

FOCAL  
POINT

# NARKOTIKASITUATIONEN I DANMARK

2006

## **Narkotikasituationen i Danmark 2006**

Center for Forebyggelse  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Sprog: Dansk

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

Version: 1,0

Versionsdato: 20061123

Elektronisk ISBN: 87-7676-380-3

Den trykte versions ISBN: 87-7676-378-1

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, november 2006

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](mailto:sundhed@schultz.dk)

Pris: Publikationen er gratis, dog betales porto og ekspeditionsgebyr

## Forord

Denne årsrapport om narkotikasituationen i Danmark er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, det danske "Focal Point". Rapporten er udarbejdet i efteråret 2006 til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug (EMCDDA). Rapporten findes både i en dansk og en engelsk udgave og er udarbejdet efter EMCDDA's retningslinier.

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

Sociolog Kari Grasaasen har haft det koordinerende ansvar for rapportens tilblivelse og udarbejdet de epidemiologiske kapitler i rapporten samt temakapitlet om kokain. Konsulent Bent Ulrikkeholm har udarbejdet kapitlet om forebyggelse, og afdelingslæge Helle Petersen har i samarbejde med overlæge Christian Hvidt udarbejdet kapitlet om de sundhedsmæssige indsatser i relation til stofmisbrug. Seniorforsker Inger Marie Bernhoft har udarbejdet temakapitlet om Medicin og illegale stoffer i trafikken, og Professor Svend Sabroe har udarbejdet temakapitlet om Stofbrug blandt de unge under 15 år. 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 2006*

*Else Smith  
Centerchef*

# Indhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Forord</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Sammenfatning</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1 National narkotikapolitik i kontekst</b>                           | <b>10</b> |
| 1.1 Overblik og sammendrag  | 10        |
| 1.2 Ny lovgivning, herunder nye narkotiske stoffer under kontrol        | 10        |
| 1.3 Nationale strategier på narkotikaområdet                            | 11        |
| 1.4 Økonomi og finansieringsordninger                                   | 12        |
| 1.5 Narkotikapolitikken i social og kulturel sammenhæng                 | 13        |
| <b>2 Brugen af illegale stoffer i befolkningen</b>                      | <b>14</b> |
| 2.1 Overblik og sammendrag  | 14        |
| 2.2 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen                        | 15        |
| 2.3 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge                        | 18        |
| <b>3 Forebyggelse</b>   | <b>20</b> |
| 3.1 Overblik og sammendrag  | 20        |
| 3.2 Universel forebyggelse – skoleområdet                               | 20        |
| 3.3 Indsatser i lokalsamfundet  | 21        |
| 3.4 Selektiv og indikeret forebyggelse                                  | 23        |
| <b>4 Stofmisbrug</b>  | <b>25</b> |
| 4.1 Overblik og sammendrag  | 25        |
| 4.2 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark                            | 25        |
| 4.3 Stofmisbrugere i behandling   | 26        |
| 4.4 Metadonbehandling og -ordination                                    | 30        |
| <b>5 Stofrelateret behandling</b>                                       | <b>32</b> |
| 5.1 Overblik og sammendrag  | 32        |
| 5.2 Behandlingssystemet   | 32        |
| 5.3 Støtte- og kontaktpersoner  | 33        |
| 5.4 Pulje til forbedring af den sociale indsats over for stofmisbrugere | 33        |
| 5.5 Døgnbehandling  | 33        |
| 5.6 Kvinder i stofmisbrugsbehandling                                    | 35        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 5.7       | Udvikling af kvalitetssikring af behandling                               | 36        |
| <b>6</b>  | <b>Sundhedsmæssige konsekvenser ved stofmisbrug</b>                       | <b>38</b> |
| 6.1       | Overblik og sammendrag  | 38        |
| 6.2       | Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere          | 38        |
| 6.3       | Forgiftninger med illegale stoffer  | 42        |
| 6.4       | Narkotikarelaterede infektionssygdomme                                    | 44        |
| 6.5       | Dobbelt-diagnoser og stofmisbrugere i psykiatrisk behandling              | 46        |
| <b>7</b>  | <b>Indsatser i relation til sundhedsmæssige konsekvenser ved stofbrug</b> | <b>49</b> |
| 7.1       | Overblik og sammendrag  | 49        |
| 7.2       | Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald                              | 49        |
| 7.3       | Forebyggelse af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere                  | 50        |
| 7.4       | Indsatser relateret til personer med dobbelt-diagnoser                    | 51        |
| 7.5       | Indsatser relateret til andre sundhedsmæssige sammenhænge                 | 52        |
| <b>8</b>  | <b>Kriminalitet, stofbrug og sociale konsekvenser</b>                     | <b>55</b> |
| 8.1       | Overblik og sammendrag  | 55        |
| 8.2       | Social eksklusion og problemer  | 55        |
| 8.3       | Kriminalitet i forbindelse med narkotika                                  | 57        |
| <b>9</b>  | <b>Indsatser i relation til sociale konsekvenser</b>                      | <b>58</b> |
| 9.1       | Overblik og sammendrag  | 58        |
| 9.2       | Hjemløshed, botilbud og bostøtte  | 59        |
| 9.3       | Uddannelsestilbud   | 60        |
| 9.4       | Beskæftigelsestilbud og forsørgelse                                       | 60        |
| 9.5       | Rådgivningstilbud   | 61        |
| 9.6       | Forebyggelse af narkotikarelateret kriminalitet                           | 62        |
| <b>10</b> | <b>Det illegale stofmarked</b>  | <b>63</b> |
| 10.1      | Overblik og sammendrag  | 63        |
| 10.2      | Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel                                | 63        |
| 10.3      | Beslaglæggelser af stoffer på det illegale marked                         | 63        |
| <b>11</b> | <b>Stofbrug og relaterede problemer blandt unge under 15 år</b>           | <b>68</b> |
| 11.1      | Indledning  | 68        |
| 11.2      | Forbruget af rusmidler blandt børn under 15 år                            | 69        |
| 11.3      | Risikobørn og misbrugende forældre  | 73        |

|               |  |           |
|---------------|--|-----------|
| 11.4          | Politik og lovgivning der relaterer sig til unge med stofmisbrug | 74        |
| 11.5          | Forebyggelse og behandling af unge med stofmisbrugsproblemer     | 75        |
| <b>12</b>     | <b>Kokain</b>  | <b>77</b> |
| 12.1          | Indledning   | 77        |
| 12.2          | Det eksperimenterende brug af kokain                             | 77        |
| 12.3          | Problemer og skader som følge af kokainmisbrug                   | 78        |
| 12.4          | Behandling og forebyggelse af kokainmisbrug                      | 80        |
| <b>13</b>     | <b>Medicin og illegale stoffer i trafikken</b>                   | <b>82</b> |
| 13.1          | Indledning   | 82        |
| 13.2          | Omfang af problemet i trafikken                                  | 82        |
| 13.3          | Omfang af problemet i færdselsuheld                              | 83        |
| 13.4          | Uheldsrisiko   | 84        |
| 13.5          | Færdselslov og politikontrol                                     | 85        |
| 13.6          | Forebyggelse   | 86        |
| 13.7          | Afslutning   | 86        |
| <b>Anneks</b> |  | <b>88</b> |

# Sammenfatning

## Den aktuelle narkotikasituation i Danmark

Sundhedsstyrelsen har beregnet et nyt skøn over antallet af stofmisbrugere, som viser, at antallet af stofmisbrugere i Danmark i 2005 var 27.000, hvoraf godt 7000 alene er hashmisbrugere. Der har således siden 2001 været stabilitet i det skønnede antal af stofmisbrugere i Danmark. 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. Egentlige stofafhængige er således medtaget i skønnet, herunder også stabiliserede stofafhængige (fx metadonbehandlede).

Samtidig viser nyere, landsdækkende undersøgelser samstemmende, at det eksperimenterende brug af både hash og andre illegale stoffer ligger på et højt, men stabilt niveau. Denne aktuelle stabilisering kommer efter markante stigninger i brugen af illegale stoffer i årene op til år 2000. Hash er stadig det mest udbredte illegale stof, efterfulgt af amfetamin, kokain og ecstasy i nævnte rækkefølge. Det eksperimenterende brug af illegale stoffer er fortsat et fænomen, der hovedsageligt finder sted i de unge år. Forbruget findes primært sted i aldersgruppen fra 15–30 år og toppe blandt de 16 – 19-årige. Meget få prøver stoffer første gang efter 20-års alderen.

Selv om de landsdækkende undersøgelser overordnet dokumenterer stabilitet, ses der tendens til mindre forskydninger i stofvalget. Både skoleundersøgelser (ESPAD), undersøgelser blandt de unge (MULD) og blandt de unge voksne (SUSY) viser små, men signifikante stigninger i brugen af kokain. Kokain synes således som eneste stof at være på vej frem, men samtidig synes unges brug af andre stoffer, såsom amfetamin og ecstasy at gå tilsvarende tilbage. Den lille stigning i det eksperimenterende brug af kokain ses samtidig med et stigende udbud målt på politiets beslag.

Der ses fortsat stigninger i antallet af skadevirkninger efter stofbrug, om end der ses en ”opbremsning” i stigningerne, især i tilgangen til stofmisbrugsbehandlingen. I alt 13.316 personer var i behandling for stofmisbrug i 2005, hvilket var 1,2 % flere end i 2004. Tidligere har der været kraftigere stigninger i antallet af personer i stofmisbrugsbehandling på 13,9 % fra 2002 til 2003 og på 7 % fra 2003 til 2004.

Andelen af stofmisbrugere, der blev indskrevet i behandling for første gang i 2005, var 30 % af alle, der blev indskrevet i 2005 (1578 ud af i alt 5228 personer).

Det er især de unge, der udgør nyt tilgangen til stofbehandlingen, og typisk er det hash og/eller centralstimulerende stoffer, der er deres misbrugsproblem. I 2005 havde halvdelen (49 %) af de unge mellem 18 og 24 år i stofmisbrugsbehandling hash som hovedmisbrugsstof, mens 11 %, 7 % og 2 % af de unge er i behandling for henholdsvis amfetamin, kokain og ecstasy som hovedmisbrugsstof. Udover det stigende brug af de illegale stoffer op igennem 90’erne, må det antages, at den øgede behandlingsskapacitet, behandlingsgaranti samt bedre og mere målrettede behandlingstilbud er medvirkende til den dokumenterede stigning af skader i forbindelse med stofbrug som ses af behandlingsstatistikken.

Også oplysninger om de psykiatriske indlæggelser peger på en stadig tilgang af personer med stofrelaterede problemer, især i relation til hash. For knap halvdelen (908 ud af i alt 2102) af de indlæggelser i psykiatrisk behandling, der diagnosticere-

res med en stofrelateret bidiagnose, er der tale om hash, og fra 1996 til 2005 er der tale om en fordobling i antallet af sådanne indlæggelser. Også de centralstimulerende stoffer, herunder kokain, er i stigende omfang medvirkende årsag til de psykiatriske indlæggelser, om end antallet af disse indlæggelser er væsentlig færre end de hashrelaterede.

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 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.

Antallet af de registrerede narkotikarelaterede dødsfald i 2005 er det samme som i 2004, og udgjorde 275 i begge år. Dette antal er noget højere sammenlignet med årene 1998 - 2003, hvor antallet har ligget på omkring 250 dødsfald årligt. Over den sidste tiårige periode har antallet af narkotikarelaterede dødsfald imidlertid svinget mellem 239 (1999) i den ene ende af skalaen og 275 (1997, 2004 og 2005) i den anden ende af skalaen. Langt de fleste af de narkotikarelaterede 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. Narkotikaforebyggelsen regionalt og lokalt foregår i stigende grad i tværsektorielle sammenhænge, og nye og flere netværksprojekter spredes blandt de professionelle for at forebygge mere målrettet, især inden for det kommercielle festmiljø og på ungdomsuddannelserne.

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 efteråret 2006 har Sundhedsstyrelsen endvidere udsendt materiale "Om hash og unge" til alle landets skoler. Materialet skal anvendes på forældremøder og har til formål at give forældregruppen lejlighed til at diskutere hash og eventuelt finde fælles normer.

I forbindelse med Regeringens handlingsplan fra 2003 har man igangsat modelkommuneprojektet "Narkoen ud af byen", der afsluttes i 2007. 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. For at understøtte kommunernes forebyggende indsats



bedst muligt udarbejdede Sundhedsstyrelsen i 2005 en ”Vejledning til modelkommunerne i Narkoen ud af byen”, der peger på centrale principper i arbejdet med narkotikaforebyggelse. Vejledningen er baseret på viden om de metoder, der virker i forebyggelsen og beskriver i hvilke miljøer, forebyggelsen bør finde sted.

Fra 2005 er der med støtte fra Sundhedsstyrelsen etableret en landsdækkende informationskampagne på musikfestivaler i samarbejde med festivalarrangørerne *Festivaldanmark against drugs*. Samarbejdet omfatter i alt 14 festivaler tilknyttet brancheorganisationen Festivaldanmark, som har unge som publikum. Indsatsen er en udvidelse af den indsats, der siden 2003 har været på landets største musikfestival Roskildefestivalen. Ideen er at formidle en tydelig holdning imod stoffer fra festivalarrangørernes side, og evalueringer viser, at kampagnen har god gennemslagskraft og bliver godt modtaget af publikum.

Som nævnt, er der en stadig tilgang af stofmisbrugere til behandling. Som en opfølgning på indførelsen af den sociale behandlingsgaranti for stofmisbrugere fra 2003, blev der pr. 1. oktober 2005 indført lov om behandlingsgaranti for unge under 18 år i særlige tilfælde. Loven skal sikre, at amtskommunen fremskynder indsatsen og handler hurtigt og effektivt, for at de unge med behov kan komme i social 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 BZP, 2C-T-4, mCPP, MeOPP samt TFMPP forbudt fra og med 3. december 2005, og må herefter kun anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed.

En række nye lovbestemmelser er gennemført og implementeret i 2005/2006. Til brug for gennemførelse af kommunalreformen er blandt andet vedtaget en række sundhedslove af betydning for narkotikaområdet, som træder i kraft pr. 1. januar 2007. Hertil er bekendtgørelsen om tilbud om gratis hepatitis B-vaccination til særligt udsatte grupper pr. 1. august 2006 udvidet.

### Temakapitler

Temakapitlet om ”Stofmisbrug blandt unge under 15 år” beskriver udbredelse, problemstillinger og indsatsområder til de helt unge, der eksperimenterer med stoffer. Temakapitlet om ”Kokain” sætter særlig fokus på udbredelse og skadevirkninger alene i relation til stoffet kokain. Endelig omhandler temakapitlet om ”Medicin og illegale stoffer i trafikken” blandt andet uheld og risiko med rusmidler i trafikken.

# 1 National narkotikapolitik i kontekst

## 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 2006 er der udstedt følgende love og administrative regler på narkotikaområdet:

- De nødvendige love til brug for gennemførelsen af kommunalreformen den 1. januar 2007 (se også afsnit 1.3) 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.
- Med virkning fra den 1. oktober 2006 ændres § 80 i serviceloven, jf. lov-bekendtgørelse nr.699 af 7. juni 2006, således at ordningen om støtte- og kontaktpersoner til personer med sindslidelser udvides til også at omfatte personer med et stof- og alkoholmisbrug samt personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller kan opholde sig i egen bolig.

- Bekendtgørelse nr. 746 af 29. juni 2006 om gratis hepatitisvaccination til særligt udsatte grupper afløste pr. 1. august 2006 bekendtgørelse nr. 160 af 7. marts 2005 om gratis hepatitisvaccination til injektionsmisbrugere og deres pårørende. Udover den tidligere omfattede persongruppe (injektionsnarkomaner, deres samlevende og eventuelle faste seksualpartnere) vil nu også personer, som bor sammen med eller er fast seksualpartner med en person med kronisk hepatitis B, personer smittet med hepatitis C, børn i dagsinstitutioner, hvor der går et barn under skolealderen med en kendt kronisk hepatitis B infektion og børn under 15 år, som færdes i boligområder med tilfælde af kendt hepatitis B infektion, blive tilbudt at blive gratis vaccineret mod hepatitis B. Initiativet er en del af satspuljeaftalen for 2006 på narkotikaområdet, se nærmere afsnit 1.3.
- Justitsministeriet udsendte den 7. marts 2006 med hjemmel i lovbekendtgørelse nr. 786 af 9. august 2005 om restaurations- og hotelvirksomhed m.v. § 10, stk. 2, en cirkulæreskrivelse til politiet og anklagemyndigheden, hvori opmærksomheden blev henledt på, at den lokale politimester eller denne repræsentant i bevillingsnævnet bør være opmærksom på muligheden for, at der ved meddelelse af alkoholbevilling i relevante tilfælde kan fastsættes vilkår om, at der på stedet foretages tydelig skiltning med, at narkotika ikke tolereres, og at enhver besiddelse af narkotika anmeldes til politiet. Ved relevante tilfælde tænkes særligt på tilfælde, hvor politiet på et værtshus eller diskotek flere gange har konstateret, at der foregår handel med eller misbrug af euforiserende stoffer.
- I 2006 er følgende narkotiske stoffer undergivet kontrol: Med bekendtgørelse nr. 1120 af 24. november 2005 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne BZP (A 2)(1-benzylpiperazin), 2C-T-4 (2,5-dimethoxy-4-isopropylthiophenethylamin), mCPP (1-(3-chlorphenyl)piperazin), MeOPP (1-(4-methoxyphenyl)piperazin) og TFMPP (1-(3-trifluormethylphenyl)piperazin) fra og med den 3. december 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 (omtalt i afsnit 1.2), der er nødvendige til brug for gennemførelsen af kommunalreformen er vedtaget af det danske parlament (Folketinget). På narkotikaområdet betyder kommunalreformen, at ansvaret for forebyggelsen såvel som for den sociale og lægelige stofmisbrugsbehandling overgår til kommunerne.

Der blev i oktober 2005 indgået en politisk aftale om udmøntning af satspuljen for 2006 på narkotikaområdet (se også afsnit 1.4). Med aftalen, som skal ses som en opfølgning på satspuljeaftalen for 2004, tages en række initiativer, som fastholder og udbygger den eksisterende indsats mod narkotikamisbruget. Intensiveringen af indsatsen sker over en bred kam med en ambition om i endnu højere grad at begrænse stofmisbruget og de alvorlige skader, som misbruget påfører stofmisbrugerne selv, deres nærmeste og det omgivende samfund. Aftalen for 2006 omfatter følgende initiativer:

- Behandlingsindsatsen over for stofmisbrugere i fængslerne skal styrkes, så den generelle behandlingsgaranti for stofmisbrugere også kommer til at omfatte indsatte i kriminalforsorgens institutioner.
- Med indførelse af garanti for social behandling af unge under 18 år med alvorlige stofmisbrugsproblemer, sikres det, at unge, der har så store stofafhængighedsproblemer, at de almindelige tilbud til unge ikke kan iværksættes, kan komme i behandling.
- Større relevante kommuner kan fra en pulje søge om støtte til dækning af 1/2 af udgifterne til indførelse af et målrettet sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere.
- Der indføres metadoninjektion som behandlingsmulighed for personer med et massivt intravenøst misbrug og med aktuelle eller truende helbredsmæssige skader trods adækvat sædvanlig behandling, hvor metadonen indtages gennem munden.
- Indsatsen rettet specielt mod hepatitis C blandt stofmisbrugere øges på landsplan.
- Persongruppen som tilbydes gratis vaccination mod hepatitis B udvides, således at også personer, som bor sammen med en person med kronisk hepatitis B, personer smittet med hepatitis C og børn under 15 år, som færdes i boligområder med mange injektionsnarkomaner omfattes af tilbuddet.
- For at understøtte nærmiljøets muligheder for at medvirke til imødegåelsen af narkotikaproblemerne på Vesterbro i København er der oprettet en pulje, hvorfra foreninger mv. kan søge om støtte til dækning af udgifter til udvikling og gennemførelse af lokalt forankrede initiativer, der tager sigte på i bred forstand at forbedre forholdene for stofmisbrugerne og afhjælpe de problemer, som narkotikamiljøet påfører bydelen.

Som oplyst i "Narkotikasituationen i Danmark 2004" foretog Københavns Politiden 16. marts 2004 den hidtil største aktion mod hashhandlen på Christiania, hvor der i en årrække har fundet åbenlys hashhandel sted. Københavns Politiden har den 10. juli 2006 oplyst, at status for indsatsen på Christiania den 16. marts 2004 er, at 58 personer er dømt for besiddelse af hash med henblik på videreoverdragelse eller medvirken hertil. Disse 58 personer omfatter også personer, der har deltaget i det organiserede vagtkorps med henblik på at beskytte den professionelt tilrettelagte og omfattende hashhandel på Christiania. De 58 personer er dømt for en samlet mængde på ca. 550 kg. hash, og der er idømt fængselsstraffe fra 4 måneder op til fængsel i 2 år og 6 måneder, idet hovedparten af de domfældte dog er straffet med fængsel mellem 1 år og 6 måneder og op til 2 år og 6 måneder.

#### 1.4 Økonomi og finansieringsordninger

Oplysningerne om de flerårige statslige finanslovbevillinger og puljemidler fremgår af "Narkotikasituationen i Danmark 2005". Om nye statslige bevillinger kan oplyses:

- I 2006 forventes anvendt ca. 3,8 mio. DKK i statslige midler til forebyggelse af narkotikamisbrug.
- Til gennemførelse af initiativerne i aftalen om udmøntning af satspuljen for 2006 på narkotikaområdet blev der samlet afsat 248,4 mio. DKK over årene 2006-2009. Midlerne er fordelt således på de enkelte initiativer:

|  |                 |
|--|-----------------|
| Behandlingsgaranti i fængslerne .....    | 102,4 mio. DKK. |
| Behandlingsgaranti for unge .....        | 32,0 mio. DKK.  |
| Målrettet sundhedsfagligt tilbud.....    | 28,0 mio. DKK.  |
| Metadoninjektion .....                   | 20,0 mio. DKK.  |
| Indsats mod hepatitis C .....            | 36,0 mio. DKK.  |
| Gratis vaccination mod hepatitis B ..... | 14,0 mio. DKK.  |
| Vesterbro-puljen.....                    | 16,0 mio. DKK.  |

- Af puljen til forbedring af den sociale indsats over for stofmisbrugere er der for årene 2006-2008 uddelt 70 mio. DKK til kommuner, amtskommuner, frivillige sociale organisationer og foreninger samt andre private aktører.

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 2006 er der afsat 789,7 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 særskilt uddrages af de kommunale og amtskommunale regnskaber og budgetter.

## 1.5 Narkotikapolitikken i social og kulturel sammenhæng

I folketingsåret 2005-06 fremsatte medlemmer af oppositionen forslag til folketingsbeslutning om etablering af fixerum. Forslaget blev ved Folketingets 2. behandling forkastet af et flertal. Regeringen afviser etablering af fixerum som for vidtgående og i modstrid med de internationale narkotikakonventioner og kernen i narkotikapolitikken.

I folketingsåret 2005-2006 fremsatte medlemmer af oppositionen forslag til folketingsbeslutning om tilsætning af ildelugtende stoffer i lightergas. Ved Folketingets 1. behandling af forslaget tegnede der sig et flertal imod. Regeringen finder ikke, at der er teknisk eller sundhedsfagligt grundlag for at tilsætte et ildelugtende stof til lightergas.

## 2 Brugen af illegale stoffer i befolkningen

### 2.1 Overblik og sammendrag

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 meget få prøver stoffer første gang efter 20-års alderen. I aldersgrupperne over 40 år har kun få procent brugt nogen form for stoffer inden for det seneste år (SUSY 2000 og 2005<sup>1</sup>).

Det er langt hen af vejen de samme unge, som udsætter sig for de forskellige former for risikoadfærd. Undersøgelser dokumenterer, at det ofte er de samme unge, som har et stort alkoholforbrug, et daglig brug af tobak og ryger hash. Ligeledes ses en signifikant samvariation mellem at have brugt hash og have brugt et eller flere andre illegale stoffer. 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 (MULD 2004<sup>2</sup>).

I 2005 er der gennemført en ny befolkningsundersøgelse af det eksperimenterende brug af illegale stoffer (SUSY 2005). Undersøgelsen er en opfølgning på undersøgelsen i 1994 og 2000, hvilket gør det muligt at sammenligne resultater fra de tre undersøgelsesår (SUSY 1994, 2000 og 2005). Den samlede stikprøve i 2005 omfatter knap 22.000 danskere på 16 år og derover. Undersøgelserne er nationalt repræsentative og er gennemført ved udfyldelse af et selvadministrerende spørgeskema.

Helt overordnet viser resultaterne, at der ikke er sket en stigning i udbredelsen af illegale stoffer i den voksne befolkning fra 2000 til i dag. Denne stagnation ses efter markante stigninger i udbredelsen fra 1994 til 2000. I 2005 har 46 % af befolkningen mellem 16 og 44 år eksperimenteret med hash nogensinde, og 8 % har brugt hash inden for det sidste år. Til sammenligning har 13,5 % i samme aldersgruppe nogensinde prøvet andre illegale stoffer end hash og lidt under 3 % inden for det sidste år. Amfetamin er det mest udbredte illegale stof efter hash, både blandt de unge og i befolkningen som helhed. Kokain ses herefter som det tredje mest udbredte stof.

Alle nyere, landsdækkende undersøgelser viser samstemmende, at det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer i Danmark aktuelt ligger på et højt, men stabilt niveau.

---

<sup>1</sup> SUSY står for Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse.

<sup>2</sup> MULD står for Monitorering af Unges Livsstil og Dagligdag.

## 2.2 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen

Beskrivelsen af forbruget af illegale stoffer i voksenbefolkningen er baseret på de tre seneste landsdækkende Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser af det selvrapporterede forbrug fra 1994, 2000 og 2005. (SUSY 1994, SUSY 2000 og SUSY 2005). Samtlige undersøgelser er foretaget af det nuværende Statens Institut for Folkesundhed. De medtagne analyser af udbredelsen er baseret på aldersgruppen 16-44 år. Hos personer over 44 år ses kun en meget begrænset udbredelse, hvorfor de over 44-årige ikke er medtaget i nedenstående analyser.

### Udbredelsen af hash

Resultater fra befolkningsundersøgelser blandt de 16 til 44-årige gennemført i årene 1994, 2000 og 2005 viser stigninger i det eksperimenterende brug af hash op til 2000. Herefter ses en stagnation, endog med et lille fald. Ser man på det aktuelle brug (brugt hash inden for det seneste år), oplyser 8 % af de 16-44-årige i 2005 at have brugt hash inden for sidste år. Dette gjaldt for 7 % og 10 % i henholdsvis 1994 og 2000.

**Tabel 2.2.1. Den procentvise andel af kvinder og mænd i de forskellige aldersgrupper, der har brugt hash inden for sidste år i 1994, 2000 og 2005**

|               |                | 1994<br>N=2.521 | 2000<br>n=6.887 | 2005<br>n=4484 | Danmarks befolkning i<br>aldersgrupperne i 2005 |
|---------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|---|
| 16-19-årige   | Mænd           | 19              | 29              | 23             | 123124  |
|               | <b>Kvinder</b> | <b>10</b>       | <b>20</b>       | <b>19</b>      | <b>116648</b>                                   |
| 20-24-årige   | Mænd           | 14              | 24              | 26             | 147943  |
|               | <b>Kvinder</b> | <b>9</b>        | <b>12</b>       | <b>16</b>      | <b>144598</b>                                   |
| 25-29-årige   | Mænd           | 8               | 16              | 17             | 173681  |
|               | <b>Kvinder</b> | <b>5</b>        | <b>6</b>        | <b>5</b>       | <b>172033</b>                                   |
| 30-34-årige   | Mænd           | 9               | 10              | 10             | 193537  |
|               | <b>Kvinder</b> | <b>2</b>        | <b>3</b>        | <b>3</b>       | <b>190643</b>                                   |
| 35-39-årige   | Mænd           | 6               | 8               | 5              | 210636  |
|               | <b>Kvinder</b> | <b>2</b>        | <b>2</b>        | <b>2</b>       | <b>203290</b>                                   |
| 40-44-årige   | Mænd           | 5               | 4               | 4              | 204212  |
|               | <b>Kvinder</b> | <b>2</b>        | <b>2</b>        | <b>2</b>       | <b>197524</b>                                   |
| Alle 16-44 år | Mænd           | 10              | 14              | 11             | 1053133   |
|               | <b>Kvinder</b> | <b>5</b>        | <b>6</b>        | <b>6</b>       | <b>1024736</b>                                  |
|               | <b>Alle</b>    | <b>7</b>        | <b>10</b>       | <b>8</b>       | <b>2077869</b>                                  |

Kilde: SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005.

Som det ses af tabel 2.2.1, er det aktuelle brug af hash størst i de yngre aldersgrupper, og aftager herefter med stigende alder. For mændenes vedkommende er der i

2005 størst udbredelse i aldersgruppen 20 - 24 år, mens der blandt kvinderne er størst udbredelse blandt de 16-19-årige.

**Tabel 2.2.2. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000 og 2005**

| Brugt hash                         | 1994 | 2000 | 2005 |
|------------------------------------|------|------|------|
| Sidste måned                       | 2    | 4    | 4    |
| Sidste år (sidste måned medregnet) | 7    | 10   | 8    |
| Nogensinde (sidste år medregnet)   | 37   | 42   | 46   |

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 1994, SUSY 2000 og SUSY 2005.

Resultaterne viser, at det aktuelle brug af hash er stagneret, endda med et lille fald fra 2000 til 2005. Selvom der samtidig er tale om en stigning fra 1994-2005 i andelen, der nogensinde har prøvet hash, kan resultaterne tages som udtryk for, at færre har et brug af hash i dag sammenlignet med i 2000, idet ”aktuelt brug” vurderes som det mest pålidelige mål for udbredelsen<sup>3</sup>.

### Udbredelsen af andre illegale stoffer

For de øvrige illegale stoffer taget under ét ses en tilsvarende udvikling; et stigende eksperimenterende brug blandt de 16-44-årige fra 1994 til 2000, afløst af et lille, men dog signifikant fald fra 2000 til 2005. Under 3 % af de 16 til 44-årige oplyser i 2005 at have et aktuelt brug af andre illegale stoffer end hash (brugt inden for det seneste år).

**Tabel 2.2.3. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000 og 2005**

| Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash | 1994<br>(n=2.521) | 2000<br>(n=6.878) | 2005<br>(n=4.440) |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| Sidste måned   | 0,2               | 1,2               | 1,1               |
| Sidste år (sidste måned medregnet)                         | 0,5               | 3,4               | 2,7               |
| Nogensinde   | 4,4               | 11,3              | 13,5              |

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 1994, SUSY 2000 og SUSY 2005

### Udbredelsen af illegale stoffer blandt de unge voksne

I nedenstående er der fokuseret på udbredelsen af de forskellige illegale stoffer i 2005 blandt de ”unge voksne” i aldersgruppen 16 til 24 år. Det er i denne aldersgruppe, der typisk debiteres med de illegale stoffer, og hvor udbredelsen af illegale stoffer er størst.

<sup>3</sup> Kategorien ”brugt nogensinde” er et mere upræcist mål end ”brugt sidste år”, da jo længere en tidsperiode, man spørger om, desto større er sandsynligheden for, at svarpersonen enten har glemt eller forsøgt at fortrænge den pågældende hændelse.



**Tabel 2.2.4. 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 2005**

|                                      | Sidste måned | Sidste år<br>(sidste måned medregnet) | Nogensinde |
|--------------------------------------|--------------|---------------------------------------|------------|
| Hash                                 | 8,2          | 20,5                                  | 44,2       |
| Amfetamin                            | 1,4          | 4,0                                   | 11,2       |
| Kokain                               | 0,8          | 3,3                                   | 8,0        |
| Psilocybinsvampe                     | 0,0          | 0,9                                   | 4,8        |
| Ecstasy                              | 0,5          | 1,5                                   | 5,5        |
| Lsd                                  | 0,0          | 0,6                                   | 1,8        |
| Heroin                               | 0,1          | 0,2                                   | 0,6        |
| Andre stoffer*                       | 0,3          | 0,7                                   | 1,8        |
| "Andet illegalt stof end hash" i alt | 2,0          | 5,3                                   | 14,2       |

Kilde: SUSY 2005, upublicerede tal fra Statens institut for Folkesundhed.

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

44 % af de unge under 24 år har prøvet hash nogensinde, og 21 % har et aktuelt brug – dvs. oplyser at have brugt hash inden for det seneste år. Udbredelsen af hash blandt de unge i 2005 ligger på samme niveau som i 2000.

For de øvrige illegale stoffer såsom amfetamin, kokain og ecstasy, som er de mest udbredte stoffer efter hash, er der heller ikke sket en stigning siden 2000. Det kan dog se ud som om, der er en tendens til en "forskydning" i stofvalget i denne periode, hvor færre vælger stofferne amfetamin og ecstasy og flere vælger kokain. Denne udvikling er vist i tabel 2.2.5. (I annexet vises udviklingen fra 2000 til 2005 for alle illegale stoffer blandt de 16- 24-årige).

**Tabel 2.2.5. Den procentvise andel i af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af kokain, amfetamin og ecstasy i 2000 og 2005**

| 16-24 år                              | SUSY 2000 |         |            | SUSY 2005 |         |            |
|---------------------------------------|-----------|---------|------------|-----------|---------|------------|
|                                       | mænd      | kvinder | Totalt     | mænd      | kvinder | totalt     |
| Amfetamin prøvet inden for seneste år | 8,6       | 3,0     | <b>5,6</b> | 6,5       | 2,4     | <b>4,1</b> |
| Kokain prøvet inden for seneste år    | 4,3       | 1,3     | <b>2,7</b> | 5,4       | 1,9     | <b>3,3</b> |
| Ecstasy prøvet inden for seneste år   | 3,1       | 1,5     | <b>2,2</b> | 3,1       | 0,4     | <b>1,5</b> |

Kilde: SUSY 2005, upublicerede tal fra Statens institut for Folkesundhed.

Som ovenstående tabel viser, angiver 5,6, % af de 16-24-årige i 2000 at have brugt amfetamin inden for sidste år, mens dette gjaldt for 4,1 % i 2005. For ecstasy gjaldt det, at 2,2 % af de 16-24-årige i 2000 angiver at havde brugt ecstasy inden for det seneste år, mens andelen var faldet til 1,5 % i 2005. Da der samtidig ses en stigning i andelen, der oplyser at have brugt kokain fra 2000 til 2005, kan der således være tendens til en forskydning i stofvalget i denne aldersgruppe.

Markant flere unge mænd end kvinder har et aktuelt brug af både amfetamin, kokain og ecstasy. Især er det aktuelle brug af ecstasy meget begrænset blandt de unge kvinder i 2005.

Det kan således konkluderes, at der blandt de 16 – 24-årige ikke er tale om en stigende udbredelse i disse år, hverken for hash eller de øvrige illegale stoffer. Derimod ses tendenser til en lille forskydning i stofvalget blandt disse unge, hvor kokain er på vej frem, mens brug af amfetamin og ecstasy går tilbage.

### Hyppighed i brugen af de illegale stoffer

I SUSY-undersøgelsen 2005 er de, der har et aktuelt brug af hash eller andre illegale stoffer inden for seneste måned spurgt om, hvor mange gange de har brugt stof(fer). Blandt de 16-24-årige er det i alt 9 %, der har brugt hash og/eller andre illegale stoffer inden for seneste måned. Knap 70 % af disse har brugt stoffet 1-3 gange. Resten har haft et hyppigere forbrug (18 % anvendte stoffet 4 – 9 gange, og 12 % mere end 10 gange inden for sidste måned). Vedrørende angivelser af hyppighed for stofindtaget er det tale om meget små tal, hvorfor der foreligger stor usikkerhed omkring disse resultater.

Hovedparten af sidste-måned-brugerne har alene brugt hash. Det er undersøgt, om der er forskel på hyppigheden for dem, der alene bruger hash, og dem, der bruger andre illegale stoffer, men der har ikke vist sig nogen forskelle mellem disse to grupper. Det skal dog understreges, at gruppen, der har brugt andre illegale stoffer end hash inden for sidste måned, er meget lille.

### Regionale forskelle i brugen af illegale stoffer

I SUSY-undersøgelserne er foretaget regionale sammenligninger i udbredelsen af de illegale stoffer. Resultaterne viser klart, at udbredelsen af de illegale stoffer er væsentlig størst i hovedstadsregionen og mindre udbredt i de øvrige regioner. I hovedstadsregionen er der blandt de 16 – 24-årige op til dobbelt så mange, der har prøvet både hash og de øvrige illegale stoffer sammenlignet med de unge i de øvrige regioner. Også i aldersgruppen 25 til 34 år vises samme tendens til regionale forskelle, om end denne forskel ikke er fuldt så markant som blandt de unge under 24 år.

## 2.3 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge

Som det fremgår ovenfor, er det i de yngre aldersgrupper, at forbruget af både hash og andre stoffer er mest udbredt. Forbruget blandt de unge fra 16 til 20 år beskrives i dette afsnit ud fra de såkaldte ”MULD-undersøgelser” i 2000, 2001, 2002, 2003 og 2004. Forbruget blandt de 15-16-årige er i foreliggende rapport i år beskrevet i kapitel 11, der har de helt unges rusmiddelbrug som tema, primært ud fra de internationale skole-undersøgelser ESPAD.

Alle undersøgelser blandt de unge viser, at det eksperimenterende brug af stoffer er stagneret i de senere år, men på et relativt højt niveau.

I tabel 2.3.1. findes resultater fra alle fem MULD-undersøgelser.

**Tabel 2.3.1. De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler, 2000-2004**

|                                       | MULD 2000<br>(n=2046) | MULD 2001<br>(n=2090) | MULD 2002<br>(n=2041) | MULD 2003<br>(n=1768) | MULD 2004<br>(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<br>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: MULD 2000, MULD 2001, MULD 2002, og upublicerede tal fra henholdsvis MULD 2003 og MULD 2004.

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

Der findes i denne undersøgelsesrække ingen signifikante forskelle mellem tallene for stofbrug i 2000, 2001, 2002, 2003 og 2004. Eneste undtagelse er hash, hvor undersøgelserne viser en lille, men signifikant stigning i brug af hash nogensinde over de første undersøgelsesår, og modsat et lille, men signifikant fald i brug sene- ste måned fra 2003 til 2004.

MULD-undersøgelserne tegner det samme billede af udbredelsen af de forskellige stoffer, som er beskrevet for de lidt ældre aldersgrupper i afsnit 1.2. Godt en tredjedel af de 16-20-årige unge 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 nogen- sinde, 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 klare kønsforskelle i brugen af stoffer, idet en større andel drenge end piger har erfaring med stofferne. Et særligt temakapitel med analyser af kønsfor- skelle i brugen og skaderne af illegale stoffer findes i 2005-årsrapporten.

### Debutalder

De nyeste SUSY-analyser af det eksperimenterende brug af illegale stoffer bekræf- ter tidligere undersøgelsesresultater om, at næsten alle, der eksperimenterer med illegale stoffer, starter deres stofbrug inden de er fyldt 20 år (SUSY 2005).

## 3 Forebyggelse

### 3.1 Overblik og sammendrag

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

Ansvar for forebyggelse ligger aktuelt på tre niveauer: staten, amtskommuner og kommuner. Efter 1.1. 2007 vil ansvaret ligge hos kommunerne, men staten/Sundhedsstyrelsen vil fortsat have en rådgivende funktion.

Hovedansvaret for forebyggelsen ligger imidlertid hos kommuner og amtskommuner (efter 1.1.2007 hos kommunerne). Lokalt er der mulighed for at tilrettelægge både universel og selektiv forebyggelse i skoler, kommunale fritidstilbud, i samarbejde med foreninger, i samarbejde med restauranter, barer, diskoteker og i særlige boligmiljøer.

I kommunerne foregår narkotikaforebyggelse ofte i det tværsektorielle samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi, SSP. Der er store forskelle fra kommune til kommune, men SSP arbejder bl.a. på at opfange signaler, at modarbejde mistriksel hos børn og unge og foreslår og iværksætter aktiviteter, der skal virke misbrugs- og kriminalitetsforebyggende.

Amterne har de senere år arbejdet en del med at oprette lokale netværk i kommunerne for at sikre koordinering og samarbejde mellem lokale og regionale myndigheder.

Sundhedsstyrelsens opgave i forebyggelsen er at støtte det lokale forebyggelsesarbejde gennem at udarbejde informationsmateriale, gennem metodeudviklende projekter (aktuelt projekt "Narkoen ud af byen") og i øvrigt at yde rådgivning til andre myndigheder.

### 3.2 Universel forebyggelse – skoleområdet

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

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

### Undervisningsmaterialet ”Tackling, selvværd, sundhed og samvær”

Sundhedsstyrelsen har, i samarbejde med forlaget Alinea taget initiativ til at importere, udvikle og afprøve en dansk version af det amerikanske, forskningsbaserede undervisningsmateriale ”Life Skills Training” – på dansk ”Tackling”. 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 ca. 150 skoler i projektet, hvoraf halvdelen er indsatskoler og den anden halvdel er kontrolskoler.

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

Tackling 1 udkom i 2005, Tackling 2 udkommer september 2006, og afprøvning af Tackling 3 er ligeledes startet i september 2006. Forskningsmæssigt er anden opfølgingsundersøgelse nu gennemført. Det forventes, at resultater fra forskningsprojektet foreligger ved udgangen af 2007.

### Ungdomsuddannelserne

Der er kommet et stigende fokus på rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelserne de senere år, både fra statsligt og amtsligt niveau. Der arbejdes i særlig grad med implementering af rusmiddelpolitikker og rådgivning af unge på gymnasier, handelsskoler, tekniske skoler og produktionsskoler. Indsatsen er især baseret på erfaringer fra det metodeudviklende projekt, som Sundhedsstyrelsen samt Århus og Nordjyllands amter gennemførte i 2000 – 2003 (”Udviklingsprojekt om ecstasyforebyggelse”) og på Dansk Institut for Gymnasiepædagogik’s undersøgelse: ”Festkultur og rusmidler i gymnasieskolen” 2004. Hovedprincipper for indsatsen er beskrevet i Sundhedsstyrelsens ”Vejledning til modelkommunerne i Narkoen ud af Byen” 2005.

## 3.3 Indsatser i lokalsamfundet

### Regional og lokal indsats

De amtslige alkohol- og narkotikakonsulenter har i de senere år bl.a. arbejdet med at få faglige netværk, der kan kvalificere indsatsen i kommunerne, til at fungere. Konsulenterne underviser i et vist omfang i grundskolens 6. – 10. klasse, og lærere med denne funktion indgår ofte i nøglepersonkorps, hvor deres undervisning kan opkvalificeres. Flere amter har endvidere oprettet nøglepersonkorps med netværks-

funktion på ungdomsuddannelserne, hvor der også implementeres rusmiddelpolitikker som et led i det forebyggende arbejde.

Center for Misbrug og Forebyggelse i Randers Kommune har i 2006 afsluttet en kvalitativ interviewundersøgelse blandt marginaliserede unge i kommunen. Undersøgelsen skal give kommunen et bedre grundlag for at målrette forebyggelsen i forhold til disse unge. Undersøgelsen kan downloades på [www.ungekontakten.com/Paakanten.pdf](http://www.ungekontakten.com/Paakanten.pdf).

Flere amter og kommuner iværksætter særlige tiltag i forhold til unge - og de voksne omkring dem - der er storbrugere af hash og andre rusmidler. For eksempel har Viborg Amt oprettet et særligt rådgivningsteam, der både betjener de unge, deres forældre og professionelle med kontakt til de unge. Århus Kommune arbejder målrettet med forældreinddragelse som et supplement til arbejdet med unge misbrugende. Der oprettes forældregrupper, hvor de voksne kan støtte hinanden. Gennem denne støtte til de unges netværk opnås en positiv effekt på den samlede indsats.

Frederiksberg Kommune udvikler i 2006 et undervisningsmateriale baseret på filmen "Nordkraft", som skal skabe debat om brug af narkotika og andre rusmidler på ungdomsuddannelserne.

Sønderjyllands Amt har gennemført klasselærerkurser som en del af Narkoen ud af byen (se mere om Narkoen ud af byen nedenfor), ligesom der har været afholdt orienteringsmøder for unge og forældre i mange af amtets kommuner, efter at fem unge sønderjyder døde efter forgiftninger med illegale stoffer i 2005.

### Kampen mod narko "Narkoen ud af byen"

Det 3-årige udviklingsprojekt "Narkoen ud af byen" er det største forebyggende initiativ i regeringens handlingsplan fra 2003, Kampen mod narko. 14 modelkommuner har siden efteråret 2004 arbejdet målrettet med en lokalt forankret og koordineret indsats, som har til formål at:

- Nedsætte tilgængeligheden af stoffer
- Nedbringe antallet af unge, som bruger stoffer, og de skadevirkninger, som knytter sig til brugen som fx forgiftninger, stofudløste psykoser og vold
- Sikre tværfaglig koordinering i forebyggelsesmiljøerne.

Der er i satspuljeaftalen for 2003 og finanslov 2004 afsat 20,8 mio.kr. heraf 15 mio. kr. til 14 modelkommuner, hvoraf 1 mio. kr. går til en udviklingspulje til modelkommunerne. Projektet afsluttes den 30. april 2007.

Modelkommunerne arbejder med alkohol- og narkotikaforebyggende indsatser i grundskolen, ungdomsuddannelser, fritids- og foreningslivet, festmiljøer, særlige boligmiljøer og individrettede indsatser fx børn i misbrugsfamilier og unge hashmisbrugere.

Kommunernes indsats skal så vidt muligt baseres på viden om metoder, der virker. For at understøtte modelkommunerne i dette udarbejdede Sundhedsstyrelsen en vejledning til kommunerne "Vejledning til modelkommunerne i Narkoen ud af byen", juni 2005, som peger på centrale principper i arbejdet med narkotikaforebyggelse og beskriver de miljøer, hvor narkotikaforebyggelsen bør finde sted. Hertil

har Sundhedsstyrelsen i pjecen ”Forebyggelse i festmiljøer – om alkohol og stoffer” fra februar 2006 uddybet, hvordan forebyggelsesarbejdet kan planlægges og implementeres i festmiljøet.

Ved starten af skoleåret 2006/2007 udsender Sundhedsstyrelsen materialet ”Om hash og unge”, til alle landets skoler. Materialet skal anvendes på forældremøder i fx 8. kl. og har til formål at give forældregruppen lejlighed til at diskutere hash og evt. finde fælles normer.

Alle 14 modelkommuner har prioriteret aktiviteter, som har til formål at kvalificere det faglige personale. Kommunerne afholder bl.a. kurser for det personale, som møder de unge forskellige steder i kommunen. Et eksempel er *Kursus i hash-samtalen*, hvor målgruppen er lærere, SSP-konsulenter, klubmedarbejdere, pædagoger, studievejledere, socialrådgivere m.fl. fra offentlige og private institutioner, som ønsker at kunne tackle hashproblemer hos unge.

Hovedparten af modelkommunerne har organiseret den narkotikaforebyggende indsats i socialforvaltningen med repræsentation af bl.a. de øvrige forvaltninger i styregrupperne, som blev etableret i forbindelse med projektet.

Op mod halvdelen af modelkommunerne har organiseret deres lokale projekter i direkte forlængelse af kommunens SSP-organisation. Den lokale forankring og koordinering af narkotikaforebyggelsen er et af projektets centrale målsætninger, og kommunernes organisering er således et godt eksempel på, hvordan der kan arbejdes på tværs af forvaltninger helt fra beslutningstagerniveau til udfører-niveau.

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med de 14 modelkommuner etableret et netværk, hvor begge parter mødes 4 gange årligt. Netværket har til formål at sikre erfaringsudveksling kommunerne imellem og har vist sig uundværligt i både kommunernes og Sundhedsstyrelsens arbejde med projektet. Ud over netværket bruger modelkommunerne hinanden i ad hoc sammenhænge ved konkret opgaveløsning, sparring på faglige problemstillinger og ved udveksling af materialer, fx ”Vejledninger til hvordan der kan arbejdes med rusmiddelpolitik på skoler og i fritidsklubber”.

Sundhedsstyrelsen afslutter projektet i april 2007, hvor projektets samlede erfaringer dels dokumenteres i en evalueringsrapport og dels i en publikation om ”best practise” i modelkommunerne, som præsenteres på en afslutningskonference. Det er således hensigten at projektets erfaringer spredes ud i hele landet.

### 3.4 Selektiv og indikeret forebyggelse

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

#### Festivaldanmark Against Drugs

Det samarbejde Sundhedsstyrelsen har haft med Roskilde Festival siden 2003 har udviklet sig ekspansivt, således at det nu omfatter 14 festivaler tilknyttet branche-

organisationen Festival danmark (www.festivaldanmark.dk), der har unge som publikum og derfor er med i kampagnen Tænk selv! – Against Drugs.

Festivalerne har gode erfaringer med at bruge materialet, som består af trykte og elektroniske budskaber i form af foldere, go-cards, busreklamer, storskærmsspot og plakater. Festivalerne har statements i deres programmer og signalerer nu en fælles holdning mod stoffer. De enkelte festivaler udtrykker tilfredshed med, at det er Sundhedsstyrelsen og Festival danmark, der står som afsendere på kampagnen, da det øger gennemslagskraften. Undersøgelser blandt Roskilde Festivalens publikum i 2005 viste, at næsten 80 % havde set kampagnen, mens 30 % havde diskuteret budskaberne med andre, og godt 90 % af publikum syntes godt om, at festivalen markerer sig mod stoffer.

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

### SMS og Ungdomsmagasiner

Forebyggelsesindsatsen udvikler løbende sit kommunikative udtryk for at opnå målgruppens lydhørhed, og det viser sig for eksempel i udviklingen af ungdomsmagasiner / aviser med forebyggelsesbudskaber. I 2006 er et sms-baseret forebyggelsesinitiativ startet i et samarbejde mellem Vestsjællands Amt og Frederiksberg Kommune. SMASH (SMS + HASH) er udviklet som et anonymt støtte- og rådgivningsprojekt for unge hashbrugere med det formål at være skadesreducerende, oplysende og støttende i forhold til ophør med hashrygning. Forebyggelsesenhederne i Ringkøbing, Ribe og Frederiksborg Amter har deltaget i udviklingen med faglig sparring, og projektet er økonomisk funderet på offentlige midler og en større bevilling fra en privat fond (Trygfonden). Der er oprettet en hjemmeside ([www.smash.name](http://www.smash.name)), hvor man kan finde oplysninger om hash, abstinenssymptomer, behandling og læse historier fra andre brugere. Projektet er primært baseret på, at man kan abonnere på 2 sms pakker. Én pakke (hashfacts), der primært giver fakta oplysninger om hash, og én pakke, der forsøger at motivere og støtte unge, der gerne vil nedtrappe deres forbrug. Derudover kan de unge få personlig coaching til ophør eller reduktion af hashforbruget via sms-beskeder. Tilbudet er gratis for de unge, der bruger det. Projektet er lanceret i Vestsjællands Amt, Frederiksberg Kommune, Ringkøbing Amt, Ribe Amt og Nordjyllands Amt. Projektet er ved at blive eksternt evalueret via Syddansk Universitet. Det er målsætningen, at projektet skal være landsdækkende om 1 – 2 år.



## 4 Stofmisbrug

### 4.1 Overblik og sammendrag

Sundhedsstyrelsen har i 2006 foretaget et nyt skøn over antallet af stofmisbrugere i Danmark. Skønnet er gennemført med hjælp af en capture-recapture metode og er sammenligneligt med de tidligere skøn, som Sundhedsstyrelsen har foretaget mellem 1996 og 2003. Skønnet er desuden udarbejdet efter retningslinjer fra det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA, og følger dermed den europæiske standard for gennemførelse af sådanne. Det nye skøn viser, at antallet af stofmisbrugere i Danmark i 2005 var 27.000. Herunder er ca. 7.300 af disse alene hashmisbrugere. Der har således siden 2001 været stabilitet i det skønnede antal af stofmisbrugere i Danmark.

Antallet af stofmisbrugere i behandling har været støt stigende siden Sundhedsstyrelsen for første gang i 1996 begyndte at registrere stofmisbrugere indskrevet i behandling. Antallet af personer i behandling er ca. tredoblet over perioden 1996-2005. Denne voldsomme stigning gennem årene må formodes bl.a. at være et resultat af behandlingsgarantiens indførelse samt en øget behandlingskapacitet og bedre tilrettelagte behandlingstilbud.

Af de 13.316 personer i behandling i 2005 var 5.228 personer indskrevet i behandling i 2005. Hvad angår stofmisbrugspopulationen, er andelen af stofmisbrugere, der søger behandling for heroinmisbrug, faldet de senere år. På samme tid 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 "Register over stofmisbrugere i behandling". Registreringen omfatter de personer, som de amtslige/kommunale centre har visiteret til behandling for stofmisbrug.

### 4.2 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark

Sundhedsstyrelsen har som nævnt indledningsvis i 2006 foretaget et nyt skøn over antallet af stofmisbrugere i Danmark<sup>4</sup>. At foretage et skøn over antallet af stofmisbrugere er forbundet med stor usikkerhed. Dels er skønnet afhængig af definitionen af en stofmisbruger, dels er det afhængig af, hvilke metoder og hvilket datamateriale skønnet baseres på.

Som i tidligere år er det nye skøn foretaget ved hjælp af en capture-recapture model<sup>5</sup>. Skønnet er foretaget på baggrund af Landspatientregistret (LPR) og det Landsdækkende register over stofmisbrugere, der modtager eller har modtaget behandling (SIB). Fremgangsmåden har været at undersøge, hvor mange personer,

---

<sup>4</sup> En særlig publikation vedrørende skønnet er udarbejdet i "Nye tal fra Sundhedsstyrelsen". November 2006.

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

der er registreret i LPR med en narkotikarelateret diagnose<sup>6</sup>. Herefter er undersøgt, hvor mange af disse, der også fandtes i SIB.

Skønnene over antallet af stofmisbrugere fra 1996 til 2005 fremgår af tabel 4.2.1. Da beregninger af skønnene gennem årene baserer sig på ”levende” registre, er der i forbindelse med udarbejdelsen af skønnet i 2005 samtidig reguleret for skønnene fra 1996 til 2003.

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

**Tabel 4.2.1. Skøn over antal stofmisbruger i Danmark 1996-2005**

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

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2006: Stofmisbrugere i behandling. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. November 2006.

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

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

### 4.3 Stofmisbrugere i behandling

På baggrund af oplysninger fra ”Register over stofmisbrugere i behandling” kan de personer, der søger hjælp for deres stofmisbrug samt deres misbrug beskrives. I registrets registreres alle former for behandlingsomfang dvs. både ambulant- og døgnbehandling samt, hvilken behandlingstype (metadon, stoffri etc.) klienten modtager. I tabel 4.3.1 vises nogle udvalgte karakteristika ved de klienter, der blev indskrevet i 2005.

<sup>6</sup> Her er anvendt udtrækskoderne F11.1, F11.2, F11.9, F12.1, F12.2, F12.9, F14.1, F14.2, F14.9, F15.1, F15.2, F15.9, F19.1, F19.2, F19.9.

**Tabel 4.3.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2005**

|  |             |
|--|-------------|
| <b>Antal klienter indskrevet i behandling i 2005</b>         | <b>5228</b> |
| Andel ikke behandlet tidligere (%)                           | 30          |
| Andel af mænd/kvinder (%)                                    | 76/24       |
| Gennemsnitsalder mænd/kvinder (%)                            | 32/32       |
| Opioider som hovedstof (%)*                                  | 43          |
| Hash som hovedstof (%)*                                      | 29          |
| Centralstimulerende stoffer som hovedstof (%)*               | 12          |
| Injektion hos tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)      | 37          |
| Injektion hos ikke tidligere behandlede heroinmisbrugere (%) | 19          |
| Lønindtægt (%)   | 12          |
| Dagpenge (%)   | 3           |
| Kontanthjælp (%)   | 51          |
| Førtidspension (%)   | 11          |
| Anden indtægt samt uoplyst (%)                               | 15          |
| Andel med selvstændig bolig (%)                              | 54          |
| Andel enlige mænd/kvinder (%)                                | 72/64       |
| Antal børn i hjemmet under 18 år                             | 570         |
| Antal børn uden for hjemmet under 18 år                      | 433         |
| Udenlandsk statsborgerskab (%)                               | 6,2         |

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling.

\*Procent af dem, der opgiver et hovedstof.

I 2005 blev der på landsplan indskrevet 5.228 i behandling. Det er en stigning på 0,3 % i forhold til de 5.212, der blev indskrevet i 2004. Det samlede antal stofmisbrugere, der har været i behandling i løbet af året, steg fra 2004 til 2005 med 1,2 % til 13.316 personer (i det samlede antal er medregnet personer, som har fortsat behandlingen fra 2004 ind i 2005).

30 % af de indskrevne i 2005 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

Heroin er blevet det hyppigst anvendte stof blandt klienterne i behandling, men også hash, metadon og benzodiazepiner anvendes af mange. Langt de fleste stofmisbrugere, der søger behandling, bruger flere stoffer. 39 % opgiver i 2005 at have brugt mere end ét stof før indskrivningen, hvilket betyder, at tæt på halvdelen af de indskrevne har et blandingsmisbrug, inden de kommer i behandling.

De centralstimulerende stoffer, der er i fokus i unges eksperimenterende brug af stoffer, optræder i ringe omfang som hovedstof for misbrugere, der er indskrevet i behandling i 2005. Kun 6 % opgiver amfetamin, 5 % opgiver kokain og 1 % opgiver ecstasy<sup>7</sup> som hovedstof<sup>8</sup>, hvilket er nogenlunde det samme som i 2004. Disse stoffer bliver således hovedsageligt brugt som supplement. Hash var hovedstof for 29 % af de indskrevne, men det er et meget udbredt sidestof. 19 % af de indskrevne i 2004 angiver at have hash som sidestof.

<sup>7</sup> Her opgjort som MDMA eller lignende.

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

## Alder og kønsfordeling

I 2005 var der 76 % mænd og 24 % kvinder blandt stofmisbrugerne i behandling, hvilket stort set svarer til kønsfordelingen i de tidligere år. Gennemsnitsalderen ved indskrivningen var i 2005 hhv. 32 år for mænd og 32 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 12 % har tilknytning til arbejdsmarkedet, og over halvdelen er på dagpenge. Samlet har 26 % en uddannelse ud over folkeskolen, og 15 % 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 54 % har selvstændig bolig – hele 5 % er egentlig boligløse. Familiemæssigt levede en meget stor andel af såvel mandlige som kvindelige stofmisbrugere som enlige, hvad er usædvanligt, når flertallet i gruppen var yngre voksne. I alt 570 børn boede sammen med en misbruger indskrevet i behandling i 2004, mens 433 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

”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 4.3.2 findes oplysninger om de nytilkomne.

**Tabel 4.3.2. Klienter indskrevet i behandling i året, og som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere**

|   | 2000                        | 2001                        | 2002                        | 2003                        | 2004                        | 2005                        |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Klienter der ikke er behandlet tidligere    | 1157 ud af<br>3920<br>(27%) | 1278 ud af<br>4079<br>(31%) | 1364 ud af<br>4310<br>(32%) | 1745 ud af<br>5134<br>(34%) | 1696 ud af<br>5212<br>(33%) | 1578 ud af<br>5228<br>(30%) |
| M/K (%)                                     | 77/23                       | 76/24                       | 78/22                       | 76/24                       | 77/23                       | 75/25                       |
| Gennemsnitsalder M/K                        | 28/28                       | 28/27                       | 28/29                       | 28/28                       | 27/28                       | 27/28                       |
| Opioider som hoved-stof (%)*                | 54                          | 38                          | 35                          | 28                          | 24                          | 19                          |
| Hash som hovedstof (%)*                     | 30                          | 33                          | 39                          | 44                          | 47                          | 46                          |
| Centralstimulerende stof som hovedstof (%)* | 14                          | 11                          | 15                          | 18                          | 23                          | 20                          |
| Injektion hos heroinmisbrugere (%)          | 35                          | 25                          | 23                          | 25                          | 21                          | 19                          |

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling i 2000-2005.

\*Procent af dem, der opgiver hovedstof.

Som det fremgår af tabel 4.3.2, havde 30 % af de indskrevne klienter i 2005 ikke været i behandling tidligere. Ikke overraskende var gennemsnitsalderen væsentligt lavere blandt de nye end gennemsnitsalderen i behandlingspopulationen som helhed. I 2005 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 de, der har været i behandling tidligere. Andelen, der opgiver hash som hovedstof blandt de nytilkomne er 46 % i 2005. Dette er ca. det samme som i 2004.

Blandt de 1578 nytilkomne med oplyst hovedstof har kun 19 % opioider som hovedstof, hvilket er et fald fra 2004, hvor 24 % havde opioider som hovedstof. 20 % opgiver at have et centralstimulerende hovedstof (i dette tilfælde amfetamin, kokain eller ecstasy), hvilket er et fald i forhold til 2004, men stadig en større andel end blandt behandlingspopulationen som helhed.

Hvad angår indtagelsesmåden for heroin blandt de to ”klientgrupper”, er der også forskel, da 19 % af de ikke tidligere behandlede oplyser at injicere stoffet, mens 37 % af de tidligere behandlede har injiceret heroin i 2005. 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. Nedenfor er opdaterede tal i forlængelse af den særlige undersøgelse, som Sundhedsstyrelsen foretog i foråret 2005, baseret på udtræk af Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (Sundhedsstyrelsen 2005b).

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.

Fra 2003 til 2005 stiger antallet af unge mellem 18 og 29 år i behandling fra 4.466 til 4.755, svarende til 6,5 %. Til sammenligning steg det samlede antal personer i behandling med 8,1 %. Forholder man ungepopulationen i stofmisbrugsbehandling til det samlede antal danske unge i samme aldersgruppe, svarer 4.755 til, at 6 ud af 1000 unge mellem 18 og 29 år er i behandling i 2005.

Ungepopulationen er karakteriseret ved i stigende grad at have hash og andre centralstimulerende stoffer som hovedproblem for deres misbrug. Både i 2003 og 2005 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, 493 i 2003 og 327 i 2005. Et fald svarende til 56 %.

Specielt de 18-24-årige ses blandt dem, der søger behandling for hash og de centralstimulerende stoffer såsom amfetamin, kokain og ecstasy som hovedproblem for deres misbrug.

**Tabel 4.3.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2005 med kendt hovedstof (i procent)**

|                        | 2003          |                   | 2005          |                   |
|------------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|
|                        | 18 – 24-årige | Alle i behandling | 18 – 24-årige | Alle i behandling |
| <b>Hash</b>            | 46,0          | 25,6              | 48,7          | 28,9              |
| <b>Heroin</b>          | 15,3          | 30,2              | 9,0           | 19,4              |
| <b>Amfetamin</b>       | 12,7          | 5,8               | 11,2          | 6,0               |
| <b>Kokain</b>          | 5,8           | 4,4               | 6,5           | 5,3               |
| <b>Ecstasy</b>         | 4,0           | 1,2               | 2,1           | 0,8               |
| <b>Andre opioider</b>  | 4,8           | 20,1              | 3,0           | 21,4              |
| <b>Benzodiazepiner</b> | 1,7           | 2,1               | 1,9           | 1,9               |
| <b>LSD</b>             | 0,0           | 0,0               | 0,2           | 0,0               |
| <b>Andet</b>           | 9,8           | 10,5              | 17,4          | 16,3              |

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling.

Tabel 4.3.3 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. Det ses, at færre af de 18-24-årige søger behandling med heroin som hovedstof for deres misbrug fra 2003 til 2005, samtidig med at flere søger behandling for hashmisbrug i perioden.

#### 4.4 Metadonbehandling og -ordination

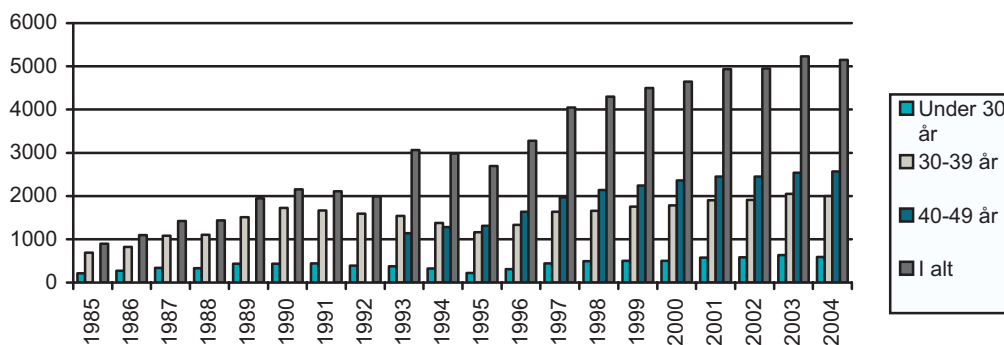
Sundhedsstyrelsen har siden 1985 opgjort antallet af personer i længerevarende metadonbehandling, dvs. længere end 5 mdr. I figur 4.3.1 ses udviklingen i antallet af stofmisbrugere under 50 år i substitutionsbehandling med metadon i december hvert år i perioden 1985 til 2004<sup>9</sup>. I denne opgørelse er ikke medtaget personer i længerevarende metadonbehandling under Kriminalforsorgen samt personer uden CPR. nr. i behandling<sup>10</sup>. Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt tal over personer i substitutionsbehandling med metadon for 2005. Men ser man på udviklingen over de seneste år, skønnes der ikke at være tale om store udsving i udviklingen fra 2004 til 2005.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> 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).

Som figur 4.4.1. 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.januar 1996. I årene 1993 til 1995 lå antallet

**Figur 4.4.1 Personer i længerevarende metadonbehandling (mere end 5 måneder) 1985-2004**



Kilde: Sundhedsstyrelsen

stabil på ca. 3000 om året. Siden er antallet af personer i længerevarende substitutionsbehandling steget fra 3276 i 1996 til 5129 i 2004. Fra 2003 til 2004 ses et mindre fald (sætning slettet)

På baggrund af ordinationsregisterets opgørelse, oplysninger om antal personer i metadonbehandling i Kriminalforsorgen samt antal personer i behandling uden CPR nr., var 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 nu også buprenorfin som substitutionsbehandling. I 2004 var godt 600 personer i substitutionsbehandling med buprenorfin (Sundhedsstyrelsen 2005a).

## 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.

Folketinget vedtog 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 trådte i kraft den 1. oktober 2005. Socialministeren har udsendt en bekendtgørelse af 11. august 2005, der ligeledes trådte 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.

### 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 hhv. 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. Nedtrap-



ning kan 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 amtsligt misbrugscenter.

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

### 5.3 Støtte- og kontaktpersoner

Med virkning fra den 1. oktober 2006 ændres serviceloven, således at ordningen om støtte- og kontaktpersoner udvides, hvorefter tilbuddet – der i dag er forbeholdt sindslidende – også kan gives til de sværest stillede hjemløse, alkoholmisbrugere og stofmisbrugere. Formålet med udvidelsen er at give de mest socialt udsatte og isolerede misbrugere og hjemløse mulighed for at opbygge og fastholde kontakt til omverdenen ud fra egne ønsker og behov og dermed gøre dem i stand til at benytte samfundets muligheder og de øvrige etablerede tilbud. Det er kommunalbestyrelsen har ansvaret for at tilrettelægge ordningen.

Lovændringen vedrørende udvidelsen af målgruppen for tilbud om en støtte- og kontaktpersonordning overvåges med henblik på, at socialministeren afgiver en redegørelse til Folketinget, når loven har virket i tre år.

Det vil i forbindelse med lovovervågningen blive vurderet, hvorvidt virkningerne af udvidelsen af målgruppen for støtte- og kontaktpersonordningen i den udmøntede praksis stemmer overens med hensigten med forslaget og betyder, at de nye målgrupper får tilbuddet. Det vil samtidig blive tilstræbt at foretage enkelte målinger af effekten af forslaget.

### 5.4 Pulje til forbedring af den sociale indsats over for stofmisbrugere

Af puljen til forbedring af den sociale indsats over for stofmisbrugere er der for årene 2006-2008 uddelt 70 mio. kr. til kommuner, amtskommuner, frivillige sociale organisationer og foreninger samt andre private aktører. De støttede projekter har en bred og varieret tilgang. En række projekter har til formål at kvalificere værestedernes arbejde, så der kommer fokus på eksempelvis motion, idræt og bedre kostvaner. Stofmisbrugere i længerevarende metadonbehandling kan med nogle af projekterne få en kvalificeret støtte i form af en "casemanager". Endelig er der projekter, som udvikler nye metoder til behandling af hash- og kokainmisbrug samt projekter, der særlig fokuserer på de behov for behandling, som kvindelige stofmisbrugere kan have.

### 5.5 Døgnbehandling

Særlige informationer om døgnbehandling indhentes gennem monitorerings-systemet DanRIS, der er udviklet siden 2000.

I 2005 var 49 døgninstitutioner tilmeldt DanRIS (en stigning på 5 fra 2004). 38 af disse indrapporterede data i 2005. De, der ikke indleverede data, var enten nye og forventes at indrapportere i 2005 eller på vej til at lukke i 2005 og fik i den forbindelse ikke indleveret data. Øvrige enkelte institutioner, fik af forskellige andre årsager ikke indleveret data. Disse 49 døgninstitutioner dækker langt de fleste institu-

tioner, der behandler stofafhængige i Danmark og skønnes at omfatte mere end 90 % af det samlede antal stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling for deres misbrug. Tilbage er der enkelte meget små institutioner, som ikke modtager klienter fra det offentlige behandlingssystem.

I nedenstående tabel ses udviklingen i indskrivninger i de fire halvår 2004-2005.

**Tabel 5.5.1. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling de fire halvår 2004-2005**

| Tid            | N    | Alder | Kvinder |
|----------------|------|-------|---------|
| 1. halvår 2004 | 731  | 32,7  | 27 %    |
| 2. halvår 2004 | 691  | 32,4  | 23 %    |
| 1. halvår 2005 | 716  | 32,8  | 27 %    |
| 2. halvår 2005 | 527  | 32,7  | 24 %    |
| Alle           | 2665 | 32,7  | 25 %    |

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

Som tabellen viser, er antal indskrivninger konstante for de første tre halvår, mens det ser ud til at ændre sig markant det sidste halvår af 2005. Dette er umiddelbart i overensstemmelse med institutionernes egen oplevelse af en reduceret henvisning til døgnbehandling. Sikkerhed for, om der egentlig er tale om et fald i henvisninger til døgnbehandling, kan først gives ved næste halvårsopgørelse.

I juni 2006 udkom årsrapport DanRIS 2005 - Stof. Udover at gennemgå hvor belastede de stofafhængige er, og hvor mange der gennemfører, indeholder årsrapporten også et komplet ydelseskatalog for hver institution, herunder hvilke tilbud til hvem, hvor mange behandlere, deres anciennitet og uddannelse, samt priser med mere<sup>11</sup>. Stofmisbrugerne i døgnbehandling, som beskrevet i årsrapporten, er blevet undersøgt i forhold til blandt andet effekt og omkostninger.

I alt 2229 af de 2665 stofmisbrugerne fra 2004 besvarede alle spørgsmålene knyttet til DanRIS registreringen (herunder EuropASI). De 2229 stofmisbrugere kunne deles op i 5 kategorier ud fra særlige kendetegn ved deres stofmisbrug eller konsekvenser heraf. Det var tale om de særligt *psykisk belastede* (456 stofmisbrugere), de særligt *fysisk belastede* (573 stofmisbrugere), de *multi-belastede* (367 stofmisbrugere), de mere *moderat belastede* (523 stofmisbrugere) og endelig de *stofkriminalitetetsbelastede* (310 stofmisbrugere).

Hvad angår effekten af behandlingen, har analyserne vist, at 51 % af de *Moderat belastede* gennemfører behandling som planlagt, mens det samme kun gælder for 28 % af de *Multi-belastede*. Den gruppe, det er dyrest at behandle, er de *Moderat belastede*, formentligt primært fordi de bliver i behandlingen i væsentlig længere tid og dermed får et længere behandlingsforløb.

Den ”kategori” af stofmisbrugerne i døgnbehandling, som har det højeste aldersgennemsnit, er, måske ikke overraskende, de *Fysisk belastede*, og består endvidere

<sup>11</sup> Disse opgørelser vil snart være tilgængelige på Internetadressen [www.danris.dk](http://www.danris.dk)

af relativt mange kvinder. Også denne gruppe har ret svært ved at gennemføre behandlingen som planlagt.

Det viser sig endvidere, at det er de stof-kriminalitetsbelastede kvinder, der har et meget stort frafald i døgnbehandling. Også de unge multi-belastede kvinder og mænd klarer sig her dårligt. Kvinder er også generelt kendetegnet ved at klare sig dårligere end mændene. Således gennemfører 50 % af mændene, mens det samme er tilfældet for 45 % af kvinderne. Kvinderne er da også signifikant mere fysisk, psykisk og socialt belastede end mændene, mens mændene til gengæld er signifikant mere belastede end kvinderne, hvad angår kriminalitet og alkohol. Dette er såvel tilfældet for kvinder i døgnbehandling generelt (stof- såvel som alkoholbehandling) men i særdeleshed for kvinder, der afsoner dom på særlige behandlingsafdelinger i fængsler.

## 5.6 Kvinder i stofmisbrugsbehandling

Som det beskrives ovenfor adskiller kvinder, der er afhængige af alkohol og/eller illegale stoffer, sig på en række områder fra mænd. De synes generelt at være mere psykisk og socialt belastede end mændene, hvilket bl.a. kommer til udtryk ved, at de oftere er depressive og angste, oftere har selvmordstanker og oftere konflikter med familie og andet netværk. Hertil kommer, at de oftere end mænd har forpligtigelser overfor netværket – ikke mindst overfor egne børn, hvilket de kan have meget svært ved at leve op til. Vi ved også, at kvinder, der er alkoholafhængige, hurtigere udvikler alkoholrelaterede skader end mænd, og at kvinder, der er afhængige af illegale stoffer, langt hyppigere end andre kvinder har været seksuelt overgrebet i opvæksten og senere i livet.

Man kan altså konstatere, at kvinder og mænd på en række områder reagerer forskelligt på alkohol og stoffer, og at der både er forskellige betingelser knyttet til deres afhængighed, samt at deres vej ind i og ud af alkohol- og/eller stofafhængighed også er forskellig. Dertil kommer, at kvinderne i behandlingssystemet i Danmark, som i de fleste lande vi kan sammenligne os med, udgør en minoritet bestående af mellem 25-35 %. På flere døgninstitutioner er der således ikke sjældent 1-2 kvinder og 10-14 mænd. Dette betyder bl.a., at de ofte overses, og at der ikke tages stilling til den særlige problematik, der knytter sig til de vilkår, de lever under. Det er derfor heller ikke overraskende, at kvinder i døgnbehandling for stofafhængighed ikke så hyppigt gennemfører behandlingen som mændene.

Med baggrund i denne kønsspecifikke betragtning og erkendelse er der i 2006 igangsat særlige undersøgelser, der skal forsøge at afdække og belyse de særlige betingelser, der findes for kvinder i dansk misbrugsbehandling.

- **De 15-17-årige piger i behandling for et problematisk forbrug af rusmidler**  
Det overordnede formål er at belyse, hvorfor unge piger på 15-17 år begynder at bruge rusmidler, og hvilke problemer der er forbundet til forbruget. Hertil skal undersøges, hvilke af kvinderne, der kommer ud af forbruget, og hvilke forhold der knytter sig til dét at holde op.
- **Kvinder, stofmisbrug og behandling**, med særlig fokus på de mest belastede kvinder i ambulans stofmisbrugsbehandling, herunder metadonbehandling.  
Det overordnede formål med dette projekt er at producere et overblikstil-

lede over den viden, de perspektiver og erfaringer, der foreligger om stofmisbrugende kvinders særlige vilkår, specifikke problemer og behandlingsbehov.

- **Kvinder i alkohol-døgnbehandling**, og hvordan de adskiller sig fra mændene hvad angår vejen ind i og vejen ud af alkoholfafhængigheden. Formålet med denne undersøgelse er en nærmere beskrivelse af de vilkår og betingelser, der findes for alkoholfafhængige kvinder i behandling, og herunder altså en nærmere belysning af deres vej ind og ud af afhængigheden og fastholdelsen i afhængigheden.
- **Hvordan kan kvinders ikke-planlagte afslutning af stoffri døgnbehandling reduceres**, med særligt fokus på de kvindelige stofafhængige i stoffri døgnbehandling. Formålet med dette projekt er at identificere kvinder i særlig risiko for at droppe ud af døgnbehandling før planlagt for derved at muliggøre særlige tiltag, som kan hindre disse kvinders tidlige ”drop-out”.
- **Gravide kvinder efter døgnbehandling for deres afhængighed af rusmidler.** Formålet med denne undersøgelse er at belyse, hvordan det går gravide kvinder i forbindelse med og efter afsluttet misbrugsbehandling.

Der er tale om prospektive undersøgelser, som alle på forskellig vis inddrager såvel effekten af behandlingen som de processer, som førte frem til effekten. Projekterne bygger på såvel kvantitative som kvalitative data. Tidsrammen er to år og forventes afsluttet i begyndelsen af 2008.

## 5.7 Udvikling af kvalitetssikring af behandling

### Projekt X-felt i København

I det 3-årige Projekt X-felt i Københavns Kommune støttet af Socialministeriet, som blev gennemført i perioden 2001-2004, definerede man udvidet indsats ved blandt andet at implementere en systematisk kvalitetssikringsproces i det ambulante behandlingsarbejde. Projektet blev gennemført med henblik på at dokumentere en eventuel effekt af en udvidet psykosocial støtte i substitutionsbehandlingen som et af de 4 projekter i ”Metadonprojektet” finansieret af Socialministeriet. Der blev fastsat kvalitets- og procesmål med tilhørende standarder for både den sociale og den sundhedsfaglige behandling, og i det daglige kliniske behandlingsarbejde blev integreret en tæt monitorering af indsatsen ved regelmæssig brug af validerede, og internationalt brugte spørgeskemaer (ASI og SF-36). Herved blev muliggjort en kontinuerlig evaluering, både af det enkelte behandlingsforløb og den samlede indsats (Petersen 2005).

Med den stigende erkendelse af at stofmisbrug og stofafhængighed ofte er en langvarig eller kronisk lidelse, at behandlingen helt overvejende er ambulant og tidsmæssig ubegrænset, samt betragtningen om at reduceret stofbrug eller stoffrihed ikke er det eneste relevante mål, er der behov for et mere adækvat evalueringsparadigme. For brugere i ambulant behandling (modsat døgnbehandling) kan det ikke tages for givet at stofmisbrugerne her er stoffri, og at de gør fremskridt under behandlingen.

Der synes således et behov for en særlig løbende evaluering af selve behandlingsforløbet af stofmisbruger, lige som det er tilfældet ved kroniske somatiske og psykiske sygdomme, hvorfor der også i Københavns Kommune påtænkes at implementere et kvalitetsprogram hertil. Programmet/ evalueringsredskabet, der påtænkes udviklet, baserer sig på begrebet ”concurrent recovery monitoring”, som bedst kan oversættes til ”løbende registrering af brugerens funktion”. Helbredelse er erstattet af recovery, som det også kendes fra psykiatrien. Hovedformålet med implementeringer skal være at kunne opnå viden om hvorvidt stofmisbrugsbehandlingen er umagen værd, og om den er ”cost effective”.

Implementeringen af det særlige kvalitetsprogram sker med baggrund i foreløbige erfaringer samt resultaterne fra projekt X-felt. Der skal i programmet defineres angivelse af målsætninger, resultatmål med tilhørende ydelser samt indikatorer og målemetoder i hele behandlingssystemet for stofafhængige i behandling. Med implementeringen af programmet forventes der at kunne give behandlingssystemet en række oplysninger om, hvorvidt den aktuelle behandling tiltrækker og fastholder brugerne i den fornødne tid, om der sker en reduktion af stofbruget under behandlingen, om hvorvidt brugerne opnår en forbedret både fysisk, psykisk og social tilstand, samt endelig at være i stand til at vurdere, hvordan man ved behandlingen kan opnå færre skader/trusler mod den almene sundhed og sikkerhed (reduktion af risikoadfærd og kriminalitet).

### “Faglige vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrug i substitutionsbehandling ”

Sundhedsstyrelsen er i gang med at udarbejde en faglig vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Vejledningen skal sikre en acceptabel faglig kvalitet i udredningen og behandlingen af misbrug og afhængighed, samt af de væsentligste somatiske og psykiatriske sygdomstilstande, som ses ved stofmisbrug. Målgruppen for vejledningen vil være alle læger, som har stofmisbruger som patient, men primært vil vejledningen være relevant for de kommunale læger, der varetager stofmisbrugsbehandlingen.

Vejledningen, der forventes udsendt i efteråret 2007, vil blandt andet indeholde retningslinier for diagnostik og screeningsprogrammer, rådgivning og behandlingsvejledning for hepatitis A, B og C og hiv. Herudover vil vejledningen omfatte retningslinier for diagnostik og behandling af psykiske sygdomme ved stofmisbrug, forebyggelse af uønsket graviditet, alkoholmisbrug ved stofmisbrug, anden blandingmisbrug, anvendelse af urinanalyser m.m.

## 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. Som beskrevet i tidligere årsrapport, har stofmisbrugere, der er løsladt fra fængslerne, en særlig høj dødelighed kort tid efter løsladelsen (Christensen 2004)<sup>12</sup>. Undersøgelser har også 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 Frederiksberg 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)<sup>12</sup>. 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.

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 der er tale om en minimumsopgørelse. Opgørelsen dokumenterer imidlertid et ikke ubetydeligt 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 centralstimulerende 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

---

<sup>12</sup> Undersøgelsesresultater og metode blev beskrevet i årsrapporten over narkotikasituationen i Danmark 2004.

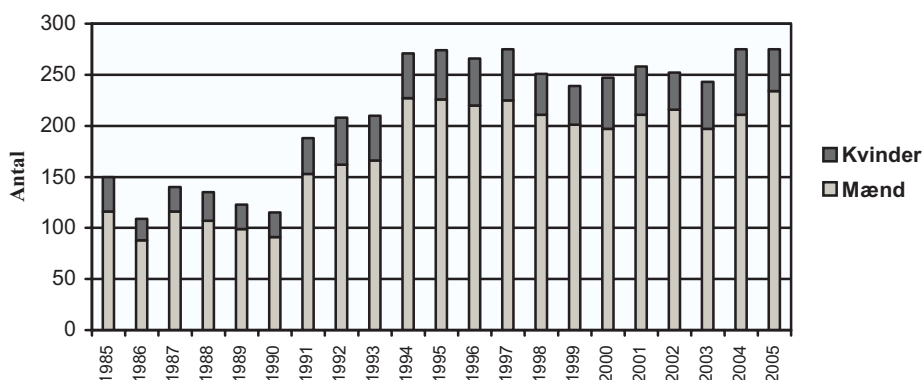
man været restriktiv med hensyn til de diagnosegrupper, som indgår i udtræksproceduren. De seneste tilgængelige dataudtræk fra det nationale dødsårsagsregister er fra 2001.

Forskellene mellem tallene i de to opgørelser skyldes både forskelle i dødsfaldspopulationer og forskelle i definition af et narkorelateret 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 2005 blev der registreret 275 narkotikadødsfald, hvoraf 85 % var mænd (234) og 15 % var kvinder (41). Antallet af narkotikarelaterede dødsfald i 2005 svarer til samme antal som sidste år – altså også 275. I perioden fra 2001 til 2003 lå antallet på ca. 250. Dog har antallet af narkotikarelaterede dødsfald de sidste ti år svinget mellem 239 (1999) og 245 (2003) i den ene ende af skalaen og 274 (1995) og 275 (1997 og 2005) i den anden ende af skalaen.

Figur 6.2.1. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på køn, 1985-2005



Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2006

Ud af de 275 dødsfald i 2005 skyldtes 75 % (206) forgiftninger med et eller flere stoffer. Som tabel 6.2.1. nedenfor viser, skyldtes 37 % (77 ud af 206) forgiftning med heroin/morfin eller heroin/morfin i kombination med et andet stof, mens 43 % (89 ud af 206) skyldtes forgiftning med metadon eller metadon i kombination med et andet stof. Tre af forgiftningsdødsfaldene i 2005 skyldtes forgiftning med enten kokain eller amfetamin. De narkotikarelaterede dødsfald, der ikke skyldes forgiftninger (69 ud af de 275), skyldes fx vold, 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             | 2005             |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Heroin/morfin              | 94 (57)          | 153 (71)         | 76 (30)          | 60 (30)          | 81 (38)          | 77 (37)          |
| Metadon                    | 51 (31)          | 46 (21)          | 72 (41)          | 97 (49)          | 95 (44)          | 89 (43)          |
| Andet                      | 9 (12)           | 17 (8)           | 27 (15)          | 41 (31)          | 38 (18)          | 40 (20)          |
| <b>Forgiftninger i alt</b> | <b>164 (100)</b> | <b>216 (100)</b> | <b>175 (100)</b> | <b>198 (100)</b> | <b>214 (100)</b> | <b>206 (100)</b> |

Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2006.

I 2004 gjaldt det, at der under kategorien "andet" bl.a. var følgende forgiftningsdødsfald: Amfetamin: 1, ecstasy/ecstasy lignende stoffer: 2, Kokain: 2.

I 2005 gjaldt det, at der under kategorien "andet" bl.a. var følgende forgiftningsdødsfald: Amfetamin: 1, kokain: 2, kodein: 2, ketobemidon: 7, andre opioider (stærke): 4, antidepressiva: 4.

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 en markant ændring i forgiftningsmønstre, 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 væsentligt at fremhæve, at det er *det* stof (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 2005 forekom 135, 105 og 35 af dødsfaldene henholdsvis på Sjælland, Jylland og på Fyn. Den geografiske fordeling af dødsfaldene var nogenlunde det samme i 2004 og 2005, dog udgjorde andelen for Fyn lidt mere i 2005 end i 2004.

Gennemsnitsalderen ved død er steget de senere år. I 1993 var gennemsnitsalderen ved død 33 år, mens den i 2005 var steget til 38,5 år – den samme gennemsnitsalder som i 2004. Gennemsnitsalderen ved død for mænd er 38,3 år, og for kvinder er den 40,9 år.



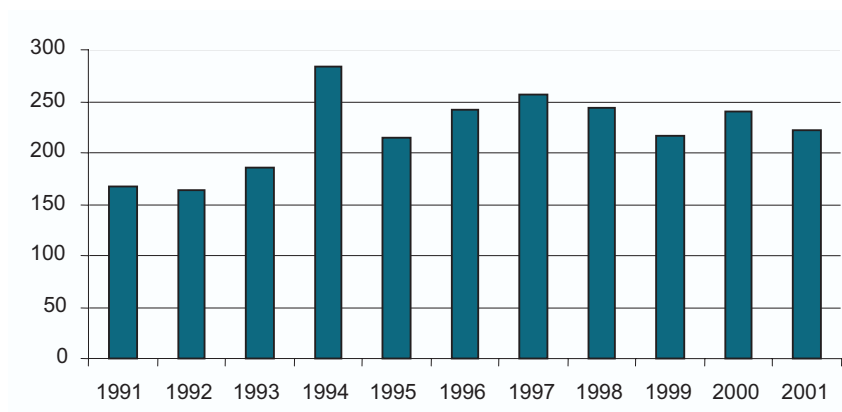
## Sundhedsstyrelsens opgørelse

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)<sup>13</sup>.

I 2001<sup>14</sup> blev der registreret 221 dødsfald, hvilket er et lille fald fra 2000, hvor der var 240 dødsfald. Mænd står for de 69 % (153). Figur 6.2.3, som afbilder 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 48,7 år og for mænd 38,7 år i 2001, hvilket samlet giver en gennemsnitsalder på 41,8 år.

Figur 6.2.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1991-2001



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.

## Undersøgelse af hjerterytmeforstyrrelser hos stofmisbrugere i substitutionsbehandling

En undersøgelse med optagelse af EKG (hjertekardiogram) blandt 870 stofmisbrugere i substitutionsbehandling, indskrevet i Københavns Kommunes Behandlings-system for stofmisbrugere, blev gennemført i 2004-2005. 450 af de indskrevne ønskede at deltage. Af disse blev 407 behandlet med metadon, og 43 med subutex (buprenorfin) for deres opiatafhængighed. Formålet med undersøgelsen var at belyse, hvorvidt substitutionsbehandlingen havde indflydelse på hjertets impulsled-

<sup>13</sup> Frem til 1994 blev der anvendt ICD8 koder. Fra og med 1994 er der anvendt ICD10 koder.

<sup>14</sup> Data fra 2002 og frem foreligger ikke på nuværende tidspunkt.

ningssystem. Samtlige af de deltagende stofmisbrugere i substitutionsbehandlingen fik udfyldt et spørgeskema, hvor der blev spurgt til forekomst af svimmelhed, krampetilfælde eller besvimelser.

Resultater fra undersøgelsen bekræfter internationale undersøgelser, som har vist, at metadon kan påvirke hjertets impulsledningssystem således, at kritisk livstruende arrytmi (hjerterytmeforstyrrelser) kan opstå. I den danske undersøgelse fandt man ingen kritisk påvirkning af impulsledningssystemet ved en døgndose af metadon på 100 mg. eller lavere. Ved højere døgn-metadondose end 100 mg. fandtes derimod en øget påvirkning af impulsledningssystemet, også til potentielt farlige niveauer. Stofmisbrugerne i substitutionsbehandling med buprenorfin, havde ingen kritisk påvirkning af impulsledningssystemet. På trods af at metadonbehandlingen har en velkendt, positiv effekt på dødeligheden blandt stofmisbrugere, viser undersøgelsen, at metadonbehandling kan være et tveægget sværd, idet behandlingen samtidig medfører en øget risiko for hjerterytmeforstyrrelse.

### 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 intoksikationer<sup>15</sup> og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer fra 1999 til 2005. Fra 2000 ændrede kodningspraksis sig ved, at det herefter blev muligt at specificere forgiftninger med amfetamin og khat.

---

<sup>15</sup> 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 2005**

|   | Kode*  | 1999        | 2000        | 2001        | 2002        | 2003        | 2004        | 2005 <sup>16</sup> |
|---|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| Heroin  | T40.1  | 249         | 255         | 240         | 174         | 192         | 220         | 167                |
| Andre opioider                                | T40.2<br>+T40.2A<br>+T40.2B                              | 35          | 35          | 44          | 48          | 52          | 121         | 115                |
| Metadon                                       | T40.3  | 5           | 11          | 19          | 39          | 26          | 50          | 56                 |
| Opioider                                      | F11.0  | 67          | 80          | 67          | 53          | 55          | 49          | 64                 |
| <b>Opioider i alt</b>                         |  | <b>356</b>  | <b>381</b>  | <b>370</b>  | <b>314</b>  | <b>325</b>  | <b>440</b>  | <b>402</b>         |
| Designerdrugs (excl. ecstasy)                 | T40.6A +<br>T43.8A                                       | *           | 2           | 14          | 21          | 12          | 15          | 3                  |
| Ecstasy                                       | T40.6B<br>+T43.6B  | 9           | 75          | 67          | 60          | 83          | 73          | 72                 |
| Amfetamin                                     | T43.0A<br>+ T43.6A                                       | *           | 2           | 24          | 43          | 54          | 70          | 73                 |
| Kokain  | T40.5<br>+F14.0  | 45          | 51          | 78          | 65          | 76          | 71          | 105                |
| Andre centralstimulerende stoffer             | F15.0  | 58          | 48          | 53          | 47          | 50          | 43          | 54                 |
| <b>Centralstimulerende stoffer i alt</b>      |  | <b>112</b>  | <b>178</b>  | <b>236</b>  | <b>236</b>  | <b>275</b>  | <b>272</b>  | <b>307</b>         |
| Euforiserende svampe                          | T40.6C<br>+T40.9A  | 7           | 5           | 10          | 8           | 3           | 10          | 6                  |
| LSD   | T40.8  | 3           | 3           | 12          | 2           | 1           | 2           | 8                  |
| Hallucinogener                                | F16.0  | 10          | 15          | 16          | 5           | 4           | 6           | 11                 |
| <b>Hallucinogener i alt</b>                   |  | <b>20</b>   | <b>23</b>   | <b>38</b>   | <b>15</b>   | <b>8</b>    | <b>18</b>   | <b>25</b>          |
| Cannabis                                      | T40.7<br>+F12.0  | 97          | 102         | 164         | 122         | 125         | 74          | 85                 |
| Blandingsmisbrug og uspecificeret**           | T40.4<br>+T40.6<br>+T40.6W<br>+40.6X<br>+T40.9<br>+F19.0 | 541         | 632         | 571         | 657         | 704         | 469         | 439                |
| <b>Intoksikationer og forgiftninger i alt</b> |  | <b>1126</b> | <b>1316</b> | <b>1379</b> | <b>1344</b> | <b>1437</b> | <b>1273</b> | <b>1258</b>        |

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.

<sup>16</sup> Tallene for 2005 er foreløbige, og med udtræk fra LPR med skæringsdato juli 2005. De endelige tal for 2005 kan derfor ændre sig i senere opgørelser.

Som det fremgår af tabellen, har der årligt været mellem 1126 og 1437 henvendelser med forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2005. Der er tale om en stigning i antallet af forgiftninger i perioden indtil 2003, hvorefter der for alle stoffer samlet ses et lille fald. I hele perioden 1999 til 2005 ses dog markante stigninger i forgiftninger med de centralstimulerende stoffer. Der skal som nævnt tages forbehold for tallene, pga. underrapportering og fejlkilder.

I alt er der registreret 9133 forgiftninger i de 7 undersøgelsesår. Langt de fleste forgiftninger, knap 90 %, er behandlet på de somatiske afdelinger, og de resterende godt 10 % på de psykiatriske afdelinger. Hvad angår kønsfordeling, er lidt over dobbelt så mange mænd som kvinder registreret med en forgiftning i de 7 undersøgelsesår.

**Tabel 6.3.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 7 undersøgelsesår, fordelt på forskellige aldersgrupper**

|                                   | < 20 år     | 20-24 år    | 25-29 år    | 30 år plus  |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Opioider                          | 95          | 284         | 445         | 1763        |
| Centralstimulerende stoffer       | 460         | 468         | 288         | 398         |
| Svampe og hallucinogener          | 54          | 48          | 16          | 29          |
| Cannabis                          | 219         | 222         | 139         | 194         |
| Blandingsmisbrug og uspecificeret | 616         | 670         | 530         | 2197        |
| <b>I alt</b>                      | <b>1444</b> | <b>1692</b> | <b>1418</b> | <b>4581</b> |

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 69 % og 57 % af samtlige forgiftninger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer er registreret blandt unge under 24 år. 1444 (16 %) 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 37 % 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 år<sup>17</sup>. Antallet af nypåviste hiv-

<sup>17</sup> Tallene fra tidligere år er blevet korrigeret og opdateret, således at de afviger en smule fra opgørelser i tidligere årsrapporter. Statens Serum Institut.

positive har varieret fra år til år, og det samme gælder antallet af smittede, hvor smitekilden antages at være intravenøst stofmisbrug. I 2005 var 6 % (17 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 2005 var 9 % af de anmeldte aids-tilfælde fundet hos intravenøse stofbrugere, hvilket udgjorde 4 ud af i alt 44 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 11 % og 35 % ved hepatitis B, og varieret fra 29 % til 85 % ved hepatitis C. Antallet af anmeldte tilfælde er dog så små, at procentangivelsen skal læses med forbehold. Da hepatitis C oftest er asymptomatisk i den akutte fase, er anmeldte tilfælde af akut hepatitis C et groft underestimat af den faktiske forekomst af hepatitis C. Derfor er der i opgørelsen også medtaget antal tilfælde anmeldt med kronisk hepatitis C fra 2004 og frem.

### 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 2000). Undersøgelsen bekræftede, at stofmisbrugere i stor udstrækning er smittet med blodoverførte infektionssygdomme, og at risikoadfærd – 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, testing, 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 stofmisbrugere<sup>18</sup>. Der er undersøgt for forekomsten af hiv og hepatitis B og C blandt de narkotikarelaterede dødsfald, der bliver registreret i Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald efter indberetning fra de retsmedicinske institutter. Foreløbige resultater fra undersøgelsen om infektionssygdomme blandt narkotikarelaterede døde i 2005 er nu opgjort og gengives her.

---

<sup>18</sup> Initiativet til undersøgelsen er taget i den *nationale "nøgle-indikator-gruppe for infektionssygdomme*, og medlem af gruppen - speciallæge, Ph.d Peer Brehm Christensen er projektleder for undersøgelsen. Resultaterne af undersøgelsen for 2004 er publiceret i *European Journal of Epidemiology* 2006;21:383-387.

Ved de medikolegale ligsyn af 275 formodede narkotikarelaterede dødsfald i 2005 blev der udtaget blodprøve fra 220 personer (svarende til 82 % af alle), hvoraf 85-99 % kunne analyseres for en eller flere markører.

Analyseresultaterne viste, at 58 % 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 2,3 %. Resultaterne er således næsten de samme som i 2004 (HCV 51%, HBV 35 % og HIV 4 %).

Selv om den sidstnævnte population af døde stofmisbrugere samt populationen af stofmisbrugere i behandling 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 har måske sammenhæng 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 2005 blev i alt 3524 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose. Dette er det samme niveau som i 2004. Antallet af indlæggelser med alene *bidiagnoser* relateret til stofbrug er som tidligere år stadig stigende, og udgjorde 2102 personer i 2005 (tabel 6.5.2). Antallet af personer indlagt med stofrelaterede *hoveddiagnoser* i 2005 udgjorde 1422 personer, hvilket er et lille fald sammenlignet med 2004, hvor 1509 personer blev indlagt. (tabel 6.5.1).

Antallet af personer, der blev indlagt med en hoveddiagnose relateret til brug af cannabis, synes ligeledes at være faldende fra 2004 til 2005. Tendensen er modsat ved bidiagnoser relateret til cannabis, hvor antallet af personer er steget jævnt gennem årene fra 427 personer i 1996 til 908 personer i 2005, hvilket er mere end en fordobling i perioden. Der ses ligeledes en jævn stigning 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. Antallet af personer, der indlægges med bidiagnose relateret til kokain, er dog markant stigende fra 2004 til 2005.

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 2005 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, 1996-2005**

| Diagnose-kode                            | Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af: | 1996        | 1997        | 1998        | 1999        | 2000        | 2001        | 2002        | 2003        | 2004        | 2005        |
|--|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| F11                                      | Opioider   | 319         | 273         | 273         | 227         | 227         | 189         | 172         | 156         | 155         | 138         |
| F12                                      | Cannabis   | 304         | 279         | 314         | 317         | 270         | 327         | 364         | 333         | 354         | 312         |
| F13                                      | Sedativa / hypnotika   | 315         | 239         | 212         | 204         | 205         | 199         | 182         | 159         | 143         | 150         |
| F14                                      | Kokain   | 12          | 15          | 21          | 23          | 23          | 31          | 36          | 65          | 53          | 42          |
| F15                                      | Andre centralstimulerende stoffer end kokain                 | 94          | 82          | 82          | 71          | 76          | 75          | 109         | 99          | 98          | 93          |
| F16                                      | Hallucinogener   | 23          | 25          | 17          | 26          | 18          | 21          | 14          | 9           | 17          | 16          |
| F18                                      | Opløsningsmidler   | 11          | 3           | 5           | 10          | 2           | 6           | 2           | 10          | 5           | 3           |
| F19                                      | Multiple eller andre psykoaktive stoffer                     | 569         | 586         | 705         | 758         | 749         | 732         | 726         | 747         | 684         | 668         |
| <b>Personer med hoveddiagnoser i alt</b> |  | <b>1647</b> | <b>1502</b> | <b>1629</b> | <b>1636</b> | <b>1570</b> | <b>1580</b> | <b>1605</b> | <b>1578</b> | <b>1509</b> | <b>1422</b> |

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

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

**Tabel 6.5.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1996-2005**

| Diagnose-kode                         | Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af: | 1996        | 1997        | 1998        | 1999        | 2000        | 2001        | 2002        | 2003        | 2004        | 2005        |
|---------------------------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| F11                                   | Opioider   | 176         | 178         | 134         | 146         | 190         | 204         | 208         | 201         | 271         | 280         |
| F12                                   | Cannabis   | 427         | 477         | 524         | 566         | 584         | 637         | 691         | 759         | 873         | 908         |
| F13                                   | Sedativa / hypnotika   | 327         | 259         | 247         | 253         | 283         | 257         | 266         | 307         | 359         | 367         |
| F14                                   | Kokain   | 8           | 17          | 13          | 15          | 17          | 19          | 34          | 61          | 66          | 97          |
| F15                                   | Andre centralstimulerende stoffer end kokain                 | 67          | 56          | 53          | 58          | 52          | 58          | 56          | 73          | 123         | 120         |
| F16                                   | Hallucinogener   | 6           | 7           | 4           | 11          | 9           | 11          | 10          | 2           | 13          | 14          |
| F18                                   | Opløsningsmidler   | 7           | 6           | 4           | 9           | 7           | 7           | 13          | 12          | 11          | 8           |
| F19                                   | Multiple eller andre psykoaktive stoffer                     | 297         | 314         | 418         | 534         | 566         | 485         | 574         | 679         | 728         | 736         |
| <b>Personer med bidiagnoser i alt</b> |  | <b>1225</b> | <b>1240</b> | <b>1335</b> | <b>1506</b> | <b>1630</b> | <b>1593</b> | <b>1747</b> | <b>1844</b> | <b>2074</b> | <b>2102</b> |

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

Tabel 6.5.2 viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten heldøgn, deldøgn eller ambulante 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 stofbrug

### 7.1 Overblik og sammendrag

Stofmisbrug må i en del tilfælde anses for at være en kronisk tilstand eller lidelse, hvor helbredelse i form af stoffrihed langt fra altid kan forventes, men hvor behandling og andre foranstaltninger kan lindre og reducere skadevirkninger.

Skadesreduktion er et integreret element i narkotikapolitikken. De eksisterende skadesreducerende tilbud kan – i forhold til en kompromisløs kamp mod narkotikamisbruget – godt fremstå som paradoksale, men anses ikke desto mindre for at være pragmatiske og fornuftige. Det gælder f.eks. metadonordination, udlevering af rene sprøjter og kanyler samt vandampuller, forsyning med rensesvæske i fængsler og såkaldte lavtærskeltilbud i form af væresteder for stofmisbrugere.

Kvalitativt betydeligt mere vidtgående krav om skadesreduktion rejser derimod det grundlæggende spørgsmål om, hvorvidt der overhovedet skal sættes nogen grænse for skadesreducerende tiltag med den gode hensigt at komme stofmisbrugerne i møde, og hvor denne grænse i bekræftende fald skal sættes til berettiget varetagelse af andre samfundsmæssige hensyn. En helt konsekvent forfølgelse af hensynet til skadesreduktion fører til en direkte modstrid med selve kernen i narkotikapolitikken: Imødegåelsen af al ikke-medicinsk og ikke-videnskabelig anvendelse af narkotika. På denne baggrund afviser regeringen bl.a. etablering af fixerum. Derimod afvises heroinordination, alene fordi det betragtes som medicinsk irrationelt at behandle med heroin frem for metadon, ligesom behandlingen er særdeles bekostelig.

I sine bestræbelser på at fastholde og forbedre de allerede eksisterende skadesreducerende tilbud samt udvikle helt nye tilbud har regeringen senest afsat midler til et forsøg med sundhedsrum, hvor man på et og samme sted kombinerer relevante sundhedsfaglige tilbud med socialfaglig rådgivning og værestedsfunktion mv. Med adgangen til at indtage ulovligt erhvervede stoffer som eneste undtagelse vil man i princippet kunne forestille sig sundhedsrummet indeholde alle de elementer, der kendes fra de fixerum, som regeringen altså må afvise som for vidtgående.

### 7.2 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald

For at forebygge dødsfald blandt stofmisbrugere tilbydes stofmisbrugere i de større byer i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen undervisning i risici for overdoser, ligesom der i en række fængsler sker en forberedelse af den enkelte stofmisbruger til livet kort efter afsoning ved forebyggelse og undervisning af overdosis for at minimere de såkaldte pausedødsfald. Som en del af disse tilbud bliver der opfordret til at ringe til Falck ved tilfælde af overdoser, og politiet bliver ikke tilkaldt i forbindelse med disse opringninger.

#### Vejledning om anvendelse af injicerbar metadon

Som noget nyt har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en særlig vejledning om anvendelse af injicerbar metadon i behandling af opioidafhængige. I vejledningen præciseres kravene i forbindelse med anvendelse af injicerbar metadon i stofmisbrugs-

behandling, herunder indikation for behandlingen samt krav til undersøgelser, behandling og den løbende registrering.

Behandlingen kan efter et lægeligt skøn benyttes til patienter, der trods langvarig substitutions-behandling og psykosocial støtte fortsat har en massiv intravenøs brug af ordinerede og illegale stoffer, og som har eller er truet af alvorlige helbredsmæssige komplikationer som følge heraf. Formålet med behandlingen er i første omgang at forebygge en forværring af patientens helbredstilstand og på sigt at opnå en forbedring af patientens livskvalitet såvel helbredsmæssigt som socialt.

Vejledningen er udarbejdet på baggrund af en aftale, som regeringen har indgået med satspulje-partierne om udmøntning af satspuljen for 2006 på narkotikaområdet. I aftalen er afsat midler til indførelse af behandlingsmuligheden, idet det forudsættes, at der sker en koordineret monitorering af behandlingsformen. Der skal derfor ske løbende indberetning til Sundhedsstyrelsen med henblik på Sundhedsstyrelsens evaluering af behandlingsformen<sup>19</sup>.

### 7.3 Forebyggelse af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere

#### Sprøjteprogrammer og andre sundhedsforebyggende tiltag

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

I København udleveres sprøjter, kanyler, vat og skyllevand anonymt fra herberger, samt fra visse andre behandlingsinstitutioner. På herbergerne er etableret sygeplejeklinikker, hvor sundhedshjælp tilbydes. Det sygeplejefaglige personale på klinikkerne står til rådighed med viden, vejledning og evt. behandling af akutte sygdomstilstande.

Herudover er der udviklet et tæt samarbejde med Veneriklinikken på Bispebjerg Hospital, hvor patienterne efter forudgående aftale kan blive undersøgt for kønsygdomme samt få foretaget blodprøvescreening for både hiv- og hepatitisinfektioner.

Ved mistanke om lungetuberkulose kan stofmisbrugere endvidere med kort varsel blive undersøgt på Lungeklinikken, Amtssygehuset i Gentofte. Sygeplejerskerne påtager sig at dosere og udlevere den antituberkuløse medicin til stofmisbrugeren for at sikre, at den medicinske behandling også kan gennemføres hos patienter med kaotisk livsførelse.

Stofmisbrugere med kroniske bensår kan få foretaget forbindingsskift i klinikkerne, som har tæt samarbejde med Sårhelingscentret på Bispebjerg Hospital.

På hverdagsaftener stiller et korps af frivillige læger sig til rådighed. De har base på Sygeplejeklinikken på Mændenes Hjem i Lille Istedgade.

---

<sup>19</sup> [http://www.sst.dk/Tilsyn/Faglig\\_virksomhed/Ordinationstilsyn.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Tilsyn/Faglig_virksomhed/Ordinationstilsyn.aspx?lang=da)

## Vaccination

I henhold til Indenrigs – og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 746 af 29. juni 2006 om gratis hepatitisvaccination til særligt udsatte grupper tilbydes nu pr. 1. august 2006 gratis hepatitisvaccination til injektionsmisbrugere og deres pårørende. Udover den tidligere omfattede persongruppe (injektionsnarkomaner, deres samle-vende og eventuelle faste seksualpartnere) vil nu også personer, som bor sammen med eller er fast seksualpartner med en person med kronisk hepatitis B, personer smittet med hepatitis C, børn i dagsinstitutioner, hvor der går et barn under skolealderen med en kendt kronisk hepatitis B infektion og børn under 15 år, som færdes i boligområder med tilfælde af kendt hepatitis B infektion, blive tilbudt at blive gratis vaccineret mod hepatitis B.

## 7.4 Indsatser relateret til personer med dobbelt-diagnoser

Der er et stigende antal personer med både en sindslidelse og et misbrug. I psykiatrtiaftalen 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 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 temakapitel om dobbeltdiagnoser i årsrapporten 2003).

Via satspuljemidlerne er en række nye indsatsområder for dobbeltdiagnosepatienter i gang. Blandt andet er etableret et opsøgende psykoseteam med 80 pladser, der er målrettet psykotiske patienter med typisk et intravenøst misbrug. Desuden er etableret en central visitationsenhed sammensat af personale fra psykiatrien i Hovedstadens Sygehusfællesskab og det kommunale misbrugsbehandlingssystem i København. Hensigten er, at stofmisbrugere med psykisk sygdom modtager relevant behandling.

Herudover er i 2005 i Københavns Amt igangsat et treårigt forskningsprojekt, som bl.a. skal belyse betydningen af klinisk case management i behandlingen af sindslidende stofbrugere. Forskningsenheden er placeret i tilknytning til dobbeltdiagnoseambulatoriet KASA, som åbnede i maj 2004. Ambulatoriet modtager brugere, som bliver henvist fra både misbrugscentret, de psykiatriske afdelinger og distriktspsykiatrien. Diagnostisk er der typisk tale om skizofreni i kombination med tungt misbrug og socialt kaos omkring bolig, økonomi og netværk.

KASA har et tæt samarbejde med den kommunale socialpsykiatri, og der lægges vægt på at give ydelserne tæt på den enkelte bruger. I forlængelse heraf er der i marts 2006 etableret et udkørende team, som betjener en gruppe særligt vanskeligt integrerbare brugere. Der er hyppigt tale om, at adfærdsmæssige problemer har resulteret i karantæner og fremmødeforbud med deraf følgende behandlingssvigt og udhulet kontakt til det offentlige system. KASA åbner i efteråret 2006 et mindre antal akutpladser for sindslidende stofmisbrugere i samarbejde med botilbuddet Parkvænget i Glostrup. Pladserne skal tilbydes brugere, som har behov for en forbigående intensiv indsats, der giver mulighed for et skærmet botilbud i kombination med egentlig dagbehandling. Projektet, der er finansieret af Socialministeriet, skal løbe i tre år og tænkes sidenhen videreført på markedsvilkår. KASA har endvidere modtaget puljemidler til at etablere et særligt tilbud til sindslidende stofbrugere med anden etnisk baggrund.

## 7.5 Indsatser relateret til andre sundhedsmæssige sammenhænge

En række øvrige både landsdækkende, regionale og lokale sundheds- og forebyggende indsatser, målrettes stofmisbrugerne. Blandt andet er oprettet særlige sundhedsteam til at opsøge og vejlede hjemløse stofmisbrugere til behandling, hertil udvikles indsatsen til psykosocial støtte i substitutionsbehandlingen, og endelig foregår en målrettet indsats både på det forebyggelsesmæssige og behandlingsmæssige plan til familier, gravide kvinder og børn med misbrugsproblemer.

### 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 utilsigtede og uønskede graviditeter. Visitationen er åben, således at tilgangen til rådgivning og behandling er let og uden ventetid med fokus på tidlig indsats. Personalestaben består af læger, jordemødre, psykologer, socialrådgivere og sekretærer. Familieambulatoriet hører under fødeafdelingen men arbejder tillige i afdelingen for nyfødte (neonatalafdeling) samt i børneafdelingen.

Familieambulatoriet har et tæt samarbejde med den primære social- og sundhedssektor og med andre relevante professionelle instanser. Interventionstilbuddet omfatter: Rådgivning, substitutionsbehandling, afgiftning under hospitalsindlæggelse eller ambulat, 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 ambulat opfølgning.

### Specialinstitutionen på Forchhammersvej

På Specialinstitutionen Forchhammersvej i København ydes en omfattende sundhedsfaglig indsats for cirka 130 svært syge stofmisbrugere i tilknytning til substitutionsbehandlingen. Behandlingen tilrettelægges i tæt samarbejde med speciallæger i såvel primærsektoren som hospitalssektoren i hovedstadsområdet. For at sikre gennemførelsen af behandlingsforløb, som kræver tæt monitorering, f.eks. medicinsk behandling af hiv-sygdom, er der oprettet et sengeafsnit på 8 senge, bemandet med sundhedspersonale 24 timer i døgnet. Der er hertil endvidere for nyligt oprettet plejehjemsfunktion med plads til 12 brugere. Det er således lykkedes at gennemføre effektiv medicinsk behandling til en gruppe stofmisbrugere med svære såvel misbrugs-, psykiske-, somatiske- og sociale problemer. For yderligere at sikre at stofmisbrugerne følger behandlingen og tager deres substitutionsmedicin, findes endvidere i tilknytning til behandlingen hjælp til sociale problemer, psykiske problemer samt individuelt tilpasset sundhedstilbud.

### SundhedsTeamet i Københavns Kommune

SundhedsTeamet's formål er, at marginaliserede hjemløse får tilbud om hjælp til behandling af såvel misbrug, som fysiske og psykiske sygdomme. Målgruppen for teamet kan enkelt siges at være dem, for hvem intet andet fungerer. Metoden er en systematisk opfølgende gadeplansindsats, hvor man kombinerer en socialfaglig og sundhedsfaglig indsats.

SundhedsTeamet er organiseret som en almindelig lægepraksis, hvilket betyder, at teamet fungerer som brobyggere til sundhedssystemet. I stedet for en klinik med åbningstider og regler for kontakt, etablerer teamet klinikken som et "virtuelt rum", hvor det måtte være nødvendigt. Teamet består af 1 læge og 4 sygeplejersker, som har fælles kontorbase, hvorfra aktiviteterne udgår.

Sundhedsteamet er evalueret (Thiesen 2005) og har blandt andet vist, at man ved at kombinere den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats kan sikre den langsigtede behandling af kroniske lidelser, når det sker i et tæt samarbejde mellem de to instanser, og derfor kan behandlingen bedre "rumme" misbrugere med mere komplicerende behandlingsbehov. Evalueringen har endvidere vist, at der i støtten til de hårdest belastede stofmisbrugere stadig er mulighed for at gøre fremskridt gennem en målrettet indsats, hvor man forbedrer de allerede eksisterende skadesreducerende tilbud, samtidig med at man aktivt forsøger at udvikle helt nye tilbud. SundhedsTeamet har oprettet et kontaktforum for sundhedspersonale på akutte afdelinger i København, hvor man mødes med jævne mellemrum for at dele viden og diskutere forskellige problemstillinger af fælles interesse.

SundhedsTeam modellen vil være udgangspunktet for en udmøntning af satspuljen for 2006 på narkotikaområdet, der omhandler etablering af sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere i de større kommuner i hele landet.

### KABS – Helbredsprojektet

Københavns Amts Behandlingssystem for Stofbrugere (KABS) har siden 1. januar 2005 tilbudt brugerne et intensivt sundhedstilbud, som omhandler en generel helbreds-vurdering, udredning for hepatitis/hiv, rådgivning om sikker sex og prævention, tænder og ernæring. Der tilbydes sundhedssamtaler inden for hvert område, som varetages af sygeplejerskerne i afdelingerne. Brugere kan deltage i alle elementer eller enkelte dele efter behov.

KABS tilbyder en omfattende ledsagerordning, som sikrer, at der etableres kontakt til behandlingsinstitutionen, og at behandlingen iværksættes. Især kan fremhæves fokuseringen på tandproblemer. Denne indsats varetages i samarbejde med Amtstandplejen, der en gang om måneden tilbyder tandudredning af brugerne i afdelingen i KABS. Efterfølgende visiteres brugerne til tandbehandling ved hhv. Amtstandplejen, privatpraktiserende tandlæger eller tandordning for hjemløse i København ("Bisserne").

### Graviditeter og stofmisbrugere med børn

Som beskrevet i tidligere årsrapporter, offentliggjorde embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner i maj 2004 en rapport om antallet af graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark mellem 1990 og 2001 (Harboe 2004). Undersøgelsen viste, at disse kvindelige stofmisbrugere får det samme antal børn som den øvrige befolkning, men ca. 2 1/2 gange flere provokerede aborter. Ser man på de kvinder, der var kendt i behandlingssystemet i Københavns Kommune i perioden 1996-2001, blev der født i alt 454 børn og foretaget 650 provokerede aborter. Der er altså tale om tilsammen ca. 1100 graviditeter og fødsler, hvoraf langt de fleste burde være forebygget.

Generelt har blandt andet rådgivning om prævention og gynækologisk udredning ikke været prioriteret højt i behandlingssystemerne og "drukner" ofte i de mere eller mindre kaotiske problemstillinger, der er knyttet til tilværelsen som stofmisbruger.

På baggrund af erfaringerne fra Projekt X-felt (omtales i kapitel 5 i foreliggende rapport), har Københavns Kommune igennem 2005 og 2006 gennemført et systematisk kvalitetssikringsprojekt vedrørende forebyggelse af uønsket graviditet. Ved indskrivningsamtale i behandlingssystemet er præventionsvejledning indgået som en del af rutinen, og sundhedspersonalet har fulgt op ved ad hoc rådgivningssamtaler, kvindegruppe-aften m.m. Viden om prævention, kvindekrop og kvindesygdomme er ikke stor hos denne gruppe af stofmisbrugere. Ofte har behandlingstilbuddet omfattet ledsagelse til gynækologisk undersøgelse hos speciallæger, idet der er ofte findes en stor utryghed for dette hos de kvindelige stofmisbrugere. Erfaringen har været, at tilbuddet er vel modtaget af såvel personale som de kvindelige klienter.

Resultaterne viste, at kun 29 % forud for indskrivning var i relevant behandling med antikonception. Af de kvinder, som ikke brugte antikonception, fik cirka 50 % iværksat relevant antikonception.

Gravide stofmisbrugere og stofmisbrugere med børn tilbydes i Københavns Kommune hjælp fra Familieambulatoriet på Thorasvej. Gennem et tæt samarbejde med de sociale myndigheder, Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital og fødeafdeling på Rigshospitalet, ydes en indsats til forældre med stofafhængighed. Man foretager forældreegnethedsvurderinger samt vejleder og rådgiver forældre og myndigheder i børnesamværsager.

## 8 Kriminalitet, stofbrug og sociale konsekvenser

### 8.1 Overblik og sammendrag

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

Undersøgelser peger også på, at mange af de unge, der udvikler et misbrugsproblem, også har mange problemer i deres familie- og sociale liv, og i det hele taget problemer med deres ungdoms- arbejds- og uddannelsesliv (Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte 2006). En særlig *trivselsundersøgelse* blandt de unge mellem 16 og 20 år (MULD 2006) viser endvidere, at der ved forskellige sundhedsvaner, herunder de unges hashvaner, findes en skæv fordeling i retning af større forbrug i den ressourcetsvage del af befolkningen, og at unge der trives mindre godt, har personlige problemer og problemer med forældre og det sociale liv i det hele taget, hyppigere bruger hash sammenlignet med unge, der generelt trives bedre.

Endelig ses et sammenfald mellem stofmisbrug og kriminalitet, og Kriminalforsorgen melder, at en stor population af de indsatte har et stofmisbrugsproblem. 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. Halvdelen af Kriminalforsorgens samlede klientel har et egentlig misbrug af rusmidler (misbrug af alkohol inkluderet)<sup>20</sup>. Der er i vidt omfang tale om blandingsbrug.

### 8.2 Social eksklusion og problemer

Den sociale udstødning blandt stofmisbrugere er stor. Ser man blandt andet på de sociale, boligmæssige og uddannelsesmæssige forhold blandt de stofmisbrugere, der er i behandling, er det tydeligt, at de er en marginaliseret gruppe sammenlignet med 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 skrøbelig mennesker, psykisk syge samt hjemløse.

---

<sup>20</sup> 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.

## Unge med sociale problemer og misbrugsproblemer

De sociale problemer i relation til misbrug ses allerede blandt de helt unge, der kommer i kontakt med de sociale myndigheder og forvaltninger i kommunerne. I en undersøgelse udarbejdet af Videns- og Formidlingscenteret for Social Udsatte om ”Unge under 18 år med misbrugsproblemer” peges der på, at disse unge er en sårbar udsat gruppe med besværlig, ringe eller negativ kontakt til voksne, herunder egen familie. Mange er vokset op i en familie, hvor misbrug har været en del af hverdagen. De unge kommer i kontakt med socialforvaltningen, som følge af tunge uddannelses-, job - og boligproblemer. Kommunerne vurderer, at problemerne for nogle af disse unge er opstået i forbindelse med deres stofmisbrug, men at der hos langt de fleste unge var problemer i hverdagen, længe inden et egentlig misbrug opstod. Det stigende fokus på unge med sociale problemer og problemer med misbrug har ifølge undersøgelsen medført, at mange kommuner de senere år har etableret omfattende både kontaktskabende, rådgivende og opsøgende initiativer.

Som beskrevet i kapitel 4 vedrørende stofmisbrugere i behandling er der omkring 2000 børn under 18 år, der enten bor sammen deres forældre eller er anbragt uden for hjemmet, og hvor én eller begge forældre samtidig er indskrevet i behandling. Antallet af registrerede børn i stofmisbrugsfamilier har været stigende de senere år, og disse unge må betragtes som særlig risiko-tunge med hensyn til sociale problemer og udvikling af et eventuelt misbrug senere i livet.

## Sammenhæng mellem trivsel, sundhed og sundhedsvaner

Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen har i 2006 foretaget en særlig undersøgelse af trivsel, sundhed og sundhedsvaner blandt 16-20-årige. Undersøgelsen har baggrund i MULD-undersøgelserne, der er gennemført årligt fra 2000 til 2004, og tager afsæt i alt omkring 18.000 unges besvarelser af spørgeskema om deres livsstil og dagligdag, herunder deres eksperimentelle brug af illegale stoffer (resultater herfra omtales i kapitel 2). I den særlige ”trivselsundersøgelse”, der omtales her, er de unges sundhedsvaner undersøgt med det formål at se på, hvilken sammenhæng der er mellem manglende trivsel og ”usund” livsstil. ”Trivselsbegrebet” indeholder i undersøgelsen elementer af de unges oplevelse af personlige problemer i hverdagen, ensomhed, følelse af sammenhæng i deres tilværelse samt endelig deres oplevelse af forventningspres fra forældre til skole og arbejde.

De overordnede resultater fra undersøgelsen viser, at når det handler om de unges rygevaner, alkoholvaner og brug af hash, er der især en sammenhæng mellem manglende trivsel og rygning og brug af hash. Med hensyn til sammenhængen mellem trivsel og dét at drikke sig fuld ses der en mindre entydig sammenhæng.

Især drenge, der føler sig presset af forældre, har dobbelt så stor risiko for at have prøvet hash end dem, der føler sig støttet af deres forældre, og tendensen er gennemgående, også når det gælder de andre trivsels-indikatorer såsom ensomhed, personlige problemer, eller følelsen af manglende sammenhæng i livet. Herudover er der en endnu stærkere sammenhæng mellem manglende trivsel og et mere vedvarende hashforbrug (et *vedvarende forbrug* defineres i denne sammenhæng ved, at den unge opgiver at have brugt hash inden for *sidste måned*). Drenge, der føler sig presset af forældrenes forventninger, har tre gange så stor risiko for at have røget hash inden for sidste måned sammenlignet med de drenge, der føler sig støttet hjemmefra. Også blandt pigerne er den udtalte sammenhæng mellem trivsel og forbruget af hash meget tydelig, om end sammenhængen ikke er lige så voldsom som hos drengene.



### 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 narkotikaloggivningen

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 2005 blev der registreret i alt 19.526 sigtelser. Antallet af sigtelser i forbindelse med narkotikakriminalitet er steget væsentligt de senere år. Til sammenligning lå antallet af sigtelser lavere og relativt stabilt på omkring 13.000 årligt i årene 1999-2002. 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 1995-2005. Sigtelser og antal sigtede personer**

|                  | 1995   | 1996   | 1997   | 1998   | 1999   | 2000   | 2001   | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Sigtelser i alt  | 14.654 | 14.371 | 13.454 | 14.251 | 12.928 | 13.178 | 13.143 | 13.025 | 14.316 | 16.390 | 19.526 |
| Sigtede personer | 9.008  | 8.678  | 8.234  | 8.900  | 9.424  | 9.899  | 9.858  | 10.021 | -      | -      | -      |

Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2006, [www.politi.dk](http://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 fængslerne

Den 1. oktober 2004 blev et nyt registreringsmodul i Kriminalforsorgens klientsystem taget i brug. Dette modul indeholder registreringer af alle nyindsattes stof- og alkoholforbrug ved indsættelse i fængsel eller arresthus. Med indførelsen af en behandlingsgaranti for stofmisbrugere i Kriminalforsorgen pr 1. januar 2007, er der blevet behov for at udvide modulet med en række yderligere oplysninger. Denne udvidede version forventes færdig ultimo 2006 og vil blive implementeret i 2006/07. Herudfra vil det siden blive muligt at lave de første samlede opgørelser over stof- og alkoholbrug samt motivation for behandling og behandlingsforløb for indsatte i Kriminalforsorgens institutioner (Kriminalforsorgen 2006).

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

## 9 Indsatser i relation til sociale konsekvenser

### 9.1 Overblik og sammendrag

Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet har ansvaret for at koordinere indsatsen, hvad angår social integration (den sociale indsats som helhed) af stofmisbrugere. Der er ikke oprettet et særligt organ, men disse ministerier har det overordnede ansvar for at koordinere og udmønte de ovennævnte indsatsområder, der er rettet mod stofmisbrugerne som en af målgrupperne i gruppen ”socialt udsatte”, herunder også indsatsen mhp. social integration. Socialministeriet koordinerer indsatsen iht. til programmet ”Det fælles ansvar II” (Socialministeriet, m.fl. 2006). Beskæftigelsesministeriet retter fokus mod de socialt udsatte på kontanthjælp som en del af regeringsprogrammet ”Nye veje til arbejde” (Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet 2006), hvor en betydelig del af målgruppen har et stof- og/eller alkoholmisbrug.

Det overordnede formål med indsatsen er at støtte de socialt udsatte grupper i at tage de nødvendige skridt hen mod beskæftigelse i diverse former samt at fokusere på at styrke den enkeltes livskvalitet og personlige kompetencer. Målet er at skabe bedre muligheder for selvforsørgelse, bedre muligheder for at indgå i et socialt netværk, og bedre struktur på hverdagen (Socialministeriet, m.fl. 2006). Samlet er der tale om, at indsatsen fra regeringens side yderligere forstærkes, og at der sættes ind med initiativer og økonomiske ressourcer. Ressourcerne skal blandt andet bruges på at overvinde de barrierer, der er for socialt udsatte, herunder stofmisbrugere, i forhold til en tættere tilknytning til det almindelige arbejdsmarked. Indsatserne målrettes den enkelte stofmisbruger, det private arbejdsmarked og de kommunale sagsbehandlere.

Stofmisbrugere er karakteriseret ved, at de ofte har en kort skolegang, og at mange afslutter skolen uden eksamen. Blandt stofmisbrugere i behandling skønnes det, at to tredjedele ikke har nogen erhvervsuddannelse. Det er hovedsageligt de stoffri misbrugere 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 erhvervsmæssig revalidering, som følger en erhvervsplan, der er lagt af den kommunale sagsbehandler i samarbejde med brugeren. Denne mulighed tilbydes ofte stofmisbrugere, der kan fastholde stoffrihed, men tilbydes i meget mindre omfang misbrugere, der oplever gentagne tilbagefald eller er i længerevarende 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 ansvarlige for indsatsen, hvor amterne i dag har ansvaret for at finansiere behandling og midlertidige botilbud som forsorgshjem efter § 94 i lov om social service. Efter kommunalreformens ikrafttræden 1. januar 2007 vil kommuner overtage langt de fleste af de amtslige institutioner og/eller indgå driftsoverenskomster med private institutioner, som står for disse indsatser. Nogle vil dog blive drevet af de nye regioner.

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 strategier for den enkelte stofmisbruger, hvad angår brugerens fremtidige bolig-

forhold, økonomiske forhold og andre livsområder. Det er således de kommunale sagsbehandlere, der som udgangspunkt har handlekompetencen, hvad angår social integration af stofmisbrugere på diverse områder.

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 satspuljen med henblik på fra den 1. januar 2007 at kunne opfylde en behandlingsgaranti for indsatte stofmisbrugere, som skønnes egnede og motiverede til behandling. .

## 9.2 Hjemløshed, botilbud og bostøtte

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

Stort set alle amter driver forsorgshjem eller har driftsoverenskomst med private forsorgshjem i henhold til § 94 i lov om social service. Disse tilbud er midlertidige botilbud målrettet hjemløse med svære sociale problemer. Forsorgshjemmene arbejder med botræning, som forbereder og støtter beboerne i at kunne fungere i egen bolig.

Fra 1. juli 2005 har kommunerne mulighed for at indgå aftaler med almenboligorganisationer om at leje ledige almenboliger til brug som udslusningsboliger. Disse boliger kan tilbydes stofmisbrugere, som fx har opholdt sig på forsorgshjem, døgnbehandlingsinstitution eller andet botilbud, og som i en periode på 2 år får støtte fra botilbuddet.

Nogle stofmisbrugere og andre socialt udsatte kan vanskeligt rummes eller selv finde sig til rette i traditionelle boligformer, på trods af sociale støttetilbud. For at imødekomme disse borgeres behov er der etableret permanente boliger efter almenboligloven, kaldet ”skæve huse”. De første ”skæve huse” blev etableret som forsøgsordningen i 1999. De gode resultater herfra har været baggrund for, at regeringen fortsat yder økonomisk støtte til opførelsen af sådanne boliger. I årene 2005 – 2008 er der afsat yderligere 40 mio. kr. til etablering af flere af disse boliger til hjemløse og særligt udsatte grupper kombineret med bostøtte i indflytningsfasen.

Dertil kommer ”alternative plejehjem”, som er botilbud til bl.a. stofmisbrugere, der ikke kan klare sig i eget hjem, og som ikke kan rummes på almindelige plejehjem for ældre borgere på grund af misbrug, demens eller problematisk adfærd. De ”alternative plejehjem” etableres af amterne ofte i tilknytning til et forsorgshjem. I regeringens 2. handlingsprogram ”Det fælles ansvar II” foreslås det, at antallet af pladser på de ”alternative plejehjem” forøges.

### Sociale færdigheder og netværksopbygning

En stor del af det sociale arbejde med stofmisbrugere foregår på væresteder. Disse tilbud yder fysisk omsorg (ro, mad og varme), relationel omsorg (muligheden for at skabe et socialt fællesskab) og støtte til forandring.

Tilbuddet på disse væresteder har udviklet sig i de senere år således, at der nu tilbydes flere netværksskabende og aktiverende tiltag. I ”Det fælles ansvar II” lægger regeringen op til en yderligere udvikling af disse tilbud, hvor indsatsen forventes styrket på ca. 1/4 af landets eksisterende væresteder, hvilke forventes at berøre over 1000 brugere af væresteder. I 2006 blev der herudover bevilliget ca. 10 mio. kr. via Narkopoljen til opkvalificering af indsatser på væresteder med henblik på at styrke motion, idræt og bedre kostvaner. Endvidere har succesen med cykelløbet Tour de Udsatte for værestedbrugere og VM i fodbold for hjemløse bevirket, at et idrætsforbund for socialt udsatte er blevet etableret i april 2006.

Pårørendearbejdet er et andet væsentligt område i forhold til at styrke stofmisbrugeres sociale integration. Via Narkopoljen er der således bevilliget godt 9 mio. kr. over en treårig periode til projekter, der støtter pårørende af stofmisbrugere.

Et tredje indsatsområde målrettet sociale færdigheder og netværksopbygning for stofmisbrugere er en udvidelse pr. 1. oktober 2006 af et tilbud om støtte- og kontaktpersoner (SKP), jf. servicelovens § 80, som tidligere kun blev tilbudt de mest isolerede sindslidende. Ordningen er kendetegnet ved længerevarende opsøgende og kontaktskabende arbejde, som opfølges af hjælp til løsning af brugerspecifikke og brugerdefinerede problemstillinger, herunder umiddelbar hjælp i dagligdagen, (gen)opbygning af sociale netværk og (gen)etablering af kontakt til de sociale myndigheder. SKP-ordningen er en indsats uden myndighedsudøvelse, og brugere har mulighed for at være anonyme.

### 9.3 Uddannelsestilbud

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

For langtidsledige stofmisbrugere og andre socialt udsatte, der har en lang eller mellemlang uddannelse lægger regeringen op til, at der udvikles særlige efteruddannelsestilbud med jobgaranti (Socialministeriet m.fl. 2006). Målet er, at de kan få genopfrisket deres faglige kompetencer inden for deres tidligere arbejdsområde, så mulighederne for aktiverings- eller beskæftigelsesforløb fremmes mest muligt.

### 9.4 Beskæftigelsestilbud og forsørgelse

I ”Det fælles ansvar II” fremhæver regeringen beskæftigelse som en af de vigtigste veje til social inddragelse og integration i samfundet. Regeringen vil de næste fem år bruge 320 mio. kr. til at hjælpe udsatte grupper – herunder også stofmisbrugere – med at komme tættere på arbejdsmarkedet. I publikationen ’Nye veje til arbejde’ (Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet 2006) beskrives 14 initiativer over for socialt udsatte, og seks af disse er særligt relevante for stofmisbrugere, f.eks. mentorordninger og særlig tilskud til elevløn. I ”Det fælles ansvar II” underbygges nogle af disse 14 initiativer, og her foreslås det endvidere, at samarbejdet mellem

virksomheder og offentlige instanser udbygges med henblik på at styrke beskæftigelsesindsatsen over for disse grupper.

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

For den svageste gruppe kontanthjælpsmodtagere, herunder stofmisbrugere, er der i 2005 oprettet en pulje til sociale aktiveringstilbud, som ikke er snævert rettet mod arbejdsmarkedet. Disse tilbud sigter på at forbedre dagligdagen for ikke-arbejdsmarkedsparete brugere gennem deltagelse i aktiviteter på kanten af og uden for arbejdsmarkedet. Tilbuddene er mere en form for beskyttet beskæftigelse end direkte erhvervsrettede aktiviteter. For nogle brugere fører indsatsen til ordinær beskæftigelse, men for de fleste vil den mere have et socialt inkluderende sigte. Puljen er oprindeligt på tre mio. kr. årligt over fire år, men fra og med år 2006 er puljen tilført yderligere 14 mio. kr. årligt.

For at lette overgangen fra et socialt aktiveringstilbud til egentlig beskæftigelse er der endvidere oprettet en pulje til etablering af mentorordninger på væresteder, hvor en person tilknyttet værestedet hjælper udsatte brugere med indslusning på en arbejdsplads og støtter med råd og vejledning om, hvordan man begår sig på en arbejdsplads. Herudover skal mentoren aflaste virksomheden med de vanskeligheder, der kan være forbundet med ansættelsen af en medarbejder med særlige problemer. Puljen udgør 10 mio. kr. årligt i fire år. Virksomhederne tilbydes endvidere vikardækning via en pulje på fem mio. kr. årligt i fire år. Det er hensigten, at arbejdsgiveren hermed holdes skadesløs for et evt. fravær hos den ansatte.

Forskning viser, at en betydelig oparbejdet gæld til det offentlige kan være en væsentlig barriere for især stofmisbrugerens tilknytning til arbejdsmarkedet, da det offentlige stiller med krav om, at gælden afdrages, når disse borgere får arbejde (Socialforskningsinstituttet 2004). For at lette denne barriere er der i 2005 afsat 100 mio. kr. over fire år til at fjerne gældsbyrden fra socialt dårligt stillede. Herudover er der i 2006 vedtaget en lov om gældslempelsesordning på forsøgsbasis.

## 9.5 Rådgivningstilbud

Stofmisbrugere, deres pårørende og frontpersonale kan få rådgivning om behandling på de offentlige stofmisbrugsbehandlingscentre. Den individuelle rådgivning om og henvisning til øvrige sociale indsatser ydes almindeligvis af socialforvaltningens sagsbehandlere. Andre rådgivningstilbud målrettet den bredere befolkning, fx krisecentre, advokatvagten og familierådgivning, kan også bruges af stofmisbrugere, men disse tilbud er ofte ikke understøttet med særlige ressourcer, viden eller kompetencer vedrørende misbrugerens særlige omstændigheder, problemstillinger og muligheder for at få hjælp.

Regeringen vil gennem ”Det fælles ansvar II” styrke den offentlige sagsbehandling ved blandt andet at oprette særlige ”udsatte-teams” med kompetencer og viden om bl.a. stofmisbrug og stofmisbrugere. Der vil blive etableret særlige uddannelsesprogrammer for sagsbehandlere samt oprettet satellitkontorer i socialt belastede områder for at styrke stofmisbrugere og andre socialt udsattes mulighed for at benytte de rådgivningstilbud, der allerede eksisterer i kommunerne.

## 9.6 Forebyggelse af narkotikarelateret kriminalitet

Kriminalforsorgen har som et led i regeringens satspuljeforlig for 2006 fået tilført midler til blandt andet at etablere to nye behandlingsafdelinger og en efterbehandlingsafdeling i udvalgte fængsler samt en række opsøgende initiativer i relation til stofmisbrugere i arresthuse og fængsler over hele landet. Der er tale om en bred indsats overfor såvel indsatte med ønsker om total stoffrihed og indsatte, som foretrækker substitutionsbehandling primært med metadon.

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

For at understøtte implementering af både den nye og den ældre lovgivning har Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Direktoratet for Kriminalforsorgen i fællesskab i 2006 igangsat et treårigt projekt, der skal udvikle, gennemprøve og beskrive metoder til god sagsbehandling ved løsladelse. Deltagere i projektet er tre fængsler, et antal kommuner, Kriminalforsorgen i Frihed - afdelinger (KIF) og misbrugscentre, som er nogle af de væsentlige aktører, når det gælder om at skabe sammenhæng i indsatsen.

## 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 renhed og stofkoncentrationen af de aktive stoffer i de illegale stoffer på markedet<sup>21</sup>. Når det drejer sig om de såkaldte "ecstasy-piller", der beslaglægges på markedet, er disse meget *uforudsigelige*, da nye stofkombinationer og indholdsstoffer til stadighed dukker op. I alt 8 nye aktive stoffer, der ikke er set tidligere, er i løbet af løbet af 2005 dukket op i pillerne. Således er en række "nye" misbrugsstoffer underlagt kontrolforanstaltninger og dermed blevet forbudt i Danmark. Hertil kommer, at metamfetamin i stigende omfang forekommer på det illegale marked<sup>22</sup>.

### 10.2 Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel

Beslagstatistikken viser som nævnt indledningsvis, at de forskellige illegale stoffer er spredt i hele Danmark. De forskellige illegale stoffer beslaglægges i stort set alle politikredse i 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.

#### Stoffernes vej til Danmark

Rigspolitiet samler oplysninger, der vedrører produktions- og distributionslande for de illegale stoffer, der beslaglægges i Danmark. Som tidligere år er Marokko stadig det væsentligste producentland af hash 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 (Afghanistan og Pakistan), mens både amfetamin og ecstasy, der beslaglægges i Danmark, primært formodes at være produceret i Holland og Belgien. Kokainen produceres primært i Sydamerika og videredistribueres typisk via Spanien, Portugal, og Holland.

### 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 for-

---

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> Metamfetaminens stigende forekomst ses både blandt prøverne i "Gadeplanprojektet" og i "ecstasy-projektet".

bindelse med større efterforsknings­sager samt på gadeplan. Oplysninger om beslagene indberettes løbende til Rigspoliti­chefens Efterforskningsstøt­tecenter (NEC), som udarbejder og publicerer en årlig statistik (Rigspolitiets Narkotikastatistik 2006).

Tabel 10.3.1. i annekset viser udviklingen i mængden og antal beslaglæggelser af heroin, kokain, amfetamin og hash fra 1993 til 2005. 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 stoftyper i enkelte år.

Det fremgår af tabellen, at antal beslaglæggelser for stort set alle stoffer er steget mere eller mindre markant fra 2004 til 2005. Denne stigning kan både være udtryk for et stigende udbud af stofferne, men kan også være udtryk for en større politi­mæssig indsats i 2005. Hvad angår den beslaglagte mængde, er det især amfetamin og kokain, der er beslaglagt i stigende mængde. Mængden af amfetamin steg fra 63,1 kg i 2004 til 195 kg i 2005. For kokain gælder, at den beslaglagte mængde steg fra 32 kg i 2004 til 57 kg i 2005. Mængden af den beslaglagte kokain i 2005 var stadig mindre end i 2003, hvor der blev beslaglagt 104 kg. I 2005, som tidligere år, bestod enkelte beslag af de forskellige stoffer af store mængder. Blandt andet udgjorde ét beslag amfetamin i 2005 i alt 125 kilo.

### 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 2005 af stikprøvebaserede små beslag fra 5 politikredse i Danmark (København, Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg), som afleveres til analyse hos de retskemiske institutter<sup>23</sup>. Af tabel 10.3.2. i annexet, fremgår fordelingen af beslaglagte stoftyper på landsplan fra 1995 til 2005<sup>24</sup>.

Ud af de 196 analyserede prøver i 2005 bestod 59 % af de centralstimulerende stof­fer amfetamin og kokain. I de senere år har forekomsten af de centralstimulerende stoffer - især kokain - i projektet været stigende, mens forekomsten af heroin har været faldende. 34 % af samtlige prøver i 2005 på landsplan var heroin. Til sam­menligning var 74 % af prøverne tilbage til projektets start i 1995 heroin.

I dag er kokain således det hyppigst forekommende stof i gadeplanprojektet og ud­gjorde 36 % af samtlige prøver i 2005. I Århus og i Ålborg er kokain det domine­rende stof (33 % og 61 %), mens heroin dominerer i København (60 %), og amfe­tamin dominerer i Esbjerg (39 %).

---

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

24 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.



Forekomsten af metamfetamin har generelt været stigende de senere år. I 2005 bestod 5 % af prøverne i gadeplanprojektets af metamfetamin<sup>25</sup>. Yderligere 3 % af prøverne indeholdt forskellige stoffblandinger og ikke euforiserende stoffer, herunder koffein, paracetamol og ibuprofen.

Af tabel 10.3.3 i annekset ses fordelingen imellem heroinbase ("rygeheroin") og heroinklorid (hvid heroin til injektion) fra 1996-2005. Fra 1995 er det stadig heroinbase, der dominerer blandt heroinprøverne på landsplan. I 2005 var fordelingen af heroinbase og heroinklorid henholdsvis 76 % og 24 %. Denne fordeling adskiller sig imidlertid i 2005 som i tidligere år i Odense, hvor den hvide heroin dominerer heroinprøverne.

Af tabel 10.3.4. fremgår renheden af de forskellige stoffer fra 1995 til 2005 i Gadeplanprojektets stikprøver.

**Tabel 10.3.4. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1995-2005 (Median af aktivt stof)<sup>26</sup>**

|                 | 1995 | 1996* | 1997* | 1998* | 1999* | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-----------------|------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|
| Heroinklorid    | 68%  | 64%   | 71%   | 70%   | 69%   | 59%  | 52%  | 50%  | 64%  | 63%  | 67%  |
| Heroinbase      | 34%  | 43%   | 32%   | 31%   | 30%   | 40%  | 48%  | 25%  | 25%  | 22%  | 28%  |
| Amfetaminsulfat | 26%  | 15%   | 16%   | 15%   | 9%    | 12%  | 9%   | 13%  | 9%   | 9%   | 10%  |
| Kokainklorid    | 68%  | 58%   | 57%   | 51%   | 54%   | 37%  | 43%  | 36%  | 37%  | 24%  | 25%  |

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, Kaa et al. 2005, Kaa et al. 2006.

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

Medianen for renheden af heroinklorid er højere end for heroinbase og var i 2005 67 %, hvilket er nogenlunde på niveau med de sidste par år. For heroinbase var medianen for renheden 28 % i 2005, hvilket er på samme niveau som de seneste tre år, men væsentlig lavere end i 2000 og 2001. Variationsintervallet for renheden af heroinen i 2005 er som tidligere år stort, og var for heroinbase og heroinklorid henholdsvis 8-70 % og 14-79 %.

For amfetamin fandtes, som i tidligere år, mange prøver med lav renhed. Medianen var 10 %, og variationsintervallet er bredt (1-60 %). Renheden var i 2005 på samme niveau som de seneste år men lavere end i midten af 1990'erne.

Renheden af kokain var i 2005 på samme niveau som sidste år, men signifikant lavere end tidligere år. Medianen for renheden af kokain var 25 % i 2005, og variationsintervallet var mellem 1 % og 78 %.

Igennem årene er ikke påvist væsentlige forskelle i renheden af de enkelte illegale stoffer beslaglagt i forskellige dele af landet, og overalt sås et stort variationsinterval. I alle politikredse er fundet stoffer af både lav og høj renhed på markedet sam-

<sup>25</sup> Se også om forekomsten af metamfetamin i ecstasy-pillerne senere i kapitlet.

<sup>26</sup> 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.

tidigt. For ingen af stofferne var det muligt at udpege perioder af året, hvor renheden var specielt høj eller lav.

### Overvågning af "ecstasy" på markedet

Siden 2001 har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Rigspolitiet og de tre retsmedicinske institutter intenst monitoreret "ecstasy" i Danmark. Analyseprøver fra indsendte beslag af ecstasy fra politikredsene til et af de tre retskemiske institutter bliver således samlet, og pillerne undersøges og beskrives med hensyn til stoffekonzentration, stofsammensætning og udseende<sup>27</sup>. Løbende kvartalsvis opdatering af analyseresultaterne samt en større årlig rapport findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

I 2005 blev 38.095 ecstasy piller fordelt på 247 beslag sendt fra politikredsene til de retskemiske institutter med henblik på retskemisk undersøgelse (Kaa 2006). Ifølge Rigspolitiet beslaglagde politikredsene i alt 44.195 ecstasy piller i 2005 fordelt på 387 beslag. Trods intention om at samtlige ecstasy-beslag skal indsendes til retskemisk analyse, var det som nævnt kun 247 beslag, tilsvarende 64 % af samtlige ecstasy-beslag i 2005, der blev indsendt og undersøgt. Dette er et fald fra tidligere år, hvor omkring 80 % af ecstasy-beslagene blev retskemisk undersøgt. De ecstasy piller, der er beslaglagt og undersøgt i 2005, kommer fra 39 ud af i alt 54 politikredse, og lidt færre politikredse end tidligere har indsendt beslag til analyse.

Blandt de undersøgte piller i 2005 skønnes der at være 129 forskellige slags piller opdelt efter udseende og indhold. Variationen af ecstasy på markedet synes således stadig at blive større, da henholdsvis 81 af pillerne i 2003 og 113 i 2004 var forskellige. Hertil kommer, at flere nye stoffer og stoffekombinationer dukker op (beskrives senere).

Med hensyn til udseende er de fleste af pillerne hvide, beige eller grå og næsten altid runde. Dog ses også piller i rudeform, trekantede eller også formet som firkløver, og flere og flere forskellige farver på pillerne kommer til. Blandt prøverne i 2005 fandtes 49 forskellige logoer, og 10 af disse logoer er ikke set tidligere. Armani er langt det hyppigst forekommende logo (fleste prøver) efterfulgt af Mitsubishi. Mange af logoerne findes kun i én variant, mens andre piller med samme logo findes i flere varianter. Eksempelvis fandtes der i 2005 15 forskellige typer piller med et Mitsubishi logo og 12 forskellige typer piller med et Armani logo. Piller med samme logo kan variere med hensyn til diameter, farve, vægt, højde, type og mængde af aktivt stof.

"Nye" og farlige stoffer dukker løbende op i "ecstasy pillerne" – både i Danmark og i det øvrige Europa. Alene i 2005 i Danmark er i alt 8 nye indholdsstoffer identificeret i pillerne. 4 af disse - STP, PCP, fenproporex samt antropropin - er allerede omfattet af lovgivningen, mens de øvrige 4 både opkvikkende og hallucinerende stoffer - MeOPP, mCPP, TFMPP (såkaldte piperaziner), samt 2-CT-4 - efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, blev omfattet af narkotikalogivningen i december 2005.

I 2005 er også 5 beslag med kapsler undersøgt og de indeholdt MDMA, amfetamin, STP og en blanding af STP og amfetamin.

---

<sup>27</sup> I databasen indgår ikke kun piller med MDMA (ecstasy), men alle beslaglagte tabletter med et ikke professionelt udseende, vurderet ved logo, farve og presning. Endvidere indgår tabletter, hvor der ved efterfølgende kemiske analyser er påvist syntetisk stoffer eller andre euforiserende stoffer, som ikke forekommer i lægemidler.

Med hensyn til indholdsstoffer i pillerne ses i 2005 markant flere blandinger og kombinationer i ecstasypillerne end tidligere år. Fra 2001 til 2004 indeholdt mellem 85 % og 96 % af pillerne alene MDMA (ecstasy), mens MDMA alene "kun" var indeholdt i 43 % af pillerne i 2005. Metamfetamin ses med stigende hyppighed i pillerne, enten alene eller sammen med MDMA, eller også med andre aktive stoffer. Ligeledes ses med stigende hyppighed piller med MDA sammen med MDMA eller også både sammen med MDMA og MDE. Endelig er, som tidligere nævnt, nye indholdsstoffer dukket op i pillerne.

I 2005 findes piller med både lav og høj koncentration af MDMA (1-144 mg). Den gennemsnitlige mængde af MDMA pr. tablet var i 2005 på 59 mg., hvilket ikke adskiller sig væsentligt fra tidligere år. Derimod har der været enkelte piller (også en enkelt kapsel) med et særligt højt koncentrationsindhold af MDMA eller et andet aktivt stof, hvilket udgør en særlig forgiftningsfare.

Alt andet lige synes ecstasy-pillerne mere end nogensinde at være uforudsigelige mht. indholdsstoffer og stoffkombinationer. Hertil kommer, at koncentrationen af stofferne varierer meget, trods den gennemsnitlige mængde MDMA pr. tablet har været meget konstant gennem de seneste 5 år.

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 starten af 2005 blev 2C-D forbudt, mens stofferne MeOPP, mCPP, TFMPP samt 2-CT-4 blev omfattet af lovgivningen ved udgangen af 2005.

### 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 væsentligt gennem mange år. Pris pr. gram heroin ved salg på gadeplan anslås at være mellem 900 og 1100 kroner for den hvide heroin, og mellem 500 og 700 kroner for den brune heroin. Det er noget højere end for ét år siden, og der er stadig store afvigelser rundt omkring i landet. Priserne for kokain anslås at være stabile på mellem 500 - 700 kr. pr. gram på gadeplan. For amfetamin anslås prisen pr. gram på gadeplan til mellem 150 til 250 kr., mens prisen for en ecstasy-pille anslås til at ligge mellem 30 til 50 kr., hvilket er svagt faldende fra tidligere år. Hvad angår priserne på de forskellige stoffer, er der store variationer i de forskellige dele af landet (Rigspolitiet 2006).

# 11 Stofbrug og relaterede problemer blandt unge under 15 år

## 11.1 Indledning

I dette kapitel beskrives de helt unges erfaringer med illegale narkotiske stoffer, og i den sammenhæng er det forbruget blandt børn under 15 år, der er i fokus. Der er imidlertid flere problemer, der knytter sig til en sådan kortlægning. For det første er der ikke foretaget systematiske, landsdækkende undersøgelser, hvis hovedformål har været at indhente viden om rusmiddelforbruget i denne aldersgruppe. Oplysningerne må derfor trækkes ud fra undersøgelser, der har haft andre formål, eller evt. må man anvende mindre ikke repræsentative lokale opgørelser. For det andet er det kun få af de helt unge, der har erfaringer med disse stoffer, så mange af de estimerede forbrugstal må i sagens natur blive små, og er derfor behæftet med en vis usikkerhed.

Trods disse problemer med sparsomme og lidt unøjagtige data, så er det alligevel et område, det er yderst relevant at få belyst, og specielt hvis der er tale om en stigende udbredelse og et højere forbrug af de mest vanedannende narkotiske stoffer blandt de helt unge på 12-14 år. Formålet med kapitlet er derfor *dels* at give information om udbredelsen af stoffer blandt helt unge børn, dvs. forbrugsmønstre og sociodemografiske karakteristika af brugerne, *dels* at undersøge risikofaktorer, der relaterer sig til stofbrug blandt de helt unge såsom familieforhold og social støtte. Endelig er det et af kapitlets formål at beskrive nogle af samfundets reaktioner på et stofforbrug blandt de helt unge med hensyn til lovgivning, politik, forebyggelse og behandling.

Særlige analyser viser, at familiemæssige forhold spillede en stor rolle for, om unge under 15 år begynder at eksperimentere med illegale stoffer. Unge, der vokser op i intakte kernefamilier, har signifikant lavere risiko for at starte et stofforbrug i forhold til børn, der vokser op hos enlige forældre eller i familier, hvor kun den ene var deres biologiske forælder. Forældrenes opmærksomhed overfor barnet har lige så stor betydning; børn hvis forældre ikke ved, hvor deres børn opholder sig om aftenen, har markant større risiko for at eksperimentere med illegale stoffer sammenlignet med de børn, hvor forældrene altid ved hvor børnene er. Endelig øger opvækst i en misbrugsfamilie særligt risikoen for at unge senere udvikler et misbrug.

Såvel den kommunale som den amtskommunale forpligtelse til særlig støtte over for børn og unge er reguleret efter bestemmelserne i servicelovens kapitel 8. - kapitlet om særlig støtte til børn og unge. Kommunen har ansvaret for, at sagen undersøges og for, at der tages stilling til den samlede sociale støtte samt for, at der udarbejdes en handleplan for den samlede indsats, herunder for behandlingen for stofmisbruget. Den sociale behandlingsgaranti ændrer ikke ved dette, men er en ekstra forpligtelse for amtskommunen til i særlige tilfælde at yde en hurtig hjælp til målgruppen.

Det er kommunerne, der har ansvaret for, at unge misbrugere under 18 år får den nødvendige støtte, medens det er amtskommunerne, der er ansvarlige for, at der er det nødvendige antal institutioner med plads til de unge. I 2005 har Socialministeriet udsendt en bekendtgørelse, hvori der er afgivet en social behandlingsgaranti til

unge stofmisbrugere. I bekendtgørelsen står desuden, at tilbudet skal gives inden 14 dage efter henvendelsen.

## 11.2 Forbruget af rusmidler blandt børn under 15 år

Det mest udbredte stofforbrug blandt unge er hashrygning og snifning af forskellige opløsningsmidler og lighter gas.

Som nævnt er der ikke foretaget repræsentative landsdækkende surveys af narkotikaforbruget blandt unge under 15 år. Der er derimod flere gange foretaget landsdækkende rusmiddelundersøgelser i repræsentative udsnit af de lidt ældre aldersgrupper. De nedenstående analyser er baseret på ESPAD-undersøgelserne – dvs. den danske del af det europæiske projekt: ”The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs”<sup>28</sup>. Der foreligger data fra 1995, 1999 og 2003 (Sabroe (2004)).

I ESPAD-undersøgelsen er der spørgsmål om debutalder for de rusmidler, der indgår i undersøgelsen. Ved hjælp af svarene kan man for hvert enkelt af rusmidlerne identificere alle de unge, der har debuteret med stoffet, inden de var fyldt 15 år, og dermed estimere livstidsprævalensen af stofindtagelse blandt unge under 15 år. Populationen har endvidere den fordel, at den er et repræsentativt udtræk af unge i en afgrænset aldersgruppe.

### Omfanget af erfaringer med de forskellige illegale stoffer

I ESPAD-undersøgelsen fra 2003 var der 2.969 unge, der gav oplysninger om deres erfaringer med narkotiske stoffer og herunder også, hvornår de evt. tog stoffet første gang. Af dem var der 541 (18,2 %), der havde taget mindst ét af de illegale narkotika, inden de fyldte 15 år. I tabel 11.2.1 ses de estimerede livstids-prævalenser (= procentandelen der har prøvet det pågældende stof inden de blev 15 år) for 13 illegale narkotiske stoffer/stofindtagelsesmåder. Hash adskiller sig fra andre stoffer som langt mest udbredt, idet i alt 14 % havde røget hash mindst én gang, inden de blev 15. Mere end 2 % af de unge har prøvet at sniffe og indtaget nerve-sovemedicin, inden de blev 15 år. Af tabellen ses desuden, at der var meget lille kønsforskel på tallene, og kun for to stoffer var der tale om statistisk signifikante kønsforskelle. Der var flest drenge, der havde debuteret tidligt med hashrygning, medens der var signifikant flere piger, der havde taget nerve-sovemedicin tabletter, inden de var fyldt 15 år.

---

<sup>28</sup> I spørgeskemaet, der anvendes til at indsamle data i denne undersøgelse, er der over hundrede spørgsmål om rusmidler og om forhold, der er relateret til rusmiddelforbruget.

**Tabel 11.2.1. De procentvise andele af unge der havde erfaring med illegale rusmidler, inden de blev 15 år, fordelt på køn. 95 % sikkerhedsinterval om livstidsprævalensen. ESPAD 2003**

| Stofstype eller indtagelsesmåde | Køn      |         | I alt  | 95 % sikkerheds-interval |
|---------------------------------|----------|---------|--------|--------------------------|
|                                 | Drenge % | Piger % | Alle % |                          |
| Hash                            | 16       | 12      | 14     | (12,6-15,1)              |
| Snifning                        | 4,7      | 4,2     | 4,5    | (3,7-5,2)                |
| Nerve- sovemedicin*             | 2,1      | 3,6     | 2,9    | (2,3-3,5)                |
| Amfetamin                       | 1,8      | 2,0     | 1,9    | (1,4-2,4)                |
| Ecstasy                         | 0,8      | 1,2     | 1,0    | (0,6- 1,3)               |
| Psilocybinsvampe                | 0,7      | 0,5     | 0,6    | (0,3-0,9)                |
| Kokain                          | 0,5      | 0,9     | 0,7    | (0,4-1,0)                |
| Crack                           | 0,9      | 0,7     | 0,8    | (0,5-1,1)                |
| LSD                             | 0,6      | 0,3     | 0,5    | (0,2-0,7)                |
| Rygeheroin                      | 0,5      | 0,6     | 0,5    | (0,3-0,8)                |
| GBH                             | 0,2      | 0,5     | 0,3    | (0,1-0,6)                |
| Hvid heroin til injektion       | 0,1      | 0,3     | 0,2    | (0,1-0,4)                |
| Stof med kanyle                 | 0,1      | 0,2     | 0,2    | (0,02-0,3)               |

Kilde: ESPAD, 2003 (upubliceret).

\*medicin der ikke er ordineret af en læge.

Langt de fleste unge havde kun prøvet ét stof, og kun 2 % havde prøvet mere end to stoffer, hvoraf hash ofte var det ene. Dette vises i tabel 11.2.2. hvor det også ses, at der ikke er nogen kønsforskel på hvem, der havde prøvet mere end to stoffer. 18 % havde erfaring med mindst ét af de nævnte 13 stoffer/stofindtagelsesmåder. Selv om hash var langt det mest udbredte illegale stof, så var der dog enkelte unge, der udelukkende havde erfaring med ét af de andre stoffer – typisk nerve-sovemedicin. Hvis man ikke medtager de hyppigste stoffer/stofindtagelsesmåder: hashrygning, snifning og nerve- sovemedicin, men udelukkende ser på de 10 mindst brugte stoffer, så var der 3 % af de unge, der havde prøvet mindst ét af disse.

**Tabel 11.2.2. Den procentvise andel af unge, der har haft erfaring med mindst én af de 13 illegale rusmidler, inden de blev 15 år. Fordelt på køn. 95 % sikkerhedsinterval om den fælles hyppigheder**

| Forskellige kombinationer af forbrug                  | Køn     |         | I alt  | 95 % sikkerhedsinterval |
|---|---------|---------|--------|-------------------------|
|   | Dreng % | Piger % | Alle % |                         |
| Har prøvet mindst et af 13 illegale stoffer*          | 19,4    | 17,1    | 18,2   | (16,8-19,6)             |
| Har prøvet mindst ét af de 10 mindst brugte stoffer** | 3,3     | 3,1     | 3,2    | (2,5-3,8)               |
| Har prøvet mere end 2 af de 13 illegale stoffer*      | 2,0     | 2,0     | 2,0    | (1,5-2,5)               |

Kilde: ESPAD 2003 (upubliceret).

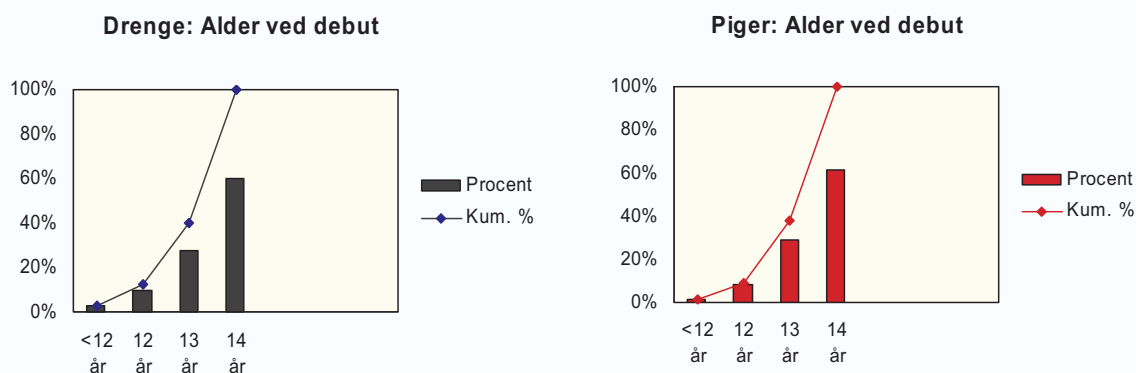
\*De 13 mulige stofkategorier fremgår af tabel 11.2.1.\*\*hashrygning, snifning og nerve-sovemedicin er udeladt fra de 13 stoffer der er nævnt i tabel 11.2.1

### Alder for stofdebut

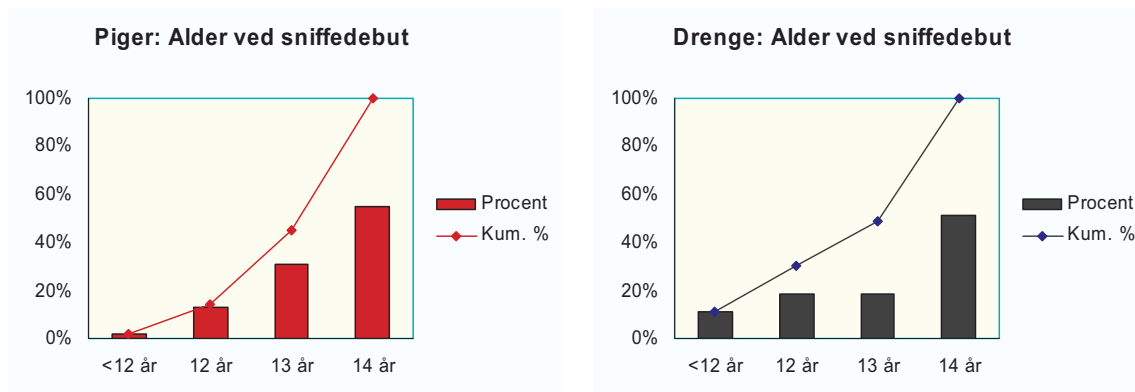
I figur 11.1 og figur 11.2 vises debutalder for hashrygning og snifning blandt alle de unge, der var debuteret, inden de blev 15 år. For hashrygning drejede det sig om 410 unge (14 % af undersøgelsespopulationen) og for snifning var det 132 unge (4,5 %). Figur 11.1 og 11.2 ligner hinanden, og flertallet debuterede som 14-årige. For drengenes vedkommende var der dog en forskel, idet der var en målelig andel på 11 %, der havde sniffet første gang, inden de blev 12 år.

Hvis man førte figur 11.1 et år længere frem, ville man kunne se, at udviklingen ikke stopper ved 14 års alderen, idet der er ca. lige så mange unge, der debuterer med hashrygning i 15 som i 14-års alderen.

**Figur 11.1. Alder ved hashdebut for 410 unge, der var debuteret inden de blev 15 år, % for hvert år og kumulerede %**

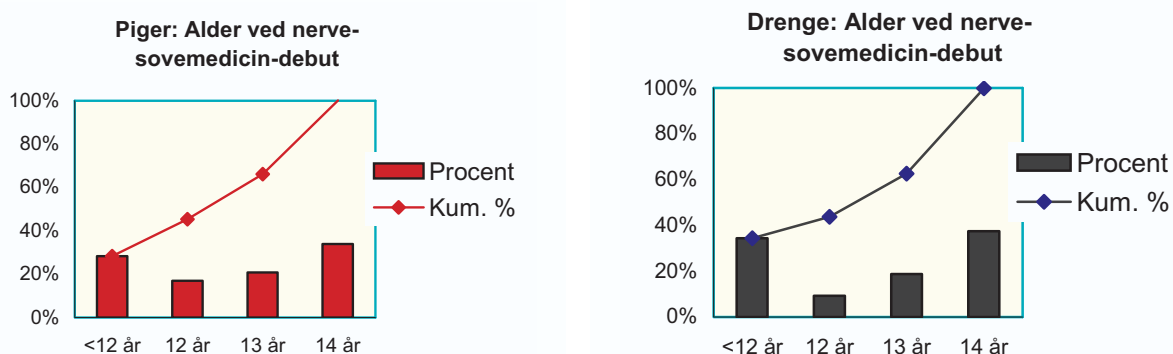


**Figur 11.2. Alder for sniffedebut blandt 132 unge, der sniffede første gang inden de blev 15 år. % for hvert år og kumulerede, %**



Figur 11.3 viser debutalderen for de 86, der havde indtaget nerve-sovemedicin, inden de blev 15 år. Af disse havde ca. 30 % af både drenge og piger taget denne type medicin inden 12 års-alderen. Der er ingen tvivl om, at dette tidlige forbrug må skyldes, at de unge har fået medicin, som deres forældre har haft liggende – dvs. at medicinen ikke er ordineret til de unge men til forældre/søskende eller andre voksne. Forbruget af denne type medicin må vurderes anderledes end medicin, som de unge selv har skaffet på det illegale marked. Mængden af illegalt indkøbt medicin, der er meget mere relevant i denne sammenhæng, kan desværre ikke estimeres i ESPAD-undersøgelsen.

**Figur 11.3 Den alder 85 unge havde første gang de tog nerve-sovemedicin. % for hvert år og kumulerede %.**



### Familiemønstre og tidlig stofdebut

Mange børn i dag vokser op hos enlige forældre eller i sammenbragte familier, hvor forældrene har etableret sig i nye parforhold. I en rapport fra Socialministeriet opgøres det, at der i år 2000 var 177.163 børn, der boede hos enlige forsørgere, og at specielt andelen af enlige forsørgere med tre eller flere børn var steget de sidste



ti år (Socialministeriet 2003). I rapporten fremhæves, at selv om man ikke kan tale om, at enlige forsørgere generelt er dårligere forældre, så er familiekonstellationen alligevel en god indikator for mange af de negative sociale udfald i forbindelse med børn.

I ESPAD-undersøgelsen boede 69 % af eleverne med begge sine biologiske forældre, 18 % boede med to voksne, hvor kun den ene var deres biologiske forælder (samboende), og 13 % boede hos en enlig mor/far. Resultater fra undersøgelsen viser, at der er forskel på omfanget af at eksperimentere med illegale stoffer inden 15 års alderen, afhængig af familiekonstellation. For praktisk taget alle de undersøgte stoffer var der en højere procentandel af unge med tidlig debut blandt de unge, der boede i familier, hvor kun den ene voksne var deres biologiske forælder. Det ses, at andelen med tidlig debut var 2-4 gange så stor blandt unge, der boede i en nysammensat familie, som hos dem der boede i intakte kernefamilier.

### Familieøkonomi og tidlig debut

I ESPAD-undersøgelsen har man bedt eleverne om, på en syv-trinsskala, at angive hvorledes de vurderede familiens økonomi i forhold til andre familiers økonomi. Svarene er efterfølgende samlet til tre niveauer, og 42 % kom i midtergruppen, hvor de mente, at deres egen families økonomi var som de fleste andre familiers, 49 % mente de var mere velstillede og 9 % at de var dårligere stillet end andre familier. Med hensyn til en eventuel sammenhæng mellem familiens økonomi og de unges eksperimenteren med stoffer, kan forbruget hos de unge beskrives som en U-formet kurve, med de højeste procenttal af de der har eksperimenteret med stoffer, blandt dem med henholdsvis dårlig eller god økonomi, og de laveste procenter i den midterste gruppe.

### Familieomsorg og tidlig debut

Forældrene spiller en stor rolle i bestræbelserne på at forebygge, at børn og unge starter med at eksperimentere med narkotika. I ESPAD-undersøgelsen var der flere spørgsmål, der skulle belyse relationen mellem forældre og børn, herunder også forældrenes omsorg og involvering i deres barns adfærd uden for hjemmet. Svarene tydede på, at størstedelen af forældrene havde rimelig kontakt med og kontrol over deres børns færden. Der var signifikante kønsforskelle, idet det var tydeligt, at drengene havde løsere tøjler end pigerne, f.eks. oplyste 71 % af pigerne at deres forældre vidste, *hvor* de var om aftenen, det tilsvarende tal for drengene var 58 %.

I alt 58 % oplyste, at deres forældre *næsten altid* vidste, hvor de var, 24 % svarede, at forældrene *ofte* vidste dette, og 17 % oplyste, at deres forældre *sommetider, sjældent*, eller *næsten aldrig* vidste, hvem deres barn var sammen med om aftenen. Der var en meget tæt association mellem, om forældrene vidste hvem deres barn var sammen med om aftenen, og andelen af unge, der var startet tidligt med at eksperimentere med narkotika. Tendensen var stærkest blandt pigerne, og det ses, at blandt de piger der oplyste, at deres forældre næsten altid vidste, hvor de var om aftenen, var der 12 %, der har prøvet mindst ét af de 13 narkotiske stoffer, medens der var 3 gange så mange (35 %) i den gruppe, hvor forældrene sjældent vidste, hvor deres barn var. Der var tale om statistisk højsignifikante associationer mellem disse variabler.

## 11.3 Risikobørn og misbrugende forældre

Generelt er rusmiddelmisbrug i en familie en risikofaktor for, at børn i familien senere kan udvikle et misbrug. Børn, der vokser op med misbrug i hjemmet, er i

risiko for at få følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer som følge af forældrenes misbrug, og de er i risiko for selv at komme ind i et misbrug

Fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling er det muligt at udtrække oplysninger om antal børn, hvis forældre har været indskrevet i behandling. I 2005 er i alt registreret godt 3.000 børn under 18 år, hvor stofmisbrugeren har forældremyndigheden, og antallet har været stabilt de seneste tre år. 46 % af disse børn (1450) er anbragt udenfor hjemmet, mens 54 % enten bor sammen med eller har samvær med den stofmisbrugende forælder.

Ifølge Socialministeriet udgør misbrugernes børn knap 10 % af de børn, der er anbragt uden for hjemmet. I 2004 var 15.082 børn anbragt uden for hjemmet, og af disse boede 6.459 (46 %) hos Plejefamilier. Ca. 1 % af alle børn i Danmark under 18 år er på et givet tidspunkt anbragt uden for hjemmet. Anbringelseshyppigheden stiger med børnenes alder, og således var kun 0,52 % af de yngste (0-9-årige) anbragt .

Med hensyn til alkoholmisbrug, der er væsentlig mere udbredt end stofmisbrug, vurderes det, at der er ca. 60.000 børn i alderen 0-18 år, hvis mor eller far har været indlagt på sygehus med en alkoholrelateret diagnose. Mange forældre med alkoholmisbrug indlægges ikke, så dette tal er et minimumstal, der kan give indtryk af problemets størrelsesordenen. Tilsvarende er opgørelsen over børn af stofmisbrugere også et minimumstal, idet det kun er børn af stofmisbrugere, der er i behandling, der er medregnet.

#### 11.4 Politik og lovgivning der relaterer sig til unge med stofmisbrug

Kommunerne har pligt til at udarbejde en skriftlig plan for indsatsen over for unge under 18 år med stofmisbrugsproblemer. Kommunen skal udarbejde handleplanen i samarbejde med den unge og dennes familie og i øvrigt inddrage ekspertise fra amtskommunens misbrugscenter. Udarbejdelse af disse handleplaner er siden 1.1.2005 en lovmæssig forpligtelse.

I regeringens handlingsplan mod narkotikabrug ”Kampen mod Narko” fra 2003 var et af initiativerne at oprette tilbud, der særligt var rettet til de unge misbrugere af såvel hash som andre stoffer. Derfor er en række projekter til udvikling af behandlingstilbud til unge stofmisbrugere blevet støttet de seneste år.

I særlige tilfælde har amtskommunen en pligt til at tilbyde behandling for stofmisbrug af unge under 18 år<sup>29</sup>. Tilbud skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen til amtskommunen – den såkaldte ”behandlingsgaranti”. En amtskommune kan involveres af såvel en kommune, forældre eller den unge i en sag om iværksættelse af social behandling for stofmisbrug. Tilbud skal iværksættes med forældremyndighedens samtykke og kræver tillige samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år. Amtskommunen foretager den faglige vurdering af, om der skal iværksættes et tilbud inden for 14 dage. Kommunen har ansvaret for, at sagen undersøges og for, at

---

<sup>29</sup> I § 85, stk. 3, i lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 280 af 5. april 2005, har socialministeren i bekendtgørelse nr. 776 af 11. august 2005 fastsat regler om garanti for social behandling for stofmisbrug af unge under 18 år i særlige tilfælde.

der tages stilling til den samlede sociale støtte samt for, at der udarbejdes en handlingsplan for den samlede indsats, herunder for behandlingen for stofmisbruget. Målgruppen er unge, som på grund af stofmisbruget har alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer, der medfører, at den unge ikke kan fungere i forhold til familie, uddannelse, arbejde eller skole.

Såvel den kommunale som den amtskommunale forpligtelse til særlig støtte over for børn og unge er reguleret efter bestemmelserne i servicelovens kapitel 8. Den sociale behandlingsgaranti ændrer ikke ved dette, men er en ekstra forpligtelse for amtskommunen til i særlige tilfælde at yde en hurtig hjælp til målgruppen.

### 11.5 Forebyggelse og behandling af unge med stofmisbrugsproblemer

Formålet med narkotikaforebyggelse er at reducere antallet af brugere og at begrænse brugen af narkotika blandt stofbrugere. Det første mål forsøger man at opnå ved at få mindsket antallet af unge, der starter med at prøve illegale stoffer. Vigtige elementer til at opnå dette er at gøre stofferne svært tilgængelige samt at give unge og forældre et højt vidensniveau om stoffernes farlighed og vanedannede virkning.

Forebyggelsen udmøntes på mange niveauer. På det statslige plan har sundhedsstyrelsen ansvaret for befolkningsrettet narkotikaoplysning og for at støtte amtskommuners og kommuners forebyggelsesarbejde. Sundhedsstyrelsen udarbejder således informationsmaterialer, undervisningsmaterialer og samarbejder med amter og kommuner om metodeudvikling inden for forebyggelsen, jf. kap.3.

Hovedansvaret for forebyggelsen ligger imidlertid hos kommuner og amtskommuner (efter 1.1.2007 hos kommunerne). Lokalt er der mulighed for at tilrettelægge både universel og selektiv forebyggelse i skoler, kommunale fritidstilbud, i samarbejde med foreninger, i samarbejde med restauranter, barer, diskoteker og i særlige boligmiljøer.

Skolen er de fleste steder det vigtigste miljø for den universelle forebyggelse. Der gives forebyggende, holdningsbearbejdende rusmiddelundervisning fra 6.klasse, dvs. når eleverne er ca. 12 år, og mange skoler holder forældremøder om problematikken. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at rusmiddelundervisningen starter med forældremøder, evt. forældreaftaler om regler for de unges fester, at man starter med at sætte fokus på alkohol og først derefter stofferne (især hash), og at skolerne udarbejder en samlet rusmiddelpolitik.

#### Tidlig opsporing af unge i risiko

I de fleste kommuner varetages narkotikaforebyggelsen i et samarbejde mellem flere sektorer, det såkaldte SSP samarbejde (Skole, Socialforvaltning, Politi), der bl.a. har til formål at fange signaler på mistrivsel hos børn og unge, og hvis det er nødvendigt, at iværksætte misbrugs- og kriminalitetsforebyggende foranstaltninger.

#### Målrettet forbyggende indsats mod unge i risikomiljøer

Man kan udpege visse miljøer/situationer, hvor unge især kan blive tilbudt illegale rusmidler. Et af disse miljøer er musikfestivaler. Med inspiration fra "Roskilde Festival Against Drugs" har man siden 2004, sammen med foreningen Festivaldamark gjort en indsats for at bekæmpe salget og brugen af illegale stoffer på sommerens musikfestivaler over hele Danmark (se i øvrigt kapitel 3).

## Behandling til unge

I nogle af de projekter, som har modtaget støtte fra Socialministeriets puljer til udvikling af nye behandlingstilbud til unge, er der gjort erfaringer med metoder til at nå de helt unge misbrugere. Der har især været fokus på unge med hashproblemer, en gruppe, der kendetegnes ved ofte ikke at opleve sig selv som misbrugere. Det afføder en umiddelbar modstand over for et tilbud med en overskrift, der signalerer ”misbrugere”, mens de unge gerne vil tage imod et tilbud om hjælp, hvis dets primære signaler ikke fokuserer på misbruget. Det er endvidere ikke nok, at de unge kender til tilbuddet: De skal følges til døren, og de skal hjælpes ind ad den. En forudgående kontakt med de toneangivende unge i lokalområdet er en anden – ofte nødvendig – forudsætning for at tiltrække de unge.

## 12 Kokain

### 12.1 Indledning

Kokain er blevet mere udbredt i det seneste årti og er i dag det tredjemest udbredte, illegale stof (efter hash og amfetamin). Politiet har de senere år beslaglagt stigende mængder af kokain og haft større antal beslag, ligesom flere og flere af de stikprøver på gadeplan, politiet tager og sender til retskemisk analyse, indeholder kokain (se kapitel 10). Denne udvikling skyldes blandt andet politiets styrkede indsats mod narkotika- og kokainkriminalitet, men formentlig også et stigende udbud. Siden 2000 ses en stigende tendens i udbredelsen af det eksperimenterende brug af stoffet. Både skoleundersøgelser (ESPAD), undersøgelser blandt unge (MULD) og blandt de unge voksne (SUSY 2005), viser små, men signifikante stigninger i det eksperimenterende brug af kokain.

Der er mere markante stigninger i skader og problemer i relation til kokain. Disse stigninger kan ses som konsekvenser af det stigende forbrug. Flere og flere indskrives i stofmisbrugsbehandlingen med kokain som hovedproblem eller som ét blandt flere stoffer i et blandet misbrug. Der er også flere og flere indlæggelser på de psykiatriske afdelinger relateret til et kokainbrug. Endelig registreres flere kokainforgiftninger på skadestuerne end tidligere.

### 12.2 Det eksperimenterende brug af kokain

Kokain er mindre udbredt end hash og amfetamin, og debutalderen for kokain synes at være lidt højere end for de øvrige illegale stoffer. Resultater fra surveyundersøgelser blandt de 15-16-årige (ESPAD 2003), og blandt de 16-20-årige (MULD 2004) viser, at under 2 % henholdsvis 4 % i disse aldersgrupper, nogensinde har eksperimenteret med kokain. Mens der ikke er kønsforskelle på udbredelsen af kokain blandt de 15-16-årige, er det langt flere drenge (5,1 %) end piger (3,4 %) der har prøvet kokain, inden de er fyldt 20 år.

Fra midten til slutningen af halvfemserne, blev udbredelsen af kokain blandt de 15-16-årige fordoblet (ESPAD). Herfra og frem til 2003 ses en lille, men dog signifikant stigning. Blandt de 16-20-årige (MULD) ses en signifikant stigning i pigernes kokainbrug fra 2000 og frem. Andelen af piger, der nogensinde havde prøvet kokain, steg fra 2 % i 2000 til 3,4 % i 2004.

Sammenlignet med 2000, synes der som nævnt i kapitel 2 *ikke* at være flere unge generelt, der bruger illegale stoffer i 2005 (SUSY). Derimod ses en stigning i brugen af kokain i perioden, og denne udvikling ses i tabel 12.2.1. Her er medtaget både aldersgruppen 16 til 24 år, og den lidt ældre aldersgruppe, 25-34 år.

**Tabel 12.2.1. Den procentvise andel i forbruget af kokain i 2000 og i 2005 blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år og 25-34 år**

|                                    | SUSY 2000 |         |            | SUSY 2005 |         |            |
|------------------------------------|-----------|---------|------------|-----------|---------|------------|
|                                    | mænd      | kvinder | I alt      | mænd      | kvinder | I alt      |
| <b>16-24-årige</b>                 |           |         |            |           |         |            |
| Kokain prøvet nogensinde           | 7,1       | 2,5     | <b>4,7</b> | 10,3      | 6,4     | <b>8,0</b> |
| Kokain prøvet inden for seneste år | 4,3       | 1,3     | <b>2,7</b> | 5,4       | 1,9     | <b>3,3</b> |
| <b>25-34-årige</b>                 |           |         |            |           |         |            |
| Kokain prøvet nogensinde           | 6,5       | 2,6     | <b>4,4</b> | 15,5      | 4,9     | <b>9,6</b> |
| Kokain prøvet inden for seneste år | 2,4       | 0,8     | <b>1,6</b> | 5,3       | 0,4     | <b>2,6</b> |

Kilde: SUSY 2000 og 2005.

Stigningen er signifikant blandt de 25–34-årige, og det er mændene i denne aldersgruppe som udgør stigningen. Blandt de 25–34-årige kvinder er der modstat tale om et signifikant fald, og udbredelsen af det aktuelle brug (brugt inden for sidste år) er endvidere meget lille. Blandt mænd i samme aldersgruppe er der sket mere end en fordobling af de, der angiver at have et aktuelt brug fra 2,4 % til 5,3 % i perioden. Signifikant flere unge under 34 år i de forskellige aldersgrupper har prøvet kokain nogensinde i 2005 sammenlignet med i 2000.

Alt i alt kan således konkluderes, at udbredelsen af kokain er i stigning i disse år, og at det primært er de unge mænd, der står for stigningen i det aktuelle brug. Stigningen skal imidlertid ses som en forskydning i stofvalget blandt de unge og i lyset af den generelle stagnation i brugen af de illegale stoffer (jf. kapitel 2 og tabel 2.2.5).

### 12.3 Problemer og skader som følge af kokainmisbrug

Den største stigning i det eksperimenterende brug af de centralstimulerende stoffer, herunder kokain, skete i den sidste halvdel af halvfemserne. Det er baggrunden for den stigning i problemer og skader relateret til kokain, der nu ses i statistikkerne. Der er tale om stigninger både i antal stofmisbrugere, der søger stofmisbrugsbehandling for et kokainmisbrug, og stigninger i antal personer, der indlægges på de psykiatriske afdelinger og skadestuer grundet kokainbrug. Endelig ses også et stigende antal indlæggelser pga. kokainforgiftning.

#### Kokainmisbrug i stofbehandlingen

Som nævnt i kapitel 4, er der flere forhold, der har bidraget til den generelle stigning i tilgangen til stofmisbrugsbehandlingen. Blandt andet oprettelsen af flere behandlingspladser efter behandlingsgarantiens indførelse i 2003 og udvikling af et mere bredspektret behandlingstilbud, der i højere grad end tidligere passer til nye misbrugsgrupper – især unge hashmisbrugere og misbrugere af de centralstimulerende stoffer, herunder kokain.

Opgørelser over stofmisbrugere indskrevet i behandling har vist markante stigninger i tilgangen af personer, der har brugt kokain inden indskrivningen. Hvor 9 % (661 personer) af stofmisbrugerne i behandling i 1997 angav at have et kokainmisbrug inden indskrivningen, gjaldt dette for 15,4 % (2022 personer) i 2005. Opgørelsen for 2005 viser dog, at der for første gang i mange år er et mindre fald i ande-

len, der angiver at have et kokainmisbrug inden indskrivningen, sammenlignet med 2004.

Andelen af stofmisbrugere med kokain som hovedstof er størst blandt de ”nye” i behandling, som ikke tidligere har været indskrevet i behandling for deres stofmisbrug. I 2005 angiver 5,8 % af disse ”nye” at have kokain som hovedproblem for deres misbrug, mens det samme gjaldt for ”kun” 2,1 % i 1997.

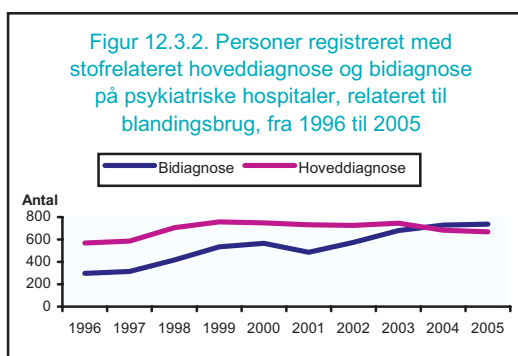
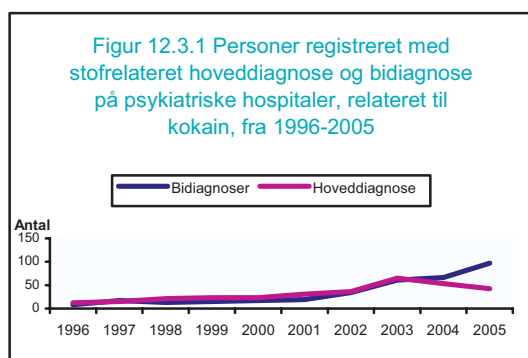
Det er især de unge behandlingssøgende, der har et kokainmisbrug. Andelen af de helt unge med et kokainmisbrug har været stigende i perioden fra 1997 og frem. I 1997 havde godt 25 % af de indskrevne under 25 år et kokainmisbrug inden indskrivningen, mens dette gjaldt for 30 % i 2005.

### Psykiatriske indlæggelser relateret til kokain

Blandt de samlede stofrelaterede indlæggelser i den psykiatriske behandling udgør kokain kun en mindre del sammenlignet med øvrige illegale stoffer. Især er stofgruppen ”blandingsbrug” ved registreringen i det psykiatriske behandlingssystem mere omfattende. Det er veldokumenteret, at når psykisk syge oven i har et misbrugsproblem, er der ofte tale om et blandingsmisbrug. Det er derfor meget sandsynligt, at kokain som stof i betydelig omfang registreres under ”blandingsbrug”.

Generelt har der i de senere år været en jævn stigning i antallet af stofrelaterede indlæggelser, jf. kap. 6.5. Herunder ses også stigninger i de kokainrelaterede diagnoser og i diagnoserne, der relateres til blandingsmisbrug (se endvidere i kapitel 6). Man skelner i registreringen mellem de personer, der formodes at *misbruget* er årsagen til indlæggelsen (registreret som hoveddiagnose), og de personer, der har *psykiske lidelser* som hovedproblem og hertil et stofmisbrug (registreres som bidiagnose).

Som vist i figur 12.3.1 er der fra 1996 til 2003 sket en stigning i indlæggelser i psykiatrisk behandling, hvor hoveddiagnosen relaterer sig til et kokainmisbrug. Herefter ses et fald. Stigningen er mere gennemgående og markant for bidiagnoser relateret til kokain, her blev der registreret 8 personer i 1996 og 97 personer i 2005.



Figur 12.3.2. viser omfanget og stigningen i personer registreret i psykiatrisk behandling med et blandingsbrug. I alt 297 personer blev i 1996 registreret med en bidiagnose relateret til et blandingsbrug, hvor det samme gjaldt for 728 i 2005. For

hoveddiagnoserne gjaldt det, at 569 personer blev registreret med en hoveddiagnose relateret til blandingsbrug i 1996, der var steget til 684 personer i 2005.

Sammenfattende sker der således i disse år klare stigninger i antallet af psykiatriske indlæggelser, der hænger sammen med et kokainmisbrug.

### Forgiftninger med kokain

Der sker af flere grunde en underrapportering af de forgiftningstilfælde med illegale stoffer, der registreres i Sundhedsstyrelsens landspatientregister. Det er derfor tale om en minimumsopgørelse. I 2005 blev 105 personer registreret med en forgiftning efter indtagelse af kokain på landets skadestuer, en stigning på ca. 50 % fra året før (71 personer i 2004). Antallet af registrerede forgiftninger med kokain har været nogenlunde stabilt med mellem 65 til 78 tilfælde årligt i perioden 2001 til 2004 (mere om forgiftninger ses i kapitel 6).

### Narkotikarelaterede dødsfald relateret til kokain

Kokain ses sjældent som *primær årsag* til de akutte narkotikadødsfald, der registreres (forgiftningsdødsfaldene), og optræder også i relativt få tilfælde som *medvirkende årsag* til dødsfaldene. Dette hænger til dels sammen med opgørelsesmetoden. I 2003, 2004 og i 2005 var der henholdsvis 4, 2 og 2 narkotikadødsfald, der blev retsmedicinsk undersøgt, og hvor den primære årsag alene blev relateret til kokain.

Men kokain er i dag et udbredt misbrugsstof blandt brugere af opioider og indgår i øvrigt i blandingsbrug. Det er derfor også mere udbredt, at kokain påvises i de retsmedicinske analyser ved de narkotikarelaterede dødsfald. Den seneste undersøgelse fra de retskemiske institutter i Danmark konkluderer, at kokain påvises i 15 % af de forgiftningsdødsfald, der undersøges, og derfor er et af de hyppigste påviste misbrugsstoffer i de narkotikarelaterede dødsfald, kun overgået af heroin, meta-don og benzodiazepiner (Steentoft 2005).

Samme undersøgelse har endvidere konkluderet, at der i gennemsnit påvises 3,3 stoffer i de forgiftningsdødsfald der registreres, hvilket dokumenterer et udbredt blandingsbrug blandt de, der dør, og betyder at blandingsbrug i sig selv medfører særlig risiko for forgiftninger og død.

I den seneste årsrapport fra Det europæiske narkotikaovervågningscenter EMCDDA fremhæves en bekymring for kokainens betydning for de narkotikarelaterede dødsfald, trods begrænsede indberetninger fra de europæiske lande hertil. Kokainen vurderes at spille en afgørende rolle i de narkotikarelaterede dødsfald, og problemet synes hertil at være stigende. Dertil kommer, at kokain formentlig er medvirkende årsag til dødsfald som følge af hjerte-kar-problemer, men disse indberettes og registreres ikke som narkotikarelaterede fra noget medlemsland (EMCDDA 2005).

## 12.4 Behandling og forebyggelse af kokainmisbrug

Behandling af kokainmisbrug (og misbrug af andre centralstimulerende stoffer og hash) er en relativ ny udfordring for behandlingssystemet. Dels er der tale om brugergrupper, der er yngre og noget bedre uddannede end de traditionelle heroinmisbrugere, og dels er tilgangen og motivet til at søge behandling anderledes. Endelig foreligger der ikke nedskrevne og systematiserede erfaringer med behandlingen af denne målgruppe herhjemme.



Det forhold at brugergruppen er yngre og bedre uddannet, og at man ikke som for heroinmisbrugerne umiddelbart kan tiltrække og fastholde brugerne i behandling ved tilbud om medicinsk afgiftning og substitutionsbehandling, nødvendiggør at rammerne for behandlingen skal være ”attraktive”, og at det primære indhold i behandling bliver det psykoterapeutiske/psykosociale tilbud.

Fra udlandet vides, at de primære tilbud i behandling for kokainmisbrug er case management, kognitiv behandling med større eller mindre indslag af adfærdsterapeutiske elementer, motiverende samtaler, stofedukation og miljøterapi (døgnstitutionsbehandling). Disse tilbud giver man også i større eller mindre omfang i både offentlige og private behandlingsinstitutioner i Danmark, men i hvilket omfang de forskellige metoder bruges, og om og hvordan de virker, er ikke beskrevet.

I et forsøg på at integrere og udvikle de udenlandske erfaringer i en dansk behandlingsvirkelighed er Københavns Kommune tildelt Satspuljemidler (”narkopuljen”) til et kvalitetsudviklingsprojekt, hvor man skal afprøve/udvikle et relevant behandlingskoncept med tilhørende skriftlige manualer, fastlægge succeskriterier og kvalitetsmål og udvikle relevante monitoreringsmetoder til at følge behandlingen.

Hvad angår forebyggelse af kokainbrug, gennemføres denne som en del af den samlede forebyggelsesindsats mod udbredelsen af de øvrige illegale rusmidler. Beskrivelsen af denne fremgår i kapitel 3 i foreliggende rapport.

Kokain fremhæves ikke særligt i politikformuleringer og strategier på narkotikaområdet, men indgår på linje med indsatser overfor illegale stoffer generelt og stimulerende stoffer specifikt.

## 13 Medicin og illegale stoffer i trafikken

### 13.1 Indledning

Både medicin, illegale stoffer samt alkohol påvirker på forskellig vis køreegenskaberne ved enten at have en søvndyssende virkning og svække koncentrationsevnen, og/eller medvirke til øget opstemthed og øget selvfølelse, med heraf følgende reduktion af kritisk sans samt øget risiko for at tage chancer i trafikken.

Der foreligger imidlertid i Danmark kun en begrænset viden om, hvor stort problemet er med førere, der er påvirkede af medicin eller euforiserende stoffer, omfanget af førere med forringede køreegenskaber på grund af sygdom samt endelig, hvor stor risikoen for sådanne førere er for at komme i uheld. Der er dog i de seneste år sat fokus på emnet, både nationalt og i regi af den Europæiske Kommission.

Den seneste undersøgelse af forekomsten af medicin og illegale stoffer i trafikken i Danmark blev gennemført af Danmarks TransportForskning tilbage i 2000 og omhandlede geografisk alene Holstebro (Behrendorff 2001). Herudover har Danmarks TransportForskning deltaget i et større europæisk forskningsprojekt - IMMORTAL, der blev gennemført i perioden 2002-2005 og økonomisk blev støttet af EU's 5 rammeprogram<sup>30</sup>. Projektet har indhentet ny viden om forskellige forhold, der kan påvirke køreegenskaberne hos førere af køretøjer. Det drejer sig blandt andet om påvirkning af *medicin* (benzodiazepiner, morfin og kodein), *illegale stoffer* (amfetamin, ecstasy, hash og kokain) samt *alkohol*. Foruden Danmark deltog forskningsinstitutter fra Holland, Norge, Spanien, Storbritannien, Tjekkiet og Øst-rig.

Imidlertid sættes der netop nu i Danmark fokus på færdselslovgivningen, idet Justitsministeriet har nedsat et udvalg (Udvalget om sanktionsfastsættelse i sager om spiritus- og promillekørsel mv.) bl.a. til vurdering af eventuelle ændringer af færdselslovens § 54, der blandt andet drejer sig om kørsel under påvirkning af medicin og euforiserende stoffer.

### 13.2 Omfang af problemet i trafikken

Undersøgelsen i Holstebro er baseret på spytpøver, og 1,3 % af de 1000 standsede bilister blev bekræftet positive for ét af de illegale stoffer amfetamin/metamfetamin, hash, kokain eller opioider (morfin og heroin) og 0,7 % var positive for benzodiazepiner. Det er koncentrationen af et stof i blod, der ligger til grund for at kunne vurdere en førers påvirkethed, og da der i dag er begrænset viden om sammenhængen mellem koncentrationen i spyt og blod, er det vanskeligt at vurdere påvirkethed på grundlag af spytpøver. Det blev dog anslået, at for omtrent halvdelen af de positive bilister kunne påvirkningen antages at have haft indflydelse på deres trafiksikkerhed. Da resultatet som nævnt er baseret på en stikprøve fra et begrænset geografisk område, kan resultaterne ikke betragtes som landsdækkende.

---

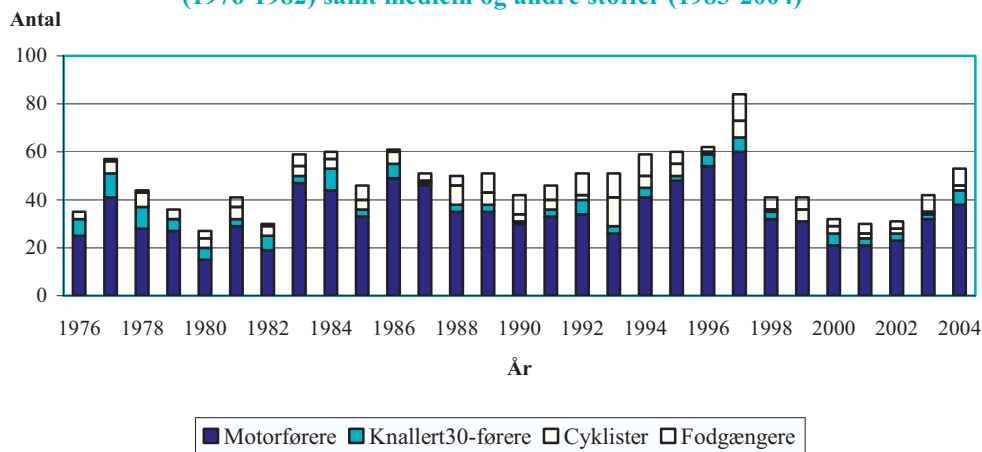
<sup>30</sup> IMMORTAL står for *Impaired Motorists, Methods of Roadside Testing and Assessment for Licensing*. Danmarks Transportforskning har forestået forskningsprojektet fra Dansk side.

I IMMORTAL projektet undersøges forekomsten af medicin, illegale stoffer og alkohol hos tilfældige bilister i trafikken i Holland, Norge og Storbritannien (Assum 2005). I undersøgelsen indgik alkohol, amfetamin, ecstasy, hash, kokain, benzodiazepiner, morfin og kodein, og i Holland desuden tricykliske antidepressiver samt metadon. I Holland og Storbritannien var ca. 10 % af bilisterne positive for ét eller flere stoffer (inklusive alkohol), mens det i Norge kun drejede sig om 1 %. En klart større andel af bilisterne var positive for medicin og narkotika frem for alkohol, idet som eksempel ca. kun 2 % af prøverne fra Holland og 0 % af prøverne fra Norge havde alkoholpromille over 0,2. Men som det ses i afsnittet om uheldsrisiko, bidrager påvirkning af alkohol, enten alene eller sammen med andre stoffer, generelt til de største risikoforhøjelser.

### 13.3 Omfang af problemet i færdselsuheld

I Danmark registreres det i forbindelse med indberetning af personskadeuheld, hvis der hos en fører er tale om medicin eller illegale stoffer.

**Figur 13.3.1. Førere i personskadeuheld, der er påvirkede af medicin (1976-1982) samt medicin og andre stoffer (1983-2004)**



Som vist i figur 13.3.1, er der fra 1998 og frem generelt færre registrerede tilfælde end tidligere år. Fra og med 1997 oplyses det som noget nyt i uhedsstatistikken, hvis der er indsendt en blodprøve til analyse i forbindelse med mistanke om påvirkning af andre stoffer end alkohol, men resultatet ikke foreligger på indberetningstidspunktet. Det drejer sig om ca. 400 prøver om året for motorførere, inkl. knallertførere, hvoraf 250 - 300 viser en promille over 0,8. Som det fremgår i afsnit 13.5 om færdselslov og politikontrol, bliver der normalt i sådanne tilfælde ikke analyseret for andre stoffer. Tilbage står prøver fra 100-150 førere årligt, som er negative for alkohol eller under 0,8 promille, og som ikke har været analyseret for andre stoffer. Disse førere er altså ikke medtaget i statistikken i figur 13.3.1.

I IMMORTAL projektet blev der i Danmark foretaget kvalitative interviews af trafikanter, der havde været ude for et færdselsuheld efter at have taget medicin eller narkotika (Bernhoft 2005). Mere end 10 % af førerne angav selv, at de i timerne før uheldet havde taget medicin eller illegale stoffer, eventuelt i kombination med alkohol.

Spytprøver fra 333 trafikskadede førere blev analyseret for henholdsvis opioider (morfin og kodein), amfetamin, metamfetamin, ecstasy, hash, kokain, benzodiazepiner samt alkohol. Prøverne blev indsamlet på Odense Universitetshospital samt Glostrup Sygehus, mens screeningsanalyserne blev udført på Klinisk Kemisk Afdeling på Odense Universitets Hospital. Retskemisk Afdeling, Retsmedicinsk Institut på Københavns Universitet udførte bekræftelsesanalyser af de positive screeninger, og vurderede desuden, om de fundne koncentrationer kunne skønnes at have påvirket køreegenskaberne hos de pågældende førere.

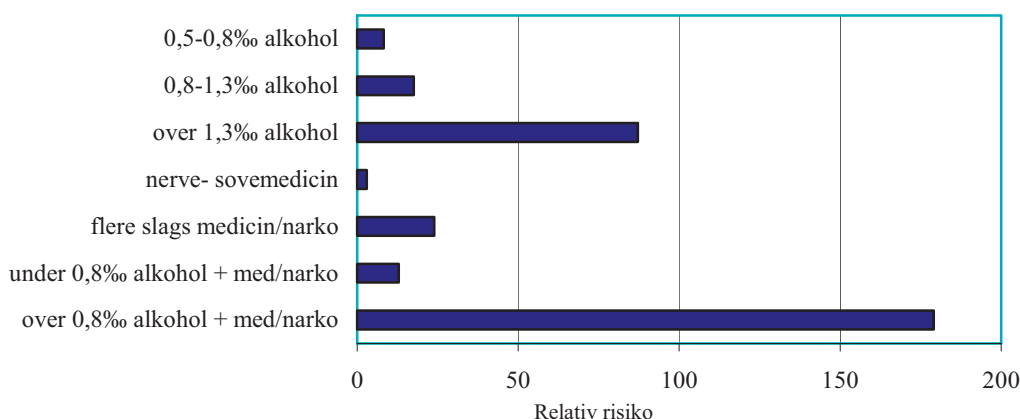
I halvdelen af de positive prøver vurderedes koncentrationerne at have haft betydning for, at uheldet skete. På baggrund af interviewene kan disse førere groft inddeles i tre grupper – de unge ”*velfungerende*” mænd med et weekendforbrug af blandt andet hash og amfetamin, *førtidspensionister* af begge køn, der blander ordineret medicin med illegale stoffer og/eller alkohol, samt ”*dem over 55 år*”, der har indtaget ordineret medicin eller håndkøbsmedicin uden samtidig at have drukket alkohol.

### 13.4 Uheldsrisiko

I flere lande er det undersøgt, hvor stor en andel af de tilskadekomne førere, der har været påvirkede. Studier, der specifikt vurderer risikoen for at komme i uheld for påvirkede førere er dog sjældne. Derimod findes der flere eksempler på studier af påvirkede førere og risiko for uheld, f.eks. fra Australien (Drummer 2002), hvor det vurderes, at påvirkede førere har en overrisiko for at være skyldige i dødsuheld. Risikoen er højere, hvis der er tale om påvirkning af alkohol eller en kombination af alkohol, medicin og illegale stoffer, end hvis det drejer sig om illegale stoffer alene.

Problemet med blandingsbrug er dokumenteret i Holland under IMMORTAL projektet (Assum 2005). Som figur 13.4.1 viser, er risikoen for personskadeuheld mange gange forhøjet, hvis bilister tager flere slags stoffer eller blander stoffer med alkohol.

**Figur 13.4.1. Relativ risiko for færdselsuheld for påvirkede førere (risiko for ikke påvirkede førere = 1)**



Resultaterne fra det hollandske projekt viste også, at bilister med alkoholpromiller over 0,8 har en væsentlig forhøjet risiko for at komme i uheld, som kan sammen-

lignes med risikoen ved at køre påvirket af en kombination af flere stoffer eller en kombination af alkohol samt et eller flere stoffer. Risikoen ved at køre påvirket af morfin var også væsentlig forhøjet, men dette resultat er ikke statistisk signifikant, hvorfor det ikke er vist i figuren. Andre stoffer enkeltvis udviste enten ikke en tilsvarende forhøjet risiko eller viste ikke signifikante resultater. F.eks. var den relative risiko ved påvirkning af hash ca. 1,5, men resultatet er ikke statistisk signifikant.

### 13.5 Færdselslov og politikontrol

Lovgrundlaget for sanktionering i forbindelse med kørsel under påvirkning af medicin og narkotika er beskrevet i Færdselslovens § 54 stk. 1: ”Et motordrevet køretøj må ikke føres eller forsøges ført af nogen, som på grund af sygdom, svækkelse, overanstrengelse, mangel på søvn, påvirkning af opstemmende eller bedøvende midler eller af lignende årsager befinder sig i en sådan tilstand, at han er ude af stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende måde”. Endvidere fremgår det af § 55 stk. 2, at politiet kan fremstille en fører til udtagelse af blod- eller urinprøve, hvis der er grund til at antage, at vedkommende har overtrådt § 54 stk. 1. Politiet kan desuden fremstille den pågældende til klinisk undersøgelse af en læge, hvis mistanken angår andre forhold end spirituspåvirkning, herunder påvirkning af euforiserende stoffer eller medicin.

Den kliniske lægeundersøgelse indeholder vurdering af både fysiologiske, motoriske og psykiske funktioner. Desuden vurderes koncentrationsevnen og en særlig øjenreaktion undersøges, og der anmodes om en skriftprøve, der efterfølgende sammenlignes med en skriftprøve, der bliver taget på et senere tidspunkt.

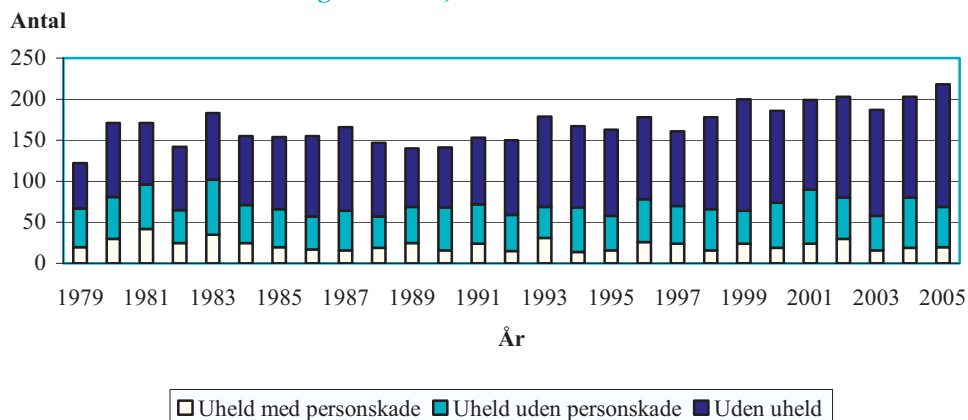
I praksis vil politiet i tilfælde af mistanke om spirituskørsel eller anden påvirkning først bede personen om en udåndingsprøve. Er denne negativ, og har politiet stadig mistanke om, at personens køreegenskaber er forringet, vil han blive fremstillet for en læge, der foretager den kliniske undersøgelse. Hvis føreren ved den kliniske undersøgelse skønnes at være påvirket i en sådan grad, at føreevnen ikke er til stede, udtages der tre blodprøver samt én urinprøve til retskemisk undersøgelse.

Hvis blodprøven viser en alkoholpromille over 0,8, begæres der normalt ikke yderligere retskemiske undersøgelser for også at kunne påvise mediciner og/eller illegale stoffer. Dette skyldes, at sanktionen i tilfælde af samtidig overtrædelse af bestemmelsen om spirituskørsel (§ 53) og kørsel under påvirkning af blandt andet euforiserende stoffer (§ 54 stk. 1) kun i ganske særlige tilfælde vil være strengere end hvis der udelukkende var tale om spirituskørsel. Desuden er det med den nuværende analysemetode meget kostbart at få en blodprøve analyseret for én eller flere andre substanser end alkohol.

I tilfælde hvor blodprøven derimod viser, at føreren under eller efter kørslen har haft en alkoholpromille i blodet på 0,8 eller derunder, og hvor føreren ved den kliniske undersøgelse er fundet påvirket, vil der derimod normalt blive begæret undersøgelse af blod- og urinprøve med henblik på at vurdere, om føreren har været påvirket af medicin eller euforiserende stoffer under eller efter kørslen.

Der er dog ikke mange sager om året om påvirkning af køreegenskaber som følge af andet end alkohol. Antallet af afgørelser, der involverer medicin og illegale stoffer, kan udtrækkes af afgørelsesregisteret og er vist i figur 13.5.1. I afgørelsesregisteret foreligger ingen oplysninger om de forskellige stoffer, der har været involveret.

**Figur 13.5.1. Afgørelser for overtrædelse af § 54 stk. 1 (medicin og illegale stoffer) for årene 1979-2005**



Som nævnt er blodprøveanalyserne både dyre og komplicerede. I flere lande arbejdes der dog i øjeblikket på at indføre bekræftelsesanalyser, der kan afdække en stribe af stoffer i én og samme analyse. I Norge og Storbritannien er der eksempler herpå, og det er planen, at en tilsvarende metode skal udvikles i Danmark i regi af et kommende stort forskningsprojekt under EU's 6. rammeprogram (DRUID – Driving under the Influence of Drugs), der er igangsat i efteråret 2006 med en varighed af 4 år.

### 13.6 Forebyggelse

De kvalitative interviews, der blev udført som en del af IMMORTAL- projektet, tyder på, at der savnes information både om illegale stoffers indflydelse på køreegenskaberne samt om virkningen af kombinationen af flere stoffer og/eller alkohol. Der synes også at være et stort behov for at se nærmere på førtidspensionister, der får ordineret medicin.

Information om trafikfarlig medicin er generelt sparsom i Danmark og begrænser sig til et piktogram (rød trekant) på trafikfarlig medicin samt oplysning i indlægssedlen om, at man skal være forsigtig ved bilkørsel. Således nævnes i tilknytning til "mærkningen" ikke hvilke koncentrationer, patienten skal være forsigtig med, og heller ikke i hvor mange timer efter indtagelse af medicinen. I projektet DRUID vil problemet med klassifikation af medicin samt lægers information til patienter blive undersøgt yderligere, ligesom dette også vil indgå i overvejelserne i en ekspertgruppe under EU's Direktorat for Transport og Energi samt i en arbejdsgruppe under International Council of Alcohol Drugs and Traffic Safety (ICADTS), [www.icadts.org](http://www.icadts.org)).

### 13.7 Afslutning

Tilstedeværelsen af alkohol, medicin og illegale stoffer i trafikken er farligt. Som det Hollandske projekt har vist, stiger uheldsrisikoen eksponentielt, når flere medikamenter blandes, og især når medicin og/eller illegale stoffer blandes med alkohol.

Blandt andet i Sverige og Finland begæres årligt langt flere analyser af blodprøver end i Danmark, blandt andet på grund af disse landes lovmæssige 0-grænse for illegale stoffer i trafikken I Danmark foreligger kun begrænset dokumentation af andelen af påvirkede trafikanter, samt viden om, hvilke stoffer eller kombinationer af stoffer, det drejer sig om.

Danmarks TransportForskning skal medvirke i det nævnte europæiske projekt DRUID. Projektet skal videreføre forskningen i IMMORTAL og bl.a. skaffe større viden om omfanget af trafikanter i Danmark der er påvirket af medicin og illegale stoffer samt undersøge uheldsrisikoen. Dette arbejde forventes også at give input til fastsættelse af grænseværdier for, hvilke koncentrationer af forskellige typer af medicin og illegale stoffer, der anses for trafikfarlige. Endelig skal der udvikles et system til klassifikation af medicin samt retningslinier til læger vedrørende information til patienter.

# Anneks

## Referenceliste

Assum T (Ed.), Houwing S, Mathijssen MPM, Buttress SC, Sexton B, Tunbridge RJ and Oliver J (2005). The prevalence of drug driving and relative risk estimations. A study conducted in The Netherlands, Norway and The United Kingdom. IMMORTAL Rapport D-R4.2. [www.immortal.or.at](http://www.immortal.or.at).

Behrendorff I (2001). Medicin og narkotika blandt bilister. Rapport 3/2001. Danmarks TransportForskning.

Bernhoft IM (2005). Drugs in accident involved drivers in Denmark. IMMORTAL Rapport D-R4.3, [www.immortal.or.at](http://www.immortal.or.at).

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

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

EMCDDA, Det europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (2005). Årsberetning over Narkotikasituationen i Europa 2005.

Drummer O. (2002). Involvement of Drugs in Accident causation. Paper presented at the 2nd Australasian Conference on Drug Strategy. Perth, West Australia.

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

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

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

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

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

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.

Kaa, E., Johansen M., Müller I.R., Rollmann, D. (2005). Narkotika på gadeplan 2004. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kaa, E., Johansen M., Müller I.R., Rollmann, D. (2006). Narkotika på gadeplan 2005. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

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

Kriminalforsorgen 2006, personlig meddelelse.

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

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

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

MULD 2003 (2005). Unge livsstil og dagligdag 2003. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

MULD 2004 (2005). Unge livsstil og dagligdag 2004. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

MULD (2006). Unge livsstil og dagligdag 2006. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse. upubliceret.

Petersen, H (2005). Mål, midler og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen i Københavns Kommune.

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

Rigspolitiet (2006). Narkotikastatistik 2006. Rigspolitiet, NEC (Nationalt Efterforskningsstøttecenter), København.

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

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

Socialministeriet (2003). Rapport om kulegravning af særlig støtteområdet for børn og unge.

Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet (2006). Nye veje til arbejde—Hjælp til sindslidende og andre udsatte grupper. Regeringen, København.

Socialministeriet, Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration, Beskæftigelsesministeriet, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006). Det fælles ansvar II—Regeringens 2. handlingsprogram for de svageste grupper. Regeringen, København.

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

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

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

Sundhedsstyrelsen (2006). Stofmisbrugere i behandling. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. November 2006.

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

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

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

Thiesen H & Schacke J. (2005). Evalueringsrapport for Sundhedsprojektet, Kontaktstedet ”Mændenes Hjem” og kontaktstedet ”Forchammesvej”. Københavns Kommune, Familie – og Arbejdsmarkedsforvaltningen.

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

## Hjemmesider

Brancheorganisationen Festival Danmark [www.festivaldanmark.dk](http://www.festivaldanmark.dk)

Forebyggelsesprojektet SMASH [www.smash.name](http://www.smash.name)

Dansk Registrerings- & Informationssystem, Center for Rusmiddelforskning  
[www.danris.dk](http://www.danris.dk)

International Council of Alcohol Drugs and Traffic Safety (ICADTS)  
[www.icadts.org](http://www.icadts.org)

Rigspolitiet [www.politi.dk](http://www.politi.dk)

Rådgivningen Unge og Sorg (tidligere Ungekontakten) [www.ungekontakten.dk](http://www.ungekontakten.dk)

Sundhedsstyrelsen [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

## Supplerende tabeller

**Tabel 2.2.3.1. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2006 (n=4440)**

|                         | Sidste måned | Sidste år<br>(sidste måned med-<br>regnet) | Nogensinde |
|-------------------------|--------------|--|------------|
| Amfetamin               | 0,4          | 1,3  | 9,9        |
| Kokain                  | 0,6          | 1,9  | 6,8        |
| Psilocybinsvampe        | 0,1          | 0,4  | 4,7        |
| Ecstasy                 | 0,1          | 0,5  | 3,3        |
| Lsd                     | 0,0          | 0,1  | 1,9        |
| Heroin                  | 0,1          | 0,2  | 0,7        |
| Andre stoffer*          | 0,1          | 0,2  | 1,2        |
| "hårde" stoffer i alt** | 1,1          | 2,7  | 13,5       |

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 2005.

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

**Tabel 2.2.3.2. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af illegale stoffer (prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste år) i 2000 og 2006**

|                                      | Sidste år<br><b>2000</b> | Sidste år<br><b>2006</b> |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hash                                 | 19,7                     | <b>20,5</b>              |
| Amfetamin                            | 5,7                      | <b>4,0</b>               |
| Kokain                               | 2,7                      | <b>3,3</b>               |
| Psilocybinsvampe                     | 2,1                      | <b>0,9</b>               |
| Ecstasy                              | 2,3                      | <b>1,5</b>               |
| Lsd                                  | 0,6                      | <b>0,6</b>               |
| Heroin                               | 0,2                      | <b>0,2</b>               |
| Andre stoffer*                       | 1,0                      | <b>0,7</b>               |
| "Andet illegalt stof end hash" i alt | 7,7                      | <b>5,3</b>               |

Kilde: Upublicerede tal fra undersøgelsen SUSY 2000 og SUSY 2006.

\*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      | 1994 | 271   | 227  | 44      |
| 1982 | 134   | 107  | 27      | 1995 | 274   | 226  | 48      |
| 1983 | 139   | 110  | 29      | 1996 | 266   | 220  | 46      |
| 1984 | 158   | 125  | 33      | 1997 | 275   | 225  | 50      |
| 1985 | 150   | 116  | 34      | 1998 | 250   | 210  | 40      |
| 1986 | 109   | 88   | 21      | 1999 | 239   | 201  | 38      |
| 1987 | 140   | 116  | 24      | 2000 | 247   | 197  | 50      |
| 1988 | 135   | 107  | 28      | 2001 | 258   | 211  | 47      |
| 1989 | 123   | 99   | 24      | 2002 | 252   | 216  | 36      |
| 1990 | 115   | 91   | 24      | 2003 | 245   | 197  | 48      |
| 1991 | 188   | 153  | 35      | 2004 | 275   | 211  | 63      |
| 1992 | 208   | 162  | 46      | 2005 | 276   | 234  | 41      |
| 1993 | 210   | 166  | 44      |      |       |      |         |

Kilde: Politiets narkotikastatistik 2006.

**Tabel 6.4.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt 1995-2005<sup>31</sup>**

|   | 1995        | 1996        | 1997        | 1998       | 1999       | 2000       | 2001        | 2002        | 2003        | 2004       | 2005       |
|---|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|
| Antal nypåviste hiv-positive i alt  | 304         | 269         | 273         | 213        | 287        | 260        | 319         | 292         | 270         | 305        | 265        |
| Antal nypåviste hiv-positive med intravenøst stofmisbrug (% af alle nypåviste)                  | 34<br>(11%) | 25<br>(9%)  | 30<br>(11%) | 14<br>(7%) | 26<br>(9%) | 20<br>(8%) | 31<br>(10%) | 31<br>(11%) | 24<br>(9%)  | 13<br>(4%) | 17<br>(6%) |
| Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde i alt   | 213         | 159         | 109         | 74         | 75         | 58         | 71          | 44          | 39          | 59         | 44         |
| Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnostiserede) | 28<br>(13%) | 18<br>(11%) | 11<br>(10%) | 4<br>(5%)  | 7<br>(9%)  | 7<br>(12%) | 10<br>(14%) | 4<br>(9%)   | 11<br>(28%) | 4<br>(7%)  | 4<br>(9%)  |

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut.

<sup>31</sup> Tallene som er opgjort for 2005, er pr. 19. juli 2006.

**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, 1995-2005**

|  | 1995     | 1996     | 1997     | 1998     | 1999     | 2000     | 2001     | 2002     | 2003    | 2004            | 2005           |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|-----------------|----------------|
| Antal hepatitis A i alt  | 103      | 107      | 115      | 86       | 88       | 81       | 61       | 84       | 70      | 241             | 50             |
| Antal hepatitis A med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede) | 1 (1%)   | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 1 (1%)   | 0       | 1 (<1%)         | 1 (<1%)        |
| Antal hepatitis B i alt*   | 112      | 100      | 101      | 94       | 57       | 63       | 49       | 62       | 36      | 43              | 27             |
| Antal hepatitis B med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede) | 39 (35%) | 35 (35%) | 30 (30%) | 24 (26%) | 13 (23%) | 20 (32%) | 12 (24%) | 12 (19%) | 7 (19%) | 9 (21%)         | 3 (11%)        |
| Antal hepatitis C i alt*   | 36       | 28       | 26       | 21       | 13       | 15       | 6        | 5        | 7       | 8/308*          | 1/294          |
| Antal hepatitis C med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede) | 27 (75%) | 20 (71%) | 20 (77%) | 12 (60%) | 11 (85%) | 9 (60%)  | 3 (38%)  | 1 (50%)  | 2 (29%) | 3/236 (37%/77%) | 0/214 (0%/73%) |

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2005-data, er opgørelsesdatoen 19.7.2006.

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

\*\* akutte/kroniske hepatitis C tilfælde.

**Tabel 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser 1993-2005**

|                  | 1993   | 1994   | 1995  | 1996   | 1997  | 1998   | 1999   | 2000   | 2001    | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   |
|------------------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Heroin</b>    |        |        |       |        |       |        |        |        |         |        |        |        |        |
| Kg               | 28,2   | 29,0   | 37,4  | 61,4   | 37,9  | 55,1   | 96,0   | 32,1   | 25,1    | 62,5   | 16,3   | 37,5   | 27,0   |
| Antal beslag     | 2.941  | 2.666  | 2.973 | 3.161  | 2.509 | 2.199  | 1.230  | 1.499  | 1.304   | 966    | 894    | 1041   | 1064   |
| <b>Kokain</b>    |        |        |       |        |       |        |        |        |         |        |        |        |        |
| Kg               | 11,1   | 29,9   | 110,1 | 32,0   | 58,0  | 44,1   | 24,2   | 35,9   | 25,6    | 14,2   | 104,0  | 32,3   | 57,0   |
| Antal beslag     | 228    | 417    | 569   | 659    | 723   | 885    | 744    | 780    | 815     | 881    | 1095   | 1207   | 1615   |
| <b>Amfetamin</b> |        |        |       |        |       |        |        |        |         |        |        |        |        |
| Kg               | 11,7   | 12,6   | 40,0  | 26,7   | 119,4 | 25,2   | 31,6   | 57,1   | 160,6   | 34,9   | 65,9   | 63,0   | 195,0  |
| Antal beslag     | 1.111  | 747    | 1.167 | 1.386  | 1.324 | 1.609  | 1.250  | 1.152  | 954     | 1.134  | 1.264  | 1.388  | 1573   |
| <b>Ecstasy</b>   |        |        |       |        |       |        |        |        |         |        |        |        |        |
| Stk.             |        |        | 2.115 | 15.261 | 5.803 | 27.039 | 26.117 | 21.608 | 150.080 | 25.738 | 62.475 | 38.096 | 44.195 |
| Antal beslag     |        |        | 9     | 84     | 110   | 143    | 197    | 444    | 331     | 340    | 322    | 1388   | 461    |
| <b>Lsd</b>       |        |        |       |        |       |        |        |        |         |        |        |        |        |
| Doser            |        |        | 1.282 | 262    | 381   | 105    | 83     | 1.108  | 156     | 38     | 22     | 483    | 1201   |
| Antal beslag     |        |        | 6     | 16     | 15    | 24     | 15     | 18     | 29      | 8      | 7      | 13     | 12     |
| <b>Hash</b>      |        |        |       |        |       |        |        |        |         |        |        |        |        |
| KG               | 1.273  | 10.665 | 2.414 | 1.772  | 467   | 1.572  | 14.021 | 2.914  | 1.763   | 2.635  | 3.829  | 1.758  | 14.062 |
| Antal Beslag     | 10.938 | 6.995  | 6.710 | 5.187  | 4.886 | 5.904  | 4.569  | 5.561  | 5.788   | 5.234  | 5.942  | 7.313  | 10.287 |

Kilde: Politiets Narkotikastatistik 2005.

**Tabel 10.3.2. Fordeling imellem stoftyper på brugerplan 1995-2005**

| År                                | 1995<br>n = 203 | 1996*<br>n = 212 | 1997*<br>n = 217 | 1998*<br>n = 208 | 1999*<br>n = 216 | 2000<br>n = 188 | 2001<br>n = 152 | 2002<br>n = 198 | 2003<br>n = 188 | 2004<br>n = 200 | 2005<br>n = 196 |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Heroin                            | 74%             | 57%              | 60%              | 56%              | 45%              | 44%             | 45%             | 40%             | 39%             | 33%             | 34%             |
| Amfetamin                         | 16%             | 23%              | 26%              | 17%              | 23%              | 17%             | 22%             | 24%             | 20%             | 29%             | 23%             |
| Kokain                            | 9%              | 14%              | 9%               | 23%              | 27%              | 24%             | 22%             | 30%             | 32%             | 34%             | 36%             |
| Ecstasy**                         | -               | 3%               | 1%               | <1%              | 3%               | 7%              | 9%              | 2%              | -               | -               | -               |
| Metamfetamin***                   | -               | -                | -                | -                | -                | -               | -               | -               | 4%              | 1%              | 5%              |
| Andet euforiserende/ stofblanding | -               | 1%               | 1%               | 1%               | 1%               | 5%              | 1%              | 3%              | 4%              | 3%              | 1%              |
| Ikke euforiserende                | >1%             | 2%               | 3%               | 1%               | <1%              | 3%              | 1%              | 2%              | 1%              | -               | 2%              |
| <b>I alt</b>                      | <b>100%</b>     | <b>100%</b>      | <b>100%</b>      | <b>100%</b>      | <b>100%</b>      | <b>100%</b>     | <b>100%</b>     | <b>100%</b>     | <b>100%</b>     | <b>100%</b>     | <b>100%</b>     |

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, Kaa et al. 2006

\*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.

**10.3.3. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid fra 1996 – 2005**

|              | 1996*<br>(n = 120) | 1997*<br>(n = 30) | 1998*<br>(n = 118) | 1999*<br>(n = 97) | 2000<br>(n = 82) | 2001<br>(n = 69) | 2002<br>(n = 80) | 2003<br>(n = 73) | 2004<br>(n = 66) | 2005<br>(n = 66) |
|--------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Heroinbase   | 70%                | 68%               | 72%                | 71%               | 61%              | 77%              | 76%              | 84%              | 77%              | 76%              |
| Heroinklorid | 30%                | 32%               | 28%                | 29%               | 39%              | 23%              | 24%              | 16%              | 23%              | 24%              |

Kilde: Kaa et al. 1997 alle år til Kaa et al. 2005.

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



## Tabelloversigt

Tabel 2.2.1. Den procentvise andel af kvinder og mænd i de forskellige aldersgrupper, der har brugt hash inden for sidste år i 1994, 2000 og 2005.

Tabel 2.2.2. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000 og 2005.

Tabel 2.2.3. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000 og 2005.

Tabel 2.2.3.1. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2006 (n=4440).

Tabel 2.2.3.2. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af illegale stoffer (prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste år) i 2000.

Tabel 2.2.4. 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 2005.

Tabel 2.2.5. Den procentvise andel i det aktuelle brug af kokain, amfetamin og ecstasy blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år i 2000 og 2005.

Tabel 2.3.1. De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler, 2000-2004.

Tabel 4.2.1. Skøn over antal stofmisbruger i Danmark 1996-2005.

Tabel 4.3.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2005.

Tabel 4.3.2. Klienter indskrevet i behandling i året, og som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere.

Tabel 4.3.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2005 med kendt hovedstof (i procent).

Tabel 5.5.1. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling de fire halvår 2004-2005.

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

Figur 6.2.1. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på køn, 1985-2005.

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

Tabel 6.3.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2005.

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

Tabel 6.4.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt 1995-2005.

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, 1995-2005.

Tabel 6.5.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1996-2005.

Tabel 6.5.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1996-2005.

Tabel 8.3.1. Narkotikakriminalitet 1995-2005. Sigtelser og antal sigtede personer.

Tabel 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser 1993-2005.

Tabel 10.3.2. Fordeling imellem stoftyper på brugerplan 1995-2005.

Tabel 10.3.3. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid fra 1996 – 2005.

Tabel 10.3.4. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1995-2005 (Median af aktivt stof).

Tabel 11.2.1. De procentvise andele af unge der havde erfaring med illegale rusmidler, inden de blev 15 år, fordelt på køn. 95% sikkerhedsinterval om livstidsprævalensen. ESPAD 2003.

Tabel 11.2.2. Den procentvise andel af unge, der har haft erfaring med mindst én af de 13 illegale rusmidler, inden de blev 15 år. Fordelt på køn. 95 % sikkerhedsinterval om den fælles hyppigheder.

Tabel 12.2.1. Den procentvise andel i forbruget af kokain i 2000 og i 2005 blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år og 25-34 år.

## Figuroversigt

Figur 4.4.1. Personer i længerevarende metadonbehandling (mere end 5 måneder) 1985-2004.

Figur 6.2.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1991-2001.

Figur 11.1. Alder ved hashdebut for 410 unge der var debuteret inden de blev 15 år, % for hvert år og kumulerede %.

Figur 11.2. Alder for sniffedebut blandt 132 unge der sniffede første gang inden de blev 15 år. % for hvert år og kumulerede, %.

Figur 11.3. Den alder 85 unge havde første gang de tog nerve-sovemedicin. % for hvert år og kumulerede %.

Figur 12.3.1 Personer registreret med stofrelateret hoveddiagnose og bidiagnose på psykiatriske hospitaler, relateret til kokain, fra 1996-2004.

Figur 12.3.2. Personer registreret med stofrelateret hoveddiagnose og bidiagnose på psykiatriske hospitaler, relateret til blandingsbrug, fra 1996 til 2004.

Figur 13.3.1. Førere i personskadeuheld, der er påvirkede af medicin (1976-1982) samt medicin og andre stoffer (1983-2004).

Figur 13.4.1. Relativ risiko for færdselsuheld for påvirkede førere.

Figur 13.5.1. Afgørelser for overtrædelse af § 54 stk. 1 (medicin og illegale stoffer) for årene 1979-2005.

## 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.

### “Sundhed og Sygelighed i Danmark 2006 – og udviklingen siden 1987” Statens Institut for Folkesundhed (SIF) 2006 (Notat af Nils Kr. Rasmussen og Ola Ekholm, sept 2006)

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

### “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**

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

**“Monitorering af unges livsstil og dagligdag 2003” (MULD 2003), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse**

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

**“Monitorering af unges livsstil og dagligdag 2004” (MULD 2004), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse**

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

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

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

**“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. classes 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.

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

Rapporten tager udgangspunkt i alene den danske del af ESPAD-undersøgelsen gennemført i 2003. I rapporten var stikprøven udvidet i forhold til ESPAD 2003, så den omfattede elever i 9.klasse. Således blev medtaget foruden de 15-16-årige også de 14- og 17-årige, som 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](http://www.sst.dk)

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