

FOCAL
POINT

NARKOTIKASITUATIONEN I DANMARK

2005

Narkotikasituationen i Danmark 2005

Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Sprog: Dansk

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

Version: 1,0

Versionsdato: 20051201

Elektronisk ISBN: 87-7676-211-4

Den trykte versions ISBN: 87-7676-210-6

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, november 2005

Design: Sundhedsstyrelsen

Tryk: Schultz Grafisk

Oplag: 500 eksemplarer

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

Pris: 0, 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 2005 og er den tiende rapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug (EMCDDA). Rapporten findes både i en dansk og en engelsk udgave og er udarbejdet efter EMCDDA's retningslinier.

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

Sociolog Kari Grasaasen har udarbejdet de epidemiologiske kapitler i rapporten samt temakapitlet, der vedrørende de kønsmæssige aspekter og narkotika. Fuldmægtig Hans Henrik Philipsen har udarbejdet den del, der beskriver forebyggelse, og specialkonsulent i Sundhedsstyrelsen, Anne-Marie Sindballe har udarbejdet temakapitlet, der vedrører narkotikapolitikken i relation til de øvrige rusmiddelpolitikker. Johanne Korsdal Sørensen har i samarbejde med Kari Grasaasen udarbejdet temakapitlet, der beskriver det rekreative stofbrug. Øvrige dele i rapporten er udarbejdet ved hjælp af bidrag fra henholdsvis Sundhedsstyrelsens statistikkontor, Justitsministeriet, Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, amterne samt øvrige samarbejdspartnere.

Det danske medlem af EMCDDA's Scientific Committee, 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, og oversættelse af rapporten til engelsk er foretaget af Anita Pontoppidan.

November 2005

*Else Smith
Centerchef*

Indhold

Forord	2
Sammenfatning	8
1 Trends og nye udviklinger inden for narkotikapolitikken	11
1.1 Overblik og sammendrag	11
1.2 Ny lovgivning, herunder nye narkotiske stoffer under kontrol	11
1.3 Nationale strategier på narkotikaområdet	12
1.4 Økonomi og finansieringsordninger	12
1.5 Narkotikapolitikken i social og kulturel sammenhæng	13
2 Brugen af illegale stoffer i befolkningen	14
2.1 Overblik og sammendrag	14
2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge	14
2.3 Regionale høringer	16
2.4 Holdninger til stoffer og til stofbrug blandt de unge	18
3 Forebyggelse	20
3.1 Overblik og sammendrag	20
3.2 Universel forebyggelse – skoleområdet	20
3.3 Indsatser i lokalsamfundet	22
3.4 Selektiv og indikeret forebyggelse - Festmiljøet	24
3.5 Risikogrupper og familier	25
4 Stofmisbrug	27
4.1 Overblik og sammendrag	27
4.2 Stofmisbrugere i behandling	27
4.3 Metadonbehandling og -ordination	32
5 Stofrelateret behandling	33
5.1 Overblik og sammendrag	33
5.2 Behandlingssystemet	33
5.3 Døgnbehandling	34
5.4 Substitutionsbehandling – udvidet psykosocial støtte til heroinafhængige i metadonbehandling	35
6 Sundhedsmæssige konsekvenser ved stofmisbrug	38

6.1	Overblik og sammendrag	38
6.2	Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere	39
6.3	Forgiftninger med illegale stoffer	42
6.4	Narkotikarelaterede infektionssygdomme	44
6.5	Dobbelt-diagnoser og stofmisbrugere i psykiatrisk behandling	46
7	Indsatser i relation til sundhedsmæssige konsekvenser ved stofmisbrug	49
7.1	Overblik og sammendrag	49
7.2	Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald	49
7.3	Forebyggelse og behandling af narkotikarelaterede infektionssygdomme	50
7.4	Indsatser relateret til personer med dobbeltdiagnose	50
7.5	Forebyggelsesindsatser relateret til andre sundhedsmæssige sammenhænge	51
8	Kriminalitet, stofbrug og sociale konsekvenser	53
8.1	Overblik og sammendrag	53
8.2	Social eksklusion og problemer	53
8.3	Kriminalitet i forbindelse med narkotika	54
8.4	Økonomi og omkostninger vedr. de sociale tiltag	55
9	Indsatser i relation til sociale konsekvenser stofmisbrug	56
9.1	Overblik og sammendrag	56
9.2	Social reintegration	57
9.3	Uddannelses tilbud	58
9.4	Beskæftigelsestilbud og forsørgelse	58
9.5	Rådgivningstilbud	60
9.6	Forebyggelse af narkotikarelateret kriminalitet	60
10	Det illegale stofmarked	61
10.1	Overblik og sammendrag	61
10.2	Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel	61
10.3	Beslaglæggelser af stoffer på det illegale marked	62
11	Kønsforskelle og rusmidler	68
11.1	Indledning	68
11.2	Brugen af stoffer blandt mænd og kvinder	68
11.3	Forskelle i de sundhedsmæssige konsekvenser	69

11.4	Målrettet forebyggende indsats til mænd og kvinder	70
12	Narkotikapolitik i relation til alkohol, tobak og doping	73
12.1	Indledning	73
12.2	Nationale programmer for forebyggelse	73
12.3	Baggrund	75
12.4	koordinering og organisering	78
13	Det rekreative brug af stoffer	80
13.1	Indledning	80
13.2	Rekreativt stofbrug	80
13.3	Tiltag i forhold til det rekreative stofbrug	82
Anneks		85
	Referenceliste	85
	Hjemmesider	90
	Supplerende tabeller	91
	Tabeloversigt	97
	Figuroversigt	98
	De anvendte undersøgelser	99

Sammenfatning

Den aktuelle narkotikasituation i Danmark

Det seneste skøn over antal stofmisbrugere som Sundhedsstyrelsen har foretaget viser, at der i 2001 var 25.500 stofmisbrugere i Danmark. Godt 6.000 af disse skønnes alene at være hashmisbrugere. Fra 1996 til 2001 er antallet af stofmisbrugere steget med 5.000 personer, svarende til 24 pct. Opgørelsen omfatter ikke det eksperimenterende stofforbrug, 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 skønnet, herunder også stabiliserede stofafhængige (fx metadonbehandlede).

Der ikke foretaget befolkningsundersøgelser over udbredelsen af det eksperimenterende stofbrug i den voksne befolkning i Danmark siden 2000. Dog tyder resultater fra nyeste skoleundersøgelser blandt de helt unge, surveyundersøgelser blandt de unge voksne samt regionale høringer på, at den stigning i det eksperimenterende brug af illegale stoffer, der blev observeret fra midten af halvfemserne og frem, er stagneret, og det eksperimenterende brug i dag synes at have lagt sig på et "historisk højt" men stabilt niveau. Hash er stadig det mest udbredte illegale stof, mens amfetamin, kokain og ecstasy i nævnte rækkefølge også bruges af en del unge.

Det eksperimenterende brug af illegale stoffer er fortsat et fænomen, der hovedsageligt finder sted i de unge år, hvilket ses af de forskellige befolkningsundersøgelser og de regionale høringer. Forbruget findes hovedsageligt i aldersgruppen fra 15–30 år, og det topper blandt de 16–24-årige.

På trods af det eksperimenterende brug af hash synes at have stabiliseret sig, ses en stadig stigning i de relaterede skadevirkninger med hash i disse år. Stadig flere, og især de unge i behandling, kommer ind i stofbehandling med hash og/eller centralstimulerende stoffer som hovedproblem for deres misbrug. Også oplysninger om stofrelaterede psykiatriske indlæggelser peger på en stadig tilgang af personer med hashrelaterede problemer. Problemer med blandingsbrug og brug af centralstimulerende stoffer ses i stigende grad i stofbehandlingen og blandt de stofrelaterede psykiatriske indlæggelser, selv om stigningen relateret til dette stofbrug ikke er helt så markant som den ses ved hash. Hvad angår statistisk opgørelse over skadestuebesøg, hvor forgiftninger med illegale stoffer er årsagen til henvendelsen, ses de senere år tydeligt en udvikling hen imod flere og flere alvorlige forgiftninger med illegale stoffer og især med hensyn til hash og de centralstimulerende stoffer. Blandt de unge ses typisk forgiftninger med hash og centralstimulerende stoffer, mens opioider og blandingsbrug er typiske stoffer der forårsager forgiftninger i de ældre aldersgrupper. Med baggrund i eksisterende registreringspraksiser og upræcise diagnosticeringer er der alene tale om en minimumsopgørelse.

Årsagerne til den dokumenterede stigning af problemer relateret til hash og de centralstimulerende stoffer som den ses i stofbehandlingen og fra øvrige kilder de senere år, må formodes at hænge sammen med stigningen i det eksperimenterende brug af især disse stoffer i 90'erne, som på denne måde nu kommer til udtryk som konsekvenser. Hertil må det antages, at den øgede behandlingsskapacitet og bedre og mere målrettede behandlingstilbud er medvirkende til den dokumenterede stigning. Alene fra 2003 til 2004 var der en stigning på knap 14% af personer, der blev registreret i behandling for deres stofmisbrug. Fra 2003 – 2004 var denne stigning minimeret til 2%. Den mindre markante stigning af tilgangen til behandlingssystemet

met kan måske tyde på et ”mætningsniveau” i forhold til de tilbudte behandlingspladser og behandlingsbehovet blandt stofmisbrugere i Danmark. Derimod havde så mange som 33% af hele stofmisbrugerspopulationen i 2004 ikke være i behandling tidligere og er således ”nye” i behandlingssystemet. De unge stofmisbrugere udgør en stadig større andel af samtlige stofmisbrugere i behandling.

Rigspolitiets dødsfaldsstatistik har vist et relativt stabilt niveau på ca. 250 narkotikarelaterede dødsfald årligt siden midten af halvfemserne. Det seneste år ses imidlertid en stigning, og i 2004 blev der registreret 275 narkotikarelaterede dødsfald. Langt de fleste af disse dødsfald sker efter forgiftning med et eller flere stoffer, og hovedparten af forgiftningerne sker med opioider.

Nye udviklingstendenser inden for forebyggelse, behandling og skadereducerende tiltag

I de senere år ses tiltagende forebyggelsesinitiativer og skadereducerende tiltag i Danmark, både på lokalt, regionalt og statslig plan. Disse initiativer skal både dæmme op for udvikling af det eksperimenterende brug samt begrænse de skader, et misbrug af illegale stoffer kan medføre. Nye og flere lokale netværksprojekter, der er mere målrettede og skal forebygge, især indenfor det kommercielle festmiljø og på ungdomsuddannelserne, spredes, og der ses en stigende tværsektoriel og tværfaglig netværksdannelse blandt professionelle til at forebygge mod rusmidler lokalt og regionalt.

På nationalt plan er der taget initiativ til at importere, udvikle og afprøve det amerikanske undervisningsmateriale ”Life Skills Training” på landets folkeskoler. Formålet med at afprøve dette er at styrke unges selvværd, kompetencer og positive sundhedsadfærd mht. tobak, alkohol og narkotika. Det grundlæggende pædagogiske princip i undervisningsmaterialet er en høj elevaktivitet gennem blandt andet elevdiskussioner, øvelser og hjemmeopgaver.

I forbindelse med Regeringens handlingsplan fra 2003 har man igangsat modelkommuneprojektet ”Narkoen ud af byen”. Modelkommuneprojektets overordnede målsætning er gennem en lokalt forankret og koordineret indsats at nedbringe udbredelsen af narkotika, og mere specifikt handler det blandt andet om begrænse tilgængeligheden og udbredelsen af narkotika blandt de unge samt nedsætte antallet af akutte skadevirkninger. De 14 kommuner, der medvirker i projektet, fokuserer på en indsats i grundskolen, på ungdomsuddannelserne, i festmiljøet, rådgivning, opsøgende indsatser, særlige boligområder, motionscentre og børn i misbrugsfamilier.

Flere og flere amter gennemfører rusmiddelforebyggelse ved lokale musikfestivaler. Og som i 2003 og 2004 var der også på Roskildefestivalen i 2005 en indsats mod stoffer, hvor en tydelig markering af Roskildefestivalens holdning mod stoffer fremkom via blandt andet storskærmspot, festivalprogrammet, postkort, t-shirts, på festivalens hjemmeside, ved busreklamer, samt via udlevering af faktainformation om stoffer. I 2005 er der med støtte fra Sundhedsstyrelsen etableret et landsdækkende samarbejde mellem festivalarrangører under titlen *festival danmark against drugs*.

Der sker en stadig tilgang af stofmisbrugere i behandling. Som en opfølgning på indførelsen af behandlingsgaranti for stofmisbrugere fra 2003, er der nu også pr. 1. oktober 2005 indført lov om behandlingsgaranti for unge under 18 år i særlige tilfælde. Loven skal sikre, at amtskommunen fremskynder og handler hurtigt og

effektivt, for at de unge med behov kan komme i behandling for deres misbrug. En særlig pulje er endvidere afsat for 2006 og 2007 til udvikling af målrettede tilbud til unge hashmisbrugere.

Nye stoffer og ny lovgivning

Sundhedsstyrelsen medvirker stadig til en intensiv overvågning af misbrugsstoffer på det illegale marked. Formålet hermed er blandt andet, at overvejelser om kontrolforanstaltninger og forbud kan gennemføres, når nye misbrugsstoffer dukker op på markedet. Efter faglige indstillinger fra Sundhedsstyrelsen blev stofferne 5-Meo-DIP forbudt med virkning fra den 3. marts 2004, og 5-Meo-DMT forbudt med virkning fra 1. december 2004. I 2005 er foreløbig 2C-D forbudt fra den 2. februar 2005.

En række nye lovbestemmelser er gennemført og implementeret i 2004/2005. Blandt andet er der fra april 2005 indført tilbud om gratis vaccination mod hepatitis A og B til injektionsmisbrugere og deres pårørende, og som tidligere nævnt, er behandlingsgaranti til unge stofmisbrugere under 18 år indført pr. 1. oktober 2005. Til brug for gennemførelse af kommunalreformen pr. 1. januar 2007 og som er af betydning for narkotikaområdet, er endvidere vedtaget forskellige Sundhedslove, der træder i kraft samtidig med kommunalreformen.

Temakapitler

Temakapitlet om ”Kønsforskelle og rusmidler” behandler forskelle i udbredelse og indsatsområder mellem kønnene. Temakapitlet om ”Narkotikapolitik i relation til alkohol, tobak og doping” behandler narkotikapolitikken i Danmark specifikt og i relation til de øvrige rusmiddelområder.

1 Trends og nye udviklinger inden for narkotikapolitikken

1.1 Overblik og sammendrag

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, regionale og centrale myndigheder inden for sundheds-, social-, justits- og toldvæsenet.

På centralt plan koordinerer *Indenrigs- og Sundhedsministeriet* 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. *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 toldkontrollen og for den kontrol, der føres med prækursorer.

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

1.2 Ny lovgivning, herunder nye narkotiske stoffer under kontrol

I 2005 er der udstedt følgende love og administrative regler på narkotikaområdet:

- Med bekendtgørelse nr. 160 af 7. marts 2005 om gratis hepatitisvaccination til injektionsmisbrugere og deres pårørende blev der med virkning fra 1. april 2005 indført en ordning, hvorefter injektionsmisbrugere tilbydes gratis vaccination mod hepatitis A og hepatitis B. Pårørende til injektionsmisbrugere, dvs. personer i husstanden og eventuelle faste seksualpartnere uden for husstanden, tilbydes endvidere gratis vaccination mod hepatitis B.
- Med lov nr. 326 af 18. maj 2005 om administration af Det Europæiske Fællesskabs forordninger om narkotikaprækursorer er der bl.a. fastsat regler om kontrol, herunder om kontrolmyndighedernes adgang til virksomheder, og om strafferammer.
- Med lov nr. 331 af 18. maj 2005 om ændring af lov om social service er socialministeren med virkning fra 1. oktober 2005 bemyndiget til at fastsætte regler om garanti for social behandling af stofmisbrugere under 18 år i særlige tilfælde.

- De nødvendige love til brug for gennemførelsen af kommunalreformen den 1. januar 2007 (omtales nedenfor under ”Nationale strategier på narkotikaområdet”), er blevet vedtaget. Af betydning for narkotikaområdet skal nævnes følgende love, der alle træder i kraft samtidig med kommunalreformen:
 - Lov nr. 573 af 24. juni 2005 om social service. Loven indeholder bl.a. regler om den sociale behandling for stofmisbrug.
 - Lov nr. 546 af 24. juni 2005 Sundhedsloven. Loven indeholder bl.a. regler om den lægelige stofmisbrugsbehandling.
 - Lov nr. 545 af 24. juni 2005 om ændring af forskellige love på sundhedsområdet og visse andre områder. Loven ændrer bl.a. lægelovens regler om lægers ret til at ordinere euforiserende stoffer som led i behandling af personer for stofmisbrug.
- I 2005 er følgende narkotiske stoffer undergivet kontrol:
 - Med bekendtgørelse nr. 1118 af 19. november 2004 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stoffet 5-MeO-DMT (5-Methoxy-N,N-dimethyltryptamin) fra og med den 1. december 2004 kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed.
 - Med bekendtgørelse nr. 69 af 21. januar 2005 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stoffet 2C-D (2,5-dimethoxy-4-methylphenethylamin) fra og med den 2. februar 2005 kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed.

1.3 Nationale strategier på narkotikaområdet

I 2004 blev der indgået en politisk aftale, som indebærer, at der pr. 1. januar 2007 gennemføres en kommunalreform, som grundlæggende ændrer rammerne for varetagelsen af de lokale og regionale opgaver. De love, der er nødvendige til brug for gennemførelsen af kommunalreformen, og som nu alle er vedtaget af det danske parlament (Folketinget), er omtalt ovenfor i afsnit 1.2. På narkotikaområdet betyder kommunalreformen, at ansvaret for forebyggelsen såvel som for den sociale og lægelige stofmisbrugsbehandling overgår til kommunerne.

Som oplyst i "Narkotikasituationen i Danmark 2004" foretog Københavns Politi den 16. marts 2004 den hidtil største aktion mod hashhandlen på Christiania, hvor der i en årrække har fundet åbenlys hashhandel sted. Københavns Politi har den 26. juli 2005 oplyst, at status for indsatsen på Christiania den 16. marts 2004 er, at 52 personer er dømt for besiddelse af hash med henblik på videreoverdragelse eller medvirken hertil. De 52 personer er dømt for en samlet mængde på ca. 500 kg. hash.

1.4 Økonomi og finansieringsordninger

Oplysningerne om de flerårige statslige finanslovbevillinger og puljemidler fremgår af ”Narkotikasituationen i Danmark 2004”. Om nye bevillinger kan oplyses:

- I 2005 forventes anvendt ca. 3,7 mio. DKK i statslige midler til forebyggelse af narkotikamisbrug. Der er endvidere afsat 20,8 mio. DKK på Sundhedsstyrelsens bevilling for perioden 2004-2006 til implementering af modelkommuneprojektet ”Narkoen ud af byen”.
- I 2005 og for hvert af årene efter er der afsat 1,5 mio. DKK til opfølgning på lovgivning om kommunernes forpligtelse til at udarbejde handleplaner for unge med stofmisbrugsproblemer.
- I 2005 er der afsat 1,6 mio. DKK, i 2006 9,5 mio. DKK og i årene herefter 7,2 mio. DKK til opfølgning på lovgivningen om en garanti for social behandling af unge stofmisbrugere i særlige tilfælde.
- I 2005 er der på finansloven afsat 43,2 mio. DKK og i hvert af de efterfølgende år 42,2 mio. DKK til forbedring af den sociale indsats for stofmisbrugere.
- I 2005 er der afsat 15,4 mio. DKK og i hvert af årene 2006 og 2007 9,2 mio. DKK til udvikling af tilbud målrettet unge hashmisbrugere.

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

For så vidt angår de kommunale og amtskommunale udgifter viser de kommunale og amtskommunale regnskaber og budgetter en kraftig stigning siden 1995 i de afsatte midler til social stofmisbrugsbehandling. På budgettet for 2005 er der afsat 757 mio. DKK. Det tilsvarende regnskabstal for 1995 var på 228,9 mio. DKK. Kommunernes og amtskommunernes udgifter til forebyggelse af narkotikamisbrug og den lægelige stofmisbrugsbehandling kan ikke uddrages af de kommunale og amtskommunale regnskaber og budgetter.

1.5 Narkotikapolitikken i social og kulturel sammenhæng

I folketingsåret 2004-05 fremsatte medlemmer af oppositionen forslag til folketingsbeslutning om legalisering af hash. Der tegnede sig under Folketingets 1. behandling af forslaget et klart flertal herimod. Forslaget kom ikke til 2. behandling og dermed heller ikke til endelig afstemning. Endvidere fremsatte medlemmer af oppositionen i folketingsåret 2004-05 forslag om etablering af fixerum. Dette forslag blev ved 2. behandling forkastet af et folketingsflertal. Regeringen afviser såvel legalisering af hash, etablering af fixerum og lægelig ordination af heroin som for vidtgående og for så vidt angår legalisering af hash og etablering af fixerum også i modstrid med de internationale narkotikakonventioner og i modstrid med kernen i narkotikapolitikken.

2 Brugen af illegale stoffer i befolkningen

2.1 Overblik og sammendrag

Hash er det mest udbredte illegale stof i Danmark. 42% af befolkningen mellem 16 og 44 år har ifølge seneste landsdækkende befolkningsundersøgelse eksperimenteret med hash nogensinde, og 10% har gjort det inden for det sidste år. Til sammenligning har omkring 3% i samme aldersgruppe prøvet andre illegale stoffer end hash inden for det sidste år. Amfetamin er det mest udbredte illegale stof efter hash, både blandt de unge og i befolkningen som helhed (SUSY 2000)¹.

Fra midten af 90'erne til begyndelsen af 2000 er der sket markante stigninger i det eksperimenterende brug af de forskellige illegale stoffer - både i befolkningen generelt men især blandt de unge voksne (16-20-årige) og blandt de helt unge (15-16-årige). Resultater fra landsdækkende skole- og ungdomsundersøgelser viser, at det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer synes at have lagt sig på et højt men stabilt niveau. 1/4 af skolebørnene i 9. klasse har prøvet at ryge hash, mens kokain, ecstasy og amfetamin er prøvet af 2-4% af de helt unge (ESPAD 2003). Blandt de 16-20-årige har 36% prøvet at bruge hash, og 7% har et aktuelt brug (røget hash inden for sidste måned). 6% i samme aldersgruppe har prøvet amfetamin, mens 4% har prøvet kokain (MULD 2004).

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 toppe i aldersgruppen 16-19 år, og i aldersgrupperne over 40 år har kun få procent brugt nogen form for stoffer inden for det seneste år (SUSY 2000).

Som beskrevet i *Narkotikasituationen i Danmark 2004* er det langt hen af vejen de samme unge, som udsætter sig for de forskellige sundhedsrisici. Undersøgelser dokumenterer, at det ofte er de samme unge, som har et stort alkoholforbrug, et daglig brug af tobak, ryger hash, og som har eksperimenteret med andre illegale stoffer. Ligeledes ses en signifikant samvariation mellem at have brugt hash og have brugt et eller flere andre illegale stoffer. Blandt de 16-20-årige har f.eks. 58% af de drenge, der har røget hash inden for sidste måned, prøvet et eller flere andre stoffer, mens kun 3%, der ikke har røget hash inden for sidste måned, har prøvet et eller flere andre stoffer. For pigerne gælder, at 42% af dem, der har røget hash inden for sidste måned, også har prøvet et eller flere andre stoffer, mens kun 2% af dem, der ikke har røget hash inden for sidste måned, har prøvet et eller flere andre stoffer (Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse 2004).

2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge

Det er 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 undersøgelserne MULD 2000, MULD 2001, MULD 2002, MULD 2003 og MULD 2004. Forbruget blandt de 15-16-årige er mere fyldigt beskrevet i sidste års rapport

¹ For yderligere resultater fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen i 2000, se tabeller i annekset samt i tidligere årsrapporter fra Sundhedsstyrelsens publikationsserie.

Narkotikasituationen i Danmark 2004 på baggrund af ESPAD 1995, ESPAD 1999, ESPAD 2003 samt HBSC 2002. I foreliggende kapitel fremhæves alene hovedresultater fra disse undersøgelser blandt de helt unge.

Undersøgelsesresultaterne bekræfter imidlertid samstemmende, at det eksperimenterende brug af stoffer er stagneret i de senere år men samtidig har en relativ stor udbredelse.

16-20 årige

Sundhedsstyrelsen har siden 2000 gennemført en årlig undersøgelse om de 16-20-åriges sundhed og trivsel, herunder deres erfaringer med illegale rusmidler i ”Monitorering af unges livsstil og dagligdag”. I tabel 2.2.1. findes resultater fra alle fem MULD-undersøgelser.

Tabel 2.2.1. De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler, 2000-2004

	MULD 2000 (n=2046)	MULD 2001 (n=2090)	MULD 2002 (n=2041)	MULD 2003 (n=1768)	MULD 2004 (n=1772)
Hash prøvet nogensinde	32	33	37	36	36
Hash sidste måned	9	9	8	9	7
Amfetamin prøvet nogensinde	8	9	6	7	6
Ecstasy prøvet nogensinde	4	4	3	4	4
Psilocybinsvampe prøvet nogensinde	3	5	4	3	3
Kokain prøvet nogensinde	3	4	3	4	4
Lsd prøvet nogensinde	1	2	1	1	1
Heroin prøvet nogensinde	0	0	0	1	0
Rygeheroin prøvet nogensinde	1	1	1	1	1
”Andre” stoffer	1	1	3	2	2

Kilde: Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse 2002, Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse 2003 og upublicerede tal fra henholdsvis MULD 2003 og MULD 2004.

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

Bortset fra en lille, men signifikant stigning i det eksperimenterende brug af hash nogensinde over de første undersøgelsesår, findes ingen signifikante forskelle mellem tallene for stofbrug i 2000, 2001, 2002, 2003 og 2004. Dette gælder også for det aktuelle brug af hash, bortset fra et lille, men signifikant fald i det aktuelle brug fra 2003 til 2004.

Godt en tredjedel af de unge i denne aldersgruppe opgiver at have prøvet at ryge hash nogensinde. Næst efter hash er amfetamin det hyppigst brugte stof. Afhængig af undersøgelsesår, har 6-9% af de unge prøvet amfetamin nogensinde. 3-4% har prøvet ecstasy nogensinde, og brug af ecstasy er således omkring halvt så udbredt som amfetamin og nogenlunde på niveau med brug af psilocybinsvampe og kokain. Der er blandt de 16-20-årige imidlertid klare kønsforskelle i brugen af stoffer. Ved stort set alle former for brug har mændene et større forbrug end kvinderne. En særlig analyse af disse kønsforskelle ses i kapitel 11 i foreliggende rapport.

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 henholds-

vis 1995, 1999 og 2003, viser en stigning i det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer blandt de 15-16-årige fra 1995 til 1999. Derimod ses ingen signifikante stigninger fra 1999 til 2003.

Aktuelt har knap 1/4 af de 15-16-årige prøvet hash nogensinde, og ca. 8% har prøvet hash inden for sidste måned. Samstemmende med ESPAD-resultaterne vedrørende brugen af hash, bekræfter resultaterne fra HBSC det høje niveau for det eksperimenterende brug af hash blandt de helt unge danske skolebørn.

Tabel 2.2.2 De procentvise andele blandt de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999 og 2003, samt blandt de 15-årige i 2002.

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

Kilder: Hibell et al. 1997, 2000 og upublicerede tal fra ESPAD 2003, Pernille Due og Bjørn E. Holstein, red, 2002.

Debutalderen er undersøgt i ESPAD og viser, at langt de fleste debuterer med hash, når de er 15 og 16 år. Kun meget få prøver hash inden de er teenagere. Til sammenligning med hashdebuten ligger alkoholdebuten blandt de unge tidligere. Halvdelen af de unge har haft deres alkoholdebut, inden de er blevet teenagere (ESPAD 2003).

Som tabel 2.2.2. viser, ses parallelt med en stabilisering af brugen af hash også lignende stabilisering i relation til det eksperimenterende brug af andre stoffer fra 1999 til 2003.

Også blandt de helt unge ses store forskelle i udbredelsen af illegale stoffer blandt drenge og piger. Se kapitel 11 i foreliggende rapport.

2.3 Regionale høringer

Siden 2000 har embedslægeinstitutionerne på Sundhedsstyrelsens initiativ årligt foretaget regionale høringer om forbrugs- og misbrugsituationen regionalt og lokalt. Høringerne er gennemført ved, at embedslægerne ud fra en fælles spørgeguide har foretaget en ”rundspørge” hos centrale aktører på misbrugsområdet i en eller flere af amtets kommuner. Resultaterne fra høringerne baserer sig således på ”bløde” informationer fra blandt andet lokale misbrugs konsulenter, SSP-medarbejdere,

politi og skadestuer, samt fra socialforvaltningen, kriminalforsorg og inden for behandlingsområdet. Enkelte meldinger kommer også fra skolelærere og/eller klubmedarbejdere, der arbejder tæt på de unge.

Formålet med de regionale høringer er at indsamle *indtryk af tendenser* med hensyn til ændrede misbrugsmønstre, nye grupper af eksperimenterende unge samt eventuelle nye måder at indtage såkaldte ”velkendte” stoffer på. Høringerne er gennemført i perioden maj til september i år.

Foreliggende sammenskrivning af resultater fra de regionale høringer i 2005 giver det generelle indtryk af misbrugssituationen på landsplan og baseres altså på kvalitative informationer indhentet i foråret 2005.

Fra de fleste amter rapporteres, at situationen er nogenlunde uændret fra sidste år. Blandt de unge eksperimenteres med hash og centralstimulerende stoffer, og stofferne bruges til private fester, på offentlige arenaer, gader og stræder. Et mere vedvarende forbrug ses mest hyppigt blandt de socialt belastede unge, hvor afbrudte skoleforløb, manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, kriminalitet og generelt mistrivsel er en del af disse unges hverdag.

En del amter melder om udbredte og stigende hashproblemer med stadig lavere debutalder. Faldet i debutalder er ikke noget, der kan dokumenteres i de nationale skoleundersøgelser, der er lavet over tid. Som det fremgår af ESPAD-undersøgelsen fra 2003, debuterer langt de fleste med hash, når de er 15-16 år (Sabroe og Fonager 2004). Også flere og flere unge hashmisbrugere ses i behandlingssystemet. En stigende tilgang af unge hashmisbrugere i behandling bekræftes også i en særlig opgørelse fra Sundhedsstyrelsens indskrivningsregister over stofmisbrugere i behandling, hvor der ses en stigning i de fleste amter de senere år (Sundhedsstyrelsen 2005b).

Blandt de etniske unge meldes der om et stigende hashbrug og enkelte steder i landet også stigning i brugen af khat. Samtidig med meldinger om et stigende forbrug af disse stoffer rapporteres også om, at etniske unge og 2. generationsindvandrere i større grad end tidligere er involveret i salg af hash og andre illegale stoffer.

Fra gademedarbejdere tæt på de unge meldes om et kraftigt øget forbrug af både lægeordineret sove-/nervemedicin (benzodiazepiner og valium) og rohypnol blandt de unge, og fra et enkelt amt meldes, at hostemedicinen dexofan blandet med alkohol er introduceret som et beruselsesmiddel blandt de unge. Snifning af opløsningsmidler ses stadig i mindre omfang blandt de helt unge, om end der meldes om periodisk brug, der kommer og går.

Der rapporteres om, at forebyggende foranstaltninger sætter stigende fokus på stofferne og kan minimere brugen af stofferne lokalt. Modsat meldes om, at uklare og divergerende holdninger blandt de professionelle – blandt andet til *lovliggørelsesaspektet* og *farligheden* af stofferne - medvirker til en stor usikkerhed blandt de unge, hvad angår deres vurdering af, hvor farlige stofferne er og til risikofaktorer i forbindelse med brugen af de illegale stoffer.

Med hensyn til de kendte misbrugere er der generelt det indtryk, at disse er i en medtaget sundhedsmæssig tilstand, men at de fleste stofmisbrugere har kontakt til behandlingssystemet. Der meldes om et stigende intravenøst misbrug med metadon

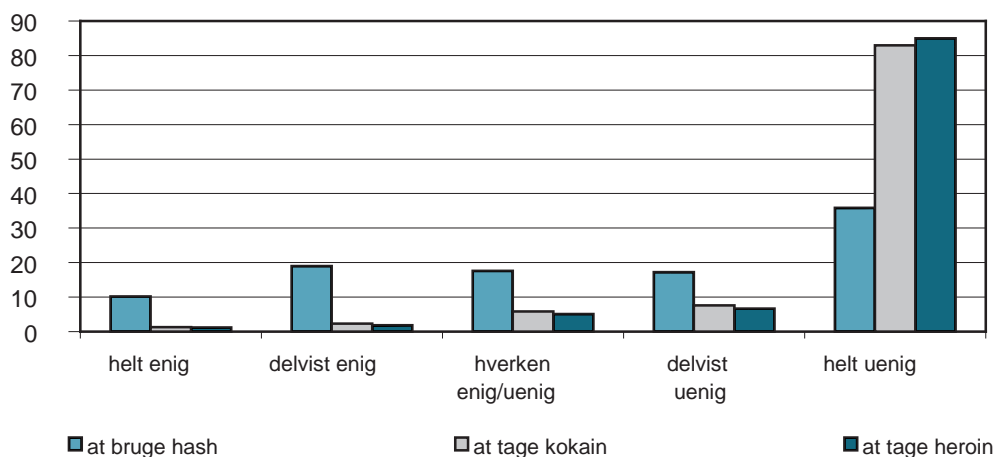
samt et stadigt omfattende blandingsmisbrug. Endelig meldes der om, at stoffet lsd synes ”reintroduceret” og ”in” blandt misbrugerne.

2.4 Holdninger til stoffer og til stofbrug blandt de unge

Flere undersøgelser melder om accept af stofferne blandt de unge. Fra de regionale høringer meldes om en stor accept af brug, og både tilgængeligheden og brugen af stofferne synes at være åbenlys. Samtidig har en kvalitativ undersøgelse fra 1999 (Sundhedsstyrelsen 2000) peget på, at mange unge accepterer brug af stoffer (heroin undtaget).

Den stærke regulering, der ligger i, at stoffer er forbudte at besidde, sælge, købe osv. sættes ofte til offentlig debat, hvor der også sættes spørgsmålstejn ved de individualistiske unges respekt for forbud. For at belyse de unges accept af en samfundsmæssig regulering versus det individuelle forbrugsvalg blev de 16-20-årige i MULD-undersøgelsen 2004 spurgt, om de er enige/uenige i udsagnene ”Folk skal have lov at bruge ... (udvalgte stoffer).” Hash, kokain og heroin er valgt som stofeksempler for at repræsentere spektret mht. udbredelse blandt unge (hash er det mest udbredte, heroin det mindst udbredte), trends (kokain har vundet noget frem de senere år) og farlighed (hash som moderat risikabelt, kokain og heroin som højrisikostoffer mht. afhængighed og forgiftning).

Figur 2.4.1. De unges grad af enighed i, at "folk skal have lov til at bruge (udvalgte stoffer)".



Kilde: MULD 2004

Som figur 2.4.1. viser, er der blandt de unge et flertal imod det frie forbrugsvalg – og dermed for en begrænsning af tilgængeligheden. Det gælder for hash, hvor 29% er helt eller delvist enige i, at folk skal have lov til at bruge hash, mens over halvdelen (53%) er helt/delvist uenige. Og det gælder meget markant for både kokain og heroin, hvor kun 3% er helt/delvist enige i, at folk skal have lov til at bruge disse stoffer. De unges synspunkter er altså differentierede med en skelnen mellem hash og andre stoffer.

Der er en lille tendens til, at drengene og de 18-20-årige unge er lidt mere enige i, at folk skal have lov at bruge stofferne end pigerne og de under 18-årige, men forskellene er ikke markante (ikke vist).

De unges viden om risiko ved brug af illegale stoffer er også stor. Der er dog gradforskelle på, hvor farlige stofferne opfattes. 83% af de unge 16-20-årige mener, at man risikerer at kunne skade sig selv, hvis man tager ecstasy blot en eller to gange (2/3 af disse mener, der er en *stor* risiko, mens 1/3 mener, der er *ingen* risiko). Hvad angår kokain gælder den samme opfattelse af faresignaler blandt 82% af de unge. 92% af de unge mener, at et jævnlige brug af hash, pot eller marihuana kan være forbundet med risiko. Dog er der blandt disse knap 67% der mener, det er forbundet med stor risiko at ryge hash jævnlige, mens 25% mener, det er nogen risiko (MULD 2004).

Opfattelsen af ”farligheden” med stofferne er større blandt de yngre i denne aldersgruppe, og ”aftager” herefter op til de 20 år. Dette dokumenteres også i ESPAD, som beskrevet i sidste årsrapport. Kun 1-2% af de 15-16-årige mener, at der ingen eller kun lille risiko er for at skade sig selv ved et jævnlige brug af de illegale stoffer. Selv et eksperimenterende brug opleves som farligt, og brugen af stoffer bare én eller to gange opleves som risikofyldt blandt 60-80% af de helt unge (Sabroe & Fonager 2004).

3 Forebyggelse

3.1 Overblik og sammendrag

Hovedmålsætningen for narkotikaforebyggelse i Danmark er at begrænse brugen af hash og andre illegale stoffer samt at tage højde for de problemer, som eventuelle brugere af illegale stoffer kan komme ud i. Væsentlige elementer i den forebyggende indsats er at sikre, både at stofferne er svært tilgængelige og et højt oplysningsniveau med holdningsmæssige barrierer mod stofbrug.

Sundhedsstyrelsen har på det statslige plan ansvaret for den udførende forebyggelse og skal blandt andet støtte og stimulere de lokale forebyggende aktiviteter. Herudover er det styrelsens opgave via befolkningsrettet narkotikaoplysning (universel forebyggelse) at sikre et høj vidensniveau hos unge, deres forældre og professionelle, der arbejder med børn og unge, og dermed understøtte en negativ holdning til narkotika. Endelig er Sundhedsstyrelsens indsats også rettet mod højrisikogrupper (selektiv og indikeret forebyggelse), hvilket indebærer støtte til professionelle, der er i kontakt med højrisikogrupperne. Den forebyggende indsats udvikles i høj grad i samarbejde med amternes alkohol- og narkotikakonsulenter og omfatter udvikling af modelprojekter, oplysnings- og undervisningsmateriale om stoffer, internetsider, samt møder, kurser og seminarer for professionelle, frivillige og andre nøglepersoner, der arbejder med narkotikaproblemer.

I løbet af de sidste år har amterne intensiveret opbygningen af lokale netværk i kommunalt regi for at forebyggelsen mere hensigtsmæssig kan nå ud til målgrupperne og for at sikre koordinering og samarbejde mellem de lokale og regionale myndigheder. Desuden tilbyder de amtslige alkohol- og narkotikakonsulenter i vid udstrækning undervisnings- og holdningsbearbejdende forløb for folkeskolernes 6.-10. klasse, deres lærere og elevernes forældre, og udvikler og producerer oplysnings- og undervisningsmaterialer. I kommunerne varetages narkotikaforebyggelse særligt i det tværsektorielle samarbejde SSP (Skole, Socialforvaltning og Politi), der har til formål at opfange signaler, modarbejde mistrivsel hos børn og unge, samt foreslå og iværksætte aktiviteter, der blandt andet skal virke misbrugs- og kriminalitetsforebyggende.

3.2 Universel forebyggelse – skoleområdet

Skolen opfattes som det vigtigste felt for narkotikaoplysning. Narkotikaoplysning indgår som en del af folkeskolens undervisning i det obligatoriske emne "Sundheds- og seksualundervisning samt familiekundskab".

I formålsbeskrivelsen for sundhedsundervisningen lægges der vægt på:

- at eleverne får indsigt i de vilkår og værdier, der påvirker sundhed, seksualitet og familieliv
- at eleverne får forståelse af seksualitet og familielivs betydning for sundhed og for samspillet mellem sundhed og miljø
- at eleverne styrkes i deres personlige udvikling
- at eleverne udvikler forudsætninger for at tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed.

Der er ikke faste retningslinier for narkotikaundervisningens form, indhold og omfang. Oftest ligger undervisning i narkotika på 7.-9. klassetrin. Det er typisk op til den enkelte klasselærer at tilrettelægge undervisningen. Som nævnt i sammendraget bidrager amternes alkohol- og narkotika konsulenter sammen med de kommunale SSP-udvalg til narkotikaoplysningen i folkeskolen. Udover oplysnings- og undervisningsforløbene i grundskolen for eleverne er inddragelse af forældrene højt prioriteret. Arrangementer for forældre og elev-forældrearrangementer er en af de hyppigst anvendte metoder i forbindelse med det rusmiddelforebyggende arbejde i grundskole-regi.

Nyt undervisningsmateriale til afprøvning - "Tackling, selvværd, sundhed og samvær"

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med forlaget Alinea taget initiativ til at få importeret, udviklet og afprøvet en dansk version af det amerikanske undervisningsmateriale "Life Skills Training". Amerikanske forskningsprojekter har vist, at materialet har en målbar effekt med hensyn til at nedsætte elevernes forbrug af rusmidler og tobak. Den danske version af materialet er tilpasset danske forhold, og evalueringen skal vise, om et sådant materiale også har målbar effekt i Danmark. Sundhedsstyrelsen samarbejder med Statens Institut for Folkesundhed om at lave en forskningsmæssig evaluering af materialets anvendelse i danske skoler. Herudover deltager forebyggelseskonsulenter fra 6 amter i en følgegruppe om projektet. Der deltager i alt 152 skoler i projektet, heraf er 79 skoler indsatskoler dvs. eleverne modtager undervisning i "Tackling" og 73 skoler er kontrolskoler.

Formålet med undervisningsmaterialet er at styrke unges selvværd, sociale kompetencer og positive sundhedsadfærd mht. tobak, alkohol og narkotika. Målet er at forebygge brug af tobak og rusmidler, udsætte en eventuel debut, samt forebygge problemløse. Hensigten med materialet er, at det skal være dækkende for den samlede undervisning inden for disse emner.

Materialet lægger op til undervisning både på 7. klassetrin (ca. 25 timer), 8. klassetrin (ca. 20 timer) og 9. klassetrin (ca. 10 timer). Materialet lægger op til undervisning inden for det timeløse fag "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab" og varetages af klasselæreren uden inddragelse af eksterne eksperter eller gæstelærere. Materialerne tager bl.a. følgende emner op: identitet, at tage beslutninger, rygning, rygning og kroppens reaktioner, alkohol, hash, reklamer, vold i medierne, at tackle utryghed og nervøsitet, at tackle sin vrede, god kommunikation, at komme i kontakt med andre, at blive sikker på sig selv og at tackle konflikter.

Det grundlæggende pædagogiske princip i undervisningsmaterialet er, at det lægger op til en meget høj grad af elevaktivitet, bl.a. gennem elevdiskussioner, øvelser og hjemmeopgaver. Læreren rolle er især at være tilrettelægger, ordstyrer, formidler og vejleder.

Undervisningsmaterialet omfatter en detaljeret lærervejledning og et elev-hæfte til hvert klassetrin. Lærere, der deltager i afprøvningen, deltager også i et introduktionskursus samt i et opfølgende kursus et år efter.

Undervisningsmaterialet bygger som nævnt på et amerikansk materiale "Life Skills Training", der er udviklet over en længere årrække. Evalueringen skal vise, om et sådant materiale også har målbar effekt i Danmark.

3.3 Indsatser i lokalsamfundet

Regional og lokal indsats

Ifølge lov om offentlig sygesikring m.v. pålægges amter og kommuner at fremme den lokale forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Indsatsen vedr. narkotika varetages på amtsligt niveau af alkohol- og narkotikakonsulenter.

I november 2003 indgik Sundhedsstyrelsen og alkohol- og narkotikakonsulenterne (amter og flere større kommuner) en samarbejdsaftale, som indeholder en ansvars- og rollefordeling i forhold til styrelsens strategier og amternes/kommunernes konkretiserede politikker og handlingsplaner i det forebyggende arbejde.

I dag har hovedparten af amterne etableret nøglepersonnetværk i samarbejde med kommunerne. Netværkene fungerer via lokale kontaktpersoner i SSP-regi, men kan også inddrage andre gadeplansmedarbejdere og sundhedskoordinatorer. De fleste netværk bliver faciliteret af amternes alkohol- og narkotikakonsulenter, der står for opkvalifikationen af netværkene gennem nyhedsbreve, temadage, kurser og inspirationsmøder etc. Udover amternes etablering af nøglepersonnetværk, har flere amter i de seneste år oprustet deres forebyggende indsats i grundskolen (6.-10. klasser) og på andre uddannelsesinstitutioner gennem oprettelse af ”rusmiddelkorps”, som typisk bestående af unge mellem 15 og 25 år, som efter en kort uddannelse besøger uddannelsesinstitutioner og formidler information og indgår i dialog med eleverne.

I år er der i et samarbejde mellem Frederiksberg Kommune og Folkesundhed København blevet etableret et *rusmiddelkorps* bestående af blandt andre medicinstuderende, der tilbyder relevant viden om rusmidler til folkeskolens 7. – 10. klasser, ungdomsuddannelser og forældre arrangementer. Rusmiddelguiderne er uddannet i en *metode*, der benytter en ung-til-yngre dialogteknik som også omfatter en faglig formidling om rusmidler. Tilbudet er gratis og tilrettelægges i samråd med lærer eller pædagog i forhold til målgruppens behov.

Natteravnene

I 1998 blev forældrepatruljen Natteravnene etableret i Danmark. Natteravnene er et af de ældste lokale frivillige forebyggelsestiltag med i dag ca. 7.000 aktive ”natteravnene” fordelt over 163 lokalforeninger (inkl. 5 i Grønland og 1 i Færøerne). Natteravnene samarbejder med bl.a. SSP-ansvarlige rundt om i landet, og deres vigtigste funktion er, at være synlige i nattelivet for derved at skabe tryghed. Unge kan anonymt henvende sig til natteravnene med problemer af forskellig art, Natteravnene har imidlertid ikke særligt fokus på brug af stoffer. Alle lokalforeninger er tilsluttet Natteravnenes Landssekretariat (www.natteravnene.dk).

Kampen mod narko "Narkoen ud af byen"

På baggrund af regeringens beslutning om at forstærke det fælles ansvar for stofmisbrug, blev der som beskrevet i sidste års rapport, i oktober 2003 udformet en større handlingsplan mod narkotikamisbrug. Det største initiativ i denne handlingsplan er det 3-årige forebyggende udviklingsprojekt "Narkoen ud af byen". Modelkommuneprojektets overordnede målsætning er gennem en lokalt forankret og koordineret særlig indsats markant at nedbringe udbredelsen af narkotika i lokalsamfundet. Modelkommuneprojektets mere specifikke mål er at opnå en væsentlig begrænsning i tilgængeligheden af narkotika og i antallet af unge, der prøver og misbruger narkotika, samt at nedsætte antallet af akutte skadevirkninger såsom forgiftninger, stofudløste psykoser og vold markant, at sikre tidlig indsats i forhold til unge på vej ud i misbrug og at sikre en særlig forebyggende indsats over for børn i misbrugsfamilier. Modelprojektet omfatter forebyggende indsatser, der er universelle, selektive og indikerede.

Der er i satspuljeaftalen for 2003 og finanslov 2004 afsat 20,8 mio. DKK (2,8 mio. euro), heraf 15 mio. DKK til 14 modelkommuner, hvoraf 1 million går til en udviklingspulje til modelkommunerne. Projektet afsluttes den 30. april 2007².

I perioden december 2004 til april 2005 er der i et samarbejde mellem modelkommunerne gennemført en kortlægning i hver modelkommune. Kortlægningen har bestået af dataark med oplysninger fra kommunen, fokusgruppeinterview med personer, der beskæftiger sig med unge i aldersgruppen 15-20 år samt en internetbaseret spørgeskemaundersøgelse blandt de 15-20-årige i kommunen. Data fra disse kilder er kogt sammen i en kortlægningsrapport, som beskriver narkotikasituationen i den enkelte modelkommune ud fra temaerne tilgængelighed, udbredelse og problemopfattelse. I store træk viser kortlægningen i kommunerne samme udbredelse som på landsplan (vist i kapitel 2), men med mindre geografiske variationer. Herudover peger rapporten også på relevante indsatsområder i kommunens arbejde med Narkoen ud af byen.

Blandt de indsatsområder kommuner har valgt at fokusere på i deres projektbeskrivelser (inden for rammerne af den overordnede projektbeskrivelse for "Narkoen ud af byen projektet" (se årsrapporten 2004) er grundskolen og festmiljøet (herunder udvikling af rusmiddelpolitikker), rådgivningstilbud til unge, opsøgende indsatser i forhold til grupper af unge i særlige boligområder, motionscentre, og børn i misbrugsfamilier. En kommune har endvidere i samarbejde med Jydske Dragonregiment valgt at målrette en indsats mod de ca. 400 unge mænd (menige), som befinder sig på kasernen. For de fleste af de planlagte indsatser vil der blive udviklet kompetencegivende kurser til frontpersonalet.

I maj 2005 udsendte Sundhedsstyrelsen en vejledning til modelkommunerne for at understøtte de lokale narkotikaforebyggende indsatser. Formålet med vejledningen er at give kommunerne en kort beskrivelse af, hvilke principper det kan anbefales at arbejde efter i den narkotikaforebyggende indsats. Anbefalingerne bygger i videst mulig omfang på aktuel og forskningsbaseret viden om effektive metoder inden for narkotikaforebyggelse.

Sundhedsstyrelsen håber i løbet af projektet at kunne udbygge vejledningen med best practise eksempler fra modelkommunernes arbejde med Narkoen ud af byen.

² Se også årsrapporten 2004 og www.sst.dk/Forebyggelse/Faglige_omraader/Narkotika/Kampagne.aspx?lang=da

En revideret version af vejledningen forventes at ligge færdig i april 2007. Vejledningen er også blevet sendt ud til kommunernes landsforening, amternes alkohol- og narkotikakonsulenter, amtssundhedsplejersker, embedslæger, SSP-konsulenter og diverse samarbejdsparter.

3.4 Selektiv og indikeret forebyggelse - Festmiljøet

Den stigende interesse blandt lokale myndigheder i at få etableret et tættere samarbejde mellem aktørerne på området (kommune, det lokale politi og restauratører) er fortsat i 2005, hvor erfaringer mellem de større byer nu i højere grad udveksles. I ”Narkoen ud af byen” projektet (se årsrapporten 2004) har 12 ud af de 14 deltagende kommuner planlagt indsatser i festmiljøet. I takt med den stigende udbredelse af rusmidler og feststoffer i nattelivet har man både fra centralt og lokalt hold reageret med en række tiltag rettet imod at begrænse stoffernes tilgængelighed i festmiljøet og mindske de helbredsmæssige skader stofferne forvolder.

Udover dette projekt i 14 model-kommuner har hovedparten af de danske amter været med til at implementeret forebyggende indsatser rettet mod det kommercielle festmiljø. Omfanget af indsatsen varierer fra en kursusrække for dørmænd til større lokale udviklingsprojekter, som inddrager restauratørforeninger, politi, bevillingsnævn, brandvæsen, told- og skattemyndigheder, etc.³

Roskilde Festival/Festivaldanmark Against Drugs

Efter en positiv evaluering af Roskilde Festival Against Drugs i efteråret 2004, blev det besluttet at forsætte og udvide indsatsen i 2005 til også at omfatte branche foreningen Festivaldanmark, som tæller 15 festivaler udover Roskilde Festivalen.

Den udvidede kampagne resulterede i en fælles hjemmeside og fælles materialer, som omfatter: logo, statement, Go-cards (elektronisk og trykte), bilstreamer, badges, plakater og stoffaktafoldere.

Roskilde Festival Against Drugs 2005 blev tilrettelagt ud fra de opnåede erfaringer i 2004 og fulgte samme koncept. (Se EDDRA databasen på <http://eddra.emcdda.eu.int/> ("Roskilde Festival Against Drugs 2004").) En markering af Roskilde Festivals holdning imod stoffer blev formidlet via massemedier på selve festivalen i en form, der lagde op til diskussion blandt publikum. Der blev anvendt en række elementer, hvoraf statement i program og på festivalens hjemmeside, storskærmspot før koncerter på de store scener og busreklamer havde størst gennemslagskraft. Evalueringen viser, at 80% har kendskab til Roskilde Festivals holdning mod stoffer, 29% har diskuteret den med deres venner, og 93% synes, det er en god idé, at festivalen har denne holdning.

Parallelt med hovedkampagnen blev der i 2005 etableret et særligt "omsorgsrum" for stofbrugere på Roskilde Festival. Omsorgsrummet bestod af en bus placeret på festivalen, hvor tidligere stofbrugere fra projektet Stofrådgivningen/bagmændene tilbød rådgivning og oplysning til stofbrugere under overskriften "Are you experienced". Aktiviteten blev finansieret af Socialministeriet.

Se endvidere kapitel 13 vedr. det rekreative brug af stoffer.

³ Se erfaringerne fra de 6 danske projekter målrettet festmiljøet i EDDRA databasen på: <http://eddra.emcdda.eu.int/>

3.5 Risikogrupper og familier

Forebyggelsen målrettet familier med børn i førskolealderen, rummer en række aktiviteter baseret på lovgivning inden for det sociale område og sundhedsområdet.

I børnenes første 2 leveår tilbydes hjemmebesøg af en sundhedsplejerske ca. 4-8 gange. Gør særlige behov sig gældende, aflægges flere besøg. Under besøgene drøftes og kontrolleres barnets trivsel og udvikling, såvel motorisk som følelsesmæssigt, herunder kontakten mellem mor og barn. Flere kommuner gennemfører i samarbejde med amter indsatser, som retter sig imod børn i misbrugsfamilier. Indsatserne prioriterer gennem en opsøgende indsats i kommunernes institutioner, skoler og socialforvaltninger, at udarbejde handlingsvejledninger i samarbejde med institutionerne mv., der skal sikre at samarbejdet omkring støtten til børnene fungerer hensigtsmæssigt.

Med udgangspunkt i den sociale lovgivning findes der i alle kommuner særlige tilbud om rådgivning og støtte til socialt belastede familier. Kommunerne har en særlig forpligtelse til at gribe ind, hvis børn lever under socialt truende forhold. Denne sikring af den sociale velfærd anses for at have forebyggende effekt (Serviceoven).

Familieteamet

Indsatsen "Familieteamet" i Frederiksborg Amt består af medarbejdere med social-, sundheds- eller psykologfaglig uddannelse, som alle enten har eller er i gang med en familierapeutisk basisuddannelse inden for integreret systemisk terapi. *Formål* med indsatsen er at afhjælpe familiære problemer, hvor det skønnes at disse i overvejende grad udspringer eller forstærkes af, at en eller flere familied medlemmer har eller har haft misbrugsproblemer. *Målgruppen* består af familier og pårørende. *Metoden* består af blandt andet af parsamtaler, børnesamtaler, netværksmøder; afholdelse af møder med netværkspersoner omkring børnene, pårørendegrupper, herunder: Børne-ungegrupper, grupper for voksne børn af misbrugere, grupper for forældre til unge med misbrug, grupper for partnere. Herudover motiverende forsamtaler med gravide og nybagte mødre tilknyttet "tidlig indsats" (børn 0-3 år). Konsultation til interne og eksterne samarbejdspartnere.

Den overordnede konklusion fra evalueringen af børne- og ungegrupperne viser, at et stort flertal af de deltagende børn og unge oplever det som en stor hjælp at blive taget alvorligt og få talt om deres problemer gennem samtaler med professionelle voksne. For nogle forældre har tilbuddet medført en afklaring i forhold til parforhold og motivation til at søge behandling for misbruget.

Projekt HUP

Formålet med Projekt HUP (Helhed, Ungdomsuddannelserne, Psykosociale problemer) fra Storstrøms Amt er at forebygge frafald på ungdomsuddannelserne. Metoden består i at videreudvikle og udbrede en psykosocial og personlig rådgivning til elever på ungdomsuddannelserne kombineret med udvikling af lokale ungenetværk, dvs. et tværsektorielt samarbejde, samt udvikling og afklaring af samspil mellem ungdommen, uddannelsesvejledere, studievejledere og psykosocial rådgiver (indikatorer for henvisning), herunder udvikling af visitationsprocedurer. Rådgivning skal etableres i 4 ungdomsuddannelsesbyer i hele Storstrøms Amt for at afhjælpe de unges problemer og derved fastholde dem i uddannelse. Projektet skal blandt andet udvikle lokalt tværfagligt samarbejde med tilbud til unge, dokumente-

re de unges problemer, samt dokumentere forebyggelse af frafald. Der er planlagt en ekstern evaluering af projektet.

Baggrunden for at iværksætte projekt HUP er først og fremmest at det ikke er lykkedes at øge andelen af en ungdomsårgang, der får en erhvervskompetencegivende uddannelse. Der er fortsat et alt for stort frafald fra uddannelsessystemet. Den politiske målsætning er, at 95% af en ungdomsårgang skal gennemføre en erhvervskompetencegivende uddannelse, mens faktum er, at 75% af en ungdomsårgang gennemfører en sådan (antallet i år 2003). Tidligere erfaringer fra amtets pilotprojekt med en åben anonym rådgivning til 300 unge (samarbejdet mellem ungdomsuddannelsesinstitutioner i Nakskov og Nykøbing Falster og Storstrøms Amts Ungdomscenter i Vordingborg) har vist gode resultater med en rådgivning, som har været målrettet de unge uddannelsessøgende med psykosociale problemer (herunder også misbrugsproblemer). (Se også kap. 7).

4 Stofmisbrug

4.1 Overblik og sammendrag

Flere og flere søger behandling for deres stofmisbrug. Siden Sundhedsstyrelsen for første gang i 1996 registrerede stofmisbrugere, der blev indskrevet i behandling, er antallet personer i behandling ca. tredoblet. Stigningen skal ses i lyset af en øget behandlingskapacitet og bedre tilrettelagte behandlingstilbud. Herudover må formodes, at bestemmelsen om behandlingsgarantien pr. 1.1.2003 for stofmisbrugere, der søger behandling, har betydning, idet *anmodning* om behandling nu giver *ret* til social stofmisbrugsbehandling inden 14 dage. Endelig kommer, at der i perioden er sket en reel tilvækst i antallet af stofmisbrugere i Danmark, som formentlig medfører, at flere end tidligere opsøger behandlingssystemet for deres misbrug.

I 2004 blev der indskrevet 5.212 personer i behandling, hvilket betyder, at der i 2004 var i alt 13.161 personer i behandling for stofmisbrug. Hvad angår stofmisbrugspopulationen, er andelen af den samlede population af stofmisbrugere, der søger behandling for deres heroinmisbrug, faldet de senere år. Derimod ses en stigning i antallet af stofmisbrugere, der søger behandling for hashmisbrug og centralstimulerende stoffer. Denne stigning er mere markant blandt stofmisbrugere, der søger behandling for første gang, og den er ligeledes markant stigende blandt de unge i behandling. Oplysningerne baserer sig primært på Sundhedsstyrelsens landsdækkende register over stofmisbrugere, der modtager eller har modtaget behandling. Registreringen omfatter de personer, som de amtslige/kommunale centre har visiteret til behandling for stofmisbrug.

I foreliggende kapitler beskrives resultater fra udtræk fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling. En særlig undersøgelse af de unge stofmisbrugere i behandling foretaget i foråret 2005 er endvidere beskrevet, ligesom beskrivelsen af omfanget og udviklingen af substitutionsbehandling med metadon i Danmark beskrives.

I 2003 udarbejdede Sundhedsstyrelsen vha. capture-recapture metoden et skøn over det samlede antal af stofmisbrugere i Danmark. Beregningerne viste, at der i 2001 var 25.500 stofmisbrugere i Danmark, hvor der i 1996 var 20.500. Opgørelsen omfatter ikke det eksperimenterende stofmisbrug, men estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Skønnet omfatter såvel hashmisbrugere som misbrugere af centralstimulerende stoffer, opioider mfl. uanset indtagelsesmåde. Alene hashmisbrugere skønnes at omfatte 6000 personer ud af det samlede skøn over antal stofmisbrugere i Danmark. Der er ikke foretaget skøn over antal stofmisbrugere i Danmark siden 2003. Yderligere resultater og beskrivelser vedrørende skønnet fra 2003 er ikke medtaget i dette kapitel, men der henvises til mere fyldestgørende beskrivelse i rapporten *Narkotikasituationen i Danmark 2003*.

4.2 Stofmisbrugere i behandling

På baggrund af oplysninger fra det Landsdækkende register over stofmisbrugere, der modtager eller har modtaget behandling, kan de personer, der søger hjælp for deres stofmisbrug samt deres misbrug beskrives. I registrets registreres alle former for behandlingsomfang dvs. både ambulante- og døgnbehandling samt, hvilken be-

handlingstype (metadon, stoffri etc.) klienten modtager. I tabel 4.2.1 vises nogle udvalgte karakteristika ved de klienter, der blev indskrevet i 2004.

Tabel 4.2.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2004

Antal klienter indskrevet i behandling i 2004	5212
Andel ikke behandlet tidligere (%)	33
Andel af mænd/kvinder (%)	77/23
Gennemsnitsalder mænd/kvinder (%)	32/31
Opioider som hovedstof (%)*	47
Hash som hovedstof (%)*	27
Centralstimulerende stoffer som hovedstof (%)*	12
Injektion hos tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	40
Injektion hos ikke tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	21
Lønindtægt (%)	10
Dagpenge (%)	3
Kontanthjælp (%)	56
Førtidspension (%)	12
Anden indtægt samt uoplyst (%)	10
Andel med selvstændig bolig (%)	56
Andel enlige mænd/kvinder (%)	76/66
Antal børn i hjemmet under 18 år	688
Antal børn uden for hjemmet under 18 år	512
Udenlandsk statsborgerskab (%)	5,8

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

*Procent af dem, der opgiver et hovedstof.

I 2004 blev der på landsplan indskrevet 5.212 i behandling. Det er en stigning på 2% i forhold til de 5.134, der blev indskrevet i 2003. Det samlede antal stofmisbrugere, der har været i behandling i løbet af året, steg fra 2003 til 2004 med 7% til 13.161 personer. (I det samlede antal er medregnet personer, som har fortsat behandlingen fra 2003 ind i 2004).

33% af de indskrevne i 2004 havde ikke tidligere været i behandling for stofmisbrug. En særlig opgørelse og beskrivelse af disse ”nytilkomne” klienter vil blive behandlet særskilt senere i kapitlet.

Misbrugets art

Hash er blevet det hyppigst anvendte stof blandt klienterne i behandling, hvor det tidligere var heroin. Men også heroin, metadon og benzodiazepiner anvendes af mange. Langt de fleste stofmisbrugere, der søger behandling, bruger flere stoffer. 44% opgiver i 2004 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 i behandling. Kun 7% opgiver amfetamin, 5% opgiver kokain og 1% opgiver ecstasy⁴ som hoved-

⁴ Her opgjort som MDMA eller lignende.

stof⁵, hvilket dog er en svag stigning i forhold til 2003. Disse stoffer bliver således hovedsageligt brugt som supplement.

Hash var hovedstof for 27% af de indskrevne, men det er et meget udbredt sidestof. 25% af de indskrevne i 2004 angiver at have hash som sidestof.

Alder og kønsfordeling

I 2004 var der 77% mænd og 23% kvinder blandt stofmisbrugerne i behandling, hvilket stort set svarer til kønsfordelingen i de tidligere år. Gennemsnitsalderen ved indskrivningen var i 2004 hhv. 32 år for mænd og 31 år for kvinder.

Sociale baggrundsvariable

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

En stor del af klienterne er på overførselsindkomster, kun 10% har tilknytning til arbejdsmarkedet, og over halvdelen er på dagpenge. Samlet har 29% en uddannelse ud over folkeskolen, og 17% 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, jf. ovenfor.

Også boligmæssigt er stofmisbrugerne dårligt stillede. Kun 56% har selvstændig bolig – hele 6% er egentlig boligløse.

Familiemæssigt levede en meget stor andel af såvel mandlige som kvindelige stofmisbrugere som enlige, hvad der er usædvanligt, når flertallet i gruppen var yngre voksne. I alt 688 børn boede sammen med en misbruger i behandling i 2004, mens 512 børn under 18 år var anbragt uden for hjemmet.

Udenlandske statsborgere

En mindre del af stofmisbrugere i behandling er udenlandske statsborgere, i alt godt 6%. Andelen af klienter i behandling med fremmed nationalitet svarer nogenlunde til andelen med fremmed nationalitet i befolkningen som helhed.

Nytilkomne i behandling

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

⁵ Procenterne er udregnet på basis af den del af behandlingspopulationen, som har angivet et hovedstof.

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

	2000	2001	2002	2003	2004
Klienter der ikke er behandlet tidligere	1157 ud af 3920	1278 ud af 4079	1364 ud af 4310	1745 ud af 5134	1696 ud af 5212
	(27%)	(31%)	(32%)	(34%)	(33%)
M/K (%)	77/23	76/24	78/22	76/24	77/23
Gennemsnitsalder M/K	28/28	28/27	28/29	28/28	27/28
Opioider som hoved-stof (%)*	54	38	35	28	24
Hash som hovedstof (%)*	30	33	39	44	47
Centralstimulerende stof som hovedstof (%)*	14	11	15	18	23
Injektion hos heroinmisbrugere (%)	35	25	23	25	21

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling i 2000-2004.

*Procent af dem, der opgiver hovedstof.

Som det fremgår af tabel 4.2.2, havde 33% af de indskrevne klienter i 2004 ikke været i behandling tidligere. Ikke overraskende var gennemsnitsalderen væsentligt lavere blandt de nye end gennemsnitsalderen i behandlingspopulationen som helhed. I 2004 var kønsfordelingen blandt nye og gamle i behandling stort set den samme.

Hovedstof og indtagelsesmåde

Der er en væsentlig større andel blandt de nytilkomne, der opgiver hash som hovedstof, sammenlignet med dem, der har været i behandling tidligere. Andelen, som opgiver hash som hovedstof blandt de nytilkomne er 47% i 2004. Dette er en stigning i forhold til de to foregående år.

Blandt de 1696 nytilkomne med oplyst hovedstof har kun 24% opioider som hovedstof, hvilket er et fald fra 2003, hvor 28% havde opioider som hovedstof. 23% opgiver at have et centralstimulerende hovedstof (i dette tilfælde amfetamin, kokain eller ecstasy), hvilket er en større andel end blandt behandlingspopulationen som helhed. Dette kunne tyde på, at de centralstimulerende stoffer vil vinde mere frem i behandlingspopulationen fremover, mens andelen af klienter med opioider som hovedstof vil være aftagende.

Hvad angår indtagelsesmåden for heroin blandt de to ”klientgrupper” er der også forskel, da 21% af de ikke tidligere behandlede oplyser at injicere stoffet, mens 40% af de tidligere behandlede har injiceret heroin i 2004. Forskellen på indtagelsesmåden mellem de to klientgrupper kan skyldes en ”kortere misbrugskarriere”, dels at rygeheroinen de senere år har vundet mere frem.

Unge i stofmisbrugsbehandling

De unge stofmisbrugere udgør en stadig stigende andel af samtlige stofmisbrugere i behandling. Dette fremgår af en særlig undersøgelse foretaget af Sundhedsstyrelsen i foråret 2005 og er baseret på udtræk af Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (Sundhedsstyrelsen 2005b). Formålet med undersøgelsen har

været at se på omfanget og udviklingen af de 18 til 29 årige i behandlingssystemet i årene fra 1996 til 2003.

Alle amter i Danmark oplever en stigning af unge i behandling under 30 år i undersøgelsesperioden, om end stigningen dækker over store amtslige forskelle. En tendens er, at amter vest for Storebælt har en større andel af de unge under 30 år i behandling i forhold til det samlede antal i behandling, mens ungepopulationen generelt udgør en mindre andel af den samlede stofmisbrugspopulation i de amter, der ligger øst for Storebælt.

Alene fra 2002 til 2003 stiger antallet af unge mellem 18 og 29 år i behandling fra 3.813 til 4.466, svarende til 17,1%. Til sammenligning steg det samlede antal personer i behandling med 12,6%. Forholder man ungepopulationen i stofmisbrugsbehandling til det samlede antal danske unge i samme aldersgruppe, svarer 4.466 til, at 6 ud af 1000 unge mellem 18 og 29 år er i behandling i 2003.

Ungepopulationen er karakteriseret ved i stigende grad at have hash og andre centralstimulerende stoffer som hovedproblem for deres misbrug. Både i 2002 og 2003 var der flere unge under 30 år, der søgte behandling for deres hashmisbrug end for et heroinmisbrug. Trods denne udvikling ligger heroin dog stadig nr. 2 på listen over det mest brugte hovedstof. Men heroin bliver reelt et mindre problem blandt de unge i behandling. Det samlede antal unge under 30 år, der søger behandling for deres heroinmisbrug, er faldet gennem hele undersøgelsesperioden fra 746 personer i 1997 til 493 i 2003, svarende til 33%.

Specielt de 18-24-årige tegner sig for stigningen blandt de, der søger behandling for hash og de centralstimulerende stoffer så som amfetamin, kokain og ecstasy som hovedproblem for deres misbrug.

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

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

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling i 2003.

Tabel 4.2.3 viser den tydelige forskel på det de unges misbrugsart sammenlignet med behandlingspopulationen som sådan og viser netop, at stoffer som hash, amfetamin, kokain og ecstasy er mere udbredt blandt de unge, der søger behandling, end i den samlede behandlingspopulation, hvor det mest ”populære” stof er heroin.

4.3 Metadonbehandling og -ordination

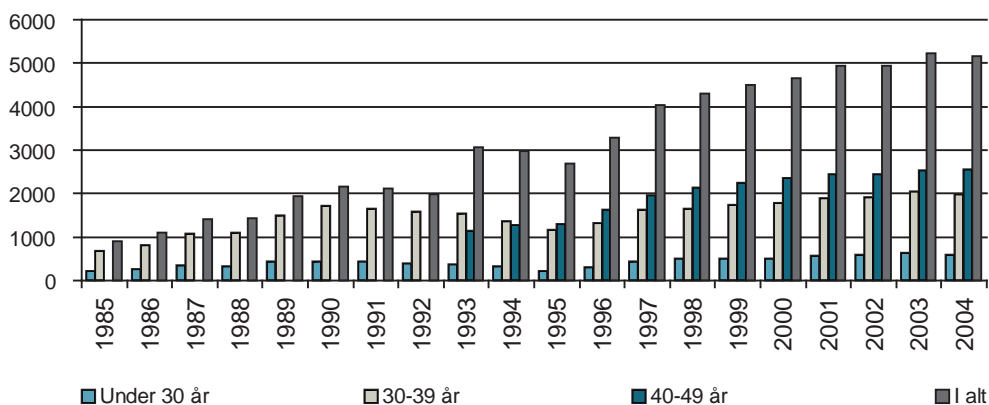
Sundhedsstyrelsen har siden 1985 opgjort antallet af klienter i længerevarende metadonbehandling, dvs. længere end 5 mdr. I figur 4.3.1 ses udviklingen i antallet af stofmisbrugere under 50 år i substitutionsbehandling med metadon i december hvert år i perioden 1985 til 2004⁶. I denne opgørelse er ikke medtaget klienter i længerevarende metadonbehandling under Kriminalforsorgen samt klienter uden CPR. nr. i behandling⁷.

Som figur 4.3.1. viser, sker der er en stigning i antal personer med længerevarende substitutionsbehandling, efter at amterne overtog ansvaret for ordination, udlevering og kontrol med metadon pr. 1.1.1996. I årene 1993 til 1995 lå antallet stabilt på ca. 3000 om året. Siden er antallet af personer med længerevarende substitutionsbehandling steget fra 3276 i 1996 til 5129 i 2004. Fra 2003 til 2004 ses et mindre fald, da der ved udgangen af 2003 var 5229 i behandling med metadon.

På baggrund af ordinationsregisterets opgørelse, oplysninger om antal personer i metadonbehandling i Kriminalforsorgen samt antal klienter i behandling uden CPR nr., er 5700 personer i substitutionsbehandling med metadon i 2004.

Indtil 1996 var metadonregistreringen alene baseret på recepter. Efter lovændringen i 1996 blev i statistikken også medregnet de personer, som fik udleveret metadon uden forudgående recept fra amternes behandlingssteder. Dette er medvirkende til den store stigning fra 1996 til 1997. Stigningen i antal personer i længerevarende substitutionsbehandling fra 1996 indikerer endvidere ændringer af behandlingstilbud. Foruden metadon anvendes buprenorfin i substitutionsbehandling. I 2004 er godt 600 personer i substitutionsbehandling med buprenorfin (Sundhedsstyrelsen 2005a).

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



⁶ Ordinationsstatistikken indbefatter også ordination på andre indikatorer end stofmisbrug (fx. smertebehandling). Dog skønnes disse ordinationer at være af begrænset antal, når det gælder længerevarende ordination (mere end 5 måneder) til personer under 50 år.

⁷ Ved udgangen af 2004 var der 333 klienter i længerevarende metadonbehandling blandt de indsatte i danske fængsler (opgørelse fra kriminalregisteret) og ca. 200 personer fik udleveret metadon på erstatningsnummer – dvs. uden CPR-nummer (telefonisk oplyst fra Datapharm august 2005).

5 Stofrelateret behandling

5.1 Overblik og sammendrag

Ansvar for både den sociale og den medicinske behandling af stofmisbrug er samlet i de amtslige misbrugscentre. Disse centre visiterer til alle former for stofmisbrugsbehandling, uanset om der er tale om nedtrapning, ambulante behandling, substitutionsbehandling og døgnbehandling, og uanset om behandlingen foregår i amtets egne institutioner eller på privat institution. Langt hovedparten af al behandling for stofmisbrug, er rettet mod stofmisbrug med tæt sammenhæng med sociale problemer.

Den 1. januar 2003 blev der for stofmisbrugere over 18 år indført en garanti for social behandling for stofmisbrug. Efter garantien har en stofmisbruger krav på, at der skal iværksættes tilbud om behandling senest 14 dage efter henvendelsen til amtskommunen om at komme i behandling. Samtidig blev der indført en form for frit valg på området, hvorefter stofmisbrugeren kan vælge mellem offentlige og private godkendte behandlingstilbud. Som opfølgning på behandlingsgarantien blev der udsendt såvel en bekendtgørelse som en vejledning om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug. Alle amtsråd og kommunalbestyrelserne i delegationskommunerne har inden udgangen af 2004 udarbejdet kvalitetsstandarder for den behandling for stofmisbrug, der tilbydes i amtskommunen.

5.2 Behandlingssystemet

Der er som regel tale om en ambulante behandling, som kan suppleres med døgnbehandling, hvor der er behov for miljøskift og/eller en mere intensiv indsats. Behandlingen kan være medikamentel understøttet og bør altid være ledsaget af psykosocial rådgivning med udgangspunkt i en social handleplan. Den omsorgs- og fællesskabsorienterede indsats, der især retter sig mod de mest belastede stofmisbrugere, finder i stigende grad sted gennem væresteder.

Som en del af behandlingen foretages nedtrapning af private og offentlige institutioner og behandlingssteder ved indledning til stoffri behandling for stofmisbrug. Ved indsættelse i fængslet foretages en vurdering af personens misbrugssituation, og der træffes herefter en beslutning om en eventuel nedtrapning/-påbegyndelse af behandling.

Nedtrapning foretages både som ambulante behandling og som døgnbehandling. Begge behandlinger foregår som hovedregel efter henvendelse til et amtligt rådgivningscenter, hvor der visiteres til samtaler med forskellige behandlere. Ved de ambulante behandlinger kan der f.eks. være tale om samtaler en gang ugentligt samtidigt med en nedtrapning og opfølgende støttesamtaler. De ambulante tilbud kan følges op af en døgnbehandling.

Nedtrapning kan også finde sted i forbindelse med start på et døgnbehandlingstilbud, hvor målet er stoffrihed. Disse institutionsophold kan være på private institutioner, men udgiften betales af det offentlige, hvis visitationen er sket gennem et amtligt misbrugscenter.

Langt hovedparten af behandlingstilbuddene til stofmisbrugere er rettet mod stofmisbrug med tæt sammenhæng med sociale problemer.

Unge stofmisbrugere

For at målrette og styrke indsatsen for de unge stofmisbrugere fik kommunerne med virkning fra den 1. januar 2005 pligt til at udarbejde handleplaner for unge under 18 år med et behandlingskrævende misbrug. Kommunerne skal involvere såvel amtets misbrugscenter som den unge og dennes familie i dette arbejde.

Som en opfølgning på aftalen om udmøntning af satspuljen på det sociale område for 2005 vedtog Folketinget den 12. maj 2005 en ændring af serviceloven, der medfører, at socialministeren bemyndiges til at fastsætte regler om garanti for social behandling af stofmisbrugere under 18 år i særlige tilfælde. Loven træder i kraft den 1. oktober 2005.

Formålet med loven er, at amtskommunen skal fremskynde og handle hurtigt og effektivt for, at den unge kan komme i behandling for stofmisbruget. Der skal iværksættes et behandlingstilbud til unge med alvorlige stofmisbrugsproblemer inden for 14 dage fra henvendelsen på samme måde, som voksne stofmisbrugere er sikret social behandling.

Endvidere er der afsat 15,4 mio. DKK i 2005 og 9,2 mio. DKK i hvert af årene 2006 og 2007 til udvikling af tilbud målrettet unge hashmisbrugere. Formålet er at bidrage til styrkelse af den udvikling på området som i de seneste år er sket i amtskommunerne. De yngste hashmisbrugere er ofte unge med en række sociale problemer, hvor misbruget blot er en i rækken. Indsatsen skal derfor have fokus på viften af sociale problemer hos unge og ske i et tæt amtsligt og kommunalt samarbejde.

Støtte- og kontaktpersonordning

Ved servicelovens ikrafttræden i 1998 blev der indført en støtte- og kontaktpersonordning (SKP) for personer med en sindslidelse, dvs. at kommunerne har pligt til at tilbyde en støtte- og kontaktperson til de mest socialt udsatte og isolerede personer med sindslidelser, som har store udækkede sociale behov. Revision af bestemmelsen i serviceloven er udskudt til folketingsåret 2006-07. Ved den kommende revision vil erfaringer fra forsøgsprojekter med støtte- og kontaktpersoner til hjemløse stof- og alkoholmisbrugere indgå i overvejelserne.

5.3 Døgnbehandling

Særlige informationer om døgnbehandling indhentes gennem monitoreringssystemet DanRIS, der er udviklet siden 2000.

I 2004 var 44 døgninstitutioner tilmeldt DanRIS. 37 institutioner indrapporterede data i 2004. De, der ikke indleverede data, var nye og forventes at indrapportere i 2005. Disse døgninstitutioner dækker langt de fleste institutioner, der behandler stofafhængige i Danmark (skønnet mere end 90% af de stofafhængige indskrevet i døgnbehandling). Tilbage er der enkelte religiøse institutioner og meget små institutioner.

I 2004 blev 1520 forskellige personnumre registreret i DanRIS. I 2003 var tallet 1172. Denne stigning kan næppe forklares alene med nye og flere institutioner i DanRIS. Af andre forklaringer kan være, at institutionerne er blevet bedre til at registrere, og det kunne også fortolkes som et udtryk for en øget henvisning. Under

alle omstændigheder er antallet af stofafhængige henvist til døgnbehandling ikke faldet i 2004.

I juli 2005 udkom årsrapport DanRis 2004 - Stof. Udover at gennemgå hvor belastede de stofafhængige er, og hvor mange der gennemfører, indeholder årsrapporten også et komplet ydelseskatalog for hver institution (hvilke tilbud til hvem, hvor mange behandlere, deres anciennitet og uddannelse, priser med mere)⁸.

Særlige ”ydelseskataloger” efterspørges i disse år, og dette bliver det første inden for dette område, hvor man kan forholde priser, tilbud, behandlingsmetoder mv. til de stofafhængiges belastning, gennemførelsesprocent med mere.

5.4 Substitutionsbehandling – udvidet psykosocial støtte til heroinafhængige i metadonbehandling

I 2000 blev der fra statens side taget initiativ til inden for en satspuljebevilling på i alt 50 mio. kr. at gennemføre to 3-årige forsøg. Det ene forsøg, hvortil der blev afsat 40 mio. kr., angik øget psykosocial støtte til heroinafhængige stofmisbrugere i metadonbehandling. Det andet forsøg, hvortil der blev afsat 10 mio. DKK, angik øget sundhedsfaglig indsats for de hårdest belastede stofmisbrugere. Forsøgene er gennemført i perioden 2001-2004. Forsøgene er nu evaluerede, og forsøgsresultaterne ser lovende ud i forhold til gennem øget psykosocial støtte og øget sundhedsfaglig indsats at opnå en positiv effekt for de hårdest belastede stofmisbrugere.

Forsøget med øget psykosocial støtte til stofmisbrugere i metadonbehandling har bekræftet, at metadonbehandlingen i sig selv reducerer misbruget af illegale stoffer og den kriminelle adfærd. Kombinerer man metadonbehandlingen med sædvanlig psykosocial støtte, bliver misbrugernes stof- og kriminalitetsproblemer yderligere reduceret.

En øget psykosocial støtte er ikke bedre end den sædvanlige støtte til at reducere stof- og kriminalitetsproblemerne. Til gengæld viser forsøget, at en øget psykosocial støtte er markant bedre end den sædvanlige støtte til at reducere misbrugernes fysiske, psykiske og sociale problemer. Dette ses tydeligt, når man ser på den gruppe, der er belastet med problemer på mindst to af disse tre områder - dvs. det fysiske, det psykiske og det sociale område. Blandt dem, der i forsøget modtog den øgede psykosociale støtte, faldt andelen af dem, som tilhørte denne gruppe, med 57%. I kontrolgruppen, der modtog den sædvanlige støtte, faldt andelen af dem, som tilhørte gruppen, kun med 13%.

De danske forsøgsresultater falder godt i tråd med udenlandske undersøgelser, som viser, at metadonbehandling kombineret med øget psykosocial støtte behandlingsmæssigt er meget mere effektiv end metadonbehandling kombineret med sædvanlig psykosocial støtte, og at en øget psykosocial indsats også økonomisk set kan betale sig.

På baggrund af forsøgsresultaterne anbefaler Center for Rusmiddelforskning, at metadonbehandling fremover kombineres med øget psykosocial støtte i form af

⁸ Disse opgørelser er tilgængelige på Internettet <http://www.danris.dk/uploads/docs/DanRIS%202004.pdf>.

bl.a. udvidet anvendelse af støtte- og kontaktpersonordninger og udvidet adgang til væresteder.

Efter en grundig gennemgang af spørgsmålet om behandling med lægeordineret heroin peger Center for Rusmiddelforskning på de betænkeligheder, der kan knyttes til denne behandlingsform. Centret slår fast, at det at etablere et behandlingssystem som det, der blev etableret i forbindelse med det hollandske forsøg, ville være så dyrt, at det ikke ville stå mål med fordelene, og at man i øvrigt ikke blindt kan overføre de hollandske erfaringer på dette område til danske forhold.

Resultaterne fra de to forsøgsprojekter, som nævnt indledningsvis under afsnit 5.5, foreligger nu i to rapporter.

Den ene rapport er udarbejdet på baggrund af en kvantitativ undersøgelse af, hvorvidt udvidet psykosocial støtte er mere effektiv end den standard indsats, som har været praktiseret gennem de sidste 5-10 år. Der blev etableret to sammenlignelige grupper, hvoraf den ene med 177 metadonmodtagere fik standard støtte, mens den anden med 126 metadonmodtagere fik udvidet støtte. Den udvidede støtte var her kendetegnet ved signifikant mere intensitet i behandling (flere samtaler, højere tilgængelighed til behandlerne), mere koordinering (herunder at hjælpe klienterne med kontakten til relevante myndigheder) og signifikant mere skriftlig dokumentation. Dertil kom at den udvidede indsats var forbundet med signifikant mindre kontrol (færre urinprøver).

Metadonmodtagerne, der fik udvidet støtte, opnåede en signifikant højere grad af effekt særligt på de psykosociale belastninger. Dette kom bl.a. til udtryk ved at 52% af de, der modtog udvidet støtte, opnåede en klar effekt af behandlingen, mens det for de, der modtog standard støtte, var 34%. Som eksempel ses det, at 18% af de metadonmodtagere, der modtog standard støtte, havde selvmordstanker ved første interview. Ved opfølgingsinterviewet var dette reduceret til 14%. For de metadonmodtagere, der fik tilbudt en udvidet støtte, var det 25%, der havde selvmordstanker ved første interview. Ved opfølgingsinterviewet var dette reduceret til 6%. Rapporten relaterer desuden resultaterne til international forskning, herunder det hollandske heroinforsøg. Der afsluttes med opstilling af 20 anbefalinger til den fremtidige metadonbehandling.

Resultaterne af den kvalitative undersøgelse viser, at man med en støttekontaktperson-lignende indsats overfor de sværest belastede stofmisbrugere har mulighed for i langt højere grad end i standardbehandlingen at få koordineret de mange forskellige typer af indsatser, der er rettet mod den enkelte bruger. Endvidere har projekterne og behandlingspersonalet gennem en målrettet satsning fået nedtonet metadonens rolle i den samlede behandlingsindsats, og fået den psykosociale del af behandlingen til at være det centrale element, hvilket også står i kontrast til den generelle situation i standardbehandlingen. Evalueringen viser videre, at den øgede psykosociale indsats er i stand til at skabe en stor grad af integration mellem behandlingens intentioner og brugernes erfaringsunivers. Brugernes vigtigste erfaringer er i denne sammenhæng oplevelsen af at være: blevet behandlet respektfuldt, blevet inddraget på realistiske måder i egen behandling, samt fået hjælp til at få et ellers kaotisk liv til at hænge sammen. Igen erfaringer, der adskiller sig fra brugeres erfaringer med standard metadonbehandling. Endelig har brugerinddragelse vist sig særdeles vanskeligt at indføre i projektet, specielt har anvendelsen af de hidtidige brugerinddragelsesmetoder kun haft ringe resultat.

Rapporten indledes med at indkredse de indsatser, der kan siges at kendetegne en udvidet psykosocial indsats. Og den afsluttes med at give fire anbefalinger, til fremtidig metadonbehandling, som ligger af forlængelser af anbefalingerne i den kvantitative undersøgelse.

6 Sundhedsmæssige konsekvenser ved stofmisbrug

6.1 Overblik og sammendrag

En række sundhedsmæssige problemer og konsekvenser kommer i kølevandet på stofmisbrug. Stofmisbrugere har en stærkt forhøjet dødelighed på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis. Stofmisbrugerne er herudover en marginaliseret gruppe bolig-mæssigt, socialt og økonomisk, hvilket alt andet lige herudover også påvirker den generelle sundhedstilstand.

Der er i de senere år lavet undersøgelser, der kortlægger forskellige sundhedsmæssige problemer som følge af stofbrug. Som beskrevet i sidste års rapport over *narkotikasituationen i Danmark 2004*, har stofmisbrugere, der er løsladt fra fængslerne, en særlig høj dødelighed kort tid efter løsladelsen (Christensen 2004)⁹. En særlig undersøgelse har peget på, at stofmisbrugere har en ti gange højere dødelighed sammenlignet med normalbefolkningen. Blandt de stofmisbrugere, der har været i fængsel, ses yderligere ti gange højere dødelighed de første 14 dage efter løsladelsen sammenlignet med stofmisbrugere generelt. Ligeledes har en undersøgelse foretaget af Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksbergs kommuner i samarbejde med Sundhedsstyrelsen vist, at spontane aborter og dødeligheden hos de levendefødte børn af kvindelige stofmisbrugere er markant højere end hos befolkningen i øvrigt (Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksberg kommuner 2004)⁹. De kvindelige stofmisbrugere har 2 1/2 gang flere provokerede aborter end baggrundsgruppen. Hertil kommer, at de levendefødte børn af de kvindelige stofmisbrugere har tre gange større dødelighedsrate end baggrundsgruppen, især i de to første leveår. Endelig viste undersøgelsen, at 6% af de levende børn er født med abstinenssymptomer.

Som også refereret i sidste års rapport blev der i 2004 foretaget en undersøgelse af såkaldte *tabte gode leveår* blandt stofmisbrugere (Sundhedsstyrelsen 2004a)⁹. Hovedresultaterne fra denne undersøgelse viste, at den gennemsnitlige alder ved død for stofmisbrugere er steget med 7 år fra 1996 til 2002 og betyder, at stofmisbrugspopulationen bliver ældre og ældre. På trods af stigningen i gennemsnitsalderen ved død, dør stofmisbrugere stadig i en meget ung alder sammenlignet med resten af befolkningen. Den gennemsnitlige levealder beregnet som alder ved død er i befolkningen steget fra 74,2 til 75,6 i samme periode. Udfra de ovenfor angivne gennemsnitsaldre ved død er det beregnet, at antallet af tabte leveår som følge af stofmisbrug er 40.745.

For at undersøge omfanget af henvendelser med forgiftninger på landets skadestuer efter indtagelse af illegale stoffer er der for andet år i træk udarbejdet en særlig opgørelse over de registrerede forgiftninger på de somatiske og psykiatriske skadestuer. En formodet underrapportering af disse forgiftninger betyder, at det er tale om en minimumsopgørelse. Opgørelsen dokumenterer imidlertid et ikke ubetydelig omfang personer, der årligt registreres med en forgiftning af illegale stoffer, og antallet har været svagt stigende de seneste fire år. Især hallucinogener og de central-

⁹ Undersøgelsesresultater og metode blev beskrevet i årsrapporten over narkotikasituationen i Danmark 2004.

stimulerende stoffer er forgiftningsårsag blandt de helt unge, mens opioider, herunder heroin og metadon, er forgiftningsårsag blandt de lidt ældre.

6.2 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere

Rigspolitiet har registreret narkotikarelaterede dødsfald siden 1970. Registeret omfatter dødsfald, hvor der er sket indberetning til politiet om dødsfaldet med henblik på medikolegalt ligsyn. Det drejer sig f.eks. om dødfundne, pludselig uventede døde, ulykker, drab og selvmord. Dødsfald forårsaget af forgiftning og dødsfald som følge af ulykke, hvor den pågældende havde indtaget narkotika, vil således blive indberettet til politiet.

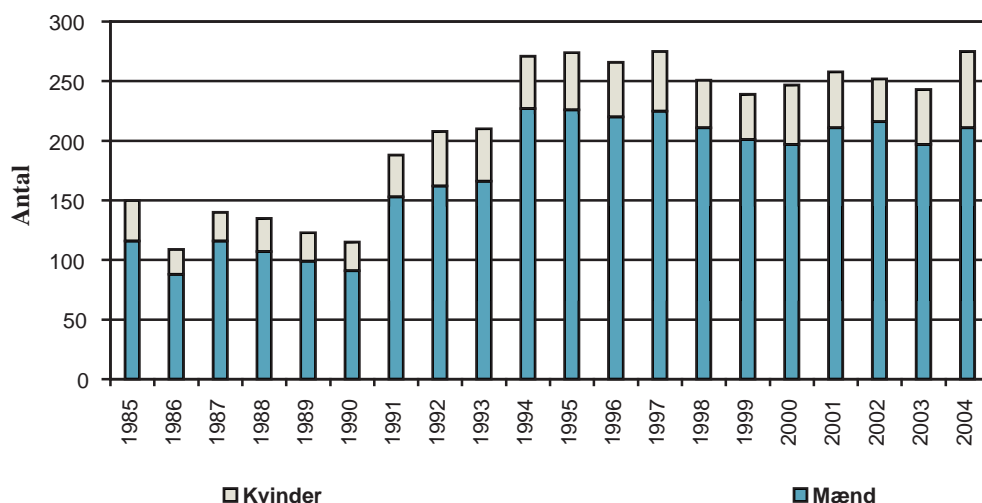
Parallelt med politiets register findes der oplysninger om narkotikarelaterede dødsfald i en opgørelse fra Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister. I opgørelsen findes dødsfald, som er defineret som narkotikarelaterede dødsfald også ud fra fælleseuropæiske kriterier. På grund af ønsket om sammenlignelighed landene imellem har man været restriktiv med hensyn til de diagnosegrupper, som indgår i udtræksproceduren. De seneste tilgængelige dataudtræk fra det nationale dødsårsagsregister er fra 2000.

Forskellene mellem tallene i de to opgørelser skyldes både forskelle i dødsfaldspopulationer og forskelle i definition af et narkotikarelateret dødsfald. Eksempelvis findes i politiets register kun dødsfald, hvor der er foretaget medikolegalt ligsyn, hvorimod dødsfald generelt i Danmark registreres i Sundhedsstyrelsens dødsårsagsregister.

Rigspolitiets register

Rigspolitiets dødsfaldsstatistik (figur 6.2.1) viser en svagt faldende tendens i slutningen af 80'erne og et markant højere niveau i 90'erne (se tabel 6.2 i annekset.). I 2004 blev der registreret 275 narkotikadødsfald, hvoraf 77% af disse var mænd (211) og 23% af disse var kvinder (64). Sammenlignet med 2003 er der tale om en stigning, idet der i 2003 blev registreret 245 narkotikarelaterede dødsfald.

Figur 6.2.1. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på køn, 1985-2004



Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2004.

Ud af de 275 dødsfald i 2004 skyldtes 78% (214) af disse forgiftninger med et eller flere stoffer. Som tabel 6.2.1. nedenfor viser, skyldtes 38% (81 ud af 214) forgiftning med heroin/morfin eller heroin/morfin i kombination med et andet stof, mens 44% (95 ud af 214) skyldtes forgiftning med metadon eller metadon i kombination med et andet stof. 5 af forgiftningsdødsfaldene i 2004 skyldtes forgiftning med enten kokain, ecstasy eller amfetamin. De narkotikarelaterede dødsfald, der ikke skyldes forgiftninger (61 ud af de 275), skyldes i hovedtræk vold og ulykker samt sygdomme.

Tabel 6.2.1. Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år, grupperet efter den formodede væsentligste dødsårsag. Tal i parentes er procent

	1991	1997	2002	2003	2004
Heroin/morfin	94 (57)	153 (71)	76 (30)	60 (30)	81 (38)
Metadon	51 (31)	46 (21)	72 (41)	97 (49)	95 (44)
Andet	9 (12)	17 (8)	27 (15)	41 (31)	38 (18)
Forgiftninger i alt	164 (100)	216 (100)	175 (100)	198 (100)	214 (100)

Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik.

I 2004 gjaldt det, at der under kategorien "andet" blandt andet var følgende forgiftningsdødsfald:

Amfetamin: 1

Ecstasy/ecstasylignende stoffer: 2

Kokain: 2

Tabel 6.2.1. viser også udviklingen i de forskellige forgiftningsdødsfald, der er registreret i politiets register i årene 1991, 1997, og fra 2002 og frem. Helt overordnet set tegner forgiftningsdødsfald med opioider (heroin/morfin og metadon) sig i alle årene for langt hovedparten af forgiftningsdødsfaldene.

I perioden ses dog ændringer i "mønstrene" for forgiftningerne, idet der inden for gruppen af forgiftninger med opioider, er tale om et markant fald i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med heroin/morfin angives som den primære årsag samtidig med en lige så markant stigning i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med metadon angives som den primære årsag.

Hertil kommer, at andelen af dødsfald, hvor forgiftning med "andet" er angivet som den primære årsag, er steget igennem årene, om end der ses et fald i disse dødsfald

fra 2003 til 2004. Gruppen af ”andet” indeholder stoffer såsom ketogan, amfetamin, kokain, anti-psykotiske og anti-depressive medikamenter.

Det er væsentlig at fremhæve, at det er *det* eller *de* stoffer (fremgår som stofkategorier i tabel 6.2.1.), der er primær ”forgifter”, som er medtaget i oversigten. I de fleste af forgiftningsdødsfaldene er der tale om, at flere stoffer samtidig er medvirkende til forgiftningerne – dvs. at mere end ét stof blev fundet i en dødelig dosis. Ligeledes er øvrige stoffer, som også kan påvises hos den afdøde, og som ofte er medvirkende dødsårsag, såsom benzodiazepiner, alkohol m.m., ikke anført.

Af de i alt 275 narkotikarelaterede dødsfald i 2004 forekom 137, 110 og 28 af dødsfaldene henholdsvis på Sjælland, Jylland og på Fyn. Den geografiske fordeling af dødsfaldene i 2003 var 113, 99 og 33 henholdsvis på Sjælland, i Jylland og på Fyn. Stigningen i antallet af de narkotikarelaterede dødsfald fra 2003 til 2004 er således sket på Sjælland og i Jylland, hvorimod der ses et lille fald i de narkotikarelaterede dødsfald på Fyn fra 2003 til 2004.

Gennemsnitsalderen ved død er steget de senere år. I 1993 var gennemsnitsalderen ved disse dødsfald 33 år, mens den i 2004 var steget til 38 år – den samme gennemsnitsalder som i 2003. Gennemsnitsalderen ved død for mænd og kvinder er nogenlunde den samme.

Sundhedsstyrelsens opgørelse

I Sundhedsstyrelsens opgørelse medtages dødsfald som følge af skadelig brug af stoffer, afhængighed og stofpsykoser samt dødsfald som følge af forgiftning (selvmord såvel som ved uheld)¹⁰.

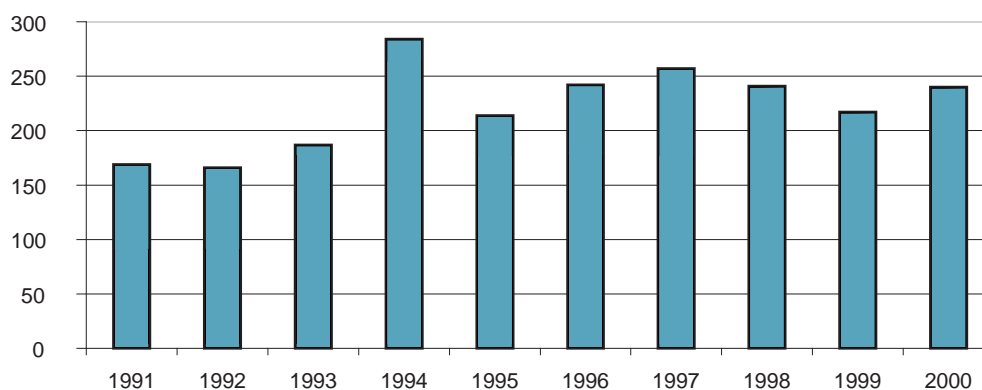
I 2000¹¹ blev der registreret 240 dødsfald, hvilket er en lille stigning fra 1999, hvor der var 217 dødsfald. Mænd står for de 73% (175). Figur 6.2.3, som afbilleder udviklingen gennem 1990’erne, viser først en svagt stigende tendens, hvorefter den synes at være faldende i slutningen af årtiet. Det store udsving i 1994 er kunstigt skabt og skyldes en midlertidig justering af kodningspraksis.

I Sundhedsstyrelsens opgørelse over narkotikarelaterede dødsfald var gennemsnitsalderen ved dødsfald for kvinder 45,8 år og for mænd 39,5 år i 2000, hvilket samlet giver en gennemsnitsalder på 41,2 år.

¹⁰ Frem til 1994 blev der anvendt ICD8 koder. Fra og med 1994 er der anvendt ICD10 koder.

¹¹ Data fra 2001 og frem foreligger ikke på nuværende tidspunkt.

Figur 6.2.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1991-2000.



Kilde: Sundhedsstyrelsens dødsårsagsregister.

Den europæiske definition af narkotikarelaterede dødsfald brugt i opgørelsen fra Sundhedsstyrelsens dødsårsagsregister indeholder ikke dødsfald som følge af trafikulykker eller andre uheld, som skyldes, at den afdøde har været påvirket i uheldsøjeblikket. Disse dødsfald er derimod medtaget i politiets register.

6.3 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 6.3.1 fremgår omfanget og udviklingen af de registrerede intoksikationer¹² og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer fra 1999 til 2004. Fra 2000 ændrede kodningspraksis sig ved, at det herefter blev muligt at specificere forgiftninger med amfetamin og khat.

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

Tabel 6.3.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2004

	Kode*	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Heroin	T40.1	249	255	240	174	192	221
Andre opioider	T40.2+ T40.2A + T40.2B	35	35	44	48	52	120
Metadon	T40.3	5	11	19	39	26	50
Opioider	F11.0	67	80	67	53	55	49
Opioider i alt		356	381	370	314	325	440
Designerdrugs (excl. ecstasy)	T40.6A + T43.8A	*	2	14	21	12	15
Ecstasy	T40.6B + T43.6B	9	75	67	60	83	73
Amfetamin	T43.0A + T43.6A	*	2	24	43	54	69
Kokain	T40.5+F14.0	45	51	78	65	76	71
Andre centralstimulerende stoffer	F15.0	58	48	53	47	50	43
Centralstimulerende stoffer i alt		112	178	236	236	275	271
Euforiserende svampe	T40.6C + T40.9A	7	5	10	8	3	10
LSD	T40.8	3	3	12	2	1	2
Hallucinogener	F16.0	10	15	16	5	4	6
Hallucinogener i alt		20	23	38	15	8	18
Cannabis	T40.7+F12.0	97	102	164	122	125	74
Blandingsmisbrug og uspecificeret**	T40.4+T40.6 +T40.6W+T40.6X +T40.9+F19.0	541	632	571	657	704	466
Intoksikationer og forgiftninger i alt		1126	1316	1379	1344	1437	1269

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.

Som det fremgår af tabellen, har der årligt været mellem 1126 og 1437 henvendelser med forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2004. Der er tale om en stigning i antallet af forgiftninger i perioden, bortset fra årene 2003 til 2004, hvor der for alle stoffer samlet ses et lille fald. Der er dog en markant stigning i forgiftninger med opioider fra 2003 til 2004. Fra 1999 til 2003 ses en markant stigning af forgiftninger med de centralstimulerende stoffer, mens der er tale om et lille fald fra 2003 til 2004. Tallene skal dog som nævnt tages med et generelt forbehold for underreportering og fejkilder.

¹³ Tallene for 2004 er foreløbige, og med udtræk fra LPR med skæringsdato 6.7.2005. De endelige tal for 2004, kan derfor ændre sig i senere opgørelser.

I alt er der registreret 7871 forgiftninger i de 6 undersøgelsesår. Langt de fleste forgiftninger, knap 90%, er behandlet på de somatiske skadestuer, og de resterende godt 10% på de psykiatriske skadestuer. Hvad angår kønsfordeling, er dobbelt så mange mænd som kvinder registreret med en forgiftning i de 6 undersøgelsesår.

Tabel 6.3.2 Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 6 undersøgelsesår, fordelt på forskellige aldersgrupper.

	>20 år	20-24 år	25-29 år	30 år plus
Opioider	81	240	386	1478
Centralstimulerende stoffer	359	379	236	332
Svampe og hallucinogener	43	39	12	18
Cannabis	194	189	131	175
Blandingsmisbrug og uspecificeret	537	584	470	1990
I alt	1214	1431	1235	3693

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister.

Som tabel 6.3.2. 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 71% og 57% af samtlige forgiftninger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer er registreret blandt unge under 24 år. Godt 1200 (15%) af alle forgiftningerne i undersøgelsesperioden er indtruffet blandt unge under 20 år. Cannabisforgiftninger er hyppigst forekommende blandt de unge.

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 39% af forgiftningerne (ikke vist).

6.4 Narkotikarelaterede infektionssygdomme

Hiv/aids

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

I tabel 6.4.1 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 2004 var 4% (13 personer) af de nydiagnostiserede hiv-positive intravenøse stofmisbrugere. Denne andel har ligget ret stabilt omkring 10% de sidste ti år.

Også andelen af nyanmeldte aids-tilfælde, hvor smitekilden anses at være intravenøst stofmisbrug, har ligget relativt stabilt omkring 10%. I 2004 var 7% af de 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.

meldte aids-tilfælde fundet hos intravenøse stofbrugere, hvilket udgjorde 4 ud af i alt 57 personer.

Hepatitis A, B og C

Trods mindre udsving synes der de seneste fem år at være sket et fald i antallet af registrerede akutte tilfælde af hepatitis i hele befolkningen (tabel 6.4.2.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 18% og 43% ved hepatitis B, og varieret fra 29% til 85% ved hepatitis C. Antallet af anmeldte tilfælde er dog så små, at procentangivelsen skal læses med forbehold. Da hepatitis C oftest er asymptomatisk i den akutte fase, er anmeldte tilfælde af akut hepatitis C et groft underestimat af den faktiske forekomst af hepatitis C. Derfor er der fra 2004 medtaget antal tilfælde anmeldt med kronisk hepatitis C.

Undersøgelser over udbredelse af infektionssygdomme

For at ”måle” forekomsten af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere er der foretaget særlige undersøgelser af ”grupper” eller populationer af stofmisbrugere.

Den seneste undersøgelse over udbredelsen af hiv, hepatitis B og C, samt forekomsten af risikoadfærd blandt behandlingssøgende stofmisbrugere, blev gennemført i København i 1997 (Fuglsang m.fl. 2000). Undersøgelsen bekræftede, at stofmisbrugere i stor udstrækning er smittet med blodoverførte infektionssygdomme, og at risikoadfærden – såsom deling af værktøj og seksuel aktivitet uden brug af kondom, var stor. I alt 3,4% (9/265) var hiv-positive, 64% (158/247) havde hepatitis B, og 75% (198/264) havde hepatitis C. Undersøgelsen konkluderede endvidere, at stort set alle stofmisbrugere i løbet af ti år blev smittet med hepatitis C og/eller hepatitis B og/eller hiv, og at der var behov for en flerstrengt forebyggende indsats for at minimere infektionssygdomme blandt stofmisbrugere (oplysningskampagner, testning, værktøjs-bytte-ordninger samt vaccinationer).

Som led i kvalificering, harmonisering og kortlægningen af forekomsten af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere i EU, har Sundhedsstyrelsen i 2004 og 2005 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 narkotikadøde i 2004 er nu opgjort og gengives her.

Ved de retsmedicinske ligsyn af 299 formodede narkotikarelaterede dødsfald i 2004 blev der udtaget blodprøve fra 78%, hvoraf 92% kunne analyseres. Som beskrevet under 6.2 i foreliggende kapitel, blev der registreret 275 narkotikarelaterede dødsfald i Danmark i 2004¹⁶.

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. De foreløbige resultater fra undersøgelsen er upubliceret.

¹⁶ I denne undersøgelse indgår 24 flere dødsfald end de endeligt registrerede og skyldes, at udtagelsen af blodprøver skete ved obduktionen, inden der forelå retskemiske undersøgelser, der kunne danne grundlag for klassifikation af dødsfaldet som narkotikarelateret. Da undersøgelsen om infektionssygdomme baserer sig på anonymisering, har det ikke været muligt senere at ekskludere disse 24 dødsfald (der senere har vist sig ikke at være narkotikarelaterede dødsfald), og de er derfor medtaget i undersøgelsesresultaterne for 2004.

Analyseresultaterne viste, at 51% af de undersøgte var positive for antistoffer mod hepatitis C, mens 35% var positive for hepatitis B (anti-HBc), og 17 % var beskyttet mod hepatitis B (anti-HBs positive) som følge af vaccination. Hiv infektion blev påvist hos 4%.

Undersøgelsen af infektionssygdomme blandt de narkotikarelaterede dødsfald er altså startet i 2004 og er foreløbig planlagt at løbe over yderligere fire år.

Såvel indberetningsprocedure (at alene medtage de narkotikarelaterede dødsfald) samt testproceduren (så flere blodprøver kan bruges til undersøgelsen), vil blive søgt forbedret i de kommende år.

Selv om de to ovennævnte populationer af stofmisbrugere ikke er direkte sammenlignelige, kan det ud fra de nævnte undersøgelsesresultater forsigtigt tolkes, at forekomsten af hepatitis B og C blandt stofmisbrugere i dag er faldet, og desuden, at forekomsten af hiv-infektion blandt stofmisbrugere er uændret og relativt lav. Årsagerne hertil hænger formentlig sammen med, at injektionsbruget blandt stofmisbrugere er faldet, en generel bedre hygiejne (sprøjtebytte-ordninger og udlevering af værktøj), samt endelig, at vaccinationsprogrammer blandt stofmisbrugere har været stigende.

6.5 Dobbelt-diagnoser og stofmisbrugere i psykiatrisk behandling

I 2004 blev i alt 3583 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose mod 2872 i 1996. I perioden 1996-2004 sås en stigning på 40% i antallet af personer indlagt på psykiatriske hospitaler med stofrelaterede bidiagnoser fra 1235 til 2074 (tabel 6.5.2), mens antallet af personer indlagt med stofrelaterede hoveddiagnoser har været svingende mellem 1500 og 1650 perioden igennem (tabel 6.5.1).

Antallet af personer, der blev indlagt med en hoveddiagnose relateret til brug af cannabis, synes ligeledes at være stigende, om end her er tale om relativt store udsving. Tendensen er tydeligere ved bidiagnoser relateret til cannabis, hvor antallet af personer er steget fra 427 personer i 1996 til 873 personer i 2004, hvilket svarer til en fordobling. Der ses ligeledes en jævn stigning op til 2002 i antallet af personer, der blev indlagt med både hoved- og bidiagnose relateret til kokain. I årene 2002 til 2003 ses en fordobling i antallet, mens antallet af personer fra 2003 til 2004, der indlægges med hoved- eller bidiagnose relateret til kokain, er nogenlunde stabilt.

I hele perioden er personer med hoveddiagnoser i relation til blandet brug af stoffer den største gruppe, og antallet har været jævnt stigende frem til 1999. Næsthypigst gennem næsten hele perioden ses personer med cannabis-relaterede hoveddiagnoser, som i 2003 omfattede godt 20% af personer i psykiatrisk behandling med en stofrelateret hoveddiagnose. På samme tid er andelen af personer med opioidrelaterede hoveddiagnoser faldet jævnt gennem perioden.

Tabel 6.5.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1996-2004

Diagnosekode	Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
F11	Opioider	319	273	273	227	227	189	172	156	155
F12	Cannabis	304	279	314	317	270	327	364	333	354
F13	Sedativa/hypnotika	315	239	212	204	205	199	182	159	143
F14	Kokain	12	15	21	23	23	31	36	65	53
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	94	82	82	71	76	75	109	99	98
F16	Hallucinogener	23	25	17	26	18	21	14	9	17
F18	Opløsningsmidler	11	3	5	10	2	6	2	10	5
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	569	586	705	758	749	732	726	747	684
Personer med hoveddiagnoser i alt		1647	1502	1629	1636	1570	1580	1605	1578	1509

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

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

Tabel 6.5.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1996-2004

Diagnosekode	Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
F11	Opioider	176	178	134	146	190	204	208	201	271
F12	Cannabis	427	477	524	566	584	637	691	759	873
F13	Sedativa / hypnotika	327	259	247	253	283	257	266	307	359
F14	Kokain	8	17	13	15	17	19	34	61	66
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	67	56	53	58	52	58	56	73	123
F16	Hallucinogener	6	7	4	11	9	11	10	2	13
F18	Opløsningsmidler	7	6	4	9	7	7	13	12	11
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	297	314	418	534	566	485	574	679	728
Personer med bidiagnoser i alt		1225	1240	1335	1506	1630	1593	1747	1844	2074

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

Tabel 6.5.2 viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten heldøgn, deldøgn eller ambulant behandling) som følge af brug af

stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (bidiagnose) er anvendt som udtrækskriterier. Da en patient kan have flere stofrelaterede bidiagnoser, er ”i alt” kategorien ikke en summation af de ovenstående personer.

7 Indsatser i relation til sundhedsmæssige konsekvenser ved stofmisbrug

7.1 Overblik og sammendrag

I erkendelse af at ikke alle stofmisbrugere ønsker behandling, og at mange får tilbagefald samt den danske tradition for omsorg for alle svage borgere uanset årsagerne til de sociale og sundhedsmæssige problemer, er forskellige skadesreduktions tiltag af central betydning, jf. Servicelovens kap. 33.

Som supplement til behandlingsindsatsen har man gennem en årrække arbejdet ud fra målsætningen om skadesreduktion eller skadesminimering for de grupper af stofmisbrugere, hvor stoffrihed ikke er et realistisk mål på kortere eller længere sigt. Skadesreduktion vil sige formindskelse af de skader, som livet som stofmisbruger påfører vedkommende selv, nærtstående og samfundet samt forbedring af funktionsevne og udviklingsmuligheder. Indsatser af skadesreducerende karakter kan f.eks. være tilbud som opsøgende gadeplansarbejde, væresteder for aktuelle misbrugere (lavtærskeltilbud), sprøjtebytteprogrammer og social støtte i hjemmet. En nyere undersøgelse fra 2004 viste, at der i 10 amter samt i København og Frederiksberg kommuner (ud af 14 amter inkl. Bornholms Regionkommune) var sprøjteudleveringsordninger.

Betydeligt mere vidtgående skadereducerende initiativer, såsom etablering af fixerum, legalisering af hash og lægeordineret heroin afvises af regeringen i handlingsplan mod narkotikamisbrug som for vidtgående og i modstrid med kernen i narkotikapolitikken. For så vidt angår legalisering af hash og oprettelse af fixerum, anses dette også som værende i modstrid med de internationale narkotikakonventioner.

7.2 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald

Der gennemføres en række indsatser og forsøg med øget sundhedsfaglig indsats over for hårdt belastede stofmisbrugere. I de større byer er der i forbindelse med narkotikabehandlingen tilbud om undervisning i risici for overdosis. Som en del af disse tilbud bliver der opfordret til at ringe til Falck ved tilfælde af overdoser. Politiet bliver ikke inddraget, når Falck bliver kaldt ud til overdosis-tilfælde.

I danske fængsler er der stor opmærksomhed på risikoen for de såkaldte ”pause-dødsfald” (pausedødsfald er betegnelsen for de dødsfald, der kan finde sted, når brugeren af forskellige grunde har holdt en pause fra det regelmæssige opioidmisbrug, f.eks. efter endt afsoning i fængslet, og vedkommende genoptager opioidmisbrug med samme dosis som før).

Blandt andet har man i Esbjerg arrest (*Esbjerg-modellen*) siden 2002 i et samarbejde mellem Esbjerg Arrest, Esbjerg Politi, Esbjerg Kommunes Ungdomsbutik, Kriminalforsorgen i Esbjerg samt Center for Misbrug i Ribe Amt, tilbudt kriminelle stofmisbrugere at deltage i et forbehandlingsprogram under indsættelse i Esbjerg Arrest. Hensigten er at forberede den enkelte indsatte for stoffri behandling efter endt afsoning eller evt. på et tidligere tidspunkt. Herudover har man som led i behandlingen, introduceret et forløb, hvor de indsatte bliver undervist i forebyggelse af overdosis. Forbehandlingsforløbet har en varighed af 8 uger og består af gruppe-

og enesamtaler med behandlingsmedarbejderen. Efter de 8 uger bliver der i samarbejde med den indsatte udarbejdet et konkret behandlingstilbud under hensyntagen til den enkeltes situation. I 2005 blev ¹⁷behandlingsmodellen indført i Århus, Odense og Slagelse arresthuse.

7.3 Forebyggelse og behandling af narkotikarelaterede infektionssygdomme

Sprøjteprogrammer er en udbredt forebyggende foranstaltning, som henvender sig til injektionsmisbrugere med det formål at give dem rene sprøjter, så de kan undgå hiv og andre blodbårne infektioner.

Endvidere har injektionsmisbrugere med virkning fra 1. april 2005 fået tilbud om gratis vaccination mod hepatitis A og hepatitis B. Samtidig er pårørende til injektionsmisbrugere, dvs. personer i husstanden og eventuelle faste seksualpartnere uden for husstanden, blevet tilbudt gratis vaccination mod hepatitis B.

Fra midten af 90'erne foretages der udlevering af renssevæske via automater i fængslerne.

7.4 Indsatser relateret til personer med dobbeltdiagnose

Der er et stigende antal personer med både en sindslidelse og et misbrug. Diagnosen kompleksitet og de dobbeltdiagnosticeredes adfærd har givet anledning til uklarhed om, hvorvidt det er det psykiatriske behandlingssystem eller behandlingsinstitutionerne for stofmisbrug, der har hovedansvaret for behandlingen. I psykiatraftalen for 2003-2006 er der afsat en særlig pulje på 45 mio. DKK over 4 år til styrkelse af den sociale indsats/socialpsykiatriske indsats for mennesker med dobbeltdiagnoser. Indsatsen over for denne gruppe er et særligt prioriteret område. Samtidig er der enighed om, at anbefalingen fra ekspertgrupperedegørelsen om ”Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere”, at det primære ansvar for behandlingen og tilrettelæggelsen af indsatsen for denne gruppe bør placeres i det psykiatriske behandlingssystem. Samtidig er regeringen blevet enig med de kommunale parter om, at der på sundhedsområdet kan gives støtte til projekter, der falder i tråd med anbefalingerne i ekspertgrupperedegørelsen (se endvidere kapitel 16 i årsrapporten 2003).

Vista Balboa

Et eksempel på et særlig initiativ til personer med dobbeltdiagnose er Vista Balboa i Odense Kommune. Vista Balboa er et tilbud til borgere med sindslidelse og misbrug samt en meget lav social og personlig selvhjulpenhed. Der er plads til cirka 32 borgere i Vista Balboas tilbud. Tilbudet omfatter såvel opsøgende arbejde, social støtte og omsorg samt psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling. Tilbudet består af et opsøgende team på fem medarbejdere, opgangs-fællesskab med to medarbejdere og værested med fire medarbejdere. Der er en leder på fuld tid og to psykiatriske lægekonsulenter, som deler otte ugentlige timer.

Evalueringen fra april 2005 viser, at Vista Balboa har fået kontakt til kernemålgruppen, nemlig borgere med svær sindslidelse, misbrug og lav social og personlig selvhjulpenhed. I alt 65 brugere har været indvisiteret i Vista Balboa i perioden

¹⁷ Se også www.ribeamt.dk/graphics/SOCIAL_OG_SUNDHED/Dokumenter/Publikationer/Esbjergmodellen.pdf.

2002 til 2004. De fleste brugere er mænd, og gennemsnitsalderen er 38 år. Brugerne henvises fra en bred vifte af samarbejdspartnere. Hvor mange af brugerne ved etableringen af Vista Balboa blev visiteret fra støttekontaktpersonsordningen, bliver de fleste i dag henvist fra Distriktpsikiatrisk center (DPC), Psykiatrisk afdeling (UOH) og Retspsykiatrisk afdeling (SHF). Der er sket en stigning i antallet af brugere med behandlingsdom. Næsten alle brugerne har en skizofrenidiagnose.

Hvor der ikke var sket ændringer i brugernes psykiske tilstand og misbrugsprofil, var der derimod sket en markant reduktion i sengedagsforbruget på de psykiatriske afdelinger. Der var endvidere langt flere brugere, end man normalt ser i andre undersøgelser, som havde tilknytning til Vista Balboa et år efter inisiteringen.

7.5 Forebyggelsesindsatser relateret til andre sundhedsmæssige sammenhænge

Forebyggelse og begrænsning af trafikulykker relateret til narkotika

I 2000 nedsatte den daværende regering ”Udvalg til forenkling af sanktionsfastsættelsen i sager om spiritus- og promillekørsel”, som udover at gennemgå færdselslovgivningens bestemmelser om kørsel under påvirkning af alkohol også skal revidere bestemmelserne for narkotika- og medicinpåvirkede bilister. Udvalget forventer at afgive betænkning inden udgangen af 2005¹⁸.

Indsatser rettet mod gravide stofmisbrugere og deres børn

Som beskrevet i sidste års rapport, foretog Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg kommune i 2004 en landsdækkende undersøgelse ”Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990 – 2001”.

Undersøgelsen viser overordnet, at disse udsatte kvinder stort set får samme antal børn som den øvrige befolkning dvs. 1,6 – 1,7 barn pr. kvinde, men ca. 2 1/2 gang flere provokerede aborter. Blandt de levendefødte er der en tre gange større dødelighedsrate blandt misbrugernes børn, særligt i de 2 første leveår i forhold til baggrundsbefolkningen. Undersøgelsen konkluderede endvidere, at der er behov for en systematisk og målrettet indsats med antikonception til stofmisbrugere og til udsatte unge generelt.

Et eksempel på en målrettet indsats overfor stofbrugere i forhold til graviditeter og børn, både på det forebyggelsesmæssige og behandlingsmæssige plan, er Familieambulatoriet i København. Indsatsperioden er sammenfaldende med ovennævnte undersøgelse, og resultaterne heraf afspejler sig tydeligt i statistikken.

Familieambulatoriet

Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet er en tværfaglig specialafdeling for gravide rusmiddelbrugere og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Formålet er at forebygge rusmiddelrelaterede skader på børnenes udvikling, både før og efter fødslen, og at forebygge uplanlagte og uønskede graviditeter. Visitationen er åben, således at tilgangen for rådgivning og behandling er let og uden ventetid med fokus på tidlig indsats. Personalestabens består af læger,

¹⁸ Se endvidere årsrapporten 2002 for seneste undersøgelse og projekt ”skytsengel - mod stoffer i nattelivet” 2001.

jordemødre, psykologer, socialrådgivere og sekretærer. Familieambulatoriet hører under fødeafdelingen, men arbejder tillige i afdelingen for nyfødte (neonatalafdeling) samt i børneafdelingen. Familieambulatoriet har et tæt og formaliseret samarbejde med den primære social – og sundhedssektor og med andre relevante professionelle og instanser. Interventionstilbuddet omfatter rådgivning, substitutionsbehandling, afgiftning under hospitalsindlæggelse eller ambulante, graviditetsundersøgelser, psykosocial støtte/behandling, observation og behandling af nyfødte, opfølgende børneundersøgelser hos læge og psykolog, efterbehandling af mødre og børn (f.eks. i professionelt døgnregi), sociale hjælpeforanstaltninger, abortrådgivning, provokeret abort, antikonception i forbindelse med fødsel og abort, opsøgende arbejde, tværfagligt/tværsektorielt samarbejde m.m.

Familieambulatoriet har kontakt med ca. 100 gravide om året og har ca. 200 børn i alderen 0 – 6 år indskrevet i ambulante opfølgning. Familieambulatoriets intervention har reduceret antallet af børn med medfødte skader og antallet af børn med udviklingsmæssige forstyrrelser samt antallet af børn, der udsættes for omsorgssvigt og overgreb. Alle børnene udskrives med hjælpeforanstaltninger i samarbejde med socialforvaltningens familieafsnit, og de opfølgende børneundersøgelser sikrer børnene et professionelt netværk, som forebygger fejludvikling, omsorgssvigt og overgreb. En del af kvinderne vælger abort efter rådgivning (10–15%), og alle kvinder får antikonception før udskrivning fra hospitalet.

Sundhedsstyrelsen har i august måned 2005 udsendt publikationen ”Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer” omhandlende en beskrivelse af Familieambulatoriets interventionsmodel. Bogens målgruppe er alle professionelle, som arbejder med gravide, børn, børnefamilier, rusmiddelproblemer og socialt udsatte og er udsendt til fødeafdelinger og jordemodercentre i Danmark med opfordring til at etablere en særlig indsats over for rusmiddelbrugere og deres børn.

Familieambulatoriet har i samarbejde med KFUK's Reden igangsat yderligere et forebyggelsesprojekt - ”Forebyggelse af graviditeter hos stofbrugende kvinder i København”. En sundhedsmedarbejder (læge eller jordemoder) fra Familieambulatoriet kommer hver onsdag aften fra kl. 18.00 – 20.00 til ”Reden” og er til rådighed for Redens brugere. I denne ”konsultation” er der særlig fokus på rådgivning om prævention og udlevering/etablering af gratis prævention, undersøgelse for graviditet, abortrådgivning, indlæggelse til abort m.m. Såfremt en gravid kvinde ønsker at bevare graviditeten, sørges der for at kvinden med det samme kommer i relevant behandling og til graviditetsundersøgelser. De foreløbige resultater af projektet er, at et stort antal kvinder har modtaget rådgivning og fået udleveret prævention. Endvidere har mange fået foretaget graviditetstests, og mange graviditeter er opdaget tidligt nok til, at kvinderne har kunnet vælge abort, hvilket de fleste har valgt. Derudover har mange af kvinderne gjort brug af projektet vedrørende forskellige helbredsmæssige problemer.

Projektet var de første 3 år finansieret af Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg kommune, og af Københavns Kommune siden 1. september 2004. Projektet er foreløbig finansieret frem til 31.12.2005.

Endelig har Sundhedsstyrelsen og Københavns Kommune finansieret et kvalitetsudviklingsprojekt, der har til formål at sikre, at samtlige kvinder der opsøger behandling for stofmisbrug, bliver rådgivet og tilbudt relevant antikonceptiv behandling. Erfaringerne fra dette projekt vil blive publiceret primo 2006.

8 Kriminalitet, stofbrug og sociale konsekvenser

8.1 Overblik og sammendrag

Flere indikatorer viser, at der er sammenhæng mellem stofbrug og problematiske sociale og økonomiske livsvilkår og konsekvenser. Således ses det, at stofmisbrugere i behandling generelt har det sværere, hvad angår boligforhold og familieliv, og er generelt i økonomisk og uddannelsesmæssige sammenhænge vanskeligere stillet end øvrige grupper i samfundet (se kapitel 4).

Herudover er der sammenfald mellem stofmisbrug og kriminalitet, og Kriminalforsorgen melder, at en stor population af de indsatte har et stofmisbrugsproblem. Resultater fra den seneste rusmiddelundersøgelse i Kriminalforsorgens institutioner viser, at de illegale rusmidler er langt mere udbredt blandt klientellet end i befolkningen generelt (Kramp et al. 2003). 3/4 af Kriminalforsorgens klientel har prøvet hash, over halvdelen har prøvet centralstimulerende stoffer som kokain og amfetamin, mens 1/3 har prøvet heroin og/eller morfinpræparater.

Undersøgelsesresultaterne har endvidere vist, at over halvdelen, af Kriminalforsorgens samlede klientel har et egentlig misbrug af rusmidler (misbrug af alkohol inkluderet)¹⁹. Der er i vidt omfang tale om blandingsbrug.

Det er sjældent, at misbrugere af heroin/morfinpræparater har begået alvorlig kriminalitet. Mere typisk er det, at gruppen af opiatmisbrugere samt gruppen af hashmisbrugere dømmes for overtrædelse af loven om euforiserende stoffer og typisk idømmes kortere frihedsstraffe end øvrige misbrugsgrupper. Misbrugere af de centralstimulerende stoffer sigtes og dømmes hyppigere for overtrædelse af grov narkotikakriminalitet, dvs. overtrædelse af straffelovens bestemmelser.

8.2 Social eksklusion og problemer

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

¹⁹ 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.

8.3 Kriminalitet i forbindelse med narkotika

Der foretages løbende registrering af anmeldelser, sigtelser og afgørelser efter Lov om euforiserende stoffer, som hovedsageligt omhandler besiddelse og salg af mindre mængder stoffer, samt efter straffelovens §191 stk. 1 (salg), stk. 2 (smugling), som omhandler den grovere narkotikakriminalitet, og §290, som omfatter hæleri - herunder hæleri i forbindelse med narkokriminalitet.

Sigtelser for overtrædelse af narkotikalogvgivningen

Politiet rejser sigtelse, hvilket kan resultere i domsafgørelser i form af frihedsstraf, anden sanktion eller frifindelse. Rigspolitiet registrerer årligt antallet af anmeldelser og sigtelser.

I 2004 blev der registreret i alt 16.390 sigtelser, hvilket er en markant stigning sammenlignet med i 2003. I årene inden fra 1999 til 2002 lå antallet relativt stabilt på omkring 13.000 årligt. Antallet af sigtede personer har siden 1994 ligget på mellem godt 8000 og 10.000 personer årligt. Der er ikke tilgængelige tal vedrørende antal sigtede personer fra 2003 og frem.

Tabel 8.3.1 Narkotikakriminalitet 1994-2004. Sigtelser og antal sigtede personer

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Sigtelser i alt	15.155	14.654	14.371	13.454	14.251	12.928	13.178	13.143	13.025	14.316	16.390
Sigtede personer	9.536	9.008	8.678	8.234	8.900	9.424	9.899	9.858	10.021	-	-

Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2005, www.politi.dk

Sammenhæng mellem misbrug og kriminalitet

Der er ikke siden gennemførelsen af Rusmiddelundersøgelsen fra 2002 (Kramp et al, 2003) nye oplysninger, der beskriver mønstre for sammenhæng mellem misbrugere af de forskellige stoffer og deres involvering i forskellige lovovertrædelser og forskellige kriminalitetstyper. Udover sammenfatningen af dette kapitel henvises til resultater fra rusmiddelundersøgelsen i 2002, beskrevet i Sundhedsstyrelsens årsrapport over ”Narkotikasituationen i Danmark 2003”.

Stofmisbrugere i fængslet

Kriminalforsorgen har i juni 2005 oplyst, at en ny klientregistrering for alle nyindsatte i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse er implementeret pr. 1. oktober 2004. Et modul i denne klientregistrering indeholder registreringer af de nyindsattes alkohol- og stofbrug i perioden inden indsættelsen. I forbindelse med indskrivningsproceduren er det således obligatorisk for fængselspersonalet gennem indskrivningssamtalen at anføre de *nyindsattes* stofbrug af hash og andre illegale stoffer sidste måned før indsættelsen, samt anføre omfanget/hyppigheden af brugen og endelig indtagelsesmåden af stofferne.

Registreringen er under indkøring og opstart, hvilket betyder, at der i en overgangsperiode ikke er valide data tilgængelige. Derimod forventes en årsopgørelse over rusmiddelbruget hos de nyindskrevne i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse gennem hele 2005 at foreligge i løbet af 2006.

Et andet modul i klientregistreringen er den elektroniske indberetning til Sundhedsstyrelsen over antallet af metadonordinationer til de indsatte. Resultaterne herfra fremgår i kapitel 4 i foreliggende rapport.

8.4 Økonomi og omkostninger vedr. de sociale tiltag

Der kan ikke skabes et totalt dækkende billede af, hvor meget den kriminalitet og de sociale problemer, der kommer i kølevandet på stofmisbrug, koster samfundet. Der er imidlertid særlige statslige finansierings- og puljeordninger, der skal støtte de særlige sociale tiltag. Se kapitel 1 for oversigt over disse.

9 Indsatser i relation til sociale konsekvenser stofmisbrug

9.1 Overblik og sammendrag

Det er Social- og Ligestillingsministeriet og Beskæftigelsesministeriet, der 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 ansvaret for at koordinere og udmønte de ovennævnte indsatsområder, der er rettet mod stofmisbrugerne som en af målgrupperne i gruppen ”socialt udsatte”, herunder også indsatsen mhp. social integration.

Social- og Ligestillingsministeriet koordinerer indsatsen iht. til programmet ”Det fælles ansvar” og Beskæftigelsesministeriet har netop rettet fokus mod de socialt udsatte i et initiativ rettet mod de grupper, der befinder sig ”På kanten af arbejdsmarkedet”, som en del af regeringsprogrammet ”Flere i arbejde”.

Det karakteriserer stofmisbrugere, at de ofte har en kort skolegang, og at mange afslutter uden eksamen. Blandt stofmisbrugere i behandling skønnes det, at to tredjedele ikke har nogen erhvervsuddannelse. Det er hovedsageligt de stoffri brugere med gode skolekundskaber i forvejen, som formår at fastholde et videreuddannelsesforløb som led i en social integrationsproces. Dette vil typisk være som led i en erhvervmæssig revalidering, som følger en erhvervsplan, der er lagt af den kommunale sagsbehandler. Denne mulighed tilbydes ofte stofmisbrugere, der kan fastholde stoffrihed, men tilbydes i meget mindre omfang brugere, der er i en stabil substitutionsbehandling.

Det er amter og kommuner, der finansierer langt hovedparten af indsatsen vedr. social integration af stofmisbrugere, og blandt disse er det kommunerne, der primært er ansvarlig for denne del af indsatsen, hvor amterne har ansvaret for at finansiere behandling og midlertidige botilbud som herberger efter §94 i lov om social service.

I henhold til lov om social service § 111 er kommunen forpligtet til at tilbyde stofmisbrugere en social handleplan, hvor der på et individuelt niveau kan aftales mål og strategi for den enkelte stofmisbruger, hvad angår brugerens fremtidige bolig- og beskæftigelsessituation og andre livsområder. Det er således den kommunale sagsbehandler, der som udgangspunkt er koordinator, hvad angår social integration af stofmisbrugerne.

Den nationale strategi vedr. kriminelle stofmisbrugere går ud på, at behandlingen så vidt muligt varetages af de sociale myndigheder. Kriminalforsorgens behandlingsinitiativer skal primært rette sig mod en motiverende og behovsafdækkende indsats. Men i de tilfælde, hvor sikkerhedsmæssige hensyn forhindrer deltagelse i ekstern behandling, skal Kriminalforsorgen så vidt muligt kunne tilbyde relevant behandling under afsoning. Kriminalforsorgen er blevet tilført ressourcer fra Socialministeriet i forbindelse med satspuljeforliget i 2003 med henblik på at indføre en egentlig behandlingsgaranti for de indsatte i Kriminalforsorgens institutioner.

9.2 Social reintegration

Hjemløshed og botilbud

Generelt er der stor opmærksomhed i Danmark om at nedbringe hjemløsheden blandt stofmisbrugerne. Man ved fra behandlingsområdet, at ca. hver tiende stofmisbruger, der søger behandling, er hjemløs og at mange derudover bor under meget ustabile former (Sundhedsstyrelsen 2005a). Der er i de senere år etableret en række tilbud af både midlertidig og permanent karakter, der skal støtte de hjemløse stofmisbrugere i at få en stabil boligsituation. Det anses generelt som en vigtig foranstaltning med henblik på social reintegration, såvel som middel og som mål i sig selv.

Dette gælder især de store byer København og Ålborg og Århus, men også visse af provinsbyerne, fx Viborg. Det er mindre udbygget i tyndt befolkede områder eller i områder, hvor der er et stort udbud af boliger, der er til at betale. Generelt indrettes tilbudene til stofmisbrugerne sådan, at de forbeholdes denne målgruppe, ligesom de typisk ekskluderes fra de botilbud, der er tilgængelige fra andre udsatte grupper, undtaget herfra er dog forsorgshjems- og herbergsområdet.

Stort set alle amter driver forsorgshjem/midlertidige botilbud efter §94 i lov om social service, som er målrettet hjemløse med svære sociale problemer, hvor stofmisbrugerne landet over udgør en betydningsfuld og end varierende del af brugergruppen. Nogle forsorgshjem afviser stofmisbrugerne, men det er typisk i områder, hvor der er flere at vælge imellem, således at man kan dele målgrupperne imellem sig. Forsorgshjemmene arbejder med botræning af beboerne – en måde at forberede dem i eller støtte dem i at kunne fungere i egen bolig på kortere eller længere sigt. Der er til flere af disse forsorgshjem knyttet medarbejdere, der skal understøtte udslusning af deres beboere til permanente boliger i den almindelige boligmasse, typisk i boliger bygget efter almenboligloven, hvor det er muligt at oppebære en boligsikringsydelse, der kan nedbringe huslejen.

Derudover er der i stigende grad oprettet botilbud af længerevarende karakter, men dog midlertidige i henhold til §91 og §92 i lov om social service. Her er stofmisbrugerne en anerkendt målgruppe. Disse §91 og §92-tilbud til stofmisbrugerne er overvejende halvvejshuse til stoffrit udskevne fra døgnbehandling, dvs. stofmisbrugere i et efterbehandlingstilbud, hvor målet er en social integration, og hvor halvvejshuset er et skridt på vejen dertil.

Dertil kommer ”alternative plejehjem”, som er botilbud til ældre syge stofmisbrugere, der ikke kan klare sig i eget hjem eller på gaden, men som ikke kan rummes på almindelige plejehjem for ældre borgere. Der er med støtte fra puljen til socialt udsatte grupper bevilget penge til at etablere 83 ”alternative plejehjemspladser” bl.a. forsorgshjemmene Sydfyn og St. Dannesbo i Fyns Amt, Overmarksgårdene i Vejle Amt, forsorgshjemmet i Ribe Amt, forsorgshjemmet Østervang i Århus Amt og Den selvejende Institution Kongens Ø, Helsingør. Der er tale om varige placeringer. De alternative plejehjem kan således etableres efter servicelovens § 92, hvor målgruppen er ”personer, som på grund af betydelig varigt nedsat fysisk eller 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”. Servicelovens § 92 finder anvendelse, selvom tilbuddet etableres i tilknytning til en boform efter servicelovens § 94.

Der er også oprettet §91-botilbud til psykisk syge stofmisbrugere. Generelt er §91-botilbuddene rettet mod specifikke målgrupper – i modsætning til §94-botilbuddene, som er af mere midlertidig karakter, men hvor man i højere grad rummer forskellige målgrupper sammen.

Et netop afsluttet 3-årigt forsøgsprojekt for stofmisbrugere i substitutionsbehandling har vist, at det er muligt at nedbringe hjemløsheden blandt stofmisbrugere. Her viste det sig, at forbedringen af boligforholdene var en af de sociale faktorer, der havde udviklet sig i en positiv retning i løbet af forsøget (Pedersen 2005). De, der ved indgangen i forsøget, havde en ustabil boligsituation, havde ved afslutningen for de flestes vedkommende opnået enten egen bolig eller en stabilisering af boligsituationen.

9.3 Uddannelses tilbud

Mange stofmisbrugere har haft et dårligt 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. 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 om aftenen, som enkeltfag eller som særligt kursus.

Der er daghøjskoletilbud, der tilbyder socialt udsatte grupper undervisning i en række fundamentale kompetencer, herunder læsning, skrivning og regning. Hovedparten af alle disse tilbud er dog ikke specifikt rettede til stofmisbrugere, men det er muligt for stofmisbrugerne at få adgang til disse. Stofmisbrugerne er ikke udelukkede af de generelle tilbud eller tilbuddene til en bredere målgruppe, men mange gange udelukker de sig selv fra disse tilbud. Der er tilbud, specifikt rettet mod stofmisbrugere med forsømte skolekundskaber i ”skærmede” miljøer, men de er få.

En erfaring fra Viborg Amt, hvor man havde oprettet minidaghøjskoler for stofmisbrugere i amtet i et samarbejde med det lokale oplysningsforbund, AOF, som satsede på at styrke de grundlæggende skolekundskaber, var, at brugerne var svære at motivere – at de havde svært ved at fastholde interessen, og at tilbuddet blev mere og mere et værested og ikke et undervisningstilbud. Man besluttede således efter en periode at lukke tilbuddet og tilbyde et aktivitets- og samværstilbud i stedet for et undervisningstilbud.

9.4 Beskæftigelsestilbud og forsørgelse

Stofmisbrugerne lever overvejende af offentlig forsørgelse. Blandt stofmisbrugere i behandling modtager ca. 50% en eller anden kontanthjælpsydelse, hovedparten som passiv ydelse, ca. 20% modtager førtidspension. Der synes således at være store barrierer for, at stofmisbrugerne kan blive integreret i samfundet via arbejde. Der er netop offentliggjort en undersøgelse af de ”svageste kontanthjælpsmodtagere i Danmark” (Socialforskningsinstituttet 2004)²⁰, som viste, at 22% af de svageste, som har været i uafbrudt kontanthjælp de sidste 4 år, har et hash- eller narkotikamisbrug. Der er således en stor overrepræsentation af denne gruppe blandt de langvarige kontanthjælpsmodtagere, da stofmisbrugerne kun udgør en meget lille andel af befolkningen. Blandt de 22% har knap en tredjedel været i et tilbud, hvor

²⁰ www.sfi.dk/sw9212.asp

misbruget håndteres, primært behandlingstilbud, men ingen af disse tilbud skønnede kommunerne var succesfulde. Kommunerne skønnede, at hovedparten af de svageste kontanthjælpsmodtagere manglede personlige kompetencer som motivation, initiativ, omhu, mødestabilitet, samarbejdsevne, vilje til at lære nyt, som er vigtige kompetencer, når virksomhederne skal ansætte folk, også ufaglærte. Kommunerne skønnede, at netop misbrugerne nok var den gruppe - sammen med indvandrere - som havde sværest ved at tilegne sig sådanne kompetencer. Man konkluderer i rapporten, at der netop på dette område er en stor udfordring for kommunerne i forhold til at udvikle indsatser, der kan forbedre disse gruppers muligheder.

”Rådet for socialt udsatte” har bl.a. på denne baggrund udarbejdet ”Elementer til en aktivitets- og beskæftigelsesplan for socialt udsatte”. Dette initiativ var også motiveret af, at regeringens beskæftigelsesreform ”Flere i arbejde” indebar forringelser i forsørgelsesmulighederne ved nedskæringer af og loft over kontanthjælpen, som angiveligt skulle motivere til at søge arbejde. Dette ville dog især ramme de udsatte grupper, som ikke havde de kompetencer, der skulle til at opnå beskæftigelse på det ordinære arbejdsmarked. Den alternative beskæftigelsesplan, som Rådet for socialt udsatte initierede, er resulteret i, at der er afsat 4 mio. DKK i 2005 og 3 mio. DKK de følgende 3 år til særlige projekter om aktivering af socialt udsatte²¹.

Der er også enkelte tilbud målrettet brugere i substitutionsbehandling. Dette gælder Københavns Kommune, der har 3 tilbud, Skiftesporet, Spirillen og Hotellet og enkelte andre provinskommuner²².

Da det imidlertid er svært at motivere og fastholde stofmisbrugerne, kræver det, at der er et stort ”kundegrundlag” til disse tilbud. Således nedlagde man i Viborg et beskæftigelsestilbud med titlen Loke erhverv (computerrenovering), da der hele tiden var tale om ”en døds-kamp for at holde det gående”.

Stoffri stofmisbrugere tilbydes typisk beskæftigelsesfremmede tilbud med et erhvervsrettet sigte og deltager i de tilbud, der er rettet mod andre kontanthjælpsmodtagere eller ledige.

Stofmisbrugerne i længerevarende substitutionsbehandling tilbydes overvejende aktivitets- og samværstilbud, ofte i tilknytning til et misbrugscenter eller et værested. Dette er tilbud, der ikke er direkte erhvervsrettede, men nærmest er en form for beskyttet beskæftigelse, som på sigt og i enkelte tilfælde kan føre til ordinær beskæftigelse, men som for de fleste vil have et socialt inkluderende sigte og opfylde behovene for ”en rumlig og tidsmæssig regulering af hverdagslivet, og at der opnås social kontakt med andre mennesker i løbet af dagen” (Larsen 2002).

Der er imidlertid i regeringens beskæftigelsesplan ”Flere i arbejde” også for gruppen ”på kanten af arbejdsmarkedet” formuleret skærpede krav til udarbejdelse af jobplaner og kontaktsamtaler hver tredje måned til de svageste kontanthjælpsmodtagere (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2005). Dette kan indebære en skærpelse af kravet til stofmisbrugerne om at indgå i aktivering, evt. samtidig med at de følger et behandlingstilbud, hvis de skal opretholde forsørgelsesgrundlaget. Til støtte af dette er der oprettet mentorordninger, som hidtil kun er anvendt i et begrænset omfang.

²¹http://www.servicestyrelsen.dk/publikationer_og_databaser/nyhedsbrev/nr7/4.html

²² Se EDDRA databasen: <http://eddra.emcdda.eu.int/>.

9.5 Rådgivningstilbud

Generelt er der rådgivningstilbud til rådighed for stofmisbrugere om, hvordan de skal håndtere deres gæld til det offentlige, det kan være skattegæld, lån til boligindskud mm, og til en vis grad også vedr. gæld til private, dog ikke gæld til bagmænd, dealere etc. Det har imidlertid været vanskeligt inden for de gældende regler om gældssanering konkret at hjælpe stofmisbrugere eller andre socialt udsatte af med gælden - også selvom det har vist sig, at en større oparbejdet gæld til det offentlige er en af de store barrierer for at komme i beskæftigelse, da man begynder at kræve afbetaling på gælden, når personen kommer i arbejde (Socialforskningsinstituttet 2004). Der er netop afsat 100 mio. DKK over de næste 4 år til at fjerne gældsbyrden fra de socialt dårligst stillede, og det forventes, at der fremsættes et lovforslag i slutningen af 2005.

Familierådgivning ydes typisk af de institutioner, hvor stofmisbrugerne er i behandling. Nogle amter har specialtilbud, der henvender sig til stofmisbrugere med børn. I de større kommuner er der familiehuse, hvor også stofmisbrugerne kan få adgang til rådgivning.

Kvinde-krisecentre er udbredte i Danmark. Imidlertid er det de færreste, hvor stofmisbrugende kvinder kan få adgang. Argumentet er, at der som regel opholder sig børn og unge sammen med kvinder i krise på disse centre, og at man ikke ønsker at få aktive stofmisbrugere eller stofmisbrugere i substitutionsbehandling ind og påvirke børn og unge.

9.6 Forebyggelse af narkotikarelateret kriminalitet

Kriminalforsorgen har som et led i regeringens satspuljeforlig for 2003 foretaget en evaluering af den samlede behandlingskapacitet og det samlede behandlingsbehov. Vurderingen af behovet, som er foretaget i maj 2005, har vist, at der fortsat ikke er tilstrækkelig behandlingskapacitet til at indføre en behandlingsgaranti. Kriminalforsorgen har derfor udarbejdet en liste over en række initiativer, som vil være nødvendige for at kunne opfylde en behandlingsgaranti. Spørgsmålet om finansiering er endnu ikke afklaret. Det forventes, at såfremt disse initiativer kan iværksættes i 2006, vil der kunne indføres en egentlig behandlingsgaranti pr. 1. januar 2007.

I 2004 var flere afdelinger af Kriminalforsorgen i Frihed interesseret i at etablere motivationsprojekter i arresthusene i lighed med de fire etablerede projekter i Esbjerg, Odense, Århus og Slagelse. Der er således i 2005 blevet etableret yderligere 10 motivationsprojekter, alle efter ansøgning.

10 Det illegale stofmarked

10.1 Overblik og sammendrag

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*. Beslagstatistikken de senere år viser en klar tendens til, at de forskellige illegale stoffer bliver beslaglagt i stort set alle politikredse i Danmark, hvorfor man må konkludere, at stofferne er tilgængelige i hele landet.

Resultater fra særlige retskemiske analyser i Danmark de senere år viser, at der er stor variation i renheden af de aktive stoffer i de illegale stoffer på markedet²³. Det store variationsinterval af renheden i de forskellige stoffer ses over hele landet.

Ser man på stoffordelingen af beslag på gadeplan (i det stikprøvebaserede gadeplanprojekt), ses stadig en klar tendens til, at heroinbase til rygning beslaglægges stadig hyppigere end den hvide heroin til injektion. Hvad angår prøver af kokain er disse steget markant på gadeplan, og kokain er nu det mest dominerende stof og har overgået andelen af både heroin og amfetamin. Der er dog stadig markante forskelle mellem byerne i forhold til, hvilke type stoffer, der hyppigst optræder. Amfetamin dominerer i Ålborg, Odense og Esbjerg, heroin og kokain i København, mens kokain dominerer i Århus.

Som i 2003 er der i 2004 ikke fundet nye og ukendte stoffer blandt de analyserede beslag. Dog er for første gang i starten af 2005 set det aktive og hallucinogene stof PCP (phencyclidin) indeholdt i en ecstasy-pille analyseret i første kvartal af 2005. Metamfetamin, MDE og MDA er stoffer, der optræder i stigende grad på det illegale marked – både alene og kombination med MDMA.

10.2 Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel

Beslagstatistikken viser som nævnt indledningsvis, at de forskellige illegale stoffer er spredt i hele Danmark. Hertil kommer oplysninger fra misbrugskonsulenter og resultater fra surveyundersøgelser, der bekræfter, at stofferne er nemme at få fat i, og at der tilbydes stoffer i vid udstrækning.

I ESPAD 2003 angiver så mange som 80% af de 15-16 årige, at de ville være i stand til at skaffe hash, hvis de ønskede det. Når der i undersøgelsen er spurgt ind til *hvorfra* de ville kunne skaffe hashen, oplyser 60% om mindst ét sted det ville være muligt. En stor andel af disse (40%) nævnte, at det kunne købes på diskoteker, caféer og lignende ”ude-steder”, og en næsten lige så stor andel kendte så godt til hashmiljøet, at de viste, hvor der var en pusher, som solgte hash.

Hvad angår de øvrige illegale stoffer, vurderer halvdelen af de 15-16-årige, at det ville være svært eller endog umuligt for dem at anskaffe stofferne.

²³ Resultater af de særlige retskemiske analyser er baseret på stofprøver fra henholdsvis Gadeplanprojektet og fra projektet om overvågning af ecstasy-piller, som omtales senere i kapitlet.

Stoffernes lette tilgængelighed er også rapporteret fra de regionale høringer i 2005. Stofferne synes at være til stede til private fester, på diskotekerne, i og uden for fester i ungdomsklubber samt på den offentlige arena, gader og stræder (se endvidere kapitel 2).

Stoffernes vej til Danmark

Der er ikke nye oplysninger, der vedrører produktions- og distributionslande for de illegale stoffer, der beslaglægges i Danmark. Som rapporteret i årsrapporten over *Narkotikasituationen i Danmark 2003* er Marokko ifølge Rigspolitiet stadig det væsentligste producentland af hash i forhold til det danske marked, og Spanien og Holland i den forbindelse stadig de vigtigste distributionslande. Med hensyn til heroin kommer stadig langt den overvejende del til Danmark fra Sydvestasien, mens både amfetamin og ecstasy, der beslaglægges i Danmark, primært formodes at være produceret i Holland og Belgien (Rigspolitiet 2004a).

10.3 Beslaglæggelser af stoffer på det illegale marked

Politi og toldvæsen opgør løbende mængden af beslaglagt illegalt stof samt antal beslag af illegale stoffer, som foretages ved grænserne, lufthavne og havne i forbindelse med større efterforskningssager samt på gadeplan. Oplysninger om beslagene indberettes løbende til Rigspolitichefens Efterforskningsstøttecenter (NEC), som udarbejder og publicerer en årlig statistik (Rigspolitiets Narkotikastatistik 2004b).

Tabel 10.3.1. i annekset viser udviklingen i mængden og antal beslaglæggelser af heroin, kokain, amfetamin og hash fra 1992 - 2004. Fra 1995 og frem er endvidere medtaget mængde og antal beslag af ecstasy og lsd. Tabellen viser store udsving i mængden af beslaglagt stof inden for de fleste stof typer i enkelte år.

Det fremgår af tabellen, at antal beslaglæggelser af heroin er steget fra 894 beslag i 2003 til 1041 beslag i 2004. Mængden af beslaglagt heroin udviser ikke nogen klar tendens igennem de senere år men var i 2004 37,5 kg, hvilket er en stigning fra 2003, hvor mængden af den beslaglagte heroin var på sit absolut laveste niveau med 16,3 kg. Antal beslaglæggelser af hash steg fra 5942 i 2003 til 7313 i 2004, mens mængden af beslaglagt hash faldt fra 3.829 kg til 1.757 kg i samme periode. Hvad angår antal beslaglæggelser af amfetamin ses en lille stigning fra 2003 til 2004. Samtidig er mængden af beslaglagt amfetamin konstant i perioden. Fra 2003 til 2004 steg også antal beslag af ecstasy-piller, mens der ses et markant fald i antallet beslaglagte ecstasy-piller fra 62.475 i 2003, til 38.096 i 2004. Antal beslag af kokain er steget jævnt fra 1999 og var 1207 beslag i 2004. I samme periode ses store udsving i den beslaglagte mængde kokain. I 2004 blev der beslaglagt 32 kg kokain, hvilket var et væsentlig fald sammenlignet med 2003, hvor der blev beslaglagt i alt 104 kg kokain. I 2003 bestod enkelte beslag af store mængder.

Overvågning af narkotika i illegal forhandling på brugerniveau

Formålet med det såkaldte "Gadeplanprojekt" er dels at følge udviklingen mellem priser og stofkoncentration som indikator for forholdet mellem udbud og efterspørgsel på det illegale marked, dels at identificere forekomsten af "farlige stoffer" samt at vurdere hyppigheden og lokaliteten af stoffer med høj koncentration. Endelig har den løbende monitorering til formål at følge introduktionen af nye stoffer på det illegale marked.

Datamaterialet i Gadeplanprojektet bestod i 2004 af stikprøvebaserede små beslag fra 5 politikredse i Danmark (København, Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg), som afleveres til analyse hos de retskemiske institutter²⁴. Af tabel 10.3.2. fremgår fordelingen af beslaglagte stoftyper på landsplan fra 1996 til 2004²⁵.

Ud af de 200 analyserede prøver i 2004 bestod 63% af de centralstimulerende stoffer amfetamin og kokain. Hvad angår kokainen er andelen af prøver med kokain i gadeplanprojektet steget markant fra projektets start i 1995, mens andelen af prøver med amfetamin har været stigende siden 2000.

Forekomsten af metamfetamin har været stigende de senere år. I gadeplanprojektets prøver er imidlertid sket et fald i andelen fra 2003 til 2004, hvor henholdsvis 4% og 1% bestod af metamfetamin²⁶. Yderligere 3% af prøverne indeholdt forskellige stoffblandinger, herunder flunitrazepam.

33% af samtlige prøver i 2004 på landsplan var heroin. Således er der sket et markant fald i andelen af heroinprøver fra 1995 til i dag, da 74% af samtlige prøver i 1995 var heroin. For første gang siden projektets start er kokain det hyppigste forekomne stof og udgjorde 34% af samtlige prøver i 2004. 29% af samtlige prøver i 2004 er amfetamin. I København er heroin og kokain de dominerende stoffer (57% og 36%), mens kokain dominerer i Århus (40%), og amfetamin dominerer i Odense, Aalborg og Esbjerg (49%, 46%, 36%).

24 Ved den retskemiske undersøgelse registreres identiteten af det illegale stof samt eventuelle tilsætningsstoffer. Endvidere bestemmes prøvens renhed og vægt.

25 Gadeplanprojektet omfatter ikke hash eller andre cannabisprodukter. Hertil kommer, at ecstasy blev ekskluderet fra "Gadeplanprojektet" fra 2003 og overvåges nu selvstændigt. Se "Overvågning af ecstasy-piller på markedet" i næste afsnit.

26 Se også om forekomsten af metamfetamin i ecstasy-pillerne senere i kapitlet.

Tabel 10.3.2. Fordeling imellem stof typer på brugerplan 1995-2004

År	1995 n = 203	1996* n = 212	1997* n = 217	1998* n = 208	1999* n = 216	2000 n = 188	2001 n = 152	2002 n = 198	2003 n = 188	2004 n = 200
Heroin	74%	57%	60%	56%	45%	44%	45%	40%	39%	33%
Amfetamin	16%	23%	26%	17%	23%	17%	22%	24%	20%	29%
Kokain	9%	14%	9%	23%	27%	24%	22%	30%	32%	34%
Ecstasy**	-	3%	1%	<1%	3%	7%	9%	2%	-	-
Metamfetamin***	-	-	-	-	-	-	-	-	4%	1%
Andet euforiserende/stofblandinger	-	1%	1%	1%	1%	5%	1%	3%	4%	3%
Ikke euforiserende	>1%	2%	3%	1%	<1%	3%	1%	2%	1%	-
I alt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Kaa et al. 1996, Kaa et al. 1997, Kaa et al. 1998, Kaa et al. 1999, Kaa et al. 2000, Kaa et al. 2001, Kaa et al. 2002, Kaa et al. 2003, Kaa et al. 2004, Kaa et al. 2005

*I 1996, 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 ecstasy-piller på markedet" i næste afsnit.

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

Af tabel 10.3.3 i annekset ses fordelingen imellem heroinbase ("rygeheroin") og heroinklorid (hvid heroin til injektion) fra 1995-2004. Fra 1995 til i dag bliver der registreret en større og større andel af heroinbase blandt heroinprøverne. I 2004 var fordelingen af heroinbase og heroinklorid henholdsvis 77% og 23% på landsplan.

I Odense var der alene prøver med heroinklorid, mens der i Esbjerg alene var prøver med heroinbase. I både Århus og København er der en væsentlig dominans af prøver med heroinbase.

Af tabel 10.3.4. fremgår renheden af de forskellige stoffer fra 1995 til 2004 i Gadeplanprojektets stikprøver. Medianen for renheden af hvid/beige heroinklorid har fra 1996 til 2004 ligget mellem 50% og 71% og var i 2004 63%. Variationsintervallet var stort – fra 24-78%. Der er ikke signifikant forskel på renheden af heroinklorid i 2004 sammenlignet med tidligere år.

Tabel 10.3.4. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1995-2004 (Median af aktivt stof)

	1995	1996*	1997*	1998*	1999*	2000	2001	2002	2003	2004
Heroinklorid	68%	64%	71%	70%	69%	59%	52%	50%	64%	63%
Heroinbase	34%	43%	32%	31%	30%	40%	48%	25%	25%	22%
Amfetaminsulfat	26%	15%	16%	15%	9%	12%	9%	13%	9%	9%
Kokainklorid	68%	58%	57%	51%	54%	37%	43%	36%	37%	24%

Kilde: Kaa et al. 1996, Kaa et al. 1997, Kaa et al. 1998, Kaa et al. 1999, Kaa et al. 2000, Kaa et al. 2001 og Kaa et al. 2002, Kaa et al. 2003, Kaa et al. 2004, Kaa et al. 2004

*I 1996, 1997, 1998 og 1999 er der medtaget tal fra Helsingør politikreds.

For heroinbase var medianen for renheden 22% i 2004. Renheden af heroinbase er ikke anderledes end i 2002 og 2003 men er i alle disse tre år signifikant lavere end i 2000 og 2001. Variationsintervallet for renheden i 2004 var, som ved heroinklorid, stort (7-65%).

For amfetamin fandtes, som i tidligere år, mange prøver med lav renhed. Medianen var 9%, og variationsintervallet er bredt (1-59%). Renheden var i 2004 på samme niveau som de seneste år men lavere end i midten af 1990'erne.

Renheden af kokain var signifikant lavere end tidligere år, og medianen var 24% i 2004. Som tidligere år var variationsintervallet i 2004 imidlertid stort (6-79%).

Der fandtes i 2004, som i tidligere år, ikke væsentlig forskel i renheden af de enkelte illegale stoffer beslaglagt i forskellige dele af landet, men overalt sås et stort variationsinterval. I alle politikredse fandtes til stadighed stoffer af både lav og høj renhed på markedet samtidigt. For ingen af stofferne var det muligt at udpege perioder af året, hvor renheden var specielt høj eller lav.

Overvågning af ecstasy-piller på markedet

Monitoreringen af narkotika blev i 2001 endvidere udvidet, idet Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Rigs politiet og de tre retsmedicinske institutter etablerede en ecstasy-database baseret på retskemiske analyser af beslaglagte ecstasy-piller i Danmark²⁹.

Ecstasy-databasen samler systematisk analyseprøver fra samtlige beslag af ecstasy i Danmark. Der er således tale om både store og små beslag. Pillerne beskrives med hensyn til stofkoncentration, stofsammensætning og udseende. Databasen er en lukket database, hvor alene Rigs politiet, Sundhedsstyrelsen og de retskemiske in-

²⁸ 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.

²⁹ I databasen indgår ikke kun tabletter 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.

stitutter har adgang. Kvartalsvis opdatering af analyseresultaterne samt en større årlig rapport findes imidlertid på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Som led i EU-samarbejdet sendes fotos af ecstasy-piller til Europol med henblik på at fastslå, hvorvidt ecstasy-piller beslaglagt i forskellige lande oprindeligt hører fra samme illegale produktionssted.

I 2004 blev 35.254 ecstasypiller sendt fra politikredsene til de retskemiske institutter med henblik på retskemisk undersøgelse (Kaa 2005). I alt beslaglagde politikredsene 38.096 ecstasy-piller i 2004 fordelt på 505 beslag. 93% af de ecstasy-piller, som politiet beslaglagde igennem 2004, blev således undersøgt på de retskemiske institutter. Blandt de undersøgte piller i 2004 skønnes der at være 113 forskellige slags piller opdelt efter udseende og indhold. "Variationen" af ecstasy på markedet synes således stadig at blive større, da "alene" 81 af pillerne i 2003 var forskellige.

Med hensyn til udseende er pillerne oftest hvide, beige eller grå og næsten altid runde. Dog er i 2004 også set piller i rudeform, trekantede eller også formet som firklover, og der er flere farvede piller (rød/orange eller grøn) end tidligere år. Hvor 1/4 af pillerne i 2003 var farvede, gjaldt dette for 2/3 af pillerne i 2004. Blandt prøverne i 2004 fandtes 47 forskellige logoer, hvor Armani er langt det hyppigst forekomne logo (flesteprover) efterfulgt af Ferrari, Stjerne og Sommerfugl. Ca. halvdel af logoerne findes kun i én variant, mens den anden halvdel findes i flere. Eksempelvis fandtes der i 2004 11 forskellige typer piller med et Mitsubishi logo og 10 forskellige typer piller med et Smiley logo. Siden projektets start er det gennem alle år Mitsubishi (34 forskellige) og Smiley (24 forskellige), der er set i flest varianter. Blandt de 47 fundne logoer i 2004 var 13 ikke set før. Piller med samme logo kan variere med hensyn til diameter, farve, vægt, højde, type og mængde af aktivt stof.

Med hensyn til indholdsstoffer er der i 2004 ikke fundet nye og "ukendte" indholdsstoffer i pillerne. Metamfetamin ses imidlertid med stigende hyppighed i pillerne, enten alene eller sammen med MDMA. Ligeledes ses med stigende hyppighed piller med MDA sammen med MDMA eller både sammen med MDMA og MDE. Langt hovedparten (85%) af pillerne i 2003 indeholdt alene MDMA. 14% af pillerne indeholdt MDMA samt et andet stimulerende stof, mens mindre end 1% ikke indeholdt MDMA men et andet aktivt stof (metamfetamin).

I 2004 findes tabletter med både lav og høj koncentration af MDMA (1-130 mg). Den gennemsnitlige mængde af MDMA pr. tablet var i 2004 på 68 mg., hvilket ikke adskiller sig væsentligt fra tidligere år.

I skrivende stund (juni 2005) foreligger første kvartalsoversigt over analyserede ecstasy-piller i 2005. Denne viser store ændringer af indholdsstoffer sammenlignet med hele 2004, hvorfor hovedtendenserne beskrives her. Resultaterne fra første kvartal i 2005 baserer sig på 125 prøver.

Andelen af MDMA alene i pillerne er faldet markant siden 2004 samtidig med at andelen, hvor MDMA ses i kombination med MDA, MDE eller metamfetamin, er steget markant. Hvor 85% af de analyserede piller i 2004 indeholdt MDMA alene - som nævnt ovenfor - gjaldt dette for "kun" 42% af pillerne i første kvartal af 2005. 22% af pillerne i 1. kvartal 2005 indeholder amfetamin og/eller metamfetamin alene eller i kombination med andre aktive stoffer. I hele 2004 gjaldt dette for 8% af

pillerne. Sammenlignet med hele 2004 ses i 2005 en stigning i ecstasy-piller, der indeholder tre forskellige aktive stoffer samtidig.

Hertil kommer, at der i første kvartal 2005 er analyseret en pille med det aktive hallucinogene stof PCP (phencyclidin) i kombination med metamfetamin. PCP er ikke tidligere set i ecstasy-piller i Danmark og er et hallucinogent præparat, der selv i små doser kan medføre alvorlige forgiftninger.

Mere om indholdet i ecstasypillerne kan læses på www.sst.dk

Den hurtige og systematiske ecstasyovervågning i Danmark må vurderes at give et godt overblik over, hvilke ecstasypiller der findes på markedet herhjemme, og hvad de indeholder. Herudover er alle aktive indholdsstoffer i ecstasypillerne, der er undersøgt fra 2001 og frem, nu omfattet af narkotikalovgivningen. 2C-B blev forbudt i 2001, 2C-I og PMMA i 2002, og 5-MeO-DIPT blev forbudt i 2004. I 2005 er foreløbig 2C-D blevet forbudt.

Priser

Retskemikerne modtog i 2004 i forbindelse med Gadeplanprojektet i meget få tilfælde oplysninger om priser på narkotika, hvorfor man ikke på baggrund heraf kan sige noget om priser på stofferne.

Rigspolitiet vurderer, at prisen på gadeplan for hash er på omkring 50 kr. pr. gram, og har ikke ændret sig væsentlig gennem mange år. Pris pr. gram heroin ved salg på gadeplan anslås at være mellem 800 og 1000 kr. for den hvide heroin, og 500 kr. for den brune heroin. Det er noget lavere end for ét år siden, og der er stadig store afvigelser rundt omkring i landet. Priserne for kokain anslås at være svagt faldende med 500 - 600 kr. pr. gram på gadeplan. For amfetamin anslås prisen pr. gram på gadeplan til ca. 250 kr., mens prisen for en ecstasy-pille anslås til at ligge mellem 50-125 kr. Hvad angår priserne på de forskellige stoffer, er der store variationer i de forskellige dele af landet (Rigspolitiet 2004a).

11 Kønsforskelle og rusmidler

11.1 Indledning

I de senere år er der sat fokus på mænd og kvinders forskellige sundheds- og sygdomsadfærd og livsstil og på dets konsekvenser. Der er ligeledes også foretaget mange undersøgelser, der dokumenterer markante forskelle i mænd og kvinders risikoadfærd såsom kost- og motionsmønstre, rygning og alkoholvaner m.m. Dette gælder også i høj grad hvad angår brug af narkotiske stoffer, hvor mænd markerer sig som det ”stærke køn”, hvad angår udbredelse og misbrug af illegale stoffer – i alle aldersgrupper. Denne kønsmæssige skævhed i brugen og misbruget af illegale stoffer viser sig også ved de sundhedsmæssige konsekvenser. Blandt andet søger flere mænd end kvinder behandling for deres misbrug, indlægges på skadestuen med forgiftninger og dør som følge af deres misbrug.

I de senere år har det derfor også været forsøgt at målrette den forebyggende indsats i brugen af rusmidler blandt de unge mænd og kvinder, om end disse erfaringer er sparsomme og ikke meget udbredt på landsplan.

Kapitlet vil indeholde de kønsmæssige aspekter ved brug og misbrug af illegale stoffer og dets konsekvenser samt beskrive de foreløbige erfaringer med at målrette den forebyggende indsats til de forskellige køn.

11.2 Brugen af stoffer blandt mænd og kvinder

Ser man på udbredelsen af det eksperimenterende brug af de forskellige illegale stoffer, er det karakteristisk, at der i alle aldersgrupper er mere eller mindre markante forskelle på udbredelsen af de illegale stoffer blandt kønnene.

Resultaterne fra ESPAD-undersøgelserne gennem årene viser signifikante forskelle mellem drenge og piger i deres eksperimenteren med hash. Forskellen mellem kønnene i deres eksperimenteren med andre illegale stoffer er endnu mere markant, idet næsten dobbelt så mange drenge som piger på 15–16 år nogensinde har prøvet amfetamin og ecstasy i 2003.

Tabel 11.2.1 viser forskellen på det eksperimenterende brug af de illegale stoffer blandt de 15-16-årige drenge og piger i 2003 samt deres eksperimenteren med snifning og brug af nerve-/sovemedicin. For alle de illegale stoffer gælder, at flere drenge end piger har prøvet de forskellige stoffer. Kun i brugen af beroligende medicin ser det anderledes ud. Her har lidt flere piger end drenge taget beroligende medicin nogensinde. Forskellen her er imidlertid ikke signifikant.

Tabel 11.2.1. De procentvise andele blandt de 15-16-årige drenge og piger, som har erfaringer med snifning, beroligende medicin og illegale rusmidler i 2003.

	Drenge ESPAD 2003 n = 1504	Piger ESPAD 2003 n = 1474
Hash prøvet nogensinde	28	19
Hash sidste måned	11	6
Amfetamin prøvet nogensinde	5	3
Ecstasy	4	2
Kokain prøvet nogensinde	2	2
Heroin (injektion) prøvet nogensinde	1	1
Rygeheroin prøvet nogensinde	1	1
Lsd prøvet nogensinde	2	1
Psilocybinsvampe prøvet nogensinde	3	1
Snifning prøvet nogensinde	9	7
Taget beroligende medicin*	9	10

Kilder: Hibell et al. ESPAD 2003.

* Enten lægeordineret og/eller uden recept

Omfanget af det eksperimenterende brug af illegale stoffer stiger med alderen, og stigningen er størst blandt drenge (Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse 2005). Henholdsvis 42% af drengene og 35% af pigerne mellem 16 og 20 år har nogensinde prøvet hash eller andre stoffer, herunder er hash langt det mest udbredte stof. Stigningen i udbredelsen med alderen viser sig ved, at 17% af de 16-årige og 55% af de 20-årige drenge har prøvet hash eller andre stoffer. Stigningen blandt pigerne er fra 21% blandt de 16-årige til 45% blandt de 20 årige.

De tre stoffer, som udover hash er mest prøvet blandt de 16-20-årige, er blandt drengene amfetamin (8,2%), ecstasy (5,3%) og kokain (5,1%), mens det for pigerne er amfetamin (5,3%), ecstasy (3,3%) og snifning af opløsningsmidler (3,3%), der er mest prøvet.

Endelig er der flere drenge end piger, der har et aktuelt brug af de illegale stoffer. Dobbelt så mange drenge (10%) som piger (5%) mellem 16-20 år opgiver at have brugt hash inden for seneste måned, mens 7,3% af drengene og 5,0% af pigerne har prøvet andre stoffer end hash inden for seneste måned. Også det aktuelle brug af illegale stoffer er stigende ved alderen.

11.3 Forskelle i de sundhedsmæssige konsekvenser

Undersøgelsesresultater over udbredelsen af illegale stoffer dokumenterer altså, at både det eksperimenterende brug (brugt nogen sinde) og det aktuelle brug (brugt seneste måned) blandt de unge er større blandt drenge end piger. Ikke overraskende afspejler denne forskel sig i sundhedsmæssige og sociale konsekvenser og "efterdønninger" efter et misbrug. Der er flere mænd end kvinder, der både søger behandling for deres misbrug, og flere mænd end kvinder, som registreres indlagt på skadestue efter forgiftninger med illegale stoffer. Endelig er der flere mænd end kvinder, der dør en narkotikarelateret død.

Mænd og kvinder i stofmisbrugsbehandling

Ud af de i alt godt 5000 personer der blev indskrevet i behandling for deres stofmisbrug i 2004, var tre fjerdedele mænd (77%) og en fjerdedel kvinder (23%) (Sundhedsstyrelsen 2005a).

Som beskrevet i kapitel 4, er der de seneste år sket en markant stigning i andelen af unge under 30 år, der er i behandling for deres stofbrug. Ser man på årene fra 2002 til 2003, stiger antallet af unge i behandling med 17% (fra 3813 til 4466 personer). Til sammenligning steg det samlede antal stofmisbrugere med godt 12%. Stigningen blandt de unge i behandling ses både blandt mænd og kvinder. Dog ses, at stigningen udgøres af en lidt større andel kvinder end mænd, og at denne tendens især ses, når det alene handler om de 18-24-årige. Sagt på en anden måde er der i de senere år en lidt større tilgang af unge kvinder i behandlingssystemet. Denne tendens er sket fra 2002 og frem (Sundhedsstyrelsen 2005c).

Forgiftninger med illegale stoffer

Udtræk fra Landspatientregisteret over antal henvendelser ved landets skadestuer i årene 1999 - 2004, som skyldes forgiftninger efter indtagelse af illegale stoffer, viser endvidere store kønsmæssige forskelle (Sundhedsstyrelsen 2005d). Som nævnt i kapitel 6, skal resultaterne tages med visse forbehold, da der er tale om både underregistreringer og fejlkilder ved registreringen.

Blandt de i alt 7871 registrerede forgiftninger over de 6 undersøgelsesår, er 2/3 (67%) af disse blandt mænd og 1/3 (33%) blandt kvinder. Forskellen på de registrerede forgiftninger mellem kønnene er lidt mindre i de yngre aldersgrupper. F.eks. er kønsfordelingen 60%/40% mænd og kvinder i aldersgruppen under 20 år, og 72%/28% mænd og kvinder i aldersgruppen mellem 20 og 29 år.

Der er ikke forskellige ”mønstre” i forgiftningstilfældene blandt mænd og kvinder. De forskellige stoffer, der er årsag til forgiftningerne, fordeler sig nogenlunde lige- ligt og proportionalt med den kønsfordeling, der ses ved forgiftningerne generelt.

Narkotikarelaterede dødsfald

Der er også et overtal mænd, der dør en narkotikarelateret død. Blandt de 275 registrerede narkotikarelaterede dødsfald i 2004 var 211 (77%) af disse mænd, og 64 (23%) kvinder. De seneste år er andelen kvinder, der dør en narkotikarelateret død, steget noget. I 2003 var der ud af de i alt 245 registrerede dødsfald 197 (80%) mænd og 48 (20%) kvinder. Og ud af de i alt 252 dødsfald i 2002 var 216 (86%) mænd og 36 (14%) kvinder.

Alt i alt kan man sige, at mænd i langt højere grad oplever sundhedsmæssige konsekvenser som følge af deres brug og misbrug af illegale stoffer. Når det handler om behovet for behandling samt dødsfald relateret til misbrug, er der i de seneste år imidlertid en tendens til, at kvinderne udgør en lidt større andel i statistikkerne.

11.4 Målrettet forebyggende indsats til mænd og kvinder

Der er ikke i Danmark ”tradition” for at målrette den forebyggende indsats til henholdsvis mænd og kvinder/drenge og piger. Via forespørgsel til amternes alkohol- og narkotikakonsulenter i foråret 2005 er det alene Nordjyllands Amt, der melder om erfaringer med en sådan målrettet rusmiddelforebyggelse. Her har man lavet særlige tilrettelagte forløb blandt piger og drenge på produktionsskolerne i amtet.

Under modelamtprojektet vedrørende ecstasy-forebyggelse i 2002 blev der på samtlige 14 produktionsskoler gennemført kønsspecifikke rusmiddel-forebyggelsesforløb. Baggrunden for at fokusere særligt på produktionsskolerne var, at en undersøgelse over forbruget og holdninger til rusmidler blandt de unge på ungdomsuddannelserne i Nordjyllands Amt viste, at de unge på produktionsskolerne havde et markant højere forbrug af stoffer end f.eks. de unge på gymnasierne og handelsskolerne. Igennem processen viste det sig også, at rusmidler og misbrugsproblematikker fylder meget i produktionsskoleelevernes liv. For nogle af eleverne i disse skoler handler det om, at mange selv eksperimenterer med stoffer og for andre, at de har misbrugsproblematikker inde på livet i form af misbrugende kæresten, forældre, søskende eller venner. Endelig definerer nogle af eleverne rusmidler som en flugt fra et kompliceret familieliv, fra fiaskoer i skolen, fiaskoer i uddannelsessystemet eller som et ”must” for at opretholde et socialt liv.

Formålet med forebyggelsesprojektet i produktionsskolerne var at bidrage til en større forståelse og bevidsthed om egne vaner, kultur og forbrugsmønstre blandt eleverne. De unge skulle debattere og reflektere over festkultur, ungdomskultur, kammeraters indflydelse, familiens indflydelse, barrierer i forhold til deres fremtid, ulemper/fordele ved at stoppe et eventuelt forbrug af hash eller andre stoffer. De skulle arbejde i *kønsopdelte grupper*. Dette krav til projekterne var udsprunget af et ønske om, at der i modelamtsperioden blev indsamlet erfaringer med kønsopdelt forebyggelse. Formodningerne var, at når det handler om rusmidler, har de to køn ofte nogle særegne vaner, traditioner og kulturer, som afspejler deres måder at snakke om emnet på. Ved at opdele eleverne i køn ville de give eleverne mulighed for - ikke kun at finde ud af, hvad der er specielt ved at være ung i dag - men også, hvad der er specielt ved at være en ung pige eller en ung mand. Der lå en antagelse om, at det er nemmere at blive bevidst på egne rusmiddelvaner/adfærd, hvis der er fokus på det kønsspecifikke. Eleverne var tvunget til at arbejde sammen – også omkring et emne, som for mange var meget følsomt, fordi de havde mange negative erfaringer med misbrug i familien.

Erfaringer fra projektet har vist, at udover at det kønsopdelte gruppearbejde har skabt nye kontakter og netværk på skolen, har det også givet flere elever følelsen af, at de ikke er alene med deres problemer. Eleverne har snakket meget om rusmidler, og de har fået større bevidsthed om deres egne holdninger og på deres gruppemedlemmers holdninger. Endvidere har projektet været med til at nedbryde nogle tabuer omkring problemstillinger med rusmidler.

Især i drengegruppen blev det mere legitimt at snakke om rusmidler og egne og andres misbrugserfaringer og problematikker, og mange drenge oplevede lettelse ved det grænseoverskridende i at tale om egne erfaringer og i oplevelsen af ikke at være alene om at have problemer. Pigerne var for det meste i forvejen rimeligt gode til at snakke med hinanden og vidste meget om hinandens problemer. Men også her viste erfaringerne, at nogle problemer kunne blive løst ved de kønsopdelte gruppeprocesser. Ved påbegyndelsen af projektet var pigernes indbyrdes forhold på skolerne for manges vedkommende meget skrøbeligt. De havde nemt ved at blive uvenner med hinanden, og flere piger blev holdt udenfor. I løbet af projektet blev der skabt større fællesskab pigerne imellem, og via nye kontakter og netværk på skolen fik også flere af pigerne her følelsen af, at de ikke står alene med deres problemer.

Som en opfølgning på modelamt-projektet i 2002 har Foldbjergcenteret sammen med Nordjyllands Amt i 2004/2005 lavet yderligere et projekt omkring piger og

trivsel på to produktionsskoler. Hver uge i 2-3 måneder er der på disse skoler kørt et særligt forløb med pigerne, hvor de deltagende lærere har arbejdet med forskellige emner såsom kvinder i dag, kvinder og rusmidler, veninder, parforhold, kropskultur, seksualitet og moderrollen. Baggrunden for projektet har som i modelamtsprojektet været, at piger og drenge trives forskelligt og har forskellige vaner, når det drejer sig om bl.a. sundhed og rusmidler. I projektet har der været særlig fokus på pigernes netværk og på en forståelse af, hvad det vil sige at være pige i dagens Danmark. Erfaringer også fra dette projekt har vist, at pigerne gennem diskussioner har fået styrket deres bevidsthed omkring egen identitet, øget deres sociale netværk og er blevet mere rummelige og mere opmærksomme på deres holdninger til forskellige emner.

Efterfulgt af projektet i Nordjylland arbejdes der nu på at færdiggøre et idekatalog/undervisningshæfte til produktionsskolerne og andre ungdomsuddannelser.

Som indledningsvis nævnt, er det ikke typisk at lave kønsrelateret forebyggelse i Danmark. Erfaringerne fra Nordjylland kan imidlertid tyde på, at kønsrelateret forebyggelse med fordel kan anvendes i særlige sammenhænge og situationer.

12 Narkotikapolitik i relation til alkohol, tobak og doping

12.1 Indledning

I Danmark går forebyggelse af narkotikaproblemer hånd i hånd med forebyggelse overfor alkohol- og tobaksproblemer, især når det gælder de unge som målgruppe. Også når det gælder behandlingsindsatsen, er der en række fællestræk overfor alkohol- og stofmisbrug. Men da narkotikaområdet har en særlig juridisk stilling mht. regulering og kontrol, er der også en del af indsatsen, der er specifik, først og fremmest selvfølgelig den kontrolmæssige indsats.

12.2 Nationale programmer for forebyggelse

Aktuelt er der tre nationale programmer, der omhandler forebyggelse. Et program for forebyggelse generelt, narkotika specifikt og doping specifikt. I det specifikke narkotika-program behandles den samlede narkotikapolitik, inklusiv behandling og retshåndhævelse.

I regeringens generelle forebyggelsesinitiativer indgår narkotika som et delement, og tilsvarende kædes narkotika sammen med alkohol og tobak i forebyggelsesdelen af den specifikke narkotikahandlingsplan.

Forebyggelsesprogrammet

I regeringens forebyggelsesprogram fra 2002, ”*Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*”, sættes fokus på de risikofaktorer, der vurderes som de vigtigste, forebyggelige årsager til store folkesygdomme og dødsårsager. Risikofaktorerne er således prioriteret ud fra et udbredelseskriterium. I denne liste medtages rygning og alkohol, men ikke illegale stoffer. Listen består af risikofaktorerne: rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, svær overvægt, ulykker, arbejdsmiljø, miljøfaktorer. Disse risikofaktorer relateres til de 8 folkesygdomme: aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

Men set i relation til målgruppen af unge omtales både alkohol, tobak og illegale stoffer som væsentlige risikofaktorer: ”alvorlige sundhedsproblemer for unge er især knyttet til ulykker, tobaks- og alkoholdebut, vold, brug af illegale stoffer samt selvmordforsøg. Derudover er sundhedsproblemer i denne alder især relateret til trivsel og livsstil” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002b). Der refereres til epidemiologiske undersøgelser, der viser ”et tydeligt sammenfald mellem storforbrug af alkohol, eksperimenterende brug af illegale rusmidler og rygning blandt en mindre gruppe af de unge” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002b) og i overensstemmelse hermed peges der på rusmiddelkulturen blandt unge som et område, der bør gøres noget ved, ligesom både alkohol, tobaks- og stofbrug indgår som nøgleindikatorer for sundhed i denne målgruppe.

Handlingsplanen mod narkotikamisbrug

Regeringen fremlagde i oktober 2003 ”*Kampen mod narko – handlingsplan mod narkotikamisbrug*”. Planen retter sig, som titlen angiver, specifikt mod illegale stoffer, men i afsnittet om præmisser for indsatsen nævnes, at ”brugen af legale og illegale rusmidler hænger sammen på den måde, at det især er unge med et stort

alkoholforbrug, der også eksperimenterer med stoffer". I afsnittet om *forebyggelse* uddybes dette med, at "en vigtig del af den tidlige forebyggelse af stofmisbrug vil være en udskydelse af alkoholdebuten og generelt en begrænsning af de unges alkoholforbrug" (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003). I samme afsnit er det anført, at der er en tydelig sammenhæng mellem det at have et storforbrug af alkohol og tobak og det at prøve narkotika, og at særligt en tidlig debut med alkohol og tobak er et signal om, at der kan opstå problemer med narkotika. Det konstateres på den baggrund, at den specifikke narkotikaforebyggelse derfor i visse sammenhænge må indgå som et led i den almindelige rusmiddelforebyggelse. I afsnittet er det endvidere slået fast, at forebyggelsesindsatsen bl.a. skal være helhedsorienteret, dvs. omfattende rusmidler bredt.

I en del af de konkrete forslag til forebyggelsestiltag bruges den generelle betegnelse rusmidler (som omfatter såvel alkohol som illegale stoffer, men ikke tobak). Det anbefales således, at kommuner, såvel som skoler, fastlægger en rusmiddelpolitik, ligesom det anbefales, at der arbejdes med forebyggelse i festmiljøer med en "kombineret målsætning om at holde narkotika ude af forlystelseslivet, at sikre "ansvarlig servering" i forhold til de unge og at minimere akutte beruselseskader" (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003).

Dette oplæg fra regeringens side til at se mere bredt på rusmidler i det konkrete forebyggelsesarbejde er fulgt op med Sundhedsstyrelsens vejledning til de kommuner, der deltager i "Narkoen ud af byen". "Narkoen ud af byen" er et stort forebyggelsesinitiativ i regeringens narkotikahandlingsplan, og det udføres i et samarbejde mellem staten (Sundhedsstyrelsen) og 14 kommuner. Vejledningen argumenterer indledningsvist for, at den forebyggende indsats skal rette sig mod unges brug af såvel alkohol som stoffer (og tobak) med følgende argumentation: "Det er et gennemgående træk i alle danske undersøgelser, at de unge, der har en tidlig alkoholdebut og et stort forbrug af alkohol, har en klart større risiko for senere at eksperimentere med illegale stoffer. Mange unge eksperimenterer med illegale stoffer i en situation, hvor de har drukket sig fulde. Forebyggelse af tidlig alkoholdebut og alkohol-storforbrug hos unge er derfor væsentlige elementer i det narkotikaforebyggende arbejde. Desuden har de forebyggelsesprojekter, der har dokumenterede resultater, med held integreret alkohol- og narkoforebyggelse, i nogle tilfælde er også tobakken inddraget. De resultater bygger denne vejledning på."

Program mod doping

Anti Doping Danmark (ADD) er et program skabt i samarbejde mellem regeringen og idrættens organisationer. Programmet skal styrke de grundlæggende værdier i både eliteidrætten og den brede, folkelige idræt.

Programmet skal også stå for holdningsbearbejdning og forskning, opstille rammer for en effektiv dopingkontrol i forskellige idrætsmiljøer og placere Danmark som et af foregangslandene i det internationale dopingarbejde ved at sikre nødvendig dopingkontrol af høj kvalitet, gennemføre en synlig oplysningsindsats og styrke debatten om idrættens værdigrundlag samt initiere forskning vedr. doping. Organisationens formand udpeges af kulturministeren.

Indsatsen mod doping foregår således i en anden organisatorisk ramme (og på statsligt niveau inden for et andet ministerområde) end indsatsen mod tobak, alkohol og illegale stoffer, fordi den i så høj grad fordrer et samarbejde med idrætsorganisationerne. Anti Doping Danmarks oplysningsindsats (bl.a. www.doping.dk)

omfatter dog også oplysning om diverse illegale stoffer (cannabis, illegale stoffer, opioidder).

Behandling

Hvad angår behandling af misbrug er der et forskelligt lovgrundlag for indsatsen, idet alkoholbehandlingen har sit lovgrundlag i sygehuslovens § 16, mens stofmisbrugsbehandling har sit lovgrundlag i servicelovens § 85, for så vidt angår den sociale stofmisbrugsbehandling, og i sygehuslovens § 16 b og lægelovens § 5 f for så vidt angår den lægelige stofmisbrugsbehandling (substitutionsbehandlingen). Der er ikke noget specifikt lovgrundlag for behandling af tobaksafhængighed (rygestoptilbud), men det gives typisk som en ydelse inden for sundhedsvæsenet.

Statslige redegørelser

Den seneste redegørelse om behandling, ”Den offentlig indsats på alkoholområdet” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen 2002), gennemgår indsatsen over for alkoholproblemer og giver i alt 22 anbefalinger. Rapporten omtaler blandingsmisbrug i forhold til to målgrupper: personer med et sidemisbrug af medicin (benzodiazepiner) og unge med forbrug af alkohol og stoffer. Indsatsen over for disse grupper behandles dog ikke eksplicit i rapportens anbefalinger.

Af ekspertgrupperedegørelsen om ”Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002a) fremgår det, at de hårdest belastede stofmisbrugere ofte har et blandingsmisbrug. Ekspertgruppens anbefalinger omhandler imidlertid alene stofmisbruget, i overensstemmelse med at gruppens opgave var at ”vurdere behov for og fordele og ulemper ved mulige yderligere skadsreducerende foranstaltninger for de hårdest belastede stofmisbrugere”.

På lokalt niveau findes behandlingstilbud til hhv. alkohol-, stof- og blandingsmisbrugere oftest i en fælles organisation (se afsnit 12.4).

12.3 Baggrund

Det er en løbende diskussion, om de illegale stoffer, især hash, er noget helt andet end det kulturelt accepterede og påskønnede rusmiddel alkohol – eller om lighederne er større end forskellene. Diskussionen har været ført lige siden ”det moderate narkotikaproblem” fremkom i slutningen af 1960’erne. Om man lægger hovedvægten på forskellene eller lighederne kommer i høj grad an på synsvinklen, dvs. om man lægger mest vægt på

- det historiske perspektiv
- lovgivningsperspektivet (regulering og kriminalitetsbekæmpelse)
- det sundhedsmæssige perspektiv (epidemiologi, skadevirkninger ved brug)
- det sociale perspektiv (misbrugets baggrund og konsekvenser, herunder følger af stigmatisering)
- subkulturelle perspektiver (bruger- og klientgrupper)

Hash versus alkohol som generationskonflikt

Frem til slutningen af 1960’erne var stofmisbrugsproblemet meget begrænset i Danmark, de relativt få misbrugerne (af opium, morfin, syntetiske analgetika, amfetamin mv.) var typisk voksne og stofferne fremskaffedes gennem receptfalsk eller apotekstyverier.

Men fra ca. 1965 fremkom det ”moderne narkotikaproblem” i Danmark, ligesom i en række andre vestlige lande. Det var især karakteriseret ved, at helt unge mennesker begyndte at eksperimentere med stoffer, og at stofbrugen knyttede sig til den nye antiautoritære og antiborgerlige ungdomskultur. Politisk interesse, international orientering, rockmusik og nye rusmidler som hash, lsd, opium, amfetamin var vigtige elementer i denne ungdomskultur, og stofferne – især hash – blev symbol på de unges uafhængighed af forældregenerationen. I debatten mellem generationerne blev hash (og andre stoffer) fremhævet som de unges alternative rusmiddel og symbolsk modstillet alkohol, som blev set som forældrenes/det etablerede samfunds rusmiddel. Denne modstilling kan stadig spores i den offentlige debat om legalisering af cannabis.

Illegalt organiseret marked

Leveringen af stofferne skete i starten gennem unges øgede rejseaktivitet i udlandet og gennem apoteksindbrud o.l. Men hurtigt blev der tale om et internationalt organiseret, illegalt stofmarked, hvad der også har ført til en stadig stramning af lovgivningen, forøgelse af strafferammerne for narkotikakriminalitet og øget internationalt politisamarbejde i de forløbe 40 år. Lovgivnings- og markeds-mæssigt er der således et meget skarpt skel mellem de illegale stoffer (der er totalt forbudte eller kun tilladte til medicinske og videnskabelige formål) og de legale midler alkohol og tobak. Denne forskel på reguleringen spiller en stor rolle i den politiske, juridiske og mediemæssige debat, hvor netop det, at stofferne er forbudte giver dem en særstilling.

Organisering

Indsatsen mod stofmisbrug har siden det modernes stofmisbrugs opkomst været tværsektorielt og tværfagligt organiseret. Den første statslige redegørelse om problemet ”ungdomsnarkomanien” blev afgivet af indenrigs-, justits-, social-, undervisnings- og udenrigsministrene i januar 1969.

Efter den omtalte redegørelse fra 1969 blev der nedsat et særligt ”kontaktudvalg for ungdomsnarkomanien” med tilhørende sekretariat. I 1978 blev dette udvalgs opgaver udvidet med alkoholområdet, og den statslige koordinerende indsats dækkede således både narkotika og alkohol frem til 1990.

Fra 1990 er de koordinerende opgaver på det statslige niveau blevet varetaget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, og den seneste regeringshandlingsplan mod narkotikamisbrug er udarbejdet af en tværgående ministergruppe bestående af finansministeren, justitsministeren, kulturministeren, undervisningsministeren samt indenrigs- og sundhedsministeren med sidstnævnte i spidsen som koordinerende narkotikaminister.

På det faglige niveau varetager Sundhedsstyrelsen opgaver vedrørende rådgivning og overvågning samt statslige forebyggelsesinitiativer. Styrelsen varetager tilsvarende opgaver vedrørende tobak og alkohol. På statsligt niveau har der således på disse områder været en fælles organisatorisk ramme for indsatsen mod alkohol og narkotika siden 1978, og siden 2001 indgår også tobak i denne.

Afhængighed som fælles kerne

Debatten om afhængighedsproblemet som det grundlæggende i alt misbrug – uanset om det er alkohol, stimulerende stoffer, cannabis, opioider, tobak og måske også ludomani, sex, overspisning – kom for alvor til Danmark i 1980'erne, hvor der på privat initiativ blev oprettet en række døgninstitutioner, der arbejdede efter

”Minnesotamodellen”. En privat landsdækkende forening, Dansk Center for Alkoholisme og andre Afhængighedssygdomme, blev oprettet i 1983 med oplysning og information som formål. Denne forening samler information om alle typer af afhængighed, men synsvinklen er ikke slået stærkt igennem i de officielle politikker.

Epidemiologisk grundlag

En væsentlig argumentation for koordinering af i hvert fald forebyggelsesindsatserne mod alkohol- og stofmisbrug ligger i epidemiologiske undersøgelser påvisning af sammenhæng i disse adfærdsformer, jf. citaterne fra de forskellige handlingsprogrammer.

Denne veldokumenterede sammenhæng er fundet i mange undersøgelser gennem tiden, i en af de seneste undersøgelser af unges sundhedsadfærd viser det sig således, at der er en langt større andel, der har prøvet hash, blandt de 16-20-årige, der har et stort forbrug af alkohol og/eller tobak, end blandt dem, der ikke drikker sig fulde og ikke ryger:

Tabel 12.3.1 Sammenhæng mellem rygning, storforbrug alkohol, hashbrug blandt 16-20-årige. Procent.

	Alkoholvaner		Rygevaner		Hashbrug	
	ikke fuld sidste måned	fuld > 3 g sidste måned	aldrig	daglig	aldrig	ja, sidste år
fuld > 3 g sidste måned	-	-	38	60	28	65
daglig ryger	14	35	-	-	10	48
hash det sidste år	8	45	9	56	-	-

Kilde: MULD-rapport 2, 2003.

Der er ligeledes en klar sammenhæng mellem at have haft en særlig tidlig alkoholdebut (før 13 år, hvilket 12% af de 15-16-årige har) og en øget risiko for at prøve stoffer:

Tabel 12.3.2 Sammenhæng mellem alder for alkoholdebut (fuld første gang) og brug af illegale stoffer hos 15-16-årige. Procent.

		Fuld første gang som		
		< 12 år	13 år	14+ år
røget hash	dreng	36	21	7
> 6 gange	piger	36	7	2
taget amfetamin	dreng	18	8	2
> 1 gang	piger	13	5	2
taget ecstasy	dreng	12	6	1
> 1 gang	piger	8	2	1

Kilde: Dansk ESPAD, Sabroe S, Fonager K, 2003.

En tilsvarende sammenhæng ses i øvrigt mellem brug af hash og andre illegale stoffer, men også mellem tidlig debut med hash (før 14 år, hvilket 6% af de 15-16-årige har) og brug af andre illegale stoffer (ikke vist).

En kvalitativ undersøgelse fra 2000 belyser rusmiddelkulturen blandt unge med flere nuancer, og også denne undersøgelse dokumenterer, at både centralstimule-

rende stoffer og cannabis ofte indtages sammen med alkohol i de unges rusmiddelkultur (Sundhedsstyrelsen 2000).

Blandingsmisbrug på tværs af legale og illegale midler

Også set fra den anden ende af rusmiddelspektret, dvs. blandt gruppen af misbrugere, ses et udpræget blandingsmisbrug, og dermed et overlap mellem misbrug af alkohol og af illegale stoffer. Blandt stofmisbrugere i behandling er det således kun 30%, der oplyser kun at have brugt ét stof inden perioden inden behandling. Hash er det mest anvendte stof, herefter kommer heroin og på tredjepladsen kommer alkohol (Sundhedsstyrelsen 2005a). Disse undersøgelser belyser ikke tobaksrygning, men langt de fleste rusmiddelmisbrugere er erfaringsmæssigt også storrygere.

En kortlægning af misbrugere i kriminalforsorgen viste ikke blot, at der er en overordentlig stor andel misbrugere i kriminalforsorgens klientel. Undersøgelsen viste også, at hovedparten af misbrugerne var blandingsmisbrugere, især brugte et flertal af stofmisbrugerne flere illegale stoffer, og 1/5 havde også et alkoholmisbrug. Der kunne dog udskilles en ret stor gruppe alkoholmisbrugere, der ikke brugte nogen illegale stoffer (Kramp m.fl. 2003).

12.4 koordinering og organisering

Når det gælder forebyggelsesområdet, har Indenrigs- og Sundhedsministeriet et overordnet, koordinerende ansvar mht. narkotika, alkohol og tobak. Tilsvarende er det på dette område Sundhedsstyrelsen, der som den statslige sundhedsmyndighed tager sig af faglig rådgivning og visse udførende opgaver på alle 3 områder. Indsatsen mod doping varetages, som nævnt, specifikt i Anti Doping Danmarks regi.

Det er amter og kommuner, der har ansvar for den konkrete forebyggelses- og behandlingsindsats, og på disse niveauer sker der en væsentlig koordinering af forebyggelsesindsatsen over for unge, især mht. alkohol og narkotika (til dels også tobak), samt en koordinering på behandlingsområdet.

Decentral organisering af forebyggelsesindsatsen

I amterne varetages forebyggelsesindsatsen typisk af ”alkohol- og narkotikakonsulenter”, der, som betegnelsen siger, varetager opgaver i relation til begge misbrugsområder. Indsatsen går på tværs af sektorer og understøtter kommunernes forebyggelsesindsats. Tobaksforebyggelse, fx udvikling af rygestoptilbud, varetages også af amterne, men er placeret i sundhedsvæsenet og oftest adskilt fra alkohol- og narkotikaforebyggelsen.

Også i kommunerne koordineres forebyggelsesindsatsen om alkohol og narkotika, typisk inden for rammerne af SSP-samarbejdet (samarbejde mellem Skole, Social- og Sundhedsforvaltning og Politi, flertallet af kommuner har en særlig SSP-konsulent). Forebyggelsen er især rettet mod børn og unge og disses forældre og kan også omfatte tobak. Hertil kommer en række specifikke tobaksinitiativer, som understøttes af flere private foreninger og af specifik statslig indsats.

Decentral organisering af behandlingsindsatsen

Behandling af alkohol- og stofmisbrug er et amtskommunalt ansvarsområde (efter kommunalreformen, som træder i kraft 1.1.2007, kommer myndighedsansvaret til at ligge hos de nye, større kommuner). De fleste amter har en fælles organisation for misbrugsbehandling, uanset om det er alkohol og/eller stoffer, der er problemet. Der kan være opdeling mellem delinstitutioner. Enkelte amter har adskilte organi-

sationer for hhv. alkohol- og stofmisbrugsbehandling. De fleste privat drevne behandlingsinstitutioner er rettet mod enten alkohol- eller stofmisbrugere, enkelte institutioner tilbyder dog behandling til begge grupper. To alkohol-behandlingsinstitutioner tilbyder også behandling for ludomani.

Sammenfattende kan man konkludere, at der i forbindelse med de overordnede, nationale politikker og handlingsplaner sker en vis sammenkædning af indsatsen i forhold til narkotika, alkohol og tobak, og at der på det lokale, udførende niveau har udviklet sig en praksis i retning af at integrere alkohol og narkotika både i den forebyggende og behandlende indsats, hvorimod indsats mod tobak og doping hovedsageligt finder sted i andre regi'er.

13 Det rekreative brug af stoffer

13.1 Indledning

Dette kapitel omhandler det rekreative stofbrug i Danmark. Beskrivelserne er primært baseret på to nationale kvalitative undersøgelser (Sundhedsstyrelsen 2000a og Sørensen 2003). Derudover inddrages situationsrapporter fra ansatte i amter og kommuner, som arbejder med unge og rusmidler, og som er fremkommet efter en rundspørge i efteråret 2005. Informationerne i disse aktuelle situationsrapporter baserer sig således på informationer fra blandt andet behandlere, ungekonsulenter, SSP-medarbejdere og andre, der beskæftiger sig med rusmidler. Samtlige kvalitative kilder er nyttige kilder til forståelsen af det rekreative stofbrug, men må selvfølgelig samtidig tages med forbehold, idet de alene er udtryk for individuelle betragtninger og udmeldinger. Endelig beskrives en række eksempler og erfaringer med forebyggende indsatser i Danmark de senere år, som har haft særlig fokus på musik- og festmiljøet.

13.2 Rekreativt stofbrug

Rekreativt brug kan defineres som ”periodisk” og afgrænset tidsmæssigt til bestemte begivenheder, sammenhænge og livsfaser. Det rekreative brug griber ikke nødvendigvis ind i hverdagslivet med uddannelse og job, men kan gradvist udvikle sig til et mere og mere problematisk forbrug med sociale, psykiske og fysiske konsekvenser, herunder afhængighed. I denne sammenhæng bruges begrebet rekreativt stofbrug til at beskrive et brug, der finder sted i bestemte situationer og sammenhænge, nemlig i ”festmiljøet”. Det rekreative forbrug medfører – i forhold til det enkeltstående stofeksperiment – en øget risiko for akutte skadevirkninger og for udvikling af et mere massivt misbrug og egentlig afhængighed.

Det er hash og de centralstimulerende stoffer så som amfetamin, kokain og ecstasy, samt hallucinogene stoffer (især psilocybin-svampe) og beroligende mediciner, som typisk bruges rekreativt, og som ofte indtages i kombination med alkohol. Som gentagne skoleundersøgelser, ungdomsundersøgelser og befolkningsundersøgelser af det eksperimenterende brug af stoffer har dokumenteret i en årrække, er det mest udbredte illegale stof hash, efterfulgt af amfetamin, kokain og ecstasy (ESPAD, MULD, SUSY)³⁰. De unge, der bruger stoffer rekreativt, er unge fra alle sociale samfundslag. Der er ikke tale om en homogen gruppe, men om mange forskellige grupper af unge mennesker, som anvender rusmidler rekreativt i forskellige sammenhænge (Sundhedsstyrelsen 2000, Sørensen 2003).

I det følgende beskrives resultater fra en etnografisk brugerundersøgelse med fokus på det rekreative stofbrug og risikohåndtering i technomiljøet (Sørensen 2003).

Det er ofte sådan, at de forskellige illegale stoffer afprøves og kombineres i løbet af en og samme rus. Det er udbredt at benytte de ”hurtige stoffer” amfetamin, kokain og ecstasy for at overskride træthed, få rusens sus og indtræde i en ubekymret tilstand. De rekreative stofbrugere fester på den måde igennem så længe rusen oprettholdes, og når rusen og festen ønskes afsluttet - ofte i forbindelse med efterfester, indtages sløvende stoffer eller medikamenter f.eks. hash eller benzodiazepiner af

³⁰ Resultater fra disse undersøgelser omtales i kapitel 2 og kapitel 11.

forskellig art. Rekreative stofbrugere fortæller, at det er afgørende for dem at tage stoffer sammen med venner, de kender godt, da det giver en tryghed, at nogen holder øje med en, og at man kan benytte sig af hinandens erfaringer med dosis, rusvirkning etc. Samtidig fortæller mange unge, at det er vigtigt at have nogen at dele selve rusoplevelsen med.

Udover trangen til rus og overskridelse af trætheden, er *risikoen* ved at bruge stofferne i sig selv også en vigtig motivationsfaktor for nogle af de rekreative stofbrugere. Det hænger sammen med, at ungdomslivet er en fase, hvor man er i færd med at skabe sig en individuel identitet løsrevet fra familien. Grænseoverskridende oplevelser er ofte med til at cementere de unges identitet, og derfor er risikoen ved at tage stoffer og dermed visheden om en kraftfuld effekt af stoffet - for nogle - en væsentlig del af motivationen til at prøve stofferne.

Det er karakteristisk for rekreative stofbrugere, at de ikke betragter deres forbrug som problematisk. De forklarer, at de har kontrol over forbruget og samtidig, at forbruget afgrænses tidsmæssigt til alene at foregå i ferier eller på andre fridage. Ligeledes udtrykker de unge, at deres forbrug er *periodisk*, og at det at tage stoffer hører med til at være ung og gå i byen, og dermed at forbruget på et tidspunkt i deres livsforløb vil ophøre. Forbruget af illegale stoffer karakteriseres på linie med et almindeligt forbrug af alkohol, som også kan betegnes som et rekreativt forbrug, idet det knytter sig til rekreative aktiviteter.

De unge betragter som sagt ikke sig selv som misbrugere, men de fremhæver, at de har kontrol over deres forbrug og de risici, som følger med et forbrug af stoffer. Rekreative stofbrugere tager skarpt afstand fra narkomaner (de der injicerer heroin) og misbrug, som bliver styrende for hverdagslivet. Denne distancering til de hårde misbrugere har karakter af en risikoprojektion. Ved at distancere sig fra højrisikogruppen af injektionsmisbrugere forskyder rekreative stofbrugeres risikoen ved forbrug af stoffer til narkomanerne, og det rekreative forbrug kommer i denne sammenligning til at fremstå relativt harmløst. Endvidere lægger unge i technomiljøet ofte afstand til mainstream alkohol og diskotekskulturen, som betragtes som kedeligt almindelig, mens technomiljøet og det rekreative forbrug af stoffer (set fra et brugerperspektiv) indgår i skabelsen af en mere speciel og dermed mere unik identitet. Rekreative stofbrugere tilstræber, at deres forbrug af stoffer ikke påvirker deres uddannelse og deres arbejdsliv. Ovenstående er som sagt baseret på undersøgelsen: *Unge rekreative stofbrug og risikovurdering*, som har fokus på brugernes perspektiv på rekreativ stofbrug og risikohåndtering med afsæt i technomiljøet.

Forbrugssteder og omfanget af det rekreative brug

Hvor forbruget af stoffer i overvejende grad tidligere var knyttet til definerede ungdomskulturer og kulturer udsprunget af musikkulturen siden 60'ernes ungdomsoprør, er stofbruget i dag mindre knyttet til bestemte subkulturer eller bestemte grupperinger. De illegale stoffer bruges rekreativt og tages for at gå i byen. Det rekreative forbrug af stoffer er mest udbredt i forskellige musik- og festmiljøer, det være sig f.eks. til byfester, halballer, festivaler, til koncerter, til raves, diskoteksbesøg, private fester/ efterfester, turistområder etc.

I undersøgelsen *Unge brug af illegale rusmidler* beskrives "dagens" stofbrug ud fra forskellige *rusmiddelscener*. Rusmiddelscener forstås som de steder eller sociale begivenheder og sammenhænge, hvor de illegale stoffer er en del af den måde,

de unge mødes på. Festen og oplevelsen står i centrum i de forskellige rusmiddelscener (Sundhedsstyrelsen 2000). De mange musik- og rockfestivaler udgør en ikke ubetydelig rusmiddelscene blandt de unge (*Festival og koncert-scenen*). Det er her muligt at feste igennem i flere dage i træk, og kombinationen af forskellige stoffer gør det muligt både at holde sig vågen og danne rammen om telthygge og musikoplevelser. Særlige tecnofester og raves er en anden rusmiddelscene (*Tecnofester/raves-scenen*), hvor forbruget af de illegale stoffer knytter sig især til musikken og til det at danse natten igennem. Endelig er her medtaget ”byernes natteliv” som den dominerende rusmiddelscene (*Byscenen*). Forskellige illegale rusmidler indtages, når der går i byen, og der skal festes.

Resultater fra de seneste gennemførte landsdækkende skole- og ungdomsundersøgelser er beskrevet i kapitel 2 og 11 i foreliggende rapport og skal ikke gengives her. Det skal blot nævnes, at niveauet for det eksperimenterende brug blandt de unge har lagt sig på et historisk højt niveau, men samtidig er der ikke tale om en stigning de senere år. Blandt de 16-20-årige har 40% af drengene og 33% af pigerne prøvet hash nogensinde, mens 12% af drengene og 10% af pigerne har prøvet et andet illegalt stof end hash i 2004 (MULD 2004).

Sammenfaldende med resultater fra skole- og ungdomsundersøgelserne peger tilbagemeldingerne fra forskellige amter og kommuner heller ikke på væsentlige ændringer i det eksperimenterende forbrug af illegale stoffer blandt unge. Enkelte meldinger lyder, at forbruget af kokain stiger lidt, og at kokain enkelte steder er mere populært end amfetamin og ecstasy. Også brugen af hash meldes at være i stigning, mens forbruget af svampe meldes at være faldende. Flere amter beretter om anvendelse af rohypnol, hvilket må ses i sammenhæng med, at benzodiazepiner, som nævnt, anvendes som blandt andet ”downers” i forbindelse med både offentlige og private efterfester. Enkelte amter rapporterer om, at unge af anden etnisk herkomst end dansk anvender hash og khat. Flere amter og kommuner melder om en tilsyneladende udbredt accept af forbruget af stoffer, som finder sted i særdeleshed blandt de unge. Desuden melder amterne om psykologiske skader, angst og forskellige typer af personlighedsforstyrrelser, der forekommer som konsekvens af forbrug af stoffer.

13.3 Tiltag i forhold til det rekreative stofbrug

I Danmark har der siden 1990'erne været iværksat forskellige forebyggelsestiltag i forhold til de unge rekreative stofbrugere. Blandt de første tiltag var sundhedsstyrelsens hjemmeside, mindblow.dk, som indeholder informationer til unge om stoffer og deres bivirkninger. I perioden 2000-2003 blev ”Udviklingsprojekt om ecstasyforebyggelse i to modelamter” gennemført i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Nordjyllands og Århus amter.

Modelamtsprojektets formål var at iværksætte en bredspektret indsats til forebyggelse af brugen af ecstasy og lignende rusmidler blandt unge og at videregive de indhøstede erfaringer til landets øvrige amter. Projektet definerede tre hovedområder for indsatsen: forebyggelse gennem kommunale rusmiddelpolitikker, på ungdomsuddannelserne og i festmiljøet. En række forskellige indsatser blev igangsat

og gennemført og involverede lokale nøglepersonnetværk med deltagelse blandt andet fra kommuner, ungdomsuddannelserne, det lokale politi og restauratører. Enkelte kommuner har nu en nedskrevet kommunal rusmiddelpolitik, hvori det lokale, kommercielle festmiljø indgår som centralt indsatsområde.

De indsatser i udviklingsprojektet, der blev gennemført i festmiljøet, omhandlede især kurser til restauratører og ansatte på diskoteker mv. i både Århus og Nordjyllands amter. Kurserne skulle give øget viden om stofferne og forgiftninger, førstehjælp, konflikthåndtering samt samarbejde med politi og andre myndigheder. Der blev udarbejdet en *Nul-tolerance-guide* mod stoffer og en særlig hjemmeside til formidling af denne. Guiden indeholder konkrete retningslinjer for forebyggende indretning af de fysiske rammer, den stoffrie restaurations image, forslag til styrkelse af internt samarbejde samt førstehjælp til stofpåvirkede og/eller forgiftede gæster. Guiden er formidlet til nøglepersoner over hele landet. Der blev desuden gjort enkelte erfaringer med ung-til-ung-oplysning målrettet til de unge under 25 år i selve festmiljøerne.

Udover model-udviklingsprojektet er der også i andre amter og kommuner gennem årene igangsat en række initiativer til det formål at dæmme op for udviklingen af brugen af de illegale stoffer i blandt andet festmiljøet. Disse initiativer er gengivet nedenfor.

I 1998 blev ”forældrepatruljen” *Natteravnene* etableret i Danmark. Natteravnene er et af de ældste tiltag i forhold til festmiljøer. Det eksisterer fortsat og er et samarbejde med forældre og bl.a. SSP-ansvarlige rundt om i landet. Det er pt. ca. 7000 aktive natteravnepersoner. Natteravnene er forældregrupper på tre og tre, der går rundt i nattelivet på det steder, hvor de unge går i byen for at holde øje med de unge og hjælpe, hvis der opstår problemer. Natteravnenes vigtigste funktion er at være synlige i nattelivet for derved at skabe tryghed. Unge kan anonymt henvende sig til natteravnene med problemer af forskellig art. Natteravnene har ikke specifikt fokus på brug af stoffer.

Siden 2002 har Sundhedsstyrelsen samarbejdet med landets største musikfestival, Roskildefestivalen om en holdningsmarkerende og forebyggende indsats mod stoffer (*Roskilde Festivals against Drugs*). Der er på de årlige festival dage gennemført en bredspektret indsats med brug af informationsmateriale og massemedievirkemidler som supplement til allerede etablerede skadesbegrænsende og kontrollerende foranstaltninger på festivalen. Massemedievirkemidlerne i form af storskærms-spot før alle koncerter på festivalens største scener, festivalsprogrammet, postkort, t-shirt og busreklamer på alle festbusser har haft til formål at skabe opmærksomhed og debat om stofferne, og ved at tilbyde målrettet faktainformation om stoffer, har debatten skulle kvalificere og yderligere understøtte de unge i ikke at bruge stoffer.

I 2005 er der med støtte fra Sundhedsstyrelsen etableret et landsdækkende samarbejde mellem festivalarrangørerne med titlen *festival danmark against drugs*. Der er i denne forbindelse etableret en kampagnehjemmeside, hvor man kan finde information om stoffer samt sende elektroniske postkort.

Bagmændene er en privat drevet ung-til-ung rådgivning til unge med stofproblemer, der finansieres af Socialministeriet. Bagmændene selv er fra 17-27 år, og de fleste af dem har i en periode været ude i et ødelæggende forbrug eller direkte afhængighed af forskellige stoffer. Bagmændene rådgiver unge om stoffer og rusmidler på baggrund af deres egne erfaringer, ligesom de spreder information og

skaber debat om holdninger til stoffer blandt unge. Bagmændene vil bidrage til at mindske skader og risiko ved unges brug/misbrug af rusmidler. Endvidere skaber Bagmændene kontakt imellem unge med behov for og lyst til professionel rådgivning og diverse behandlingstilbud.

Bagmændene kørte i 2002 en kampagne: ”Banen” i det Københavnske natteliv. Kampagnen blev spredt på sammenrullede kopier af 100 krone sedler og henvendte sig direkte til unge, der tager kokain og amfetamin. ”Banen” oplyste om risikoen ved at tage kokain og amfetamin og gav råd om, hvad man skal gøre, hvis det går galt. ”Banen” blev formidlet i de unges eget sprog og med korte fængende spørgsmål som: Har du kriller under huden? Hvorpå der fulgte en forklaring om, hvad det kan indebære af risici og skadesminimerende råd.

Are you experienced er overskriften på et nyt forebyggelsesinitiativ fra Bagmændene på Roskilde Festivalen 2005 nær den elektroniske musik scene. Her havde Bagmændene opstillet en gammel bus, bemalet med graffiti og med et skilt med teksten: Are you experienced? Chill out & info about drugs. Ved bussen sad Bagmændene klar til at tale med unge om stoffer og risikoen ved at bruge dem samt for at oplyse om skadesminimering. De uddelte flyers om stoffernes virkninger og farlighed. Desuden uddelte de vand og frugt ud både ved bussen og inde ved metropol scenen under koncerterne.

I Holstebro har man udviklet konceptet ”Trygt natteliv”, som tager hånd om restauratørernes ansvar såvel som de unges færden i byen. I den forbindelse er der blandt andet iværksat en konkurrence blandt dørmænd om, hvem der tager flest unge i at bruge eller sælge stoffer. Der er desuden iværksat en amtslig telefonrådgivning, hvor unge anonymt kan henvende sig. Derudover er et sms-projekt (*Smash*) rettet mod unge, der gerne vil ud af et måske begyndende misbrug. Her finder man det endvidere vigtigt at tage skarpt afstand fra brug af stoffer, idet man mener, at klare voksenholdninger har stor præventiv effekt, og at det kan stoppe de unges forbrug af stoffer. Derudover udsendes bekymringsbreve til forældre, hvis børn man har mistanke om bruger stoffer.

Endelig har regeringens handlingsplan, som beskrevet i kapitel 3, blandt andet mundet ud i det særlige modelkommuneprojekt ”*Narkoen ud af byen*”. Så godt som alle 14 modelkommuner har ønsket at lave særlige indsatser i festmiljøet. Der henvises til kapitel 3 for yderligere informationer vedrørende disse indsatser.

Anneks

Referenceliste

Ahrent, M. & Fjordback, L (upubliceret). Forgiftningstilstande og uønskede reaktioner forårsaget af illegale stoffer på danske skadestuer. Undersøgelse for Sundhedsstyrelsen 2004.

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2005). På kanten af arbejdsmarkedet – spørgsmål og svar om indsatsen. Maj 2005.

Asmussen, Vibeke & Torsten Kolind (2005): Heroin-afhængige i Metadonbehandlingen. Den medicinske og psykosociale indsats. Århus, Center for Rusmiddel-forskning, Århus Universitet

Christensen, P. Brehm (2004, upubliceret) Dødelighed blandt stofmisbrugere efter løsladelse fra fængsel.

DanRIS (Dansk Rehabiliterings- og Informationssystem – Status 2005 (Note: Mads Uffe Pedersen, CFR).

Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner (2001). Stofmisbrugere i metadonbehandling i København efter den 1. januar 1996. København og Frederiksberg Kommuner, København.

Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen i Københavns Kommune og Retsmedicinsk Institut ved København Universitet (2003). Stofrelaterede dødsfald i København 1997 til 1999. København og Frederiksberg Kommuner, København.

Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner (2004). Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001.

Fuglesang, Thomas m.fl. (2000). Udbredelsen af hiv og hepatitis B og C blandt københavnske stofmisbrugere. Ugeskrift for Læger, 3 juli 2000.

Haastrup, L. (1999a). Skøn over antal dødsfald blandt stofmisbrugere og over antal stofmisbrugere i Danmark. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 3, pp. 13-18.

Haastrup, L. (1999b). Dødelighed og dødsårsager blandt stofmisbrugere indskrevet i behandling i 1996. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 3, pp. 1-12.

Hesse M. Thiesen H. Behandling med buprenorfin i Danmark. Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift 2003; vol 20 (5): 362-5.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., & Narusk, A. (1997). The 1995 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. CAN & Pompidou Group, Stockholm.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, Balakireva, O., S., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2000). The 1999 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. CAN & Pompidou Group, Stockholm.

Hibell et al. (2004, upubliceret). The 2003 ESPAD report.

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2002a). Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere. Februar 2002.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002b). De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Regeringen. September 2002. pp 15-16.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003). Kampen mod narko – handlingsplan mod narkotikamisbrug. Regeringen. Oktober 2003.

Indenrigs-, Justits-, Social-, Undervisnings- og udenrigsministeren (1969). Redegørelse for foranstaltninger mod ungdomsnarkomanien. Januar 1969.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen (2002). Den offentlige indsats på alkoholområdet. Rapport fra en arbejdsgruppe nedsat af indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen.

Kaa, E. (2002). Ecstasy i Danmark 2001. Retskemisk Afdeling, Aarhus Universitet, Århus.

Kaa, E. (2003). Ecstasy i Danmark 2002. Retskemisk Afdeling, Aarhus Universitet, Århus.

Kaa, E. (2004). Ecstasy i Danmark 2003. Retskemisk Afdeling, Aarhus Universitet, Århus.

Kaa, E. (2005). Ecstasy i Danmark 2004. Retskemisk Afdeling, Aarhus Universitet, Århus.

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. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W. & Rollmann, D. (2002). Narkotika på gadeplan 2001. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W. & Rollmann, D. (2003). Narkotika på gadeplan 2002. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W. & Rollmann, D. (2004). Narkotika på gadeplan 2003. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kjøller, M. & Rasmussen, N.K. (2002). Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 – og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, København.

Kjøller, M., Rasmussen, N.K., Keiding, L., Petersen, H.C. & Nielsen, G.A. (1995). Sundhed og Sygelighed i Danmark 1995 – og udviklingen siden 1987. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, København.

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

Larsen, J. (2002) Marginale mennesker i marginale rum 2002. Citeret i ”på kanten af arbejdsmarkedet – spørgsmål og svar om indsatsen”, Arbejdsmarkedsstyrelsen, maj 2005

Lov nr. 435 af 14. juni 1995 om ændring af lov om sygehusvæsenet, Lov om udøvelse af lægegerning samt lovbekendtgørelse nr. 944 af 16. oktober 2000 om social service (Serviceloven), Lovbekendtgørelse nr. 267 af 12. april 2000 om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Lov om udøvelse af lægegerning, LBK nr. 272 af 19/04/2001.

Pedersen, M. (2005) Heroinafhængige i metadonbehandling, den medicinske og psykosociale indsats. Århus Universitet: Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen & Dahl (2003). Ambulant stoffri nærbehandling. Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning.

Petersen, H Skauge, Svejsøe, J. og Ege, P. Buprenorphine and 1- α - acetylmethadol (LAAM). New drugs for the substitutional treatment of opioid dependence. Ugeskrift for Læger 2000; 162: 6553-6.

Rigspolitiet (2004a). Rapport om organiseret kriminalitet i Danmark. Rigspolitiet, København.

Rigspolitiet (2004b). Narkotikastatistik 2003. Rigspolitiet, NEC (Nationalt Efterforskningsstøttecenter), København.

Sabroe, S. & Fonager, K. (1996). Unge og Rusmidler – En undersøgelse af 9. klasses elever. Udgivelse nr. 39. FADL's Forlag, København.

Sabroe, S. & Fonager, K. (2002). Rusmiddelforbruget – i folkeskolens afgangsklasse og udviklingen fra 1995-99. Udgivelse nr. 40. FADL's Forlag, København.

Sabroe, S. & Fonager, K. (2004). Unge erfaringer med rusmidler – i 2003 og udviklingen siden 1995. Udgivelse nr. 50 FADL's Forlag, København.

Schering-Plough A/S (marts 2004). Nyhedsbrev Subutex-buprenorphin.

Schmidt, D. & Sælan H. (1999). Hvor mange stofmisbrugere er der i København?. Rapport fra Forebyggelsesudvalget vedrørende stofmisbrug og hiv-smitte, København.

Socialforskningsinstituttet (2004). De svageste kontanthjælpsmodtagere – barrierer for beskæftigelsen. SFI; 03:27.

Stentoft, A. (2004), Personlig meddelelse.

Sundhedsstyrelsen (1999). Narkotikasituationen I Danmark. Årsrapport til det europæiske center for overvågning af narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA. Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen (2000). Unge brug af illegale rusmidler – en kvalitativ undersøgelse. Udarbejdet af konsulentfirmaet Advice A/S for Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2003). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen: Stofmisbrugere i Danmark 1996, 1998, og 2001. Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen (2003). Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. CIR nr. 12 af 13/01/2003.

Sundhedsstyrelsen (2004). Narkotikasituationen i Danmark 2003. Årsrapport til det europæiske center for overvågning af narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA. Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen (2004) Narkotikasituationen i Danmark 2004. Årsrapport til det europæiske center for overvågning af narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA. Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen (2004a). Dødsfald blandt stofmisbrugere 1996 - 2002. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2004b). Stofmisbrugere i behandling 2003. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2005a). Stofmisbrugere i behandling 2004. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen.

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

Sundhedsstyrelsen (upubliceret 2005c). Udskrift fra Sundhedsstyrelsens behandlingsregister. September 2005.

Sundhedsstyrelsen (upubliceret 2005d). Udtræk fra Landspatientregisteret. August 2005.

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

Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse (2003). Unge Livsstil og Dagligdag 2001 – geografiske forskelle og ligheder (MULD rapport nr. 2). Sundhedsstyrelsens Publikationer, København.

Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse. Resultater fra MULD 2004, (upubliceret).

Sørensen, Johan Korsdal (2003). Unge rekreative stofbrug og risikovurdering. Århus Universitet: Center for Rusmiddelforskning.

Sørensen & Dahler-Larsen (2003). Behandling af unges misbrug af ”feststoffer”. Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning.

Hjemmesider

Anti Doping Danmark www.doping.dk

Danris www.danris.dk

Det europæiske center for overvågning af narkotika og narkotikamisbrug (EMCDDA) www.emcdda.org

Festivaldanmark www.festivaldanmark.dk

Natteravnenes sekretariat www.natteravnene.dk

Ribe Amt www.ribeamt.dk

Rigspolitiet www.politi.dk

Socialforskningsinstituttet www.sfi.dk

Styrelsen for Social Service, Socialministeriet www.servicestyrelsen.dk

Sundhedsstyrelsen www.sst.dk

Sundhedsstyrelsens narkotikahjemmeside for unge www.mindblow.dk

Supplerende tabeller

Tabel 2.11 Den procentvise andel af kvinder og mænd i de forskellige aldersgrupper, der har brugt hash inden for sidste år i 1994 og 2000

		1994 n=2.521	2000 n=6.887	Danmarks befolkning i aldersgrupperne i 2000
16-19-årige	Mænd	19	29	115.366
	Kvinder	10	20	111.110
20-24-årige	Mænd	14	24	172.217
	Kvinder	9	12	167.570
25-29-årige	Mænd	8	16	194.097
	Kvinder	5	6	189.304
30-34-årige	Mænd	9	10	212.026
	Kvinder	2	3	202.174
35-39-årige	Mænd	6	8	206.094
	Kvinder	2	2	197.150
40-44-årige	Mænd	5	4	189.995
	Kvinder	2	2	183.597
Alle 16-44 år	Mænd	10	14	1.089.795
	Kvinder	5	6	1.050.905
	Alle	7	10	2.140.700

Kilde: Kjølner & Rasmussen 2002 og Danmarks Statistik

Table 2.1.2. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned og sidste år har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994 og 2000

	1994	2000
Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash	(n=2.521)	(n=6.878)
Sidste måned	0,2	1,2
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,5	3,4

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 1994 og SUSY 2000.

Table 2.1.3. 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 2000 (n=6878)

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Amfetamin	0,6	2,2	8,4
Kokain	0,4	1,4	3,8
Psilocybinsvampe	0,2	0,8	3,7
Ecstasy	0,2	0,7	1,7
Lsd	0,1	0,3	1,4
Heroin	0	0,1	0,6
Andre stoffer*	0,3	0,6	1,7
"hårde" stoffer i alt**	1,2	3,4	11,3

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 2000.

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

** En sammenlagt kategori omhandlende "brugt et andet illegalt stof end hash".

Tabel 2.1.4. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2000 (n=1786)

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Hash	7,7	19,7	40,9
Amfetamin	1,5	5,7	10,9
Kokain	0,8	2,7	4,7
Psilocybinsvampe	0,7	2,1	4,4
Ecstasy	0,7	2,3	4,1
Lsd	0,3	0,6	1,6
Heroin	0,1	0,2	0,5
Andre stoffer*	0,6	1,0	2,1
" Andet illegalt stof end hash " i alt	2,9	7,7	14,0

Kilde: Upublicerede tal fra undersøgelsen SUSY 2000.

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

Tabel 6.2. Narkotikadødsfald 1981-2004. Fordeling efter køn.

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

Kilde: Rigspolitechefens Narkotikastatistik 2004, Nationalt Efterforskningsstøttecenter.

Tabel 6.4.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt 1994-2004³².

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Antal nypåviste hiv-positive i alt	298	304	268	273	212	285	260	319	290	266	300
Antal nypåviste hiv-positive med intravenøst stofmisbrug (% af alle nypåviste)	28 (9%)	34 (11%)	25 (9%)	30 (11%)	13 (6%)	26 (9%)	20 (8%)	31 (10%)	32 (11%)	24 (9%)	13 (4%)
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde i alt	237	213	159	109	74	76	57	72	43	37	57
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnostiserede)	24 (10%)	28 (13%)	18 (11%)	11 (10%)	4 (5%)	7 (9%)	7 (12%)	11 (15%)	4 (9%)	11 (30%)	4 (7%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut.

³² Tallene som er opgjort for 2004, er pr. 24. august 2005.

Tabel 6.4.2 Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere her iblandt, 1994-2004

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Antal hepatitis A i alt	145	103	107	115	86	88	81	61	84	70	240
Antal hepatitis A med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	6 (4%)	1 (1%)	0	0	0	0	0	0	1 (1%)	0	1 ($<1\%$)
Antal hepatitis B i alt*	115	112	101	101	94	58	63	47	63	34	45
Antal hepatitis B med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	49 (43%)	39 (35%)	36 (36%)	30 (30%)	25 (27%)	13 (22%)	20 (32%)	11 (23%)	11 (18%)	12 (35%)	9 (20%)
Antal hepatitis C i alt*	84	36	28	26	21	13	15	6	5	7	7/282**
Antal hepatitis C med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	61 (73%)	27 (75%)	20 (71%)	20 (77%)	13 (62%)	11 (85%)	9 (60%)	3 (38%)	4 (80%)	2 (29%)	3/212 (43%/75%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2003-data, er opgørelsesdatoen 25.08.2004.

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

** akutte/kroniske hepatitis C tilfælde.

Tabel 10.3.1 Narkotikabeslaglæggelser 1992-2004

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Heroin													
Kg	38,5	28,2	29,0	37,4	61,4	37,9	55,1	96,0	32,1	25,1	62,5	16,3	37,5
Antal beslag	2.405	2.941	2.666	2.973	3.161	2.509	2.199	1.230	1.499	1.304	966	894	1041
Kokain													
Kg	21,4	11,1	29,9	110,1	32,0	58,0	44,1	24,2	35,9	25,6	14,2	104,0	32,3
Antal beslag	184	228	417	569	659	723	885	744	780	815	881	1095	1207
Amfetamin													
Kg	73,6	11,7	12,6	40,0	26,7	119,4	25,2	31,6	57,1	160,6	34,9	65,9	63,0
Antal beslag	1.323	1.111	747	1.167	1.386	1.324	1.609	1.250	1.152	954	1.134	1.264	1.388
Ecstasy													
Stk.				2.115	15.261	5.803	27.039	26.117	21.608	150.080	25.738	62.475	38.096
Antal beslag				9	84	110	143	197	444	331	340	322	1388
Lsd													
Doser				1.282	262	381	105	83	1.108	156	38	22	
Antal beslag				6	16	15	24	15	18	29	8	7	
Hash													
KG	2.152	1.273	10.665	2.414	1.772	467	1.572	14.021	2.914	1.763	2.635	3.829	1.758
Antal Beslag	9.870	10.938	6.995	6.710	5.187	4.886	5.904	4.569	5.561	5.788	5.234	5.942	7.313

Kilde: Rigspolitiets Narkotikastatistik 2004

Tabel 10.3.3 Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid fra 1996 – 2004

	1996* (n =120)	1997* (n =30)	1998* (n =118)	1999* (n =97)	2000 (n =82)	2001 (n =69)	2002 (n=80)	2003 (n=73)	2004 (n=66)
Heroinbase	70%	68%	72%	71%	61%	77%	76%	84%	77%
Heroinklorid	30%	32%	28%	29%	39%	23%	24%	16%	23%

Kilde: Kaa et al. 1997, Kaa et al. 1998, Kaa et al. 1999, Kaa et al. 2000, Kaa et al. 2001, Kaa et al. 2002 g Kaa et al. 2003, Kaa et al. 2004, Kaa et al. 2005

*I 1996, 1997, 1998 og 1999 er der medtaget tal fra Helsingør politikreds.

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 og 2000 (i anneks). for 31-44-årige belyst i forhold til deres socioøkonomiskbaggrund.

Tabel 2.1.2 Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned og sidste år har brugt et eller flere andre illegale stoffer end hash i 1994 og 2000 (i anneks).

Tabel 2.1.3 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 2000 (i anneks).

Tabel 2.1.4 Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2000 (i anneks).

Tabel 2.2.1 De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 2000, 2001, 2002, 2003 og 2004.

Tabel 2.2.2 De procentvise andele blandt de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999 og 2003, samt blandt de 15-årige i 2002.

Tabel 4.2.1 Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2004.

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

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

Tabel 6.2. Narkotikadødsfald 1981-2004. Fordeling efter køn.

Tabel 6.2.1 Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år, grupperet efter den formodede dødsårsag

Tabel 6.3.1 Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2004.

Tabel 6.4.1 Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere her iblandt 1993-2004 (anneks).

Tabel 6.4.2 Akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere her iblandt 1993-2004 (anneks).

Tabel 6.5.1 Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 1995-2004.

Tabel 6.5.2 Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1995-2004.

Tabel 8.3.1 Narkotikakriminalitet 1993-2004. Sigtelser og antal sigtede personer.

Tabel 10.3.1 Narkotikabeslaglæggelser 1991-2004 (anneks).

Tabel 10.3.2 Fordeling imellem stof typer på brugerplan 1996-2004.

Tabel 10.3.3 Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid 1996-2004 (anneks).

Tabel 10.3.4 Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1996-2004.

Tabel 11.2.1 Andele 15-15 årige drenge og piger, som har erfaringer med snifning, beroligende medicin og illegale rusmidler i 2003.

Tabel 12.3.1 Sammenhæng mellem rygning, storforbrug alkohol, hashbrug blandt 16-20-årige. MULD-rapport 2, 2003.

Tabel 12.3.2 Sammenhæng mellem alder for alkoholdebut (fuld første gang) og brug af illegale stoffer hos 15/16-årige.

Figuroversigt

Figur 2.4.1 De unges grad af enighed i, at ”folk skal have lov til at bruge ”(udvalgte stoffer).

Figur 4.3.1 Personer i længerevarende metadonbehandling 1985-2004.

Figur 6.2.1 Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på køn, 1983-2004.

Figur 6.2.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1990-2000.

De anvendte undersøgelser

"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.

"Unge 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%.

"Unge 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%.

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

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, upubliceret

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 ca. 60%.

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

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

"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 (upubliceret)

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%.

"Unge og Rusmidler – En undersøgelse af 9. klasses elever" Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, Aarhus Universitet (Sabroe & Fonager 1996)

Rapporten tog udgangspunkt i den danske del af ESPAD 1995 (se ovenfor). I rapporten var stikprøven udvidet i forhold til ESPAD 1995, så den omfattede elever i 9.klasse. Således blev medtaget foruden de 15-16-årige også de 14- og 17-årige, som går i 9. klasse. Dette udvidede antallet af deltagende elever til 2545.

“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.

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.

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.

www.sst.dk

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