

FOCAL  
POINT

# NARKOTIKASITUATIONEN I DANMARK

2010

## **Narkotikasituationen i Danmark 2010**

Center for Forebyggelse  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Sprog: Dansk

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

Version: 1,0  
Versionsdato: 20101110

ISBN, elektronisk: 978-87-7104-117-0  
ISBN, trykt version: 978-87-7104-118-7

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

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, november 2010

Tryk: Bording A/S

Oplag: 500 eksemplarer

Publikationen kan bestilles hos Sundhedsstyrelsens Publikationer  
c/o Rosendahls-Schultz Distribution.  
Tlf. 7026 2636, e-mail [sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk](mailto:sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk)

Pris: Publikationen er gratis, dog betales porto og ekspeditionsgebyr

 **Sundhedsstyrelsen**

## Forord

Denne årsrapport om narkotikasituationen i Danmark er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, det danske "Focal Point". Rapporten er udarbejdet i efteråret 2010 til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug (EMCDDA). Rapporten findes både i en dansk og en engelsk udgave og er udarbejdet efter EMCDDA's retningslinier.

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

Specialkonsulent Kari Grasaasen har haft det koordinerende ansvar for rapportens tilblivelse og har udarbejdet de epidemiologiske kapitler i rapporten. Akademisk medarbejder Marie Asserhøj har udarbejdet kapitlet om forebyggelse, og afdelingslæge Helle Petersen har udarbejdet kapitlet om de sundhedsfaglige indsatser i relation til stofmisbrug samt temakapitel om guidelines for behandling. Hanna Freya og Iben Nordentoft har udarbejdet temakapitlet om finansiering af stofbehandling. Øvrige dele i rapporten er udarbejdet ved hjælp af bidrag fra forskellige enheder i Sundhedsstyrelsen, ikke mindst fra Sundhedsdokumentation ved specialkonsulent Claudia Raneries, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Justitsministeriet samt øvrige samarbejdspartnere.

Sundhedsstyrelsen har udpeget et læsepanel, der har bidraget med kommentarer og konstruktiv kritik. Læsepanelet består af lægefaglig konsulent Henrik Sælan, socialoverlæge Peter Ege, lektor Mads Uffe Pedersen, Leder SSP og forebyggelse, Steen Møller Bach, samt specialkonsulent Anne-Marie Sindballe. Opsætning og korrektur er foretaget af Birgitte Neumann, Sundhedsstyrelsen.

November 2010

Else Smith  
Kst. direktør

# Indhold

<b>Sammenfatning</b>	<b>6</b>
<b>1 National narkotikapolitik</b>	<b>9</b>
1.1 Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol	10
1.2 Nationale strategier på narkotikaområdet	11
1.3 Økonomi og finansieringsordninger	12
<b>2 Udbredelsen af de illegale stoffer</b>	<b>13</b>
2.1 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen	13
2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge	17
<b>3 Forebyggelse</b>	<b>21</b>
3.1 Selektiv og indikeret forebyggelse	22
3.2 Nationale og lokale mediekampagner	25
<b>4 Stofmisbrug</b>	<b>28</b>
4.1 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark	28
4.2 Omfanget af misbrug blandt hjemløse	29
4.3 Omfanget af injektionsmisbrug	29
<b>5 Behandling af stofmisbrug</b>	<b>31</b>
5.1 Behandlingssystemet – strategi, politik og organisering	31
5.2 Stofmisbrugere indskrevet i behandling	33
5.3 Stofmisbrugere i døgnbehandling	38
5.4 Øvrige tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen	40
<b>6 Sundhedsrelaterede konsekvenser som følge af stofmisbrug</b>	<b>43</b>
6.1 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere	43
6.2 Forgiftninger med illegale stoffer	48
6.3 Narkotikarelaterede infektionssygdomme	50
6.4 Stofmisbrugere i psykiatrisk behandling	51
<b>7 Sundhedsmæssige indsatser</b>	<b>54</b>
7.1 Forebyggelse af sygelighed blandt stofmisbrugere	54
7.2 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald, infektionssygdomme og psykisk sygdom	55
<b>4 Narkotikasituationen i Danmark 2010</b>	

7.3	Forebyggelse og behandling af infektionssygdomme	55
7.4	Behandling med injicerbar heroin	56
7.5	Øvrige sundhedsfaglige tilbud	60
<b>8</b>	<b>Sociale sammenhænge og social reintegration</b>	<b>65</b>
8.1	Social eksklusion og stofmisbrug	65
8.2	Social reintegration	66
<b>9</b>	<b>Narkotikakriminalitet og interventioner og forebyggelse i fængslet</b>	<b>70</b>
9.1	Narkotikakriminalitet	70
9.2	Forebyggelse og behandling af narkotikaproblemer i fængslerne	71
9.3	Stofmisbrug i fængsler	73
<b>10</b>	<b>Narkotikamarkedet</b>	<b>75</b>
10.1	Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel	75
10.2	Beslaglæggelse af stofferne	75
10.3	Renhed, stofkoncentration og priser	76
<b>11</b>	<b>Nationale retningslinjer for behandling af stofmisbrug</b>	<b>81</b>
11.1	Fra divergens til ensartethed	81
11.2	Vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrug	82
11.3	Vejledningens tilvejebringelse og opfølgning	83
<b>12</b>	<b>Finansiering af stofmisbrugsbehandlingen i Danmark</b>	<b>84</b>
12.1	Organiseringen af stofmisbrugsbehandlingen	84
12.2	Finansieringen	85
<b>Anneks</b>		<b>87</b>
	Referenceliste	87
	Hjemmesider	92
	De anvendte undersøgelser	93
	Tabeloversigt	98
	Figuroversigt	100
	Supplerende tabeller	101

# Sammenfatning

## Den aktuelle narkotikasituation i Danmark

Sundhedsstyrelsen har i 2010 foretaget et nyt skøn over antal stofmisbrugere i Danmark. Skønnet viser, at antallet af stofmisbrugere i Danmark er 33.000, hvoraf 11.000 alene er hashmisbrugere. Sammenlignet med tidligere år er der tale om en stigning i antal stofmisbrugere i Danmark. I 2006 blev antal stofmisbrugere skønnet til 28.000, heraf var knap 8000 alene hashmisbrugere. Stigningen i det skønnede antal stofmisbrugere domineres således af en stigning i det skønnede antal hashmisbrugere fra knap 8.000 i 2005 til 11.000 i 2009. Opgørelsen omfatter ikke det eksperimenterende stofforbrug men estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af stoffer, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Stofafhængige er således medtaget i skønnet, herunder også stofafhængige i substitutionsbehandling. Aktuelt skønnes 13.000 stofmisbrugere at injicere stofferne. Injektionsmisbrugere har en særlig risiko for at udvikle alvorlige skader og sygdomme.

Siden år 2000 har landsdækkende befolkningsundersøgelser vist et generelt stabilt niveau for det eksperimenterende brug af både hash og andre illegale stoffer. Kurven knækkede fra år 2000 efter markante stigninger i brugen af illegale stoffer op igennem slut-halvfemserne. I en ny befolkningsundersøgelse fra 2010 ses nu en faldende tendens i brugen af stofferne – især i aldersgruppen under 25 år. Den faldende tendens ses for alle stoffer, også for stoffet kokain, der ellers fik en øget udbredelse op igennem nullerne. Hash er stadig det mest udbredte stof. Langt færre har brugt amfetamin og kokain, mens endnu færre har brugt psilocybinsvampe og ecstasy.

Der registreres omkring 1100 – 1600 skadestuebesøg årligt, hvor forgiftninger med illegale stoffer er årsagen til henvendelsen. Det må antages, at der er tale om en minimumsopgørelse. Antallet af registrerede forgiftninger som følge af stoffer topper i 2009 med 1.662 skadestuebesøg. Blandt de yngre ses typisk forgiftninger med hash og centralstimulerende stoffer, mens forgiftninger med opioider og blandinger med flere stoffer samtidig hyppigst forekommer blandt de ældre.

Oplysninger om de psykiatriske indlæggelser peger på, at stofdiagnoser blandt patienter, der indlægges, optræder stadig hyppigere. I 2009 er 5.500 personer registreret med en egentlig dobbeltdiagnose, hvor altså psykisk lidelse og stofmisbrug følges ad. Blandingsbrug er dominerende i dobbeltdiagnoseproblematikken. Ses der på enkeltstoffer, er hash det dominerende stof. Antallet af personer, der indlægges til psykiatrisk behandling med en stofrelateret bidiagnose, og hvor der er tale om hashmisbrug, er godt 1600 i 2009, og antallet er op mod tredoblet over de seneste 10 år. Også centralstimulerende stoffer er i stigende omfang medvirkende årsag til de psykiatriske indlæggelser i disse år.

Blandt andre sundhedsmæssige konsekvenser af stofmisbrug skal nævnes den forhøjede dødelighed. Stofmisbrugere har en stærkt forhøjet dødelighed generelt på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis, og stofmisbrugere, der er løsladt fra fængslerne, har en særlig høj dødelighed kort tid efter løsladelsen pga. forgiftninger. Efter nogle år med fald i de registrerede narkotikarelaterede dødsfald ses der fra 2008 til 2009 en stigning fra 239 til 276 narkotikarelaterede dødsfald. Blandt andet som

følge af stigningen har Sundhedsstyrelsen for nylig igangsat en undersøgelse, der vil kortlægge dødsårsagsmønstrene yderligere. De fleste narkotikarelaterede dødsfald skyldes forgiftninger, mens de øvrige dødsfald sker som følge af vold, ulykker, selvmord og sygdomme. Nærmere analyser af de narkotikarelaterede dødsfald dokumenterer, at der er tale om et udbredt blandingsbrug, blandt dem der dør. Mellem tre og fire stoffer i gennemsnit konstateres i den afdødes blod ved hvert narkotikarelateret dødsfald.

Endelig ses konsekvenserne af stofmisbrug også i opgørelser over stofmisbrugere, der indskrives i behandling. I de senere år er sket stigninger i antallet af indskrivninger, og i 2009 var knap 14.000 i stofmisbrugsbehandling i Danmark.

Data fra alle år viser, at det især er de unge, der udgør nytilgangen til behandlingen, og deres misbrugsproblem er typisk hash og/eller centralstimulerende stoffer. I 2009 havde mere end 2/3 (70 %) af de unge mellem 18 og 24 år i behandlingen hash som hovedmisbrugsstof, mens 12 % og 5 % af de unge var i behandling for henholdsvis amfetamin og kokain som hovedmisbrugsstof. Udover det stigende brug af de illegale stoffer op igennem 90'erne må det antages, at den øgede behandlingskapacitet, behandlingsgarantien samt de bedre og mere målrettede behandlingstilbud har medvirket til den dokumenterede stigning i tilgangen til stofmisbrugsbehandling.

### **Nye udviklingstendenser inden for forebyggelse, behandling og skadereducerende tiltag**

I de seneste år er set flere forebyggelsesinitiativer samt behandlingsmæssige og skadereducerende tiltag i Danmark. Disse initiativer skal både dæmme op for udvikling af brugen af stoffer og begrænse de skader, et misbrug af stoffer kan medføre.

Narkotikaforebyggelsen i kommunerne foregår ofte i det tværsektorielle samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi (SSP). Den enkelte kommune kan iværksætte universel, selektiv og indikeret forebyggelse i blandt andet skoler, gennem kommunale fritidstilbud, i samarbejde med foreninger, restauranter, barer og diskoteker samt i særlige udsatte boligmiljøer.

Sundhedsstyrelsens narkotikaforebyggende indsats har blandt andet fokuseret på festmiljøer som risikoarena. Flere eksempler på det er projekter om "Ansvarlig udskænkning", samt kampagnerne "Against Drugs" og "Unge og Alkohol". På kampagnerne er brancheorganisationerne Festival danmark og Spillesteder.dk afsender. På den måde signaleres der fra arrangørernes side en holdning mod stoffer. Gennem disse projekter og kampagner arbejdes der med at skabe et trygt natteliv, nedsætte vold og skader og fremme overholdelsen af aldersgrænserne for udskænkning af alkohol.

"Unge Misbrug" er et landsdækkende videnscenter forankret i Servicestyrelsens Udsatteenhed. Centeret tilbyder kommuner og deres fagpersoner rådgivning i forhold til deres arbejde med unge med rusmiddelproblemer. Formålet med videnscentret er at klæde fagpersoner på til at kunne arbejde helhedsorienteret med udgangspunkt i de unges problemer. "Unge Misbrug" har fokus på opsporing af unge, der har et problematisk forbrug af rusmidler samt til indsatser rettet mod at afhjælpe unges rusmiddelproblemer gennem en helhedsorienteret indsats. Centret retter sig primært mod kommunale fagpersoner, der møder de unge gennem deres daglige arbejde.

I forbindelse med de senere års aftaler mellem regeringen og partierne bag den årlige fordeling af visse midler på det sociale område (satspuljeaftaler) er der taget en række forebyggelses- og behandlingsmæssige samt skadereducerende initiativer. Blandt andet er der afsat midler til indførelse af målrettede sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere samt midler til initiativer rettet mod særlige udsatte grupper, herunder hjemløse stofmisbrugere på væresteder og gravide stofmisbrugere på regionale familieambulatorier.

Der foregår i disse år en kvalitetsudvikling af den lægelige behandling af stofmisbrugere. Dels arbejdes der med at sikre en ensartet kvalitet i behandlingen, og herudover er der som noget nyt i Danmark i 2010 indført en ordning med lægeordineret heroin. Ordningen retter sig mod stofmisbrugere, der trods en længerevarende substitutionsbehandling allerede har eller er truet af alvorlige helbredsmæssige komplikationer. Der forventes at imødekomme ca. 300 stofmisbrugeres behandlingsbehov.

### **Nye stoffer og ny lovgivning**

Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet overvåger misbrugsstoffer på det illegale marked i samarbejde med de tre retskemiske institutter i Danmark. Formålet hermed er blandt andet, at kontrolforanstaltninger og forbud kan iværksættes, når nye misbrugsstoffer dukker op.

Fra slutningen af 2009 og frem til efteråret 2010 er en række nye misbrugsstoffer dukket op i Danmark og, efter indstillinger fra Sundhedsstyrelsen, blevet forbudte. Det gælder stofferne 2-aminoindan, AMT, DPT og MDPPP, metamfepramon, flouramfetamin (alle isomererne o-, m- og p- flouramfetamin), Tapentadol INN samt en række syntetiske cannabinoider.

### **Temakapitler**

Temakapitlet om finansiering af stofmisbrugsbehandling beskriver, hvordan den danske stofmisbrugsbehandling overordnet finansieres af det offentlige. Temakapitlet om retningslinjer for behandling omhandler en beskrivelse af udviklingen af nationale retningslinjer for stofmisbrugsbehandlingen i Danmark.



# 1 National narkotikapolitik

Narkotikapolitikken er bygget på fire grundpiller – forebyggelse, behandling, skadesreduktion og kontrol. Et konsekvent forbud og en effektiv kontrolindsats kan ikke stå alene. Der er også brug for en målrettet og vedholdende indsats for at forebygge, sætte tidligt ind, behandle og begrænse skader. Der er behov for både at begrænse udbuddet af og efterspørgslen efter stoffer.

I forhold til en kompromisløs kamp mod narkotika og et ønske om et samfund fri for stofmisbrug kan de eksisterende skadesreducerende tiltag fremstå som modsætningsfyldte. I virkeligheden er der tale om pragmatiske og fornuftige tiltag, der sættes i værk af hensyn til de svageste stofmisbrugere og af hensyn til samfundet. Skadesreduktion vil derfor fortsat være en grundpille i narkotikapolitikken i Danmark.

Narkotikapolitikken hviler på forbuddet mod enhver ikke-medicinsk og ikke-videnskabelig brug af narkotika, og regeringen afviser ethvert forslag om legalisering af brug af narkotika til andet end medicinske og videnskabelige formål.

Regeringen er derfor imod forslag om at legalisere hash. Brug af hash er forbundet med en lang række skadevirkninger, og det er især børn og unge samt udsatte voksne, der er sårbare i forhold til skadevirkningerne.

Regeringen ønsker ikke, at der etableres offentlige fixerum i Danmark og står fast på sin afvisning heraf. Det er regeringens opfattelse, at det vil være at gå for vidt at tillade stofmisbrugere at besidde og bruge stoffer på bestemte lokaliteter. Fixerum falder uden for regeringens opfattelse af skadesreduktion.

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

På centralt plan koordinerer 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.

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

lettere at koordinere den sociale og lægelige indsats på stofmisbrugsområdet. Kommunerne bistås i opgavevaretagelsen af de centrale myndigheder med bl.a. overvågning, overordnede retningslinjer, dokumentation, vidensformidling mv.

## 1.1 Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol

Der er i 2010 vedtaget følgende love på narkotikaområdet:

- Lov nr. 629 af 11. juni 2010 om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og sundhedsloven samt ophævelse af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. Med loven, som trådte i kraft den 1. juli 2010, er der sket en forenkling af reglerne for godkendelse for private botilbud, så kommunalbestyrelsens godkendelse af visse typer af private botilbud til f.eks. stofmisbrugere og optagelse af de samme tilbud på Tilbudsportalen slås sammen i én arbejdsangang, uden at der slækkes på kommunernes forpligtelser i relation til at sikre kvaliteten og indholdet i de private tilbud.

I 2010 er følgende narkotiske stoffer undergivet kontrol:

- Med bekendtgørelse nr. 190 af 26. februar 2010 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne 2-aminoindan, AMT, DPT, MDPPP og metamfepramon samt CP 47, 497-C6; CP 47, 497-C7; CP 47, 497-C8 og CP 47, 497-C9, HU-210, JWH-018, JWH-073, JWH-200, JWH-250 og JWH-398, som alle er syntetiske cannabinoider, kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 4. marts 2010.
- Med bekendtgørelse nr. 610 af 4. juni 2010 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stoffet flouramfetamin (alle isomererne o-, m- og p-flouramfetamin) kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 9. juni 2010.
- Med bekendtgørelse nr. 1033 af 26. august 2010 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stoffet Tapentadol INN kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 2. september 2010.

I folketingsåret 2009-2010 har medlemmer af oppositionen fremsat følgende forslag til folketingsbeslutninger:

- Forslag til folketingsbeslutning nr. B 35 om forsøg med kontrolleret salg af hash. Forslaget kom ikke til 2. behandling og dermed til afstemning, men ved 1. behandlingen tegnede sig et flertal imod.
- Forslag til folketingsbeslutning nr. B 52 om etablering af behandlingstilbud til steroidmisbrugere. Forslaget kom ikke til 2. behandling og dermed til afstemning, men ved 1. behandlingen tegnede sig et flertal imod.
- Forslag til folketingsbeslutning nr. B 210 om skærpelse af straffen for indsmugling af khat, således at straffen kommer på niveau med straffen for tilsvarende lovbrud i Sverige. Under 1. behandlingen af beslutningsforslaget blev det oplyst,

at Justitsministeriet allerede inden beslutningsforslagets fremsættelse havde anmodet Rigsadvokaten og Rigspolitiet om bidrag til en undersøgelse af, om der er grundlag for at skærpe straffen for indførsel, salg og besiddelse af khat. Regeringen afviste beslutningsforslaget under henvisning til, at en stillingtagen til, om straffene på området skal skærpes, bør afvente ovennævnte undersøgelse. Forslaget kom ikke til 2. behandling og dermed til afstemning, men ved 1. behandlingen tegnede sig et flertal imod.

- Beslutningsforslag nr. B 71 om etablering af sundhedsrum for stofmisbrugere som et led i den skadereducerende og behandlingsmæssige indsats på narkotikaområdet. Forslaget blev afvist af et flertal ved 2. behandlingen.

## 1.2 Nationale strategier på narkotikaområdet

Til trods for både flere og bedre tilbud til stofmisbrugerne står samfundet fortsat over for store udfordringer på narkotikaområdet. Der er i de senere år set en nedgang i de stofmisbrugere, der søger behandling på grund af misbrug af heroin, samtidig med at flere og flere søger behandling for misbrug af hash og kokain. Forskydningen formodes at afspejle en ændring af stofmisbrugsmønstret i Danmark. I dag er flere end tidligere afhængige af hash og kokain, mens færre er afhængige af heroin. Det stiller nye krav til indsatsen.

Således har regeringen med en ny narkotikahandlingsplan ”Kampen mod narko II” fra oktober 2010 forstærket indsatsen og iværksat 19 konkrete og nye initiativer inden for hver af narkotikapolitikens fire grundpiller: Forebyggelse, behandling, skadesreduktion og kontrol. Med handlingsplanen følges samtidig op på en redegørelse, som et særligt ekspertpanel om kokainmisbrug afleverede til indenrigs- og sundhedsministeren i maj 2010.

Handlingsplanen er bl.a. fulgt op med indgåelsen af satspuljeaftalen for 2011, hvor der blev afsat i alt 71,9 mio. kr. til initiativer, som spænder over forebyggelse, behandling og skadesreduktion. Herudover er en række af initiativerne i handlingsplanen finansieret med 48,5 mio. kr. fra Socialministeriets Narkopulje.

Handlingsplanen ”Kampen mod narko II” er det seneste skridt i en lang udvikling for at forstærke indsatsen over for narkotikamisbruget. Med regeringsgrundlaget fra november 2001 blev det således besluttet at forstærke det fælles ansvar for samfundets svageste. Beslutningen er siden fulgt op med generelle initiativer som f.eks. indgåelsen af en række satspuljeaftaler, udarbejdelsen af handlingsprogrammerne ”Det fælles ansvar I” og ”Det fælles ansvar II” samt nedsættelsen af Rådet for Socialt Udsatte. Med det supplerende regeringsgrundlag fra august 2003 blev der lagt op til en yderligere udbygning af indsatsen, som kom til udtryk i handlingsplanen ”Kampen mod narko”, som blev fremlagt af regeringen i oktober 2003. Handlingsplanen er bl.a. blevet fulgt op af satspuljeaftaler fra 2004, 2006, 2008 og 2009, som indeholder en lang række konkrete initiativer, der alle har taget sigte på at begrænse narkotikamisbruget og de skader, som følger med misbruget.

Narkotikahandlingsplanen såvel som de konkrete initiativer, der er taget gennem de seneste mange år, bliver løbende monitoreret og evalueret med henblik på fornødne justeringer af den nationale narkotikapolitik.

### 1.3 Økonomi og finansieringsordninger

Med sigte på en styrkelse af indsatsen på narkotikaområdet indgik regeringen satspuljeaftalen for 2004. Der blev med aftalen afsat 145 mio. kr. over årene 2004-2007 til konkrete initiativer på narkotikaområdet. For at give indsatsen endnu et løft indgik regeringen satspuljeaftalen for 2006. Med denne aftale blev der afsat en kvart milliard kr. over årene 2006-2009 til yderligere konkrete initiativer på narkotikaområdet. For yderligere at intensivere behandlingsindsatsen blev der med satspuljeaftalerne for 2008 og 2009 afsat 122 mio. kr. til iværksættelsen af nye konkrete initiativer. Finansieringen af de fleste af initiativerne i aftalerne er permanent, hvilket betyder, at initiativerne rækker ud over aftaleperioden.

Øvrige oplysninger om de flerårige statslige finanslovbevillinger og puljemidler fremgår af tidligere års rapporter. Om nye statslige bevillinger kan oplyses:

- Med satspuljen for 2010 blev der afsat yderligere 1,4 mio. kr. årligt til finansieringen af ordningen med lægeordineret heroin.
- Med satspuljen for 2010 er der afsat 6,0 mio. kr. i 2010 og 5,0 mio. kr. i årene 2011-2012 til anonym behandling af stofmisbrugere.
- Med satspuljen for 2010 er der afsat 5,0 mio. kr. i årene 2010-2013 til tilbud til stofmisbrugende prostituerede.
- Med satspuljen for 2010 er der afsat 16,0 mio. kr. i 2010 og 10,0 mio. kr. i 2011 og frem til styrkelse af behandlingsgarantien i fængslerne.

Som opfølgning på handlingsplanen "Kampen mod narko II" er følgende midler afsat:

- Med satspuljen for 2011 er der afsat 19,0 mio. kr. i 2011 til et modelkommuneprojekt om unge og narko.
- Med satspuljeaftalen for 2011 er der afsat 1,0 mio. kr. i 2011 til en kvalitetssikring af den sundhedsfaglige kokainbehandling.
- Med satspuljeaftalen for 2011 er der afsat 25,5 mio. kr. over årene 2011-2014 til forsøg med sundhedsrum.
- Med satspuljeaftalen for 2011 er der afsat 26,4 mio. kr. over årene 2011-2014 til yderligere misbrugsbehandling af indsatte.
- Fra Socialministeriets Narkopulje er der afsat i alt 48,5 mio. kr. til initiativer på det sociale område.

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

For så vidt angår stofmisbrugsbehandlingen i fængslerne er der de seneste år sket en væsentlig opprioritering. Budgettallet for 2001 var således på 6,2 mio. kr., mens det tilsvarende budgettal i 2009 er på 78,4 mio. kr.

For så vidt angår de kommunale udgifter viser regnskaber og budgetter en kraftig stigning siden 1995 i de afsatte midler til social stofmisbrugsbehandling. Regnskabstallet for 2009 var således på 909,6 mio. kr., mens det tilsvarende regnskabstal for 1995 var på 276,6 mio. kr. Kommunernes udgifter til forebyggelse af narkotikamisbrug og den lægelige stofmisbrugsbehandling kan ikke særskilt uddrages af de kommunale regnskaber og budgetter.

## 2 Udbredelsen af de illegale stoffer

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. 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 som ryger hash. Ligeledes ses en signifikant samvariation mellem at have brugt hash og have brugt et eller flere andre illegale stoffer.

Resultater fra surveyundersøgelser i befolkningen viser, at det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer i Danmark ligger på et historisk højt niveau, men med faldende tendens de seneste par år.

En ny befolkningsundersøgelse fra 2010 viser, at lidt under halvdelen (45 %) af de unge voksne under 35 år har eksperimenteret med hash nogensinde, og 14 % i samme aldersgruppe har nogensinde prøvet andre illegale stoffer end hash. Blandt de unge under 25 år, har 38 % nogensinde eksperimenteret med hash, og 11 % har nogensinde prøvet andre illegale stoffer end hash.

Ser man på udbredelsen af stofferne enkeltvis, ses i 2010 sammenlignet med i 2008 en faldende tendens i det aktuelle brug af kokain og i brugen af de andre centralstimulerende stoffer, amfetamin og ecstasy. Denne positive tendens ses især i aldersgruppen under 25 år.

De forskellige undersøgelser, der henvises til i foreliggende kapitler, og som beskriver udviklingen af det eksperimenterende brug af illegale stoffer blandt den voksne befolkning (SUSY<sup>1</sup> og AiD<sup>2</sup>), de yngre voksne (MULD<sup>3</sup>) samt de helt unge (ESPAD<sup>4</sup>), er med hensyn til datagrundlaget og metoderne beskrevet bagerst i rapporten.

### 2.1 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen

De resultater, der gengives her, er baseret på landsdækkende befolkningsundersøgelser af det selvrapporterede forbrug af illegale stoffer fra 1994, 2000, 2005, 2008 og i 2010. Samtlige undersøgelser er foretaget af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. De medtagne analyser af udbredelsen er baseret på aldersgruppen 16-44 år. Hos personer over 44 år ses kun en meget begrænset udbredelse, hvorfor de over 44-årige ikke er medtaget her.

---

1 SUSY står for: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse.

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

3 MULD står for: Monitorering af Unges livsstil og Dagligdag.

4 ESPAD står for: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

## Udbredelsen af hash

Resultater fra befolkningsundersøgelser blandt de 16-44-årige gennemført i årene 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010 viser stigninger i det eksperimenterende brug af hash op til 2000. Herefter ses en stagnation. Ser man på det aktuelle brug (brugt hash inden for det seneste år), oplyser 9 % af de 16-44-årige både i 2008 og i 2010 at have brugt hash inden for sidste år. Dette gjaldt for 7 %, 10 % og 8 % i henholdsvis 1994, 2000, og 2005. Det aktuelle brug af hash er blandt både mænd og kvinder størst i de yngre aldersgrupper (16 – 24 år) og aftager herefter med stigende alder (tabel 2.1.1 i annekset).

Tabel 2.1.2. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010

Brugt hash	1994 (n=2.521)	2000 (n=6.878)	2005 (n=4.440)	2008 (n=2.219)	2010 (n=5.748)
Sidste måned	2,4	4,3	4,0	3,5	3,5
Sidste år (sidste måned medregnet)	7,4	9,8	8,4	9,1	8,9
Nogensinde (sidste år medregnet)	37,2	42,4	46,1	45,1	41,5

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD i 2008 og SUSY 2010

Som ovenstående tabel viser, er det aktuelle brug af hash stagneret fra 2000 til 2010 (brugt hash inden for sidste år). Selvom der ses et fald fra 2005 til 2010 i andelen, der nogensinde har prøvet hash, kan resultaterne tages som udtryk for, at udviklingen er stabil, idet ”aktuelt brug” vurderes som det mest pålidelige mål for udbredelsen.

## Udbredelsen af andre illegale stoffer

For de øvrige illegale stoffer taget under ét ses en tilsvarende udvikling; et stigende eksperimenterende brug blandt de 16-44-årige fra 1994 til 2000, afløst af en stagnation fra 2000 til i dag. 2 % af de 16-44-årige oplyser i 2010 at have et aktuelt brug af andre illegale stoffer end hash (brugt inden for det seneste år).

Tabel 2.1.3. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010

Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash	1994 (n=2.521)	2000 (n=6.878)	2005 (n=4.440)	2008 (n=2.219)	2010 (n=5.704)
Sidste måned	0,2	1,2	1,1	1,1	0,9
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,5	3,4	2,7	3,6	2,4
Nogensinde	4,4	11,3	13,5	13,4	12,5

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008 og SUSY 2010

## Udbredelsen af illegale stoffer blandt de unge voksne

I nedenstående er der fokuseret på udbredelsen af de illegale stoffer blandt de ”unge voksne” under 35 år. Det er i denne aldersgruppe, hvor udbredelsen af illegale stoffer er størst (og især blandt de unge under 25 år).

**Tabel 2.1.4. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010**

	1994 (n=1.639)	2000 (n=4.098)	2005 (n=2.502)	2008 (n=1.718)	2010 (n=3.323)
Sidste måned	2,7	5,7	5,9	4,8	5,1
Sidste år (sidste måned medregnet)	9,3	13,3	12,5	13,3	13,5
Nogensinde (sidste år medregnet)	38,0	45,1	49,5	48,0	44,5

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008 og SUSY 2010

**Tabel 2.1.5. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010**

<b>Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash</b>	1994 (n=1.648)	2000 (n=4.019)	2005 (n=2.470)	2008 (n=1.710)	2010 (n=3.287)
Sidste måned	0,1	1,8	1,5	1,4	1,3
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,6	5,0	4,0	4,9	3,4
Nogensinde	4,2	13,3	16,4	16,0	14,4

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008 og SUSY 2010

Som tabel 2.1.4 viser, har halvdelen (45 %) af de unge voksne under 35 år i 2010 prøvet hash nogensinde, og 14 % har et aktuelt brug – dvs. oplyser at have brugt hash inden for det seneste år. Hvad angår udbredelsen af andre illegale stoffer end hash, har 14 % af de unge voksne under 35 år i 2010 prøvet disse, og 3 % har et aktuelt brug. Der er tale om et lille men signifikant fald i det aktuelle brug af andre stoffer end hash blandt de 16-34 årige fra 2008 til 2010.

Det aktuelle brug af stofferne blandt de 16-24-årige er større end blandt de 25-34 årige. Det vil sige, at forbruget af de illegale stoffer er mest udbredt blandt de unge under 25 år. Men det er også her, at faldet i brugen af de illegale stoffer fra 2008 til 2010 er størst. I 2010 oplyser 19 % af de unge under 25 år at have et aktuelt brug af hash (oplyser at have brugt hash inden for det seneste år), hvilket er nogenlunde på niveau som i 2008. Men 4 % af de unge under 25 år oplyser i 2010 at have et aktuelt brug af andre illegale stoffer end hash, hvilket er næsten en halvering og signifikant færre end i 2008, hvor 8 % havde et aktuelt brug.

**Tabel 2.1.6. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010**

<b>Brugt hash</b>	1994 (n=735)	2000 (n=1.728)	2005 (n= 919)	2008 (n=862)	2010 (n=1.643)
Sidste måned	3,7	7,8	8,2	8,1	7,1
Sidste år (sidste måned medregnet)	12,9	20,1	20,5	21,3	18,9
Nogensinde	34,7	41,5	44,2	41,1	38,0

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008 og SUSY 2010

**Tabel 2.1.7. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010**

Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash	1994 (n=740)	2000 (n=1.690)	2005 (n=900)	2008 (n=858)	2010 (1.619)
Sidste måned	0,0	3,0	2,0	2,3	1,7
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,7	8,0	5,3	8,0	4,3
Nogensinde	3,0	14,5	14,2	15,2	10,6

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005 AiD 2008 og SUSY 2010

Ser man på stofferne enkeltvis, er amfetamin, kokain og ecstasy de mest udbredte stoffer efter hash. Som det ses i tabel 2.1.8. og 2.1.9 nedenfor, er andelen af det aktuelle brug (brugt stof inden for sidste år) af både amfetamin og ecstasy blandt de ”unge voksne” nogenlunde stabilt fra 2000 til 2008, mens det aktuelle brug af kokain stiger noget i perioden. Fra 2008 til 2010 ses derimod et fald i det aktuelle brug af alle tre stoffer, amfetamin, kokain og ecstasy. Faldet i det aktuelle brug af amfetamin er signifikant for hele aldersgruppen 16-34 år, mens faldet i brugen af kokain og ecstasy er signifikant alene blandt de 16-24 årige. Tendensen til fald i det aktuelle brug af amfetamin, kokain og ecstasy i disse år ses således især blandt de unge under 25 år<sup>5</sup>. Det ses også af tabellerne, at markant flere unge mænd end kvinder har et aktuelt brug af både amfetamin, kokain og ecstasy.

**Tabel 2.1.8. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i 2000, 2005, 2008 og 2010**

	SUSY 2000 (n=3.980)			SUSY 2005 (n=2.456)			AiD 2008 (n=1.709)			SUSY 2010 (n=3.260)		
	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total
<b>16-34 år</b>												
Amfetamin prøvet inden for seneste år	5,3	1,4	3,2	3,4	1,2	2,2	5,3	1,4	3,1	3,6	0,9	2,0
Kokain prøvet inden for seneste år	3,4	1,0	2,1	5,4	1,0	2,9	5,8	1,5	3,4	4,7	0,8	2,5
Ecstasy prøvet inden for seneste år	1,7	0,8	1,2	1,8	0,2	0,9	1,9	0,6	1,1	1,3	0,4	0,8

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008 og SUSY 2010

**Tabel 2.1.9. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i 2000, 2005, 2008 og 2010**

	SUSY 2000 (n=1.684)			SUSY 2005 (n=894)			AiD 2008 (n=857)			SUSY 2010 (n=1.612)		
	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total
<b>16-24 år</b>												
Amfetamin prøvet inden for seneste år	9,0	3,1	5,9	6,5	2,4	4,1	9,8	2,1	5,4	4,9	1,2	2,8
Kokain prøvet inden for seneste år	4,6	1,3	2,8	5,4	1,9	3,3	9,8	2,4	5,6	5,3	1,1	2,9
Ecstasy prøvet inden for seneste år	3,3	1,5	2,3	3,1	0,4	1,5	4,0	1,0	2,3	1,7	0,6	1,1

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008 og SUSY 2010

<sup>5</sup> Det aktuelle brug af de forskellige illegale stoffer bortset fra amfetamin, kokain og ecstasy blandt de 16-24 fremgår af tabel 2.1.10 i annekset.



Alt i alt ses således en tendens til fald i brugen af de illegale stoffer fra 2008 til i dag. Den positive nedadgående tendens de seneste par år ses især i det aktuelle brug af amfetamin, kokain og ecstasy, og ses især blandt de unge under 25 år, hvor faldet er signifikant.

### Hyppighed i brugen af de illegale stoffer

I SUSY-undersøgelsen 2010 er dem, der har et aktuelt brug af hash inden for seneste måned spurgt om, hvor mange gange de har brugt hash. Blandt de 16-24-årige er det i alt 7 %, der har brugt hash inden for seneste måned. I alt 59 % af disse har brugt stoffet 1-3 gange. Resten har haft et hyppigere forbrug (17 % anvendte stoffet 4 – 9 gange, og 24 % mindst 10 gange inden for sidste måned). Vedrørende angivelser af hyppighed for hashindtaget er der tale om meget små tal, hvorfor der foreligger stor usikkerhed omkring disse resultater.

### Regionale forskelle i brugen af illegale stoffer

I SUSY 2010 er der foretaget regionale sammenligninger i udbredelsen af de illegale stoffer. Resultaterne viser, at udbredelsen af hash er størst i hovedstadsregionen og lidt mindre udbredt i de øvrige regioner. Blandt de unge under 25 år i hovedstadsregionen har typisk 10-15 procentpoint flere af disse unge prøvet hash nogensinde sammenlignet med de unge i samme aldersgruppe i de øvrige regioner. Hvad angår andre stoffer end hash, er udbredelsen mere geografisk jævn og de regionale forskelle i udbredelsen mindre. Dog skal nævnes, at udbredelsen af andre stoffer end hash blandt de unge under 25 år toppe i regionerne Nordjylland, Sjælland og i Hovedstadsregionen, i nævnte rækkefølge.

## 2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge

Som det fremgår ovenfor, er det i de yngre aldersgrupper, at forbruget af både hash og andre stoffer er mest udbredt. Forbruget blandt de unge fra 16 til 20 år beskrives i dette afsnit ud fra de såkaldte MULD-undersøgelser fra 2000 til 2008 og viser overordnet, at det eksperimenterende brug af illegale stoffer i denne aldersgruppe er stabilt i perioden.

MULD 2008 (MULD-rapport nr. 7) adskiller sig fra de tidligere undersøgelser ved en anden dataindsamlingsmetode. Hvor tidligere MULD-undersøgelser har kombineret postspørgeskema og internetbesvarelser, er MULD 2008 rent internetbaseret. I 2008 er svarpersonerne således rekrutteret via et stort internetpanel, hvor der i tidligere undersøgelser er benyttet tilfældig CPR-udtræk til stikprøverne. Da dataindsamlingen i 2008 er ændret i forhold til tidligere år, er undersøgelsesresultaterne, som vist nedenfor, derfor ikke direkte sammenlignelige.

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

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

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

Kilde: MULD-undersøgelserne, 2000-2008

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

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

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

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

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

### Debutalder

Analyser af det eksperimenterende brug af illegale stoffer bekræfter, at næsten alle, der eksperimenterer med illegale stoffer, starter deres stofbrug inden de er fyldt 20 år (SUSY 2005). MULD 2008 viser, at omkring 50 % af de drenge og piger, der har prøvet hash, har prøvet stoffet mens de var 15-16 år. Debutalderen på andre euforiserende stoffer end hash er typisk lidt senere, men stadig i teenageårene.

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

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

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

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

	ESPAD 1995 (n=2.234)	ESPAD 1999 (n=1.548)	HBSC 2002 (n=1.418)	ESPAD 2003 (n=2.519)	ESPAD 2007 (n=881)
Hash prøvet nogensinde	18,0	24,4	23,3	22,6	25,5
Hash sidste måned	6,1	8,1	-	7,6	10,6*
Amfetamin prøvet nogensinde	1,6	4,0	-	4,0	5,0
Kokain prøvet nogensinde	0,3	1,1	-	1,8	3,2*
Heroin (injektion) prøvet nogensinde	0,2	0,1	-	0,7	0,5
Rygeheroin prøvet nogensinde	1,5	1,3	-	1,0	-
Ecstasy prøvet nogensinde	0,5	3,1	2,4	2,5	5,2*
Lsd prøvet nogensinde	0,2	1,0	-	1,1	1,1
Psilocybinsvampe prøvet nogensinde	0,5	1,8	-	1,5	1,1
Snifning prøvet	6,3	7,5	-	8,3	6,1**

Kilder: ESPAD 1995 (1997); ESPAD 1999 (2000); ESPAD 2003 (2004); HBSC 2002; upublicerede tal fra ESPAD 2007

\*Stigningen fra 2003 til 2007 er lille men dog signifikant

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

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

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

### Udbredelsen af khat blandt somaliere i Danmark

I 2008 blev den første danske undersøgelse af udbredelsen af khat gennemført (Sundhedsstyrelsen 2009b). Undersøgelsen kortlægger udbredelsen af khat blandt dansk-somaliere i alderen 15-50 år og belyser desuden viden og holdninger til brugen af khat. Undersøgelsen har søgt at inddrage de mange grupperinger i det somaliske miljø, og 848 personer, svarende til 15 % af alle 15-50-årige dansk-somaliere, har deltaget i undersøgelsen.

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

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

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

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

### 3 Forebyggelse

Forebyggelse er én af narkotikapolitikens grundpiller. Et grundlæggende udgangspunkt for forebyggelsen er, at vi hver især har et ansvar for at tage hånd om os selv og vores nærmeste. Forældre har et stort ansvar for deres børn og for at lære dem om de sundhedsmæssige og sociale konsekvenser af brug af rusmidler. Det gælder både alkohol og stoffer.

Det offentlige har et ansvar for at understøtte forældreansvaret og det personlige ansvar og for gennem en vedvarende og vedholdende forebyggelsesindsats at begrænse tilgangen af nye stofmisbrugere. Unge og deres forældre er de vigtigste målgrupper i narkotikaforebyggelsen. Der skal være tale om en synlig indsats, og den skal udover at bestå af vidensformidling også rette sig mod de unges normer og adfærd.

Kommunerne har hovedansvaret for den forebyggende indsats. Kommunen er tæt på borgerne i det daglige, og lokalt er der mulighed for at tilrettelægge både universel, selektiv og indikeret forebyggelse i skoler og gennem kommunale fritidstilbud i samarbejde med foreninger, restauranter, barer og diskoteker samt i særlige udsatte boligmiljøer. Narkotikaforebyggelsen i kommunerne foregår ofte i det tværsektorielle samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi (SSP).

Sundhedsstyrelsens opgave er blandt andet at understøtte kommunernes forebyggelsesindsats med informationsmaterialer og vidensformidling, metodeudviklende projekter samt gennem konkret rådgivning af kommunerne og andre interessenter. Derudover har Sundhedsstyrelsen også til opgave at overvåge og udstikke overordnede retningslinjer.

Sundhedsstyrelsen har i 2010 udgivet publikationen ”Mental sundhed blandt voksne danskere”. På baggrund af analyse af de såkaldte Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser (SUSY) beskrives indikatorer af befolkningens mentale sundhedstilstand. Hash og andre euforiserende stoffer ses i denne analyse at have en sammenhæng med dårlig mental sundhed. Undersøgelsen er en del af det generelle rådgivnings-, overvågnings- og vejledningsmateriale, som med fordel kan anvendes i forbindelse med forebyggende indsatser på narkotikaområdet.

#### Universel forebyggelse

Universel forebyggelse indbefatter indsatser, der har hele eller dele af befolkningen som målgruppe uanset risikofaktorer og risikoadfærd. Grundskolen er en vigtig arena for universal forebyggelse, idet den giver mulighed for kontakt med stort set alle børn og unge samt deres forældre. Grundskolen har en generel forpligtigelse til forebyggelse og sundhedsundervisning i det obligatoriske emne ”Sundheds- og seksualundervisning samt familiekundskab”.

Undervisning om alkohol og stoffer kan indgå i denne undervisning, idet det er op til den enkelte skole og klasselærer at vurdere, om og hvordan rusmidler skal tages op i undervisningen eller på forældremøder. Der er således ikke faste retningslinjer for rusmiddelundervisningens form, indhold og omfang. Oftest ligger undervisningen i dette emne på 6.-9. klassetrin. Den enkelte klasselærer tilrettelægger selv sin undervisning.

Undervisning i rusmidler omhandler typisk alkohol og hash, som er de mest udbredte rusmidler blandt unge. SSP-organisationen har i stadig flere kommuner udarbejdet lokale læseplaner i rusmiddelforebyggelse, hvori narkotikaforebyggelse indgår. Sundhedsstyrelsen understøtter også indsatser i grundskolen, og har i 2009 udarbejdet en publikation "Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen".

Sundhedsstyrelsen har i publikationen "Vejledning for modelkommunerne i Narkoen ud af byen" (Sundhedsstyrelsen 2005a) formuleret en række forskningsbaserede principper, som skolens narkotikaforebyggende indsats bør tilrettelægges efter. Det anbefales blandt andet, at skolerne udarbejder en samlet rusmiddelpolitik, og at de indgår et samarbejde med forældrene om at udskyde alkoholdebuten og undgå eksperimenter med stoffer. Derudover anbefales det, at skolerne giver undervisning efter evidensbaserede principper herunder brug af elevinvolverende metoder. Til at arbejde med unges sundhedsopfattelse kan det forskningsbaserede undervisningsmateriale "Tackling" bruges. Materialet er oprindeligt amerikansk, men Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med forlaget Alinea udviklet og afprøvet det i en dansk version.

I Sundhedsstyrelsens publikation "Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen" (Sundhedsstyrelsen 2009c) beskrives andre elevinvolverende metoder, som både kan anvendes i narkotikaforebyggelse og på andre forebyggelsesområder. Metoderne kaldes "Aktive vurderinger" og "Du bestemmer", og kan bl.a. bruges til at arbejde med forbedring af familierelationerne, et væsentligt aspekt af narkotikaforebyggelsen.

Generelt er der desuden kommet et stigende fokus på rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelserne de senere år og flere steder arbejdes der fx med implementering af rusmiddelpolitikker og rådgivning af unge på gymnasier, handelsskoler, tekniske skoler og produktionsskoler. Sundhedsstyrelsen opdaterer og genoptrykker jævnligt stoffaktapjecen "Stoffer – hvordan virker de, og hvordan ser de ud", som er et generelt informationsmateriale om de mest almindelige illegale stoffer. Stoffaktapjecen kan også bruges som supplement til personale, der arbejder med rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelser og i kommunalt regi.

### 3.1 Selektiv og indikeret forebyggelse

I modsætning til universal forebyggelse er selektiv og indikeret forebyggelse målrettet enkeltpersoner eller grupper, som har øget risiko for at udvikle et problematisk forhold til rusmidler. Selektiv forebyggelse kan også omfatte indsatser i særlige risikosituationer eller særlige arenaer. Indsatserne kan blandt andet intensiveres gennem et tættere samarbejde mellem aktører på et specifikt område. Inden for festmiljøer kan det være kommuner og politi, som det fremgår i afsnittet om nationale og lokale mediecampagner; festivaler og spillesteder. Der er endvidere i flere kommuner tilbudt kurser for restauratører og ansatte i festmiljøet, og samarbejdet mellem aktørerne fremmer fælles holdninger til at begrænse brug og salg af narkotika.

#### "Ung og sund" – Sundhedsfremmende initiativer for udsatte unge

Satspuljen "Ung og sund" støtter 13 kommunale projekter, som fra 2008 til 2011 skal afprøve og udvikle måder at arbejde med sundhed blandt udsatte unge. Med udsathed tænkes i dette projekt på unge, der er i risiko for at droppe ud af uddannelsessystemet

eller blive arbejdsløse. Formålet er at tilknytte og fastholde de unge i enten uddannelsessystemet eller på arbejdsmarkedet. Projekterne skal skaffe ny viden om metoder til at forbedre sundheden blandt disse unge – herunder opkvalificere personalet, der har den daglige kontakt med de unge. Projekterne fokuserer på flere forskellige livsstilsfaktorer, fx trivsel, kost, motion, rygning, alkohol, sex, stoffer, søvn. Størstedelen af projekterne har fokus på rusmidler som én af flere risikofaktorer, og projektet i Odense Kommune, har rusmidler som projektets overordnede forebyggelsestema. Indsatsen i Odense fokuserer på begrebet rusmiddelkompetence – evnen til at omgås rusmidler på en hensigtsmæssig måde – og omfatter oplæg på kommunens skoler og gymnasier, udarbejdelse af rusmiddelpolitikker samt anonym rådgivning af unge med stofmisbrug. De 13 kommunale projekter følges alle af ekstern evaluator.

### Unge Misbrug

”Unge Misbrug” er et landsdækkende videnscenter, der tilbyder kommuner og deres fagpersoner rådgivning i forhold til deres arbejde med unge med rusmiddelproblemer. Videnscentret er oprettet i 2008 og er et af 16 initiativer under Regeringens strategi ”Lige muligheder”, hvis mål er at yde ekstra indsats for børn og unge, der har fået en skæv start i livet. Centret er forankret i Servicestyrelsens Udsatteenhed. Formålet med Videnscentret er at klæde fagpersoner på til at kunne arbejde helhedsorienteret med udgangspunkt i de unges problemer. ”Unge Misbrug” har fokus på opsporing af unge, der har et problematisk forbrug af rusmidler samt til indsatser rettet mod at afhjælpe unges rusmiddelproblemer gennem en helhedsorienterende indsats. Centret retter sig primært mod kommunale fagpersoner, der møder de unge gennem deres daglige arbejde. ”Unge Misbrug” tilbyder viden til fagpersoner i form af:

- Hjemmeside med aktuel viden på området ([www.unges-misbrug.dk](http://www.unges-misbrug.dk)), hvor fagpersoner kan finde opdateret information om seneste viden på feltet både hvad angår unge med rusmiddelproblemer, faglige redskaber og lovgivning
- Konsulentstøtte og undervisningsforløb til de enkelte kommuner. Forløbene tager udgangspunkt i den enkelte kommune eller institutions fokusområder og behov og tilfører ny viden og støtte i at strukturere det eksisterende arbejde med henblik på en styrkelse af den helhedsorienterede og tværfaglige indsats for målgruppen
- Årlig national conference om unge og misbrug, som samler fagpersoner bredt på tværs af fagområder. Der lægges vægt på dialog og viden, der kan omsættes til praktisk anvendelse i hverdagen
- Rådgivningsfunktion, hvor man kan ringe eller maile med forespørgsler på området

### U-turn

Københavns Kommune kombinerer forebyggelse og tidlig opsporing i institutionen ”U-turn” under Center for Unge og Misbrug. U-turn er et tilbud til unge under 25 år, der ryger hash eller tager stoffer. Indsatsen centrerer sig om åben anonym rådgivning og længerevarende forløb, hvor unge kan få hjælp til at gøre noget ved deres forbrug af hash og andre rusmidler. Der tilbydes både gruppe og individuel rådgivning. Desuden tilbydes rådgivning til familie, venner og kæresten til unge, der vil gøre noget ved deres forbrug af rusmidler samt konsulentarbejde på skoler, socialcentre og institutioner. Der opsamles løbende erfaringer fra arbejdet med de unge og der gøres en stor indsats for

at formidle erfaringerne videre. Blandt andet er der på projektets hjemmeside [www.uturn.dk](http://www.uturn.dk) oprettet en idébank for professionelle, der arbejder med forebyggelse og behandling af stofmisbrug blandt unge.

### SMS – rådgivning

Det sms-baserede forebyggelsesinitiativ SMASH (SMS+HASH) startede i 2005 som et regionalt samarbejde mellem det tidligere Vestsjællands Amt og Frederiksberg Kommune. SMASH blev udviklet som et anonymt støtte- og rådgivningsprojekt for unge hashbrugere med det formål at være skadesreducerende, oplysende og støttende i forhold til ophør med hashrygning. SMASH henvender sig til de 15-25-årige og er primært baseret på, at man gratis kan abonnere på en række sms-pakker. I maj måned 2009 lancerede SMASH en ny hjemmeside med nyt design og indhold ([www.smash.dk](http://www.smash.dk)). Indsatsen er samtidig med den nye hjemmeside blevet udbygget med rådgivning og støtte i forhold til ”hurtigere” stoffer som fx amfetamin, ecstasy og kokain samt en alkoholpakke. På hjemmesiden kan man finde oplysninger om stoffer, abstinenssymptomer, behandling og læse historier fra andre brugere. Unge kan søge viden om stofferne, debattere samt få anonym og gratis rådgivning via sms.

Udover SMASH har et andet projekt – [netstof.dk](http://netstof.dk) – eksisteret siden 1998. Fra at være en lille hjemmeside har [netstof.dk](http://netstof.dk) nu udviklet sig til en omfattende og interaktiv ungeportal. Målgruppen er de 14-18-årige.

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

I dag drives både [SMASH.dk](http://SMASH.dk) og [netstof.dk](http://netstof.dk) af Misbrugscentret i Slagelse med indflydelse fra 27 medlemskommuner i hele landet, der betaler et mindre årligt abonnement, der bidrager til projektets fortsatte eksistens. Målet er at langt flere kommuner skal være med for at sikre unges fortsatte adgang til hjælp og information om stoffer og alkohol på nettet.

### Projekt Ansvarlig udskænkning

Sundhedsstyrelsen igangsatte i 2009 projektet ”Ansvarlig udskænkning”. Projektet er et delprojekt under modelkommuneprojektet ”Alkoholforebyggelse i kommunen”. Intentionen er at styrke den kommunale alkoholforebyggende indsats gennem udvikling og implementering af rusmiddelpolitikker i 20 modelkommuner. Modelkommunernes projektarbejde understøttes blandt andet gennem tildeling af økonomiske midler til implementering af de forskellige politikker. Samtidig opfordrer Sundhedsstyrelsen kommunerne til inden for projektet at have et særligt fokus på indsatsområder, hvor der er evidens for effekt, og hvor indsatsen er omkostningseffektiv. Dette gør sig gældende for delprojektet ”ansvarlig udskænkning”, som er opstartet i 9 ud af de 20 deltagende kommuner. Delprojektet har følgende formål:

- At fordre til ansvarlig udskænkning ved udskækningssteder og til lejlighedsbevillinger
- At nedsætte alkoholbetinget vold og skader



- At skabe et trygt natteliv, herunder at skabe fornuftige rammer for unges færden i nattelivet

”Ansvarlig udskænkning” tager udgangspunkt i danske erfaringer fra blandt andet projekt ”Trygt natteliv” og modelkommuneprojektet ”Narkoen ud af byen” samt erfaringer fra det svenske STAD-projekt ”Ansvarsfull alkoholserving i krogmiljö”<sup>6</sup>. Evalueringen af dette projekt viser på linje med den internationale forskning, at der er en betydelig effekt af en systematisk og sammenhængende indsats for at fremme ansvarlig udskænkning. Ansvarlig udskænkning har vist også at have en nedsat effekt på udbredelsen af stoffer i nattelivet. Elementerne i projektet er følgende:

- At administrere bevillingsopgaven med et alkohol- og stofforebyggende sigte, herunder at udarbejde en samlet restaurationsplan
- At etablere et fast samarbejde mellem de mange aktører der spiller en rolle i etablering af festmiljøer (kommune, politi, restauratører, uddannelsesinstitutioner mv.)
- Gennem et samarbejde at skabe:
  - Fælles aftaler om bl.a. at undgå aggressiv markedsføring og hård udskænkning, som opfordrer til stort alkoholindtag på kort tid fx ”happy hour”
  - Uddannelse af serveringspersonale og politi
  - Fælles forståelse af kontrolopgaverne

Projekt ”Ansvarlig udskænkning” afsluttes ultimo 2011 og evalueres samlet.

### 3.2 Nationale og lokale mediekampagner

Mediekampagner som massemediekommunikation målrettet hele befolkningen eller brede målgrupper bruges ikke i narkotikaforebyggelsen i Danmark. Grunden er, at brug af illegale rusmidler trods alt kun er udbredt i en mindre del af ungdomsgruppen og samtidig har en stor bevågenhed i medierne. Derfor vurderes det hverken nødvendigt eller hensigtsmæssigt at øge opmærksomheden med brede kampagner, der kan risikere at skabe utilsigtet ”reklame” for stoffer og bidrage til ”flertalsmisforståelser” i befolkningen.

Sundhedsstyrelsen har derimod siden 2003 samarbejdet med festivalernes brancheorganisation Festivaldanmark om en årlig kampagne mod stoffer rundt om på landets flerdages musikfestivaler. Siden 2009 er dette samarbejde udvidet med en kampagne om unge og alkohol. I 2009 er samarbejdet også udvidet til at omfatte brancheorganisationen for danske spillesteder, spillesteder.dk, med en tilsvarende anti-narkotika kampagne på spillestederne. Festmiljøerne er valgt som en central arena, da den eksperimenterende brug af stoffer ofte sker i disse miljøer. Som et vigtigt led i kampagnerne har festivalerne og spillestederne selv været afsendere på kampagnen. Tanken er, at de som trendsættende aktører i unges festmiljø vil have en god og positiv gennemslagskraft med det holdningsprægede budskab over for målgruppen af unge.

#### Festivaldanmark Against Drugs

Sundhedsstyrelsens samarbejde med Festivaldanmark om en narkotikaforebyggende

---

6 [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

”Against Drugs”-kampagne er i 2010 løbet af stablen på 15 festivaler ([www.festivaldanmark.dk](http://www.festivaldanmark.dk)). Den primære målgruppe for indsatsen er unge festivaldeltagere og særligt de 16-24-årige. Festivalerne har gode erfaringer med at bruge materialet, som består af trykte og elektroniske elementer. Festivalerne har endvidere statements i deres programmer og i deres festivalaviser. Alle elementer bidrager til at signalere en fælles holdning mod stoffer.

På Roskilde Festival, som er langt den største af festivalerne, evalueres kampagnen bl.a. gennem publikumsundersøgelser. I 2009 viste den, at 83 % havde set kampagnen, mens 28 % havde diskuteret budskaberne med deres venner, og 91 % af publikum syntes godt om, at festivalen markerer sig mod stoffer (Sundhedsstyrelsen 2009). I 2009 blev evalueringen af kampagnen udvidet med publikumsundersøgelser på tre andre festivaler (Samsø, Bork Havn og Vig) ud over Roskilde festivalen (Sundhedsstyrelsen 2009a).

De tre festivaler henvender sig til forskellige målgrupper og kan derfor give et mere nuanceret billede af kampagnens modtagelse ude i landet. Kampagnematerialet varerede en smule på de tre festivaler, men lidt over halvdelen havde set kampagnen, mens under 1/3 havde diskuteret budskabet på de tre festivaler. Til gengæld syntes så godt som alle, at det var en god idé, at Festival Danmark markerer sin holdning mod stoffer. Evalueringen af 2010-kampagnen forventes færdiggjort i november 2010. Evalueringen vil igen være baseret på et repræsentativt udsnit af de involverede festivaler.

### **Festivaldanmark Unge og Alkohol**

I 2009 deltog 13 festivaler i Sundhedsstyrelsens og Festivaldanmarks kampagne ”Unge og alkohol” med sloganet ”Mindre Druk – Mere Fest”. Kampagnens formål er blandt andet at tilskynde til håndhævelse af aldersgrænserne for udskænkning af alkohol til unge. Den primære målgruppe for kampagnen er derfor de unges forældre og medarbejdere på festivalerne, men kampagnen er også henvendt til de unge under 16 år. Kampagnens elementer er centreret på teltpladserne og i barområderne og består primært af trykte medier, men har også en webdel. Evalueringen for 2009, som også her var baseret på Samsø, Bork Havn, Vig festivalen samt Roskilde Festival, viste en god modtagelse af budskabet og kampagneelementerne blandt både unge, forældre og medarbejdere. Variation i gennemslagskraften på de forskellige festivaler var stor (mellem 29 og 82 %) på grund af varierende synlighed. Mellem 11-29 % havde diskuteret budskabet, og mellem 87-96 % syntes, at kampagnen var en god idé. Blandt medarbejdere/forældre på Samsø og Vig festival var der et godt kendskab til kampagnen (77-84 %), og der var en meget stor tilslutning til kampagnen generelt. Der er ligeledes et godt kendskab til reglerne for udskænkning på festivalpladsen, omend denne procent daler, når det angår reglerne for udskænkning på campingpladsen. På Roskilde var det kun 1/3 af den samlede medarbejdergruppe, der havde lagt mærke til alkoholkampagnen, men stort set alle medarbejdere bakkede op om den. I 2010 har 15 festivaler været med i en ny udgave af ”Unge og Alkohol”-kampagnen, og en evaluering forventes færdiggjort i november 2010.

### **Music against drugs**

I 2009 indledte Sundhedsstyrelsen i forlængelse af Festivaldanmarks ”Against Drugs”-kampagne et samarbejde med musikspillestederne i Danmark om en lignende kam-

pagne mod stoffer på landets spillesteder. 45 spillesteder meldte sig til at være med i kampagnen "Music Against Drugs", som løb af stablen i efteråret 2009. Kampagnen havde både en publikums- og en medarbejderdel. Publikumsdelens primære målgruppe var unge mellem 16 – 25 år, hvor medarbejderdelen er målrettet alle medarbejdere på spillestederne. Kampagnen bestod af både trykte og elektroniske elementer, som fx storskærmsspot før koncerterne, website, webbannere, T-shirts, plakater, go cards, ringetoner til mobilen m.m. Der foreligger en meget begrænset evaluering af kampagnen. Den viser en god opbakning blandt både publikum og medarbejdere til at spillestederne har en holdning til stoffer. Disse resultater er i tråd med evalueringen af festivalkampagnerne. "Music Against Drugs" løber af stablen igen i 2010 på ca. 50 spillesteder i en ny udgave.

## 4 Stofmisbrug

Det aktuelle skøn over antal stofmisbrugere i Danmark er baseret på tal fra 2009 (gennemført i 2010). Antallet af stofmisbrugere i Danmark skønnes at være 33.000. Knap 11.000 af disse skønnes alene at være hashmisbrugere. Sammenlignelige skøn fra 2001, 2003 og 2005 viser, at der er tale om en stigning i det skønnede antal stofmisbrugere i Danmark i perioden.

Skønnet er gennemført med hjælp af en capture-recapture metode og er udarbejdet efter retningslinjer fra det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, EMCDDA. Beregningerne følger dermed den europæiske standard for gennemførelse af sådanne. Som det vil fremgå af kapitel 5, er der sket ændringer i indberetningen til Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere indskrevet i behandling. Dette har betydet, at data fra de seneste par år har været mangelfulde, hvorfor et nyt skøn først er gennemført i 2010 med baggrund i data fra 2009. Indskrivningsregisteret til behandling er en væsentlig kilde til at beregne antal stofmisbrugere i Danmark.

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

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

### 4.1 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark

Det aktuelle skøn over antal stofmisbrugere i Danmark er fra 2009 (Sundhedsstyrelsen 2010). At foretage et skøn over antallet af stofmisbrugere er forbundet med stor usikkerhed. Dels er skønnet afhængig af definitionen af en stofmisbruger, dels er det afhængig af, hvilke metoder og hvilket datamateriale skønnet baseres på.

Som i tidligere år er skønnet, der er foretaget i 2010, foretaget ved hjælp af en capture-recapture model<sup>7</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 der er registreret i LPR med en narkotikarelateret diagnose<sup>8</sup>. Herefter er undersøgt, hvor mange af disse, der også fandtes i SIB.

Skønnene over antallet af stofmisbrugere fra 1996 til 2009 fremgår af tabel 4.1.1. Da beregninger af skønnene gennem årene baserer sig på ”levende” registre, er der i forbindelse med udarbejdelsen af skønnet i 2010, samtidig reguleret i skønnene fra tidligere år.

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

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

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

Tabel 4.1.1. Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark, 1996-2009

	1996	1998	2001	2003	2005	2009
Skøn over stofmisbrugere i DK	20.284	24.394	25.514	26.468	27.896	33.074
95 % konfidensinterval	± 1.592	± 1.937	± 1.789	± 1.590	± 1.628	± 1.923

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2010

På trods af den statistiske usikkerhed, der er på estimaterne, er der en stigende tendens i det skønnede antal stofmisbrugere fra 2001 til 2009. Den statistiske usikkerhed i skønnene i alle år er beregnet som 95 % konfidensinterval. I 2009 betyder dette, at det beregnede antal stofmisbrugere er 33.000 +/- 1.900 personer. Antal stofmisbrugere i 2009 skønnes dermed at være 33.000, heraf skønnes 10.900 af disse alene at være hashmisbrugere. Hvad angår hashmisbrugere alene, er antallet steget i perioden, idet det skønnede antal hashmisbrugere i 2005 var 7.900.

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 proportional nedgang i de stofmisbrugere, der søger behandling for misbrug af opioider/heroin, samtidig med at flere og flere søger behandling for misbrug af hash og de centralstimulerende stoffer. Denne forskydning ses især blandt de "nye" i stofmisbrugsbehandlingen. Denne forskydning må formodes at afspejle hele stofmisbrugspopulationen, hvor flere i dag end tidligere er afhængige af hash og de centralstimulerende stoffer, mens færre er afhængige af opioider/heroin.

## 4.2 Omfanget af misbrug blandt hjemløse

Der er i 2009 foretaget en særlig "hjemløsetælling" der viser, at 70 % af de hjemløse der har været omfattet af tællingen, har et misbrug inden for mindst én af følgende fire kategorier: Alkohol, hash/khat, narkotika eller medicin. Andelen er højest blandt gadesovere og personer, der har overnattet på natvarmestuer. Henholdsvis 80 % og 82 % i disse grupper har således et misbrug. Andelen med misbrug blandt dem, der har overnattet hos familie og venner, er med 71 % lige så høj som for herbergsbrugerne, hvor andelen er 70 %. Det understreger, at også de, som overnatter hos familie eller venner, som de øvrige grupper, har betydelige sociale og/eller psykiske problemer.

## 4.3 Omfanget af injektionsmisbrug

Sundhedsstyrelsen har i perioden 2004- 2008 støttet projekt DEADHEP, hvor man som led i undersøgelse af hiv og hepatitis forekomsten blandt narkotikarelaterede dødsfald i Danmark (se om dette i kapitel 6) også ved obduktion har undersøgt, om den afdøde havde leverbetændelse som tegn på et intravenøst stofmisbrug (Christensen et al 2006). På baggrund af denne registrering tog Sundhedsstyrelsen initiativ til at

foretage et skøn over antallet af injektionsmisbrugere ved at sammenholde DEADHEP med Sundhedsstyrelsens register over Stofmisbrugere indskrevet i behandling (SIB) (Christensen et al 2009). Skønnet er baseret på et capture-recapture estimat med fire kilder af injektionsmisbrugere: Nyindskrevne i behandlingsregisteret i hvert af årene 2003 og 2005 samt registrerede i DEADHEP i 2006 (i alt 5126 personer). Skønnet blev stratificeret for alder, køn og geografisk region og beregnet ved hjælp af en log-lineær model.

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

Som vist tidligere i dette kapitel, er Sundhedsstyrelsens samlede aktuelle skøn over antal stofmisbrugere 33.000, hvoraf knap 11.000 alene er hashmisbrugere. Da der skønnes at være 13.000 intravenøse stofmisbrugere i Danmark, skønnes det, at omkring 2/3 af misbrugerne (hvor hashmisbrugerne altså ikke er medtaget) har et intravenøst misbrug.

De 13.000 intravenøse stofmisbrugere svarer til 3,6/1000 indbyggere mellem 15 og 64 år i Danmark (95 %, sikkerhedsinterval på 2,8-4,6). Andelen af intravenøse stofmisbrugere i den danske befolkning svarer til andelen af intravenøse stofmisbrugere i de øvrige europæiske lande, på 1-5/1000 af de 15-64 årige (EMCDDA 2010).

#### **Antal injektionsmisbrugere beregnet ud fra dødeligheden**

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

## 5 Behandling af stofmisbrug

Det er kommunerne, der visiterer til alle former for stofmisbrugsbehandling, uanset om der er tale om ambulant-, dag- eller døgnbehandling. Langt hovedparten af al behandling for stofmisbrug er rettet mod både selve stofmisbruget og de medfølgende sociale problemer. Kommunerne har ansvaret for at sikre den fornødne sammenhæng mellem den sociale behandling og den lægelige behandling samt øvrige sociale støttetilbud.

De fleste stofmisbrugere i behandling modtager ambulant behandling. Der tilbydes også dagbehandling eller døgnbehandling, hvis den enkelte har brug for en mere intensiv indsats. Når en stofmisbruger modtager lægelig behandling, skal stofmisbrugeren efter behov også modtage en social behandlingsindsats. Der skal dog altid ligge en behandlingsplan for behandlingen.

Antallet af stofmisbrugere i behandling har været støt stigende siden Sundhedsstyrelsen for første gang i 1996 begyndte at registrere stofmisbrugere indskrevet i behandling. Fra 1996 til 2006 blev antallet af personer i behandling cirka tredoblet. Årsagen til stigningen formodes i hovedtræk at skyldes behandlingsgarantiens indførelse samt en øget behandlingskapacitet. Fra 2006 til 2008 sås en nedgang i antal stofmisbrugere i behandling, hvilket formentligt i hovedtræk skyldes ændringer i registerpraksis og overgangen til den nye SEI-registrering, som ændrede ind- og udskrivningsproceduren. Hertil var registreringen i disse ”overgangsåre” påvirket af, at kommunerne overtog ansvaret for registreringen fra amterne ved årsskiftet 2006/2007. Fra 2008 til 2009 ses igen en stigning i stofmisbrugere indskrevet i behandling.

Aktuelt er 13.700 stofmisbrugere registreret i Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB). Heraf er 7.750 i substitutionsbehandling – enten med metadon eller buprenorphin.

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

### 5.1 Behandlingssystemet – strategi, politik og organisering

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

Den sociale stofmisbrugsbehandling skal tage udgangspunkt i en visitation, som danner baggrund for et tilbud om et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb i enten dag-, ambulant- eller døgnbehandling. Der er i Danmark garanti for social behand-

ling af stofmisbrugere for personer over 18 år og i særlige tilfælde unge under 18 år. Med garantien har en stofmisbruger krav på, at der skal iværksættes tilbud om social behandling senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen med anmodning om at komme i behandling. Tidsfristen regnes fra den første personlige henvendelse med ønske om at komme i behandling. Stofmisbrugere, der er visiteret til behandling, har ret til at vælge mellem offentlige behandlingstilbud og godkendte private behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, der er visiteret til, dvs. inden for rammerne af den beskrevne behandlingsplan.

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

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

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

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

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

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

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



Den lægelige behandling af stofmisbrug har været et område præget af stor variation, blandt andet på grund af forskelle i lægernes faglige baggrund og de organisatoriske rammer for behandlingen. Med vejledningen foreligger nu samlede retningslinjer for selve substitutionsbehandlingen og en beskrivelse af de lægelige kerneydelser, som knytter sig til substitutionsbehandlingen. Formålet med vejledningen er at understøtte og styrke en helhedsorienteret sundhedsfaglig indsats gennem overordnede retningslinier. Vejledningen skal medvirke til at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt stofmisbrugere ved at sikre en ensartet og acceptabel kvalitet i den lægelige behandling. Vejledningen vil i 2010 blive fulgt op af et kvalitetssikringsværktøj, hvor kommunerne årligt skal foretage registreringer og indberetninger til Sundhedsstyrelsen om de lægelige kerneydelser, som er beskrevet i vejledningen. Se mere herom i kapitel 7.

## 5.2 Stofmisbrugere indskrevet i behandling

Sundhedsstyrelsen har fra 1996 registreret alle stofmisbrugere, der indskrives i behandling. På baggrund af oplysninger fra ”Register over stofmisbrugere i behandling” (SIB), kan de personer, der søger hjælp for deres stofmisbrug, samt deres situation beskrives. I registret registreres alle former for behandlingsomfang dvs. både ambulante- og døgnbehandling samt, hvilken behandlingstype (metadon, stoffri etc.) klienten modtager.

I tabel 5.2.1 vises nogle udvalgte karakteristika ved de klienter, der blev indskrevet i 2009.

**Tabel 5.2.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2009**

Antal klienter indskrevet i behandling i 2009	5.296
Andel ikke behandlet tidligere (%)	35
Andel af mænd/kvinder (%)	78/22
Gennemsnitsalder mænd/kvinder (%)	31/31
Opioider som hovedstof (%)*	35
Hash som hovedstof (%)*	45
Centralstimulerende stoffer som hovedstof (%)*	14
Injektion hos tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	34
Injektion hos ikke tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	18
Lønindtægt (%)	14
Dagpenge (%)	3
Kontanthjælp (%)	48
Førtidspension (%)	13
Anden indtægt samt uoplyst (%)	22
Andel med selvstændig bolig (%)	59
Andel enlige mænd/kvinder (%)	77/67
Antal børn i hjemmet under 18 år	1.474
Antal børn uden for hjemmet under 18 år	562
Udenlandsk statsborgerskab (%)	6

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

\*Procent af dem, der opgiver et hovedstof

I 2009 blev der på landsplan indskrevet 5.296 personer i behandling, hvilket er højere i forhold til 2008, men fortsat lavere end i 2006, hvor 5.426 personer blev indskrevet i behandling. Det samlede antal stofmisbrugere, der har været i behandling i løbet af 2009, er på knap 13.700. Antallet er dermed på niveau med 2006, hvor 13.441 personer var i behandling.

Andelen af personer, der ikke tidligere har været i behandling, er stort set uforandret, 35 % i 2009 mod 32 % i 2008, men fortsat væsentligt højere end i 2006. En særlig opgørelse og beskrivelse af de ”nye” i behandling vil blive behandlet særskilt senere i kapitlet.

### Misbrugets art

For første gang siden behandlingsregisteret blev etableret i 1996, ses i 2009, at heroin og andre opioider ikke længere er de hyppigst hovedstoffer blandt klienterne, der indskrives i behandling gennem året. I stedet er det i dag hash, som er det stof, som hyppigst angives som hovedstof blandt stofmisbrugere, der indskrives i behandling. Langt de fleste stofmisbrugere, der søger behandling, bruger dog flere stoffer. 44 % opgiver i 2009 at have brugt mere end ét stof før indskrivningen. Andelen er faldet i forhold til sidste år, hvor andelen lå på 51 %.

De centralstimulerende stoffer, der er i fokus i unges eksperimenterende brug af stoffer, optræder i ringere omfang som hovedstof for misbrugere, der er indskrevet i behandling i 2009. Kun 9 % opgiver amfetamin, 5 % opgiver kokain, og knap 1 % opgiver ecstasy<sup>9</sup> som hovedstof<sup>10</sup>. Disse stoffer bliver således hovedsageligt brugt som supplement. Hash var hovedstof for 45 % af de indskrevne og er samtidig et meget udbredt sidestof. Således har 21 % af de indskrevne i 2009 angivet at have hash som sidestof. I alt 66 % af de indskrevne har således et hashmisbrug.

### Alder og kønsfordeling

I 2009 var der 78 % mænd og 22 % kvinder blandt stofmisbrugerne i behandling. Andelen af kvinder er dermed på niveau med tidligere år. Gennemsnitsalderen ved indskrivningen i 2008 var 31 år for både mænd og kvinder og dermed stort set uforandret i forhold til sidste år.

### Sociale baggrundsvariable

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

En stor del af klienterne er på overførselsindkomster, kun 14 % er beskæftigede, hvilket er lidt lavere end i 2008. Halvdelen er enten på dagpenge eller kontanthjælp. Samlet har 26 % en færdiggjort uddannelse ud over folkeskolen, og 9 % har forladt folkeskolen før afgangseksamen i 9. klasse. Det lave uddannelsesniveau skal ses i lyset af, at de fleste debuterer som stofmisbrugere i en ret ung alder. Også boligmæssigt er stofmisbrugerne dårligt stillede. Kun 59 % har selvstændig bolig, og 4 % er egentlig

---

<sup>9</sup> Her opgjort som MDMA eller lignende.

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

boligløse. Familiemæssigt levede en meget stor andel af såvel mandlige som kvindelige stofmisbrugere som enlige.

I alt 1.474 børn boede sammen med en misbruger indskrevet i behandling i 2009, mens 562 børn under 18 år var anbragt uden for hjemmet. Mht. antal børn af stofmisbrugere i behandling – hjemmeboende som anbragte børn – er disse højere end de tidligere år. Årsagen til stigningen kan formentlig i hovedtræk skyldes integration af klientadministrative systemer. Stofmisbrugere i behandling er efter kommunalreformen nu også et kommunalt anliggende, ligesom etc. klientens overførselsindkomster og familieforhold. Disse nye integrerede administrative klientprocedurer har forbedret registreringen mht. børnene og kan formentlig altså i hovedtræk forklare stigningen.

### Udenlandske statsborgere

En mindre del af stofmisbrugere i behandling er udenlandske statsborgere, i alt 6 % i 2009. Andelen af klienter i behandling med fremmed nationalitet svarer nogenlunde til andelen med fremmed nationalitet i befolkningen som helhed.

### Nytilkomne i behandling

Register over stofmisbrugere i behandling giver informationer om, hvorvidt klienterne tidligere har været indskrevet i behandling. Informationer om de nyindskrevne er særligt interessante, da denne gruppe afspejler den seneste udvikling mht., hvilke stoffer der bruges hvor, hvilke indtagelsesmåder, der dominerer i hvilke aldersgrupper etc. Med andre ord kan man følge nye tendenser over tid mht. misbruget og rekrutteringen hertil. I tabel 5.2.2 findes oplysninger om de nytilkomne.

Tabel 5.2.2. Klienter indskrevet i behandling i året, som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere, 2004-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Klienter der ikke er behandlet tidligere	1696 ud af 5212  (33 %)	1578 ud af 5228  (30 %)	1329 ud af 5426  (24 %)	1515 ud af 4661  (33 %)	1517 ud af 4700  (32 %)	1827 ud af 5296  (34 %)
M/K (%)	77/23	75/25	76/22	78/22	74/26	76/24
Gennemsnitsalder M/K	27/28	27/28	27/27	28/28	28/27	28/28
Opioider som hovedstof (%)*	24	19	15	17	15	12
Hash som hovedstof (%)*	47	46	50	52	56	65
Centralstimulerende stof som hovedstof (%)*	23	20	27	26	25	19
Injektion hos heroinmisbrugere (%)	21	19	18	23**	22	18

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

\*Procent af dem, der opgiver hovedstof

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

Som det fremgår af tabel 5.2.2, havde 34 % af de indskrevne klienter i 2009 ikke tidligere været i behandling. Ikke overraskende var gennemsnitsalderen lavere blandt de nye end gennemsnitsalderen i behandlingspopulationen som helhed. Blandt de nytilkomne er lidt flere kvinder sammenlignet med kønsfordelingen i hele behandlingspopulationen.

## Hovedstof og indtagelsesmåde

Der er en væsentlig større andel blandt de nytilkomne, der opgiver hash som hovedstof, sammenlignet med de, der har været i behandling tidligere. Andelen, der opgiver hash som hovedstof blandt de nytilkomne er 65 % i 2009, hvilket er en stigning sammenlignet med tidligere år. Blandt de 1.827 nytilkomne med oplyst hovedstof har kun 12 % opioider som hovedstof, og 19 % opgiver at have et centralstimulerende hovedstof (i dette tilfælde amfetamin, kokain eller ecstasy), hvilket er lavere i forhold til 2008, men en større andel end blandt behandlingspopulationen som helhed.

Hvad angår indtagelsesmåden for heroin blandt de to ”klientgrupper”, er der også forskel, da 18 % af de ikke tidligere behandlede oplyser at injicere stoffet, mens 34 % af de tidligere behandlede har injiceret heroin. Forskellen på indtagelsesmåden mellem de to klientgrupper kan skyldes en ”kortere misbrugskarriere”, og at nytilkomne misbrugere af opioider for en dels vedkommende bruger rygeheroin.

## Unge i stofmisbrugsbehandling

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

Fra 2003 til 2006 stiger antallet af unge mellem 18 og 29 år i behandling med 5,4 %, fra 4.466 til 4.706. Fra 2006 til 2007 faldt antallet, hvilket formentlig skyldes de ændrede registerprocedurer. I 2009 er 4.613 unge mellem 18 og 29 år i behandling, hvilket er på niveau med 2006. Sammenholder man ungepopulationen i stofmisbrugsbehandling med det samlede antal danske unge i samme aldersgruppe, svarer 4.613 til, at 6,6 ud af 1.000 unge mellem 18 og 29 år er i behandling i 2009, hvilket er højere i forhold til tidligere år.

Tabel 5.2.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2009 med kendt hovedstof (i procent)

	2003		2009	
	18 – 24-årige	Alle i behandling	18 – 24-årige	Alle i behandling
Hash	46,0	25,6	70	45,2
Heroin	15,3	30,2	4,5	16,0
Amfetamin	12,7	5,8	11,9	8,5
Kokain	5,8	4,4	4,9	5,2
Ecstasy	4,0	1,2	0,7	0,3
Andre opioider	4,8	20,1	3,4	19,4
Benzodiazepiner	1,7	2,1	2,0	2,3
LSD	0,0	0,0	0,2	0
Andet	9,8	10,5	2,5	2,8

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

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

Både i 2003 og 2009 var der flere unge, der søgte behandling for deres hashmisbrug end for et heroinmisbrug. Det samlede antal unge under 30 år, der søger behandling for deres heroinmisbrug, er faldet markant gennem hele undersøgelsesperioden fra 746 personer i 1997, 493 i 2003 til 176 personer i 2009.

### Stofmisbrugere i substitutionsbehandling

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

Fra 2008 baseres opgørelser om antallet af stofmisbrugere i substitutionsbehandling på data indberettet til Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB). Da opgørelsesmetoden<sup>11</sup> og datagrundlaget<sup>12</sup> er forskelligt fra 2008 og frem sammenlignet med årene før 2004, er resultaterne i de forskellige perioder ikke direkte sammenlignelige.

Opgørelsen fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling viser, at der blandt alle i stofmisbrugsbehandling er 7.275 personer i substitutionsbehandling i 2009, hvilket er på niveau med 2008. Medtages data fra Kriminalforsorgen er det samlede antal personer i substitutionsbehandling enten med metadon eller buprenorphin på knap 7.750 i 2009.

Buprenorphin og metadon anvendes i substitutionsbehandlingen. I Sundhedsstyrelsens reviderede vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler fra 2008 er det blevet indskærpet, at buprenorphin bør anvendes som 1. valgs præparat til opioidafhængige stofmisbrugere, som ikke tidligere har været i behandling, og i øvrigt tilstræbes anvendt i videst muligt omfang i substitutionsbehandlingen.

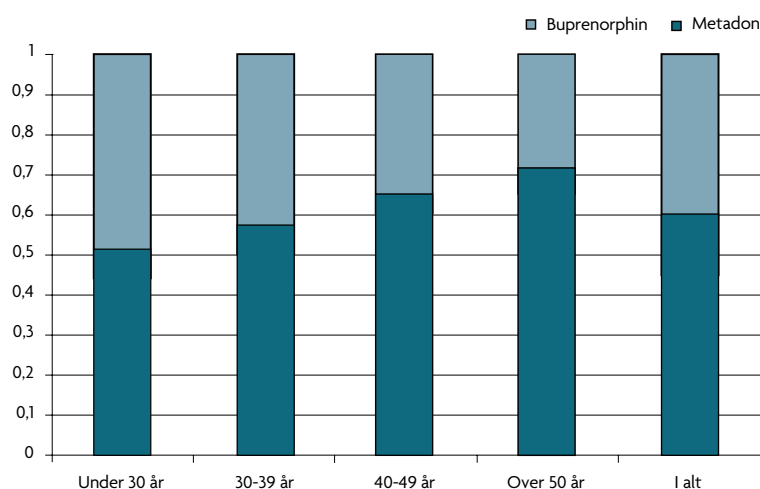
Antallet af personer i substitutionsbehandling med buprenorphin er steget. I 2009 var knap 1.200 personer i substitutionsbehandling med buprenorphin mod 950 personer i 2008. Flere unge under 30 år er i substitutionsbehandling med buprenorphin sammenlignet med personer i de ældre aldersgrupper. Hermed falder andelen af personer i behandling med buprenorphin med alderen, jf. figur 5.2.1.

---

<sup>11</sup> I tidligere opgørelser var længerevarende substitutionsbehandling defineret som modtagelse af substitutionsbehandling i 5 måneder. I nærværende opgørelse er antallet af personer i substitutionsbehandling defineret på baggrund af de definitioner, der er fastsat af EMCDDA med baggrund i at opgøre personer i et pågældende år. I denne vil kun det sidst påbegyndte behandlingsforløb indgå i opgørelsen for personer indskrevet i behandling i 2009.

<sup>12</sup> Tidligere opgørelser var baseret på ordinationsregisteret, mens nærværende opgørelse er baseret på registeret over stofmisbrugere i behandling (SIB).

Figur 5.2.1 Andelen af personer i substitutionsbehandling med hhv. buprenorfin og metadon i 2009 fordelt på aldersgrupper



Blandt klienter indskrevet i 2009 i behandling for første gang er 40 % og 60 % i substitutionsbehandling med henholdsvis buprenorfin og metadon. Dette er en stigning i forhold til i 2008, hvor 31 % og 69 % var i substitutionsbehandling med henholdsvis buprenorfin og metadon. Stofmisbrugere, der søger behandling første gang, kommer altså i stigende grad i substitutionsbehandling med buprenorfin på bekostning af metadon, hvilket er positivt og i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at buprenorfin i videst mulig omfang benyttes som 1. valgs præparat til opioidafhængige stofmisbrugere.

90 % af de nyindskrevne i 2009 er i stoffri behandling mod 73 % i 2007.

### 5.3 Stofmisbrugere i døgnbehandling

Særlige informationer om døgnbehandling indhentes gennem monitoreringssystemet DanRIS-Døgn, der er udviklet siden 2000. Alle døgninstitutioner, der behandler stofmisbrugere, er forpligtet til at indsende data til DanRIS. Antallet af døgninstitutioner tilmeldt DanRIS var i 2009 46. Af disse var 38 egentlige døgnbehandlingsinstitutioner.

I nedenstående tabel er udviklingen i indskrivninger hvert halve år fra 2004-2009 vist.

**Tabel 5.3.1. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling i halvårene 2004-2009<sup>13</sup>**

Tid	N	Alder	Kvinder
1. halvår 2004	731	32,7	27 %
2. halvår 2004	690	32,4	23 %
1. halvår 2005	713	32,8	27 %
2. halvår 2005	531	32,7	24 %
1. halvår 2006	623	33,1	26 %
2. halvår 2006	473	33,1	26 %
1. halvår 2007	650	33,3	25 %
2. halvår 2007	578	33,0	25 %
1. halvår 2008	726	34,0	27 %
2. halvår 2008	693	33,6	23 %
1. halvår 2009	682	33,0	25 %
2. halvår 2009	577	33,1	22 %
Alle	7667	33,1	25 %

Kilde: Center for Rusmiddelforskning, Dansk Registrerings- og Informationssystem, DanRIS. STOF, 2009.

Som det fremgår af tabel 5.3.1, ses et fald i antal indskrevne i 2009 i forhold til 2008, mens antal indskrivninger i døgnbehandling i 2009 er på niveau med antal indskrivninger i 2007. Gennemsnitsalderen for stofmisbrugere i døgnbehandling er konstant gennem årene, og er 33 år i 2009. Andelen af kvinder synes ligeledes at være stabil over hele perioden.

I forhold til 2008 er der enkelte ændringer i klienternes stofforbrug i måneden inden indskrivning. I 2009 ses en signifikant reduktion i brugen af heroin, metadon samt nerve-/sovemedicin, endvidere er antallet af dage med injektion som indtagelsesmåde faldet signifikant. Brugen af andre opiater, centralstimulerende stoffer, cannabis og stofforbrug af alkohol inden indskrivning er derimod uændrede fra 2008 til 2009<sup>14</sup>.

**Tabel 5.3.2. Andel brugere af opioider og centralstimulerende stoffer i måneden op til indskrivning i døgnbehandling fra 2001-2009 (i procent)**

	2001 N=636	2002 N=740	2003 N=1026	2004 N=1325	2005 N=1136	2006 N=996	2007 N=802	2008 N=970	2009 N=936
Opioider	76	75	71	67	70	64	65	61	58
Centralstimulerende stoffer	47	49	48	52	50	50	51	50	51

Kilde: Center for Rusmiddelforskning, Dansk Registrerings- og Informationssystem, DanRIS. STOF, 2009.

Bemærkning: "N" i alle årene angiver alene de klienter der har besvaret alle spørgsmål i European Addiction Severity Index.

I tabel 5.3.2 ses udviklingen i brugen af opioider og centralstimulerende stoffer inden indskrivning i døgnbehandling fra 2001 til 2009. Som tabellen viser, ses et fald i

<sup>13</sup> En person kan have flere indskrivninger pr. år, men der skal gå mindst 30 dage fra udskrivning før der kan finde ny indskrivning sted. De 1259 indskrivninger der blev registreret i 2009 fordeler sig på i alt 1163 personer.

<sup>14</sup> Mindst 5 genstande i mindst 4 dage om ugen i måneden op til indskrivning.

perioden i andelen af stofmisbrugere, der indskrives i døgnbehandling, og som har et forbrug af opioider inden indskrivning. For så vidt angår andelen af stofmisbrugere, der har et forbrug af centralstimulerende stoffer inden indskrivning, er andelen nogenlunde konstant i perioden.

### **Gennemførelse og belastningsgrad**

Andelen af klienter, der gennemfører døgnbehandling som planlagt, er steget fra 41 % i 2004 til 50 % i 2007 og 52 % i 2009. Antal indskrivningsdage i gennemsnit pr. behandlingsforløb er endvidere steget i perioden, og var 114 dage i 2004, 123 dage i 2007, og 139 dage i 2008. Fra 2008 til 2009 ses dog et lille fald fra 139 til 133 dage i gennemsnit pr. behandlingsforløb, hvilket dog stadig er højere end i årene før 2008.

I 2008 og 2009 havde døgnbehandlingsinstitutionerne udfyldt EuropASI-skema på henholdsvis 68 % og 74 % af klienterne indskrevet i året. Ud fra ASI-skemaet ses bl.a. den sociale belastning, herunder boligforhold og forsørgelse, og klienternes psykiske belastning kan endvidere beregnes.

Sammenlignet med 2008 ses i 2009 en større belastningsgrad, hvad angår klienternes bolig- og indkomstforhold. 44 % af klienterne havde selvstændig bolig i 2008, men denne andel var faldet til 41 % i 2009. Hertil kommer, at andelen af indskrevne uden bolig faldt fra 9 % i 2008 til 7 % i 2009. Hvad angår indtægtskilde, faldt andelen af klienter med lønindkomst de sidste 30 dage inden indskrivning fra 9 % i 2008 til 6 % i 2009, og andelen af klienter, der fik kontanthjælp, steg fra 37 % til 42 % i samme periode. Positivt ses dog, at andelen af klienter, der oplyser en hovedindkomst fra illegale aktiviteter, er faldet fra 6 % i 2008 til 3 % i 2009.

Der ses kun en mindre ændring i klienternes psykiske belastning ved indskrivning i døgnbehandling fra en ASI-score på 0,48 i 2008 til 0,46 i 2009.

De i alt 1259 indskrivninger i 2009, kommer fra 88 ud af de 98 danske kommuner.

## **5.4 Øvrige tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen**

Regeringen har fra 2007 til 2010 gennemført et kvalitetsløft på stofmisbrugsområdet med henblik på at sikre, at stofmisbrugere får en korrekt sagsbehandling samt en kvalificeret stofmisbrugsbehandling. Kvalitetsløftsindsatsen har omfattet en række initiativer, der tilsammen har medvirket til at opkvalificere fagpersoner på stofmisbrugsområdet. Senest er bogen ”Stofmisbrug i et socialfagligt perspektiv” blevet udgivet og distribueret i april 2010 til misbrugsbehandlere, visitatorer, sagsbehandlere og andre fagfolk, der arbejder professionelt med stofmisbrug. Bogen giver overblik, viden og stof til refleksion og inspiration til det daglige arbejde på stofmisbrugsområdet. Samtidig er hæftet ”God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet – metodehæfte til fagpersoner omkring mennesker med et stofmisbrug” blevet udgivet til samme målgruppe. Endelig er der i foråret 2010 blevet afholdt en stofmisbrugskonference for 400 fagpersoner på stofmisbrugsområdet om aktuelle temaer i forhold til den sociale stofmisbrugsindsats.

### **Unge misbrug – Videnscenter for fagpersoner**

Videnscenteret Unge misbrug skal klæde fagfolk bedre på i arbejdet med unge under



18 år, der har problemer med rusmidler. Via hjemmeside og konferencer kan lærere, SSP-medarbejdere, ungekonsulenter og andre fagfolk få information om, hvilke problemstillinger der gør sig gældende for unge med rusmiddelproblemer, ligesom de kan få viden om lovgivning på området og redskaber til at arbejde med de unge. Centret tilbyder også særligt tilrettelagte forløb i enkeltkommuner med fokus på optimering af det tværfaglige samarbejde. Formålet er, at fagfolk skal blive bedre til at opspore unge med rusmiddelproblemer samt igangsætte eller understøtte en indsats over for de unge. Det nationale videnscenter Unge Misbrug er et initiativ under Regeringens strategi Lige Muligheder fra 2007 (se også afsnit 3.2).

### Hash- og kokainprojekt

For at imødekomme behovet for at udvikle behandlingsmetoder over for nye grupper af misbrugere blev der i 2006 med accept fra de daværende satspuljeordførere bevilget økonomisk støtte på ca. 9 mio. kr. over en tre årig periode til et projekt i Københavns Kommune kaldet Hash- og Kokainprojektet. Projektet startede i 2007.

Hash- og kokainprojektet er – efter en projektperiode på 3 år – nu implementeret som et fast behandlingstilbud til nye grupper af misbrugere i Københavns Kommune. Der er udviklet et gruppebehandlingskoncept, der er baseret på den motiverende samtale og kognitive og løsningsfokuserede metoder. I projektperioden var der mulighed for at deltage i grupper om aftenen for dem, der er i arbejde eller studerende, eller i daggrupper, hvor deltagerne er lidt mere belastede. Metoden er beskrevet i et arbejdskatalog.

Erfaringerne fra forsøgsperioden er, at det er lykkedes at få kontakt med brugere, som man kun i begrænset omfang havde set i behandlingssystemet, uanset et langvarigt misbrug af hash og/eller kokain.

Den typiske deltager i gruppebehandlingen er en mand i beskæftigelse eller under uddannelse, mellem 30 og 35 år, med et misbrug af hash eller kokain. Som kokainmisbruger har han brugt stoffet i 10-12 år, som hashmisbruger har han brugt stoffet i 18-20 år, inden han søger behandling. Han kan have symptomer på psykiske forstyrrelser som depression og opmærksomhedsproblemer, men symptomerne synes ikke at være så alvorlige, at der er tale om diagnosticerede psykiske afvigelser. Hans problemer er centreret omkring hans misbrug af stoffer. Uanset dette er det også karakteristisk for disse brugergrupper, at de stort set ikke er tidligere dømt eller har tidligere eller aktuel erfaring med kriminalitet.

Det er karakteristisk for deltagerne – uanset at der er tale om hash eller kokainmisbrug – at deres tilværelse udadtil har syntes upåvirket af deres forbrugsvaner, men indadtil har deres tilværelse været underkastet et stort pres. De har levet et almindeligt liv – uden at leve et almindeligt liv.

I løbet af behandlingen på ca. 4 måneder blev 38 % af deltagerne i aftengrupperne og 30 % af deltagerne i daggrupperne stoffrie. Yderligere reducerede hhv. 15 og 16 % af deltagerne i de to gruppetyper deres stofbrug. Over halvdelen blev i projektet i mere end 3 måneder, og 53 % deltog i mere end 7 gruppesessioner.

Et udvalg af deltagerne blev interviewet efter behandlingen var afsluttet. I disse interview gav de udtryk for, hvad de havde fået med sig fra projektet, som kunne hjælpe

dem videre i tilværelsen. Flere fortalte, at de havde erkendt, at de ikke skulle sætte sig alt for høje mål, ”ikke sætte barren for højt”, ikke skaffe sig selv for mange nederlag, men acceptere dem de var og tage et skridt ad gangen. Tilsvarende fortalte flere, at de havde fået et andet selvbillede, fået mere selvtillid og tillod sig selv at anerkende egne succeser. De havde opdaget, at ”de havde mere rygrad, end de troede”. De gav udtryk for, at de var blevet bedre til at reflektere, ”tænke i store perspektiver” og styre stoftrangen i situationer, hvor de normalt ville tænke i stofbrug.

## 6 Sundhedsrelaterede konsekvenser som følge af stofmisbrug

En række sundhedsmæssige problemer og konsekvenser kommer i kølvandet på stofmisbrug. Stofmisbrugere har en stærkt forhøjet dødelighed generelt på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis, og stofmisbrugere, der er løsladt fra fængslerne, har en særlig høj dødelighed kort tid efter løsladelsen.

Antallet af narkotikarelaterede dødsfald opgøres i to parallelle registre – i Rigspolitiets register og i Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister. Sidstnævnte register benyttes til europæisk sammenligning og er baseret på fælles europæisk definition.

Antallet af narkotikarelaterede dødsfald er faldet de senere år. Fra 2008 til 2009 ses dog en markant stigning i antal dødsfald registreret i Rigspolitiets register. Analyser af disse dødsfald gennem årene viser, at der hovedsagligt er tale om forgiftningsdødsfald som følge af et blandingsmisbrug. Ifølge Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister har antallet af narkotikarelaterede dødsfald været jævnt faldende siden 2006. Opgørelserne af de narkotikarelaterede dødsfald viser således i det store hele en faldende tendens indtil 2008. Det forhold, at begge registre beskriver samme udvikling, bestyrker, at det reelt er tale om en faldende tendens.

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

Psykiske lidelser hos stofmisbrugere er hyppige, idet stofmisbrug ofte optræder sammen med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer i form af panikreaktioner, angstanfald, depressioner og personlighedsforstyrrelser og lignende. Opgørelser over psykiatriske indlæggelser viser, at der er sket en stigning gennem årene i antal patienter, der indlægges i psykiatrisk behandling, hvor stofmisbrug er medvirkende faktor ved indlæggelserne (dobbeltdiagnoser).

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

### 6.1 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere

Rigspolitiet har registreret narkotikarelaterede dødsfald siden 1970. Registeret omfatter dødsfald, hvor der er sket indberetning til politiet med henblik på medikolegalt

ligsyn, og hvor der samtidig foreligger oplysninger om et stofmisbrug. Det drejer sig fx om dødfundne, pludselig uventede døde, ulykker – herunder forgiftninger, drab og selvmord. Dødsfald forårsaget af forgiftning eller anden ulykke, hvor den pågældende havde indtaget narkotika, vil således blandt andet blive registreret i Rigspolitiets register.

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

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

I forbindelse med at det europæiske narkotikaovervågningscenter, EMCDDA, årligt offentliggør sammenligningsdata over de narkotikarelaterede dødsfald på europæisk plan, er det i store træk data fra landenes dødsårsagsregister (som det er fra Danmark), der benyttes, og benævnes som den ”nationale definition”. På den baggrund bør sammenligninger med andre europæiske lande baseres på data fra Sundhedsstyrelsens dødsårsagsregister. I en dansk sammenhæng er Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald en vigtig kilde til beskrivelsen af udviklingen over tid og indeholder specifikke oplysninger om forgiftninger. Men da der i Rigspolitiets register anvendes en anden og bredere definition af narkotikarelaterede dødsfald, og registreringen desuden er begrænset til at omfatte de medikolegale dødsfald, kan disse data ikke bruges til europæiske sammenligninger.

Som det fremgår af opgørelser af de narkotikarelaterede dødsfald, registreret både i Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister og i opgørelsen fra Rigspolitiet, ses i det store hele en faldende tendens i antallet af narkotikarelaterede dødsfald indtil 2008. Det forhold, at begge registre beskriver samme udvikling, bestyrker, at der reelt var tale om en faldende tendens.

### Sundhedsstyrelsens opgørelse, baseret på dødsårsagsregisteret

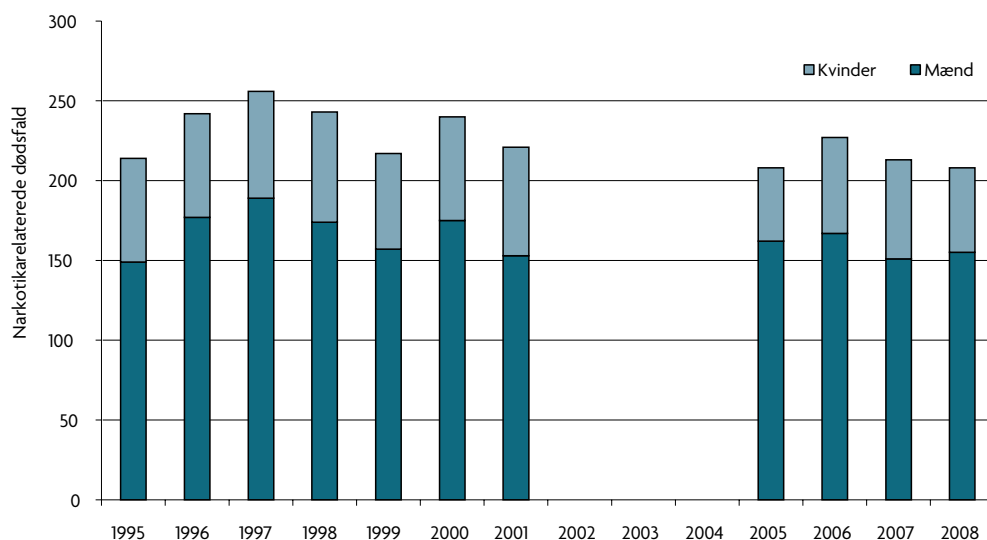
I opgørelsen fra Dødsårsagsregisteret er den europæiske definition af de narkotikarelaterede dødsfald anvendt (EMCDDA 2005). Her medregnes dødsfald, der er kodet som dødsfald som følge af skadelig brug af stoffer eller afhængighed og stofpsykoser, samt dødsfald som følge af forgiftning (tilsigtet og utilsigtet forgiftning). Dødsfald som følge af trafikulykker eller andre uheld, hvor illegale stoffer var medvirkende, er ikke medtaget her, men derimod i Rigspolitiets register.

Figur 6.1.1 viser udviklingen af narkotikarelaterede dødsfald registreret i Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister for perioden 1995-2008<sup>15</sup>.

---

15 Valide tal for narkotikarelaterede dødsfald for 2002-2004 foreligger ikke. Hertil kommer at 2009-tal endnu ikke er opgjort.

Figur 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald 1995-2008\*



Kilde: Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister

\* Data for årgangene 2007 og 2008 fra Dødsårsagsregisteret er ikke fuldstændig komplette. Da det reelle antal dødsfald er kendt fra CPR-registeret er data for 2007 og 2008 forhøjet med hhv. 3 og 4,5 pct. for at kunne sammenligne med tidligere år.

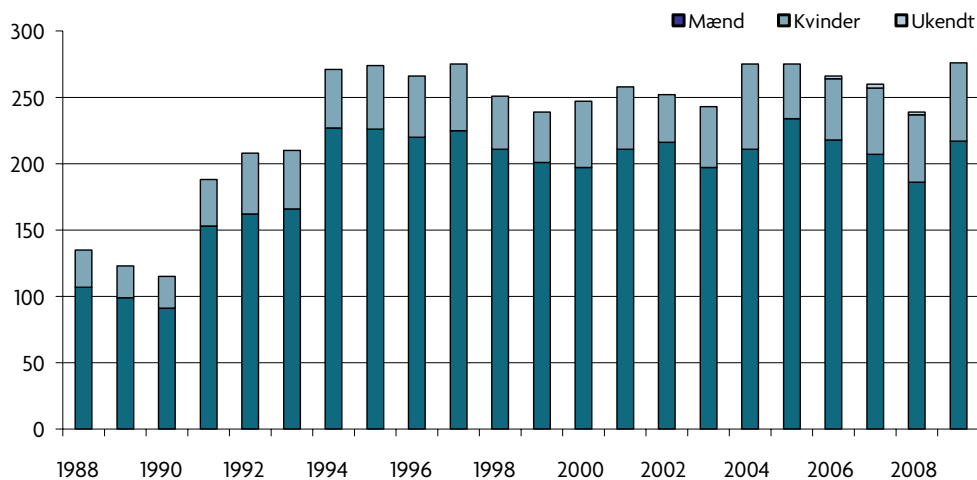
I 2008 er antallet af registrerede narkotikarelaterede dødsfald 208, hvilket er på samme niveau som antallet af dødsfald i 2007. Betragter man hele perioden, 1995-2008, svinger antallet af dødsfald mellem 200-250. Antallet er lavest i 2005, hvor der er registreret 207 dødsfald. I 2008 stod mænd for 75 % (155) af samtlige narkotikarelaterede dødsfald. I de øvrige år svinger andelen mellem 69 % og 74 %.

### Rigspolitiets register

Fra midten af 90'erne (figur 6.1.2) har antallet af dødsfald registreret i Rigspolitiets register ligget nogenlunde konstant, dog med årlige udsving (se tabel 6.1.1 i annekset). I 2009 blev der registreret 276 narkotikarelaterede dødsfald, hvilket er det højeste antal de seneste år. Af de 276 dødsfald var 79 % mænd (217), og 21 % var kvinder (59). Antallet af narkotikarelaterede dødsfald har været faldende fra 275 i 2005 til henholdsvis 266 i 2006, 260 i 2007 og 239 i 2008. Efter senere års faldende tendens er antallet af narkotikarelaterede dødsfald i 2009 igen på samme niveau som i 2005.

Gennemsnitsalderen ved død er i mange år steget. I 1993 var gennemsnitsalderen 33 år, mens den i 2009 var steget til 39,6 år. Gennemsnitsalderen ved død for mænd er i 2009 39,2 år, mens den for kvinder er 40,8 år. Ca. 20 % af samtlige narkotikarelaterede dødsfald årligt sker blandt de unge under 30 år.

Figur 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1988-2009



Kilde: Rigspolitiet, 2010

Ud af de 276 dødsfald i 2009 skyldtes 75 % (206) forgiftninger med et eller flere stoffer. Som tabel 6.1.3. nedenfor viser, skyldtes 36 % af forgiftningerne (75 ud af 206) heroin/morfin eller heroin/morfin i kombination med et andet stof, mens 47 % af forgiftningerne (96 ud af 206) metadon eller metadon i kombination med et andet stof. I alt 6 af forgiftningsdødsfaldene i 2009 skyldtes forgiftning med enten amfetamin (4) eller kokain (2). 70 af de 276 narkotikarelaterede dødsfald skyldtes anden form for narkotikarelateret død – fx vold, anden ulykke end forgiftning, sygdom eller en ukendt dødsårsag.

Tabel 6.1.3. Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år grupperet efter den formodede væsentligste dødsårsag. Tal i parentes er procent

	1991	1997	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Heroin/morfin	94 (57)	153 (71)	60 (30)	81 (38)	77 (37)	83 (37)	69 (34)	70 (36)	75 (36)
Metadon	51 (31)	46 (21)	97 (49)	95 (44)	89 (43)	92 (42)	84 (41)	82 (42)	96 (47)
Andet	9 (12)	17 (8)	41 (31)	38 (18)	40 (20)	46 (21)	52 (25)	43 (22)	35 (17)
<b>Forgiftninger i alt</b>	<b>154 (100)</b>	<b>216 (100)</b>	<b>198 (100)</b>	<b>214 (100)</b>	<b>206 (100)</b>	<b>221 (100)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>195 (100)</b>	<b>206 (100)</b>

Kilde: Rigspolitiet, 2010

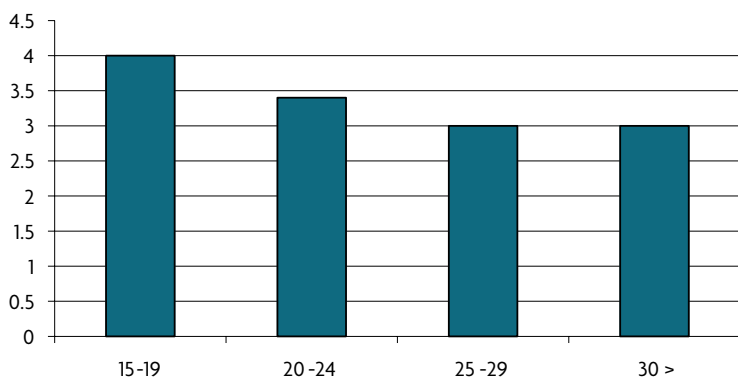
Tabel 6.1.3. viser udviklingen i de forskellige forgiftningsdødsfald i årene 1991, 1997, og fra 2003 og frem til 2009. Helt overordnet set tegner forgiftningsdødsfald med opioider (heroin/morfin og metadon) sig i alle årene for hovedparten af forgiftningsdødsfaldene.

Fra 90'erne til i dag ses dog en markant ændring af forgiftningsmønstret, idet der inden for gruppen af forgiftninger med opioider fra 1997 til 2003 er tale om et fald i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med heroin/morfin angives som den primære årsag, mens der er en tilsvarende stigning i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med metadon angives som den primære årsag.

Endelig har der siden 1997 været en kraftig stigning i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med "andet" er angivet som den primære årsag. Gruppen af "andet" indeholder stoffer såsom amfetamin, kokain og andre (stærke) opioider. Fra perioden 2007 til 2009 ses dog et lille fald i både antallet og andelen af disse typer dødsfald. I 2009 gjaldt det, at der under kategorien "andet" blandt andet var følgende forgiftningsdødsfald; amfetamin: 4, kokain: 2, ketobemidon: 1, andre opioider(stærke): 3, antidepressiva: 2, andet fx GHB og ketamin: 4<sup>16</sup>.

Det bør fremhæves, at det stof, som angives i venstre kolonne i tabel 6.1.3., er det stof, som af retsmedicinerne er klassificeret som hovedårsag til forgiftningen. I langt de fleste forgiftningsdødsfald er der tale om, at flere stoffer samtidig medvirker til forgiftningen – det vil sige at mere end ét stof blev fundet i en dødelig dosis. Ligeledes er andre stoffer, som også kan påvises hos den afdøde, såsom benzodizepiner, alkohol m.m., medtaget. I nedenstående figur 6.1.3 ses antallet af påviste stoffer i gennemsnit i blodet hos de afdøde narkotikadøde i forskellige aldersgrupper.

Figur 6.1.3. Antal stoffer påvist blandt forgiftningsdødsfald i 2009 i gennemsnit i forskellige aldersgrupper



Kilde: Rigspolitiet, 2010

Som figuren viser, påvises mellem 3 og 4 forskellige stoffer i gennemsnit i forgiftningsdødsfaldene, hvilket dokumenterer et udbredt blandingsbrug blandt dem, der dør. Dette gælder også blandt de helt unge.

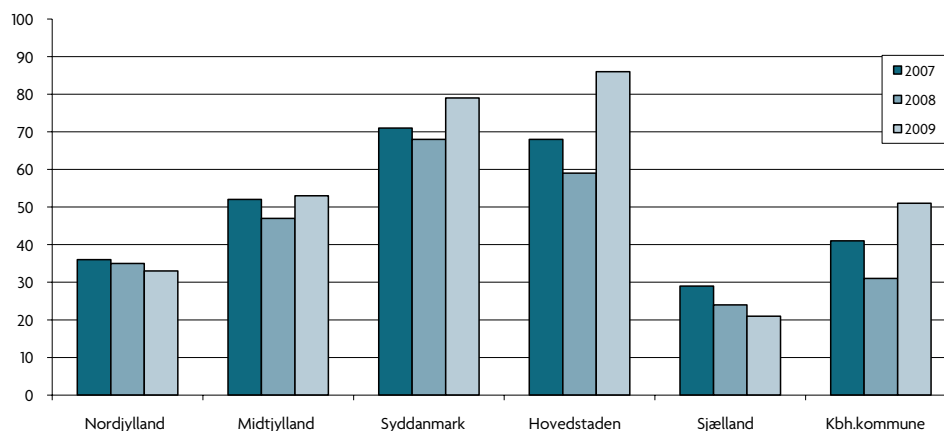
### Geografisk udvikling

Af de 276 narkotikarelaterede dødsfald i 2009 er 135, 110 og 31 undersøgt og rapporteret ind henholdsvis fra de retsmedicinske afdelinger/institutter i Jylland, Sjælland og Fyn. I de senere år er der set flere narkotikarelaterede dødsfald i Jylland end på Sjælland, og færrest på Fyn.

Udviklingen i samtlige antal narkotikarelaterede dødsfald i 2007, 2008 og 2009 fordelt på regioner samt Københavns Kommune ses af figur 6.1.4. nedenfor.

16 Opførelse af gruppen af "andet" i tidligere år, kan ses i annexet.

Figur 6.1.4. Narkotikarelateret dødsfald fordelt på regionerne samt Københavns Kommune (dødsfald i Københavns Kommune er inkluderet i søjlerne for region hovedstaden)



Kilde: Rigspolitiet, 2010

Som nævnt indledningsvis, er der sket et fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald fra 2005 til 2008 for igen at stige fra 2008 til 2009. Det ses af figur 6.1.4., at faldet i de narkotikarelaterede dødsfald fra 2007 til 2008 (fra 260 til 239 dødsfald) fordeles på samtlige regioner og Københavns Kommune. Ligeledes ses, at stigningen fra 2008 til 2009 (fra 239 til 276 dødsfald) fordeles på alle regioner og Københavns Kommune, bortset fra Regionerne Nordjylland og Sjælland, hvor faldet fortsætter. Opgørelsen er baseret på den bopælskommune, stofmisbrugeren var registreret i på dødstidspunktet, og ikke hvor dødsfaldet fandt sted.

## 6.2 Forgiftninger med illegale stoffer

Udtrækket fra Landspatientregisteret (LPR) omfatter patienter med forgiftning som aktionsdiagnose, registreret på landets somatiske eller psykiatriske skadestuer samt blandt patienter, som har været indlagt med forgiftninger uden først at have været i kontakt med en skadestue. Af tabel 6.2.1 i annekset fremgår omfanget og udviklingen af de registrerede intoksikationer<sup>17</sup> og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer fra 1999 til 2009. Fra 2000 ændrede kodningspraksis sig ved, at det herefter blev muligt at specificere forgiftninger med amfetamin og khat. En formodet underrapportering af disse forgiftninger betyder, at der er tale om en minimumsopgørelse.

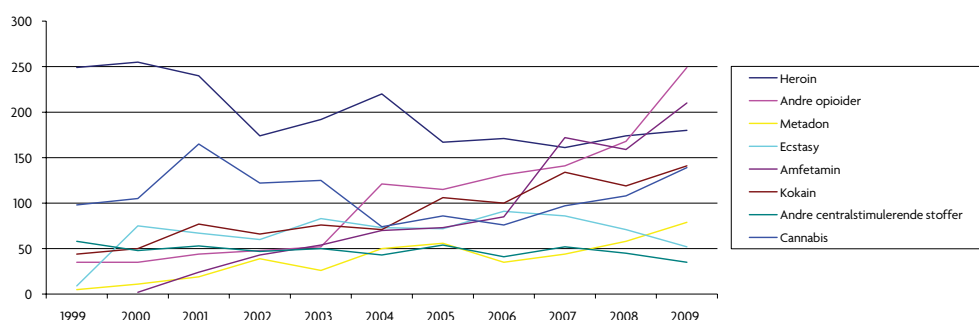
Der er årligt registreret mellem 1128 og 1662 henvendelser med forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2009. Mens der fra 1999 til 2005 er tale om stabilitet i antal forgiftninger, ses en stigende tendens fra 1262 forgiftninger i 2005 til 1662 forgiftninger i 2009, hvilket svarer til en stigning på 32 % i perioden. Stigningen ses især som følge af indtag af opioider (heroin, metadon m.m.), de centralstimulerende stoffer (amfetamin, kokain mm) samt hash. Tallene er som nævnt usikre og skal læses med forbehold på grund af diagnostiske og andre fejlkilder.

<sup>17</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).



I alt er der registreret 15.115 forgiftninger i de 11 undersøgelsesår. Langt de fleste forgiftninger, godt 90 %, er behandlet på de somatiske skadestuer, og de resterende knap 10 % på de psykiatriske skadestuer. Hvad angår kønsfordeling, er lidt over dobbelt så mange mænd (67 %) som kvinder (33 %) registreret med en forgiftning i undersøgelsesårene. Nedenstående figur viser udviklingen af forgiftninger med de forskellige stoffer og omfatter, som nævnt, 15.115 forgiftninger i samtlige 11 år (tal vist i tabel 6.2.1. i annekset).

Figur 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999-2009



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk maj 2010

Som tabel 6.2.2. nedenfor viser, sker de fleste forgiftninger med opioider ikke overraskende overvejende blandt personer over 30 år og er yderst sjældne blandt de helt unge. Modsat ses forgiftninger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer hyppigst blandt de unge. Henholdsvis 70 % og 60 % af samtlige forgiftninger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer er registreret blandt unge under 24 år. 2.704 (18 %) forgiftninger i perioden indtraf blandt unge under 20 år. Forgiftninger med centralstimulerende stoffer er hyppigst forekommende blandt unge, efterfulgt af et blandingsmisbrug eller stoffer, der ikke specificeres.

Tabel 6.2.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 11 undersøgelsesår (1999-2009) fordelt på forskellige aldersgrupper

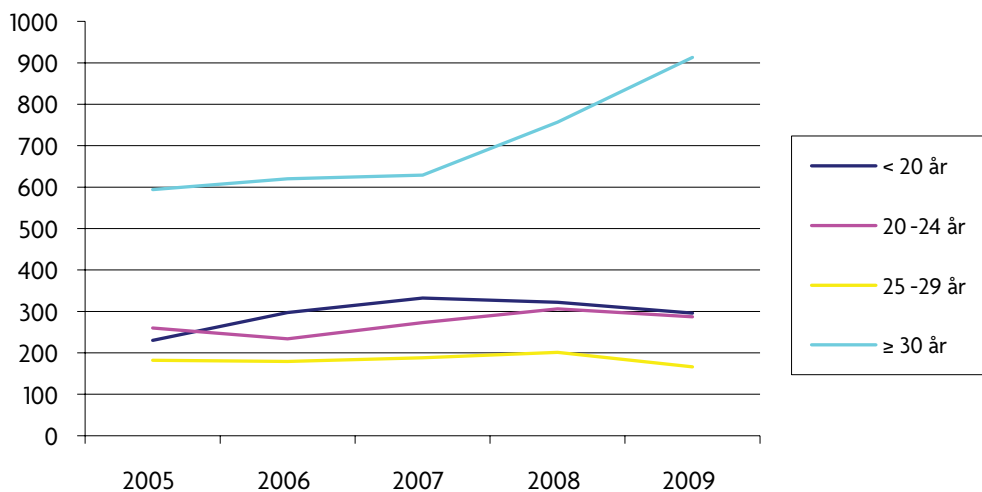
	< 20 år	20-24 år	25-29 år	≥ 30 år
Opioider	198	410	642	3223
Centralstimulerende stoffer	1016	985	524	792
Svampe og hallucinogener	112	85	35	48
Cannabis	382	328	194	292
Blandingsmisbrug og uspecificeret	996	999	772	3183
<b>I alt</b>	<b>2704</b>	<b>2807</b>	<b>2167</b>	<b>7538</b>

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk maj 2010

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 på 30 år og opefter står for 38 % af forgiftningerne (ikke vist).

Udviklingen i antal forgiftninger gennem årene i de forskellige aldersgrupper ses i tabel 6.2.3. i annekset, og er illustreret i figur 6.2.3. nedenfor.

Figur 6.2.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper fra 2005-2009



Som nævnt tidligere i foreliggende afsnit, ses der stigninger i antallet af forgiftninger fra 2005. Stigningen i antallet af forgiftninger i årene ses i gruppen over 30 år.

### 6.3 Narkotikarelaterede infektionssygdomme

#### Hiv/aids

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

I tabel 6.3.1 i annekset ses antallet af anmeldte nypåviste hiv-positive og heraf antallet af intravenøse stofmisbrugere de sidste ti år<sup>18</sup>. Antallet af nypåviste hiv-positive har varieret fra år til år, og det samme gælder antallet af smittede, hvor smitekilden antages at være intravenøst stofmisbrug. I 2009 var 6 % (15 personer) af de nydiagnostiserede hiv-positive intravenøse stofmisbrugere. Andelen har ligget på mellem 4 og 11 % de sidste ti år.

Andelen af nyanmeldte aids-tilfælde, hvor smitekilden anses at være intravenøst stofmisbrug, har ligget relativt stabilt omkring 10 %. I 2009 var 10 % af de anmeldte aids-tilfælde fundet hos intravenøse stofbrugere, hvilket udgjorde 3 ud af i alt 30 personer.

<sup>18</sup> Tallene fra tidligere år er blevet korrigeret og opdateret, således at de afviger en smule fra opgørelser i tidligere årsrapporter. Statens Serum Institut.

## Hepatitis A, B og C

Trods mindre udsving synes der de senere år at være sket et fald i antallet af registrerede akutte tilfælde af hepatitis i hele befolkningen (tabel 6.3.2. i annekset). I samme periode har andelen af akutte tilfælde af hepatitis, hvor den smittede har været intravenøs stofmisbruger, ligget omkring 1 % ved hepatitis A, varieret mellem 5 % og 35 % ved hepatitis B, og varieret fra 29 % til 85 % ved hepatitis C. 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.

## Undersøgelser over udbredelse af infektionssygdomme

Som led i kvalificering, harmonisering og kortlægning af forekomsten af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere i EU har Sundhedsstyrelsen i perioden 2004-2008 støttet et forskningsprojekt til undersøgelse af udbredelsen af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere<sup>19</sup>. Der er undersøgt for forekomsten af hiv og hepatitis B og C blandt de narkotikarelaterede dødsfald (ca. 250 årligt), som bliver registreret i Rigspolitets register.

Analyseresultater fra den 5-årige undersøgelse har vist, at forekomsten af hepatitis B og C blandt stofmisbrugere over de senere år er nogenlunde konstant og muligvis faldende, samt at forekomsten af hiv blandt stofmisbrugere er uændret og relativt lav. Afhængigt af undersøgelsesår var ca. halvdelen af de undersøgte positive for antistoffer mod hepatitis C, mens ca. 1/4 var positive for hepatitis B (anti-HBc), og 1/4 var beskyttet mod hepatitis B (anti-HBs positive). Hiv infektion i undersøgelsespopulationen var nogenlunde uændret i perioden og under 4 %.

## 6.4 Stofmisbrugere i psykiatrisk behandling

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

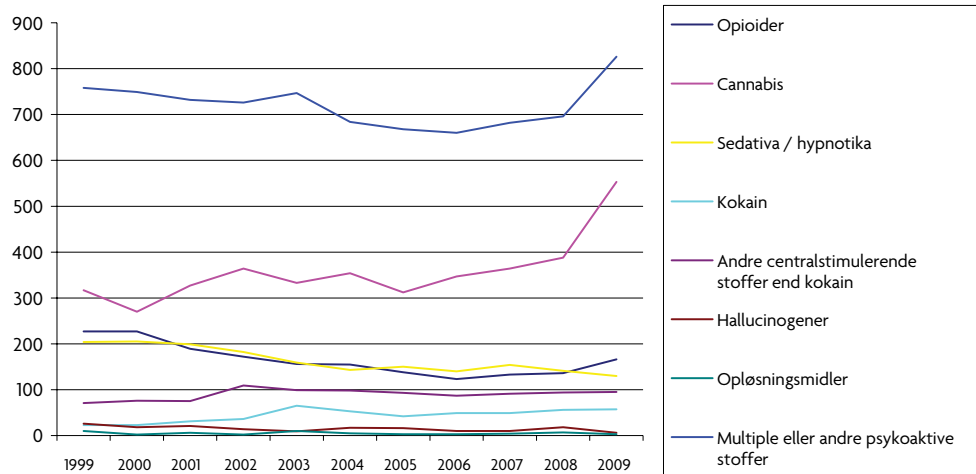
I 2009 blev i alt 5464 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose (dobbeltdiagnose). Dette er flere end i de foregående år (4954 personer i 2008). Antallet af personer indlagt med bidiagnoser alene relateret til stofbrug er som tidligere år stadig stigende og udgjorde 3718 i 2009 (3418 personer i 2008). Antallet af personer indlagt med stofrelaterede hoveddiagnoser i 2009 udgjorde 1746 personer, hvilket også er lidt flere sammenlignet med tidligere år (1536 i 2008). Antal personer og antal indlæggelser med bi- eller hoveddiagnoser er vist i tabeller i annekset samt illustreret ved figurer nedenfor.

Over de seneste 10 år har personer med hoveddiagnoser i relation til ”blandingsbrug” (muple eller andre psykoaktive stoffer) været den største gruppe. Næst hyppigst ses personer med cannabisrelateret hoveddiagnose, som i 2009 omfattede 32 % af

<sup>19</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.

personer i psykiatrisk behandling med en stofrelateret hoveddiagnose. Personer med hoveddiagnoser relateret til cannabis er endvidere steget markant de seneste år. Alene fra 2008 til 2009 er personer indlagt med cannabisrelaterede hoveddiagnoser steget fra 388 indlæggelser i 2008 til 553 indlæggelser i 2009, hvilket svarer til en stigning på 42 %. I hele perioden har antallet af personer med opioidrelateret hoveddiagnose været svagt faldende, dog med stigende tendens de seneste par år.

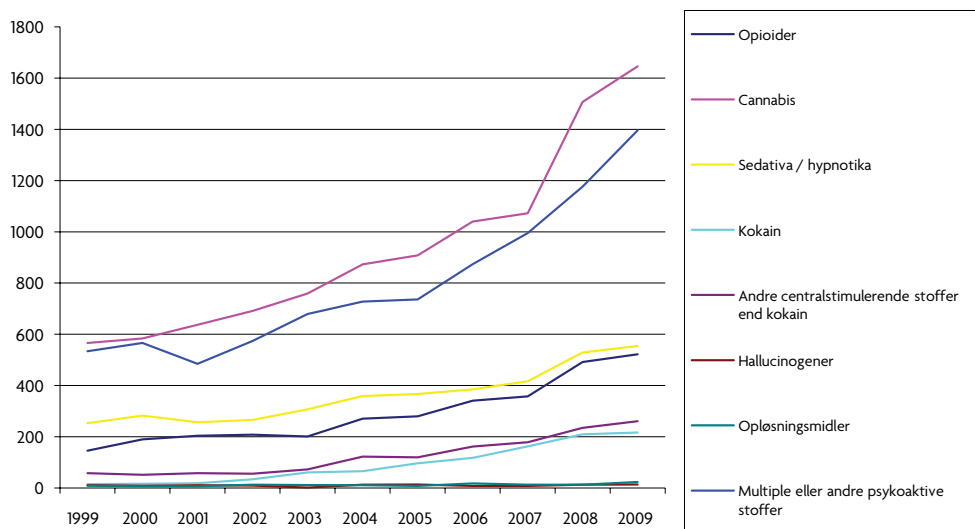
Figur 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 1999-2009



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

Antallet af personer med cannabis bidiagnose er tredoblet i de seneste 10 år. Gruppen omfattede 566 personer i 1999 og 1646 personer i 2009. Der ses ligeledes en jævn stigning i antallet af personer, der blev indlagt med bidiagnoser relateret til kokain og andre centralstimulerende stoffer, om end antallet er væsentlig lavere end indlæggelser med cannabis bidiagnoser. Antallet af indlæggelser med "blandingsbrug" som bidiagnose er betydelig og udgør over 1/3 af det samlede antal indlæggelser med en bidiagnose relateret til stoffer.

Figur 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidagnoser på psykiatriske hospitaler 1999-2009



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

## 7 Sundhedsmæssige indsatser

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

Stofmisbrugere har en stærk øget forekomst af psykiatriske lidelser, og psykisk syge patienter misbruger i betydeligt omfang rusmidler. En psykiatrisk lidelse kan gøre det svært at gennemføre en behandling for misbrugsproblemer, og misbrug kan vedligeholde og forværre en psykiatrisk grundlidelse. Oftest er der tale om komplekse tilstande og komplekse årsagssammenhænge.

Stofmisbrugere har også en stærkt øget somatisk sygelighed samt meget højere dødelighed end baggrundsbefolkningen. Mange sygdomme, som stofmisbrugeren pådrager sig, opstår som følge af usteril og skadevoldende intravenøst indtag, såsom de smitsomme sygdomme leverbetændelser og hiv. Hertil kommer hyppige sygdomme blandt stofmisbrugere i form af blodpropper og blodforgiftninger samt komplikationer såsom amputationer af ben og arme eller hjerteklapbetændelse. Også andre lidelser såsom som fx tandsygdomme, traumer, lungesygdomme, TB og underlivssygdomme ses ofte hos misbrugerne. Dette er lidelser, der ikke direkte er forårsaget af misbruget, men er forbundet med den særlige livsstil, som ofte ses i forbindelse med et aktivt stofmisbrug.

Stofmisbrug er i en del tilfælde en kronisk tilstand eller lidelse, hvor helbredelse i form af stoffrihed langt fra altid kan forventes, men hvor behandling og andre foranstaltninger kan lindre og reducere skadevirkninger. Skadesreduktion og særlige målrettede sundhedsfaglige tilbud er derfor i høj grad et integreret element i narkotikapolitikken.

Regeringen har med satspuljeaftalerne de senere år afsat midler til iværksættelse af en række forskellige sundhedsfaglige tilbud og skadereducerende tiltag til stofmisbrugerne i og uden for det etablerede stofmisbrugsbehandlingssystem.

### 7.1 Forebyggelse af sygelighed blandt stofmisbrugere

Fokus for indsatser de senere år har været rettet mod iværksættelse af en række sundhedsfremmende indsatser til at begrænse de skader, som er forbundet med at have et misbrug og sikre, at stofmisbrugerne kan få den sundhedsfaglige rådgivning og behandling, de har behov for.

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

Der er i disse år ligeledes fokus på at højne kvaliteten i den sundhedsfaglige stofmisbrugsbehandling. Dels har Sundhedsstyrelsen i 2008 udarbejdet en vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008), og dels er i 2010 indført behandling med heroin som en mulig behandlingsform til en begrænset gruppe af stofmisbrugere. Vejledningen om

substitutionsbehandling giver nye retningslinjer om valg af det mere sikre substituionspræparat buprenorphin som førstevalgs-præparat. Hvad angår heroinordningen, er denne beskrevet særskilt under afsnit 7.4.

Endelig har regeringen via satspuljeaftalerne de senere år afsat midler til flere forskellige indsatser, der yder sundhedsfaglige rådgivning og behandling til stofmisbrugerne, der hvor de befinder sig, i gademiljøet eller i tilslutning til væresteder. Også særlige regionale familieambulatorier til gravide stofmisbrugere og deres børn er i 2010 under etablering (se beskrivelser af disse indsatser under afsnit 7.5).

## 7.2 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald, infektionssygdomme og psykisk sygdom

Der er som nævnt i de senere år arbejdet med at gennemføre en kvalitetssikring og udvikling af substitutionsbehandlingen i Danmark. I praksis iværksatte Sundhedsstyrelsen en fremadrettet gennemgang af hele den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, der udmøntede sig i vejledningen om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

Vejledningen skal medvirke til at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt stofmisbrugere ved at sikre en ensartet og acceptabel kvalitet i de væsentligste lægelige kerneydelser, der knytter sig til substitutionsbehandlingen af opioidafhængige. Formålet med vejledningen er således at understøtte og styrke den helhedsorienterede indsats gennem retningslinjer for selve substitutionsbehandlingen og en beskrivelse af de lægelige kerneydelser, som knytter sig til behandlingen. Vejledningen omfatter retningslinjer for den lægelige behandling af stofmisbrugere på en række områder. Se yderligere om vejledningen i kapitel 11 i foreliggende rapport.

Med udgangspunkt i 10 indikatorer for de væsentligste lægelige kerneydelser vil Sundhedsstyrelsen inden udgangen af 2010 have etableret et kvalitetssikrings-værktøj, hvor kommunerne i form af en årlig elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen registrerer aktiviteterne lokalt. Såvel kommunerne selv som Sundhedsstyrelsen vil med denne indberetning få et overblik over den lægelige behandling på området, og der vil herudover skabes mulighed for en fremadrettet kvalitetssikring af den sundhedsfaglige indsats over for stofmisbrugerne.

## 7.3 Forebyggelse og behandling af infektionssygdomme

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2007 en handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C. Planens gennemførelse blev finansieret af satspuljeaftalerne i 2006.

I handlingsplanen anbefales, at kommunerne skal sikre, at målgruppen systematisk bliver tilbudt dels forebyggende foranstaltninger i form af oplysning og rådgivning om forebyggelse af blodbåren smitte til stofmisbrugere, hvad enten de findes smittede eller ej, dels screening for hepatitis A, B og C samt hiv, dels vaccination mod hepatitis A og B, samt endelig henvisning til behandling. Målgruppen er alle intravenøse stofmisbrugere, der er indskrevet i behandling. Det gælder også stofmisbrugere, der kun en enkelt gang har injiceret sig og dermed måske ikke opfatter sig som egentlig intravenøs stofmisbruger.

Handlingsplanens tilsigtede effekt er både primær og sekundær forebyggelse, idet screening og rådgivning skal bevidstgøre både smittede og ikke smittede om smitterisikoen generelt, samt at clearing af virus i kroppen ved behandling af allerede smittede vil reducere risikoen for, at disse stofmisbrugere overfører virus videre til ikke smittede. Endelig er det en tilsigtet effekt, at der kan iværksættes relevante behandlinger til smittede med hepatitis C, og at vaccination mod hepatitis A og B vil beskytte helbredstilstanden, hvis man er smittet med hepatitis C.

I forlængelse af handlingsplanen er Sundhedsstyrelsen i gang med at etablere et indberetningssystem til brug for monitorering af kommunernes indsats og ydelser. Indberetningsordningen forventes klar inden udgangen af 2010.

For at kortlægge omfanget af allerede gennemførte tiltag i kommunerne som følge af handlingsplanen fra 2007 og inden det ovenfor nævnte indberetningssystem er klart, bad Sundhedsstyrelsen kommunerne i 2009 om en mere kvalitativ status for den faktiske implementering af handlingsplanen. 85 % af kommunerne meldte tilbage til Sundhedsstyrelsen herom. På de fire hovedparametre (rådgivning, screening, vaccination og henvisning) var stort set alle af de responderende kommuner i gang. Også vedrørende det femte og sjette formål (dokumentation og tovholderfunktionen) var flertallet af disse kommuner aktive eller opmærksomme på en snarlig implementering. Samlet set ses således foreløbig en god målopfyldelse i forhold til handlingsplanens anvisninger.

### Sprøjtebytteordninger

KL (Kommunernes Landsforening) har på baggrund af en anmodning fra det daværende ministerium for sundhed og forebyggelse i sommeren 2009 undersøgt udbredelsen af sprøjtebytteordninger i landets kommuner. KL har i redegørelsen konkluderet, at antallet af stofmisbrugere, som har adgang til rent værktøj, er højt. Dette skyldes, at alle de store kommuner, som har et relativt stort antal stofmisbrugere, udleverer rent værktøj. Undersøgelsen er ikke opdelt på kommuneniveau, men KL har vurderet, at undersøgelsen giver et dækkende billede af kommunernes praksis.

Udleveringen af rent værktøj foregår typisk via misbrugscentrene, de lokale apoteker, væresteder/varmestuer eller herberg. Nogle få steder er opsat automater, hvor stofmisbrugerne kan trække værktøj.

Kommunerne er ikke lovmæssigt forpligtet til at udlevere rent værktøj til stofmisbrugere. Dog har de fleste kommuner praksis herfor. Udgifter til udlevering af rent værktøj finansieres af det kommunale driftsbudget på stofmisbrugsområdet. Via satspuljeaftalen for 2004 kompenseres kommunerne med 800.000 kr. årligt med henblik på at udlevere vandampuller sammen med de sprøjtesæt, som i forvejen uddeles.

## 7.4 Behandling med injicerbar heroin

Behandling med lægeordineret heroin er iværksat i Danmark i 2010. De fastsatte regler om ordination af og behandling med heroin fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning fra januar 2010 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010a) samt tilhørende lovgrundlag og bekendtgørelser (Lægemiddelstyrelsen 2009, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008, 2008a, 2008b, 2009, 2009a).



Med satspuljeaftalerne for 2009 og 2010 er der fra og med 2010 afsat 63,4 millioner kr. årligt til permanent finansiering af heroinordinationsordningen. Som al misbrugsbehandling i Danmark i øvrigt, herunder den sociale behandling og substitutionsbehandling med metadon og buprenorphin, er heroinbehandlingen gratis for den enkelte stofmisbruger.

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at ca. 10 % af det samlede antal stofmisbrugere i længerevarende substitutionsbehandling opfylder kriterierne for behandling med heroin. Sundhedsstyrelsen har på nuværende tidspunkt estimeret, at ca. 300 stofmisbrugere vil indgå i heroinbehandlingen i Danmark i de kommende par år.

Med henblik på en individuel såvel som en overordnet evaluering af behandlingsformen, er det bestemt, at den behandlingsansvarlige læge skal foretage indberetning til Sundhedsstyrelsen. Denne indberetning skal finde sted ved iværksættelse af behandlingen samt herefter løbende hvert halve år. Indberetningen omfatter spørgsmål om stofmisbrug, risikoadfærd, forekomst af misbrugsrelaterede fysiske og psykiske sygdomme, selvvurderet helbredsopfattelse samt spørgsmål om social belastning og kriminalitet. Sundhedsstyrelsen vil på baggrund af indberetningen foretage en individuel såvel som en overordnet evaluering af behandlingsformen, første gang ultimo 2011 og på denne baggrund tage stilling til eventuelle behov for justeringer af ordningen.

### **Rammer, krav og kriterier**

Behandling med lægeordineret heroin forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere. Der skal således være sammenhæng mellem den lægelige behandling og den indsats, der retter sig mod den enkelte stofmisbrugers sociale problemer.

Iværksættelse af behandling med heroin kan kun foregå i tilknytning til behandlingstilbud for behandling af opioidafhængighed og kan kun foregå på behandlingssteder med særlig tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen, der har fastsat krav til sikkerhedsforanstaltninger for opbevaring, modtagelse og regnskab (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009a). Lægemiddelstyrelsen har endvidere udarbejdet en særlig vejledning om blandt andet behandlingsstedernes bestilling, indføring og udlevering af heroinen (Lægemiddelstyrelsen 2009). Behandling med heroin kan ikke foregå på sygehus eller i kriminalforsorgens regi.

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

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

med helhedsorienteret stofmisbrugsbehandling og snitfladen til den sociale behandlingsindsats.

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

Lægeordineret heroin kan udelukkende indtages ved selvadministration og under supervision af sundhedspersonale på klinikkerne. Typisk vil patienterne møde frem til indtagelse 2 gange dagligt, hhv. om morgenen og igen om eftermiddagen og medgives peroral metadon til natten. Lægemedlet heroin gives aldrig med hjem, og heroin-klinikken må således være åbne for behandlingen 8-10 timer dagligt alle årets dage.

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

Indikationen for behandling med heroin er et fortsat intravenøst misbrug af ordinerede eller illegale opioider på trods af længerevarende substitutionsbehandling med peroral metadon, hvor patienten har eller er truet af alvorlige helbredsmæssige komplikationer. Behandling med injicerbar heroin forudsætter herudover følgende:

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

Den lægelige indikation for behandling med injicerbar heroin skal som minimum vurderes hvert halve år og vil altid foregå i kombination med peroral metadonbehandling.

### De første erfaringer med heroinbehandling

Foreløbig er etableret 3 klinikker og iværksat behandling med heroin i henholdsvis København, Odense og Hvidovre Kommune. I Århus og Esbjerg Kommune forventes heroinbehandlingen at starte ved udgangen af 2010.

I København er valgt at etablere en selvstændig heroinklinik, hvor der udelukkende kommer patienter i heroinbehandling. I Odense og KABS i Hvidovre er heroinbehandlingen placeret i allerede eksisterende metadonbehandlingstilbud, hvor der således er blevet etableret særskilt injektionsrum.

Forhåndsinteressen for heroinbehandlingen har været stor blandt stofmisbrugerne, men indtil videre har relativt få ønsket at komme i behandling med heroin. Pr. juli 2010 er ca. 30 stofmisbrugere i heroinbehandling. Det forventes, at ca. 100 stofmisbrugere vil være i behandling med heroin i løbet af hele 2010, og i løbet af de kommende 2 år i alt ca. 300. I Københavns Kommune påregnes en klinikstørrelse på ca. 120 stofmisbrugere, mens de øvrige 4 klinikker hver forventes at have ca. 40 stofmisbrugere i heroinbehandling.

De første erfaringer med heroinbehandlingen tyder på, at en af de store udfordringer ligger i den forberedende fase forud for selve heroinbehandlingen. En del af de inkluderede stofmisbrugere har vist en vis skepsis for nødvendigheden af fx undersøgelser for fysisk og psykisk sygdom, blodprøvetagning og stabilisering i metadonbehandling forud for behandlingen. I enkelte tilfælde har det således været en udfordring at stabilisere og forberede stofmisbrugeren inden heroinbehandlingen kunne starte. Der er endvidere forekommet enkelte tilfælde af let overdosering, men disse har kunnet håndteres ved tæt observation og uden brug af modgift men med efterfølgende dosisjustering. Endelig har nogle af stofmisbrugerne haft problemer med at finde egnede blodårer til injektion, således at intramuskulær administration har måttet anvendes.

Samlet set har de første erfaringer med etableringen af heroinbehandlingen dog overvejende været positive. Injektionsbehandling med heroin har med succes kunnet gennemføres hos de henviste, og man har kunnet konstatere en markant forbedring af almentilstanden og de kognitive funktioner. Det har også vist sig, at de fleste patienter i heroinbehandling benytter tilbuddet om ledsagende sociale støtte, aktiviteter, madordning mv., og kun nogle få kommer udelukkende til injektionerne.

Personalet er overvejende rekrutteret fra de eksisterende metadonbehandlingstilbud, og typisk arbejder personalet både i heroinklinikken såvel som i afdelinger med metadonbehandling. Dette har sikret, at der har kunnet rekrutteres læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og socialt personale med stor erfaring fra misbrugsbehandling.

### Uddannelsesprogram

I forbindelse med kvalificering af personale til heroinklinikkerne har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med KABS Viden<sup>20</sup> etableret et nationalt uddannelsesprogram. I uddannelsesprogrammet sikres, at det sundhedsfaglige personale er undervist i de lovgivningsmæssige rammer for behandlingen, at de får et grundigt kendskab til Sundhedsstyrelsens og Lægemiddelstyrelsens vejledninger om henholdsvis behandling og medicin håndtering, at de får et grundigt kendskab til de farmakologiske principper for behandling med injicerbar heroin i kombination med peroral metadon og bliver i stand til at foretage en sikker og fleksibel medicinering. I forbindelse med undervis-

---

20 KABS Viden er en organisation i KABS, som er Glostrup Kommunes misbrugscenter. KABS leverede i 2009 behandling for stofmisbrug til ca. 1.200 borgere fra 38 kommuner.

ningsprogrammet er der udarbejdet et fælles IT-værktøj til beregning af korrelerede doser af hhv. injicerbar heroin og peroral metadon med henblik på at sikre en nem og sikker fleksibel dosering.

Kurset omfatter også undervisning i misbrugsrelaterede sygdomme og i håndtering af akutte rusmiddelforgiftninger. I undervisningsprogrammet er medinddraget undervisere fra heroinklinikkerne i henholdsvis England og Schweiz.

### **Forskningsaktiviteter i heroinbehandlingen**

I august 2008 etablerede KABS-VIDEN i samarbejde med Institut for Antropologi, Københavns Universitet, et forskningsprojekt, der skal følge heroinbehandlingen i Danmark over de første par år. Projektet er finansieret af KABS-VIDEN, og udføres i et samarbejde med de behandlingsinstitutioner, der tilbyder heroinbehandling i Danmark. Forskningsprojektet vil have fokus på brugernes opfattelse af heroinbehandlingen samt de sociale, kulturelle og organisatoriske forhold i tilknytning til heroinbehandlingen. Forskningen vil anvende en kombination af kvalitativ og kvantitativ metode og vil bestå af interview med både brugere og personale samt kvantitativt studie af selvrappporterende livskvalitet suppleret med data fra Sundhedsstyrelsens centrale registre.

## **7.5 Øvrige sundhedsfaglige tilbud**

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

### **Sundhedsrummet i Københavns Kommune**

Sundhedsrummet er en sundheds- og socialfagligt bemandet klinik, som har til opgave at modtage og behandle stofbrugere med sundhedsproblemer fra den lokale stofscene i området omkring Hovedbanegården i København. Byområdet er præget af stor stofhandel, og en del af de stofmisbrugere, der køber stoffer i området, har også en stor del af deres stofindtagelse, og liv i øvrigt, her.

I Sundhedsrummet ydes hjælp i form af tidlig sygeplejebehandling af blandt andet infektioner, smerter og sår, og personer, der søger Sundhedsrummet, kan få kvalificeret hjælp i form af forbindelse og sårpleje, udlevering af sprøjter og kanyler mv. Herudover er der faste tider med lægekonsultation. Socialfaglige medarbejdere er tilknyttet Sundhedsrummet og kan tilbyde hurtig hjælp i forbindelse med sociale problemer.

I Sundhedsrummet ydes også mere langvarigt sundhedsarbejde i form af reetablering af stofmisbrugerens kontakt til det sociale system, genoprettelse af sundhedstilstanden og genetablering af kontakt med sundhedsvæsenet, herunder især almen praksis. Sundhedsrummets medarbejdere er endvidere opsøgende i lokalområdet, og der arbejdes med blandt andet at sikre kontinuiteten i stofmisbrugerens behandlingsforløb, uanset om stofmisbrugeren opsøger klinikken eller ej.

## Forsøg med Naloxon

For at forebygge overdoser blandt stofmisbrugerne i området er Sundhedsrummet, som omtalt ovenfor, fra januar 2010 yderligere rammen om et projekt i samarbejde med Brugerforeningen for Aktive Stofmisbrugere. Projektets formål er at undersøge, om udlevering af Naloxon til en gruppe stofmisbrugere fra lokalområdet, kombineret med undervisning i genoplivningsteknik m.m., kan gennemføres i praksis, er forsvareligt og giver mening. Projektet er opstået efter inspiration fra andre større byer i Europa og USA, hvor der er opnået gode erfaringer med at nedbringe antal overdoser blandt stofmisbrugerne via en lignende indsats.

Naloxon uddeles til de i projektet deltagende stofmisbrugere, som registreres som den ordinerende læges medhjælp, og som hermed instrueres i ansvar ved delegation af behandlingskompetence.

I forbindelse med projektet er der i første halvår af 2010 gennemført 5 kurser for stofmisbrugere i samarbejde med Brugerforeningen for Aktive Stofbrugere. Kurserne er af to timers varighed og omfatter instruktion i indgivelse af Naloxon som næsespray og ved injektion intramuskulært, oplæring i kunstig ventilation og sikring af frie luftveje. Desuden sikres, at stofmisbrugerne er bekendt med proceduren ved og ikke mindst vigtigheden af tilkaldelse af ambulance. Kurset afsluttes med udlevering af personligt bevis, der dokumenterer, at den pågældende person fungerer som lægens medhjælp og som dokumenterer, at kurset er gennemført. Sammen med kurset udleveres en særligt fremstillet pung, som indeholder udstyr til genoplivning samt 3 doser Naloxon i ampuller. Pungen med overdosis-kittet er ligeledes et brugerinvolveringsprojekt, idet produktionen og udviklingen sker i samarbejde med værkstedet i Center for Opsøgende Arbejde på Sundholm.

En opfølgning på kurset består af tilbagemelding fra de stofmisbrugere, der har gennemført kurset, om funktionaliteten af overdosis-kittet samt erfaringer med, hvordan eventuelt genoplivningsforsøg er gennemført. Imellem kurset og opfølgningen skal stofmisbrugerne i projektet efter brug af Naloxondosis henvende sig i Sundhedsrummet til afrapportering af forløbet og forsyning af nye doser Naloxon. Indtil juni 2010 har i alt 15 personer gennemført kurset og 3 overdosisstilfælde er behandlet.

Første del af projektet evalueres hen over sommeren 2010. Mere om Naloxon-projektet kan findes på [www.hjemlosesundhed.dk/Naloxoneprojekt](http://www.hjemlosesundhed.dk/Naloxoneprojekt).

## Sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede

Satspuljepartierne har i alt afsat 28 mio. kroner fordelt over årene 2006-2009 til oprettelse af særlige målrettede sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere. Ikke alle satspuljemidlerne blev udmøntet i projekterne, og det forventes derfor, at de igangværende projekter forlænges og styrkes ind i 2011.

Formålet med projekterne er at forbedre helbredstilstanden blandt stofmisbrugerne generelt ved dels at øge adgangen til relevante sundhedstilbud, og dels modvirke strukturelle forhindringer for bedring af sundhedstilstanden hos hjemløse stofmisbrugere (brobygning og behandlingskontinuitet). Midlerne fra puljen er tildelt København, Odense, Esbjerg, Århus og Guldborgssund Kommune.

Erfaringerne i projekterne viser, at misbrugerne har fået kendskab til projekterne og benytter tilbuddene og fået kendskab til basale foranstaltninger og til assistance i relation til det almindelige sundhedsvæsen. Projekterne har stor nytteværdi, idet brobygningen mellem den socialfaglige gadeplansindsats og den sundhedsfaglige indsats er meget central for de hårdest belastede stofmisbrugeres sundhedsmæssige tilstand. De foreløbige erfaringer peger således på, at projekternes sundhedsfaglige tilbud i høj grad efterspørges af målgruppen og dækker et behov, som hidtil har været udækket.

Fra januar 2009 er et indberetningssystem over sundhedstilstanden ved klienternes indskrivning implementeret i projekterne samt de i projekterne leverede behandlingsydelser. Indberetningerne muliggør nu derfor en systematisk dokumentation og evaluering af indsatserne. Af indberetningen ses, at stofmisbrugerne har mange forskellige somatiske og psykiatriske problemstillinger, og mange af de samme sygdomme går igen hos stofmisbrugerne på tværs af projekterne – fx kronisk leverbetændelse, astma, epilepsi og paranoid skizofreni. Mange af stofmisbrugerne er i lægeordineret substitutionsbehandling, og ofte har de et forbrug af euforiserende stoffer eller medicin ved siden af deres substitutionsmedicin.

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

### **Sundhedsfremme og forebyggelse på værestederne**

I satspuljeaftalen i 2006 blev der afsat 22,5 mio. kr. over en tre-årig periode (2007-2010) til at styrke sundhedsfremme og forebyggelse over for de mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere samt hjemløse. Puljens overordnede formål er at sikre de allermest udsatte nødvendig sundhedsfaglig behandling samt at afprøve og udvikle metoder til at opspore og fastholde de socialt mest udsatte i offentlige tilbud.

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

Projekterne har været i gang siden juni 2008. På de 2 år, der nu er gået, er det lykkedes alle projekterne at integrere sundhed som en naturlig del af dagligdagen på værestederne. 80 % af brugerne har fået gennemført og fulgt op på en helbredsundersøgelse eller -samtale med projekternes fast tilknyttede sundhedsfaglige ressourcepersoner, og de fleste projekter oplever stor efterspørgsel på disse tilbud. Fx har mange brugere henvist venner. Ligeledes er der stor tilslutning til projekternes øvrige tilbud som ex. madordninger, motionsaktiviteter og rygestop.

Den foreløbige evaluering viser, at 3/4 af brugerne vurderer, at de har haft behov for hjælp fra sundhedsprojektet til at kontakte det etablerede sundhedsvæsen. Samtidig viser flere brugere mod på i stigende grad selv at søge kontakt til systemet. Projekterne kan især berette om en bedre kontakt til den praktiserende læge.

Projekterne afsluttes i juni 2011, hvorefter der gennemføres en endelig evaluering.

### **Landsdækkende familieambulatorier**

Med finansloven for 2008 er afsat midler til etablering af regionale familieambulatorier i sygehusregi i alle regioner. Familieambulatorierne skal etableres med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelproblemer og specialiseret pædiatrisk opfølgning af børn, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler. Familieambulatorierne skal sikre en tværfaglig og helhedsorienteret løsning for moren, barnet og evt. partner og søskendebørn. Indsatsen har til formål at forebygge medfødte skader og sygdomme samt opvækstbetingede udviklingsproblemer og omsorgssvigt hos børn af kvinder med rusmiddelproblemer.

Planlægning og etablering af familieambulatoriefunktionerne pågår i øjeblikket i alle fem regioner, og det forventes, at alle familieambulatorierne er i drift i løbet af sidste halvår af 2010.

Samtidig med bestemmelserne om familieambulatorierne blev der også afsat midler til at oprette en rådgivningsfunktion på Hvidovre Hospital med det formål at bistå regionerne i forbindelse med etablering af de nye familieambulatorier. Rådgivningsfunktionen blev etableret i april 2009 som Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn (Center for Prevention of Substance Effects on the Development of Children).

Videnscentret har bl.a. udarbejdet informationsmateriale, kurser og faglige vejledninger. Desuden har Videnscentret etableret en tværregional koordinationsgruppe, hvor kliniske og administrative repræsentanter fra de fem regioner sikrer udarbejdelsen af fælles faglige retningslinjer, projektprotokoller og andre centrale fælles referencerammer. Det betyder, at der fra begyndelsen kan arbejdes efter fælles retningslinjer og genereres ensartet data fra alle fem familieambulatorier.

Vejledningen for familieambulatorierne kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Videnscentret har hjemmesiden [www.familieambulatoriet.dk](http://www.familieambulatoriet.dk).

### **Projekt Socialsygeplejerske**

Projektets formål er at skabe ”det gode patientforløb” for stofmisbrugere, som er indlagt på hospitalet og en bedre sammenhæng i behandlingen fra indlæggelse og til kommunen tager over. Baggrunden for projektet er, at stofmisbrugere ofte har et problematisk og for kort indlæggelsesforløb. Dels fordi stofmisbrugere ofte opleves som besværlige patienter, dels fordi personalet ikke har de fornødne redskaber til at håndtere de komplekse problemstillinger, som ofte knytter sig til patienter med misbrug.

Projektet er finansieret af Sundhedsstyrelsen og strækker sig over en periode på godt tre år, med projektstart den 1. februar 2010.

I projektet ansættes socialsygeplejersker, som kan mægle mellem stofmisbrugere og personale, hjælpe personalet til den viden, de har brug for på området, hjælpe stofmisbrugerne med at fungere bedre på hospitalet og sikre, at der også bliver taget hånd om dem, når de bliver udskrevet.

Der er fire hospitaler/centre involveret i projektet: Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Hillerød. Gennem et forsøgsprojekt på Bispebjerg Hospital er der høstet gode erfaringer med socialsygeplejersker på somatiske afdelinger, og erfaringer skal nu også afprøves i psykiatrien, hvor mange psykisk syge med misbrug oplever at komme i klemme.

På alle fire hospitaler er der nedsat en arbejdsgruppe, og derudover deltager de berørte kommuner, hospitaler og misbrugscentre i en overordnet følgegruppe, som giver de nødvendige faglige indspark og er med til at sikre den efterfølgende forankring.

Indtil videre har alle indlagte stofmisbrugere på de pågældende hospitaler/centre takket ja til tilbuddet om at deltage i projektet, hvilket indtil 15. juni 2010 indebærer 80 stofmisbrugere. Tilbage meldinger fra både stofmisbrugere og personale er yderst positive. Samarbejdspartnere i kommunerne hilser også projektet velkomment og gør brug af socialsygeplejerskerne. Projektet vil blive evalueret efterfølgende.



## 8 Sociale sammenhænge og social reintegration

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”.

### 8.1 Social eksklusion og stofmisbrug

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

Som nævnt i kapitel 5, er gruppen af stofmisbrugere, der indskrives i behandling, kendetegnet ved at have en forholdsvis svag tilknytning arbejdsmarkedet. Således var det kun 14 % af dem, som blev indskrevet i behandling i 2009, der havde en lønindtægt, og 64 % var på overførselsindkomst. Herudover har ”kun” 26 % gennemført en uddannelse udover folkeskolen, og 9 % har forladt folkeskolen før afgangseksamen i 9. klasse.

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

I forhold til de indskrevnes boligsituation oplyser kun 59 %, at de har en selvstændig bolig, mens 4 % oplyser, at de er regulært hjemløse, og størstedelen lever som enlige.

#### Børn og unge anbragt uden for hjemmet

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

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

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

## 8.2 Social reintegration

Socialministeriet koordinerer indsatsen iht. til programmet ”Det Fælles Ansvar II”. Beskæftigelsesministeriet retter fokus mod de socialt udsatte på kontanthjælp som en del af regeringsprogrammet ”Nye veje til arbejde”, hvor en betydelig del af målgruppen har et stof- og/eller alkoholmisbrug.

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

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

### Hjemløshed, botilbud og bostøtte

I 2007 blev der foretaget en tælling der viste, at der i uge 6 i 2007 var ca. 5.000 hjemløse i Danmark. De hjemløse var særlig koncentreret i de større bysamfund og navnlig i hovedstaden og dens omegnskommuner.

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

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

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

Derudover har kommunerne haft mulighed for at indgå aftaler med almene boligorganisationer om at leje ledige almenboliger som udslusningsboliger. Disse boliger kan tilbydes stofmisbrugere, som fx har opholdt sig på forsorgshjem, døgnbehandlingstilbud eller i andet botilbud. For stofmisbrugere, der ikke kan rummes eller ikke finder sig tilrette i traditionelle boligformer på trods af den sociale støtte, er der etableret særlige boliger efter almenboligloven, kaldet ”skæve boliger”.

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

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

Under strategien er der formuleret fire langsigtede mål:

1. Ingen borgere skal leve et liv på gaden

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

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

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

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

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

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

Denne målsætning drejer sig derfor om, at det bør være en forudsætning ved både løsladelse og udskrivelse, at der er en løsning på boligspørgsmålet. Her sættes fokus på disse livsovergange og sikres en bedre koordinering mellem de involverede myndigheder omkring handleplaner m.m. Hjemløsestrategien løber frem til udgangen af 2012 og afsluttes med en tværgående evaluering af indsatserne.

### **Sociale færdigheder og netværksopbygning**

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

### **Uddannelses- og beskæftigelsestilbud**

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

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

### **Beskæftigelsestilbud og forsørgelse**

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

For at lette overgangen fra et socialt aktiveringstilbud til egentlig beskæftigelse er der etableret mentorordninger på nogle væresteder, i misbrugsbehandlingen og i et kommunalt forankret tilbud, hvor en person tilknyttet et af disse steder hjælper udsatte borgere 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.

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

## 9 Narkotikakriminalitet og interventioner og forebyggelse i fængslet

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

### 9.1 Narkotikakriminalitet

Narkotikakriminalitet straffes efter lov om euforiserende stoffer og straffelovens § 191. Overtrædelser af lov om euforiserende stoffer straffes med bøde eller fængsel i indtil 2 år. I forbindelse med straffastsættelsen lægges der afgørende vægt på, om stoffet er bestemt til eget forbrug, eller om stoffet er videreoverdraget eller bestemt til videreoverdragelse. Der lægges endvidere vægt på arten og mængden af stoffet. I tilfælde, hvor besiddelse af stoffet skyldes stærk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer, kan der som alternativ til bødestraf meddeles en advarsel, såfremt sociale hensyn taler for det.

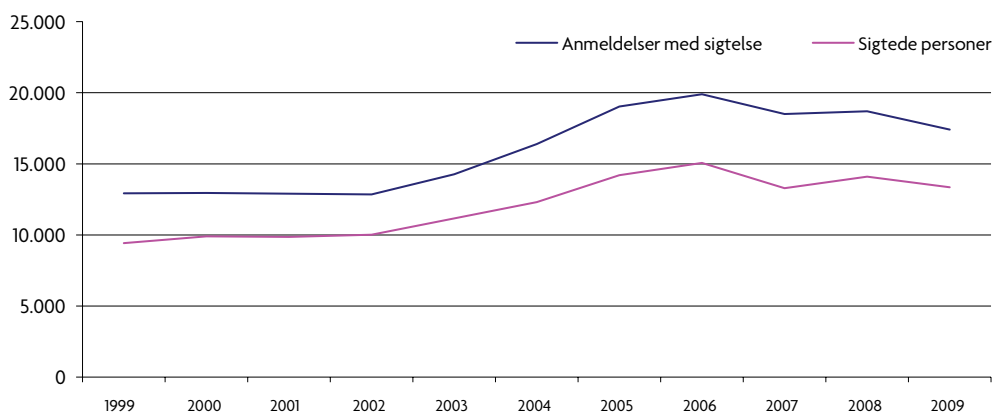
Straffelovens § 191 indeholder en skærpet strafferamme for kvalificerede overtrædelser af lov om euforiserende stoffer. Er der således tale om overdragelse af euforiserende stoffer til et større antal personer, mod betydeligt vederlag eller under andre særligt skærpende omstændigheder, kan straffen for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer stige til fængsel i indtil 10 år. Ved overdragelse af særlig farligt eller skadeligt stof kan straffen stige til fængsel i indtil 16 år.

#### Sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen

I 2009 registrerede Rigs politiet i alt 17.403 anmeldelser med en eller flere sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen. Samme år blev 13.354 personer sigtet for overtrædelse af narkotikalovgivningen. Nogle personer blev således sigtet for flere forhold af overtrædelse af narkotikalovgivningen.

Udviklingen i antallet af anmeldelser med en eller flere sigtelser for overtrædelser af narkotikalovgivningen og antallet af personer, der er blevet sigtet for overtrædelse af narkotikalovgivningen i perioden fra 1999-2008, fremgår af figur 9.1.1.

Figur 9.1.1. Narkotikakriminalitet 1999-2009. Anmeldelser med sigtelser og antal sigtede personer



Kilde: Rigspolitiet, 2010

## Stofmisbrug i trafikken

Indtil den 1. juli 2007 var kørsel med euforiserende stoffer i blodet alene strafbart, hvis føreren befandt sig i en sådan tilstand, at den pågældende var ude af stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende måde (føreevnekriteriet). Det betød i praksis, at strafansvar først kom på tale i tilfælde, hvor der kunne føres bevis for, at den pågældende havde indtaget euforiserende stoffer og af den grund havde befundet sig i den ovennævnte tilstand. For at løfte bevisbyrden var det bl.a. nødvendigt at foretage klinisk undersøgelse af den mistænkte. Domfældelse stillede således betydelige krav til politiets efterforskning og anklagemyndighedens bevisførelse.

Den 1. juli 2007 blev der ved en ændring af færdselsloven indført en nulgrænse for kørsel med visse bevidsthedspåvirkende stoffer i blodet. Efter de nye regler i færdselslovens § 54, stk. 1 skal anklagemyndigheden alene bevise, at førerens blod – under eller efter kørslen – indeholdt bevidsthedspåvirkende stoffer, som efter regler fastsat af justitsministeren er klassificeret som farlige for færdselssikkerheden. For at øge politiets muligheder for at opdage kørsel under påvirkning af stoffer blev der med lovændringen endvidere indført en mulighed for, at politiet selv kan gennemføre øjenundersøgelser samt sved- og spytpøver.

Lovændringen har medført en væsentlig stigning i antallet af sigtelser for overtrædelse af færdselslovens § 54, stk. 1. Således er antallet af sigtelser steget fra 282 i 2007, til 1.101 i 2008 og 1.502 i 2009.

Overtrædelser af færdselslovens § 54, stk. 1 straffes som udgangspunkt med bøde. Straffen kan imidlertid i nærmere bestemte tilfælde stige til fængsel i indtil 1 år og 6 måneder.

## 9.2 Forebyggelse og behandling af narkotikaproblemer i fængslerne

Den 1. januar 2007 indførtes en behandlingsgaranti i fængslerne for indsatte stofmisbrugere, som skønnes egnede og motiverede til behandling, og som på det tidspunkt,

hvor der søges om behandling, som minimum har 3 måneders forventet reststraf. Ifølge garantien skal alle indsatte i målgruppen, der anmoder om at modtage behandling, være i påbegyndt behandling inden 14 dage. Behandlingen består dels af såkaldt dagbehandling, hvor den indsatte afsoner på såkaldte fællesskabsafdelinger sammen med indsatte, som ikke er i behandling, dels af behandling på særlige afdelinger, hvor alle indsatte følger samme behandling helt isoleret fra resten af fængslet.

Behandlingen i fængslerne udføres af private og offentlige godkendte behandlingsinstitutioner i samarbejde med Kriminalforsorgen. Behandlingsgarantien er i 2009 overholdt i omtrent 88 % af alle sager. I størstedelen af de sager, hvor fristen ikke blev overholdt, påbegyndtes behandlingen senest 14 dage efter fristens udløb. I 2009 var ca. 1100 personer i behandling i fængslerne.

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

Mod forventning er der sket et fald i de sidste fire år i antallet af indsatte stofmisbrugere, som afsoner på en sådan institution uden for Kriminalforsorgens regi. Over de sidste 5 år er antallet af anbringelser således faldet fra 160 til 97.

I løbet af 2008 viste der sig at være et stigende behov for afgiftning med en systematisk støtte, inden den egentlige behandling går i gang. Endvidere identificeredes en relativ stor efterspørgsel på efterbehandling, ligesom det blev klart, at visse særlige grupper af indsatte, f.eks. sædelighedsdømte, har svært ved at indgå i de eksisterende tilbud pga. deres placering på særlige afdelinger af beskyttelseshensyn. Direktoratet for Kriminalforsorgen er blevet tilført midler for 2010 til styrkelse af efterbehandling og afgiftning og er fortsat i færd med at afdække muligheder for finansiering til at dække behovet for misbrugsbehandling af sædelighedsdømte indsatte.

### **Initiativer til forebyggelse af sygdomme for indsatte**

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

Med henblik på at forebygge infektionssygdomme, herunder specielt bylder (abscesser), udbredt bakterievækst (sepsis), leverbetændelse, hiv og aids, giver Kriminalforsorgen de indsatte adgang til kondomer, klorholdig rensningsvæske til rensning af sprøjter og kanyler, vaccination mod leverbetændelse B og A samt almindelig sundhedsbistand, herunder information om ovennævnte sygdomme og almen lægelig behandling på lige



vilkår med den øvrige befolkning. Indsatte har dog ikke adgang til gratis sprøjter og kanyler.

### Reintegration af stofbrugere efter løsladelse

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

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

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

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

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

Projektet blev afsluttet medio 2009 og pegede på en række barrierer for det gode samarbejde og anbefalede en specifik fremgangsmåde for samarbejdet – en såkaldt ”køreplan for den gode løsladelse”. Projektets anbefalinger er for tiden ved at blive implementeret. Således er første skridt, at der indgås en række specifikke samarbejdsaftaler med alle landets kommuner. Baggrunden herfor er, at kommunerne ikke er organiseret på den samme måde.

### 9.3 Stofmisbrug i fængsler

Rusmiddelundersøgelsen fra 2002 (Kramp et al., 2003) viste, at ca. 3/4 af Kriminalforsorgens klientel har prøvet hash, over halvdelen har prøvet centralstimulerende stoffer

(kokain og amfetamin), mens ca. 1/3 har prøvet heroin og/eller morfinpræparater. Halvdelen af Kriminalforsorgens samlede klientel har et egentligt misbrug af rusmidler (misbrug af alkohol inkluderet)<sup>21</sup>.

Den 1. oktober 2004 blev et nyt registreringsmodul i Kriminalforsorgens klientsystem taget i brug. Dette modul indeholder registreringer af alle nyindsattes stof- og alkoholforbrug ved indsættelse i fængsel eller arresthus. Med indførelsen af ovennævnte behandlingsgaranti for stofmisbrugere i Kriminalforsorgen blev modulet den 1. januar 2007 udvidet med mulighed for at registrere en række yderligere oplysninger.

Kriminalforsorgen har således udviklet og testet en IT-understøttet dokumentations-skabelon, der skal understøtte sagsbehandlingen lokalt og benyttes som styringsværktøj for behandlingsindsatsen i Kriminalforsorgens institutioner. Der er fortsat visse vanskeligheder i dokumentationen af indsatsen, men det forventes, at der i løbet af 2009 vil være indarbejdet en kvalitetssikret version af det ovenfor omtalte registreringsmodul.

Et andet element i klientregistreringen er den elektroniske indberetning til Sundhedsstyrelsen om antallet af metadonordinationer til de indsatte. Tallene fra 2009 viser, at ca. 475 personer månedligt modtog substitutionsbehandling med metadon eller buprenorphin.

---

21 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 beruselsituationer eller flere den sidste måned før indsættelse/tilsynets registrering og/eller igangværende behandling for alkoholmisbrug.

## 10 Narkotikamarkedet

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

Resultater fra de retskemiske analyser af stofferne de senere år viser, at der er stor variation i renhed og stofkoncentrationen i de illegale stoffer på markedet<sup>22</sup>. Variationen ses både i de mere traditionelle stoffer såsom heroin, amfetamin og kokain og i de nye syntetiske stoffer, der typisk optræder i ecstasypiller. Da koncentrationen og indholdet i stofferne derfor ofte er ukendt, indebærer dette en særlig risiko ved indtagelse. Det relativt nye stof mCPP har gennem 2008 og 2009 optrådt i stigende grad i ecstasypillerne, men synes nu at være i tilbagegang. mCPP er et stof med både stimulerende og hallucinerende effekt og sammenlignes virkningsmæssigt med MDMA (ecstasy). I stedet synes det hallucinogene stof 2C-B i stigende grad at være indeholdt i pillerne i 2009 og de første kvartaler af 2010. Det ses noget bemærkelsesværdigt, at MDMA ”kun” optræder i 14 % af pillerne i 2009, hvor MDMA i tidligere år typisk var indeholdt i ca. 80 % af pillerne.

### 10.1 Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel

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

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

### 10.2 Beslaglæggelse af stofferne

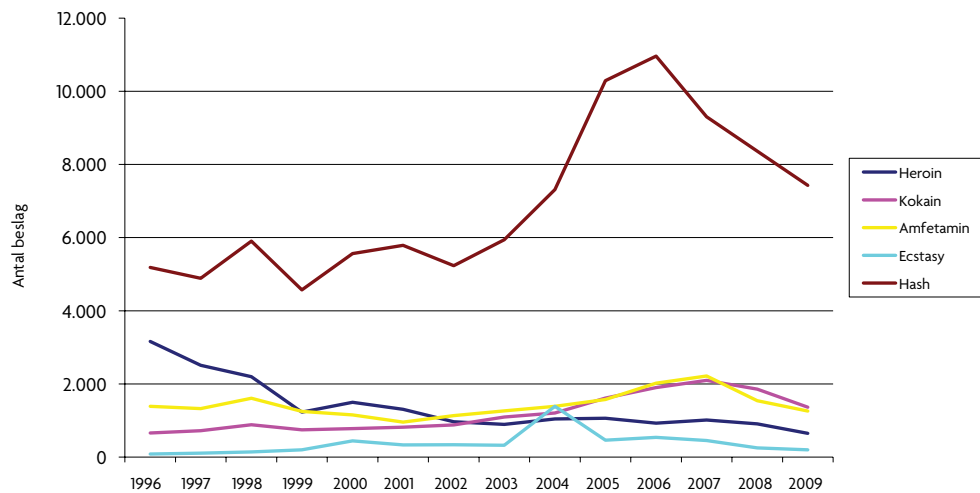
Politi og toldmyndighederne opgør løbende mængden af beslaglagte illegale stoffer samt antal beslaglæggelser af illegale stoffer, som foretages ved grænserne, lufthavne og havne i forbindelse med større efterforskningsager samt på gadeplan. Oplysninger om

<sup>22</sup> Resultater af de særlige retskemiske analyser er baseret på stofprøver fra henholdsvis ”Gadeplanprojektet” og fra projektet om overvågning af ecstasypiller, som omtales senere i kapitlet.

beslaglæggelserne indberettes løbende til Rigspolitiets Efterforskningscenter (NEC), som udarbejder og publicerer en årlig statistik.

Det fremgår af Rigspolitiets statistik (Rigspolitiet 2010), at antal beslaglæggelser de senere år er faldende for stort set alle typer narkotika.

Figur 10.2. Narkotikabeslaglæggelser 1996-2009



Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2010

Hvad angår den beslaglagte mængde, ses store udsving for de fleste stoftyper fra år til år. Trods fald i antal narkotikabeslaglæggelser fra 2008 til 2009 ses af politiets statistik, at kokain og ecstasy er beslaglagt i stigende mængder. Mængden af den beslaglagte kokain steg fra 56 kilo i 2008 til 72 kilo i 2009. Den beslaglagte mængde ecstasy steg fra 17.631 piller i 2008 til 53.929 piller i 2009. Som tidligere år bestod enkelte beslag af de forskellige stoffer i store mængder. (Se tabel i annekset over mængden og antal beslaglæggelser af de forskellige stoffer).

### 10.3 Renhed, stofkoncentration og priser

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

#### Narkotikahandel på gadeplan

Datamaterialet i Gadeplanprojektet består af små stikprøvebaserede beslaglæggelser fra 5 politikredse i Danmark (København, Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg), som afleveres til analyse hos de retskemiske institutter<sup>23</sup>. Af tabel 10.3.1. i annekset fremgår fordelingen af beslaglagte stoftyper på landsplan fra 1998 til 2009.

<sup>23</sup> Ved den retskemiske undersøgelse registreres identiteten af det illegale stof samt eventuelle tilsætningsstoffer. Endvidere bestemmes prøvens renhed og vægt. Gadeplanprojektet omfatter ikke hash eller andre cannabisprodukter. Hertil kommer, at ecstasy blev ekskluderet fra "Gadeplanprojektet" fra 2003 og nu overvåges selvstændigt.

Ud af de 195 analyserede prøver i 2009 bestod 66 % af de centralstimulerende stoffer, amfetamin og kokain, hvilket svarer til fordelingen i 2008. I de senere år har forekomsten af de centralstimulerende stoffer i projektet – især kokain – dog været stigende, mens forekomsten af heroin har været faldende. 28 % af samtlige prøver i 2009 på landsplan var heroin. Til sammenligning var 74 % af prøverne tilbage til projektets start i 1995 heroin.

I København og Århus er kokain det dominerende stof (henholdsvis 51 % og 48 % af samtlige prøver), mens amfetamin er det dominerende stof i både Esbjerg og Aalborg (henholdsvis 58 %, 42 % af samtlige prøver). I Odense dominerer heroin og er fundet i 37 % af samtlige prøver i 2009.

Forekomsten af metamfetamin har generelt været stigende de senere år. I 2009 var dog kun 3 % af prøverne i gadeplanprojektet metamfetamin, hvilket er et fald sammenlignet med fx i 2005, hvor 5 % af prøverne bestod af metamfetamin<sup>24</sup>. Yderligere 3 % af prøverne indeholdt forskellige stoffblandinger, og 1 % indeholdt ikke-euforiserende stoffer.

Af tabel 10.3.2 i annekset ses fordelingen imellem heroinbase ("rygeheroin") og heroinklorid (hvid heroin til injektion) fra 1998 til 2009. Det er stadig heroinbase, der dominerer blandt heroinprøverne på landsplan. I 2009 var fordelingen af heroinbase og heroinklorid henholdsvis 69 % og 31 %.

I alle år har der været tendens til, at Odense adskiller sig fra de øvrige dele af landet ved at være domineret af den hvide heroin. I 2009 bestod således 92 % af heroinprøverne fra Odense af den hvide heroin til injektion, mens 8 % var den brune heroin til rygning. Til sammenligning bestod – lige modsat – 92 % af heroinprøverne i København af den brune heroin til rygning, mens 8 % af prøverne var den hvide heroin.

### Renheden af stofferne

Af tabel 10.3.3. fremgår renheden af de forskellige stoffer fra 1998 til 2009 i Gadeplanprojektets stikprøver.

Tabel 10.3.3. Renhed af illegale stoffer på brugerplan, 1998-2009 (Median af aktivt stof)<sup>25</sup>

	1998*	1999*	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Heroinklorid	70%	69%	59%	52%	50%	64%	63%	67%	53%	29%	52%	41%
Heroinbase	31%	30%	40%	48%	25%	25%	22%	28%	18%	21%	16%	14%
Amfetaminsulfat	15%	9%	12%	9%	13%	9%	9%	10%	7%	6%	8%	5%
Kokainklorid	51%	54%	37%	43%	36%	37%	24%	25%	18%	16%	19%	11%

Kilde: Lindholst et al 2010

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

Som vist i tabel 10.3.3. ses ændringer i stoffernes renhed gennem årene. Den generelle tendens er, at renheden i de forskellige stoffer er faldet, dog med årlige udsving. Ren-

<sup>24</sup> Se også om forekomsten af metamfetamin i ecstasy-pillerne senere i kapitlet.

<sup>25</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.

heden af den hvide heroin, heroinklorid, faldt dog væsentligt fra 52 % i 2008 til 41 % i 2009. Renheden af kokain har været jævnt faldende gennem årene fra 51 % i 1998 til 11 % i 2009.

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

### Indholdsstoffer i ecstasypiller og deres udseende

Siden 2001 har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Rigspolitiet og de tre retsmedicinske institutter særligt overvåget ecstasypiller i Danmark. Analyseprøver fra indsendte beslag af ecstasy fra politikredsene til et af de tre retskemiske institutter bliver samlet, og pillerne undersøges og beskrives med hensyn til stofkoncentration, stofsammensætning og udseende<sup>26</sup>. Løbende kvartalsvis opdatering af analyseresultaterne samt en større årlig rapport findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

I 2009 blev i alt 43.055 ecstasypiller fordelt på 117 beslaglæggelser sendt fra politikredsene til de retskemiske institutter med henblik på retskemisk undersøgelse. Dette er et lille fald i antal beslaglæggelser, men en væsentlig stigning i i antallet af undersøgte piller sammenlignet med i 2008. I 2008 blev 9.385 ecstasypiller fordelt på 150 beslaglæggelser retskemisk undersøgt. Ifølge Rigspolitiet beslaglagde politikredsene i alt 48.643 ecstasypiller i 2009 fordelt på 139 beslaglæggelser. Trods intentionen om at samtlige beslaglæggelser af ecstasy skal indsendes til retskemisk analyse, blev altså kun 117 ud af de i alt 139 beslaglæggelser indsendt og undersøgt, hvilket svarer til 65 % af samtlige beslaglæggelser.

Om ecstasymarkedet i 2009 kan sammenfattende siges, at der stadig ses det relativt nye stof mCPP i pillerne, både alene og i blandinger. mCPP var i 2009 indeholdt i 68 % af pillerne. Hertil kommer, at det hallucinogene stof 2C-B optræder i stigende grad i pillerne og var indeholdt i 7 % af pillerne igennem året. Endelig ses MDMA (ecstasy) i 2009 "kun" i 14 % af pillerne, hvilket er et markant fald sammenlignet med de seneste tre år, hvor ca. 80 % af pillerne indeholdt MDMA – enten alene eller i blandinger.

### Logoer, form og farve

Variationen af ecstasy på markedet mht. indhold og udseende er stor. Siden overvågningens start i 2001 er der i alt set 574 forskellige varianter af ecstasypiller. Alene i 2009 er der set 34 forskellige nye varianter. Pillerne er hvide, beige, grå, gule, røde og blå, og næsten altid runde. Dog ses også piller i rudeform, hjerteform, trekantede eller også formet som firkløver.

I 2009 indeholder analyserne også kapsler fra 2 sager.

Blandt prøverne i 2009 fandtes 18 forskellige logoer, og 2 af disse logoer er ikke set tidligere – ATOM 30 og Svamp. Mange af logoerne over årene findes kun i én variant,

<sup>26</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.

mens andre piller med samme logo findes i flere varianter. Eksempelvis er der fra overvågningens start fundet 51 varianter af piller med et Mitsubishi logo. Pillerne varierer hvad angår diameter, farve, vægt, højde, type og mængde af aktivt stof.

### Nye indholdsstoffer

Nye og farlige stoffer dukker løbende op i ecstasypiller – både i Danmark og i det øvrige Europa. I Danmark blev i 2005 i alt 8 nye indholdsstoffer identificeret i pillerne. I 2006 sås ingen nye stoffer, mens der i hvert af årene 2007 og 2008 blev fundet et nyt stof. I 2009 er der ikke fundet nye indholdsstoffer i pillerne.

Tabel 10.3.4. Forekomsten af nogle af indholdsstofferne i ecstasy fra 2003 til 2009

	2003 (n=337)	2004 (n=498)	2005 (n=335)	2006 (n=434)	2007 (n=311)	2008 (n=164)	2009 (n=141)
MDMA	96 %	85 %	43 %	63 %	90 %	82 %	8 %
MDMA + andet	1 %	15 %	50 %	34 %	2 %	3 %	4 %
Andet indholdstof	3 %	0 %	7 %	3 %	8 %	15 %	88 % *

Kilde: Århus Universitet 2010

\*I 2009 indeholdt 68 % af ecstasypillerne mCPP alene eller i kombination med andre stof typer, og 7 % af pillerne indeholdt 2C-B

I tidligere år har forekomsten af piller, der alene indeholder MDMA (som vist i tabel 10.3.4) varieret mellem 43 % og 96 %. 2009 afviger fra tidligere år ved i stort omfang at indeholde det relativt nye stof mCPP, men som ifølge seneste kvartalsrapport i 2010 ser ud til at være et stof i tilbagegang i pillerne på markedet. De tidligere meget hyppige varianter med MDMA i blanding med amfetamin, metamfetamin og MDE/MDA er stort set forsvundet fra markedet.

### Seneste kvartalsopgørelse i 2010

Som nævnt tidligere i kapitlet, offentliggør Sundhedsstyrelsen på hjemmesiden [www.sst.dk](http://www.sst.dk) hvert kvartal en oversigt over de aktuelle indholdsstoffer og koncentration i pillerne på markedet. I 2. kvartal 2010 ses mCPP i 44 % af pillerne, mod 83 % af pillerne i 2. kvartal af 2009. Derimod indeholder 48 % af pillerne i 2. kvartal i 2010 det hallucinogene stof 2C-B, hvilket synes at forstærke tendensen til en aktuel stigning af stoffet i pillerne fra 1. kvartal 2010, hvor 2C-B var indeholdt i 36 % af pillerne. I 2. kvartal 2010 indeholder ”kun” 8 % af ecstasypillerne egentlig MDMA (ecstasy), hvilket svarer til den udvikling, som sås gennem hele 2009.

### Høj og lav stofkoncentration

Koncentrationen af de forskellige aktive stoffer i pillerne varierer voldsomt, hvilket udgør en særlig risiko for forgiftning ved indtagelse. I de senere år er der en tendens til, at specielt kapsler og tabletter af afvigende udseende, eksempelvis meget små eller meget store, indeholder specielt rent stof eller stof af anden type end MDMA. Også i 2009 er der afvigende kapsler og piller, men mere overraskende er det, at flere af de ”nye” stoffer optræder i piller, der umiddelbart ikke kan skelnes fra andre piller på markedet. I 2009 varierede mængden af MDMA mellem 1 mg og 94 mg pr. tablet. Mængden af det aktive stof mCPP varierede mellem 1 mg og 52 mg, og mængden af 2C-B lå i 2009 i intervallet 4 mg til 7 mg pr. pille.

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

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

### **Priser**

Rigspolitiet vurderer, at prisen på hash på gadeplan er på omkring 50-70 kroner pr. gram. Prisen på hash ligger ikke længere fast, som den gjorde tidligere. Politikredsene melder om priser på mellem 30-80 kroner for et gram hash. Prisen pr. gram heroin ved salg på gadeplan anslås at være på mellem 1.000-1.500 kroner for den hvide heroin og mellem 500 og 1000 kroner for den brune heroin. Prisen for kokain på gadeplan anslås at være mellem 400-600 kroner pr. gram. For amfetamin anslås prisen på gadeplan at ligge mellem 100 til 200 kroner pr. gram, mens prisen for en ecstasy-pille anslås at ligge mellem 30 og 50 kroner.

Hvad angår priserne på de forskellige stoffer, er der store variationer i de forskellige dele af landet, ligesom det bemærkes, at prisniveauet for handel med narkotika på gadeplan følger almindelige kendte markedskræfter og derfor kan variere på baggrund af blandt andet udbud, efterspørgsel og kvalitet.



## 11 Nationale retningslinjer for behandling af stofmisbrug

I de senere år har der i Danmark været fokus på kvalitetsudvikling af stofmisbrugsbehandling. Baggrunden har været ønsket om at udvikle effektive behandlingsmetoder og sikre behandlingskvaliteten. I denne forbindelse er der i stigende grad også stillet krav til dokumentation og til synliggørelse af kvaliteten over for borgere, administratører og politikere. Foreliggende temakapitel omhandler en beskrivelse af udviklingen af nationale retningslinjer (vejledning) for stofmisbrugsbehandling i Danmark som et led i denne kvalitetsudvikling.

### 11.1 Fra divergens til ensartethed

På stofmisbrugsbehandlingsområdet har der igennem årene hersket betydelig divergens i opfattelsen af behandlingsindsatsen og hermed også manglende konsensus om mål for behandlingseffekt. Mangel på definerede behandlingsydelse og referencerammer har medvirket til vanskeligheder ved at definere de faglige forståelsesrammer for behandlingseffekt. Til trods for at den videnskabelige litteratur på stofmisbrugsområdet er omfangsrig, har praksis ofte været ude af trit med den videnskabelige evidens. Mangelfuld og uensartet registrering af behandlingsindsatsen har yderligere kompliceret forholdene i stofmisbrugsbehandling.

Det er således fundet tiltagende nødvendigt, at der etableres en entydig indholdsmæssig beskrivelse af forskellige behandlingsindsatser, at der skabes konsensus om hvilke kvalitetsmål, der er for kvalitet i behandling, og at der skabes et ensartet registreringsgrundlag for vurdering af praksis.

Den lægelige behandling af opioidafhængige finder primært sted i de kommunale misbrugsbehandlingssystemer og forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere. Lægelig behandling af stofmisbrugere foregår også i almen praksis, i sygehusregi og inden for Kriminalforsorgen. Den lægelige behandling af stofmisbrug er et område præget af stor spredning i klinisk praksis, blandt andet på grund af forskelle i lægernes faglige baggrund og de organisatoriske rammer for behandlingen.

Også substitutionsbehandling af opioidafhængige i Danmark har været et område præget af stor spredning både i klinisk praksis og i behandlingsresultater. I regeringens narkotikahandlingsplan fra 2003 "Kampen mod narko" påpegedes således blandt andet vigtigheden af en styrkelse af den lægelige behandlingsindsats i stofmisbrugsbehandling. Med henblik på at fastholde og udbygge den eksisterende behandlingsindsats blev der derfor med satspuljeaftalen for 2004 afsat 3 mio. kroner til at gennemføre en kvalitetssikring og -udvikling af substitutionsbehandling. Sundhedsstyrelsen iværksatte herefter en fremadrettet gennemgang af hele den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, hvilket udmøntede sig i en ny faglig vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008).

Vejledningen skal medvirke til at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt stofmisbrugere, bedre stofmisbrugerens livskvalitet og mindske brugen af illegale stoffer.

Hertil skal vejledningen understøtte og styrke den helhedsorienterede indsats gennem retningslinjer for selve substitutionsbehandlingen og en beskrivelse af de lægelige kerneydelser, som knytter sig til behandlingen. Indholdet i vejledningen beskrives nedenfor.

For så vidt angår nationale vejledninger og retningslinier for den sociale del af stofmisbrugsbehandlingen er der i vejledning 4 til lov om Social Service (vejledning nr. 95 af 05/12/2006) beskrevet hvilke behandlingstilbud, der bør indgå i den kommunale indsats for stofmisbrugere, dvs. døgntilbud og ambulante tilbud, og at indsatsen i behandlingstilbuddene bør tilrettelægges, så der er tilbud for alle stofmisbrugere. Derudover er der retningslinier og målsætninger i vejledningen, som beskriver udslusning og efterbehandlings samt tilbagefaldsbehandling.

Yderligere har Servicestyrelsen udarbejdet en metodebog til professionelle på stofmisbrugsområdet ”Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv” samt hæftet ”God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet”, som er målrettet sagsbehandlere. Omdrejningspunktet er at sikre korrekt sagsbehandling og borgerens retssikkerhed. Dernæst er formålet med hæftet tænkt som et dagligt arbejdsredskab, der kan opfriske gældende regler og god praksis i konkrete situationer i den kommunale forvaltning eller på misbrugscentret. SFI har desuden i 2009 afdækket hele den sociale stofmisbrugsbehandling i rapporten ”Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark”.

## 11.2 Vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrug

I henhold til autorisationsloven er en læge under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Formålet med vejledningen er nærmere at præcisere Sundhedsstyrelsens opfattelse af kravene til lægelige omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med den lægelige behandling af opioidafhængige i substitutionsbehandling.

Vejledningen er en præcisering af de allerede gældende regler for den lægelige behandling for stofmisbrug. Uændret fra den tidligere gældende vejledning beskrives de faglige retningslinjer for den medikamentelle substitutionsbehandling med buprenorphin og metadon. Som nyt i denne vejledning beskrives nærmere de faglige retningslinjer for den diagnostiske udredning og behandling af stofmisbrug, herunder blandingsmisbrug, diagnostik og behandling af samtidig forekomst af somatisk sygdom ved stofmisbrug, herunder hiv og hepatitis, udredning og generelle principper for behandling af samtidig forekomst af psykisk sygdom, principper for forebyggelse af uønsket graviditet og håndtering af gravide stofmisbrugere samt anvendelse af urinanalyser ved behandling af stofmisbrugere. Desuden omfatter vejledningen afsnit om de lovgivningsmæssige og organisatoriske rammer for behandlingen samt et afsnit om patienters retsstilling.

### Målgruppen og indholdet i vejledningen

Vejledningen er primært målrettet læger, der er ansvarlige for substitutionsbehandling af opioidafhængige i kommunerne. Den lægelige behandling af stofmisbrug omfatter udover specifik diagnostik og behandling af misbrug også diagnostik og behandling af komorbiditeten, som spreder sig over mange specialer, herunder psykiatri, infektions-

medicin, traumatologi, obstetrik/gynækologi, m.m. Vejledningen beskriver de lægelige opgaver i kommunerne i relation til håndtering af den ofte mangeartede komorbiditet ved stofmisbrug, som omfatter den almene diagnostik og sikring af behandling af de ovennævnte sygdomsområder, herunder koordination af den nødvendige behandling i almen praksis og på specialistniveau.

Vejledningen henvender sig i øvrigt til enhver læge, der har en stofmisbruger som patient og andre sundhedsfaglige personer samt administratorer i kommuner og på institutionsniveau, som er beskæftiget med behandling af stofmisbrugere.

### 11.3 Vejledningens tilvejebringelse og opfølgning

Udarbejdelsen af vejledningen foregik fra 2005-2008 i regi af Sundhedsstyrelsen. Den er udarbejdet på baggrund af den aktuelle internationale og nationale videnskabelige evidens og bedste viden på området. I processen blev defineret kerneområder, indhentet eksisterende viden og erfaringer, udarbejdet struktur og indhold, mv.

Vejledningens retningslinjer omfatter den gældende generelle praksis for den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Hvis en læge vurderer, at der i et konkret tilfælde er behov for at behandle uden for rammerne i vejledningen, skal det nøje begrundes og dokumenteres i journalen.

Sundhedsstyrelsen har udsendt vejledningen til landets kommuner, regioner, sygehusledelser, Kriminalforsorgen mv., og bedt om, at det sikres, at relevante læger på behandlingsinstitutioner, afdelinger mv. er orienteret om vejledningen. Vejledningen er endvidere trykt i bogform og udsendt til alle kommuner, kommunale stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner, regioner, sygehusledelser, Kriminalforsorgen mv. Hertil er vejledningen præsenteret og diskuteret på møder rundt på behandlingssteder samt præsenteret på konferencer relateret til stofmisbrugsområdet.

#### Dokumentation og opfølgning på vejledningen

Som opfølgning til vejledning nr. 42 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling af 1. juli 2008 er Sundhedsstyrelsen blevet pålagt at etablere et kvalitetssikringsværktøj i form af en registrerings- og indberetningsordning.

Med udgangspunkt i 10 indikatorer for de væsentligste lægelige kerneydelser, jf. vejledningen, vil Sundhedsstyrelsen ultimo 2010 have etableret et kvalitetssikringsværktøj, hvor kommunerne i form af en årlig elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen registrerer aktiviteterne lokalt. Såvel kommunerne selv som Sundhedsstyrelsen vil med denne indberetning få et overblik over den lægelige behandling på området, og der vil herudover skabes mulighed for en fremadrettet kvalitetssikring af den sundhedsfaglige indsats over for stofmisbrugere. Sundhedsstyrelsen vil årligt give kommunerne feedback på de indberettede data, afholde auditmøde mhp. diskussion af data, og kommunerne vil selv få adgang til data med henblik på løbende benchmarking.

## 12 Finansiering af stofmisbrugsbehandlingen i Danmark

Foreliggende temakapitel beskriver, hvordan den danske stofmisbrugsbehandling finansieres af det offentlige. Kapitlet fokuserer overvejende på den sociale stofmisbrugsbehandling, men forklarer ligeledes, hvordan den sundhedsfaglige stofmisbrugsbehandling opererer på de områder, hvor den sociale- og sundhedsfaglige behandling har fælles berøringsflade.

For at kunne afdække den danske stofmisbrugsbehandling og -finansiering er følgende nationale registre blevet anvendt: Center for Rusmiddelforskningens Dansk Registrerings- og InformationsSystem (DanRIS), Danmarks Statistik, Servicestyrelsens ”Misbrugsdatabasen” og ”Tilbudsportalen”.

### 12.1 Organiseringen af stofmisbrugsbehandlingen

Som nævnt i kapitel 5 i foreliggende rapport, blev ansvaret for den sociale og den lægefaglige behandling af stofmisbrugere overdraget fra amterne til kommunerne i 2007. Kommunerne har således hovedansvaret for stofmisbrugsbehandlingen herunder effektueringen af den sociale behandlingsgaranti efter serviceloven, hvor kommunalbestyrelsen er forpligtet til at tilbyde behandling af stofmisbrugere senest 14 dage efter en stofmisbruger henvender sig til kommunen med anmodning om at komme i behandling. Behandlingsgarantien omfatter retten til, at stofmisbrugeren har mulighed for at vælge mellem offentlige og private godkendte behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, kommunen har visiteret til. Den lægefaglige behandling sker med hjemmel i sundhedsloven, men er ikke omfattet af behandlingsgarantien.

Helt overordnet findes to forskellige behandlingstilbud, det ambulante samt dag- og døgnbehandlingstilbud. Dag- og døgnbehandlingen er primær privat, mens ambulante behandling primær er offentlig. Behandling for stofmisbrug – både den sociale og sundhedsfaglige – er gratis for den enkelte stofmisbruger.

Kommunerne kan henvise til godkendte behandlingstilbud, som er optegnet i den såkaldte ”Tilbudsportal”. På nuværende tidspunkt er der 120 behandlingstilbud i Tilbudsportalen, der leverer stofmisbrugsbehandling som hovedydelse, mens der er 13 tilbud, der leverer stofmisbrugsbehandling som delydelse<sup>27</sup>.

Gennemsnitstaksten for stofmisbrugsydelser er – afgrænset til målgruppen fra 18 år og opefter – for ambulante behandling 914 kroner og 1.339 kroner for døgnbehandlingstilbud pr. person pr. døgn. I forbindelse med disse tal er det vigtigt at være opmærksom på, at taksterne for behandlingen i forbindelse med de forskellige tilbud kan variere meget. Behandlingstilbuddene inden for begge kategorier rangerer således mellem ikke at have nogen takst og for eksempel at have en takst over 9.000 kr. pr. person<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Tilbudsportalen, 2010. [www.tilbudsportalen.dk/portal](http://www.tilbudsportalen.dk/portal)

Der gælder særlige finansielle aftaler for behandling af stofmisbrugere i Kriminalforsorgens regi. Kriminalforsorgen har ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen af indsatte stofmisbrugere med forventet retsophold på over tre måneder. For at kunne effektuere behandlingsgarantien på trods af de begrænsninger, der gør sig gældende i et fængsel, har Kriminalforsorgen igennem de senere år gennemført omfattende tiltag vedrørende misbrugsbehandling for indsatte i fængsler og arresthuse blandt andet motivationsprojekter i alle landets arresthuse, etablering af behandlingsafdelinger i fængslerne samt tilbud om hashbehandling.

## 12.2 Finansieringen

Ansvar for finansieringen af stofmisbrugsbehandlingen i Danmark er således overordnet placeret hos kommunerne. Det er således kommunerne, der har det økonomiske ansvar for rekrutteringen, selve behandlingen, sagsbehandling og alle andre led i behandlingsforløbet. Hertil kommer, at enkelte poster dækkes af offentlige puljer herunder Kriminalforsorgens stofmisbrugsbehandling af indsatte.

Hvert år indgår regeringen og KL (Kommunernes Landsforening) en kommuneaftale, som udstikker de overordnede økonomiske rammer for det følgende år. Kommuneaftalen gælder for kommunerne under ét og tillader dermed kommunerne at tilpasse niveauet for serviceudgifterne til lokale præferencer og behov. Som en hovedbestanddel indgår der i kommuneaftalen et niveau for kommunernes serviceudgifter i det følgende år og en beregning af det statslige bloktilskud, der skal tilgå kommunerne i det følgende år for at sikre fuld finansiering til det aftalte serviceniveau. Det er således sikret, at alle kommuner har råd til for eksempel den lovbundne behandlingsgaranti og andre centralt fastsatte krav om tilvejebringelse og indhold af behandlingstilbud, hvorimod det er op til kommunen selv hvor meget mere end det, den vil yde på området..

Det er dermed den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen, men kommunalbestyrelsen kan vælge at overlade behandlingen til regionsrådet i regionen, dog har kommunen i alle tilfælde finansieringsansvaret.

### De offentlige udgifter

Af de kommunale regnskaber for 2009 fremgår, at de samlede økonomiske udgifter til stofmisbrugsbehandlingen for kommunerne i 2009 var 882,452 mio. kr. Heraf var udgifterne til ambulant- samt dagbehandlingen 572,627 mio. kr., mens udgifterne til døgnbehandlingen var 281,852 mio. kr. Hertil kommer en udgift på 54,547 mio. kr., som er registreret som summen af uautoriserede grupperinger, det vil sige udgifter, som kommunerne har haft på området, men som ikke er blevet "noteret" under de ovennævnte kategorier.

Sammenlignet med tidligere år er det tale om en stigning i de kommunale udgifter til stofmisbrugsbehandlingen i 2009. Fra 2007 til 2008 var der en stigning på 101,698 mio. kr. i de samlede udgifter til stofmisbrugsbehandlingen, mens der fra 2008 til 2009 var en stigning på 34,291 mio. kr. (Danmarks Statistik 2010).

Kriminalforsorgen finansierer som nævnt selv stofmisbrugsbehandlingen af indsatte stofmisbrugere. Kriminalforsorgen uddelegerer stofmisbrugsbehandlingen til enten

private eller offentlige behandlingstilbud. Udgifterne dækkes primært af den såkaldte satspulje (se nedenfor) og delvist direkte gennem finansloven. Kriminalforsorgens samlede budget til stofmisbrugsbehandlingen af indsatte i 2009 var 78,4 mio. kr. (Kriminalforsorgen 2010).

### Særlige satspuljer

Udover de økonomiske midler som kommunerne anvender på stofmisbrugsbehandling, og som blandt andet går til den lovbundne behandling, afsættes der gennem satspuljeaftalerne midler til nye initiativer.

Satspuljen har eksisteret siden 1990 og anvendes til særlige indsatser på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet med henblik på at forbedre vilkårene for modtagere af overførselsindkomster og udsatte grupper. Puljen anvendes således også til særlige initiativer for stofmisbrugere, herunder stofmisbrugsbehandlingsområdet. Størrelsen af puljen er afhængig af den generelle lønstigning i Danmark fra 2 år før finansåret og vokser fra år til år ved at den samlede lønstigning, der ligger mellem 2,0 og 2,3 pct., lægges i puljen.

Satspuljen er altså en finansieringskilde til initiativer primært til modtagere af overførselsindkomster og særlig udsatte grupper (Finansministeriet 2010). Eksempel på initiativer som er finansieret af satspuljemidler er særlige metodeudviklingsprojekter, pårørendearbejde, sundhedsfremme og forebyggelse hos de mest udsatte på værestederne, sundhedsfaglige tilbud til de hårdeste belastede samt til gravide stofmisbrugere og særlige behandlingstilbud til kvinder. Herudover har satspuljen finansieret udviklingen af ordningen om lægeordineret heroin i forbindelse med substitutionsbehandlingen af stofmisbrugere (se mere om initiativerne i kapitel 7 i foreliggende rapport). En række af disse initiativer er introduceret gennem satspuljen og er siden hen overgået til at være permanente bevillinger på Finansloven.

### Øvrige finansieringskilder

Finansieringen af stofmisbrugsbehandling i Danmark ligger altså hovedsagelig hos kommunerne og i mindre omfang i Kriminalforsorgen. Herudover kan private initiativer og institutioner søge legater og fondspenge til finansiering.

I Danmark er private forsikringer i forbindelse med stofmisbrugsbehandling ikke almindelige, fordi behandlingen i Danmark er gratis.

# Anneks

## Referenceliste

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

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

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

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

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

Danmarks Statistik (2010). Kommunale regnskaber. REGK31.

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

EMCDDA (2010). Trends in injecting drug use in Europe. Selected Issues 2010. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

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

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

ESPAD (2004). The 2003 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. CAN og Pompidou Group.

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

Finansministeriet (2010). Finansministeriets Økonomisk Administrative Vejledning. 12.7.2010: <http://www.oav.dk/sw3532.asp>

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010). Kommunernes økonomiske samspil med

staten. Fra ministeriets hjemmeside: <http://www.sum.dk/Indenrigs/Komm-region-oeko/Samspil-med-staten.aspx>.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010a). Vejledning nr. 9083 af 1. januar 2010 om ordination af injicerbar heroin ved opioidafhængighed.

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

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

Kriminalforsorgen (2010). Kriminalforsorgens Administrative Servicekontor.

Kaa, E., Nielsen, E. & Simonsen K.W. (1997). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1996. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kaa, E., Nielsen, E. & Simonsen K.W. (1998). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1997. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W., Rollmann, D. (1999). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1998. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W., Rollmann, D. (2000). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1999. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

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

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

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

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

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

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

Lindholst C., Nielsen, E., Rollmann D., Worm-Leonhard M., Breum Müller I., Findal



Andreasen M., Johannsen M. (2007). Narkotika på gadeplan 2006. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

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

Lindholst C, Breum Müller I, Rollmann D, Kastorp G, Johannsen M, Nielsen E. (2009). Narkotika på gadeplan 2008. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

Lindholst C, Breum Müller I, Rollmann D, Kastorp G, Johannsen M, Nielsen E. (2010). Narkotika på gadeplan 2009. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

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

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2006). Lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven).

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008). Vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008a). Lovbekendtgørelse nr. 748 af 1. juli 2008 om euforiserende stoffer. § 1, stk. 1.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008b). Bekendtgørelse nr. 749 af 1. juli 2008, § 2, stk. 2, jf. liste A, nr. 3.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009). Bekendtgørelse nr. 125 af 18. februar 2009 om ordination af heroin som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009a). Bekendtgørelse nr. 366 af 11. maj 2009 om virksomheders udlevering af diacetylmorfin til behandlingssteder for stofmisbrugere.

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

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

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

MULD-rapport 2003 nr. 4 (2005). Unge livsstil og dagligdag 2003. Sundhedsstyrel-

sen og Kræftens Bekæmpelse.

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

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

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

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

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

Rigspolitiet (2010). Narkotikastatistik 2009. Rigspolitiet, NEC (Nationalt Efterforskningsstøttecenter), København.

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

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

Sundhedsstyrelsen (2005a). Vejledning for modelkommunerne i narkoen ud af byen. maje 2005.

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

Sundhedsstyrelsen (2009). Roskilde against drugs og unge og alkohol – evaluering af indsatserne. November 2009.

Sundhedsstyrelsen (2009a). Festival Danmark – evaluering 2009. Oktober 2009.

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

Sundhedsstyrelsen (2009c). Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen. Undersøgelse af to metoder anvendt i skolesundhedsplejen. August 2009.

Sundhedsstyrelsen (2010). Upubliceret opgørelse fra Sundhedsstyrelsen over stofmisbrugere i Danmark.

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).

SUSY 2010 (2010, upubliceret). Sundhed og Sygelighed i Danmark 2010. Statens Institut for Folkesundhed (SIF).

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

Århus Universitet (2010). Ecstasy i Danmark 2009. Århus Universitet, Retskemisk Afdeling.

## Hjemmesider

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

Hash Rådgivning via sms  
[www.smash.dk](http://www.smash.dk)

Hash-projekt i Københavns Kommune  
[www.uturn.dk](http://www.uturn.dk)

Københavns Kommune. Sundhedsrummet. Projekt vedr. forsøg med Naloxon  
[www.hjemlosesundhed.dk/Naloxoneprojekt](http://www.hjemlosesundhed.dk/Naloxoneprojekt)

Servicestyrelsen, oversigt over behandlingstilbud i kommunerne  
[www.tilbudsportalen.dk/portal](http://www.tilbudsportalen.dk/portal)

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

Videncenter om unges misbrug forankret i Servicestyrelsen, Udsatteenheden  
[www.unges-misbrug.dk](http://www.unges-misbrug.dk)

Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn  
[www.familieambulatoriet.dk](http://www.familieambulatoriet.dk)

## De anvendte undersøgelser

### **”Alkohol i Danmark – Voksnes alkoholvaner og holdninger til alkoholpolitik” (AiD 2008), Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet**

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

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

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

### **”Monitorering af unges livsstil og dagligdag 2002” (MULD 2002), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En landsdækkende undersøgelse gennemført i 1994 blandt et repræsentativt udsnit af befolkningen over 16 år. Undersøgelsen omfattede spørgsmål om en lang række sundhedsemner. Der blev ved tilfældig udvælgelse udtrukket en stikprøve på 6000 personer fra det centrale personregister. Spørgsmål om brug af euforiserende stoffer er stillet til aldersgruppen 16-44 år, i denne aldersgruppe indgår i alt 2521 personer. Dataindsamlingen blev gennemført som personlige interviews i hjemmet. Der blev opnået en samlet besvarelsesprocent på 78 %.

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

En landsdækkende undersøgelse gennemført med tre dataindsamlingsrunder i februar, maj og september 2000 blandt et repræsentativt udsnit af befolkningen over 16 år.

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

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

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

**”Sundhed og sygelighed i Danmark 2010, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet**

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010 (SUSY-2010) er baseret på en stikprøve på 25.000 danskere på 16 år eller derover. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer og en internetversion. Det trykte spørgeskema blev sendt til alle i stikprøven, og i det medfølgende brev blev der opfordret til at besvare spørgeskemaet på internettet. I alt har 15.165 personer (60,7 %) besvaret spørgeskemaet. Spørgsmål om en række euforiserende stoffer blev stillet til alle svarpersoner. Svarpersonerne blev bedt om at angive, om de nogensinde havde brugt det pågældende stof, og i så fald om det var inden for den seneste måned, det seneste år eller tidligere, og hvor gammel svarpersonen var, da vedkommende havde prøvet stoffet første gang. Desuden blev svarpersonerne spurgt om, hvor mange dage i løbet af den seneste måned, de har brugt hash.

**”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 Pampidou Group**

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

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

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

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

Rapporten tog udgangspunkt i den danske del af ESPAD 1995 (se ovenfor). I rapporten var stikprøven udvidet i forhold til ESPAD 1995, så den omfattede elever i 9.klasse. Således blev medtaget foruden de15-16-årige også de 14- og 17-årige, som går i 9. klasse. Dette udvidede antallet af deltagende elever til 2545.

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

Rapporten tager udgangspunkt i alene den danske del af ESPAD-undersøgelsen gennemført i 2003. I rapporten var stikprøven udvidet i forhold til ESPAD 2003, så den omfattede elever i 9.klasse. Således blev medtaget foruden de15-16-årige også de 14- og 17-årige, som går i 9. klasse. Dette udvidede antallet af deltagende elever til 2978.

#### **”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 %.

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

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

## Tabeloversigt

Tabel 2.1.1. Den procentvise andel af kvinder og mænd i de forskellige aldersgrupper, der har brugt hash inden for sidste år i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.2. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.3. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.3.1. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2010.

Tabel 2.1.4. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.5. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.6. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.7. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.8. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.9. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.10. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af illegale stoffer (prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste år) i 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.11. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2010.

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

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

Tabel 4.1.1. Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark, 1996-2009.

Tabel 5.2.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2009.

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

Tabel 5.2.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2009 med kendt hovedstof.

Tabel 5.3.1. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling i halvårene 2004-2009.

Tabel 5.3.2. Andel brugere af opioider og centralstimulerende stoffer i måneden op til indskrivning i døgnbehandling fra 2001-2009.

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

Tabel 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Baseret på Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald. Fordeling efter køn.

Tabel 6.1.3. Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år grupperet efter den formodede væsentligste dødsårsag.

Tabel 6.1.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne.

Tabel 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2009.

Tabel 6.2.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 11 undersøgelsesår (1999-2009) fordelt på forskellige aldersgrupper.

Tabel 6.2.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger på aldersgrupper fra 2005-2009.

Tabel 6.3.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, 1999-2009.

Tabel 6.3.2. Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, 1999-2009.

Tabel 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1999-2009.

Tabel 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1999-2009.

Tabel 9.2.1. Narkotikakriminalitet, 1999-2009. Anmeldelser med sigtelser og antal sigtede personer.

Tabel 10.2.1. Narkotikabeslaglæggelser, 1997-2009.

Tabel 10.3.1. Fordeling imellem stof typer på brugerplan, 1998-2009.

Tabel 10.3.2. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid, 1998 – 2009.

Tabel 10.3.3. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1998-2009 (Median af aktivt stof).

Tabel 10.3.4. Forekomsten af nogle af indholdsstofferne i ecstasy fra 2003 til 2009.

## Figuroversigt

Figur 5.2.1. Andelen af personer i substitutionsbehandling med hhv. buprenorphin og metadon i 2009 i forskellige aldersgrupper.

Figur 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald 1995-2008. Dødsårsagsregisteret.

Figur 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1988-2009. Rigspolitiets register.

Figur 6.1.3. Antal stoffer påvist blandt forgiftningsdødsfald i 2009 i gennemsnit i forskellige aldersgrupper.

Figur 6.1.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne samt Københavns Kommune.

Figur 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999-2009.

Figur 6.2.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper fra 2005-2009.

Figur 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 1999-2009.

Figur 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1999-2009.

Figur 9.1.1. Narkotikakriminalitet 1999-2009. Anmeldelser og antal sigtede personer.

Figur 10.2. Narkotikabeslaglæggelser, 1996 – 2009.

## Supplerende tabeller

Tabel 2.1.1. Den procentvise andel af kvinder og mænd i de forskellige aldersgrupper, der har brugt hash inden for sidste år i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010

		1994 n=2.521	2000 n=6.887	2005 n=4.484	2008 n=2.229	2010 n=5.748
16-19-årige	Mænd	19	29	23	28	23
	Kvinder	10	20	19	17	15
20-24-årige	Mænd	14	24	26	23	24
	Kvinder	9	12	16	19	16
25-29-årige	Mænd	8	16	17	17	14
	Kvinder	5	6	5	7	8
30-34-årige	Mænd	9	10	10	5	10
	Kvinder	2	3	3	3	4
35-39-årige	Mænd	6	8	5	9	6
	Kvinder	2	2	2	0	1
40-44-årige	Mænd	5	4	4	3	4
	Kvinder	2	2	2	0	0
Alle 16-44 år	Mænd	10	14	11	12	12
	Kvinder	5	6	6	7	6
	Alle	7	10	8	9	9

Kilde: SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiK 2008 og SUSY 2010

Tabel 2.1.3.1. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2010 (n=5.704)

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Amfetamin	0,4	1,3	8,8
Kokain	0,4	1,6	7,1
Psilocybinsvampe	0,1	0,3	3,9
Ecstasy	0,1	0,5	4,0
Lsd	0,1	0,2	1,2
Heroin	0,1	0,2	0,6
Andre stoffer*	0,3	0,6	3,0
"hårde" stoffer i alt**	0,9	2,4	12,5

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 2010

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

**Tabel 2.1.II. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af illegale stoffer (prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste år) i 2000, 2005, 2008 og 2010**

	Sidste år	Sidste år	Sidste år	Sidste år
	2000	2005	2008	2010
Hash	19,7	20,5	21,3	18,9
Amfetamin	5,7	4,1	5,4	2,8
Kokain	2,7	3,3	5,6	2,9
Psilocybinsvampe	2,1	1,0	1,1	0,7
Ecstasy	2,3	1,5	2,3	1,1
Lsd	0,6	0,6	0,2	0,4
Heroin	0,2	0,2	0,0	0,3
Andre stoffer*	1,0	0,7	2,3	1,1
"Andet illegalt stof end hash" i alt	7,7	5,3	8,0	4,3

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008 og SUSY 2010

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

**Tabel 2.1.III. 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 2010**

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Amfetamin	1,0	2,8	7,5
Kokain	0,9	2,9	6,4
Psilocybinsvampe	0,3	0,7	2,8
Ecstasy	0,3	1,1	4,6
Lsd	0,1	0,4	1,2
Heroin	0,1	0,3	0,4
Andre stoffer*	0,4	1,1	3,6

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 2010

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

**Tabel 6.1.I. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Fordeling efter køn**

År	I alt	Mænd	Kvinder	År	I alt	Mænd	Kvinder
1995	214	149	65	2002	-	-	-
1996	242	177	65	2003	-	-	-
1997	256	189	67	2004	-	-	-
1998	243	174	69	2005	208	162	46
1999	217	157	60	2006	227	167	60
2000	240	175	65	2007*	211	148	63
2001	221	153	68	2008	211	155	53

Kilde: Dødsårsagsregisteret, august 2010

\*Tallene for 2007 og 2008 er forhøjet med hhv. 2,9 pct. og 4,5 pct. i forhold til det indberettede antal dødsattester, for at kunne sammenligne med tidligere år.

**Tabel 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Baseret på Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald. Fordeling efter køn**

År	I alt	Mænd	Kvinder	År	I alt	Mænd	Kvinder
1981	148	113	35	1996	266	220	46
1982	134	107	27	1997	275	225	50
1983	139	110	29	1998	250	210	40
1984	158	125	33	1999	239	201	38
1985	150	116	34	2000	247	197	50
1986	109	88	21	2001	258	211	47
1987	140	116	24	2002	252	216	36
1988	135	107	28	2003	245	197	48
1989	123	99	24	2004	275	211	63
1990	115	91	24	2005	275	234	41
1991	188	153	35	2006	266*	218	46
1992	208	162	46	2007	260**	207	50
1993	210	166	44	2008	239*	186	51
1994	271	227	44	2009	276	217	59
1995	274	226	48				

Kilde: Rigspolitiet, 2010

\*Køn uoplyst for 2 personer

\*\* Køn uoplyst for 3 personer

**Tabel 6.1.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne, 2007-2009**

	2007	2008	2009
Nordjylland	36	35	33
Midtjylland	52	47	53
Syddanmark	71	68	79
Hovedstaden	68	59	86
Sjælland	29	24	21
Kbh.kommune	41	31	51

Kilde: Rigspolitiet 2010

**Tabel 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2009**

	Kode*	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 <sup>28</sup>	2008	2009
Heroin	T40.1	249	255	240	174	192	220	167	171	161	174	180
Andre opioider	T40.2 +T40.2A +T40.2B	35	35	44	48	52	121	115	131	141	168	249
Metadon	T40.3	5	11	19	39	26	50	56	35	44	58	79
Opioider	F11.0	67	79	67	53	55	49	65	48	60	72	64
<b>Opioider i alt</b>		<b>356</b>	<b>380</b>	<b>370</b>	<b>314</b>	<b>325</b>	<b>440</b>	<b>403</b>	<b>385</b>	<b>406</b>	<b>472</b>	<b>572</b>
Designerdrugs (excl. ecstasy)	T40.6A + T43.8A	*	2	14	21	12	15	3	6	10	40	37
Ecstasy	T40.6B +T43.6B	9	75	67	60	83	73	72	91	86	71	52
Amfetamin	T43.0A + T43.6A	*	2	24	43	54	70	73	85	172	159	210
Kokain	T40.5 +F14.0	44	50	78	66	76	71	106	100	134	119	141
Andre centralstimulerende stoffer	F15.0	58	48	53	47	50	43	54	41	52	45	35
<b>Centralstimulerende stoffer i alt</b>		<b>111</b>	<b>177</b>	<b>236</b>	<b>237</b>	<b>275</b>	<b>272</b>	<b>308</b>	<b>323</b>	<b>454</b>	<b>434</b>	<b>475</b>
Euforiserende svampe	T40.6C +T40.9A	7	5	10	8	3	10	6	13	13	7	12
LSD	T40.8	3	3	12	2	1	2	8	11	16	26	7
Hallucinogener	F16.0	10	15	16	5	4	6	11	5	12	8	2
<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>	<b>29</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>21</b>
Cannabis	T40.7 +F12.0	98	102	164	122	125	74	86	76	97	108	139
Blandingsmisbrug og uspecificeret**	T40.4 +T40.6 +T40.6W +40.6X +T40.9 +F19.0	543	632	571	657	704	469	440	504	415	529	455
<b>Intoksikationer og forgiftninger i alt</b>		<b>1128</b>	<b>1315</b>	<b>1379</b>	<b>1345</b>	<b>1437</b>	<b>1273</b>	<b>1262</b>	<b>1317</b>	<b>1413</b>	<b>1584</b>	<b>1662</b>

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister. Udtræk for året 2009 er foretaget i maj 2010

\*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

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



**Table 6.2.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger på aldersgrupper fra 2005-2009**

Aldersgruppe	2005	2006	2007	2008	2009
< 20 år	230	297	332	322	296
20-24 år	260	234	273	306	287
25-29 år	182	179	188	201	166
> 30 år	594	620	629	757	913
<b>I alt</b>	<b>1266</b>	<b>1330</b>	<b>1422</b>	<b>1586</b>	<b>1662</b>

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

**Table 6.3.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, 1999-2009**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal nypåviste hiv-positive i alt	287	260	320	289	270	307	264	245	312	285	231
Antal nypåviste hiv-positive med intravenøst stofmisbrug (% af alle nypåviste)	26 (9%)	20 (8%)	31 (10%)	31 (11%)	24 (9%)	13 (4%)	17 (6%)	10 (4%)	21 (7%)	13 (5%)	15 (6%)
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde i alt	76	59	71	45	41	61	45	53	48	34	30
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnostiserede)	7 (9%)	7 (12%)	10 (14%)	4 (9%)	11 (27%)	4 (7%)	4 (9%)	3 (6%)	4 (8%)	6 (18%)	3 (10%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2009-data er opgørelsen foretaget i marts 2010

**Table 6.3.2. Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, 1999-2009**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal hepatitis A i alt	88	81	63	84	71	241	48	42	28	43	33
Antal hepatitis A med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	0	0	0	0	0	9 (4%)	1 (<1%)	0	1 (<1%)	0	0
Antal hepatitis B i alt*	57	64	49	62	36	44	30	20	24	25	22
Antal hepatitis B med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	13 (23%)	20 (32%)	12 (24%)	12 (19%)	7 (19%)	9 (21%)	3 (10%)	1 (5%)	2 (8%)	5 (19%)	2 (9%)
Antal hepatitis C i alt*	13	15	6	5	7	8/368**	2/364	7/385	9/382	5/296	4/246
Antal hepatitis C med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	11 (85%)	9 (60%)	3 (38%)	1 (50%)	2 (29%)	3/274 (37%/74%)	0/250 (0%/69%)	6/272 (85%/71%)	4/277 (44%/73%)	1/197 (20%/67%)	0/173 (0%/70%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2009-data er opgørelsen foretaget i marts 2010

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

\*\* akutte/kroniske hepatitis C tilfældes

Tabel 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1999-2009

Diagnosekode	Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
F11	Opioider	227	227	189	172	156	155	138	123	133	136	166
F12	Cannabis	317	270	327	364	333	354	312	347	364	388	553
F13	Sedativa / hypnotika	204	205	199	182	159	143	150	140	154	141	130
F14	Kokain	23	23	31	36	65	53	42	49	49	56	57
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	71	76	75	109	99	98	93	87	91	94	95
F16	Hallucinogener	26	18	21	14	9	17	16	10	10	18	6
F18	Opløsningsmidler	10	2	6	2	10	5	3	3	4	7	3
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	758	749	732	726	747	684	668	660	682	696	826
<b>Personer med hoveddiagnoser i alt</b>		<b>1636</b>	<b>1570</b>	<b>1580</b>	<b>1605</b>	<b>1578</b>	<b>1509</b>	<b>1422</b>	<b>1419</b>	<b>1487</b>	<b>1536</b>	<b>1746</b>

Kilde: Særligt udtræk fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital i Århus. Tabel 6.4.1 viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten heldøgn, deldøgn eller ambulant behandling) som følge af brug af stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (hoveddiagnose) er anvendt som udtrækskriterier. Da en patient kan have flere stofrelaterede bidiagnoser, er "i alt" kategorien ikke en summation.

Tabel 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1999-2009

Diagnosekode	Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
F11	Opioider	146	190	204	208	201	271	280	341	358	492	522
F12	Cannabis	566	584	637	691	759	873	908	1040	1072	1507	1646
F13	Sedativa / hypnotika	253	283	257	266	307	359	367	385	417	529	554
F14	Kokain	15	17	19	34	61	66	97	118	163	210	217
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	58	52	58	56	73	123	120	162	179	235	261
F16	Hallucinogener	11	9	11	10	2	13	14	8	8	13	14
F18	Opløsningsmidler	9	7	7	13	12	11	8	18	13	13	24
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	534	566	485	574	679	728	736	874	995	1176	1396
<b>Personer med bidiagnoser i alt</b>		<b>1506</b>	<b>1630</b>	<b>1593</b>	<b>1747</b>	<b>1844</b>	<b>2074</b>	<b>2102</b>	<b>2430</b>	<b>2632</b>	<b>3418</b>	<b>3718</b>

Kilde: Særligt udtræk fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital, Århus. Tabel 6.4.2 viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten heldøgn, deldøgn eller ambulant behandling) som følge af brug af stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (bidiagnose) er anvendt som udtrækskriterier. Da en patient kan have flere stofrelaterede bidiagnoser, er "i alt" kategorien ikke en summation.

**Tabel 9.1.1. Narkotikakriminalitet, 1999-2009. Anmeldelser med sigtelser og antal sigtede personer**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Anmeldelser med sigtelse	12.928	12.956	12.902	12.851	14.272	16.390	19.037	19.900	18.506	18.692	17.403
Sigtede personer	9.424	9.899	9.858	10.021	11.160	12.313	14.204	15.060	13.294	14.093	13.354

Kilde: Rigsplottiets narkotikastatistik 2010

**Tabel 10.2.1. Narkotikabeslaglæggelser, 1997-2009**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Heroin</b>													
Kg	37,9	55,1	96,0	32,1	25,1	62,5	16,3	37,5	27,0	28,9	48,1	43,9	22,4
Antal beslag	2.509	2.199	1.230	1.499	1.304	966	894	1041	1064	927	1.016	906	648
<b>Kokain</b>													
Kg	58,0	44,1	24,2	35,9	25,6	14,2	104,0	32,3	57,0	76,2	91,8	56,1	72,4
Antal beslag	723	885	744	780	815	881	1.095	1.207	1.615	1.901	2.098	1.858	1.365
<b>Amfetamin</b>													
Kg	119,4	25,2	31,6	57,1	160,6	34,9	65,9	63,0	195,0	79,4	70,4	119,8	103,8
Antal beslag	1.324	1.609	1.250	1.152	954	1.134	1.264	1.388	1.573	2.022	2.215	1.543	1.260
<b>Ecstasy</b>													
Stk.	5.803	27.039	26.117	21.608	150.080	25.738	62.475	38.096	44.195	22.712	82.390	17.631	53.929
Antal beslag	110	143	197	444	331	340	322	1388	461	540	452	251	200
<b>Lsd</b>													
Doser	381	105	83	1.108	156	38	22	483	1201	521	47	482	468
Antal beslag	15	24	15	18	29	8	7	13	12	8	13	21	18
<b>Hash</b>													
KG	467	1.572	14.021	2.914	1.763	2.635	3.829	1.758	1.406	1.035	877	2.914	1.220
Antal Beslag	4.886	5.904	4.569	5.561	5.788	5.234	5.942	7.313	10.292	10.962	9.301	8.365	7.430

Kilde: Rigsplottiets Narkotikastatistik 2010

**Tabel 10.3.1. Fordeling imellem stof typer på brugerplan, 1998-2009**

År	1998* n=208	1999* n=216	2000 n=188	2001 n=152	2002 n=198	2003 n=188	2004 n=200	2005 n=196	2006 n=203	2007 n=200	2008 n=195	2009 n=195
Heroin	56%	45%	44%	45%	40%	39%	33%	34%	33%	30%	27%	28%
Amfetamin	17%	23%	17%	22%	24%	20%	29%	23%	34%	30%	31%	29%
Kokain	23%	27%	24%	22%	30%	32%	34%	36%	30%	34%	35%	37%
Ecstasy**	<1%	3%	7%	9%	2%	-	-	-	-	-	-	-
Metamfetamin ***	-	-	-	-	-	4%	1%	5%	1%	2%	3%	3%
Andet euforiserende/ stofblandinger	1%	1%	5%	1%	3%	4%	3%	1%	2%	2%	3%	3%
Ikke euforiserende	1%	<1%	3%	1%	2%	1%	-	2%	1%	2%	2%	1%
<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>	<b>100%</b>

Kilde: Kaa et al. 1998 til 2005; Lindholst et al 2008; Lindholst et al 2009, Lindholst et al 2010

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

Tabel 10.3.2. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid, 1998 – 2009

	1998* (n=118)	1999* (n =97)	2000 (n =82)	2001 (n =69)	2002 (n=80)	2003 (n=73)	2004 (n=66)	2005 (n=66)	2006 (n=66)	2007 (n=60)	2008 (n=52)	2009 (n=54)
Heroinbase	72%	71%	61%	77%	76%	84%	77%	76%	65%	72%	77%	69%
Heroinklorid	28%	29%	39%	23%	24%	16%	23%	24%	35%	28%	23%	31%

Kilde: Lindholst et al 2010

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



[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