ved at sikre en ensartet og acceptabel kvalitet i den lægelige behandling. Vejledningen vil i 2010 blive fulgt op af et kvalitetssikringsværktøj, hvor kommunerne årligt skal foretage registreringer og indberetninger til Sundhedsstyrelsen om de lægelige kerneydelser, som er beskrevet i vejledningen. Se mere herom i kapitel 7.

5.2 Stofmisbrugere indskrevet i behandling

Sundhedsstyrelsen har fra 1996 registreret alle stofmisbrugere, der indskrives i behandling (SIB). 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, stof-fri etc.) klienten modtager.

Som nævnt indledningsvis er registerårgangen 2008 stadig påvirket af registeromlægningen i 2006/2007 samt manglende indberetninger fra kommunerne, der overtog ansvaret for registreringen fra amterne 1.1.2007. Sundhedsstyrelsen må derfor gøre opmærksom på, at 2008-data fortsat kun må betragtes som minimumstal, og at resultaterne fra opfølgelserne skal tages med forbehold.

I tabel 5.2.1 vises nogle udvalgte karakteristika ved de klienter, der blev indskrevet i 2008.

Tabel 5.2.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2008

Antal klienter indskrevet i behandling i 2008	4.700
Andel ikke behandlet tidligere (%)	32
Andel af mænd/kvinder (%)	77/23
Gennemsnitsalder mænd/kvinder (%)	32/31
Opioider som hovedstof (%)*	40
Hash som hovedstof (%)*	38
Centralstimulerende stoffer som hovedstof (%)*	17
Injektion hos tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	38**
Injektion hos ikke tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	22**
Lønindtægt (%)	17
Dagpenge (%)	2
Kontanthjælp (%)	46
Førtidspension (%)	13
Anden indtægt samt uoplyst (%)	22
Andel med selvstændig bolig (%)	59
Andel enlige mænd/kvinder (%)	78/71
Antal børn i hjemmet under 18 år	1.300
Antal børn uden for hjemmet under 18 år	499
Udenlandsk statsborgerskab (%)	5,7

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 samtidigt 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-procedure.

I 2008 blev der på landsplan indskrevet 4.700 personer i behandling, hvilket er lidt højere i forhold til 2007, men fortsat lavere end i 2006, hvor 5.426 personer blev indskrevet i behandling. Det samlede antal stofmisbrugere, der har været i behandling i løbet af 2008, er på knap 12.200. Antallet er dermed steget i forhold til sidste år, men fortsat lavere end i 2006, hvor 13.441 personer var i behandling.

Andelen af personer, der ikke tidligere har været i behandling, er stort set uforandret, 32 % i 2008 mod 33 % i 2007, men fortsat væsentligt højere end i 2006. Årsagen til den fortsat høje andel er formentlig også her fortsat 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. 51 % opgiver i 2008 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 2008. Kun 9 % opgiver amfetamin, 7 % opgiver kokain og knap 1 % opgiver ecstasy⁷ som hovedstof⁸. Disse stoffer bliver således hovedsageligt brugt som supplement. Hash var hovedstof for 38 % af de indskrevne, men det er et meget udbredt sidestof. Således har 23 % af de indskrevne i 2008 angivet at have hash som sidestof.

Alder og kønsfordeling

I 2008 var der 77 % mænd og 23 % kvinder blandt stofmisbrugerne i behandling. Andelen af kvinder er dermed på niveau med tidligere år. Gennemsnitsalderen ved indskrivningen i 2008 var 32 og 31 år for henholdsvis mænd og kvinder og dermed stort set uforandret i forhold til sidste år.

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 er samme andel som i 2007. Næsten halvdelen er på enten dagpenge eller kontanthjælp. Samlet har 26 % en færdiggjort uddannelse ud over folkeskolen, og 9 % 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 boligmæssigt er stofmisbrugerne dårligt stillede. Kun 59 % har selvstændig

⁷ Her opgjort som MDMA eller lignende.

⁸ Procenterne er udregnet på basis af den del af behandlingspopulationen, som har angivet et hovedstof.

bolig og 4 % er egentlig boligløse. Familiemæssigt levede en meget stor andel af såvel mandlige som kvindelige stofmisbrugere som enlige.

I alt 1.300 børn boede sammen med en misbruger indskrevet i behandling i 2008, mens 499 børn under 18 år var anbragt uden for hjemmet. Mht. antal børn af stofmisbrugere i behandling – hjemmeboende som anbragte børn - er disse på niveau med 2007, men væsentlige højere sammenlignet med 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 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 knap 6 %. 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. 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. misbrug og rekrutteringen hertil. I tabel 5.2.2 findes oplysninger om de nytilkomne.

Tabel 5.2.2. Klienter indskrevet i behandling i året, og som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Klienter der ikke er behandlet tidligere	1745 ud af 5134 (34%)	1696 ud af 5212 (33%)	1578 ud af 5228 (30%)	1329 ud af 5426 (24%)	1515 ud af 4661 (33%)	1517 ud af 4700 (32%)
M/K (%)	76/24	77/23	75/25	76/22	78/22	74/26
Gennemsnitsalder M/K	28/28	27/28	27/28	27/27	28/28	28/27
Opioider som hovedstof (%)*	28	24	19	15	17	15
Hash som hovedstof (%)*	44	47	46	50	52	56
Centralstimulerende stof som hovedstof (%)*	18	23	20	27	26	25
Injektion hos heroinmisbrugere (%)	25	21	19	18	23**	22

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling i 2002-2008

*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 5.2.2, havde 32 % af de indskrevne klienter i 2008 ikke tidligere været i behandling. Ikke overraskende var gennemsnitsalderen væsentligt lavere blandt de nye end gennemsnitsalderen i behandlingspopulationen som helhed. Blandt de nytilkomne er lidt flere kvinder sammenlignet med kønsfordelingen i hele behandlingspopulationen.

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 56 % i 2008. Blandt de 1.434 nytilkomne med oplyst hovedstof har kun 15 % opioider som hovedstof og 25 % opgiver at have et centralstimulerende hovedstof (i dette tilfælde amfetamin, kokain eller ecstasy), hvilket er stort set uforandret i forhold til 2007 og en større andel end blandt behandlingspopulationen som helhed.

Hvad angår indtagelsesmåden for heroin blandt de to ”klientgrupper”, er der også forskel, da 22 % af de ikke tidligere behandlede oplyser at injicere stoffet, mens 38% af de tidligere behandlede har injiceret heroin i 2008. 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 er opdaterede tal 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 faldt antallet, hvilket formentlig skyldes de ændrede registerprocedurer. I 2008 er 3.879 unge mellem 18 og 29 år i behandling, hvilket er på niveau med 2007, hvor 3.547 unge var i behandling. Sammenholder man ungepopulationen i stofmisbrugsbehandling med det samlede antal danske unge i samme aldersgruppe, svarer 3.879 til, at 5 ud af 1.000 unge mellem 18 og 29 år er i behandling i 2008, hvilket er uforandret i forhold til tidligere år.

Tabel 5.2.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2008 med kendt hovedstof (i procent)

	2003		2008	
	18 – 24-årige	Alle i behandling	18 – 24-årige	Alle i behandling
Hash	46,0	25,6	61,0	37,8
Heroin	15,3	30,2	6,6	19,0
Amfetamin	12,7	5,8	16,6	9,6
Kokain	5,8	4,4	6,1	6,5
Ecstasy	4,0	1,2	2,2	0,9
Andre opioider	4,8	20,1	2,5	20,7
Benzodiazepiner	1,7	2,1	2,0	2,2
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0
Andet	9,8	10,5	2,9	3,4

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

Som det ses af tabel 5.2.3., er ungepopulationen karakteriseret ved i stigende grad at have hash og andre centralstimulerende stoffer som hovedproblem for deres misbrug. Både i 2003 og 2008 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 undersøgelsespe-

rioden fra 746 personer i 1997, 493 i 2003 og 223 i 2008. Denne udvikling er særlig tydelig for de 18 – 24 årige, jf. tabel 5.2.3.

Stofmisbrugere i substitutionsbehandling

Sundhedsstyrelsen har tidligere opgjort antallet af personer i længerevarende metadonbehandling på baggrund af data fra ordinationsregisteret. Seneste opgjorte opgørelse herfra viste, at 5.700 personer i 2004 var i substitutionsbehandling med metadon. I opgørelsen indgik oplysninger om antal personer i metadonbehandling indsat i Kriminalforsorgen, samt antal personer uden CPR-nummer (Sundhedsstyrelsen 2008b).

Fra 2008 baseres opgørelser om antallet af stofmisbrugere i substitutionsbehandling på data indberettet til Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB). Da opgørelsesmetoden⁹ og datagrundlaget¹⁰ er forskelligt fra tidligere opgørelser, er resultaterne ikke direkte sammenlignelige.

En opgørelse fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling viser at der blandt alle i stofmisbrugsbehandling er 7.550 personer i substitutionsbehandling i 2008. Medtages data fra Kriminalforsorgen er det samlede antal personer i substitutionsbehandling enten med metadon eller buprenorfin på knap 8.050.

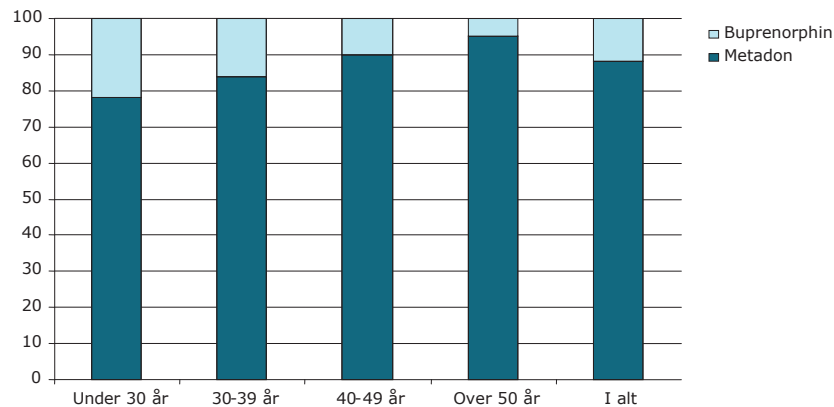
Sundhedsstyrelsens reviderede vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler af 8. juni 2007 er ophævet 1. juli 2008 og erstattet af Vejledning nr. 42 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling af 1. juli 2008. Buprenorfin og metadon er de præparater, der anvendes i substitutionsbehandlingen. I vejledningen fra 2008 er det blevet indskærpet, at buprenorfin bør anvendes som 1. valgs præparat til opioidafhængige stofmisbrugere, som ikke tidligere har været i behandling og i øvrigt tilstræbes anvendt i videst muligt omfang i substitutionsbehandlingen.

Antallet af personer i substitutionsbehandling med buprenorfin er steget. I 2008 var knap 950 personer i substitutionsbehandling med buprenorfin mod 600 personer i 2004 (Sundhedsstyrelsen 2005b). Flere unge under 30 år er i substitutionsbehandling med buprenorfin sammenlignet med personer i de ældre aldersgrupper. Hermed falder andelen af personer i behandling med buprenorfin med alderen jf. figur 5.2.1.

⁹ I tidligere opgørelser var længere varende substitutionsbehandling defineret som modtagelse af substitutionsbehandling i 5 måneder. I nærværende opgørelse er antallet af personer i substitutionsbehandling defineret på baggrund af de definitioner, der er fastsat af EMCDDA med baggrund i at opgøre personer i et pågældende år. I denne vil kun det sidst påbegyndte behandlingsforløb indgå i opgørelsen for personer indskrevet i behandling i 2009.

¹⁰ Tidligere opgørelser var baseret på ordinationsregisteret, mens nærværende opgørelse er baseret på registeret over stofmisbrugere i behandling (SIB).

Figur 5.2.1 Andelen af personer i substitutionsbehandling med hhv. buprenorfin og metadon i 2008 fordelt på aldersgrupper



Af de klienter der er i substitutionsbehandling, og som er indskrevet i behandling for første gang i 2008, er 31 % af disse i substitutionsbehandling med buprenorfin, og 69 % i substitutionsbehandling med metadon. I 2007 gjaldt, at andelen i substitutionsbehandling med buprenorfin blandt de nye i behandling ”kun” var 20 %, hvor 80 % var i substitutionsbehandling med metadon. Andelen af stofmisbrugere, der søger behandling første gang, kommer altså i stigende grad i substitutionsbehandling med buprenorfin på bekostning af metadon, hvilket er positivt og i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at buprenorfin i videst mulig omfang benyttes som 1. valgs præparat til opioidafhængige stofmisbrugere.

5.3 Stofmisbrugere i døgnbehandling

Særlige informationer om døgnbehandling indhentes gennem monitoreringssystemet DanRIS, der er udviklet siden 2000. Antallet af døgninstitutioner tilmeldt DanRIS var i 2008 på 43. Af disse var 34 egentlige døgnbehandlingsinstitutioner. Disse døgninstitutioner dækker langt de fleste døgninstitutioner, 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.

I nedenstående tabel er udviklingen i indskrivninger i de ti halvår 2004-2008 vist.

Tabel 5.3.1. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling halvårene 2004-2008

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	25 %
2. halvår 2007	578	33,0	25 %
1. halvår 2008	726	34,0	27 %
2. halvår 2008	693	33,6	23 %
Alle	6408	33,1	25 %

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

Som det fremgår i tabel 5.3.1, ses der en stigning i antal indskrevne i 2008 i forhold til de foregående 3 år. Aldersfordelingen synes rimelig konstant gennem de seneste 5 år. Andelen af kvinder synes ligeledes at være stabil over hele perioden.

I forhold til 2007 ses der i 2008 enkelte ændringer i klienternes stofforbrug i måneden inden indskrivning. I 2008 konstateres en signifikant reduktion i brugen af heroin, substitutionsmedicin (både ordineret og illegal) og storforbrug af alkohol¹¹ samt et signifikant fald i antallet af dage med injektion som indtagelsesmåde. Endvidere er der i 2008 en stigning i antallet af dage, hvor der er indtaget cannabis. Tallene for brug af andre opiater, nerve-/sovemedicin og centralstimulerende stoffer er derimod uændrede fra 2007 til 2008, hvilket også gælder for brugen af flere stoffer om dagen. I forhold til klienternes generelle belastningsmønstre er der sket et lille, men signifikant fald i klienternes alkoholbelastning, hvilket stemmer overens med reduktionen i storforbrug. Samtidig rapporterede klienterne signifikant færre dage med arbejde, og signifikant færre angav at have haft lønindkomst de sidste 30 dage inden indskrivning. Endelig skal det bemærkes, at selvom den samlede score for psykisk belastning ikke er ændret signifikant fra 2007 til 2008, er der sket en signifikant stigning i antallet af klienter, der har forsøgt at begå selvmord den sidste måned inden indskrivning.

Andelen af klienter, der gennemfører døgnbehandling som planlagt, er steget fra 41% i 2004 til 50 % i 2007 for at ende på 46 % i 2008. Hertil ses en stigning i antal dage indskrevet i døgnbehandling fra 114 dage i 2004 til 139 dage i 2008.

De i alt 1449 stofmisbrugere, som blev indskrevet i døgnbehandling i 2008, kommer fra næsten alle kommuner. Således er der registreret stofmisbrugere i behandling fra 92 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 2008.

¹¹ Mindst 5 genstande dagligt i mindst 4 dage om ugen i måneden op til indskrivning.

Effekten af den stoffri døgnbehandling i Danmark

I 1998 blev der gennemført en undersøgelse af 340 stofmisbrugere et år efter de havde forladt stoffri døgnbehandling. I 2008 blev denne undersøgelse gentaget med 300 nye stofmisbrugere ud fra samme undersøgelsesdesign (Pedersen 2009). Begge grupper var repræsentative for stofmisbrugere indskrevet i stoffri døgnbehandling i henholdsvis 1996/1997 og 2007. I de to undersøgelsesår ses betydningsfulde ændringer såvel i klientgrundlaget i døgnbehandlingen som i den tilbudte behandling. I 1996/1997 havde omkring 90 % af de indskrevne i måneden op til indskrivningen et forbrug af opioider, mens det samme var tilfældet for 65 % i 2007. Andelen der havde haft et forbrug af centralstimulerende stoffer i måneden op til indskrivningen, steg signifikant i samme 10-års periode. Tendensen med fald i brugen af opioider og stigning i centralstimulerende stoffer inden indskrivning i døgnbehandling de senere år ses imidlertid ikke alene blandt klienter i døgnbehandling, men ses for alle klienter der indskrives i behandling – døgn som ambulant. For klienter i døgnbehandling gjaldt dog, at det samlede antal indskrivningsdage var faldet med i gennemsnit 2 måneder, mens gennemført som planlagt var steget fra 37 % til 57 %.

I både 1996/1997 og i 2007 havde 23 % af de klienter, der blev indskrevet i døgnbehandling, og som opgav et opioidemisbrug inden indskrivningen, været stoffri i hele året efter, de var blevet udskrevet fra døgnbehandling. Blandt de klienter, der havde et forbrug af andre stoffer end opioider inden indskrivning i døgnbehandling i 2007, var 40 % af disse stoffrie i hele året efter udskrivning.

De opioidemisbrugerne, der oplevede tilbagefald, havde dog signifikant færre episoder med tilbagefald i 2008, end det var tilfældet i 1998. De var også tidsmæssigt kortere tid i tilbagefald end i 1998. Dette hænger formentlig sammen med at 79 % af de opioidemisbrugere, der havde haft tilbagefald fra 2008-gruppen, kom i behandling efter udskrivning fra døgninstitution, mens det samme var tilfældet for 64 % fra 1998-gruppen.

Behandlerne i 2008 er betydeligt bedre uddannede end i 1998, og deres anciennitet og alder er højere. Der er i dag langt flere, der har en socialfaglig uddannelse end i 1996-97, og der er langt flere, der har en diplomgivende efteruddannelse. Der kan ikke ses nogen sammenhæng mellem behandlerkarakteristika og tilbagefald blandt opioidemisbrugerne, men der kan i 2008 ses en positiv sammenhæng mellem at have en diplomgivende efteruddannelse og stoffrihed blandt klienter, der ikke havde et opioidemisbrug inden indskrivning i behandling.. Altså: Jo mere efteruddannelse til behandlerne, desto mindre tilbagefald blandt ikke-opioidmisbrugerne (primært hash-, amfetamin- og kokainforbrugere).

Det må konkluderes, at opioidemisbrug er en stor udfordring for behandlingssystemet. Hvis målet er permanent stoffrihed, er succesen relativt begrænset og relativt upåvirkelig af forskellige kvaliteter i misbrugsbehandlingen. Dette skal også ses i sammenhæng med at opioideafhængighed for manges vedkomne er en kronisk tilstand præget af hyppige tilbagefald. Dette kan dog i nogen grad opvejes af lettilgængelig behandling, som opioidmisbrugerne ikke har modstand mod at opsøge.

Misbrug af andre typer stoffer end opioider synes i højere grad at være påvirkeligt af forskellige kvaliteter i misbrugsbehandlingen, og her synes vedvarende stoffrihed at være et mål, der er opnåeligt for en noget større gruppe. Dette er i overensstemmelse med international forskning.

5.4 Øvrige tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen

Indenrigs- og Socialministeriet har i årene 2007-2009 anvendt 10 millioner kroner pr. år til at gennemføre et antal kvalitetsløft-initiativer på stofmisbrugsområdet. Initiativerne i kvalitetsløft-projektet indeholder en række elementer. Fokus har været på at øge validiteten i indberetningerne om overholdelse af behandlingsgarantien, at forbedre sagsbehandlingen, opkvalificere sagsbehandlere gennem efteruddannelse samt at udarbejde en metodebog på det sociale stofmisbrugsområde.

Projekt "God Sagsbehandling"

I kvalitetsudviklingsprojektet "God Sagsbehandling" skal erfaringer fra et lignende projekt på ældreområdet omsættes til stofmisbrugsområdet. I et samarbejde mellem Servicestyrelsen og syv projektkommuner udarbejdes der et hæfte om god sagsbehandling på stofmisbrugsområdet. Hæftet udgives i foråret 2010 og skal medvirke til, at mennesker med stofmisbrug får et sagsbehandlingsforløb med afsæt i de faglige og juridiske krav på området.

Efteruddannelse af sagsbehandlere

300 sagsbehandlere på misbrugsområdet har i efteråret 2008 deltaget i et landsdækkende uddannelsesforløb. Målgruppen for uddannelsesforløbet har været professionelle, der arbejder med visitation og sociale handleplaner på misbrugsområdet. Efteruddannelsen mål var at give deltagerne kvalifikationer til at yde en målrettet og sammenhængende indsats, således at de kunne bidrage til god sagsbehandling for mennesker med stofmisbrug. Uddannelsen indeholdt undervisning i at anvende den relevante, gældende lovgivning. Derudover skulle uddannelsen give deltagerne viden til at identificere problemstillinger og behov hos målgruppen og give redskaber til at matche misbrugerens behov med forskellige behandlingsmetoder og redskaber. Der har været stor interesse for efteruddannelsen, og der bliver derfor tilbudt efteruddannelse til endnu 50 sagsbehandlere i efteråret 2009.

Metodebog om stofmisbrugsbehandling

Indenrigs- og Socialministeriet har bedt Servicestyrelsen udarbejde en metodebog til professionelle på stofmisbrugsområdet. Servicestyrelsen skriver og udgiver en bog om stofmisbrugsbehandling, der skal understøtte en målrettet, sammenhængende og fagligt kvalificeret indsats. Bogen omhandler stofmisbrugsområdet relativt bredt: både misbrugsbehandling, sagsbehandling, lovgivning, sociale tilbud, dokumentation, særlige problemstillinger. Bogen er målrettet professionelle, der er i kontakt med mennesker med stofmisbrugsproblematikker. Det vil sige både behandlere og sagsbehandlere. Det er meningen, at bogen skal kunne fungere som en opslagsbog og skal samle op på al den viden, der er på området. Bogen forventes udgivet ultimo 2009 / primo 2010.

Undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark

SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, har fra 2007 til 2009 gennemført en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark for Servicestyrelsen (Benjaminsen 2009). Formålet med undersøgelsen har været at tilvejebringe viden og dokumentation om kvaliteten af den sociale stofmisbrugsbehandling, der ydes efter Serviceloven. Undersøgelsen sætter fokus på en række aspekter af den sociale misbrugsbehandling. Undersøgelsen afdækker, hvad indholdet af den sociale misbrugsbehandling består af, og hvilke målsætninger der ligger til grund for indsatsen. Samtidig viser den, hvordan skadesreduktion praktiseres i behandlingssystemet, og hvilke metoder de forskellige indsatser bygger på. Derudover er der fokus på, hvordan behandlingsmålsætninger og metoder sikrer brugernes selvbe-

stemmelse, retssikkerhed og valgfrihed. Undersøgelsen blev offentliggjort i september 2009.

Tilbudsportalen

Tilbudsportalen.dk er en lovfæstet database over alle godkendte behandlingstilbud i Danmark. Sagsbehandlere må kun visitere til de stofmisbrugsbehandlingstilbud, der er registreret på portalen. Selve indberetningerne om behandlingstilbuddet foretages af den enkelte leverandør. Her skal leverandøren blandt andet beskrive den socialfaglige indsats, taksten, målgruppen for indsatsen og antal pladser i tilbuddet. Før oplysningerne bliver tilgængelige for offentligheden, skal de godkendes af den ansvarlige myndighed/bopælskommune.

Tilbudsportalen er tilgængelig på internettet, og derfor kan både sagsbehandlere, borgere eller pårørende fremsøge relevante tilbud på flere måder. Der kan søges på målgruppe – typisk alder og typer af sociale problem - fx stofmisbrug. Derudover kan der afgrænses på tilbudstype; ambulant eller midlertidigt botilbud, ligesom man kan søge på specifikke behandlinger; stofmisbrugsbehandling, psykologhjælp, udslusning. Søgning vil give en liste over de leverandører, som har de specifikke tilbud.

Hash- og Kokainprojekt

For at imødekomme behovet for at udvikle behandlingsmetoder over for nye grupper af misbrugere blev der i 2006 for en 3 års periode med accept fra de daværende satspuljeordførere bevilget økonomisk støtte på ca. 9 mio. kr. til et projekt i Københavns Kommune kaldet Hash- og Kokainprojektet. Projektet startede i 2007. Der er tale om et kvalitetsudviklingsprojekt, hvor man skal afprøve og udvikle et relevant behandlingskoncept. Der visiteres til projektet fra 4 modtageenheder i kommunen, og de foreløbige erfaringer viser, at projektet tiltrækker et stigende antal nye brugere, som man ikke tidligere har været i kontakt med. Der er mulighed for at deltage i grupper om aftenen for dem, der er i arbejde eller studerende, eller i daggrupper, hvor deltagerne er lidt mere belastede. Når dette projekt afsluttes, vil der ligge beskrevne erfaringer, der vil kunne bruges i andre kommuner over for denne målgruppe.

6 Sundhedsrelaterede konsekvenser af stofmisbrug

En række sundhedsmæssige problemer og konsekvenser kommer i kølvandet 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 med faldende tendens 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 hyppige, idet stofmisbrug ofte optræder sammen med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer i form af panikreaktioner, angstanfald, depressioner og personlighedsforstyrrelser og lignende. Opgørelser over psykiatriske indlæggelser viser, at der er sket en stigning gennem årene i antal 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 1500 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 over 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.

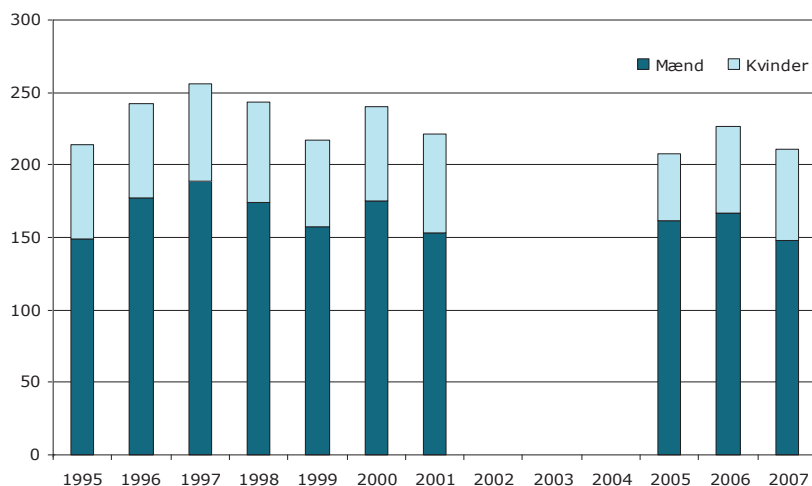
Som det vil fremgå af opgørelser af de narkotikarelaterede dødsfald, registreret både i Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister og i opgørelsen fra Rigspolitiet, ses i det store hele en faldende tendens i antallet af narkotikarelaterede dødsfald de senere år. Det forhold, at begge registre beskriver samme udvikling, kan bestyrke at der reelt er tale om en faldende tendens.

Sundhedsstyrelsens opgørelse, baseret på dødsårsagsregisteret

I opgørelsen fra Dødsårsagsregisteret er den europæiske definition af de narkotikarelaterede dødsfald anvendt (EMCDDA 2005). 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 1995-2007¹².

Figur 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald 1995-2007*



Kilde: Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister

* Data for 2007 er estimeret på baggrund af foreløbige tal for 2007.

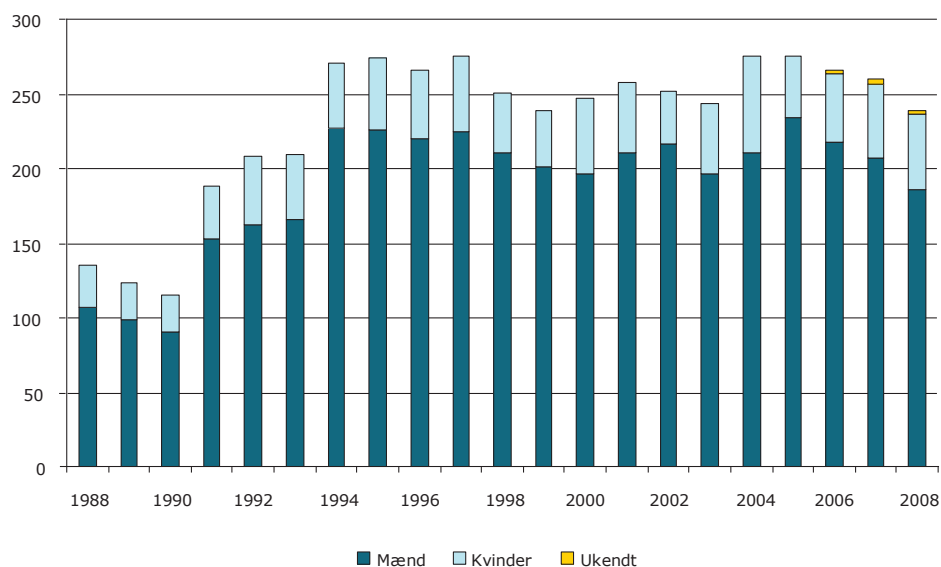
I 2007 er det estimerede antal narkotikarelaterede dødsfald 211, hvilket er et lille fald i forhold til de 227 dødsfald i 2006. Betragter man hele perioden, 1995-2007, svinger antallet af dødsfald mellem 200-250. Antallet er lavest i 2005, hvor der er registreret 207 dødsfald. I 2007 stod mænd for 70 % (148) af samtlige narkotikarelaterede dødsfald. I de øvrige år svinger andelen mellem 69 % og 74 %.

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 og faldende tendens de senere år (se tabel 6.1.1 i annekset). I 2008 blev der registreret 239 narkotikarelaterede dødsfald, hvilket er det laveste antal de seneste mange år. Af de 239 dødsfald, var 78 % mænd (186) og 22 % var kvinder (51). Antallet af narkotikarelaterede dødsfald var 275 i både 2004 og 2005, 266 i 2006 og 260 i 2007. Det er således tale om et markant fald i det årlige antal registrerede dødsfald fra 2004 frem til i dag.

¹² Valide tal for narkotikarelaterede dødsfald for 2002-2004 foreligger ikke.

Figur 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1988-2008



Kilde: Rigspolitiet 2009

Ud af de 239 dødsfald i 2008 skyldtes 82 % (195) forgiftninger med et eller flere stoffer. Som tabel 6.1.2. nedenfor viser, skyldtes 36 % (70 ud af 195) forgiftning med heroin/morfin eller heroin/morfin i kombination med et andet stof, mens 42 % (82 ud af 195) skyldtes forgiftning med metadon eller metadon i kombination med et andet stof. I alt 5 af forgiftningsdødsfaldene i 2008 skyldtes forgiftning med enten kokain(3) eller amfetamin(2). Af de 239 narkotikarelaterede dødsfald skyldtes 44 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	2008
Heroin/morfin	94 (57)	153 (71)	76 (44)	60 (30)	81 (38)	77 (37)	83 (37)	69 (34)	70(36)
Metadon	51 (31)	46 (21)	72 (41)	97 (49)	95 (44)	89 (43)	92 (42)	84 (41)	82(42)
Andet	9 (12)	17 (8)	27 (15)	41 (31)	38 (18)	40 (20)	46 (21)	52 (25)	43(22)
Forgiftninger i alt	154	216	175	198	214	206	221	205	195
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)

Kilde: Rigspolitiet, 2009

I 2004 gjaldt det, at der under kategorien "andet" bl.a. var følgende forgiftningsdødsfald: Amfetamin: 1, ecstasy/ecstasylignende 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/ ecstasylignende.: 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/ecstasylign.: 1, antidepressiva: 1.

I 2008 gjaldt det, at der under kategorien "andet" bl.a. var følgende forgiftningsdødsfald: amfetamin:2, kokain:3, ketobemidon:2, andre opioider(stærke):9

Tabel 6.1.2. viser også udviklingen i de forskellige forgiftningsdødsfald i årene 1991, 1997, og fra 2002 og frem til 2008. 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 2004-2008. 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 andre (stærke) opioider.

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 retskekemiske 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 239 narkotikarelaterede dødsfald i 2008 er 113, 91 og 35 rapporteret henholdsvis fra Jylland, Sjælland og Fyn. Den geografiske fordeling har ændret sig de senere år, hvor der tidligere blev registreret flest dødsfald på Sjælland og færre i Jylland og på Fyn. I de seneste par år er der set flere narkotikarelaterede dødsfald i Jylland end på Sjælland, og færrest på Fyn.

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. I 2008 er gennemsnitsalderen faldet til 37,2 år. Gennemsnitsalderen ved død for mænd er i 2008 36,1 år og for kvinder er den 41,2 år.

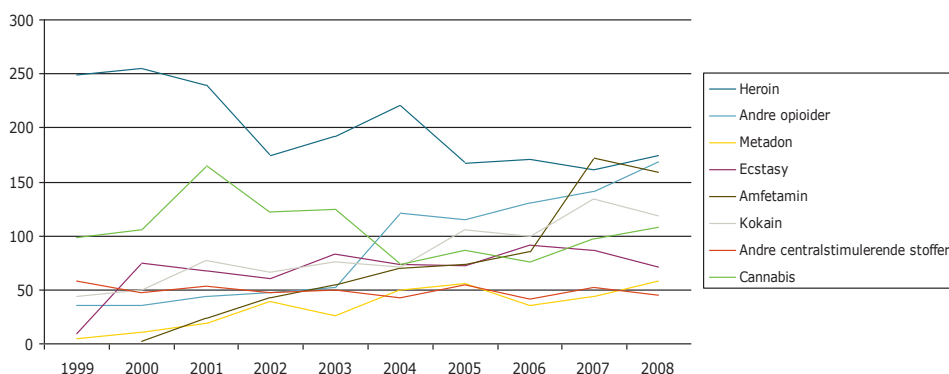
6.2 Forgiftninger med illegale stoffer

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 udviklingen af de registrerede intoksikationer¹³ og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer fra 1999 til 2008. Fra 2000 ændrede kodningspraksis sig ved, at det herefter blev muligt at specificere forgiftninger med amfetamin og khat.

Der er registreret mellem 1128 og 1584 henvendelser med forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2008. 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 perioden 1999 til 2007 ses et stigende antal forgiftninger med de centralstimulerende stoffer. Fra 2007 til 2008 ses et lille fald. Tallene er som nævnt usikre og skal læses med forbehold på grund af diagnostiske og andre fejlkilder.

I alt er der registreret 12.697 forgiftninger i de 10 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 (67 %) som kvinder (33 %) registreret med en forgiftning i undersøgelsesårene. Nedenstående figur viser udviklingen af forgiftninger med de forskellige stoffer og omfatter 12.697 forgiftninger i samtlige 10 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 - 2008



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 60 % af samtlige forgiftning-

¹³ 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 deliri-um, med perceptionsforvrængninger og med koma).

ger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer er registreret blandt unge under 24 år. 2.392 (19 %) forgiftninger i perioden indtraf blandt unge under 20 år. Forgiftninger med blandingsmisbrug eller stoffer, der ikke specificeres, er hyppigst forekommende blandt de unge.

Tabel 6.2.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 10 undersøgelsesår(1999-2008), fordelt på forskellige aldersgrupper

	< 20 år	20-24 år	25-29 år	≥ 30 år
Opioider	170	366	593	2722
Centralstimulerende stoffer	874	822	461	669
Svampe og hallucinogener	104	74	33	47
Cannabis	328	302	180	246
Blandingsmisbrug og uspecificeret	916	938	718	2890
I alt	2392	2502	1985	6574

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 tryk 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 år¹⁴. 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 2008 var 4 % (12 personer) af de nydiagnostiserede hiv-positive intravenøse stofmisbrugere. Andelen har ligget på mellem 4 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 2008 var 19 % af de anmeldte aids-tilfælde fundet hos intravenøse stofbrugere, hvilket udgjorde 6 ud af i alt 31 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 5 % og 35 % ved hepatitis B, og varieret fra 29 % til 85 % ved hepatitis C. An-

¹⁴ Tallene fra tidligere år er blevet korrigeret og opdateret, således at de afviger en smule fra opgørelser i tidligere årsrapporter. Statens Serum Institut.

tallet 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.

Undersøgelser over udbredelse af infektionssygdomme

Som led i kvalificering, harmonisering og kortlægning af forekomsten af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere i EU har Sundhedsstyrelsen i perioden 2004-2008 støttet et forskningsprojekt til undersøgelse af udbredelsen af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere¹⁵. 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 2008 er nu opgjort og gengives her.

Ved de medikolegale ligsyn af de 239 narkotikarelaterede dødsfald registreret i Rigspolitiets register kunne 92 % analyseres for en eller flere markører.

Analyseresultaterne viste, at 52 % af de undersøgte var positive for antistoffer mod hepatitis C, mens 26 % var positive for hepatitis B (anti-HBc), og 23 % var beskyttet mod hepatitis B (anti-HBs positive) som følge af vaccination. Hiv infektion blev påvist hos 1 %. Til sammenligning var tallene i 2007: hepatitis C 57 %, hepatitis B 33 %, hepatitis B vaccinerede 17 % og hiv infektion 4 %. Den lidt lavere % af hepatitis B positive og tilsvarende højere % HBV vaccinerede i 2008 er inden for den statistiske usikkerhed. Det er dog første gang at forekomsten af hepatitis B har været under 30 % og andelen af vaccinerede over 20 %. Dette kunne afspejle en øget vaccinationsindsats blandt stofmisbrugere siden Sundhedsstyrelsen kom med sin anbefaling af dette.

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 og muligvis faldende, samt at forekomsten af hiv blandt stofmisbrugere er uændret og lav.

6.4 Stofmisbrugere i psykiatrisk behandling

Psyriske 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.

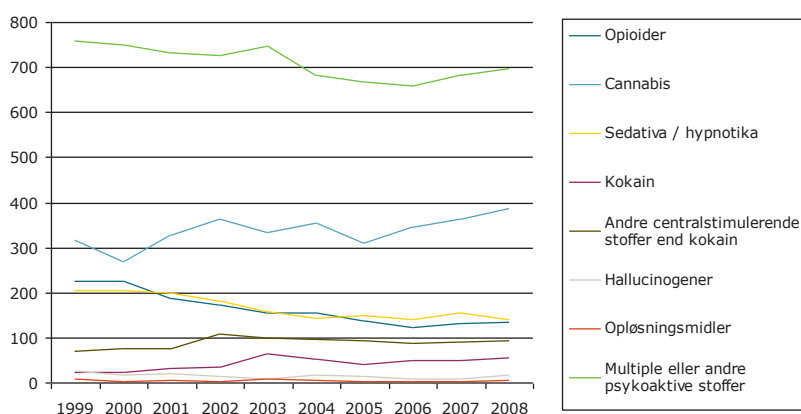
I 2008 blev i alt 4954 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose (dobbeltdiagnose). Dette er flere end i de foregående år (4119 personer i 2007). Antallet af indlæggelser med *bidiagnoser* alene relateret til stofbrug er som tidligere år stadig stigende og udgjorde 3418 i 2008 (2632 personer i 2007). Antallet af personer indlagt med stofrelaterede *hoveddiagnoser* i 2008 udgjorde 1536 personer, hvilket også er lidt flere sammenlignet med tidligere år

¹⁵ 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.

(1487 i 2008). 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. Næst hyppigst ses personer med cannabis-relateret hoveddiagnose, som i 2008 omfattede 25 % af personer i psykiatrisk behandling med en stofrelateret hoveddiagnose. I samme periode har andelen af personer med opioid-relateret hoveddiagnoser været svagt faldende, dog med tendens til stagnation de seneste år.

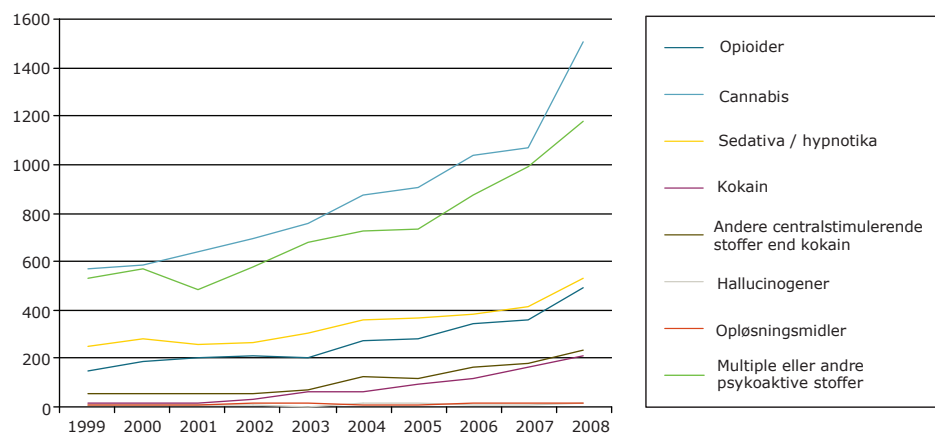
Figur 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 1999-2008



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

Antallet af personer med cannabis *bidiagnose* er næsten tredoblet i de seneste 10 år. Gruppen omfattede 566 personer i 1999 og 1507 personer i 2008. Især ses en kraftig stigning af de cannabisrelaterede bidiagnoser fra 2007 til 2008, hvor der er tale om en stigning på 40 %. 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 væsentlig lavere end indlæggelser med cannabis bidiagnoser. Antallet af indlæggelser med ”blandingsbrug” bidiagnose er betydeligt og udgør ca. 1/3 af det samlede antal indlæggelser med en bidiagnose relateret til stoffer.

Figur 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1999-2008



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

7 Sundhedsmæssige indsatser

Misbrug af rusmidler har meget ofte alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser i form af omfattende både fysiske og psykiske helbredsskader, som dels kan være livstruende, og dels kan udvikle sig til kroniske sygdomstilstande.

Stofmisbrugere har en stærkt øget forekomst af psykiatriske lidelser, og psykisk syge patienter misbruger i betydeligt omfang rusmidler. En psykiatrisk lidelse kan gøre det svært at gennemføre en behandling for misbrugsproblemer, og indtagelse af rusmidler kan forværre forløbet af en psykisk sygdom. Oftest er der tale om komplekse tilstande og komplekse årsagssammenhænge. De senere års undersøgelser viser (Sundhedsstyrelsen 2008a), at der hos mellem 60-70 % af stofmisbrugere i behandling findes en psykiatrisk lidelse, hvoraf langt størstedelen befinder sig inden for kategorien personlighedsforstyrrelser og affektive tilstande (angst, depressioner), mens en mindre del tilhører kategorien af psykotiske lidelser. Der er en betydelig øget hyppighed af selvmordsforsøg og selvmord blandt stofmisbrugere.

Stofmisbrugere har også en stærkt øget somatisk sygelighed. Mange sygdomme, som stofmisbrugeren pådrager sig, opstår som følge af usteril og skadevoldende intravenøst misbrug af misbrugsstofferne. Hyppigt forekommende er de smitsomme sygdomme leverbetændelser og hiv. Blodpropper og blodforgiftninger samt komplikationerne hertil såsom amputationer af ben og arme eller hjerteklapbetændelse, er ligeledes ofte forekommende blandt stofmisbrugere. Videre ses hyppigt andre sygdomme, som fx tandsygdomme, traumer, lungesygdomme, TB og underlivssygdomme, der ikke direkte er forårsaget af injektionsmisbruget, men er forbundet med den særlige livsstil, som ofte ses i forbindelse med et aktivt misbrug.

Tidligere undersøgelser har vist, at stofmisbrugere har en 10 gange højere dødelighed end baggrundsbefolkningen. Stofmisbrugere har en stærkt forhøjet dødelighed generelt på grund af forgiftninger, men også på grund af misbrugsrelaterede sygdomme. For en nærmere uddybning af den narkotikarelaterede dødelighed henvises til kapitel 6 i foreliggende rapport.

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 rensesæbe 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 stofmisbrugerne 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.

For at medvirke til at begrænse de skader, som er forbundet med et have et misbrug og sikre, at stofmisbrugerne kan få den sundhedsfaglige rådgivning og behandling, de har behov for, har regeringen med satspuljeaftalerne de senere år afsat midler til iværksættelse af en række forskellige sundhedsfaglige tilbud til stofmisbrugerne i og uden for det etablerede stofmisbrugsbehandlingssystem. Foreliggende kapitel indeholder en beskrivelse af disse tiltag – herunder beskrives ordningen om den forestående nye behandling med injicerbar heroin til opioideafhængige i Danmark.

7.1 Forebyggelse af sygelighed blandt stofmisbrugere

Den generelle viden om følgesygdomme og skader ved stofmisbrug blandt stofmisbrugerne er sparsom, og ofte er der tale om en betydelig negligering hos stofmisbrugerne heraf i forbindelse med misbruget. Generelt søger stofmisbrugerne ikke lægebehandling, medmindre det er helt uundgåeligt, dvs. oftest kun i forbindelse med svær akut sygdom eller traumer. Ofte går de ganske længe med deres sygdomme ubehandlede, og hyppigt ses utilstrækkeligt behandlede kroniske sygdomme.

De helbredsmæssige problemer, som følger med stofmisbrug, medfører et stort antal hospitalsindlæggelser og skadestuebesøg. Behandlingen bliver ofte unødigt kompliceret og mangelfuld på grund af kommunikationsproblemer mellem sundhedspersonalet og stofmisbrugerne. Stofmisbrugerne har ofte også vanskeligheder med at fastholde aftaler i sundhedssystemet.

Fokus har i de senere år været rettet mod disse barrierer og foranlediget udvikling og iværksættelse af en række sundhedsfremmende indsatser til at begrænse de skader, som er forbundet med et have et misbrug og sikre, at stofmisbrugerne kan få den sundhedsfaglige rådgivning og behandling, de har behov for. Skadesreducerende sundhedsfaglige indsatser er vigtigt, især for de stofmisbrugere, der ikke er parate til at gå ind i en egentlig behandling for deres misbrug.

Via satspuljeaftalerne har regeringen blandt andet bevirket til, at stofmisbrugere siden 2004 har kunnet tilbydes gratis vaccination med hepatitis A og B (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006). Hertil kommer iværksættelsen af ordning med tilsætning af vandampuller til de sprøjtesæt, der i forvejen uddeles til stofmisbrugere.

Inden for stofmisbrugsbehandlingssystemet har der ligeledes de seneste år været fokus på at højne kvaliteten i den sundhedsfaglige behandling. Med satspuljeaftalen for 2004 blev der iværksat midler til sikring af mere kvalitet i substitutionsbehandling, hvilket resulterede i udarbejdelse af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. I forbindelse med vejledningens retningslinjer om valg af det mere sikre substitutionspræparat, buprenorphin som førstevalgs-præparat til personer, der ikke tidligere har været i substitutionsbehandling, blev der ligeledes i 2008 afsat satspuljemidler til indførelse af denne ordning.

Endeligt blev der med satspuljeaftalen for 2009 afsat midler til indførelse af behandling med heroin som behandlingsmulighed til en nærmere afgrænset gruppe, der ikke profiterer af metadonbehandling. Indførelse af ordningen har krævet lovændring i lov om euforiserende stoffer, og således er det i henhold til lovbekendtgørelse af nr. 749 af 1. juli (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008), blevet muligt at anvende heroin i medicinsk øjemed som led i lægelig behandling af per-

soner for stofmisbrug. Som konsekvens heraf har Sundhedsstyrelsen fastsat regler om ordination og behandling med heroin ved opioidafhængighed (Sundhedsstyrelsen 2009a), og Lægemiddelstyrelsen har hertil fastsat regler for håndteringen af heroinen på behandlingssteder samt fastsat regler om virksomheders indførsel og udlevering af denne (Lægemiddelstyrelsen 2009). Ordningen om injicerbar heroin behandles særskilt senere i kapitlet.

7.2 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald, infektionssygdomme og psykisk sygdom

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 udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

Vejledningen skal medvirke til at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt stofmisbrugere ved at sikre en ensartet og acceptabel kvalitet i de væsentligste lægelige kerneydelser, der knytter sig til substitutionsbehandlingen af opioidafhængige. Formålet med vejledningen er således, at understøtte og styrke den helhedsorienterede indsats gennem retningslinjer for selve substitutionsbehandlingen og en beskrivelse af de lægelige kerneydelser, som knytter sig til behandlingen.

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 stofmisbrugeren
- 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

I forbindelse med kvalitetssikring af den lægelige stofmisbrugsbehandling har Regeringen og satspuljepartierne i 2008 fulgt op på ovenstående vejledning. Med udgangspunkt i 10 indikatorer for lægelige kerneydelser vil Sundhedsstyrelsen medio 2010 have etableret et kvalitetssikringsværktøj, hvor kommunerne i form af en årlig elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen registrerer aktiviteterne lokalt. Såvel kommunerne selv som Sundhedsstyrelsen vil med denne indberetning få et overblik over den lægelige behandling på området, og der vil herudover skabes mulighed for en fremadrettet kvalitetssikring af den sundhedsfaglige indsats over for stofmisbrugere.

Både en dansk og engelsk udgave af hele vejledningen om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

7.3 Forebyggelse og behandling af infektionssygdomme

Med indgåelse af satspuljeaftalen for 2006 besluttede regeringen og satspuljepartierne at begrænse de alvorlige skader, som stofmisbrugere påfører sig selv, deres nærmeste og det omgivende samfund. Det blev derfor blandt andet besluttet, at indsatsen mod hepatitis C på landsplan skulle styrkes. I den forbindelse udarbejdede Sundhedsstyrelsen i 2007 en handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C.

I handlingsplanen anbefales, at kommunerne skal sikre, at målgruppen *systematisk* bliver tilbudt *dels* forebyggende foranstaltninger i form af oplysning og rådgivning om forebyggelse af blodbåren smitte til stofmisbrugere, hvad enten de findes smittede eller ej, *dels* screening for hepatitis A, B og C samt hiv, *dels* vaccination mod hepatitis A og B, samt endelig henvisning til behandling.

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 smitterisikoen 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 smittede med hepatitis C, samt at vaccination mod hepatitis A og B vil beskytte helbredstilstanden, hvis man er smittet med hepatitis C.

Handlingsplanen blev udsendt til kommunerne i efteråret 2007. I satspuljeaftalen indgik, at Sundhedsstyrelsen skulle etablere et monitoreringssystem, så der ved udgangen af hvert år kunne udarbejdes en status for handlingsplanens implementering, dvs. i hvor høj grad kommunen leverede de aftalte ydelser.

Da forebyggelse, udredning og sikring af behandling for hepatitis og hiv er en central lægelige kerneydelse i substitutionsbehandlingen af opioidafhængige stofmisbrugere, har Sundhedsstyrelsen besluttet at udarbejde en fælles elektronisk indberetningsordning for kvalitetssikringen af den lægelige stofmisbrugsbehandling og handleplan til forebyggelse af hepatitis. Indberetningsordningen forventes klar medio 2010.

7.4 Behandling med injicerbar heroin

Med Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af injicerbar heroin ved opioidafhængighed (Sundhedsstyrelsen 2009a) er behandling med lægeordineret heroin til en særligt afgrænset målgruppe også mulig i Danmark. Sundhedsstyrelsen har vurderet, at ca. 10 % af det samlede antal personer i længerevarende substitutionsbehandling med metadon vil kunne opfylde kriterierne for behandling med heroin og har på denne baggrund estimeret, at ca. 300 personer vil indgå i behandlingen.

Forud for vejledningen udarbejdede Sundhedsstyrelsen i 2007 en samlet sundhedsfaglig udredning af den aktuelle viden om lægelig ordination af heroin til stofmisbrugere. På baggrund af denne udredning besluttede regeringen efterfølgende og

som led i behandlingsindsatsen for de tungeste heroinmisbrugere, at igangsætte en ordning med behandling med lægeordineret heroin. Som konsekvens heraf fremsatte ministeren for sundhed og forebyggelse forslag om ændring af lov om euforiserende stoffer, så behandling med heroin kunne muliggøres. Lovforslaget blev vedtaget den 29. maj 2008 med ikrafttræden den 1. juli 2008, jf. § 1, stk. 1 i lovbe- kendtgørelse nr. 748 af 1. juli 2008 om euforiserende stoffer.

Af § 2, stk. 2, jf. liste A, nr. 3, i bekendtgørelse nr. 749 af 1. juli 2008 fremgår det, at heroin kan anvendes i medicinsk øjemed som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug.

Af § 41, stk. 1 og 2, i bekendtgørelse af lov nr. 1350 af 17. december 2008 om au- torisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed fremgår det, hvilke læger der kan ordinere afhængighedsskabende lægemidler, og af lovens § 41, stk. 3, fremgår det, at Sundhedsstyrelsen fastsætter regler for ordinationen mv.

Af § 142, stk. 1 og 2, i sundhedsloven, jf. bekendtgørelse af sundhedslov nr. 95 af 7. februar 2008 fremgår det, at kommunen tilbyder vederlagsfri behandling med afhængighedsskabende lægemidler til stofmisbrugere, og hvorledes kommunen kan tilvejebringe behandlingstilbuddet.

Med bekendtgørelse nr. 125 af 18. februar 2009 om ordination af heroin som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug, har Sundhedsstyrelsen fastsat reg- ler om ordination af og behandling med heroin.

Behandling med lægeordineret heroin forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere. Der skal således være sammenhæng mellem den lægelige behandling og den indsats, der retter sig mod den enkelte stofmisbrugers sociale problemer. Behandlingen med lægeordineret heroin vil derfor skulle ledsages af en indsats, der ydes efter servicelovens § 101, samt øvrig social støtte, eksempelvis til løsning af de forsør- gelses- og boligmæssige problemer, som stofmisbrugeren har. Det er kommunalbe- styrelsens ansvar at sikre den fornødne sammenhæng mellem den lægelige behand- ling og den hermed forbundne sociale indsats.

Regeringen og satspuljepartierne har i satspuljeaftalen for 2008 afsat 10 mio. kr. til kommunernes forberedelse af ordningen (etablering af klinikker, uddannelse af personale) samt til Sundhedsstyrelsens udvikling og drift af den koordinerede mo- nitorering. Med satspuljeaftalen for 2009 blev der fra og med 2010 afsat 62 mio. kr. årligt til permanent finansiering af heroinordinationsordningen.

Københavns Kommune, Århus Kommune, Odense Kommune, Esbjerg Kommune og Glostrup Kommune har tilkendegivet, at man overvejer at indføre et tilbud om heroinbehandling i 2009.

Godkendelse af læger med ret til at ordinere heroin

Behandling med heroin er en sundhedsfaglig specialopgave, der stiller særlige krav til behandling og patientsikkerhed. Behandlingen er mere kompleks og risikofyldt end konventionel, peroral metadonbehandling, hvorfor der stilles specifikke krav til faglige kompetencer og personalenormering.

Sundhedsstyrelsen skal godkende de behandlingsansvarlige læger med tilladelse til at ordinere heroinen, og den behandlingsansvarlige læge skal have indgående erfari- ng med stofmisbrugsbehandling. Lægen skal være speciallæge inden for relevant speciale (fx almen medicin, psykiatri, samfundsmedicin, intern medicin) og skal kunne dokumentere solid klinisk erfaring fra stofmisbrugsbehandling. Den kliniske erfaring skal omfatte grundigt kendskab til substitutionsbehandling ved opioidaf- hængighed, somatisk og psykiatrisk komorbiditet ved stofmisbrug samt erfaring

med helhedsorienteret stofmisbrugsbehandling og snitfladen til den sociale behandlingsindsats (Sundhedsstyrelsen 2009b).

Iværksættelse af behandling med heroin kan kun foregå i tilknytning til behandlingstilbud for behandling af opioidafhængighed, og kan kun foregå på behandlingssteder med særlig tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen, der har fastsat krav til sikkerhedsforanstaltninger for opbevaring, modtagelse og regnskab (Lægemiddelstyrelsen 2009a). Behandling med heroin kan ikke foregå på sygehus eller i kriminalforsorgens regi.

Krav til lægens medhjælp i forbindelse med injektionsbehandling

Den behandlingsansvarlige læge kan i behandlingen anvende hjælp fra andre sundhedsfaglige personer. Disse sundhedsfaglige personer skal have et grundigt kendskab til substitutionsbehandling samt den fysiske og psykiske komorbiditet ved stofmisbrug. Herudover skal det sundhedsfaglige personale kunne assistere patienterne ved injektioner samt udøve akut behandling ved livstruende tilstande (anafylaksi, overdosering mm.). Den behandlingsansvarlige læge har ansvaret for, at de pågældende læger og andet autoriseret sundhedsfagligt personale gennemgår et relevant uddannelsesprogram.

Behandling med heroin kræver som minimum tilstedeværelse/rådighed for konsultation af en læge, samt tilstedeværelse af mindst to autoriserede sundhedsuddannede personer i injektionsklinikens åbningstid.

Kriterier for iværksættelse af behandling med heroin

Indikationen for behandling med heroin er et fortsat intravenøst misbrug af ordinerede eller illegale opioider, på trods af længerevarende substitutionsbehandling med peroral metadon, hvor patienten har eller er truet af alvorlige helbreds-mæssige komplikationer. Den lægelige indikation for behandling med injicerbar heroin skal som minimum vurderes hvert halve år og vil altid foregå i kombination med peroral metadonbehandling.

Behandling med injicerbar heroin forudsætter herudover følgende:

- Alder over 18 år
- Regelmæssigt intravenøst misbrug af ordinerede eller illegale opioider trods peroral metadonbehandling inden for de forudgående 12 måneder
- Ingen aktiv eller ubehandlet sværere psykiatrisk lidelse, der gør, at patienten ikke kan medvirke til injektionsbehandlingen
- Ingen sværere somatisk lidelse, som kontraindicerer behandling
- Intet betydende alkoholmisbrug; dvs. at patienten skal være i stand til fremmøde to gange dagligt uden sværere alkoholpåvirkning eller alkohol-abstinenssymptomer
- Intet betydende benzodiazepinmisbrug. Patienter i stabil behandling med benzodiazepiner er ikke ekskluderet fra injektionsbehandling
- Ingen graviditet, amning eller aktuelle planer om graviditet
- Accept af krav om fremmøde og superviseret selvadministration af injektionsbehandlingen

Evaluering og tilsyn

Med henblik på en individuel såvel som en overordnet evaluering af behandlingsformen, skal den behandlingsansvarlige læge foretage indberetning til Sundheds-

styrelsens database for injicerbar heroin og metadon, jf. § 19 i autorisationsloven. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal finde sted ved iværksættelse af behandlingen samt herefter løbende hvert halve år. Indberetningssystemet omfatter spørgsmål om stofmisbrug, risikoadfærd, forekomst af misbrugsrelaterede fysiske og psykiske sygdomme, selvvalueret helbredsopfattelse samt spørgsmål om social belastning og kriminalitet.

Sundhedsstyrelsen vil på baggrund af indberetningen foretage en evaluering af behandlingens effekt, og på den baggrund tage stilling til eventuelle behov for justering af vejledningen.

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

7.5. Øvrige sundhedsfaglige tilbud

Udover de ovenfor beskrevne forebyggende og skadereducerende tiltag foregår en række indsatser lokalt og i kommunerne, der tager sigte på at reducere de sundhedsmæssige skader og konsekvenser af stofmisbruget. Mange af disse tilbuds formål er at yde sundhedsfaglige rådgivning og behandling til stofmisbrugerne, der hvor de befinder sig i gademiljøet eller i tilslutning til væresteder, og ved behov være brobygger til både det almindelige sundhedsvæsen, stofmisbrugsbehandlings-systemet og det øvrige sociale hjælpesystem.

Sundhedsrummet i Københavns Kommune

Sundhedsrummet er en sundheds- og socialfagligt bemandet klinik som har til opgave at modtage og behandle stofbrugere med sundhedsproblemer fra den lokale stofscene i området omkring Hovedbanegården i København.

Byområdet er præget af stor stofhandel, og en del af de stofmisbrugere, der køber stoffer i området, har også en stor del af deres stofindtagelse, og liv i øvrigt, her. En del af disse er periodisk hjemløse eller skifter mellem at være hjemløse og bo i bydelens herberger, for eksempel Mændenes Hjem. Andre har egen bolig andre steder, men køber og indtager i perioder deres stoffer i området omkring Hovedbanegården og Istedgade.

I Sundhedsrummet, hvor der er fri adgang fra gaden i åbningstiden, ydes hjælp i form af tidlig sygeplejebehandling af blandt andet infektioner, smerter og sår, og personer, der søger Sundhedsrummet, vil kunne få kvalificeret hjælp i form af forbinding og sårpleje. Herudover er der faste tider med lægekonsultation. Sundhedsrummet deler læge og ydernummer med Københavns Kommunes SundhedsTeam, hvilket gør, at der kan foretages blodprøvetagning, sårpodning og henvisning til speciallægehjælp som i enhver anden lægepraksis. I Sundhedsrummet tilbydes også mere kortvarende problemstillinger såsom behandling af lus, fnat og udlevering af vitamin- og mineraltilskud. Socialfaglige medarbejdere er tilknyttet Sundhedsrummet og kan tilbyde hurtig hjælp i forbindelse med sociale problemer.

En del af områdets stofbrugere er svært socialt marginaliserede og har ofte ingen systematisk kontakt med sundhedsvæsenet, misbrugsbehandlingen eller det sociale system. Derfor foregår der også i Sundhedsrummet et mere langvarigt sundhedsarbejde, der er en fortsættelse af det arbejde, der er udviklet i Københavns Kommunes såkaldte SundhedsTeam. Formålet med det mere langvarige sundhedsarbejde er reetablering af stofmisbrugerens kontakt til det sociale system og i relation til sundheden, en genopretning af sundhedstilstanden og genetablering af kontakt med sundhedsvæsenet, herunder især almen praksis. Sundhedsrummets medarbejdere er endvidere opsøgende i lokalområdet. Det opsøgende arbejde skal blandt andet sikre

kontinuiteten i stofmisbrugerens behandlingsforløb, uanset om stofmisbrugerens opsøger klinikken eller ej.

Ud over det rent social- og sundhedsfaglige arbejde har Sundhedsrummet herudover en opgave i at sikre udlevering af rene injektionssæt samt, efter behov, udvikle særlige skadesreducerende ”kits”. Der er for eksempel siden Sundhedsrummet åbnede blevet udleveret rygefolie til heroinrygere.

For at forebygge overdoser blandt stofmisbrugerne i området er endelig Sundhedsrummet fra 2009 rammen om et projekt i samarbejde med Brugerforeningen, hvor der udleveres naltrexon som nasalspray til en gruppe brugere fra lokalområdet. Projektet er opstået efter inspiration fra andre større byer i Europa og USA, hvor der er opnået gode erfaringer med at nedbringe antal overdoser blandt stofmisbrugerne via en lignende indsats.

Sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede

Satspuljepartierne har i alt afsat 28 mio. kroner fordelt over årene 2006-2009 til oprettelse af særlige målrettede sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere. Formålet er at forbedre helbredstilstanden blandt stofmisbrugerne generelt ved dels at øge adgangen til relevante sundhedstilbud, og dels modvirke strukturelle forhindringer for bedring af sundhedstilstanden hos hjemløse stofmisbrugere (brobygning og behandlingskontinuitet). Midlerne fra puljen er, efter Sundhedsstyrelsens faglige vurdering af de indkomne ansøgninger, tildelt København, Odense, Esbjerg, Århus og Guldborgssund Kommune. Ikke alle satspuljemidlerne blev udmøntet i projekterne, og det forventes derfor, at de igangværende projekter forlænges og styrkes ind i 2011.

De fleste af projekterne har nu været i gang i et par år – dog med nogen variation kommunerne imellem, og i overensstemmelse med de lokale forudsætninger. Erfaringerne i projekterne viser, at misbrugerne har fået kendskab til projekterne og benytter tilbuddene, og kendskab til basale foranstaltninger og til assistance i relation til det almindelige sundhedsvæsen. Projekterne har stor nytteværdi, idet brobygningen mellem den socialfaglige gadeplansindsats og den sundhedsfaglige indsats er meget central for de hårdest belastede stofmisbrugeres sundhedsmæssige tilstand. De foreløbige erfaringer peger således på, at projekternes sundhedsfaglige tilbud i høj grad efterspørges af målgruppen og dækker et behov, som hidtil har været udekket.

Fra januar 2009 er et indberetningssystem over sundhedstilstanden ved klienternes indskrivning implementeret i projekterne samt de i projekterne leverede behandlingsydelser. Indberetningerne muliggør nu derfor en systematisk dokumentation og evaluering af indsatserne.

Sundhedsfremme og forebyggelse hos de mest udsatte på værestederne

I satspuljeaftalen i 2006 blev afsat 22,5 mio. kr. over en treårig periode (2007-2010) til at styrke sundhedsfremme og forebyggelse over for de mest udsatte alko-hol- og stofmisbrugere samt hjemløse. Puljens overordnede formål er at sikre de allermest udsatte den nødvendige sundhedsfaglige behandling, samt at afprøve og udvikle metoder til at opspore og fastholde de socialt mest udsatte i offentlige sundhedstilbud.

I alt har 8 modelprojekter fået tildelt midler fra puljen. Fredericia, Herlev, Langeland, Nakskov, Odense, Randers, Silkeborg og Aalborg. Modelprojekterne tager udgangspunkt i et samarbejde mellem kommuner og væresteder og arbejder overordnet med *direkte sundhedsfremmende aktiviteter* – herunder tilbud vedrørende ernæring, motion, tandpleje, rygestop mm., samt *udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde samt helbredsundersøgelse*.

De foreløbige erfaringer fra projekterne viser, at stofmisbrugerne ofte oplever mistillid både til sundhedssystemet og til de sundhedsprofessionelle, og at der ligger store udfordringer i at skabe bedre relationer til gavn for den enkelte stofmisbruger. Personalet på værestederne understreger vigtigheden af at skabe tillid og at være vedvarende, rummelige og nærværende, og peger på udfordringen med hensyn til at få skabt en fælles faglighed blandt faggrupper og medarbejdere, der i dag har forskellige opfattelser i forhold til målgruppens problemstillinger, muligheder og behov.

Landsdækkende familieambulatorier

Med finansloven for 2008 er afsat midler til etablering af regionale familieambulatoriefunktioner i sygehusregi. 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 tværfaglig og helhedsorienteret løsning for moren og barnet. Indsatsen har til formål at forebygge medfødte skader og sygdomme samt opvækstbetingede udviklingsproblemer og omsorgssvigt hos børn af kvinder med rusmiddelproblemer.

Initiativet er udmøntet i Sundhedsstyrelsens vejledning af 30. juni 2009 om etablering af regionale familieambulatorier med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelproblemer – og specialiseret opfølgning af børn, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler. Efter aftale med Danske Regioner forpligter vejledningen regionerne til at etablere familieambulatorier.

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

Projekt Socialsygeplejerske

Projekt Socialsygeplejerske er et samarbejdsprojekt mellem ortopædkirurgisk afdeling på Bispebjerg Hospital og Projekt Udenfor, hvis overordnede formål er at nedbryde både de barrierer, som stofmisbrugere møder ved kontakt med behandlingssystemet og de barrierer, som sundhedspersonalet møder ved kontakt med indlagte stofmisbrugere. Projektets konkrete mål er at sikre en værdig og færdig behandling af stofmisbrugeren, at forebygge konflikter og imødegå den tvivl, der kan opstå i stofmisbrugerens møde med behandlingssystemet.

I ønsket om at højne kvaliteten af behandlingen til stofmisbrugerne og sikre et godt indlæggelsesforløb har Bispebjerg Hospital i København ansat landets første ”socialsygeplejerske”. En sygeplejerske, der har mange års erfaring i at arbejde med stofmisbrugere, der bor eller lever i nær tilknytning til gaden, og som har kendskab til og forståelse for den gensidige mistillid og mistro, der hersker mellem stofmisbrugere og sundhedspersonale.

Socialsygeplejersken har i sit daglige virke fokus på at tilføre sundhedspersonalet viden om rusmidler, afhængighed og om stofmisbrugernes livsstil og levevilkår. Socialsygeplejersken fungerer endvidere som sparringspartner og superviserer i konkrete patientforløb og bistår ved komplicerede udskrivelser af hjemløse og inddrager gadeplansarbejdere til videre opfølgning.

8 Sociale sammenhænge og social reintegration

Indenrigs- og Socialministeriet samt 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”.

8.1 Social eksklusion og stofmisbrug

I Danmark ses en tydelig sammenhæng mellem stofbrug og problematiske sociale og økonomiske livsvilkår og konsekvenser. Den sociale marginalisering af stofmisbrugere er stor. Ser man på de sociale, boligmæssige og uddannelsesmæssige forhold blandt de stofmisbrugere, der er i behandling, er det tydeligt, at de er en marginaliseret gruppe sammenlignet med resten af befolkningen. De er markant oftere boligløse, de har oftere kortere uddannelse og er hyppigere forsørget gennem kontanthjælp og pension.

Som nævnt i kapitel 5 er gruppen af stofmisbrugere, der indskrives i behandling kendetegnet ved at have en forholdsvis svag tilknytning arbejdsmarkedet. Således var det kun 17 % af dem, der var i behandling i 2008, der havde en lønindtægt, og så mange som 61 % var på overførselsindkomst. Herudover har ”kun” 26 % en gennemført en uddannelse udover folkeskolen, og så mange som 9 % har forladt folkeskolen før afgangseksamen i 9. klasse.

Selv om disse tal indikerer, at der her er tale om en relativ belastet gruppe, så er det dog vigtigt at fremhæve, at tallet for hvor mange, der er i beskæftigelse er steget de sidste år ligesom uddannelsesniveaet er for opadgående, hvilket i høj grad hænger sammen med en ændring i misbrugsmønstret.

I forhold til de indskrevnes boligsituation oplyser kun 59 %, at de har en selvstændig bolig, mens 4 % oplyser, at de er regulært hjemløse. Størstedelen lever som enlige, hvilket må siges at være usædvanligt, da flertallet i gruppen er yngre voksne.

Børn og unge anbragt uden for hjemmet

Ankestyrelsen har som led i anbringelsesreformen fra 1. januar 2006 fået ansvaret for at føre statistik om de afgørelser, der træffes vedrørende børn og unge, der anbringes udenfor eget hjem. Statistikken er baseret på kommunernes indberetning af hver en afgørelse om anbringelse af et barn eller en ung. Indberetningspligten indebærer forskellige grundoplysninger om barnet/den unge, og omstændighederne omkring – herunder den udslagsgivende årsag til anbringelsen, såsom misbrugsproblemer i hjemmet/ hos forældrene, og hos børnene/de unge selv (Ankestyrelsen 2009). Misbrugsproblemer omfatter alkohol og/eller stofmisbrug.

I 2008 blev der truffet afgørelser om anbringelse af 3.497 børn og unge. 69 % af disse var mellem 12 og 17 år, mens 11 % var børn under 3 år. Ved udgangen af 2008 var der anbragt i alt 12.346 børn og unge mellem 0-17 år uden for hjemmet. Antallet af afgørelser og anbringelser ved udgangen af året har ligget nogenlunde konstant de seneste 3 år.

Som nævnt, har kommunerne til statistikken indberettet de udslagsgivende årsager til anbringelsen, og ofte er der flere årsager til en anbringelse. Statistikken viser, at i 17 % af sagerne var misbrugsproblemer i hjemmet/hos forældrene udslagsgivende for anbringelsen. Denne årsag kom på anden plads efter kategorien ”voldsom disharmoni i hjemmet” (38 % af sagerne) efterfulgt af psykiske lidelser hos forældrene (13 %). Når der ses på de udslagsgivende anbringelsesårsager hos barnet/den unge selv, gælder det, at misbrugsproblemer var årsag i 12 % af sagerne.

8.2 Social reintegration

Indenrigs- og Socialministeriet 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 i mod 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.

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 fremtidig 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.

Hjemløshed, botilbud og bostøtte

I 2007 blev der foretaget en tælling der viste, at der i uge 6 i 2007 var ca. 5.200 hjemløse i Danmark. De hjemløse var særlig koncentreret i de større bysamfund og navnlig i hovedstaden og dens omegnskommuner.

En ny kortlægning i uge 6 i 2009 viser, at det samlede antal af personer, der har befundet sig i en hjemløshedssituation stort set er det samme i 2009 som i 2007. Kortlægningen viser, at 70 % af de hjemløse har et misbrug af narkotika, hash, alkohol eller medicin. Hertil kommer, at 37 % af de hjemløse ifølge kortlægningen har en psykisk sygdom. Her er dog tale om et skøn, idet der ikke er spurgt til diagnosticeret psykisk sygdom. 25 % af de hjemløse er både psykisk syge og misbrugere. For en del af de hjemløse opgøres misbrug og psykisk sygdom som væsentlige årsager til hjemløshed (Benjaminsen 2009a).

Der er 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.

Forsorgshjem i henhold til § 110 i lov om social service er midlertidige botilbud for hjemløse med særlige sociale problemer. Forsorgshjemmene har udover at være et botilbud, tilbud om botræning, som forbereder og støtter beboerne i at kunne fungere i egen bolig efter udflytning.

Derudover har kommunerne haft mulighed for at indgå aftaler med almene boligorganisationer om at leje ledige almenboliger som udslusningsboliger. Disse boliger kan tilbydes stofmisbrugere, som fx har opholdt sig på forsorgshjem, døgnbehandlingstilbud eller i andet botilbud. For stofmisbrugere, der ikke kan rummes eller selv finder sig tilrette 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.

Regeringen lancerede i august 2007 en hjemløsestrategi. Det overordnede formål med hjemløsestrategien er at bidrage til at fjerne hjemløsheden i Danmark.

Under strategien er der formuleret fire langsigtede mål:

1. Ingen borgere skal leve et liv på gaden

Her er fokus på at styrke det opsøgende og opsporende arbejde med henblik på at give gruppen af ”gadesovere” alternative tilbud til at sove i det fri. Derudover er det vigtigt at sikre et bedre flow igennem forsorgshjemmene, så ”gadesoverne” kan få en plads, hvis de ønsker det.

2. Unge bør som udgangspunkt ikke opholde sig på et forsorgshjem, men tilbydes andre løsninger efter serviceloven eller almenboligloven.

Unge bør ikke være henvist til en plads på et forsorgshjem eller herberg, hvor de risikerer at blive fanget i en længerevarende marginaliserings- og udstøelsesproces. Der skal skabes mulighed for, at disse unge kan få en god start på voksenlivet med bolig, uddannelse og arbejde. Det forudsætter en koordineret indsats, hvor alle elementer i den unges forhold inddrages.

3. Ophold på forsorgshjem eller herberg bør ikke vare mere end 3-4 måneder for borgere, der er parate til at flytte i en bolig med den fornødne støtte

Tanken er, at ophold på disse botilbud ikke bør vare mere end tre-fire måneder for de borgere, der er parate til at flytte i en bolig med den fornødne støtte. For at sikre en hurtigere udslusning er det vigtigt, at bostøtte i egen bolig styrkes, og at man samtidig udbygger omfanget af skæve boliger, udslusningsboliger, midlertidige kommunale botilbud og bofællesskaber.

4. Løsladelse fra fængsel og udskrivning fra sygehus eller behandlingstilbud bør forudsætte, at der er en løsning på boligsituationen

Denne målsætning drejer sig derfor om, at det bør være en forudsætning ved både løsladelse og udskrivelse, at der er en løsning på boligsituationen. Her sættes fokus på disse livsovergange og sikres en bedre koordinering mellem de involverede myndigheder omkring handleplaner m.m.

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. Med "Det Fælles Ansvar II" har Regeringen igangsat 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. 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

Tidligere stofmisbrugere 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, i misbrugsbehandlingen eller i et kommunalt forankret tilbud, hvor en person tilknyttet et af disse steder 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 er 4-årig og løber frem til udgangen af 2009.

Et andet projekt er virksomhedskurser (projektet Fra Udsat Til Ansat under Det Fælles Ansvar II). Det har til formål at klæde virksomheder på til at modtage socialt udsatte ledige. Midlet er viden og værktøjer, der leveres på kurser, som skal gøre virksomhederne klar til at rumme de svageste ledige

9 Narkotikakriminalitet og interventioner og forebyggelse i fængslet

Kontrolindsatsen over for narkotika, herunder retsforfølgning af personer, der begår narkotikakriminalitet, hører under Justitsministeriets område. I dette kapitel beskrives bl.a. kontrolindsatsen over for narkotikarelateret kriminalitet og håndteringen af stofmisbrugere i de danske fængsler.

9.1 Narkotikakriminalitet

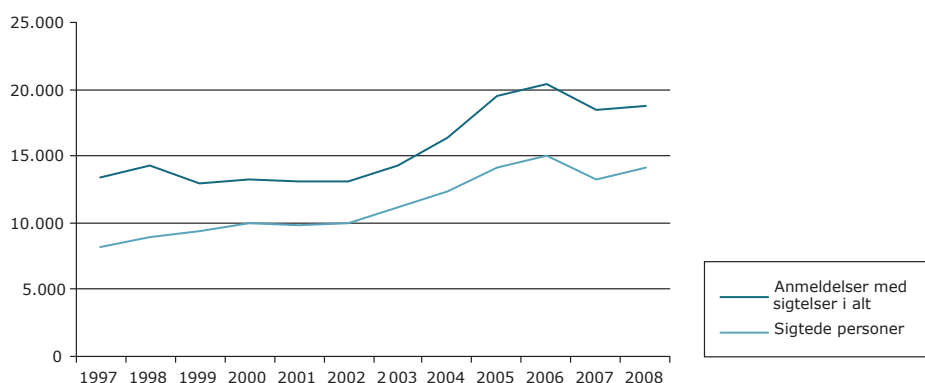
Narkotikakriminalitet straffes efter lov om euforiserende stoffer, straffelovens § 191 om visse kvalificerede overtrædelser af lov om euforiserende stoffer og straffelovens § 290 om hæleri, herunder hæleri i forbindelse med narkotikakriminalitet.

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 2008 blev der registreret i alt 18.692 anmeldelser med sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen. Antallet af anmeldelser med sigtelser har været jævnt stigende fra 2003 til 2006, mens antallet faldt fra 2006 til 2007 for herefter igen at stige. Til sammenligning lå antallet af anmeldelser med sigtelser lavere og relativt stabilt på omkring 13.000 årligt i årene 1999-2002 (se tabel 9.1.1. i annekset). Antallet af personer sigtet for overtrædelse af narkotikalovgivningen har været jævnt stigende fra 1997 til 2006, hvor antallet af sigtede personer toppede på 15.060. Herefter faldt antallet af sigtede personer til 14.093 i 2008.

Figur 9.1.1. Narkotikakriminalitet 1998-2008.
Anmeldelser med sigtelser og antal sigtede personer



Kilde: Rigspolitiet, 2009

En sigtelse kan føre til, at anklagemyndigheden rejser tiltale, når det skønnes, at sagen vil kunne føre til domfældelse. Efter omstændighederne kan anklagemyndig-

heden 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.

Stofmisbrug i trafikken

Den 1. juli 2007 blev der ved en ændring af færdselsloven indført en nulgrænse for kørsel med visse bevidsthedspåvirkende stoffer i blodet (Justitsministeriet 2007). Indtil den 1. juli 2007 var en sådan kørsel alene strafbar, hvis den pågældende befandt sig i en sådan tilstand, at han eller hun var ude af stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende måde (førerevnekriteriet). Det betød i praksis, at strafansvar først kom på tale i tilfælde, hvor der kunne føres bevis for, at den pågældende havde indtaget stoffer og havde befundet sig i den ovennævnte tilstand. For at løfte bevisbyrden var det bl.a. nødvendigt at foretage klinisk undersøgelse af den mistænkte. Den relativt bevistunge karakter af disse sager indebar, at der ofte ikke skete domfældelse, selv om føreren faktisk ikke havde været i stand til at føre køretøjet på en betryggende måde.

Efter de nye regler, jf. færdselslovens § 54, stk. 1, skal anklagemyndigheden alene kunne bevise, at den pågældendes blod – under eller efter kørslen – indeholdt bevidsthedspåvirkende stoffer, som efter regler fastsat af justitsministeren er klassificeret som farlige for færdselssikkerheden. Dette har ført til en væsentlig stigning i antallet af sigtelser for overtrædelse af færdselslovens § 54 – fra 282 sigtelser i 2007 til 1.101 sigtelser i 2008. Til sammenligning lå antallet af sigtelser for overtrædelse af færdselslovens § 53 (spirituskørsel) i 2008 på 11.147. I forbindelse med ændringen af bestemmelsen blev sanktionsfastsættelsen også justeret, således at den så vidt muligt følger sanktionsfastsættelsen i sager om spirituskørsel. For at øge politiets muligheder for at opdage kørsel under påvirkning af stoffer, blev der endvidere tilvejebragt en hjemmel til, at politiet selv kan gennemføre øjenundersøgelser samt sved- og spytpøver.

På Retskemisk Afdeling, Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet, som undersøger blodprøver fra Østdanmark i sager om kørsel under påvirkninger af stoffer, har man også kunnet konstatere en stigning i antallet af sager. Afdelingen modtog i 2008 i alt 676 blodprøver, der hidrørte fra sager om overtrædelse af den nye bestemmelse i færdselslovens § 54, stk. 1. Ud af de 676 blodprøver var 228 (ca. 38 %) positive for ét stof og 190 (ca. 28 %) positive for flere stoffer. Med 232 positive prøver var cannabis det hyppigst forekommende stof (ca. 34 %). Andre hyppigt forekommende stoffer var morfin, amfetamin, kokain og benzodiazepiner. Det kan

supplerende oplyses, at retskemisk afdeling, Århus Universitet, i 2008 modtog 247 blodprøver, og retskemisk institut, Syddansk Universitet modtog 113 blodprøver.

9.2 Forebyggelse og behandling af narkotikaproblemer i kriminalforsorgen

Den 1. januar 2007 indførtes en behandlingsgaranti i fængslerne for 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. Ifølge garantien skal alle indsatte i målgruppen, der anmoder om at modtage behandling, være i påbegyndt behandling inden 14 dage. Behandlingen består dels af såkaldt dagbehandling, hvor den indsatte afsoner på såkaldte fællesskabsafdelinger sammen med indsatte, som ikke er i behandling, dels af behandling på særlige afdelinger, hvor alle indsatte følger samme behandling helt isoleret fra resten af fængslet.

Behandlingsgarantien er i 2008 overholdt i omtrent 90 % af alle sager. I størstedelen af de sager, hvor fristen ikke blev overholdt, påbegyndtes behandlingen senest 14 dage efter fristens udløb. I 2008 var ca. 1100 personer i behandling i fængslerne.

Der har endvidere vist sig at være et stigende behov for afgiftning med en systematisk støtte, inden den egentlige behandling går i gang. Denne mulighed eksisterer kun i begrænset omfang i dag. Endvidere er der en relativ stor efterspørgsel på efterbehandling, som der pt. ikke er mulighed for at imødekomme optimalt. Der efterspørges tillige bedre muligheder for inddragelse af pårørende i behandlingssamtaler, ligesom visse særlige grupper af indsatte, f.eks. sædelighedsdømte, har svært ved at indgå i de eksisterende tilbud pga. deres placering på særlige afdelinger af beskyttelseshensyn. Direktoratet for Kriminalforsorgen identificerede disse behov sidste år og er fortsat i færd med at afdække muligheder for finansiering til en opkvalificering på de pågældende områder.

Ifølge den nationale strategi vedrørende kriminelle stofmisbrugere skal behandlingen af stofmisbrugerne så vidt muligt varetages af de sociale myndigheder. Strategien bygger på kriminalforsorgens principprogram, særligt princippet om normalisering. Udmøntningen af dette princip sker ved, at indsatte, som ikke skønnes farlige eller flugttuede og ikke vurderes at støde den almindelige retsfølelse i befolkningen, overføres til særligt egnede behandlingsinstitutioner i de sociale myndigheders regi.

Mod forventning er der sket et fald i de sidste fire år i antallet af indsatte, som afsoner på en sådan institution uden for kriminalforsorgens regi. Over de sidste fire år er antallet af anbringelser således faldet fra 160 til 97.

Kriminalforsorgens egne behandlingsinitiativer skal primært rette sig mod en motiverende og behovsafdækkende indsats med henblik på behandling i det øvrige samfund. I de tilfælde, hvor sikkerhedsmæssige hensyn forhindrer deltagelse i ekstern behandling, skal kriminalforsorgen så vidt muligt kunne tilbyde relevant behandling under afsoning. Behandlingen i fængslerne udføres af private og offentlige godkendte behandlingsinstitutioner i samarbejde med kriminalforsorgen.

Initiativer til forebyggelse af narkorelaterede sygdomme for indsatte

Med henblik på at forebygge narkotikarelaterede sygdomme, fysiske abstinensbetingede sygdomme ("abstinens") og psykiske abstinensbetingede tilstande ("stofhunger" eller "craving for drugs") tilbyder kriminalforsorgen medikamentel substitutionsbehandling. Behandlingen kan strække sig over uger eller måneder. Denne temporære behandling bliver i udstrakt grad efterfulgt af tilbud om kontinuerlig substitutionsbehandling, der kan vare op til flere år, når tværfaglig vurdering finder grundlag herfor – hvilket mere er reglen end undtagelsen. Tilbuddet bliver sædvanligvis modtaget og videreformidlet til den forventede behandlingsinstans efter løsladelse.

Med henblik på at forebygge infektionssygdomme, herunder specielt bylder (abscesser), udbredt bakterievækst (sepsis), leverbetændelse, hiv og aids, giver kriminalforsorgen de indsatte adgang til kondomer, klorholdig rensevæske til rensning af sprøjter og kanyler, vaccination mod leverbetændelse B og A samt almindelig sundhedsbistand, herunder information om ovennævnte sygdomme og almen lægelig behandling på lige vilkår med den øvrige befolkning. Indsatte har dog ikke adgang til gratis sprøjter og kanyler.

Reintegration af stofbrugere efter løsladelse

Når stofmisbrugere er i behandling under afsoningen, vil der inden løsladelsen ske henvendelse til den relevante kommunes misbrugscenter med en beskrivelse af, hvilken behandling den pågældende har modtaget, en status for behandlingen samt en vurdering af yderligere behandlingsbehov.

Såfremt behandlingen er afsluttet i løbet af afsoningen, kan der være behov for efterbehandling, og der vil derfor ligeledes blive taget kontakt til det kommunale misbrugscenter med henblik på at fastlægge en strategi for efterværn.

For at forbedre overgangen mellem ophold i fængsel og den efterfølgende frihed udsendte Socialministeriet 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 henvendelsen op.

Det har vist sig vanskeligt at etablere samarbejdet mellem kommunerne, Direktoratet for Kriminalforsorgen, Indenrigs- og Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og 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 Indenrigs- og 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 (KIF) og misbrugscentre, som er nogle af de væsentlige aktører, når det gælder om at skabe sammenhæng i indsatsen.

Projektet forventes afsluttet medio 2009, hvorefter dets erfaringer og anbefalinger vil blive gjort til genstand for drøftelser i kontaktudvalget med henblik på implementering af indstillingen.

9.3 Stofmisbrug i fængsler

Rusmiddelundersøgelsen fra 2002 (Kramp et al, 2003) viste, at ca. 3/4 af kriminalforsorgens klientel har prøvet hash, over halvdelen har prøvet centralstimulerende stoffer (kokain og amfetamin), mens ca. 1/3 har prøvet heroin og/eller morfinpræparater. Halvdelen af kriminalforsorgens samlede klientel har et egentligt misbrug af rusmidler (misbrug af alkohol inkluderet)¹⁶.

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 ovennævnte behandlingsgaranti for stofmisbrugere i kriminalforsorgen blev modulet den 1. januar 2007 udvidet med mulighed for at registrere en række yderligere oplysninger.

Kriminalforsorgen har således udviklet og testet en IT-understøttet dokumentationsskabelon, der skal understøtte sagsbehandlingen lokalt og benyttes som styringsværktøj for behandlingsindsatsen i Kriminalforsorgens institutioner. Der er fortsat visse vanskeligheder i dokumentationen af indsatsen, men det forventes, at der i løbet af 2009 vil være 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. Tallene fra 2008 viser, at ca. 450 personer månedligt modtog substitutionsbehandling med metadon eller buprenorphin.

¹⁶ 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.

10 Narkotikamarkedet

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 markedet¹⁷. 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. Det relativt nye stof mCPP optræder i stigende grad i ecstasypillerne. mCPP er et stof med både stimulerende og hallucinerende effekt og sammenlignes virkningsmæssigt med MDMA (ecstasy). Hvor der i 2007 stort set ikke fandtes mCPP i pillerne, ses mCPP i 83 % af pillerne i 2. kvartal af 2009. Derimod indeholder ”kun” 10 % af ecstasypillerne egentlig MDMA (ecstasy), og synes altså på nuværende tidspunkt at være erstattet af mCPP.

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.

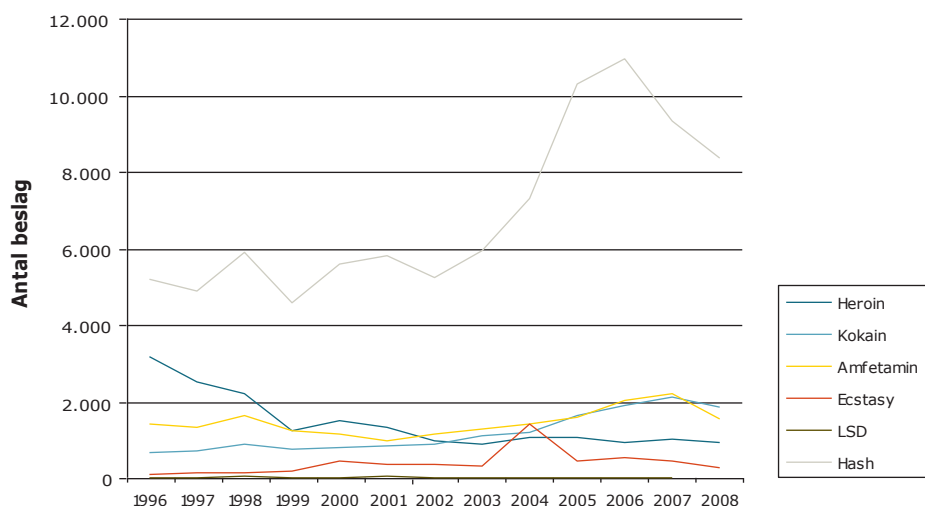
10.2 Beslaglæggelse af stofferne

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).

¹⁷ 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.

Det fremgår af Rigspolitiets statistik (Rigspolitiet 2009), at antal beslaglæggelser for de fleste stoffer er steget gennem årene. I 2007 ses dog en faldende tendens, som fortsætter i 2008, hvor antal beslag falder for stort set alle typer narkotika.

Figur 10.2. Narkotikabeslaglæggelser 1996-2008



Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2009

Hvad angår den beslaglagte mængde, ses store udsving for de fleste stoftyper fra år til år. Trods fald i antal narkotikabeslaglæggelser fra 2007 til 2008 ses af politiets statistik, at amfetamin og hash er beslaglagt i stigende mængder. Fx steg mængden af den beslaglagte amfetamin fra 70 kilo i 2007 til 120 kilo i 2008. Den beslaglagte mængde hash steg fra 877 kilo i 2007 til 2.915 kilo i 2008. Endelig blev der beslaglagt mindre ecstasy og kokain i 2008. Antal af beslaglagte ecstasypiller faldt fra 82.390 i 2007 til 17.631 i 2008, og den beslaglagte kokain faldt fra 92 kilo i 2007 til 56 kilo i 2008. Som tidligere år bestod enkelte beslaglæggelser af de forskellige stoffer af store mængder. (Se tabel i annekset over mængden og antal beslaglæggelser 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 fremkomsten af nye misbrugsstoffer på markedet. Nedenunder beskrives resultater fra henholdsvis ”Gadeplanprojektet” og ”Ecstasyprojektet”.

Narkotikahandel på gadeplan

Datamaterialet i Gadeplanprojektet består af små stikprøvebaserede beslaglæggelser fra 5 politikredse i Danmark (København, Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg), som afleveres til analyse hos de retskemiske institutter¹⁸. Af tabel 10.3.1. i annekset fremgår fordelingen af beslaglagte stoftyper på landsplan fra 1997 til 2008.

¹⁸ 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 ecstasypiller” i næste afsnit.

Ud af de 195 analyserede prøver i 2008 bestod 66 % 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. 27 % af samtlige prøver i 2008 på landsplan var heroin. Til sammenligning var 74 % af prøverne tilbage til projektets start i 1995 heroin.

I København og Ålborg er kokain det dominerende stof (henholdsvis 42 % og 50 % af samtlige prøver), mens amfetamin er det dominerende stof i både Esbjerg, Odense og Århus (henholdsvis 46 %, 38 % og 35 % af samtlige prøver).

Forekomsten af metamfetamin har generelt været stigende de senere år. I 2008 var dog kun 3 % af prøverne i gadeplanprojektet metamfetamin, hvilket er et fald sammenlignet med fx i 2005, hvor 5 % af prøverne bestod af metamfetamin¹⁹. Yderligere 5 % af prøverne indeholdt forskellige stofblandinger (3 %) og ikke - euforiserende stoffer (2 %).

Af tabel 10.3.2 i annekset ses fordelingen imellem heroinbase ("rygeheroin") og heroinklorid (hvid heroin til injektion) fra 1997 til 2008. Det er stadig heroinbase, der dominerer blandt heroinprøverne på landsplan. I 2008 var fordelingen af heroinbase og heroinklorid henholdsvis 77 % og 23 %.

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 2008 bestod samtlige prøver (100 %) af heroinprøverne fra Odense af den hvide heroin til injektion, mens der ikke var nogen forekomster af den brune heroin til rygning.

Renheden af stofferne

Af tabel 10.3.3. fremgår renheden af de forskellige stoffer fra 1997 til 2008 i Gadeplanprojektets stikprøver.

Tabel 10.3.3. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1997-2008 (Median af aktivt stof)²⁰

	1997 *	1998 *	1999 *	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Heroinklorid	71%	70%	69%	59%	52%	50%	64%	63%	67%	53%	29%	52 %
Heroinbase	32%	31%	30%	40%	48%	25%	25%	22%	28%	18%	21%	16 %
Amfetaminsulfat	16%	15%	9%	12%	9%	13%	9%	9%	10%	7%	6%	8 %
Kokainklorid	57%	51%	54%	37%	43%	36%	37%	24%	25%	18%	16%	19 %

Kilde: Kaa et al. 1997 til 2006; Lindholst et al 2007-2009

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

¹⁹ Se også om forekomsten af metamfetamin i ecstasypillerne senere i kapitlet.

²⁰ 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.

Som vist i tabel 10.3.3. 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, faldt dog væsentligt fra 2006 til 2007, men er igen i 2008 på samme niveau som i 2006 (52 %).

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.

Indholdsstoffer i ecstasypiller og deres udseende

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 udseende²¹. Løbende kvartalsvis opdatering af analyseresultaterne samt en større årlig rapport findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

I 2008 blev i alt 9.385 ecstasypiller fordelt på 150 beslaglæggelser sendt fra politikredsene til de retskemiske institutter med henblik på retskemisk undersøgelse. Dette er en halvering af antallet af beslaglæggelser og et væsentlig fald i antallet af undersøgte piller sammenlignet med i 2007. I 2007 blev 55.968 ecstasypiller fordelt på 276 beslaglæggelser retskemisk undersøgt. Ifølge Rigspolitiet beslaglagde politikredsene i alt 17.631 ecstasypiller i 2008 fordelt på 251 beslaglæggelser. Trods intentionen om at samtlige beslaglæggelser af ecstasy skal indsendes til retskemisk analyse, blev altså kun 150 ud af de i alt 251 beslaglæggelser indsendt og undersøgt, hvilket svarer til 60 % af samtlige beslaglæggelser.

Om ecstasymarkedet i 2008 kan sammenfattende siges, at der ses en stigning i det relativt nye stof mCPP i pillerne, både alene og i blandinger. Hertil kommer, at specielt kapsler og tabletter af afvigende udseende ofte indeholder et meget rent stof eller stof af en anden type end MDMA, hvilket kan udgøre en særlig risiko. Endelig er der som i 2007 også fundet lsd i ecstasypillerne.

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 586 forskellige varianter af ecstasypiller. Alene i 2008 er der set 43 forskellige nye varianter. Pillerne er hvide, beige, grå, gule, røde og blå, og næsten altid runde. Dog ses også piller i rudeform, hjerteform, trekantede eller også formet som firkløver.

I 2008 indeholder analyserne også 6 kapsler.

Blandt prøverne i 2008 fandtes 25 forskellige logoer, og 8 af disse logoer er ikke set tidligere. Siddende dame, Kirsebær 007 og Firkløver, der var de hyppigst forekommende logoer i 2007, blev i 2008 delvist erstattet af No 1 og Coco Chanel.

²¹ 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 syntetisk stoffer eller andre euforiserende stoffer, som ikke forekommer i lægemidler.

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 47 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 sås ingen nye stoffer, mens der i hver af årene 2007 og 2008 blev fundet et nyt stof, henholdsvis Methylon (i 2007), og 5-MeO-DMT (i 2008). Både Methylon og 5-MeO-DMT er, efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, omfattet af narkotikalovgivningen. Som nævnt indledningsvis er der også set lsd i pillerne i løbet af året.

I 2008 indeholdt 82 % af de analyserede prøver alene MDMA (ecstasy), mens 3 % indeholdt MDMA kombineret med et eller flere andre aktive stoffer. 15 % indeholdt overhovedet ikke MDMA.

Tabel 10.3.4. Forekomsten af nogle af indholdsstofferne i ecstasy fra 2003 til 2008

	2003 (n= 337)	2004 (n=498)	2005 (n=335)	2006 (n=434)	2007 (n=311)	2008 (n= 164)
MDMA	96 %	85 %	43 %	63 %	90 %	82 %
MDMA + andet	1 %	15 %	50 %	34 %	2 %	3 %
Andet indholdsstof	3 %	0 %	7 %	3 %	8 %	15 % *

Kilde: Århus Universitet 2009

*I 2008 indeholdt 11 % af ecstasypillerne mCPP alene eller i kombination med andre stoftyper

I tidligere år har forekomsten af piller, der alene indeholder MDMA (som vist i tabel 10.3.5) varieret mellem 43 % og 96 %. 2008 afviger primært fra 2007 mht. det store antal af tabletter der indeholder det relativt nye stof mCPP, og som ifølge seneste kvartalsrapport i 2009, stadig er i stor stigning i pillerne på markedet. De tidligere meget hyppige varianter med MDMA i blanding med amfetamin, metamfetamin og MDE/MDA er stort set forsvundet fra markedet.

Høj og lav stofkoncentration

Koncentrationen af de forskellige aktive stoffer i pillerne varierer voldsomt, hvilket udgør en særlig risiko for forgiftning ved indtagelse. I 2008 sås specielt kapsler og tabletter af afvigende udseende ofte at indeholde et meget rent stof eller stof af anden type end MDMA. I 2008 varierede mængden af MDMA mellem 1 mg og 140 mg. pr. tablet. Den gennemsnitlige mængde MDMA pr. pille var i 2008 63 mg, hvilket udgør en stigning sammenlignet med i 2007, hvor gennemsnittet var 55 mg.

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

Den systematiske overvågning af ecstasy 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 beslaglæggelser, der ikke indsendes

fra politikredsene, 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 50-70 kroner pr. gram. Prisen på hash ligger ikke længere fast, som den gjorde tidligere. Politikredsene melder om priser på mellem 30-80 kroner for et gram hash. Prisen pr. gram heroin ved salg på gadeplan anslås at være på mellem 1.000-1.500 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 kroner.

Hvad angår priserne på de forskellige stoffer, er der store variationer i de forskellige dele af landet, ligesom 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 Hashmarkedet

Cannabis er en fælles betegnelse for de produkter, der produceres af cannabisplanten, også kaldet hampplanten. Cannabisplanten indeholder de såkaldte cannabinoider, der kan give en rus og derfor gør misbrug af cannabis attraktivt. Den vigtigste af disse cannabinoider er tetrahydrocannabinol forkortet THC. De hyppigste forekomne produkter af cannabisplanten, der betegnes som narkotikatyper, er hash og marihuana, også kaldet ”pot”. En tredje type, der kan produceres fra cannabisplanten, er hasholie, men denne type ses kun sjældent herhjemme.

Dyrkning af cannabisplanten, ligesom besiddelse og salg af hash og marihuana er ikke tilladt i Danmark. Når der i det følgende skrives cannabis, er det fællesbetegnelsen for både hash og marihuana.

Fristaden Christiania – central for hashens indtog i Danmark

Cannabisplanten blev først rigtig populær i den vestlige verden i 1960’erne og er siden da blevet det mest benyttede rusmiddel i verden næst efter alkohol. Både hash og marihuana blev op gennem 1970’erne populære rusmidler. Cannabis og cannabisplanten er omfattet af lov om euforiserende stoffer. I forbindelse med hashen og marihuanaens indtog på det danske narkotikamarked spiller området Christiania en central rolle. Lige siden besættelsen af Bådsmandsstræde Kaserne i 1971 har Christianias beboere haft et liberalt forhold til cannabis og derfor accepteret salg og formidling af cannabis inden for Christianias område.

I slutningen af 1980’erne og begyndelsen af 1990’erne begyndte kriminelle med tætte relationer til rockergrupper at færdes og bosætte sig på Christiania. Denne gruppe af kriminelle satte sig efterhånden på salget af cannabis, der udviklede sig til et organiseret og åbenlyst marked styret af personer fra rockermiljøet. I starten af 2000 skønnede politiet, at omkring 10.000 personer dagligt købte cannabis på Christiania. Kriminelle med tilknytning til salget af cannabis på Christiania har tidligere udtalt til medierne, at der blev solgt 40-60 kilo hash (TV-Lorry 2003) hver dag på Christiania, hvilket skønsmæssigt giver en omsætning på mere end 500 millioner danske kroner årligt.

Udover dette salg på brugerniveau har politiets efterforskninger vist, at også større mængder hash blev handlet og afregnet på Christiania, men leveret andetsteds efter aftale. Christiania var på det tidspunkt en central for distributionen af cannabis til resten af Danmark og delvist også til andre nordiske lande. Christiania nød godt af denne omsætning, idet en del af omsætningen var med til at finansiere fællesudgifterne for Christiania. Omvendt har flere af Christianias beboere også gennem tiden opponeret mod den organiserede handel med cannabis, der var styret af rockermiljøet (Christianias Ugeblad 2003).

Andre kriminelle grupper viste i starten af 2000 interesse for den lukrative cannabisforretning. Det var særligt bander styret af personer med anden etnisk oprindelse end dansk, der ville have del i indtægterne fra salget af cannabis. Dette førte til flere drab og drabsforsøg i det kriminelle miljø. Såkaldte ”hashklubber” begyndte at dukke op flere steder i København, hvor det var muligt at købe cannabis. I 2004 intensiverede Københavns Politi indsatsen på Christiania. ”Pusherstreet”, hvor den åbenlyse handel foregik, blev ryddet for at stoppe handlen med cannabis, samtidig med at politiet iværksatte øget patruljering i området.

I takt med at politiet strammede grebet om salget af cannabis på Christiania, voksede antallet af hashklubber i København. Ved brug af den såkaldte "hashklublov" (Lov nr. 471), der gav politiet mulighed for at give påbud til personer om ikke at færdes i klubberne, lykkedes det at få lukket næsten alle hashklubber. I marts 2009 vurderede politiet, at der kun var 2 hashklubber (Justitsministeriet 2009) tilbage i København. Det betyder dog ikke, at handlen med cannabis er ophørt. Så længe der er efterspørgsel, er der også et salg, og i dag foregår salget andre steder i København. Der er fortsat også salg af cannabis på Christiania, men i mindre målestok end tidligere. Christiania spiller dog fortsat en central rolle, idet netværket bag indsmugling og distribution af cannabis til Christiania i dag også skønnes at være leverandør af cannabis til store dele af København og provinsen.

Distribution og produktion af cannabisprodukter

Hash er uden tvivl det mest populære og efterspurgt cannabisprodukt herhjemme. Det er ikke muligt med sikkerhed at anslå den procentvise efterspørgsel af henholdsvis hash og marihuana, men af Rigspolitiets beslaglæggelsesstatistik (figur 11.1 nedenfor) ses, at der i langt overvejende grad beslaglægges hash frem for marihuana. Størstedelen af hashen er standardhash med en gennemsnitlig THC koncentration på omkring 8 %.

Rigspolitiet skønner, at langt størstedelen af standardhashen i Danmark stammer fra Marokko, der ifølge FN er en af verdens største producenter af hash. Fra Marokko smugles det videre til Europa via Spanien og Portugal. Smugling af hash til Danmark sker primært fra Spanien, Nederlandene eller direkte fra Marokko og er organiseret af kriminelle i Danmark. Fra Nederlandene og Spanien sker indsmuglingen oftest i biler og lastbiler, mens indsmugling af hash direkte fra Marokko sker med båd eller skib.

Marihuanaen, som er de tørrede topskud fra cannabisplanten, indsmugles til Danmark fra udlandet, særligt Nederlandene, men en del produceres også herhjemme ved dyrkning af planten. Dyrkning af cannabisplanten kan ske både udendørs og indendørs, og dyrkningsmetoden er afgørende for koncentrationen af THC og dermed også kvaliteten. Nederlandene har markeret sig som nok verdens største producent af illegalt indendørs dyrket marihuana med en høj koncentration af THC, og marihuanaen fra Nederlandene er derfor også særligt eftertragtet.

Udendørs dyrkning vil herhjemme give marihuana med en THC-koncentration på skønsmæssigt 1-5 %, mens den indendørs dyrkede cannabis vil kunne opnå en koncentration på helt op til 25 % (Gads Rusmiddelleksikon 1999). Den hyppigst forekomne koncentration af indendørs dyrket cannabis beslaglagt herhjemme ligger dog omkring 15 %. For at opnå en høj koncentration af THC er det nødvendigt med en særlig plante og særlige dyrkningsmetoder.

I forbindelse med dyrkning af illegal cannabis har de kriminelle miljøer lært af den etablerede gartnerindustri og taget dyrkningsmetoder til sig, som har medvirket til at udvikle cannabisplanter med en særlig høj koncentration af THC. I Nederlandene har kriminelle gennem flere årtier dyrket cannabis indendørs under professionelle og kontrollerede forhold, mens der herhjemme er kendskab til sådanne metoder fra midten af 1990'erne. Indendørs dyrkning af cannabisplanter sker typisk ved brug af kunstig belysning. Ved styring af den kunstige belysning er det muligt at manipulere planten til øget vækst og forlænget blomstring, hvorved koncentrationen af THC i planten øges.

I forbindelse med dyrkning af cannabis skelner politiet mellem 2 forskellige grupper af dyrkere - den selvforsynende og eksperimenterende dyrker og den profitorienterede dyrker. Førstnævnte gruppe er personer, der ønsker at være selvforsynende og muligvis også formidle til venner og bekendte. De betragter ofte dyrkningen som en hobby og forsøger at fremavle planter af god kvalitet. Dyrkningen sker ofte også for at undgå kontakt med det kriminelle miljø. Dyrkningen foregår som regel i boligen eller lokaliteter i tilknytning til boligen. Den anden gruppe, de profitorienterede, er oftest en del af det kriminelle miljø og forsyner det kriminelle marked med henblik på at berige sig. Det er denne gruppe, politiet har det største kendskab til. Her foregår dyrkningen ofte i særligt udvalgte ejendomme, der købes eller lejes til formålet, ligesom der investeres i udstyr til indretningen af disse ejendomme.

I et nyligt afsluttet forskningsprojekt (Frank et al 2009) om dyrkning af cannabis i Danmark foretaget af Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet deltog omkring 400 cannabisdyrkere fra hele landet. Endnu upublicerede data fra dette projekt viser, at aldersspredningen blandt dyrkerne var jævnt fordelt dog med en lettere overrepræsentation blandt de 26-35-årige. Størstedelen af dyrkerne havde under 20 planter og havde ikke nogen større fortjeneste af dyrkningen. Mange oplyste, at de aldrig solgte cannabis, og blandt dem der havde solgt, oplyste de fleste, at det kun var til venner og bekendte. Størstedelen af cannabisdyrkere i dette forskningsprojekt må betegnes som tilhørende gruppen af selvforsynende og eksperimenterende dyrkere.

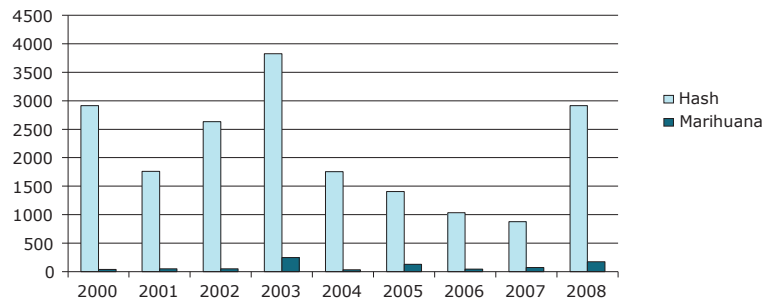
Politiet har haft kendskab til den profitorienterede dyrkning siden midt i 1990'erne, men i 2007 og frem til i dag har dyrkningsformen fået et mere professionelt og organiseret tilsnit. I 2007 ransagede politiet 23 væksthuse med cannabis og beslaglagde omfattende mængder udstyr og en større mængde cannabisplanter. I løbet af 2008 blev 32 væksthuse ransaget med tilsvarende beslaglæggelse af udstyr og cannabisplanter. Der er som regel tale om ejendomme, der er købt eller lejet, og som herefter indrettes til dyrkning af cannabis. Politiets efterforskninger har vist, at det udstyr der bruges til dyrkningen, i de fleste tilfælde er købt i udlandet, særligt Tyskland og Nederlandene, hvor de såkaldte "grow shops" forhandler udstyret.

I forbindelse med den strafferetlige forfølgning i relation til beslaglagte cannabisplanter er der i Danmark en procedure for omregning af den beslaglagte mængde plantedele til den mængde standardhash, der ville kunne produceres af planten. Denne omregning foretages af de retskemiske institutter.

I 2007 og 2008 blev i alt 80 personer sigtet i forbindelse med fund af 55 cannabisvæksthuse. Af de sigtede var 33 personer vietnamesiske statsborgere. Efterforskninger har vist, at dyrkningen af cannabisplanter i langt de fleste væksthuse er organiseret af personer af vietnamesisk oprindelse. En lignende tendens ses i mange andre lande, herunder blandt andet Norge, Sverige, Storbritannien, Frankrig, Tyskland, Tjekkiet og Canada. Hvorfor lige vietnamesere har organiseret sig i dyrkning af cannabis vides ikke med sikkerhed, men de har tilsyneladende oparbejdet en viden omkring dyrkning, som spredes i særlige miljøer.

Som nedenstående figur viser, er mængden af beslaglagt hash langt større end den beslaglagte mængde af marihuana.

Figur 11.1. Mængden af beslaglagt hash og marihuana i årene 2000 og 2008

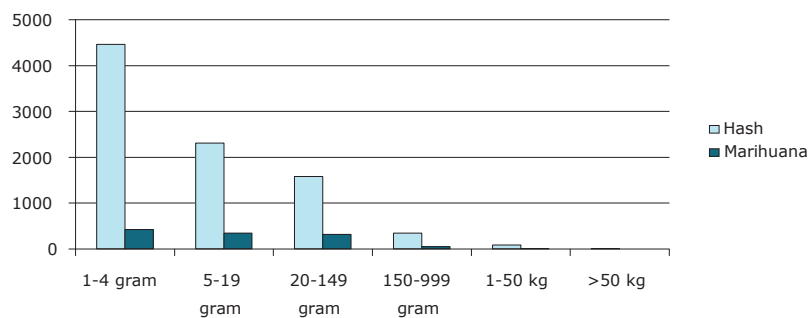


Kilde: Rigspolitiets beslaglæggelsesstatistik

Mængden af beslaglagt hash har været faldende gennem nogle år men ses i 2008 igen at være stigende, hvilket kan indikere, at efterspørgslen af hash er stigende. Der er ikke umiddelbart noget, der tyder på, at misbruget skulle være faldende.

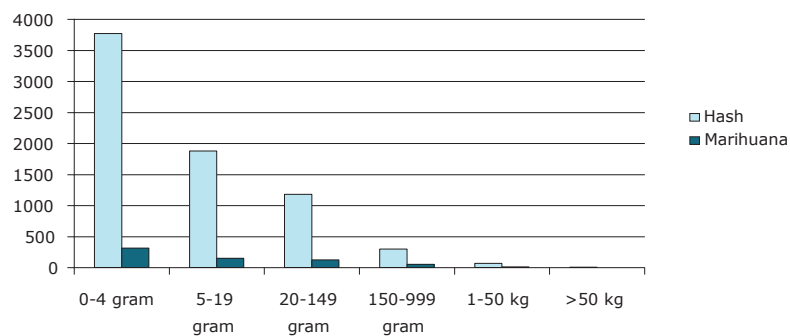
Ved nedbrydning af beslaglæggelsesdataene fordelt på mængder, viser figur 11.2, 11.3 og 11.4, nedenfor, at det største antal beslaglæggelser i årene 2006-2008 af både hash og marihuana består af mængden 0-20 gram. Antallet af beslaglæggelser er jævnt faldende i forhold til den stigende mængde.

Figur 11.2. Antal beslaglæggelser fordelt på mængde i 2006



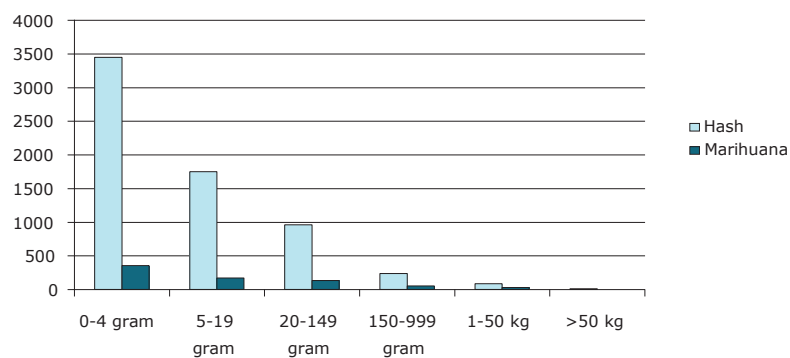
Kilde: Rigspolitiets beslaglæggelsesstatistik

Figur 11.3. Antal beslaglæggelser fordelt på mængde i 2007



Kilde: Rigspolitiets beslaglæggelsesstatistik

Figur 11.4. Antal beslaglæggelser fordelt på mængde i 2008



Kilde: Rigspolitiets beslaglæggelsesstatistik

Beslaglæggelser af mere end 50 kilo er sket i så få tilfælde, at det ikke er læseligt af figur 2, 3 og 4. Der er i 2006, 2007 og 2008 ikke beslaglagt marihuana i mængder af mere end 50 kilo, mens tallene for hash er henholdsvis 5, 4 og 9 beslaglæggelser af mere end 50 kilo. Mængden af 20-149 gram hash er i henhold til statistikken i vidt omfang blevet beslaglagt igennem alle 3 år. Denne mængde indikerer besiddelse med salg for øje, og flere af disse beslaglæggelser er sandsynligvis sket hos ”gadepushere”.

Priser på hash

Rigspolitiet har i mere end 25 år registreret priser på hash, men ikke på marihuana. Priserne gælder standardhash med gennemsnitlig THC- koncentration og er løbende blevet indberettet fra alle politikredse. Der har gennem de seneste 25 år ikke været store forskelle i priserne, der har ligget på 40-50 danske kroner pr. gram, mens engrosprisen gennem årene har svinget mellem 15.000 og 25.000 danske kroner pr. kilo. Den anslåede pris var i 2008 på 15.000-20.000 danske kroner pr. kilo. Årsagen til, at der gennem årene ikke har været større udvikling i priserne vides ikke med sikkerhed, men det faktum, at det i høj grad er et mindre netværk med tilknytning til rockere og bander, som organiserer indsmugling og distribution, kan være en medvirkende årsag.

Der er som nævnt, intet der tyder på, at misbruget af cannabis hverken er stigende eller faldende i disse år, hvilket også bekræftes i landsdækkende undersøgelser af det eksperimenterende brug af illegale stoffer (vist i kapitel 2). I henhold til regeringens handlingsplan ”kampen mod narko” fokuserer politiet fortsat på de organiserede kriminelle miljøer, der vurderes at stå bag hovedparten af indsmuglingen og distributionen af narkotika i Danmark.

12 Behandling og støtte for de ældre stofmisbrugere

Verden ændrer sig på alle områder, også på stofmisbrugsområdet, hvor stofpræferencer og stofindtagelsesmåder hele tiden skifter. Udviklingen varierer fra land til land, men et fællestræk for alle de vestlige lande er, at stofmisbrugerne bliver stadig ældre.

Det er der ikke noget overraskende i, men ikke desto mindre begribes og beskrives stofmisbrug stadig som noget der overvejende rammer de unge og yngre. I tidsskriftet "Age and Ageing" skriver Caryl M. Beynon (Beynon 2009), at "For those people dependent upon drugs ... the last 30 years has seen the advent of effective treatment and harm minimisation initiatives and, coupled with general advances in medicine, has increased the life expectancy of these drug users." Der er næppe tvivl om, at skadesreduktion, og specielt substitutionsbehandling, har hjulpet en del stofmisbrugere til at overleve, men de medicinske fremskridt har denne gruppe ikke haft megen glæde af (med kombinationsbehandlingen af hiv-infektion som en undtagelse). Generelt kan det siges, at den stigende gennemsnitsalder i stofmisbrugspopulationen, og den stigende andel af ældre misbrugere, ikke – eller kun i meget ringe grad – kan tilskrives medicinske eller behandlingsmæssige fremskridt.

Der er primært tale om en periode- og kohorteeffekt, som slår igennem fordi stofmisbrug hos mange udvikler sig til en kronisk lidelse. Der var en stor tilgang af stofmisbrugere i slutningen af 1960'erne, i 1970'erne og i 1980'erne. De er blevet ældre i dag, og en del af dem bruger og misbruger stadig stoffer. Illustrativt kan man sige, at det er den samme periode og kohorteeffekt der bevirker, at vi får stadig flere ældre rockmusikere.

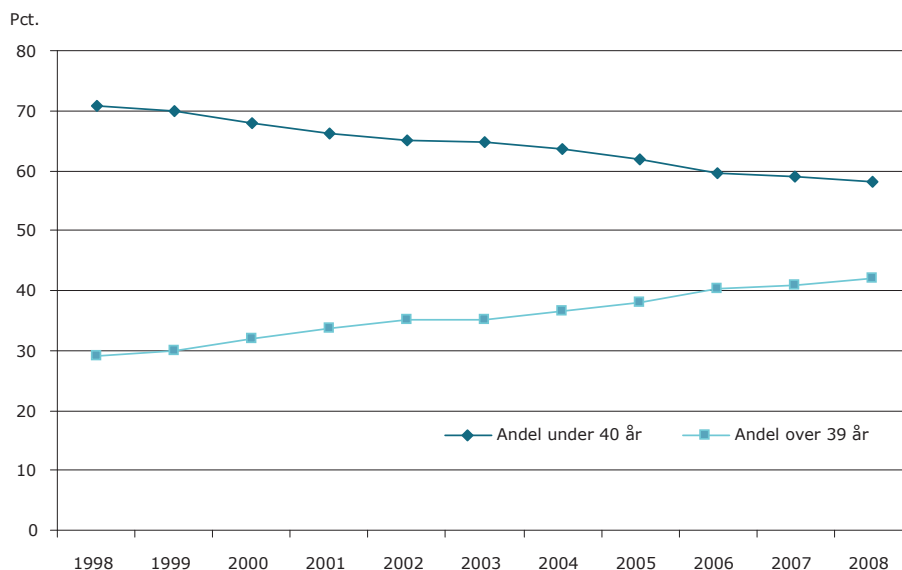
12.1 Karakteristik af den ældre stofmisbrugerpopulation

Kohorteeffekten slår igennem som en stigende gennemsnitsalder og en stigende andel, som er ældre end 39 år i stofmisbrugspopulationen, specielt blandt de opioidafhængige. Det kan illustreres med data fra behandlingssystemet, herunder data om brugere i substitutionsbehandling og fra indberetningen om dødsfald. Der foreligger stort set ingen data om personer uden for behandlingssystemet.

De ældre stofmisbrugere i behandling

Figur 12.1 illustrerer aldersudviklingen for stofmisbrugere i behandling i årene 1998 – 2008.

Figur 12.1. Andelen af personer under 40 år og over 39 år blandt stofmisbrugere i behandling 1998 – 2008



Det fremgår af figuren, at andelen af personer over 39 år i behandling stiger fra 1998 til 2006. Herefter ses en udfladning. I samme periode er gennemsnitsalderen for stofmisbrugere i behandling steget med knap 3 år for både mænd og kvinder.

Det skal bemærkes, at data for 2007 og 2008 fortsat er påvirket af ændringer i registerpraksis – dels som følge af den nye SEI indberetning, dels som følge af at kommunerne overtog ansvaret for registreringen fra amterne ved årsskiftet 2006/2007. Den mangelfulde indberetning skønnes dog at have indvirkning på både antallet af nyindskrivelser og genindskrivelser af stofmisbrugere i behandling i det nye system, og udviklingen både vedrørende forholdet mellem alderspopulationerne og gennemsnitsalderen skønnes derfor at være reel for både 2007 og 2008.

Ser man på, hvilket misbrug der primært præger det aldrende klientel, er det ikke overraskende primært opioidmisbrug, der er årsag til, at de søger behandling. I 2008 havde knap 85 % angivet opioider som hovedstof blandt personer over 39 år mod 43 % blandt personer under 40 år. Hash, kokain og andre stoffer bruges kun i mindre grad blandt personer over 39 år.

Også personer i substitutionsbehandling bliver ældre (se i øvrigt kapitel 5 vedrørende stofmisbrugere i substitutionsbehandling). I 1993 var ca. 1.200 personer over 39 år i substitutionsbehandling, svarende til 39 % af samtlige stofmisbrugere i behandling. Antal og andel var i 2004 steget til ca. 2.600 respektive 50 %. I 2008 var antallet af personer over 39 år i substitutionsbehandling steget til 4.200 svarende til 55 % af alle stofmisbrugere i behandling.

Data fra Københavns Kommune i 2005 viser, at 46 % af misbrugere indskrevet i behandling er over 39 år, og 16 % er under 49 år. 72 % af de ældre var i længerevarende substitutionsbehandling (Københavns Kommune 2006). Af historiske grunde har København en noget ældre misbrugspopulation end resten af landet, fordi ungdomsmisbruget primært opstod her, for senere at sprede sig til resten af landet.

Dødsfald blandt de ældre stofmisbrugere

Statistikken om narkotikarelaterede dødsfald (Rigspolitiets register) afspejler ligeledes aldersudviklingen i misbrugspopulationen. I 1993 var gennemsnitsalderen ved død 33 år, i 2008 var gennemsnitsalderen 37,2 år. 46 % af de døde i 2008 var ældre end 39 år, og 54 % yngre end 40 år.

Som nævnt er der ikke mange data om de misbrugere, der ikke er i behandlingssystemet. I Københavns Kommune havde ”Det opsøgende sundhedsteam” i 2007 kontakt med 313 personer. 60 % var ældre end 39 år. Sygeligheden i denne gruppe var meget stor, men kun 10 % havde kontakt til egen læge. Ud over stofmisbrug var de hyppigste lidelser alkoholmisbrug, psykiske lidelser, luftvejssygdomme og infektioner (Københavns Kommune 2008).

Sygelighed og sociale forhold

Socialt befinder de ældre stofmisbrugere sig i en udsat og marginaliseret position. En mindre del opretholder et lønarbejde, men det meget store flertal er uden for arbejdsmarkedet og lever af overførselsindkomster, kriminalitet og sort arbejde.

De ældre stofmisbrugere er også ofte ret socialt isolerede. De har bekendte blandt stofmisbrugere, men har ingen stoffri venner og har oftest ikke kontakt til familien. Data fra behandlingssystemet viser, at knap 75 % af stofmisbrugerne over 39 år lever alene.

Tabel 12.1.1. Boligforhold for klienter i stofmisbrugsbehandling fordelt på aldersgrupper, 2008

	< 40 år	>39 år
Selvstændig bolig	56,3	73,2
Familie/venner	18,5	5,3
Lejet værelse	8,7	5,4
Gaden/ingen bolig	4,0	3,3
Herberg/pensionat	2,8	3,9
Fængsel	2,1	1
Støttebolig/boligfællesskab	1,3	1,8
Institutionsophold	2,2	1,1
Familiepleje	0,1	0
Andet	1,4	0,8
Uoplyst	2,6	4,1

Kilde: SIB, Sundhedsstyrelsen, 2009

Tabel 12.1.2 Indtægtskilde for klienter i stofmisbrugsbehandling fordelt på aldersgrupper, 2008

	< 40 år	>39 år
Lønindtægt	17,8	8,2
Dagpenge	2,3	2,3
Kontanthjælp	51	34,9
Førtidspension	7,8	42,9
Andet	21	11,7

Kilde: SIB, Sundhedsstyrelsen, 2009

Det er ikke klarlagt i detaljer, hvordan indtag af en række rusmidler påvirker helbred og aldring. Det er dog oplagt, at ikke kun det overdrevne indtag af rusmidler (inklusive tobak og alkohol) og den intravenøse indtagelsesmåde, men også levevilkår og livsstil har en ødelæggende virkning på helbredet. Generelt er de ældre stofmisbrugere fysisk og psykisk nedslidte og fremtræder 20 år ældre end deres faktiske alder. Muskelmasse og det totale vandvolumen reduceres med alderen, det samme gælder omsætningen og udskillelsen af medikamenter og rusmidler, med øget risiko for akkumulering og forgiftning.

Det er uvist, hvilke konsekvenser den massive stofpåvirkning af centralnervesystemet, dvs. på de dopaminerge, serotonerge og glutamerge systemer, har på de cerebrale funktioner, men flere ældre stofmisbrugere har nedsat kognitiv funktion pga. alkohol- hash- og benzodiazepinmisbrug og pga. hovedtraumer, og enkelte er klart demente.

Sygeligheden blandt de ældre er ikke systematisk undersøgt, men det er en gruppe med en meget høj sygelighed præget af akutte og kroniske infektioner (hiv, hepatitis, tuberkulose, endocarditis), luftvejslidelser, kredsløbslidelser, tandsygdomme, amputationer, mv.

12.2 Indsatsen overfor de ældre stofmisbrugere

Det stigende antal ældre stofmisbrugere er en stor udfordring for både social- og sundhedsvæsenet. Men det er ikke nogen ny udfordring, og det forhold at der er fremvokset en stadig større gruppe ældre stofmisbrugere, har haft afgørende betydning for, hvordan vi tænker og organiserer behandlingen. Ikke så meget som led i en bevidst strategi til dækning af de ældres behandlingsbehov, mere som en følge af at aldersudviklingen blandt især opioidemisbrugerne ikke har kunnet undgå at påvirke vores måde at tænke på.

Det er således blevet smerteligt klart, at langt fra alle modner ud af deres misbrug og afhængighed, og at afhængigheden hos nogle får karakter af en kronisk lidelse. Det er ligeledes blevet klart, at for en del stofmisbrugere er stoffrihed ikke et realistisk mål hverken på længere eller kortere sigt. Målsætningen har derfor flyttet sig fra stoffrihed til mere pragmatiske mål så som at bevare helbred, undgå død, begrænse skader og en bedre livskvalitet.

Men udover at fremvæksten af et stigende antal ældre stofmisbrugere har ændret behandlingsmålsætninger og behandlingens organisering og indhold, har det også skabt et behov for en række omsorgs- og plejemæssige foranstaltninger til en midaldrende gruppe, som har et markant større plejebenhov end ikke-misbrugende 40-60-årige.

I 2004 foretog man i Københavns Kommune en undersøgelse af behovet for pleje- og omsorgsforanstaltninger hos personer over 39 år i substitutionsbehandling og forsøgte at vurdere deres fremtidige plejebenhov (Københavns Kommune 2006). Vurderingen var, at ca. 50 % af brugerne i den kommende 5-års periode ville have behov for pleje- og omsorgsforanstaltninger. Omfanget af forskellige problemer hos brugeren, der ville udløse et behov for foranstaltninger, var som følger:

- Somatiske problemer hos 76 %
- Psykiske lidelser hos 31 %
- Sociale problemer (social isolation, ensomhed) hos 30 – 40 %

Hovedparten af de ældre brugere bor i egen bolig og kan forblive i denne med social støtte og pleje (hjemmehjælp, -sygeplejerske), en mindre del får behov for botilbud med tilsyn, social støtte, praktisk hjælp og pleje. Endelig er der en del brugere der er så dårlige, at de har behov for en egentlig plejehjemsplads. Nogle kan anbringes på almindelige plejehjem, men langt fra alle. Problemet er, at stofmisbrugere er væsentligt yngre, og at de føler sig yngre, end det almindelige plejehjems-klientel, og de vil derfor mistrives på almindelige plejehjem. Herudover er mange stadigt aktivt misbrugende, handler lidt med stoffer i det omfang de magter det, og har en adfærd der kan virke stødende på både personale og beboere i almindelige plejehjem.

For at løse dette problem er der i de senere år etableret en række ”alternative plejehjem for stofmisbrugere”. Målgruppen er ”personer, som på grund af betydelig varig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp i almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis” (*Serviceovens § 108*). De alternative plejehjem skal kunne det samme som de almindelige plejehjem, men skal i tillæg hertil kunne rumme personer med en ofte meget mere aktiv, og afvigende, adfærd end alminde-

lige plejehjemsbeboere.

Der er over hele landet etableret en række plejehjemslignede tilbud til den ovenfor beskrevne målgruppe. I Københavns Kommune har man evalueret tilbuddet og beskrevet målgruppen i en rapport med den sigende titel ”De står til de falder” (Pedersen 2006).

I rapporten illustreres også hvor socialt og helbredsmæssigt belastet gruppen er. I perioden 2003 til 2005 var der i alt indskrevet 22 beboere. Der var 7 kvinder og 15 mænd, gennemsnitsalderen var 45 år, to var under 35 år, 6 var over 50 år. De havde været stofmisbrugere siden deres ungdom, og de var alle i substitutionsbehandling, men havde desuden et misbrug af opioider, hash, alkohol og benzodiazepiner. 2/3 var smittet med hiv og i kombinationsbehandling, næsten alle havde hepatitis C, nogle med komplicerende levercirrhose, og nogle havde haft tuberkulose. Herudover havde flertallet kredsløbslidelser med kroniske sår, og enkelte havde fået foretaget benamputation. Alle havde nedsat kognitiv funktion, og enkelte var diagnosticerede som demente. Den årlige dødelighed blandt beboerne var 30 %, hvilket mere end noget andet illustrerer, at trods den relativt unge alder, har vi at gøre med et helbredsmæssigt meget belastet klientel.

12.3 Konklusion og særlige udfordringer

De stofafhængige bliver stadig ældre. Dette er primært udtryk for en periode- og kohorteeffekt, som igen er et udtryk for, at stofafhængighed hos en del personer udvikler sig til en kronisk lidelse.

De ældre misbrugere har en langvarig, 20 – 40 år, karriere bag sig, og det præger dem. Der er tale om en svært socialt belastet gruppe, oftest enlige, oftest helt uden for arbejdsmarkedet, med en høj morbiditet og mortalitet. De repræsenterer derfor en stor udfordring for, og belastning af, social- og sundhedsvæsenet, og er reelt en meget omkostningstung gruppe.

De har behov for behandling af deres misbrug, oftest substitutionsbehandling, og de har behov for en lang række sociale foranstaltninger, herunder væresteder og en smule beskæftigelse for at bryde deres sociale isolation. De har ofte behov for en langvarig og sammenhængende sundhedsfaglig indsats, som kan besværliggøres, fordi de ikke kan rummes hos den praktiserende læge eller i det sekundære sundhedsvæsen. Ifølge undersøgelsen fra København (Pedersen 2006), er det ofte kun de mest akutte problemer der bliver taget hånd om, og hvis det skal blive bedre er der behov for flere opsøgende sundhedsteam til de mest marginaliserede. Herudover er behov for en mere aktiv sundhedsfaglig indsats fra behandlingssystemet side, og en brobyggende/formidlende indsats i forhold til sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen 2008a).

Den primære forebyggelse af de ældre misbrugeres problemer handler selvfølgelig om at forebygge misbrug, men det falder udenfor temaet i dette kapitel. Den sekundære forebyggelse handler om en tidlig og vedholdende behandlingsindsats, herunder at den sociale og sundhedsfaglig indsats integreres i behandlingen af stofmisbrugere.

Anneks

Referenceliste

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

Ankestyrelsen (2009). Børn og unge anbragt udenfor hjemmet. Kommunale afgørelser, årsstatistik 2008. Ankestyrelsen, august 2009.

Benjaminsen, L., Andersen D., Sørensen M. (2009) Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Servicestyrelsen og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. September 2009.

Benjaminsen, L. (2009a). Hjemløshed i Danmark 2009. Socialforskningsinstituttet.

Beynon, C.M. (2009). Drug use and ageing: older people do take drugs! Age and Ageing vol. 38: 8 – 10.

Christianias ugeblad (2003). "Spejlet" nr. 33, 2003.

Christensen P.B., Kringsholm B., Banner, J. et al. Surveillance of HIV and viral hepatitis by analysis of samples from drug related deaths. Eur J Epidemiol 2006; 21(5):383-387.

Christensen, P.B., Grasaasen K, Sælan H. Skøn over antallet af injektionsmisbrugere i Danmark. Upubliceret 2009.

EMCDDA (2008). DRD-Standard Protocol, version 3.1, 1. September 2005.

EMCDDA (2008). Narkotikasituationen i Europa 2008 – Årsberetning 2008. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, november 2008.

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.

Frank, V.A., Dahl, H.V. (2009). Cannabis - Et forskningsprojekt om dyrkning af cannabis i Danmark med fokus på cannabisdyrkernes egne perspektiver. Center for Rusmiddelforskning.

Gads Rusmiddel Leksikon (1999). Gads Forlag.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006). Bekendtgørelse nr. 746 af 29. juni 2006 om gratis hepatitisvaccination af særligt udsatte persongruppe.

Justitsministeriet (2001). Lov nr. 471 af 7. juni 2001. Lov om forbud mod besøgende i bestemte lokaler.

Justitsministeriet (2007). Lov nr. 524 af 6. juni 2007. Lov om ændring af færdselsloven.

Justitsministeriet (2009). Justitsministerens besvarelse af spørgsmål nr. S 1529 til Folketinget

Kramp, P., Gabrielsen, G., Lund, A., Reventlow, A. & Sindballe, A. (2003). Rusmiddelundersøgelsen. Misbrug blandt Kriminalforsorgens klientel.

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.

Københavns Kommune (2006). Sektorplan for Københavns Kommunes indsats overfor stofmisbrug 2006 – 2008.

Københavns Kommune(2008). Indsats overfor de sværest marginaliserede med helbredsproblemer i Københavns Kommune. Københavns Kommunes Sundhedsteam.

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.

Lægemiddelstyrelsen (2009). Vejledning nr. 32 af 15. maj 2009 om behandlingssteder for stofmisbrugerens bestilling m.v. af diacetylmorphin (heroin), samt virksomheders indførsel og udlevering heraf.

Lægemiddelstyrelsen (2009a). Bekendtgørelse nr. 366 af 11. maj 2009 om virksomheders udlevering af diacetylmorphin (heroin) til behandlingssteder for stofmisbrugere.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008). Bekendtgørelse om euforiserende stoffer. nr. 749 af 1. juli 2008.

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

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

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

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

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

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

MULD-rapport nr. 7 (2009) Unges livsstil og dagligdag 2008. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, august 2009.

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.

Pedersen D. (2006). De står til de falder. Københavns Kommune.

Pedersen, M.U. (2009). Stoffri døgnbehandling 1997 til 2007. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

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

Rigspolitiet (2009). Narkotikastatistik 2008. Rigspolitiet, NEC (Nationalt Efterforskningsstøttecenter), København.

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

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

Sundhedsstyrelsen (2005b). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. En særlig opgørelse over stofmisbrugere indskrevet i behandling i 2004.

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.

Sundhedsstyrelsen (2008b). Narkotikasituationen i Danmark 2008. Side 33-34. Sundhedsstyrelsen november 2008.

Sundhedsstyrelsen (2009). Brug af khat blandt personer med somalisk baggrund i Danmark – en undersøgelse af omfang og holdninger. Udarbejdet af ALS research ApS for Sundhedsstyrelsen, 2009.

Sundhedsstyrelsen (2009a). Vejledning nr. 9240 af 11. maj 2009 om ordination af injicerbar diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed.

Sundhedsstyrelsen (2009b). Bekendtgørelse nr. 125 af 18. februar 2009 om ordination af diacetylmorphin (heroin) som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug.

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).

TV Lorry (2003). Anonym tidligere pusher udtaler sig om salget af hash på Christiania, den 15. december 2003.

Århus Universitet (2009). Ecstasy i Danmark 2008. Århus Universitet, Retskemisk Afdeling.

Hjemmesider

Festival Danmark www.festivaldanmark.dk

Hash Rådgivning via sms www.smash.dk

Hash-projekt i Københavns Kommune www.uturn.dk

STAD-projekt ”Ansvarsfuld alkoholservering i kromiljøer” www.fhi.se

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.

"Brug af khat blandt personer med somalisk baggrund i Danmark – en undersøgelse af omfang og holdninger". Sundhedsstyrelsen, 2009

ALS research Aps har for Sundhedsstyrelsen i marts 2009 gennemført en undersøgelse der kortlægger udbredelsen af khat blandt dansk-somalier i alderen 15-50 år. Undersøgelsen belyser endvidere viden og holdninger til brug af khat blandt disse. 848 personer, svarende til 15 % af alle herboende 15-50-årige dansk-somalier, har deltaget i undersøgelsen. Ni dansk-somaliske nøglepersoner blev ansat som data-medarbejdere og adgangsgivere til forskellige grupper i det somaliske miljø og har været behjælpelige med at udfylde spørgeskemaet hos respondenterne. Spørgeskemaet var dobbeltsprogligt på dansk og somali. Udover spørgeskemaundersøgelsen er der gennemført enkelte telefoninterviews med fagfolk, der har beskæftiget sig med somaliere samt med repræsentanter fra det dansk-somaliske miljø. Hensigten med dette har været at få uddybet nogle af de problematikker og temaer, som resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen pegede på.

"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 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 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%.

"Unge livsstil og dagligdag 2008" (MULD 2008), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse

Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2008 i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse en repræsentativ internetbaseret undersøgelse af de 16-20 åriges livsstil og dagligdag. Respondenter til undersøgelsen er rekrutteret via Userneeds Danmarkspanel og omfatter i alt 1539 personer. Hvor tidligere MULD-undersøgelser er gennemført ved postspørgeskemaer, er 2008-undersøgelsen alene internetbaseret, og spørgeskema er udfyldt elektronisk over nettet. I den nye dataindsamlingsmetode er fejlkilder endnu ikke velkendte, hvorfor resultaterne i 2008 ikke direkte kan sammenlignes med resultater fra tidligere år.

"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 går 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 2521 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.-klassens 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. klassens 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 går i 9. klasse. Dette udvidede antallet af deltagende elever til 2545.

Unge 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 går 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 indgår 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 %.

Tabeloversigt

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 2.1.3.1. 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 2.1.4. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005 og 2008.

Tabel 2.1.5. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2008.

Tabel 2.1.6. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der har et aktuelt brug af kokain, amfetamin og ecstasy i 2000, 2005 og 2008.

Tabel 2.1.7. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af kokain, amfetamin og ecstasy i 2000, 2005 og 2008.

Tabel 2.1.8 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 2.1.9. 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 2.1.10. Den procentvise andel af de 16-24-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 2.1.11. 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 2.2.1. De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler, 2000-2008.

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 5.2.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2008.

Tabel 5.2.2. Klienter indskrevet i behandling i året, og som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere.

Tabel 5.2.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2007 med kendt hovedstof.

Tabel 5.3.1. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling halvårene 2004-2008.

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 væsentligste dødsårsag.

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 2008.

Tabel 6.2.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 10 undersøgelsesår, fordelt på forskellige aldersgrupper.

Tabel 6.3.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt 1998-2008.

Tabel 6.3.2. Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, 1998-2008.

Tabel 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1998-2008.

Tabel 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1999-2008.

Tabel 9.1.1. Narkotikakriminalitet 1998-2008. Anmeldelser med sigtelser og antal sigtede personer.

Tabel 10.2.1. Narkotikabeslaglæggelser 1996-2008.

Tabel 10.3.1. Fordeling imellem stoftyper på brugerplan 1997-2008

Tabel 10.3.2. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid fra 1997 – 2008.

Tabel 10.3.3. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1997-2008.

Tabel 10.3.4. Forekomsten af indholdsstoffer i ecstasy fra 2003 til 2008.

Tabel 12.1.1. Boligforhold for klienter i stofmisbrugsbehandling fordelt på aldersgrupper, 2008

Tabel 12.1.2. Indtægtskilde for klienter i stofmisbrugsbehandling fordelt på aldersgrupper, 2008

Figuroversigt

Figur 5.2.1. Andelen af personer i substitutionsbehandling med hhv. buprenorfin og metadon i 2008 i forskellige aldersgrupper.

Figur 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald 1995-2007. Dødsårsagsregisteret.

Figur 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1988-2008. Rigspolitiets register.

Figur 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999-2008.

Figur 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 1999-2008.

Figur 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1999-2008.

Figur 9.1.1 Narkotikakriminalitet 1997-2008. Anmeldelser og antal sigtede personer.

Figur 10.2. Narkotikabeslaglæggelser 1996 – 2008.

Figur 11.1. Mængden af beslaglagt hash og marihuana i årene 2000 – 2008.

Figur 11.2. Antal beslaglæggelser fordelt på mængde i 2006.

Figur 11.3. Antal beslaglæggelser fordelt på mængde i 2007.

Figur 11.4. Antal beslaglæggelser fordelt på mængde i 2008.

Figur 12.1. Andelen af personer under 40 år og over 39 år blandt stofmisbrugere i behandling 1998 – 2008.

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=2.521	2000 n=6.887	2005 n=4.484	2008 n=2.229	Danmarks befolkning i alders- grupperne 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=2.219)

	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 2.1.8. 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 2.1.9. 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	2000	2005	2008
	(n=735)	(n=1.728)	(n= 919)	(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 2.1.10. 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	2000	2005	2008
	(n=740)	(n=1.690)	(n=900)	(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

Tabel 2.1.11. 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	2002	-	-	-
1996	242	177	65	2003	-	-	-
1997	256	189	67	2004	-	-	-
1998	243	174	69	2005	208	162	46
1999	217	157	60	2006	227	167	60
2000	240	175	65	2007*	211	148	63
2001	221	153	68				

Kilde: Upublicerede tal fra Dødsårsagsregisteret, august 2009

*Tallene er foreløbige

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	2008	239*	186	51

Kilde: Rigspolitiet, 2009

*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 2008

	Kode*	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 ²²	2008
Heroin	T40.1	249	255	240	174	192	220	167	171	161	174
Andre opioider	T40.2 +T40.2A +T40.2B	35	35	44	48	52	121	115	131	141	168
Metadon	T40.3	5	11	19	39	26	50	56	35	44	58
Opioider	F11.0	67	79	67	53	55	49	65	48	60	72
Opioider i alt		356	380	370	314	325	440	403	385	406	472
Designerdrugs (excl. ecstasy)	T40.6A + T43.8A	*	2	14	21	12	15	3	6	10	40
Ecstasy	T40.6B +T43.6B	9	75	67	60	83	73	72	91	86	71
Amfetamin	T43.0A + T43.6A	*	2	24	43	54	70	73	85	172	159
Kokain	T40.5 +F14.0	44	50	78	66	76	71	106	100	134	119
Andre central-stimulerende stoffer	F15.0	58	48	53	47	50	43	54	41	52	45
Centralstimulerende stoffer i alt		111	177	236	237	275	272	308	323	454	434
Euforiserende svampe	T40.6C +T40.9A	7	5	10	8	3	10	6	13	13	7
LSD	T40.8	3	3	12	2	1	2	8	11	16	26
Hallucinogener	F16.0	10	15	16	5	4	6	11	5	12	8
Hallucinogener i alt		20	23	38	15	8	18	25	29	41	41
Cannabis	T40.7 +F12.0	98	102	164	122	125	74	86	76	97	108
Blandingsmisbrug og uspecificeret**	T40.4 +T40.6 +T40.6W +40.6X +T40.9 +F19.0	543	632	571	657	704	469	440	504	415	529
Intoksikationer og forgiftninger i alt		1128	1315	1379	1345	1437	1273	1262	1317	1413	1584

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

²² 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, 1998-2008

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Antal nypåviste hiv-positive i alt	213	287	260	319	289	270	306	264	246	308	269
Antal nypåviste hiv-positive med intravenøst stofmisbrug (% nypåviste)	14 (7%)	26 (9%)	20 (8%)	31 (10%)	31 (11%)	24 (9%)	13 (4%)	17 (6%)	10 (4%)	21 (7%)	12 (4%)
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde i alt	74	75	58	71	45	39	61	44	53	48	31
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnostiserede)	4 (5%)	7 (9%)	7 (12%)	10 (14%)	4 (9%)	11 (28%)	4 (7%)	4 (9%)	3 (6%)	4 (8%)	6 (19%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2008-data er opgørelsen foretaget i maj 2009

Tabel 6.3.2. Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, 1998-2008

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Antal hepatitis A i alt	86	88	81	61	84	70	241	48	42	28	43
Antal hepatitis A med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	0	0	0	0	1 (1%)	0	1 (<1%)	1 (<1%)	0	0	0
Antal hepatitis B i alt*	94	57	63	49	62	36	44	30	20	24	27
Antal hepatitis B med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	24 (26%)	13 (23%)	20 (32%)	12 (24%)	12 (19%)	7 (19%)	9 (21%)	3 (10%)	1 (5%)	2 (8%)	5 (19%)
Antal hepatitis C i alt*	21	13	15	6	5	7	8/317 **	2/355	7/376	9/372	3/203
Antal hepatitis C med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	12 (60%)	11 (85%)	9 (60%)	3 (38%)	1 (50%)	(29%)	3/243 (37%/77%)	0/247 (0%/70%)	6/269 (85%/71%)	4/266 (44%/71%)	1/145 (33%/71%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2008-data er opgørelsen foretaget i maj 2009

*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, 1999-2008

Diagnose- kode	Psyriske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
F11	Opioider	227	227	189	172	156	155	138	123	133	136
F12	Cannabis	317	270	327	364	333	354	312	347	364	388
F13	Sedativa / hypnotika	204	205	199	182	159	143	150	140	154	141
F14	Kokain	23	23	31	36	65	53	42	49	49	56
F15	Andre centralstimule- rende stoffer end kokain	71	76	75	109	99	98	93	87	91	94
F16	Hallucinogener	26	18	21	14	9	17	16	10	10	18
F18	Opløsningsmidler	10	2	6	2	10	5	3	3	4	7
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	758	749	732	726	747	684	668	660	682	696
Personer med hoveddiagnoser i alt		1636	1570	1580	1605	1578	1509	1422	1419	1487	1536

Kilde: Særligt udtræk fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital i Århus. Tabel 6.4.1 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. Da en patient kan have flere stofrelaterede bidiagnoser, er ”i alt” kategorien ikke en summation.

Tabel 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1999-2008

Diagno- se-kode	Psyriske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
F11	Opioider	146	190	204	208	201	271	280	341	358	492
F12	Cannabis	566	584	637	691	759	873	908	1040	1072	1507
F13	Sedativa / hypnotika	253	283	257	266	307	359	367	385	417	529
F14	Kokain	15	17	19	34	61	66	97	118	163	210
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	58	52	58	56	73	123	120	162	179	235
F16	Hallucinogener	11	9	11	10	2	13	14	8	8	13
F18	Opløsningsmidler	9	7	7	13	12	11	8	18	13	13
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	534	566	485	574	679	728	736	874	995	1176
Personer med bidiagnoser i alt		1506	1630	1593	1747	1844	2074	2102	2430	2632	3418

Kilde: Særligt udtræk fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital, Århus. Tabel 6.4.2 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 9.2.1. Narkotikakriminalitet 1998-2008. Anmeldelser med sigtelser og antal sigtede personer

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Anmeldelser med sigtelse	14.251	12.928	12.956	12.902	12.851	14.272	16.390	19.037	19.900	18.506	18.692
Sigtede pers.	8.900	9.424	9.899	9.858	10.021	11.160	12.313	14.204	15.060	13.294	14.093

Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2009

Tabel 10.2.1. Narkotikabeslaglæggelser 1996-2008

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Heroin													
Kg	61,4	37,9	55,1	96,0	32,1	25,1	62,5	16,3	37,5	27,0	28,9	48,1	43,9
Antal beslag	3.161	2.509	2.199	1.230	1.499	1.304	966	894	1041	1064	927	1.016	906
Kokain													
Kg	32,0	58,0	44,1	24,2	35,9	25,6	14,2	104,0	32,3	57,0	76,2	91,8	56,1
Antal beslag	659	723	885	744	780	815	881	1.095	1.207	1.615	1.901	2.098	1.858
Amfetamin													
Kg	26,7	119,4	25,2	31,6	57,1	160,6	34,9	65,9	63,0	195,0	79,4	70,4	119,8
Antal beslag	1.386	1.324	1.609	1.250	1.152	954	1.134	1.264	1.388	1.573	2.022	2.215	1.543
Ecstasy													
Stk.	15.261	5.803	27.039	26.117	21.608	150.080	25.738	62.475	38.096	44.195	22.712	82.390	17.631
Antal beslag	84	110	143	197	444	331	340	322	1388	461	540	452	251
Lsd													
Doser	262	381	105	83	1.108	156	38	22	483	1201	521	47	482
Antal beslag	16	15	24	15	18	29	8	7	13	12	8	13	21
Hash													
Kg	1.772	467	1.572	14.021	2.914	1.763	2.635	3.829	1.758	1.406	1.035	877	2.914
Antal beslag	5.187	4.886	5.904	4.569	5.561	5.788	5.234	5.942	7.313	10.292	10.962	9.301	8.365

Kilde: Rigspolitiets Narkotikastatistik 2009

Tabel 10.3.1. Fordeling imellem stoftyper på brugerplan, 1997-2008

År	1997*	1998*	1999*	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	n=217	n=208	n=216	n=188	n=152	n=198	n=188	n=200	n=196	n=203	n=200	n=195
Heroin	60%	56%	45%	44%	45%	40%	39%	33%	34%	33%	30%	27%
Amfetamin	26%	17%	23%	17%	22%	24%	20%	29%	23%	34%	30%	31%
Kokain	9%	23%	27%	24%	22%	30%	32%	34%	36%	30%	34%	35%
Ecstasy**	1%	<1%	3%	7%	9%	2%	-	-	-	-	-	-
Metamfetamin ***	-	-	-	-	-	-	4%	1%	5%	1%	2%	3%
Andet euforiserende/stofblandinger	1%	1%	1%	5%	1%	3%	4%	3%	1%	2%	2%	3%
Ikke euforiserende	3%	1%	<1%	3%	1%	2%	1%	-	2%	1%	2%	2%
I alt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Kaa et al. 1997 til 2005; Lindholst et al 2008; Lindholst et al 2009

*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 spo-radisk 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

10.3.2. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid, 1997 – 2008

	1997*	1998*	1999*	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	(n=30)	(n=118)	(n=97)	(n=82)	(n=69)	(n=80)	(n=73)	(n=66)	(n=66)	(n=66)	(n=60)	(n=52)
Heroin-base	68%	72%	71%	61%	77%	76%	84%	77%	76%	65%	72%	77%
Heroin-klorid	32%	28%	29%	39%	23%	24%	16%	23%	24%	35%	28%	23%

Kilde: Kaa et al. 1997 til 2007; Lindholst et al. 2008; Lindholst et al 2009

*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 03