

POINT
FOCAL

NARKOTIKASITUATIONEN I DANMARK

2012

Narkotikasituationen i Danmark 2012

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

© Sundhedsstyrelsen, 2012.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

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

Version: 1,0
Versionsdato: 15.11.2012

ISBN, elektronisk: 978-87-7104-420-1
ISBN, trykt version: 978-87-7104-421-8

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, 15. november 2012

Grafisk opsætning: Bording A/S
Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk

Oplag: 500 eksemplarer

Publikationen kan bestilles hos Sundhedsstyrelsens Publikationer
c/o Rosendahls-Schultz Distribution.
Tlf. 7026 2636, e-mail 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 2012 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, Sundhedsstyrelsen, har haft det koordinerende ansvar for rapportens tilblivelse og har udarbejdet de epidemiologiske kapitler i rapporten. Akademisk medarbejder Marie Sung Lee Asserhøj, Sundhedsstyrelsen, har udarbejdet kapitlet om forebyggelse, Peter Ege har på vegne af Københavns Kommune udarbejdet temakapitlet vedrørende narkotikapolitikken i København, mens Mads Uffe Petersen, Center for Rusmiddelforskning, har udarbejdet temakapitlet om døgnbehandling. Øvrige dele i rapporten er udarbejdet ved hjælp af bidrag fra forskellige enheder i Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, ikke mindst fra specialkonsulent Claudia Ranneries. Herudover er bidrag fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Social- og Integrationsministeriet, Justitsministeriet samt øvrige myndigheder og samarbejdspartnere.

Sundhedsstyrelsen har udpeget et læsepanel, der har bidraget med kommentarer og konstruktiv kritik. Læsepanelet består af lægefaglig konsulent Henrik Sælan, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver inden for stofmisbrugsbehandling, Helle Petersen, tidligere socialoverlæge i København, Peter Ege, lektor Mads Uffe Petersen samt leder for SSP og Forebyggelse i Esbjerg Kommune Steen Møller Bach.

November 2012

Else Smith
Adm. direktør

Indhold

Sammenfatning	6
1 National narkotikapolitik	10
2 Stofbrug i befolkningen og blandt særlige grupper	14
2.1 Indledning	14
2.2 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen	14
2.3 Forbruget af illegale stoffer blandt de helt unge	18
2.4 Stofbrug i særlige miljøer og blandt særlige grupper	19
3 Forebyggelse	22
3.1 Strukturelle forhold	23
3.2 Universel forebyggelse	23
3.3 Selektiv og indikeret forebyggelse	24
3.4 Nationale og lokale mediekampagner	27
4 Omfanget af stofmisbrug	30
4.1 Indledning	30
4.2 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark	30
4.3 Omfanget af injektionsmisbrug	31
4.4 Omfanget af personer med et misbrug blandt hjemløse	32
5 Stofbehandling – efterspørgsel og tilgængelighed	33
5.1 Indledning	33
5.2 Behandlingssystemet – strategi, politik og organisering	34
5.3 Stofmisbrugere i behandling	35
5.4 Øvrige tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen	44
5.5 Øvrige initiativer	48
5.6 Forskning i behandlingen af stofmisbrugere	49
6 Sundhedsrelaterede konsekvenser som følge af problematisk stofbrug	51
6.1 Indledning	51
6.2 Stofrelaterede infektiøse sygdomme	51
6.3 Andre stofrelaterede helbredsproblemer	53
6.4 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere	56
7 Sundhedsfaglige og skadereducerende indsatser	62
7.1 Indledning	62
7.2 Forebyggelse af forgiftninger og narkotikarelaterede dødsfald	62

7.3	Forebyggelse og behandling af stofrelaterede infektionssygdomme	64
7.4	Andre indsatser til at reducere sygelighed blandt stofbrugere	65
8	Sociale sammenhænge og social integration	68
8.1	Indledning	68
8.2	Social eksklusion og stofmisbrug	68
8.3	Social integration	69
9	Narkotikakriminalitet og interventioner og forebyggelse i fængslet	73
9.1	Indledning	73
9.2	Narkotikakriminalitet	73
9.3	Behandling i fængslerne	75
9.4	Stofmisbrug blandt fængselspopulationen	77
9.5	Behandling og forebyggelse i fængslet	78
9.6	Reintegration af stofmisbrugere efter løsladelse	79
10	Narkotikamarkedet	81
10.1	Indledning	81
10.2	Tilgængelighed og efterspørgsel	81
10.3	Beslaglæggelser	82
10.4	Renhed, koncentrationer og priser	83
11	Døgnbehandling for stofmisbrugere	87
11.1	Historisk overblik i et organisatorisk perspektiv	87
11.2	Tilgængelighed og karakteristika	89
11.3	Kvalitetssikring	92
11.4	Diskussion og fremtidsperspektiv	93
12	Narkotikastrategi og indsatser i København	94
12.1	Københavns narkotikastrategi	94
12.2	Særlige politikområder	97
12.3	Aktuelle problemstillinger og udfordringer i København	99
Anneks		100
	Referenceliste	100
	Hjemmesider	106
	De anvendte undersøgelser	107
	Tabeloversigt	113
	Figuroversigt	116
	Supplerende tabeller	117

Sammenfatning

Den aktuelle narkotikasituation i Danmark

Antallet af stofmisbrugere i Danmark skønnes aktuelt at være 33.000, hvoraf 11.000 alene skønnes at være hashmisbrugere. Skønnet er foretaget af Sundhedsstyrelsen i 2010. Sammenlignet med tidligere år er der tale om en stigning i antal stofmisbrugere i Danmark. I 2006 blev antal stofmisbrugere skønnet til 27.000, heraf var godt 7000 alene hashmisbrugere. Stigningen i det skønnede antal stofmisbrugere domineres således af en stigning i det skønnede antal hashmisbrugere fra godt 7000 i 2006 til 11.000 i 2010. 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 stor risiko for at udvikle alvorlige skader og sygdomme og for at dø.

I den seneste befolkningsundersøgelse fra 2010 ses en faldende tendens i det eksperimenterende brug af illegale stoffer – især i aldersgruppen under 25 år. Mens 8 % af de unge under 25 år i 2008 angav at have brugt et eller flere illegale stoffer end hash inden for det seneste år, gjaldt dette for 4 % i 2010. Ser man på stofferne enkeltvis, synes brugen af kokain også at være faldende, hvilket er særligt positivt, da brugen af kokain – som det eneste stof – var stigende op igennem nullerne. Hash er stadig det mest udbredte stof. Langt færre har brugt amfetamin og kokain, mens endnu færre igen har brugt psilocybinsvampe og ecstasy (SUSY 2010).

Den positive faldende tendens i det eksperimenterende brug af illegale stoffer ses også blandt de helt unge. Resultater fra den seneste ESPAD undersøgelse blandt de 15-16-årige på 9. klassetrin, som blev gennemført i 2011, viser et markant fald i brugen af alle illegale stoffer fra 2007 til i dag (ESPAD 2011).

På trods af de målte fald i det eksperimenterende brug af stofferne registreres dog flere forgiftninger på landets skadestuer. Antallet af registrerede forgiftninger som følge af illegale stoffer topper i 2011 med 1880 registrerede henvendelser, og det må antages, at der er tale om en minimumsopgørelse. Stigningen i forgiftninger de senere år ses især blandt de ældre over 30 år. Blandt de yngre ses typisk forgiftninger med hash og centralstimulerende stoffer, mens forgiftninger med opioider og blandinger med flere stoffer hyppigst forekommer blandt de ældre.

Også psykiatriske indlæggelser med stofdiagnoser blandt patienter, der indlægges, optræder stadigt hyppigere i disse år. I 2011 blev 5.687 personer registreret med en egentlig dobbeltdiagnose, hvilket er en stigning sammenlignet med i 2010. 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 tale om hashmisbrug, er godt 2000 i 2011, og antallet er mere end tredoblet over de seneste 10 år. Der er væsentligt færre indlæggelser, hvor fx kokainmisbrug optræder som en bidiagnose (209 personer i 2011), men også her ses stigninger de senere år. Stigningen i de registrerede indlæggel-

ser med stofdiagnoser kan være udtryk for såvel en reel stigning som forbedret registrering.

Blandt andre sundhedsmæssige konsekvenser af stofmisbrug skal nævnes den forhøjede dødelighed. Stofmisbrugere har generelt en stærkt forhøjet dødelighed på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis. Ifølge Rigspolitiets opgørelse over narkotikarelaterede dødsfald blev 285 narkotikarelaterede dødsfald registreret i 2011, hvilket er det højeste antal fra registreringens begyndelse. De fleste narkotikarelaterede dødsfald skyldes forgiftninger, mens de øvrige dødsfald sker som følge af vold, ulykker, selvmord og sygdomme. Årlige analyser viser, at der i gennemsnit konstateres mellem 3 og 4 forskellige stoffer i den afdødes blod ved hvert narkotikarelateret dødsfald, hvilket dokumenterer et udbredt blandingsbrug blandt dem, der dør.

Endelig ses konsekvenserne af stofmisbrug også i opgørelser over stofmisbrugere, der indskrives i behandling. I 2011 var knap 16.000 i stofmisbrugsbehandling i Danmark, hvilket er det højeste antal registrerede stofmisbrugere i behandling siden registreringens start. 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 2011 havde knap 4/5 (79,5 %) af de unge mellem 18 og 24 år i behandling hash som hovedmisbrugsstof, mens 9 % og 4 % 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 stofmisbrugsbehandlingen.

Blandt andet som følge af de mange og stigende antal forgiftninger med de illegale stoffer har Sundhedsstyrelsen i 2012 udarbejdet en vejledning til sundhedspersonalet om håndtering af forgiftninger på landets skadestuer.

Nye udviklingstendenser inden for forebyggelse, behandling og skadereducerende tiltag

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

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, diskoteker samt i udsatte boligmiljøer. Det landsdækkende videntcenter "Unge Misbrug" under Socialstyrelsen har en række initiativer, der skal understøtte den selektive/indikerede forebyggelsesindsats gennem opkvalificering af kommunale fagpersoner, der møder de unge i deres daglige arbejde.

Som følge af satspuljeforlig har Sundhedsstyrelsen udmøntet en pulje på 17 mio. kr. til 6 modelkommuneprojekter, som skal have fokus på rusmidler på ungdomsuddannelserne. Modelkommunerne skal gennem et forpligtende samarbejde arbejde med

rusmiddelpolitikker og tidlig opsporing af unge med et problematisk brug af rusmidler ude på selve ungdomsuddannelserne. Der er yderligere afsat puljemidler til forsøg med udgående indsats til unge med rusmiddelproblemer på ungdomsuddannelserne. Disse midler administreres af Socialstyrelsen.

Sundhedsstyrelsens narkotikaforebyggende arbejde har i de senere år også haft fokus på festmiljøer som risikoarena. Eksempler herpå er projekter om ”Ansvarlig udskænkning”, mediekampagnerne hvor interesseorganisationen Dansk Live tager stilling til en holdning mod stoffer, de såkaldte *Against Drugs* kampagner og *Unge og Alkohol* kampagnerne på festivaler og spillesteder.

I forbindelse med de senere års satspuljeaftaler er der taget en række behandlingsmæssige samt skadereducerende initiativer. Der er blandt andet afsat særlige midler til kvalitetssikring af den sundhedsfaglige kokainbehandling, en ordning med lægeordineret heroin, samt en række initiativer på det sociale område, der er finansieret via Social- og Integrationsministeriets narkopolje. Herudover er der skabt lovgrundlag for at oprette og drive kommunale stofindtagelsesrum.

Nye stoffer og ny lovgivning

Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet overvåger stadig misbrugsstoffer på det illegale marked i samarbejde med de tre retskemiske institutter i Danmark. Via denne overvågning dukker der løbende en række nye misbrugsstoffer op i Danmark, som efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, bliver forbudte.

Siden udgivelsen af sidste narkotikaårsrapport er følgende stoffer, efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, undergivet kontrol: Med bekendtgørelse nr. 997 af 12. oktober 2011 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne 4-MEC, MPPP, og N-ethylbuphedron kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 27. oktober 2011. Hertil kommer, at det med bekendtgørelsen nr. 506 af 30. maj 2012 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev fastsat, at stofferne metoxetamin og fenazepam kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 2. juni 2012. Endelig er det med bekendtgørelse nr. 971 af 28. september 2012 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer fastsat, at stoffet 5-IT kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 30. september 2012.

I Danmark er systemet med enkeltvis forbud mod euforiserende stoffer nu blevet suppleret med et system med forbud mod hele grupper af ensartede stoffer. Hensigten er at gøre det vanskeligere for bagmændene at skabe nye stoffer, som falder uden for forbuddet, ved blot at ændre lidt på molekylesammensætningen på allerede forbudte stoffer. Med bekendtgørelse nr. 778 af 4. juli 2012 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det derfor fastsat, at følgende stofgrupper kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed; Benzoylindol-gruppen, Cathinon-gruppen, Cyclohexylphenol-gruppen, Naphthoylindol-gruppen, Naphthoylpyrrol-gruppen, Naphthylmethylinden-gruppen, Naphthylmethylindol-gruppen, Phenethylamin-gruppen, Phenylacetylindol-gruppen samt Tryptamin-gruppen.

Der er ligeledes indført lovændring, der tillader oprettelse og drift af stofindtagelsesrum i Danmark. Med lov nr. 606 af 18. juni 2012 er lov om euforiserende stoffer ændret, således at der er skabt retligt grundlag for, at der efter tilladelse fra ministeren for sundhed og forebyggelse kan oprettes og drives kommunale stofindtagelsesrum og stofindtagelsesrum drevet af selvejende institutioner med driftsoverenskomst med kommunen. Loven indebærer, at ministeren for sundhed og forebyggelse efter ansøgning fra en kommune kan meddele tilladelse til oprettelse og drift af stofindtagelsesrum for personer på 18 år eller derover med en stærk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer

Temakapitler

I årets rapport foreligger to temakapitler. I temakapitlet om *døgnbehandling i Danmark* beskrives blandt andet den historiske udvikling, tilgængeligheden, typer af behandlingsformer, behandlingsmetoder og den politiske kontekst ift. døgnbehandling for stofmisbrugere i Danmark. Det andet temakapitel omhandler *narkotikastrategien i København*. Heri beskrives de særlige rammer og opgaver, Københavns Kommune har, som følge af stofproblemerne omfang og tyngde samt kommunens initiativer og indsatser på narkotikaområdet.

1 National narkotikapolitik

Regeringen har den holdning, at alle borgere skal have mulighed for at tage del i samfundet. Ingen skal holdes udenfor. De mest udsatte grupper fortjener efter regeringens opfattelse en særlig opmærksomhed, og det enkelte menneske skal være omgivet af både respekt, krav og omsorg. Regeringen ønsker at gøre op med marginalisering, udstødelse og uværdige livsbetingelser og har den ambition, at den store dødelighed blandt misbrugere på gaden i bl.a. København skal nedbringes, og at de skader, problemer og gener, som er forbundet med gademisbrug, skal reduceres.

Stofbrug 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.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse koordinerer den statslige indsats og er ansvarlig for det primære retsgrundlag, dvs. lovgivningen om euforiserende stoffer, herunder forbud mod nye syntetiske stoffer. Ministeriet er endvidere ansvarlig for kontrollen med den lovlige brug af narkotika til medicinske og videnskabelige formål. Herudover har ministeriet ansvaret for de statslige opgaver vedrørende den forebyggende indsats og den lægelige stofmisbrugsbehandling.

På forebyggelsesområdet varetages de statslige kerneopgaver af Sundhedsstyrelsen, som også overvåger og sikrer, at nye tendenser og narkotikaproblemer identificeres og formidles bredt. Det er kommunerne, der er ansvarlige for den konkrete forebyggelsesindsats, mens Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for at bidrage til metodeudvikling, som sammen med rådgivning og vejledning i øvrigt formidles til det lokale plan.

Sundhedsstyrelsen er også ansvarlig for de statslige opgaver i forhold til den lægelige stofmisbrugsbehandlingsindsats. Styrelsen er bl.a. ansvarlig for fastsættelsen af faglige retningslinjer for den lægelige behandling, som kommunerne er ansvarlige for. Endvidere er styrelsen ansvarlig for at overvåge behandlingsindsatsen og for opfølgning af indsatsen i forhold til kommunerne.

Herudover er Sundhedsstyrelsen ansvarlig for den samlede narkotikaovervågning, for udarbejdelse af surveys og undersøgelser af stofbruget i befolkningen samt stofmarkedet, for dataindsamling og løbende kvalificering af denne, og endelig fungerer styrelsen som nationalt kontaktpunkt for Det Europæiske Narkotikaovervågningscenter (EMCDDA).

Endelig administrerer Sundhedsstyrelsen reglerne om den lovlige brug af euforiserende stoffer. Styrelsen udsteder tilladelser til virksomheder, der ønsker at håndtere euforiserende stoffer i videnskabeligt eller medicinsk øjemed, samt fører kontrol med disse bl.a. i form af inspektioner. Styrelsen udsteder certifikater som påkrævet ved forsendelser af euforiserende stoffer over landegrænser og står for rapportering til International Narcotics Control Board (INCB) i henhold til FN konventionerne af 1961 og 1971 om henholdsvis narkotiske og psykotropiske stoffer.

Social- og Integrationsministeriet er ansvarlig for de statslige opgaver vedrørende den sociale stofmisbrugsbehandling og den øvrige sociale støtte, herunder spørgsmål om bolig og bostøtte mv.

Justitsministeriet er ansvarlig for den kontrol- og politimæssige indsats, herunder den strafferetlige forfølgning af personer, der begår narkotikakriminalitet, og for indsatsen over for stofmisbrugere i fængslerne.

Skatteministeriet er ansvarlig for toldkontrollen og for kontrollen med prækursorer, dvs. kemikalier, som kan anvendes ved fremstillingen af narkotika.

Udenrigsministeriet er ansvarlig for den generelle udenrigs-, sikkerheds- og bistandspolitik, herunder den politik, som tager sigte på at bistå de narkotikaproducerende lande og transitlandene i deres indsats for at begrænse både narkotikaudbud og -efterspørgsel.

Kommunerne er ansvarlige for den konkrete forebyggelsesindsats, for den lægelige og sociale stofmisbrugsbehandling samt for den sociale støtte. Kommunerne, som altså spiller en afgørende rolle på narkotikaområdet, bistås i den forbindelse af de centrale myndigheder med bl.a. overvågning, overordnede retningslinjer, dokumentation, vidensformidling m.v.

Ansvarsfordelingen på centralt niveau stiller krav om koordination. Som ansvarlig for koordinationen har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse en særlig forpligtelse i forhold til den indsats, der går på tværs af myndighedernes ansvarsområder. Ministeriet vurderer løbende den overordnede narkotikapolitik, herunder behovet for justering. I den forbindelse vurderes behovet for nye tværgående initiativer som svar på aktuelle og fremtidige udfordringer. Ministeriet sikrer også den nødvendige opfølgning på gennemførelsen af tværgående initiativer.

Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol

Der er i 2012 vedtaget følgende love på narkotikaområdet:

- Lov nr. 163 af 28. februar 2012 om ændring af lov om euforiserende stoffer (Gruppevis forbud mod euforiserende stoffer). Med loven er der åbnet mulighed for at supplere det eksisterende system med enkeltvis forbud mod euforiserende stoffer med et system med forbud mod hele grupper af ensartede stoffer. Loven indebærer, at ministeren for sundhed og forebyggelse ved bekendtgørelse kan indføre forbud mod hele grupper af ensartede stoffer, såfremt der foreligger en indstilling fra Sundhedsstyrelsen eller en international beslutning herom.
- Lov nr. 606 af 18. juni 2012 om ændring af lov om euforiserende stoffer (Stofindtagelsesrum). Med loven er der skabt retligt grundlag for, at der efter tilladelse fra ministeren for sundhed og forebyggelse kan oprettes og drives kommunale stofindtagelsesrum og stofindtagelsesrum drevet af selvejende institutioner med driftsoverenskomst med kommunen. Loven indebærer, at ministeren for sundhed og forebyggelse efter ansøgning fra en kommune kan meddele tilladelse til oprettelse og drift af stofindtagelsesrum for personer på 18 år eller derover med

en stærk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan endvidere fastsætte nærmere regler om stofindtagelsesrum.

Siden færdiggørelsen af sidste årsrapport er følgende narkotiske stoffer undergivet kontrol:

- Med bekendtgørelse nr. 997 af 12. oktober 2011 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne 4-MEC (alle isomererne 2-, 3- og 4-methyl-*N*-ethylcathinon), MPPP (alle isomererne 2-, 3- og 4-methyl- α -pyrrolidinopropiophenon) og *N*-ethylbuphedron (2-ethylamino-1-phenylbutan-1-on) kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 27. oktober 2011.
- Med bekendtgørelse nr. 506 af 30. maj 2012 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne metoxetamin (2-(ethylamino)-2(3-methoxyphenyl)cyclohexan-1-on) og fenazepam (7-brom-5-(2-chlorphenyl)-2,3-dihydro-1*H*-1,4-benzodiazepin-2on) kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 2. juni 2012.
- Med bekendtgørelse nr. 778 af 4. juli 2012 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at følgende stofgrupper kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed:
 - Benzoylindol-gruppen
 - Cathinon-gruppen
 - Cyclohexylphenol-gruppen
 - Naphthoylindol-gruppen
 - Naphthoylpyrrol-gruppen
 - Naphthylmethylingen-gruppen
 - Naphthylmethylyndol-gruppen
 - Phenethylamin-gruppen
 - Phenylacetylindol-gruppen
 - Tryptamin-gruppen

Bekendtgørelsen trådte i kraft den 7. juli 2012.

- Med bekendtgørelse nr. 971 af 28. september 2012 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stoffet 5-IT (1-(1*H*-indol-5-yl)propan-2-amin) kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 30. september 2012.

Økonomi og finansieringsordninger

Med sigte på en styrkelse af indsatsen på narkotikaområdet indgik et bredt flertal i Folketinget 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 et flertal i Folketinget 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, hvortil kommer 71,9 mio. kr., som blev afsat med satspuljen for 2011. 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.

Med satspuljeaftalen for 2012 er der afsat 24 mio. kr. over årene 2012-2015 til et modelprojekt om akutte krisecentre for socialt udsatte stofmisbrugere.

Fra Social- og Integrationsministeriets Narkopolje er der afsat i alt 38,8 mio. kr. i 2012 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 2011 er på 95,0 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 2011 var således på 852 mio. kr. (2012-pris- og lønniveau), mens det tilsvarende regnskabstal for 1995 var på 283,2 mio. kr. (2012-pris- og lønniveau). Udviklingen fra 2010 til 2011 viser et mindre fald på 7 % fra 916 mio. kr. i 2010 (2012-pris- og lønniveau) til 852 mio. kr. i 2011 (2012-pris- og lønniveau). Kommunernes udgifter til forebyggelse af narkotikamisbrug og den lægelige stofmisbrugsbehandling kan ikke særskilt uddrages af de kommunale regnskaber og budgetter.

2 Stofbrug i befolkningen og blandt særlige grupper

2.1 Indledning

Det at prøve stoffer er typisk et ungdomsfænomen, og de fleste fortsætter ikke brugen. Undersøgelser i hele befolkningen viser, at det eksperimentelle brug af stoffer topper i aldersgruppen 16-19 år, og meget få prøver stoffer første gang efter 20-års alderen. I aldersgrupperne over 40 år har kun få procent brugt nogen form for stoffer inden for det seneste år. Det er langt hen af vejen de samme unge, som udsætter sig for de forskellige former for risikoadfærd. Undersøgelser dokumenterer, at det ofte er de samme unge, som har et stort alkoholforbrug, et daglig brug af tobak, og 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 højt niveau, men med faldende tendens. Den seneste 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 enkeltvist, ses i 2010 sammenlignet med 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.

I 2011 er gennemført en opfølgning på ESPAD-undersøgelser fra tidligere år, som beskriver udviklingen i det eksperimenterende brug af rusmidler – herunder de illegale stoffer blandt de unge på 15-16 år. Resultater fra undersøgelsen i 2011 viser samme tendens som i befolkningsundersøgelser blandt voksne – en faldende tendens i det eksperimenterende brug af illegale stoffer.

I 2010 blev for første gang gennemført en natklubundersøgelse i Danmark (Järvinen 2010). Natklubundersøgelsen er en del af forskningsprojektet YODA¹. Hovedresultaterne fra undersøgelsen om stoffer i nattelivet er beskrevet senere i dette kapitel.

De ovenover nævnte undersøgelser er med hensyn til datagrundlaget og metoderne beskrevet sidst i rapporten.

2.2 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

¹ YODA står for Youth, Drugs and Alcohol og er en undersøgelse af såvel holdninger til og erfaringer med illegale stoffer blandt unge og unge voksne såvel i befolkningen som helhed som i natklubmiljøer specifikt.

16 - 44 år. Hos personer over 44 år ses kun en meget begrænset udbredelse, hvorfor de over 44-årige ikke er medtaget her.

Udbredelsen af hash

Resultater fra befolkningsundersøgelser blandt de 16 - 44-årige gennemført i årene 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010 viser stigninger i det eksperimenterende brug af hash op til 2000, for herefter at ligge nogenlunde stabilt frem til 2010, jf. tabel 2.2.1. 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 (jf. tabel 2.2.2 i annekset).

Tabel 2.2.1. 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 2005-2010 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 2.2.3. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 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 de forskellige stoffer blandt de 16-44 årige i 2010 fremgår af tabel 2.2.3.1 i annekset.

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, at udbredelsen af illegale stoffer er størst (og især blandt de unge under 25 år).

Tabel 2.2.4. 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)
Brugt hash					
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 2.2.5. 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

	1994 (n=1.648)	2000 (n=4.019)	2005 (n=2.470)	2008 (n=1.710)	2010 (n=3.287)
Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash					
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 2.2.4 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 (tabel 2.2.5.) 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 (tabel 2.2.6. og 2.2.7 nedenfor) er større end blandt de 25 -34-årige. 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 sidste år), hvilket er nogenlunde på niveau med 2008. 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 2.2.6. 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

	1994 (n=735)	2000 (n=1.728)	2005 (n= 919)	2008 (n=862)	2010 (n=1.643)
Brugt hash					
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 2.2.7. 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 (n=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 enkeltvist, er amfetamin, kokain og ecstasy de mest udbredte stoffer efter hash. Som det ses i tabel 2.2.8. og 2.2.9 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 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. Det ses også af tabellerne, at markant flere unge mænd end kvinder har et aktuelt brug af både amfetamin, kokain og ecstasy.

Tabel 2.2.8. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i 2000, 2005, 2008 og 2010

16-34 år	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
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 2.2.9. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i 2000, 2005, 2008 og 2010

16-24 år	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
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

Alt i alt ses således en tendens til fald i brugen af de illegale stoffer fra 2008 til i dag. Den faldende tendens de seneste par år ses især i det aktuelle brug af amfetamin, kokain og ecstasy, og især blandt de unge under 25 år, hvor faldet er signifikant. Tendensen til fald i det aktuelle brug af amfetamin, kokain og ecstasy (samt øvrige illegale stoffer) i disse år ses således især blandt de unge under 25 år (jf. 2.2.10. i annekset). Udbredelsen af de forskellige illegale stoffer i 2010 (seneste måned, seneste år og nogensinde) ses af tabel 2.2.11 i annekset.

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 hash-brug er der tale om meget små tal, hvorfor der er 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 brugen af hash er størst i hovedstadsregionen. Blandt de unge under 25 år i hovedstadsregionen har typisk 10 – 15 procentpoint flere prøvet hash nogensinde sammenlignet med unge i samme aldersgruppe i de øvrige regioner. Hvad angår andre stoffer end hash, er udbredelsen mere geografisk ensartet. 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.

Debutalder

Analyser af det eksperimenterende brug af illegale stoffer bekræfter, at næsten alle, der bruger illegale stoffer, starter deres stofbrug, inden de er fyldt 20 år (SUSY 2005). I den såkaldte MULD undersøgelse 2008 (MULD 2009) viste resultater, at omkring 50 % af de drenge og piger, der har prøvet hash, har prøvet stoffet mens de var 15 - 16 år. Debutalderen for andre euforiserende stoffer end hash er typisk lidt højere, men stadig i teenageårene.

2.3 Forbruget af illegale stoffer blandt de helt unge

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, 2007 og i 2011 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. Fra 2007 til 2011 ses et væsentligt fald i det eksperimenterende brug af de illegale stoffer blandt de unge på 15-16 år. For langt de fleste stoffers vedkommende er der tale om signifikante fald.

Som vist i tabel 2.3.1 nedenfor, har knap 1/5 af de 15-16-årige prøvet hash nogensinde, og ca. 6 % har prøvet hash inden for sidste måned. Det er tale om et fald i brugen af hash blandt de helt unge danske skolebørn fra 2007 til i dag, omend niveauet stadig er højt. Med hensyn til amfetamin er stoffet prøvet af knap 3 %, mens både kokain

og ecstasy er prøvet af ca. 2 % af de helt unge skolebørn i 2011. Det er tale om en halvering af det eksperimenterende brug af disse stoffer fra 2007 til 2011, og faldet er signifikant.

Der er stadig kønsforskelle i brugen blandt de 15 – 16-årige, og generelt har flere drenge end piger prøvet de forskellige stoffer. Kun lsd, ecstasy og snifning er prøvet af nogenlunde lige mange piger og drenge.

Tabel 2.3.1. Den procentvise andel af de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999, 2002, 2003, 2007 og 2011

	ESPAD 1995 (n=2234)	ESPAD 1999 (n=1548)	HBSC 2002 (n=1418)	ESPAD 2003 (n=2519)	ESPAD 2007 (n=881)	ESPAD 2011 (n=2190)
Hash prøvet nogensinde	18,0	24,4	23,3	22,6	25,5	18,1***
Hash sidste måned	6,1	8,1	-	7,6	10,6*	6,2***
Amfetamin prøvet nogensinde	1,6	4,0	-	4,0	5,0	2,5***
Kokain prøvet nogensinde	0,3	1,1	-	1,8	3,2*	1,9***
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*	1,5***
Lsd prøvet nogensinde	0,2	1,0	-	1,1	1,1	0,7
Psilocybinsvampe prøvet nogensinde	0,5	1,8	-	1,5	1,1	0,7
Snifning prøvet	6,3	7,5	-	8,3	6,1**	3,9***

Kilder: ESPAD 1995 (1997); ESPAD 1999 (2000); ESPAD 2003 (2004); ESPAD 2007 (2009) HBSC 2002; upublicerede tal fra ESPAD 2011 (upubliceret)

*Stigningen fra 2003 til 2007 er lille men dog signifikant

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

*** faldet fra 2007 til 2011 er statistisk signifikant

Sammenlignet med 2007 er det i 2011 tale om en større stikprøve. Dog er det ca. halvdelen af de udvalgte skoler, der ikke ønskede at deltage. Deltagerprocenten i de deltagende klasser var dog som tidligere år oppe på ca. 90 %.

2.4 Stofbrug i særlige miljøer og blandt særlige grupper

I afsnittet beskrives resultater fra en ny undersøgelse om brugen af illegale stoffer i natklubmiljøet i Danmark, undersøgelse om risikoadfærd, samt brugen af khat blandt herboende somaliere.

Erfaringer med illegale stoffer på natklubber

For første gang blev der i 2010 gennemført en nattelivsundersøgelse i Danmark (Järvinen 2010). Undersøgelsen blev lavet af forskere fra Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd – og er baseret på både kvalitative og kvantitative undersøgelsesmetoder. Fokus i undersøgelsen var at producere viden om de unges erfaringer med, holdninger til og risikovurdering af stofferne.

Undersøgelsen viste, at 40 % af de unge klubgæster (med en gennemsnitsalder på 21 år) angav, at de på et tidspunkt i deres liv havde prøvet et andet illegalt stof end hash (typisk kokain, amfetamin og/eller ecstasy). 58 % af gæsterne havde på et tidspunkt i deres liv prøvet hash. Undersøgelsen peger på, at en væsentlig årsag til, at der blandt klubgæsterne er en større udbredelse af stofferne end blandt befolkningen generelt – især når det gælder brugen af andre stoffer end hash – er at disse unge er særligt orienterede mod en livsstil, der inkluderer hyppige fester samtidig med, at et særligt højt indtag af alkohol indgår i deres festkultur.

Undersøgelsen viste desuden, at ved siden af de mest udbredte stoffer – amfetamin, kokain og til dels ecstasy – havde en del af natklubgæsterne også erfaring med mindre udbredte og mindre kendte illegale stoffer såsom ketamin, GHB (fantasy), svampe og/eller lsd. Ca. 10 % af klubgæsterne havde prøvet disse stoffer, hvilket igen bekræfter en mere risikofyldt festkultur blandt disse unge.

Blandingsbrug er udbredt i nattelivet. Det sås, at blandt andet 91 % de unge, der havde prøvet kokain, også havde prøvet andre illegale stoffer. Forestillingen om, at kokain således er et eksklusivt stof og kan forbindes til høj status, demteres i undersøgelsen, der i stedet påpeger at den ”rene” kokainbruger – dvs. en der udelukkende bruger kokain – nærmest ikke eksisterer. Desuden peger undersøgelsen på, at kokainbrugen ofte kombineres med et meget højt forbrug af alkohol. Ifølge de unges beretninger bruges kokainen til at forlænge og intensivere alkoholrusen, og ”coctailen” alkohol-kokain repræsenterer den ultimative fest i klubberne.

Holdninger og risikovurdering hos danske unge

Et yderligere fokuspunkt i ”stoffer og natteliv” var de unges viden om stoffer og deres risikovurdering af forskellige stoffer. Resultaterne baserer sig ikke på den egentlige nattelivsundersøgelse men på fokusgruppeinterview blandt unge handelsskole- og gymnasieelever, hvoraf nogle havde prøvet hash, mens hovedparten havde begrænset erfaring med stoffer. Dermed minder de om typiske danske unge. I kraft af deres manglende erfaring med stoffer bygger de deres viden og forestillinger om forskellige stoffer på venners erfaringer og samfundsmæssige forestillinger om stoffer. Disse forståelser – kaldet diskurser – er interessante, idet de ofte er afgørende for de unges villighed til at eksperimentere med et stof. Undersøgelsen viste, at hash i høj grad opfattes som et ufarligt stof, fordi det forbindes med naturlighed, og fordi det at ryge en joint ikke på samme måde er afskrækkende som det at injicere eller sniffe et stof er det. Ecstasy er derimod for hovedparten af de unge et stof, som betragtes som meget farligt, fordi man ifølge de unge ikke kan vide, hvad en pille indeholder, og fordi det forbindes med unaturlighed og usikkerhed. Endelig beskrives kokain i undersøgelsen som et stof, som står i en mellemposition mellem farligt og ufarligt. På den ene side opfatter en del unge det som farligt, bl.a. fordi det typisk sniffes, og fordi det forbindes med afhængighed. På den anden side ses stoffet som et stof, der ikke har betydning for ens øvrige liv, og som nærmest kan være ”præstationsfremmende”.

Risikoforståelserne er væsentlige for de uerfarne unges villighed til at eksperimentere med stoffer, og kokainens ambivalente position betyder, at det må formodes, at flere unge derfor kan være villige til at eksperimentere med kokain.

Alkohol og festkulturens betydning for stofbrug

I ”Stoffer og natteliv” blev også gennemført en spørgeskemaundersøgelse baseret på et repræsentativt udsnit af 3000 danske unge i alderen 17 til 19 år. Resultaterne herfra viste – i lighed med andre undersøgelser – en stærk sammenhæng mellem et højt alkoholbrug og erfaringer med både hash og andre illegale stoffer. 63 % af de unge, der *binge*-drikker hver weekend (drikker mere end 5 genstande pr. gang inden for de sidste 30 dage), har også prøvet at ryge hash. Til sammenligning har 20 % af de unge, der ikke har drukket mere end 5 genstande pr. gang, prøvet hash. Når det drejer sig om andre stoffer end hash, oplyser 27 % af dem, der *binge*-drikker, at have prøvet et eller flere af de øvrige illegale stoffer. Til sammenligning har ”kun” 7 % af dem, der ikke har *binge*-drukket, prøvet et andet illegalt stof end hash. Sammenfattende kan således siges, at de såkaldt *rusorienterede* unge i høj grad har erfaringer med de illegale stoffer.

Forskellige socioøkonomiske faktorer, såsom forældrenes uddannelsesmæssige baggrund, forældrenes alkoholvaner samt uddannelsesniveaet hos de unge selv, påvirker graden af de unges alkoholindtag og deres erfaringer med illegale stoffer. Blandt andet påvirker forældres weekend-alkoholbrug både de unges alkoholindtag og deres erfaringer med de illegale stoffer. Blandt de stofefarende unge har flere forældre en lavere uddannelse, og omvendt er der blandt de rusorienterede unge flere forældre med en højere uddannelse.

Udbredelsen af khat blandt somaliere i Danmark

I 2008 blev den første danske undersøgelse af udbredelsen af khat gennemført (Sundhedsstyrelsen 2009a). Undersøgelsen kortlagde udbredelsen af og holdninger til khat blandt dansk-somaliere. Undersøgelsen inddrog de mange grupperinger i det somaliske miljø, og 848 personer, svarende til 15 % af alle 15-50-årige dansk-somaliere, deltog i undersøgelsen.

Undersøgelsen viste, at khat er udbredt i det dansk-somaliske miljø, idet 16 % af kvinderne og 48 % af mændene havde tygget khat inden for den seneste måned. 6 % af kvinderne og 29 % af mændene blev i undersøgelsen kategoriseret som storforbrugere (tygger khat mere end 2 gange om ugen). Kønsforskellen var således markant. Men undersøgelsen viser også, at 65 % af dansk-somaliere i Danmark *ikke* tyggede khat. 51 % havde *aldrig* tygget khat, mens 14 % *tidligere* havde tygget khat, men ikke gjorde det mere. Undersøgelsen viste desuden, at udbredelsen af khat er forsvindende lille hos de unge dansk-somaliere, og at 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.

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 bliver også hos dansk-somalierne betragtet som et vanedannende stof (hos 64 % af de adspurgte), og op til 75 % mente, at khat afføder problemer både med helbred, familie og økonomi. 37 % af de adspurgte havde oplevet problemer forårsaget af khat.

3 Forebyggelse

En målrettet og vedholdende indsats for at forebygge og sætte tidligt ind over for begyndende misbrug er en af grundpillerne i den danske narkotikapolitik. Unge og deres forældre er her de vigtigste målgrupper, og der skal være tale om en synlig indsats, der udover at bestå af vidensformidling, også retter 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).

På statslig plan er Sundhedsstyrelsens opgave 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 udmelde overordnede retningslinjer.

I 2012 har Sundhedsstyrelsen udgivet en række *forebyggelsespakker* til kommunerne – herunder en forebyggelsespakke om alkohol (Sundhedsstyrelsen 2012a). Forebyggelsespakkerne giver blandt andet konkrete anbefalinger til hvilke indsatser, kommunerne bør prioritere, inden for forskellige risikofaktorer. I forebyggelsespakken om alkohol er der i anbefalingerne vedrørende de unge også fokus på stoffer, idet der hos de unge ofte er en tæt sammenhæng mellem brug af alkohol og deres brug af illegale stoffer.

Med forebyggelsespakkerne får kommunerne et redskab til at tænke sundhed ind i deres ydelser, gerne på tværs af deres forvaltninger, da dette forventes at bidrage til at mindske den sociale ulighed i sundhed. Med blandt andet forebyggelsespakkerne fastholder Sundhedsstyrelsen derfor fortsat et stort fokus på ulighed i sundhed.

For at understøtte arbejdet med ulighed i sundhed blev rapporten ”Ulighed i sundhed – årsager og indsatser” udgivet i 2011 (Sundhedsstyrelsen 2011a). I rapporten angives særlige indsatsområder, som vil mindske forskellene i danskernes levealder og sundhed, og der beskrives forskellige forhold, som især skaber uligheden, blandt andet forbruget af alkohol, tobak og stoffer. Rapporten lægger også vægt på betydningen af en koordineret og tværgående politik for reduktion af den sociale ulighed i sundhed.

Sundhed, herunder ulighed i sundhed, påvirkes således i høj grad af andre områder end sundhedsområdet, som fx beskæftigelse, uddannelse, sociale forhold, mv., og det er derfor nødvendigt at arbejde tværsektorielt. Det samme gælder de forebyggende indsatser i forhold til rusmidler. Fx kan indsatser i forhold til at fastholde unge i uddannelsesforløb være med til at forebygge de unges risikoadfærd i forhold til stoffer – og omvendt. Med udgangspunkt i ”Ulighed i sundhed – årsager og indsatser” udgav Sundhedsstyrelsen i 2011 publikationen ”Social ulighed i Sundhed – hvad kan kommunen gøre” (Sundhedsstyrelsen 2011b). Her beskrives, hvordan kommunen kan sætte ind for at nedbringe social ulighed i sundhed. Nødvendigheden i at sætte ind på

tværs af ansvars- og opgavefordeling i kommunen beskrives, og det anerkendes, at de nævnte faktorer går på tværs af de kommunale forvaltninger. Fx kan udskolingsundersøgelser foretaget af sundhedsplejerske eller læge bruges til at opspore begyndende uhensigtsmæssige rusmiddelvaner. Denne måde at arbejde med ulighed i sundhed på spiller godt ind i Sundhedsstyrelsens publikation ”Sundhed på tværs” fra december 2010 (Sundhedsstyrelsen 2010a), som sætter fokus på samarbejdet på tværs af kommunale forvaltningsområder mht. sundhed og forebyggelse.

3.1 Strukturelle forhold

I Danmark reguleres de illegale stoffer efter bekendtgørelsen om euforiserende stoffer. Forbuddet mod stofferne bidrager væsentligt til narkotikaforebyggelsen, idet forbuddet nedsætter tilgængeligheden, og fordi et forbud sender et stærkt signal til de unge og andre potentielle brugere om, at stofferne er farlige og kan medføre skader. Danmark har endvidere tilsluttet sig FN-konventionerne, som blandt andet regulerer området internationalt.

3.2 Universel forebyggelse

Universel forebyggelse indbefatter indsatser, der har hele eller dele af befolkningen som målgruppe uanset risikofaktorer og risikoadfærd.

Grundskolen som arena

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”. Indsatsen i grundskolen fortsætter som i de foregående år. Sundhedsstyrelsen udgav i efteråret 2011 to materialer: ”Dit barns festkultur” målrettet forældre (Sundhedsstyrelsen 2011h) og ”Sæt rammer for alkohol, tobak og stoffer”, målrettet lærere og ledelse i grundskolen (Sundhedsstyrelsen 2011c). Begge publikationer indeholder fakta om rusmidler og deres virkninger samt afliver herskende myter om unge, rusmidler og rygning. Herudover er der fokus på udarbejdelse af forældreaftaler med henblik på at udskyde alkoholdebuten blandt de unge og undgå at de bruger stoffer. Endelig opridses de vigtige elementer i en rusmiddel- og rygepolitik.

Det anbefales, at skolerne giver undervisning efter evidensbaserede principper, herunder brug af elevinvolverende metoder. Til at arbejde med unges sundhedsopfattelse kan det forskningsbaserede undervisningsmateriale ”Tackling” bruges (Sundhedsstyrelsen 2009b). 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.

Sundhedsstyrelsen opdaterer og genoptrykker jævnligt stoffaktapecen ”Stoffer – hvordan virker de, og hvordan ser de ud”, som er et generelt informationsmateriale om

de mest almindelige illegale stoffer. Stoffaktapjecen kan også bruges af personale, der arbejder med rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelser og i kommunalt regi. Desuden bruges pjecen som supplerende materiale til festmiljøkampagnerne (jf. kapitel 3.4).

Ungdomsuddannelserne som arena

Der er fortsat i 2012 stor debat om den rolle, ungdomsuddannelserne kan spille i det forebyggende arbejde. Sundhedsstyrelsen udgav i efteråret 2011 to nye materialer som indspark til dette arbejde. Én målrettet til forældre, ”Hjælp din teenager” (Sundhedsstyrelsen 2011d) og en målrettet til lærere og ledelse på ungdomsuddannelser, ”Politik for rusmidler og rygning” (Sundhedsstyrelsen 2011e). Materialerne blev udgivet samtidig med, at Danmarks Radio sendte en udsendelsesrække om danske unges alkoholkultur.

Sundhedsstyrelsen står endvidere for administration af satspuljen om unge, alkohol og stoffer, hvor 6 modelkommuneprojekter modtog midler i december 2011. Modelkommuneprojekterne skal afprøve, om et forpligtende samarbejde mellem kommune og ungdomsuddannelser kan have en positiv effekt på udbredelsen af rusmidler blandt unge. Alle modelkommuneprojekterne har to samspillende indsatser, hvor af den ene er af universel karakter i form af implementering af rusmiddelpolitikker på deltagende ungdomsuddannelsesinstitutioner. Til at kunne facilitere implementeringen af rusmiddelpolitikkerne skal de medvirkende modelkommuner deltage på et kompetenceudviklingskursus, der klæder primært projektkoordinatorer på til at udvikle og implementere rusmiddelpolitikker på ungdomsuddannelserne. Derudover skal kurset bibringe kursusedtagerne viden om rusmidler i uddannelsesregi.

Det stigende fokus på rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelser betyder også, at man i andre kommuner arbejder med denne kombination af universelle indsatser rettet mod unge i særlig risiko, fx med implementering af rusmiddelpolitikker og rådgivning af unge på gymnasier, handelsskoler, tekniske skoler og produktionsskoler. I Skive Kommune har man konsekvent øget aldersgrænsen for salg af alkohol fra 16 til 18 år til fester på alle kommunens ungdomsuddannelsesinstitutioner. I Holstebro Kommune har man fortsat indsatsen ”Åben mobil rådgivning” på ungdomsuddannelser, hvor 2 medarbejdere via henvendelse fra lærere, elever eller studievejledere opsporer unge, der mistrives og som er i risiko for udvikling af et misbrug. Fra oktober 2012 udvides indsatsen med tilbud om gruppeforløb for unge, som er i risiko for at udvikle et misbrug.

3.3 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.

”Ung og sund” – initiativer for udsatte unge

Satspuljen ”Ung og sund” har støttet 10 kommunale projekter i perioden 2008 til 2011 i at afprøve og udvikle måder at arbejde med sundhed blandt udsatte unge.

Projekterne har fokuseret på flere forskellige livsstilsfaktorer, som fx trivsel, kost, motion, rygning, alkohol, sex, stoffer, søvn. Størstedelen af projekterne har haft fokus på rusmidler som én af flere risikofaktorer,

Evalueringen fra projekterne har vist, at produktionsskoler, erhvervsskoler samt vejledningssektoren er vigtige arenaer for sundhedsfremme, da det er her de udsatte unge er. Evalueringen viser desuden vigtigheden af at definere en klar sundheds- og trivselspolitik og konsekvent tænke denne ind, når man igangsætter aktiviteter, samt at kompetenceudvikling af undervisere og andre professionelle kan være med til at rykke de unge.

En særlig indsats er foregået i Odense, hvor der er fokuseret på begrebet rusmiddelkompetence – evnen til at omgås rusmidler på en hensigtsmæssig måde. Indsatsen har blandt andet omfattet oplæg på kommunens skoler og gymnasier, udarbejdelse af rusmiddelpolitikker samt anonym rådgivning af unge med stofmisbrug. Erfaringer herfra har vist, at de unge har behov for at drøfte brugen af rusmidler med voksne, og at de søger respekt og klare holdninger hos voksne. Når tilgangen til de unge er dialog, og desuden hviler på anerkendelse og respekt, viser projektet i Odense, at det giver gode resultater.

Unge Misbrug

”Unge Misbrug” er et landsdækkende videnscenter, der tilbyder kommuner og deres fagpersoner opkvalificering i forhold til deres arbejde med unge med rusmiddelproblemer. Videnscentret er forankret i Socialstyrelsen og har fokus på opsporing af unge, der har et problematisk forbrug af rusmidler, samt indsatser rettet mod de unges rusmiddelproblemer gennem en helhedsorienteret indsats. ”Unge Misbrug” tilbyder viden til fagpersoner i form af en hjemmeside med aktuel viden på området (www.ungemisbrug.dk), konsulentstøtte og dagsworkshops til de enkelte kommuner samt gennemfører en årlig national konference om unge og misbrug målrettet fagpersoner

U-turn

U-turn er Københavns Kommunes tilbud til unge under 25 år, og her kombineres forebyggelse og tidlig opsporing. Indsatsen centrerer sig om åben anonym rådgivning og længerevarende forløb, hvor unge kan få hjælp til at gøre noget ved deres forbrug af hash og andre rusmidler. Der tilbydes både gruppe og individuel rådgivning. Desuden tilbydes rådgivning til familie, venner og kærester til unge, der vil gøre noget ved deres brug af rusmidler samt konsulentarbejde på skoler, socialcentre og institutioner. Erfaringerne fra arbejdet med de unge opsamles løbende, og der gøres en stor indsats for at formidle disse erfaringer videre. Dette gøres blandt andet gennem den nye hjemmeside www.ungrus.dk, som blev lanceret i 2012. Her kan professionelle, der arbejder med forebyggelse og behandling af stofmisbrug blandt unge, søge ny viden og inspiration. Her findes også information om nye kurser og projekter vedr. unge og rusmidler.

I perioden 2009-2010 kørte U-turn et forsøg med gruppebehandling af unge på produktionsskoler i Københavns Kommune. Målgruppen var unge med et forbrug af hash. Evalueringen af projektet i 2011 viste, at hashgrupperne havde en positiv effekt både i forhold til at få de unge til at holde op med at ryge hash og ryge mindre. Blandt andet blev andelen af dagligrygere i gruppen reduceret med 87 %, og 6 af de 18 unge

stoppede helt med at ryge. Desuden formåede en stor del af gruppen af unge at fastholde uddannelse eller arbejde.

Udgående indsatser til unge med rusmiddelproblemer

Socialstyrelsen udmøntede medio 2012 puljemidler, der skal afprøve en justeret form af U-turns hashgruppe-model for gruppetilbud til unge med rusmiddelproblemer på erhvervs- og produktionsskoler i 6 udvalgte kommuner. Målet med puljen er blandt andet at øge en gruppe af udsatte unges forudsætninger for at gennemføre en ungdomsuddannelse. Indsatsen består af kortvarige gruppeforløb suppleret med individuelle samtaler på erhvervs- eller produktionsskolen. Målgruppen er unge, der går på erhvervsskoler og produktionsskoler, med et problematisk forbrug eller et ikke behandlingskrævende misbrug af primært hash.

Baggrunden for puljen er, at for en betydelig gruppe af unge med trivselsproblemer på erhvervs- og produktionsskoler er hashforbruget så stort, at det giver problemer med at fungere personligt, socialt og fagligt. Mange af disse unge oplever ikke at kunne få hjælp på uddannelsesinstitutionerne, da hash og rusmidler er tabubelagte emner, som det kan være svært at bede om hjælp til at håndtere, hvilket i flere tilfælde er medvirkende til, at de unge frafalder uddannelsen.

Satspulje ”Unge, alkohol og stoffer”

Ultimo 2011 udmøntede Sundhedsstyrelsen 17 mio. kr. på satspuljen ”Unge, alkohol og stoffer” til 6 modelkommuneprojekter. Modelkommuneprojekternes formål er at afprøve, om et øget og forpligtende samarbejde mellem kommunen og ungdomsuddannelserne kan være med til at begrænse udbredelsen af rusmidler blandt unge. Modelkommunernes indsats skal styrke rusmiddelforebyggelsen og bidrage til udvikling af metoder til at fremme et rusmiddelforebyggende miljø på ungdomsuddannelserne gennem etablering af rusmiddelpolitikker.

Den del af projektet, der er indikeret forebyggelse, er en tidlig rådgivende og vejledende indsats over for unge på vej ud i et problematisk forbrug af rusmidler. Alle modelkommuneprojekter skal i den forbindelse deltage i et kursus, hvor kommunalt frontpersonale med ungekontakt samt en del af det rådgivende personale på ungdomsuddannelserne uddannes til at tage snakken med de unge om rusmidler på en anerkendende og motiverende måde. Projektet løber til 2014 og har tilknyttet en tværgående evaluator, der skal indsamle erfaringer fra de lokale projekter.

Internetbaseret informations- og rådgivningstilbud til unge

Netstof.dk er et nationalt netbaseret tilbud til unge, som søger information og rådgivning om alkohol, hash og andre stoffer. Netstof.dk har eksisteret siden 1998 og fra at være en lille hjemmeside for målgruppen 14 - 18-årige, er netstof.dk nu udvidet til at være en omfattende og interaktiv ungeportal med brevkasse og ung-ung kontakt. I 2005 kom det sms-baserede forebyggelsesinitiativ SMASH (SMS+HASH) til som et anonymt støtte- og rådgivningsprojekt for unge hashbrugere med det formål at være skadesreducerende, oplysende og støttende i forhold til ophør med hashrygning. I 2009 blev SMASH udvidet med en hjemmeside og udbyggede indsatsen med rådgivning og støtte i forhold til ”hurtigere” stoffer som fx amfetamin, ecstasy og kokain samt en alkoholpakke.

Både projekt SMASH og netstof.dk er evalueret. Evalueringerne viser blandt andet, at de to portaler 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.

På baggrund af de to evalueringer er det i 2012 blevet besluttet at samle de to projekters gode erfaringer på netstof.dk som en enkelt side. Der er blevet bemyndiget satspuljemidler fra Social- og Integrationsministeriet til, at netstof.dk kan udvikles og nydesignes, og fra oktober 2012 bliver den primære målgruppe unge 15-24-årige i risiko for at udvikle et behandlingskrævende misbrug. Netstof.dk vil fortsat tilbyde debatforum, brevkasser og information og vil desuden blive udbygget med en chatfunktion.

Projekt Ansvarlig udskænkning

Sundhedsstyrelsen igangsatte i 2009 projektet ”Ansvarlig udskænkning”, der var et delprojekt under modelkommuneprojektet ”Alkoholforebyggelse i kommunen”, hvis intention var at styrke den kommunale alkoholforebyggende indsats gennem udvikling og implementering af rusmiddelpolitikker i 20 modelkommuner.

Delprojekt ”Ansvarlig udskænkning” tog udgangspunkt i danske erfaringer fra blandt andet projekt ”Trygt natteliv” og modelkommuneprojektet ”Narkoen ud af byen” samt erfaringer fra det svenske STAD-projekt ”Ansvarsfuld alkoholserving i kromiljøer”². Projektet blev afsluttet i december 2011 med en afslutningskonference og med udgivelsen af en evaluering og et inspirationskatalog. Evalueringen af projektet viste, at der var stor interesse og vilje til på tværs, langt ud for kommunens og sundhedsvæsenets grænser, at tage ansvar og aktivt bidrage til et trygt natteliv. Endvidere viste den, at det er muligt at implementere ”ansvarlig udskænkning” i de danske kommuner på to år. Alle kommuner havde oprettet samarbejdsfora, og de fleste havde oprettet bevillingsnævn. På nær en var alle kommuner enten i gang med eller havde vedtaget restaurationsplaner og planer for lejlighedsstilladelser. Halvdelen af kommunerne havde opbygget og afholdt kurser for serveringspersonale. Evalueringen viste også, at det er oplagt at indgå samarbejde med nabokommuner i arbejdet med ansvarlig udskænkning, især i de områder, hvor de unge pendler til feststeder i nabokommunen.

3.4 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 Festival danmark (nu fusioneret med spillesteder.dk til livemusikkens interesseorganisation Dansk Live) om en årlig kampagne mod stoffer rundt om på landets

2 www.fhi.se

flerdages musikfestivaler. Siden 2009 er dette samarbejde udvidet med en kampagne om unge og alkohol. I 2009 er samarbejdet også udvidet til at omfatte en tilsvarende anti-narkotika kampagne på spillestederne. Festmiljøerne er valgt som en central arena, da 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.

Dansk Live Against Drugs

Sundhedsstyrelsens samarbejder med livemusikkens interesseorganisation, Dansk Live, om en narkotikaforebyggende "Against Drugs"-kampagne. I 2012 løb kampagnen af stablen på 15 festivaler³. Den primære målgruppe for indsatsen er unge festivaldeltagere og særligt de 16-25-årige. Festivalerne har gode erfaringer med at bruge materialet, som består af trykte og elektroniske elementer. Festivalerne har endvidere statements på deres hjemmeside, i deres programmer og i deres festivalaviser. Alle elementer bidrager til at signalere en fælles holdning mod stoffer. I 2011 var der som tidligere år fokus på at tage stilling gennem ordene THINK og CHOOSE, dog med et nyt kampagne-layout. I 2012 har kampagnen ændret slogan og layout til "SPEAK YOUR MIND – NOT SOMEONE ELSE'S".

På Roskilde Festival, som er langt den største af festivalerne, evalueres kampagnen bl.a. gennem publikumsundersøgelser. I 2011 viste evalueringen, at 75 % havde set kampagnen, hvilket er et lille fald i forhold til de sidste par år. 29 % havde dog som i 2010 diskuteret budskaberne med deres venner, og 89 % af publikum syntes godt om, at festivalen markerer sig mod stoffer (Sundhedsstyrelsen 2011f). Siden 2009 er evalueringen af kampagnen udvidet med publikumsundersøgelser på tre andre festivaler (i 2011 Vig, Samsø, Bork).

De tre festivaler henvender sig til forskellige målgrupper og kan derfor give et mere nuanceret billede af kampagnens modtagelse ude i landet. Kampagnematerialet og evalueringsresultaterne varierede derfor også på de tre festivaler, men over halvdelen havde på alle tre festivaler set kampagnen i 2011, mens knap 1/4 havde diskuteret budskabet på de tre festivaler. Dette er lavere end i 2010. Til gengæld syntes så godt som alle, at det var en god idé, at festivalerne markerer deres holdning mod stoffer. Against Drugs-kampagnen løb af stablen igen sommeren 2012 på 15 festivaler. Evalueringen af 2012-kampagnen forventes færdiggjort i efteråret 2012 og vil igen være baseret på et repræsentativt udsnit af de involverede festivaler.

Dansk Live Unge og Alkohol

I 2011 deltog 15 festivaler i Sundhedsstyrelsens og Dansk Lives kampagne "Unge og alkohol" med sloganet "Mindre Druk – Mere Fest" i en ny kampagne-udgave. 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.

³ www.dansklive.dk

Evalueringen for 2011, som også her var baseret på festivalerne i Vig, Samsø, Bork samt Roskilde Festival, viste en god modtagelse af budskabet og kampagneelementerne blandt både unge, forældre og medarbejdere. 63 % af Borks og 79 % af Jellings festivalgæster havde bemærket kampagnen, mens kampagnen havde mindre gennemslagskraft på Vig, hvor kun 38 % havde bemærket den. Mens der på Borg og Samsø var omkring 1/3 del af festivalgæsterne, der havde diskuteret budskabet, var der på Vig blot 15 %, der havde diskuteret budskabet. Blandt medarbejdere/forældre på festivalerne var der et godt kendskab til kampagnen (med Vig som lavest på 66 % og Samsø som højest med 92 %), og der var en meget stor tilslutning til kampagnen generelt.

Gennemgående har Unge og Alkohol kampagnen slået stærkest igennem på hegnsbannere, festivalprogram, hjemmeside barplakater og badges. På Roskilde havde stort set samme andel af publikum i 2011 som i 2010 bemærket kampagnen, idet 44 % havde set kampagnen. Også omtrent den samme andel, nemlig 66 % af medarbejdere, havde set kampagnen i 2011. Stort set alle medarbejdere bakkede op om kampagnen. I 2012 har 15 festivaler igen været med i "Unge og Alkohol"-kampagnen, som har samme slogan og tilnærmelsesvis samme layout som i 2011. En evaluering af 2012-kampagnen forventes færdiggjort i oktober 2012.

Music against drugs

I forlængelse af festivalernes "Against Drugs"-kampagne, indledte Sundhedsstyrelsen i 2009 et samarbejde med musikspillestederne i Danmark om en lignende kampagne mod stoffer på landets spillesteder. 48 spillesteder var med i kampagnen "Music Against Drugs", som løb af stablen i efteråret 2011. 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 storskærmspot før koncerterne, website, webbannere, T-shirts, plakater, stickers m.m. Feedback fra publikum og medarbejdere for kampagnen i 2011 viste igen en rigtig god opbakning blandt både publikum og medarbejdere til at spillestederne har en holdning til stoffer. Feedbacken indeholder dog fortsat elementer, der udtrykker, at det er sværere at få gennemslagskraft på spillesteder end på festivaler. I 2012 vil kampagnen køre på 45 spillesteder i perioden fra september til november med et nyt layout og slogan, men ens med det på festivalerne "SPEAK YOUR MIND – NOT SOMEONE ELSE'S".

4 Omfanget af stofmisbrug

4.1 Indledning

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 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 fremgår af kapitel 5, er der sket ændringer i indberetningen til Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere indskrevet i behandling. Dette har betydet, at data fra årene 2006 til 2008 var mangelfulde, hvorfor et nyt skøn først blev 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.

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

4.2 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark

Skønnet over antallet af stofmisbrugere er forbundet med usikkerhed. Dels er skønnet afhængigt af definitionen af stofmisbrug, dels er det afhængigt af, hvilke metoder og hvilket datamateriale skønnet baseres på.

Som i tidligere år er skønnet, der er foretaget i 2010, som nævnt foretaget ved hjælp af en capture-recapture model⁴. 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 diagnose⁵. Herefter er undersøgt, hvor mange af disse, der også fandtes i SIB.

Skønnene over antallet af stofmisbrugere fra 1996 til 2009 fremgår af tabel 4.2.1. 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.

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

5 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 estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Stofmisbrugere i substituitionsbehandling er medtaget i estimatet.

Tabel 4.2.1. 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	fl 1.592	fl 1.937	fl 1.789	fl 1.590	fl 1.628	fl 1.923

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2010b

Skønnet er behæftet med en statistisk usikkerhed (konfidensinterval), men selv med denne usikkerhed er der tale om en klar stigning i antallet stofbrugere fra 2001 til 2009. Antallet af stofmisbrugere i 2009 skønnes at være 33.000, heraf skønnes 10.900 at være hashmisbrugere. I 2005 var det skønnede antal hashmisbrugere 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 kapitel). Der ses både en absolut og relativ 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 centralstimulerende stoffer. Ændringen ses især blandt de ”nye” i stofbehandling, og må formodes at afspejle tilsvarende ændringer i populationen af stofmisbrugere.

4.3 Omfanget af injektionsmisbrug

Sundhedsstyrelsen har i perioden 2004-2008 støttet projekt DEADHEP, hvor man som led i undersøgelse af hiv og hepatitisforekomsten blandt narkotikarelaterede dødsfald i Danmark også har undersøgt, om den afdøde havde leverbetændelse som tegn på et intravenøst stofmisbrug (Christensen et al 2006) (jf. kapitel 6). På baggrund af denne registrering tog Sundhedsstyrelsen initiativ til at få foretaget 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 baseret på 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. Mellem halvdelen og 2/3 var 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, anslås det, at omkring 60 % af stofmisbrugerne (hvor hashmisbrugerne altså ikke er medtaget), har et intravenøst misbrug (primært brugere af opioider).

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 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 etårs prævalens på 11.186 (95 %, sikkerhedsinterval på 9.670-15.634). Estimatet er lidt lavere end de 13.000 fundet ved capture-recapture metoden.

4.4 Omfanget af personer med et misbrug blandt hjemløse

I 2011 blev foretaget en særlig ”hjemløsetælling” der viste, at 67 % af de hjemløse, der har været omfattet af tællingen, har et misbrug af alkohol, medicin eller narkotika. Andelen er højest blandt gadesovere og personer, der har overnattet på natvarmestuer, hvor henholdsvis 77 % og 80 % i disse grupper har et misbrug. Andelen med misbrug blandt dem, der har overnattet hos familie og venner, er 63 %, og andelen med misbrug, der er brugere af herberger, er 72 %. Hjemløsetællingen 2011 er en opfølgning på hjemløsetællingen i 2009. Opgørelserne i 2011 svarer til resultaterne i 2009.

5 Stofbehandling – efterspørgsel og tilgængelighed

5.1 Indledning

Kommunerne er ansvarlige for alle former for stofmisbrugsbehandling, uanset om der er tale om ambulant-, dag- eller døgnbehandling (med undtagelse af den behandling, der finder sted i fængsler og arresthuse). Langt hovedparten af behandlingen for stofmisbrug er rettet både mod selve stofmisbrugeren og de medfølgende sociale og helbreds-mæssige problemer. Kommunerne har ansvaret for at sikre den fornødne sammenhæng mellem den sociale behandling og den lægelige behandling samt øvrige sociale støt-tilbud.

De fleste stofmisbrugere i behandling modtager ambulant behandling. Der tilbydes supplerende dag- eller døgnbehandling, hvis den enkelte har brug for en mere intensiv indsats. Når en stofmisbruger modtager lægelig behandling, skal stofmisbrugeren efter behov også altid tilbydes en social behandlingsindsats. Der skal altid udarbejdes en behandlingsplan.

Antallet af stofmisbrugere i behandling har været støt stigende siden Sundhedsstyrelsen for første gang i 1996 begyndte at registrere stofmisbrugere indskrevet i behandling. Fra 1996 til 2006 blev antallet af personer i behandling cirka tredoblet. Årsagen til stigningen formodes i hovedtræk at skyldes behandlingsgarantiens indførelse samt en øget behandlingsskapacitet. 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 udskrivningsprocedu-ren. Hertil var registreringen i disse ”overgangsåre” påvirket af, at kommunerne overtog ansvaret for registreringen fra amterne ved årsskiftet 2006/2007. Fra 2008 til 2010 ses igen en stigning i antallet indskrevet i behandling.

Aktuelt er knap 16.000 stofmisbrugere registreret i registeret over stofmisbrugere i behandling (SIB). Heraf er omkring 7.600 i substitutionsbehandling – enten med metadon eller buprenorphin.

Data om behandling indsamles i dag i Socialstyrelsens stofmisbrugsdatabase, der åbnede i juni 2011. Stofmisbrugsdatabase er dermed den fælles indberetningsportal for samtlige indberetninger på stofmisbrugsområdet, dvs. Statens Serum Institut's register over stofmisbrugere i behandling (SIB), Socialstyrelsens registre VBGS og DanRIS-ambulant samt Center for Rusmiddelforskning's register DanRIS-døgn. I forbindelse med overgangen til den nye indberetningsportal blev alle indberetninger på stofmisbrugsområdet, som var indberettet i perioden fra 2007 og frem, samlet og ensrettet i en database. Dette har medført ændringer i forhold til tidligere offentliggjorte opgørelser, hvorfor det ikke er muligt at lave direkte sammenligninger med tidligere offentliggjorte opgørelser.

En række nye behandlingstiltag er iværksat i 2011/2012. Disse beskrives sammen med andre behandlingsorienterede initiativer under afsnit 5.4.

5.2 Behandlingssystemet – strategi, politik og organisering

Der er i Danmark nem adgang til behandling. Behandlingen er offentligt finansieret, og afhængigt af problemets omfang og karakter tilbydes forskellige former for psykosocial behandling med eller uden understøttende medikamentel behandling, både som ambulant og som døgnbehandling. Behandling er helt overvejende frivillig. Der er i lovgivningen begrænsede muligheder for behandling med tvang, specielt i forhold til gravide med problematisk stofbrug, men disse muligheder har kun været anvendt i meget få tilfælde siden ny lovning trådte i kraft i 2008.

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for den sundhedsfaglige og socialfaglige behandling for stofmisbrug, og for at der udarbejdes en behandlingsplan for det nærmere behandlingsforløb. Denne behandlingsplan skal understøtte handleplanen efter Servicelovens § 141.

Behandlingen tager udgangspunkt i en udredning, som danner baggrund for et tilbud om et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb i enten dag-, ambulant- eller døgnbehandling. Det forudsættes, at stofmisbrugerens egne ønsker til behandlingsforløbet tillægges stor betydning. Der er i Danmark garanti for social behandling af stofmisbrugere for personer over 18 år og i særlige tilfælde unge under 18 år. Med garantien har en stofmisbruger krav på, at der iværksættes tilbud om social behandling senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen med anmodning om at komme i behandling.

Personer, 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. For så vidt angår den medikamentelle behandling har en stofmisbruger formelt set ikke krav på, at behandlingen iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen, men som regel vil en evt. medikamentel behandling blive indledt samtidig med iværksættelsen af den psykosociale behandling.

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 stofmisbruger. 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. Behandling retter sig mod stofmisbrugerens samlede livssituation. Derfor omfatter indsatsen både de helbredsmæssige og sociale problemstillinger, herunder eventuelle problemer i forhold til bolig, kriminalitet, arbejde og netværk.

Social behandling for stofmisbrug skal tage udgangspunkt i en helhedsorienteret og individuel indsats, hvor behandlingsydelser sammensættes ud fra den enkelte misbrugers behov. I praksis kan det omhandle en række forskellige typer af ydelser. Det kan dreje sig om individuelle samtaler, gruppebehandling, parsamtaler, familiebehandling, socialrådgivning, afrusning/afgiftning, sundhedstilbud og social færdighedstræning.

Derudover tilbydes på nogle behandlingssteder specialiserede tilbud til særlige målgrupper. Det kan være til unge under 25 år, gravide, stofmisbrugere med børn og psykisk syge mv. Paletten af ydelser ændres løbende i takt med, at nye behandlingsformer dukker op, samt at der kommer fokus på nye målgrupper.

Den sociale behandling varetages typisk af pædagoger og socialrådgivere. Derudover indgår en bred skare af faggrupper heriblandt psykologer og psykiatere i behandlingsarbejdet.

De fire mest udbredte behandlingstilgange i Danmark er kognitiv, socialpædagogisk, løsningsfokuseret og systemisk tilgang. Heraf er den kognitive tilgang den mest udbredte. Som oftest trækker de enkelte behandlingssteder dog på mere end én tilgang.

Den sociale misbrugsbehandling kan både have terapeutiske elementer såvel som mere socialfaglige, sundhedsfaglige og omsorgsmæssige elementer. Sammensætningen af behandlingen over for den enkelte bruger afhænger af de målsætninger, der sættes for behandlingen.

Det påhviler kommunalbestyrelsen at tilbyde vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler til personer med opioidmisbrug (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 stofmisbrugets karakter og omfang. 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.

Kvalitetssikring af substitutionsbehandlingen

I de senere år har der været arbejdet med at gennemføre en kvalitetssikring og udvikling af substitutionsbehandlingen i Danmark. Som led i dette arbejde udgav Sundhedsstyrelsen i 2008 vejledningen om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (Sundhedsstyrelsen 2008a). Vejledningen skal medvirke til at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt stofmisbrugere, kvalificere den lægelige stofmisbrugsbehandling og understøtte den helhedsorienterede indsats.

5.3 Stofmisbrugere i behandling

Stofmisbrugere i behandling

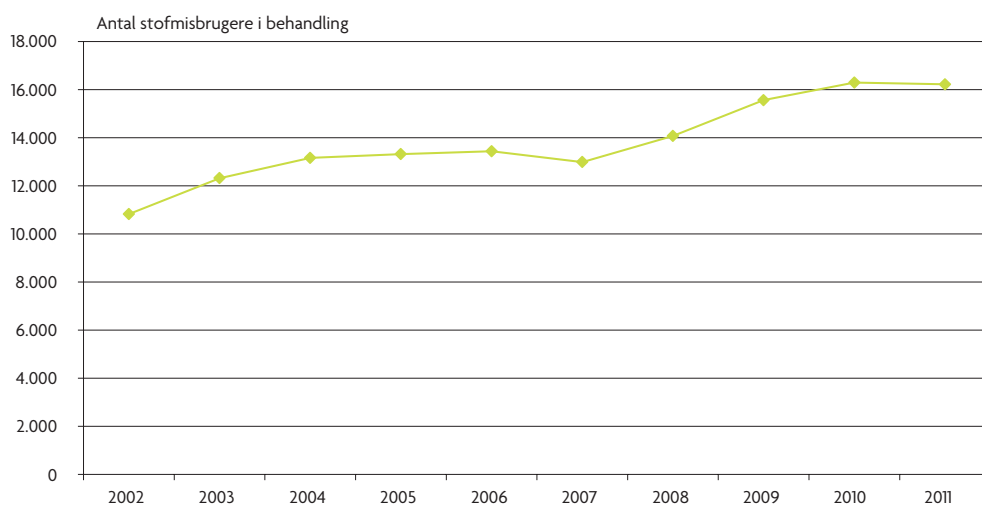
Sundhedsstyrelsen har fra 1996 registreret alle stofmisbrugere, der indskrives i behandling. På baggrund af oplysninger fra "Register over stofmisbrugere i behandling" (SIB), kan de personer, der søger hjælp for deres problematiske stofbrug beskrives. Registeret

indeholder blandt andet informationer om behandlingsformen dvs. ambulante- og døgnbehandling, samt hvilken behandlingstype (metadon, stoffri etc.) brugeren modtager.

Siden 2011 finder indberetning til SIB sted via den nye fælles indberetningsportal Stofmisbrugsdatabasen (SMDB) i Socialstyrelsen. I forbindelse med etablering af den fælles indberetningsportal blev de eksisterende datakilder på stofmisbrugsområdet, herunder VBGS⁶ og SIB, migreret og flettet. Samtidig skete en ensretning og opdatering af sammenfaldende variable, der tidligere blev indberettet til de forskellige registre. Overgangen til den fælles indberetningsløsning SMDB har givet anledning til data-brud, og resultaterne fra opgørelserne må derfor tolkes med forbehold. Opgørelserne i nærværende kapitel er baseret på de migrerede SIB-data (fra 2007 og frem) fra den nye Stofmisbrugsdatabase, og kan ikke direkte sammenlignes med tidligere publicerede opgørelser.

Det samlede antal stofmisbrugere, der har været i behandling i løbet af 2011, er på knap 16.200 og er det næsthøjeste antal registrerede stofmisbrugere siden registerstart. Udviklingen i antallet af stofmisbrugere i stofmisbrugsbehandling har været stigende over de seneste år, jf. figur 5.3.1.

Figur 5.3.1. Antallet af stofmisbrugere i behandling, 2002-2011



Kilde: Register over stofmisbrugere i behandling (SIB). Data fra 2002-2006 er baseret på indberetninger til Sundhedsstyrelsen, data fra 2007 – 2011 er baseret på migrerede SIB-data fra Stofmisbrugsdatabasen (SMDB).

I 2011 blev der på landsplan indskrevet 5.686 personer i behandling. Her er både tale om personer, der er indskrevet for første gang og personer, som indskrives i behandling på ny. Andelen af personer, der ikke tidligere har været i behandling, er på 32 % i 2011, hvilket er på niveau med tidligere år. En særlig opgørelse og beskrivelse af de ”nye” i behandling vil blive behandlet særskilt senere i kapitlet.

6 VBGS: Ventetid for behandlingsgaranti for stofmisbrugere.

I tabel 5.3.1 vises nogle udvalgte karakteristika for de brugere, der blev indskrevet i 2011.

Tabel 5.3.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2011	
Antal klienter indskrevet i behandling i 2011	5.686
Andel ikke behandlet tidligere (%)	32
Andel af mænd/kvinder (%)	78/22
Gennemsnitsalder mænd/kvinder (%)	31/31
Opioider som hovedstof (%)*	17
Hash som hovedstof (%)*	63
Centralstimulerende stoffer som hovedstof (%)*	10
Kokain som hovedstof (%)*	5
Injektion hos tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	43
Injektion hos ikke tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	27
Lønindtægt (%)	10
Dagpenge (%)	3
Kontanthjælp (%)	44
Førtidspension (%)	11
Anden indtægt samt uoplyst (%)**	31
Andel med selvstændig bolig (%)	53
Andel enlige mænd/kvinder (%)	67/62
Antal børn i hjemmet under 18 år	1.017
Antal børn uden for hjemmet under 18 år	290
Udenlandsk statsborgerskab (%)	6

Kilde: Register over stofmisbrugere i behandling (SIB)

*Procent af dem, der opgiver et hovedstof

** herunder bl.a. 15 % uoplyst, 5 % SU og 5 % sygedagpenge

Hovedstof for misbruget

I 2011 angav 63 % af stofmisbrugerne hash som hovedstof ved indskrivning i stofmisbrugsbehandling. Opioiderne som hovedstof blev angivet af 17 %, centralstimulerende og kokain af 15 % af stofmisbrugerne, og 6 % angav ”andre stoffer” som hovedstof ved indskrivningen. En del stofmisbrugere, der søger behandling, anvender flere stoffer, således har 45 % af stofmisbrugerne opgivet at have brugt mere end ét stof før indskrivningen i 2011.

De centralstimulerende stoffer, der især er i fokus i unges eksperimenterende brug af stoffer, optræder i ringere omfang som hovedstof for misbrugere, der er indskrevet i behandling i 2011. 9 % opgiver amfetamin, 5 % opgiver kokain, og 0,3 % opgiver ecstasy⁷ som hovedstof⁸. Disse stoffer bliver således hovedsageligt brugt som supple-

⁷ Her opgjort som MDMA eller lignende.

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

ment. Hash var hovedstof for 63 % af de indskrevne og anvendes også som sidestof blandt 14 % af de indskrevne i 2011.

Alder og kønsfordeling

I 2011 var der 78 % mænd og 22 % kvinder blandt stofmisbrugere i behandling. Andelen af kvinder er dermed på niveau med tidligere år. Gennemsnitsalderen ved indskrivningen i 2011 var 31 år for både mænd og kvinder og dermed 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 stofmisbrugerne er på overførselsindkomster, kun 10 % er beskæftigede. Omkring halvdelen er enten på dagpenge eller kontanthjælp. Samlet har 26 % en færdiggjort uddannelse ud over folkeskolen, og 8 % har forladt folkeskolen før afgangseksamen i 9. klasse. Det lave uddannelsesniveau skal ses i lyset af, at de fleste debuterer med et problematisk brug i en ret ung alder. Også boligmæssigt er stofmisbrugerne dårligt stillede. Kun 53 % har selvstændig bolig, og 3 % er egentlig boligløse. Familiemæssigt er et flertal af såvel de mandlige som de kvindelige stofmisbrugere enlige.

I alt boede 1.017 børn sammen med en misbruger indskrevet i behandling i 2011, mens 209 børn under 18 år var anbragt uden for hjemmet.

Udenlandske statsborgere

En mindre del af stofmisbrugere i behandling er udenlandske statsborgere, i alt 6 % i 2011. Andelen af klienter i behandling med fremmed nationalitet svarer omtrent til andelen med fremmed nationalitet i befolkningen som helhed.

Nye 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, 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 5.3.2 findes oplysninger om de nytilkomne.

Tabel 5.3.2. Klienter indskrevet i behandling i året, som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere, 2005-2011*

	2005	2006	2008	2009	2010	2011
Klienter der ikke er behandlet tidligere	1.578 ud af 5.228 (30 %)	1.329 ud af 5.426 (24 %)	2.072 ud af 6.243 (33 %)	2.481 ud af 6.866 (36 %)	2.352 ud af 6.654 (35 %)	1.847 ud af 5.686 (32 %)
M/K (%)	75/25	76/24	76/24	79/21	78/22	76/24
Gennemsnitsalder M/K	27/28	27/27	28/27	27/27	28/27	27/27
Opioider som hovedstof (%)**	17	14	12	8	7	5
Hash som hovedstof (%)*	53	50	55	65	68	73
Centralstimulerende stof som hovedstof (%)*	13	17	16	12	11	11
Kokain som hovedstof (%)*	9	10	10	7	7	6
Injektion hos heroinmisbrugere (%)	19	18	24	21	16	27

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling i 2005-2011

*Data for perioden 2008 til 2011 er opdateret i forhold til tidligere publikationer, baseret på migrerede SIB-data fra Stofmisbrugsdata-basen.

**Procent af dem, der opgiver hovedstof.

Som det fremgår af tabel 5.3.2, havde 32 % af de indskrevne klienter i 2011 ikke tidligere været i behandling. Ikke overraskende var gennemsnitsalderen lavere blandt de nye end gennemsnitsalderen i behandlingspopulationen som helhed. Blandt de nyttilkomne er lidt flere kvinder sammenlignet med kønsfordelingen i hele behandlingspopulationen.

Hovedstof og indtagelsesmåde

En større andel blandt de nye opgiver hash som hovedstof sammenlignet med dem, der har været i behandling tidligere – 73 % mod 63 %. Blandt de 1.847 nye med oplyst hovedstof har kun 5 % opioider som hovedstof, 11 % opgiver at have et centralstimulerende stof (i dette tilfælde amfetamin eller ecstasy), og 6 % angiver at have kokain som hovedstof.

Hvad angår indtagelsesmåden for heroin blandt de to ”klientgrupper”, er der også forskel, da 27 % af de ikke tidligere behandlede oplyser at injicere stoffet, mens 43 % af de tidligere behandlede har injiceret heroin. Forskellen på indtagelsesmåden mellem de to klientgrupper kan skyldes en ”kortere misbrugskarriere”, og at nye misbrugere af opioider for en dels vedkommende bruger rygeheroin.

Unge i stofbehandling

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).

I 2011 var knap 3.950 unge mellem 18 og 24 år i behandling. Sammenholder man ungepopulationen i stofmisbrugsbehandling med det samlede antal danske unge i samme aldersgruppe, svarer 3.950 til, at 8 ud af 1.000 unge mellem 18 og 24 år er i behandling i 2011, hvilket er på niveau med sidste år.

Tabel 5.3.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2011 med kendt hovedstof (i procent)

	2003		2011	
	18 – 24-årige	Alle i behandling	18 – 24-årige	Alle i behandling
Hash	46,0	25,6	79,5	63,4
Heroin	15,3	30,2	2,5	11,1
Amfetamin	12,7	5,8	9,4	9,5
Kokain	5,8	4,4	3,5	5,1
Ecstasy	4,0	1,2	0,5	0,3
Andre opioider	4,8	20,1	0,6	3,7
Benzodiazepiner	1,7	2,1	1,7	1,8
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0
Andet	9,8	10,5	2,3	3,9

Kilde: Register over stofmisbrugere i behandling (SIB).

Som det ses af tabel 5.3.3., er ungepopulationen karakteriseret ved i stigende grad at have hash som hovedproblem for deres misbrug. Både i 2003 og 2011 var der flere unge, der søgte behandling for deres hashmisbrug end for et heroinmisbrug.

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 2008a).

Fra 2008 baseres opgørelser om antallet af stofmisbrugere i substitutionsbehandling med enten metadon eller buprenorphin på data indberettet til registeret over stofmisbrugere i behandling (SIB). Da opgørelsesmetoden⁹ og datagrundlaget¹⁰ er forskelligt fra 2008 og frem sammenlignet med årene før 2004, er resultaterne i de forskellige perioder ikke direkte sammenlignelige.

Den seneste opgørelse fra registeret over stofmisbrugere i behandling viser, at der blandt alle i stofmisbrugsbehandling har været omkring 7.050 personer i substitutionsbehandling i 2011. Medtages data fra Kriminalforsorgen er det samlede antal personer i substitutionsbehandling på knap 7.600 i 2011. Dette er lavere sammenlignet med opdaterede opgørelser for 2010 baseret på SIB-data fra den nye fælles indberetningsportal Stofmisbrugsdatabasen, som viste, at knap 7.850 personer var i substitutionsbehandling.

Buprenorphin og metadon anvendes i substitutionsbehandlingen. I Sundhedsstyrelsens reviderede vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler fra

9 I tidligere opgørelser var længerevarende substitutionsbehandling defineret som modtagelse af substitutionsbehandling i 5 måneder. I nærværende opgørelse er antallet af personer i substitutionsbehandling opgjort på baggrund af det sidst påbegyndte behandlingsforløb med substitutionsmedicin for personer i behandling i 2011.

10 Tidligere opgørelser var baseret på ordinationsregisteret, mens nærværende opgørelse er baseret på registeret over stofmisbrugere i behandling (SIB) indberettet via den nye fælles indberetningsportal Stofmisbrugsdatabasen.

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 var på knap 1.400 personer i 2011, hvilket er lidt lavere sammenlignet med 2010, hvilket kan skyldes overgangen til den nye indberetningsportal Stofmisbrugsdatabasen.

Behandling med injicerbar heroin

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

Med satspuljeaftalerne for 2009 og 2010 er der fra og med 2010 afsat 63,4 mio. kr. årligt til permanent finansiering af heroinordinationsordningen. Som al misbrugsbehandling i Danmark i øvrigt, er heroinbehandlingen gratis for den enkelte stofbruger.

Sundhedsstyrelsen har estimeret, at ca. 300 stofmisbrugere vil indgå i heroinbehandlingen i Danmark i de kommende par år. Ved udgangen af 2011 var 160 stofmisbrugere indskrevet i behandling. De behandlingsansvarlige læger er forpligtede til at foretage individbaserede indberetninger til Sundhedsstyrelsen.

Rammer, krav, kriterier og uddannelse

Målgruppen for heroinbehandling er stofmisbrugere, der har et aktuelt intravenøst misbrug af ordinerede eller illegale opioider på trods af længerevarende substitutionsbehandling med peroral metadon, og som har, eller er truet af, alvorlige helbredsmæssige komplikationer.

Behandling med lægeordineret heroin skal være en integreret del af en kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere og skal foregå i tilknytning til behandlingstilbud for behandling af opioidbehandling. Behandling med heroin er en sundhedsfaglig specialopgave, der stiller særlige krav til behandling og patientsikkerhed. Behandlingen er mere kompleks og risikofyldt end metadonbehandling, hvorfor der stilles specifikke krav til faglige kompetencer og personalenormering. Sundhedsstyrelsen skal godkende de behandlingsansvarlige læger.

Behandlingsstederne skal have særlig tilladelse fra Sundhedsstyrelsen, der har fastsat krav til sikkerhedsforanstaltninger for opbevaring, modtagelse og regnskab (Lægemiddelstyrelsen 2009a, 2009b). Behandling med heroin kan ikke foregå på sygehus eller i kriminalforsorgens regi.

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med KABS Viden¹¹ etableret et nationalt uddannelsesprogram, der vedrører behandling med lægeordineret heroin. Kurset omfatter

¹¹ 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.

også undervisning i farmakologiske principper, misbrugsrelaterede sygdomme, håndtering af akutte rusmiddelforgiftninger samt undervisning i Sundhedsstyrelsens (herunder den forhenværende Lægemiddelstyrelses) vejledninger.

Lægeordineret heroin indtages udelukkende ved selvadministration og under supervision af sundhedspersonale på klinikkerne. Patienterne møder typisk frem til indtagelse 2 gange dagligt, hhv. om morgenen og igen om eftermiddagen og medgives peroral metadon til natten. Heroinen gives aldrig med hjem, og heroin-klinikkerne må således være åbne for behandling 8-10 timer dagligt alle årets dage.

Erfaringer med heroinbehandling

Behandling med lægeordineret heroin er etableret på fem klinikker i tilslutning til den eksisterende substitutionsbehandling i kommunerne. Valmuen i Københavns Kommune og KABS i Hvidovre startede behandlingen primo april 2010. Rusmiddelcenter Odense åbnede nogle måneder senere, og heroinklinikkerne i henholdsvis Århus og Esbjerg åbnede omkring december 2010.

I 2011 gennemførte Sundhedsstyrelsen en statusundersøgelse af ordningen for perioden 2009 - 2011, der beskriver de foreløbige erfaringer med heroinbehandlingen (Sundhedsstyrelsen 2012c). Nogle af resultaterne fra rapporten fremgår nedenfor, andre resultater fremgår af tidligere narkotikaårsrapporter fra Sundhedsstyrelsen.

I perioden var der i alt indskrevet 160 heroinbrugere i klinikkerne, heraf 71 i Københavnsområdet. Der faldt 26 patienter fra i perioden, den største enkeltårsag (7 patienter) var ønsket om stoffrihed og derfor overgang til stoffri døgnbehandling.

Samlet set har de første erfaringer med etableringen af heroinbehandlingen 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 social støtte, aktiviteter, madordning mv., og kun nogle få kommer udelukkende til injektionerne.

De første erfaringer med heroinbehandlingen tyder på, at der ligger en udfordring i den forberedende fase forud for selve heroinbehandlingen. En del af de inkluderede heroinbrugere har vist en vis skepsis for nødvendigheden af f.eks. undersøgelser for fysisk og psykisk sygdom, blodprøvetagning og stabilisering i metadonbehandling forud for behandlingen. En del af heroinbrugerne har også haft svært ved at finde egnede blodårer til injektion.

Sundhedsstyrelsen har planlagt en national evaluering ultimo 2012, når alle klinikker har været i drift i mindst 2 år. Herefter skal der tages stilling til det eventuelle behov for justering af vejledningen.

Endelig skal nævnes, at Sundhedsstyrelsen i sommeren 2012 har foretaget en vurdering af brug af andre indtagelsesformer end injektion, og at opfølgningen herom er under overvejelse.

Stofmisbrugere i døgnbehandling

Udover afsnittet her beskrives døgnbehandling af stofmisbrugere i Danmark. En mere omfattende og uddybende beskrivelse findes i temakapitel 11.

Særlige informationer om døgnbehandling indhentes gennem monitoreringssystemet DanRIS-Døgn, der blev udviklet i 2000. Alle døgninstitutioner, der behandler personer med stofmisbrug, er forpligtet til at indsende data til DanRIS. Antallet af døgninstitutioner tilmeldt DanRIS var 40 i 2011. Af disse var 34 egentlige døgnbehandlingsinstitutioner, og heraf var der to, der ikke indsendte data i 2011. I nedenstående tabel er udviklingen i indskrivninger hvert halve år fra 2005-2011 vist.

Tabel 5.3.4 Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling, halvårene 2005-2011

Tid	N	Alder	Kvinder
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 %
1. halvår 2010	564	31,9	22 %
2. halvår 2010	446	33,4	24 %
1. halvår 2011	451	31,8	23 %
2. halvår 2011	322	32,2	21 %

Kilde: Center for Rusmiddelforskning, Dansk Registrerings- og Informationssystem, DanRIS. STOF, 2011.

Som det fremgår af tabel 5.3.4, ses et markant fald i antal indskrevne i døgnbehandling fra 2009 og frem.

Gennemsnitsalderen for stofmisbrugere i døgnbehandling er ikke væsentligt forandret gennem årene, og er 32 år i 2011. Andelen af kvinder synes ligeledes at være relativt stabil over hele perioden, om end der ses en faldende tendens i andelen af kvinder fra 2008 og frem. En person kan have flere indskrivninger pr. år, men der skal gå mindst 30 dage fra udskrivning før en tilbagevenden betragtes som nyindskrivning.

De 773 indskrivninger, der blev registreret i 2011, fordeler sig på i alt 773 personer. Der er signifikante ændringer i klienternes gennemsnitlige psykiske score og familie-konflikt score fra 2010 til 2011 (psykisk score fra 0,46 i 2010 til 0,5 i 2011 og familie-konflikt scoren fra 0,3 i 2010 til 0,35 i 2011). Andelen af klienter som har et heroinforbrug op til behandlingsstart er faldet fra 41 % i 2008 til 28 %

i 2011. Generelt er andelen af opioide-brugere, som indskrives i døgnbehandling, faldende.

Gennemførelse og belastningsgrad

Andelen af klienter, der gennemfører døgnbehandling som planlagt, er steget svagt fra 54 % i 2010 til 56 % i 2011. Det gennemsnitlige antal indskrivningsdage er i 2011 136 dage og er dermed steget med ca. tre dage i forhold til de 133 dage i 2009/2010.

I 2010 og 2011 havde døgnbehandlingsinstitutionerne udfyldt EuropASI-skema på henholdsvis 75 % og 73 % af klienterne indskrevet i året. Ud fra ASI-skemaet beregnes bl.a. den sociale belastning, herunder boligforhold og forsørgelse. Sammenlignet med 2010 ses i 2011 en mindre belastningsgrad, hvad angår klienternes bolig- og indkomstforhold på enkelte områder. Andelen af indskrevne uden bolig faldt fra 11 % i 2010 til 9 % i 2011. Andelen af klienter, der oplyser en hovedindkomst fra illegale aktiviteter, er faldet fra 6 % i 2010 til 4 % i 2011. Mere om belastningsgrad beskrives i temakapitel 11.

De i alt 773 indskrivninger i 2011 kommer fra 81 ud af de 98 danske kommuner.

5.4 Øvrige tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen

I det følgende skitseres nyere behandlingsorienterede initiativer og status.

Overordnet er initiativerne målrettet fire hovedgrupper af brugere. De socialt mindre belastede, de socialt meget belastede, dobbeltbelastede stofmisbrugere og unge.

De socialt mindre belastede

To initiativer – *forsøg med anonym ambulant behandling* samt *behandling af hash- og kokainmisbrug* – er målrettet især de nyere stofmisbrugere, der ses i behandlingssystemet, og hvor især hash, kokain og andre hurtige stoffer er det dominerende stof i deres misbrug. Set i forhold til stofmisbrugere i behandling i øvrigt, er disse brugere som ofte har en forholdsvis stabil kontakt med familien, de har oftere afsluttet 10. klasse, de har oftere lønnet arbejde, få har boligproblemer, og der er mindre kriminalitet. De aktuelle initiativer afprøver, hvordan denne målgruppe kan blive imødeset, så behandlingen tilpasses deres behov.

- **Forsøg med anonym ambulant stofmisbrugsbehandling**

Forsøget er målrettet borgere med et behandlingskrævende stofmisbrug, der har en tæt tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet, og som i dag vælger ikke at henvende sig i stofmisbrugsbehandlingssystemet. Målet med projekterne er at skabe viden om hvem og hvor mange, det er muligt at komme i kontakt med og få til at vælge behandling via et anonymt tilbud. Derigennem ønskes belyst, hvorvidt der er en gruppe af personer med stofmisbrugsproblematikker, som ikke ønsker at gå i behandling, da de ønsker anonymitet. Tilbudet om anonym ambulant stofmisbrugsbehandling er placeret i København og Odense og er tilgængeligt fra januar 2010 til og med 2012. Der er ved satspuljeaftalen 2010 afsat 16,5 mio. kr. til initiativet.

De foreløbige resultater viser, at det er muligt at tiltrække målgruppen. I løbet af forsøgets første år er der med 195 indskrevne dobbelt så mange i behandling som estimeret ved forsøgets start. Det er en målgruppe, hvor anonymitet har afgørende betydning. De indskrevne ville således ikke have valgt at gå i behandling, hvis ikke der var tilbud om anonymitet. Dette begrundes hovedsageligt ud fra ønsket om ikke at blive registreret af frygt for hvilke konsekvenser, det kan få i forhold til arbejde (nuværende og kommende) og familie.

Den foreløbige opgørelse viser endvidere, at 80 % er i arbejde eller under uddannelse, 86 % bor i egen bolig, 70 % har kort, mellemlang eller videregående uddannelse, 64 % er enlige og 50 % har altid eller ofte mulighed for at få hjælp fra deres familie. Der tegner sig også et mønster i de indskrevnes rusmiddelbrug. 70 % angiver hash som deres hovedstof, 16 % kokain og 4 % "andet". En tredjedel har tidligere modtaget behandling, og 70 % brugte rusmidler første gang i 14-16 års alderen.

- **Behandling af hash- og kokainmisbrug**

Initiativet går ud på at udvikle behandlingsmodeller, der kombinerer behandling af problematisk hash- og kokainbrug. Modellerne skal stilles til rådighed for kommunerne, så de kan blive inspireret heraf. Erfaringer fra Københavns Kommune viser, at hash- og kokainbrugere supplerer hinanden godt i grupper og giver en mere ligelig kønsfordeling i grupperne. Der er afsat 8 mio. kr. i 2012-2015 til initiativet. Initiativet er under forberedelse.

De socialt meget belastede

To aktuelle initiativer er målrettet de socialt mest belastede stofmisbrugere. Det er brugere, som enten ikke anvender det eksisterende behandlingssystem, som ikke kan fastholdes i behandlingssystemet, eller hvor der ikke er tilbud, der imødekommer deres behov. Brugere er karakteriseret ved at have en meget høj grad af problemkompleksitet på næsten alle parametre af social, psykisk, sundhedsmæssig, bolig-mæssig og økonomisk karakter.

- **Undersøgelse af de kaotiske blandingsmisbrugere**

Der gennemføres en undersøgelse af kokainmisbrugets omfang hos socialt marginaliserede personer med kaotisk blandingsmisbrug. Det undersøges, hvilke indsatsproblemer der gør sig gældende i forhold til denne gruppe. Undersøgelsen skal også afdække, om der inden for gruppen er særlige risikogrupper, for eksempel indvandrere og psykisk syge, hvis problemer komplicerer indsatsen yderligere. En sådan undersøgelse vil kunne give en dybere indsigt i området og dermed en større sikkerhed for, at de udviklingsinitiativer, der tages, imødekommer netop det særlige i kokainproblemet. Dataindsamlingen er gået i gang, og der forventes en færdig rapport primo 2013. Der er afsat 1 mio. kr. til undersøgelsen.

- **Akut krisecenter for socialt udsatte stofmisbrugere**

Der etableres et akut krisecenter for kaotiske stofmisbrugere, der har en ringe kontakt til misbrugsbehandlingssystemet. Formålet med dette modelprojekt er at etablere et lavtærskelstilbud, hvor socialt udsatte stofmisbrugere, der befinder sig

i en akut og til tider livstruende krisesituation, får mulighed for at opholde sig på et skærmet døgntilbud i en periode. Formålet er at skabe ro om den enkeltes kaotiske og kriseprægede situation. Der skal skabes trygge rammer, hvor afvigende adfærd og misbrug ikke er udelukkelsesgrund, og der skal være mulighed for at tilgodese fundamentale fysiske behov for mad, tøj og husly og psykiske behov for kontakt. Ved at arbejde med løbende brobygning og udslusning til den enkeltes hjemkommune, skal der arbejdes på, at den enkelte kommer tilbage til en bedre og mere stabil situation end den, han eller hun kom fra. I dette ligger to aspekter: For det første, at brugeren gøres parat til at modtage et hjælpetilbud og for det andet, at hjemkommunen gør sig parat til at modtage vedkommende. Der er ved satspuljeaftalen for 2012 afsat 24 mio. kr. i perioden 2012-2015 til initiativet.

De dobbeltbelastede stofmisbrugere i misbrugsbehandling

Flere initiativer er målrettet målgruppen af – og de professionelle omkring – dobbeltbelastede stofmisbrugere med psykiske lidelser. Denne målgruppe udgør en stor procentdel af brugerne i stofmisbrugsbehandlingen og har igennem flere år været genstand for en række forskellige indsatser og tilbud, både i behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingstilbuddene. Til trods for flere iværksatte initiativer og et markant øget fokus på denne målgruppe, synes der fortsat at være udfordringer ifht. koordinering samt ansvars- og rollefordeling mellem sektorerne.

- **Udvikling af modelprojekter med fokus på screening og udredning af stofmisbrugere med psykiske lidelser**
Projekterne er målrettet dobbeltbelastede stofmisbrugere, der indgår i misbrugsbehandling. Fem kommuner, Esbjerg, Horsens, Ålborg, Slagelse og Esbjerg skal afprøve to screenings- og samarbejdsmodeller, der er udarbejdet på baggrund af erfaringer fra bl.a. Århus og Fredericia Kommuner. Målet med modelprojekterne er at udvikle og afprøve to screenings- og samarbejdsmodeller, der skal medvirke til at kvalificere behandlingen af dobbeltbelastede stofmisbrugere i misbrugsbehandling. De fem projektkommuner startede op i marts 2012 og arbejder i udviklingsperioden med at videreudvikle samarbejdsmodellen, kompetenceudvikle medarbejderne og systematisere deres screeningspraksis. Der er afsat 14 mio. kr. i 2011-2014 til projektet.
- **Unge sindslidende med et misbrug**
Projektet er målrettet unge nyhenvendte i tre kommuner i det ovenfor nævnte screenings- og udredningsprojekt, der ved screeningen vurderes at have psykosociale problemer, og som har selvoplevede psykiske vanskeligheder. Målet for projektet er, at de unge reducerer deres misbrug og opnår en øget mestring af deres psykiske problemer, og der er udviklet en model for støtte og samarbejde, som optimerer den samlede indsats for de unge. Modellen skal forankres i socialpsykiatrien. Projektet er startet op i tre kommuner – Aalborg, Horsens og Gladsaxe – i marts 2012 og forløber til og med februar 2015. Der er afsat 18 mio. kr. til initiativet, som er en del af Psykiatriaftalen 2011-2014.
- **Øget informationsindsats om borgere med dobbeltdiagnoser**
Til offentliggørelse i efteråret 2012 er Socialstyrelsen og Socialt Udviklingscen-

ter (SUS) i gang med at udvikle en hjemmeside med informationsmateriale om borgere med dobbeltbelastninger. Målet med hjemmesiden er bl.a. at øge professionelles viden om og indsigt i ansvarsfordelingen mellem de forskellige sektorer, der arbejder med dobbeltbelastede borgere, samt at beskrive eksempler på gode erfaringer og godt samarbejde mellem sektorerne. Hjemmesiden vil bl.a. indeholde beskrivelser af de organisatoriske og lovgivningsmæssige rammer for indsatser til dobbeltbelastede borgere, målgruppebeskrivelse (svært sindslidende med stof- og/eller alkoholmisbrug), eksempler på forskellige indsatstyper – herunder en præsentation af/henvisning til evidensbaserede metoder, brugerinddragelse samt henvisninger til inspirationsmateriale såsom hjemmesider og litteratur.

- **Integreret indsats for sindslidende med et misbrug**

Som en del af Psykiatriaftalen 2011-2014 er der afsat 18 mio. kr. til et modelprojekt, som integrerer indsatsen i socialpsykiatrien, misbrugsbehandlingen og i behandlingspsykiatrien. Der er udvalgt fire projektkommuner (Ballerup, Egedal, Hedensted og Syddjurs), som i samarbejde med regionerne hver etablerer et integreret tilbud til sindslidende med et misbrug. Projektorganisationen forventes etableret i august/september 2012, hvor forandringsworkshops afholdes i de fire projektkommuner med henblik på at konkretisere projekternes målgruppe, formål, forventede resultater og planlagte aktiviteter.

- **Styrket psykiatrisk indsats for sindslidende med et misbrug**

Som led i satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2012-2015 blev der afsat 54 mio. kr. til styrkelse af den regionale behandlingsindsats over for personer med sindslidelse og misbrug, således at tilbuddene til målgruppen kan udbygges såvel kapacitetsmæssigt som kvalitativt. Midlerne er udmøntet til regionerne i juli 2012. De projekter, som støttes fra puljen, fokuserer især på oprustning af den regionale behandlingsindsats, motivering af patienterne og forbedring af forløbene mellem region og kommune for sindslidende med et samtidigt stof- og/eller alkoholmisbrug.

Særlige initiativer for unge

To initiativer er målrettet unge med et behandlingskrævende misbrug. I de senere år har der været en del fokus på helt unge med rusmiddelproblemer (jf. kapitel 3 om forebyggelse), og at misbrug hos unge sjældent er et isoleret problem. Ofte er det en kombination af en række problemstillinger, hvor misbruget er en del af de unges problemer, men ikke nødvendigvis det primære. En del unge afholder sig fra at søge hjælp, da de ikke associerer sig selv som misbruger, og ikke nødvendigvis har erkendt, at rusmiddelforbruget også udgør et problem.

- **Forbehandlingsprogrammet ”Projekt Andre Valg” (PAV)**

Med baggrund i erfaringerne fra forsøg med anvendelse af forbehandlingsprogrammer i danske arresthuse skal unge med et misbrug, der opholder sig på sikrede institutioner, tilbydes et forbehandlingsprogram mod misbrug. Forbehandlingsprogrammet, som de unge skal tilbydes, lægger sig op af forbehandlingsmetoden kendt fra Projekt ”Over Muren” i Københavns Fængsler. Formålet med initiativet er at motivere de unge til at tale om deres forbrug af rusmidler. Hensigten er at motivere unge med misbrugsproblemer til at modtage

misbrugsbehandling efter opholdet på den sikrede institution. Der er nedsat en arbejdsgruppe og et fagligt netværk af projektledere, som skal udvikle forbehandlingsprogrammet, der skal tage højde for målgruppens alder og særligt udsatte situation. Alle landets 7 sikrede institutioner deltager i udviklingen og afprøvningen. Det færdige program forventes klar i slutningen af 2012. Der er afsat 3,3 mio. kr. årligt ved satspuljeaftalen for 2010 og er et af 17 initiativer om ”Forebyggelse af ungdomskriminalitet” i perioden 2010-2013.

- **Projekt Misbrugsbehandling – behandlingstilbud til unge under 18 år**
Tre systematiske modeller for behandling for unge under 18 år afprøves i perioden 2011-2014 i 6 udvalgte kommuner. Effekterne af de tre modeller skal løbende dokumenteres og evalueres med henblik på at få mere viden om, hvilke misbrugsindsatser, der har en positiv effekt på de unges misbrugsproblemer og om muligt hvilken indsats, der bedst passer en given målgruppe.

Det drejer sig om 2 danske og 1 udenlandsk metode:

- U-turn – baseret på Københavns Kommunes eksisterende tilbud
- Århus Kommune Model (ÅKM) – baseret på Århus Kommunes eksisterende tilbud
- Multisystemisk Terapi – Contingency Management (MST-CM) – baseret på et amerikansk tilbud

Kommunerne har brugt det første år af projektperioden på at blive etableret samt påbegyndt at få unge i behandling. Sideløbende er der udviklet et undervisnings- og praktikforløb til indføring i metoden, der også indeholder supervision og konsultationer. Målet er, at der i sommeren 2015 foreligger uddybende beskrivelser af de tre modeller, som landets øvrige kommuner kan drage viden af og evt. igangsætte lignende lokale behandlingstilbud efter. Projektet er en del af strategien ”Lige Muligheder” fra satspuljeaftalen for 2008, og der er afsat 60 mio. kr. til initiativet.

5.5 Øvrige initiativer

Uddannelsestilbud på stofmisbrugsområdet

I 2011 blev en ny kompetencegivende videreuddannelse til behandlere udbudt for første gang på fire professionshøjskoler. Målet er en bred opkvalificering af behandlere i forhold til den sociale behandlingsindsats. Videreuddannelsen består af to moduler, der kan tages selvstændigt eller indgå i den eksisterende sociale diplomuddannelse. De to moduler formidler nyeste viden om social stofmisbrugsbehandling i forhold til metoder, teori, evidensbaseret behandling, tværgående- og helhedsorienteret indsats, brugerinddragelse, retssikkerhed, samarbejde med og omkring brugerne, sociale følgevirkninger af problematisk brug og særlige grupper, herunder brugere med psykiske lidelser. For at støtte deltagelse i videreuddannelsen er deltagelse gratis for behandlere i perioden medio 2011 – medio 2013. Der er afsat 6 mio. kr. i 2010-2013 til initiativet.

5.6 Forskning i behandlingen af stofmisbrugere

Fokusområderne i forbindelse med forskning i behandling af stofbrugere ændres løbende. På Center for Rusmiddelforskning er der aktuelt særlig opmærksomhed på følgende fem områder:

- **Behandling af særlige grupper af klienter med specifikke metoder, såsom personlighedsforstyrrelser, ADHD og traumer m.m.** I en række igangværende projekter undersøges, hvorledes specifikke metoder virker på specifikke psykiatriske tilstande såsom angst, depression og antisocial personlighedsforstyrrelse (ASPD). Specielt ASPD er der aktuelt særlig opmærksomhed på. Desuden er der netop påbegyndt to ph.d.-projekter med særlig fokus på ADHD og PTSD m.m. Endelig er der under denne kategori påbegyndt en undersøgelse af effekten af Client - Directed - Outcome - Informed, hvilket er en behandling af unge mellem 18-30, der har udviklet et problematisk brug af hash. Disse undersøgelser er alle randomiserede eksperimenter.
- **Behandling af unge med et problematisk forbrug af stoffer.** Såvel aktuelt som i de senere år har der i særlig grad været opmærksomhed på behandling af unge under 18 år, som har udviklet et problematisk brug af stoffer. En større undersøgelse, som foreløbig involverer 739 unge under 18, som er indskrevet i behandling for deres misbrug, og en dertil knyttet opfølgingsundersøgelse er aktuelt i gang. Desuden er der netop gennemført en survey, hvor 2.950 unge i alderen 15-18 er blevet interviewet om deres brug af rusmidler, forhold til forældre, fritidsaktiviteter, psykisk helbred m.m. Endelig har to ph.d.-projekter været i gang siden 2010 med særligt fokus på unge problebrugeres liv og den behandling, de tilbydes. Begge disse ph.d.-projekter er kvalitative undersøgelser.
- **Behandling set i forhold til organisering og den totale målgruppe.** Der findes nationalt eller internationalt meget lidt forskning, som forsøger at sammenholde den totale målgruppe med organisering og behandlingsudbytte. Det igangværende projekt inkluderer en større survey i fire danske kommuner, hvor i alt 13.200 vilkårligt udvalgte personer er blevet kontaktet. Derudover foretages en samkøring af nationale behandlingsregistre (social, sundhed, psykiatri), sociale registre og kriminalitetsregister for alle kommuner. Denne samkøring inkluderer en analyse af godt 30.000 stofmisbrugeres bevægelser gennem forskellige hjælpesystemer før og efter en nærmere defineret behandlingsepisode gennem en 10-års periode. Der foretages yderligere en undersøgelse af kommunernes organisering af stofbehandling og en undersøgelse af de politiske beslutninger, der ligger bag organiseringen. Eksempelvis undersøges det, hvor mange fra målgruppen, der modtager behandling, hvem der når flest fra målgruppen, og hvad der er behandlingens resultat (ud fra samkøring af registre).
- Et ph.d. projekt med fokus på de **psykosociale indsatser i ambulant stofmisbrugsbehandling, særligt med sigte på de tungeste stofbrugere med etnisk minoritetsbaggrund**, viser, at også i socialarbejdernes møder med klienter med etnisk minoritetsbaggrund er der fokus på klienternes individuelle problemstillinger. Fokus i møderne er klienters boligsituation, forsørgelsesgrundlag, stof-

trang og abstinenser. Det ambulante arbejde sigter med denne målgruppe typisk på et skadesreducerende sigte, hvor klienter søges stabiliseret både via hjælp til den sociale situation og via substitutionsmedicin som en farmakologisk stabilisering. Ideer om kulturforskelle som en eventuel barriere fylder med andre ord ikke særligt meget, idet minoriteters problemstillinger ligner etnisk danske klienters problemstillinger langt mere, end de adskiller sig herfra. Titlen på ph.d. afhandlingen er: *Agens i Socialt Arbejde. Møder mellem socialarbejdere og klienter med & uden etnisk minoritetsbaggrund i ambulante stofmisbrugsbehandling*, skrevet af Bjarke Nielsen.

- Endelig skal nævnes projektet ”**Prison-based drug treatment in the Nordic countries**”. **Control and rehabilitation in Welfare State institutions**”, som er en større sociologisk/antropologisk undersøgelse af den fængselsbaserede stofmisbrugsbehandling i fire nordiske lande. I Danmark inkluderer projektet en undersøgelse af behandlingen i tre fængsler samt et ph.d. projekt. Formålet med ph.d. projektet er dels at undersøge, hvordan indsatte i danske fængsler forholder sig til de stofbehandlingstilbud, de tilbydes under deres afsoning og dels at belyse, hvordan stofforbrug og ønsket om stoffrihed af de indsatte tilskrives mening i lyset af deres livssituation under og efter afsoningen.

6 Sundhedsrelaterede konsekvenser som følge af problematisk stofbrug

6.1 Indledning

Stofmisbrug har en række sundhedsmæssige konsekvenser, og stofmisbrugere har en stærkt forhøjet dødelighed på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis.

Antallet af narkotikarelaterede dødsfald opgøres i to registre – i Rigspolitiets register og i Statens Seruminstutts Dødsårsagsregister. Sidstnævnte register benyttes til sammenligninger med lande i EU og er baseret på en fælles europæisk definition.

Fra 2005 til 2008 var der et fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald i Rigspolitiets register. Fra 2008 til 2009 sås en markant stigning, og antallet af dødsfald i 2009 og 2010 var stabilt på et højt niveau. I 2011 er antallet 285, hvilket igen er en lille stigning, og antallet er det højeste siden registreringens start. Analyser af disse dødsfald gennem årene viser, at der hovedsagligt er tale om forgiftningsdødsfald som følge af et blandingsmisbrug.

Stofmisbrugere er ofte smittede med blodoverførte infektionssygdomme som følge af intravenøst stofbrug og seksuel aktivitet uden kondom. På baggrund af forskellige undersøgelser skønnes det, at op til 75 % af de intravenøse 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 til psykiatrisk behandling, og 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 dog, at der sker en jævn stigning i antallet 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.

6.2 Stofrelaterede infektiøse sygdomme

Hiv/aids

Den danske indsats mod hiv bygger på frivillighed, anonymitet, åbenhed, direkte og ærlig information samt tryghed for den enkelte i kontakten med sundhedsmyn-

dighederne. 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 smittemåde. Aids anmeldes med personoplysninger. I tabel 6.2.1 i annekset ses antallet af anmeldte nypåviste hiv-positive og heraf antallet af intravenøse stofmisbrugere de sidste ti år¹². 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 2011 var 4 % (10 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 2011 var 9 % af de anmeldte aids-tilfælde fundet hos intravenøse stofbrugere, hvilket udgjorde 5 ud af i alt 58 personer.

Hepatitis A, B og C

Trods mindre udsving synes der de senere år at være sket et fald i antallet af registrerede tilfælde af akut hepatitis i hele befolkningen (tabel 6.2.2. i annekset). I perioden har andelen af akutte hepatitis-tilfælde, hvor den smittede har været intravenøs stofmisbruger, ligget under eller omkring 1 % for hepatitis A, varieret mellem 0 og 32 % for akut hepatitis B, og mellem 0 til 85 % for akut hepatitis C. Til gengæld har andelen af personer anmeldt med kronisk hepatitis C på basis af intravenøst stofmisbrug ligget forholdsvist stabilt mellem 67-75 %. Antallet af anmeldte tilfælde af akut hepatitis B og C er få i Danmark, derfor skal de store udsving i andelen, der kan tilskrives intravenøst stofmisbrug, læses med forbehold. Da hepatitis C oftest er asymptomatisk i den akutte fase, er de anmeldte tilfælde givetvis underestimeret.

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 (Christensen et al 2006)¹³. Der er undersøgt for forekomsten af hiv og hepatitis B og C blandt de narkotikarelaterede dødsfald (ca. 250 årligt), som bliver registreret i Rigspolitiets 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 %.

¹² Tallene fra tidligere år er blevet korrigeret og opdateret, således at de afviger en smule fra opgørelser i tidligere årsrapporter. Statens Serum Institut.

¹³ Initiativet til undersøgelsen er taget i den nationale "nøgle-indikator-gruppe for infektionssygdomme".

6.3 Andre stofrelaterede helbredsproblemer

Ikke fatale forgiftninger med illegale stoffer

Udtrækket fra Landspatientregisteret (LPR) omfatter sygehuskontakter med forgiftning som aktionsdiagnose registreret på landets offentlige eller private somatiske eller psykiatriske sygehuse. Kontakten indbefatter skadestuebesøg samt indlæggelser, hvor patienten ikke er blevet overflyttet fra en skadestue.

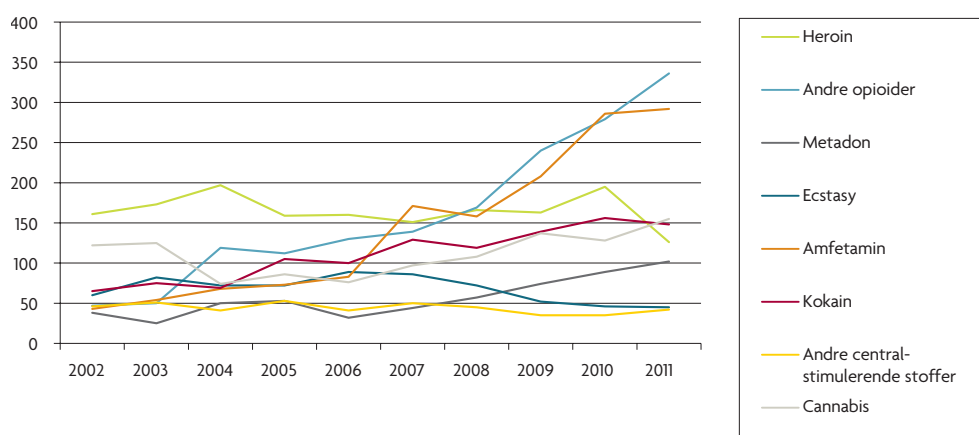
Af tabel 6.3.1 i annekset fremgår omfanget og udviklingen af de registrerede forgiftninger med de forskellige illegale stoffer fra 2002 til 2011. Fra 2010 er der benyttet et andet udtrækskriterium end i tidligere år. Opgørelsesmåden før og efter 2010 er således ikke identiske. En formodet underrapportering af forgiftningerne gennem årene betyder, at der er tale om en minimumsopgørelse.

Der er årligt registreret mellem 1163 og 1880 forgiftninger med illegale stoffer fra 2002 til 2011. Fra 2004 ses en stigende tendens fra 1163 forgiftninger i 2004 til 1880 forgiftninger i 2011, hvilket svarer til en stigning på 61 % i perioden. Antallet af forgiftninger i 2010 og 2011 er dog stabilt. Stigningen gennem årene skyldes forgiftning med heroin eller andre opioider eller centralstimulerende stoffer – især amfetamin og kokain. Tallene er som nævnt usikre og skal læses med forbehold på grund af diagnostiske og andre fejlkilder.

I alt er der registreret 14.544 stofforgiftninger i de seneste 10 undersøgelsesår. Langt de fleste forgiftninger, godt 90 %, er behandlet på de somatiske skadestuer/sygehuse, og de resterende knap 10 % på de psykiatriske skadestuer/sygehuse. Hvad angår kønsfordeling, er 2/3 mænd (66 %) og 1/3 kvinder (34 %).

Nedenstående figur viser udviklingen af forgiftninger med de forskellige stoffer fra 2002 til 2011 (tal vist i tabel 6.3.1. i annekset).

Figur 6.3.1 Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 2002 - 2011



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk august 2012

Forgiftningerne i 2011 er vist i tabel 6.3.2. nedenfor. Godt halvdelen (995 ud af 1880) af samtlige forgiftninger i 2011 skete blandt personer over 30 år, mens lidt under halvdelen af forgiftningerne (885 ud af 1880) fandt sted blandt personer under 30 år. Unge under 24 år udgjorde 36 % (669 ud af 1880).

Ikke overraskende var de fleste forgiftninger med opioider hyppigst blandt personer over 30 år. Forgiftninger med centralstimulerende stoffer var hyppigst forekommende blandt unge, efterfulgt af et blandingsmisbrug eller stoffer, der ikke kunne specificeres.

Tabel 6.3.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i 2011 fordelt på forskellige aldersgrupper

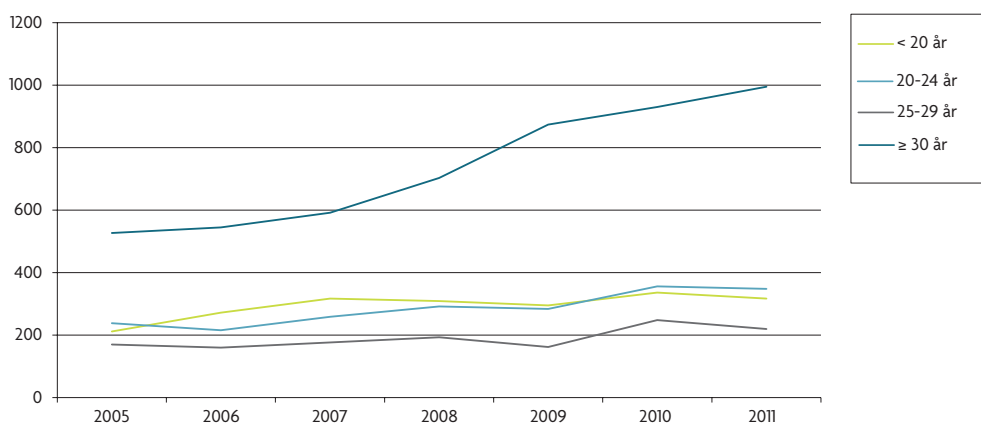
	< 20 år	20-24 år	25-29 år	≥ 30 år
Opioider	34	44	37	541
Centralstimulerende stoffer	149	187	99	156
Svampe og hallucinogener	9	10	7	6
Cannabis	66	39	17	33
Blandingsmisbrug og uspecificeret	59	68	60	259
I alt	317	348	220	995

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk august 2012

Af de centralstimulerende stoffer forekommer kokain som undtagelse også blandt forgiftningerne hos de lidt ældre. Personer på 30 år og ældre stod for 35 % (52 ud af i alt 148) af forgiftningerne med kokain i 2011 (ikke vist).

Udviklingen i antallet af forgiftninger med stoffer gennem årene i de forskellige aldersgrupper fremgår af tabel 6.3.3. i annekset, og illustreres i figur 6.3.2. nedenfor.

Figur 6.3.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper fra 2005-2011



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk august 2012

Som tidligere nævnt, er antallet af forgiftninger steget fra 2005. Stigningen ses især blandt personer over 30 år.

Psykisk sygdom

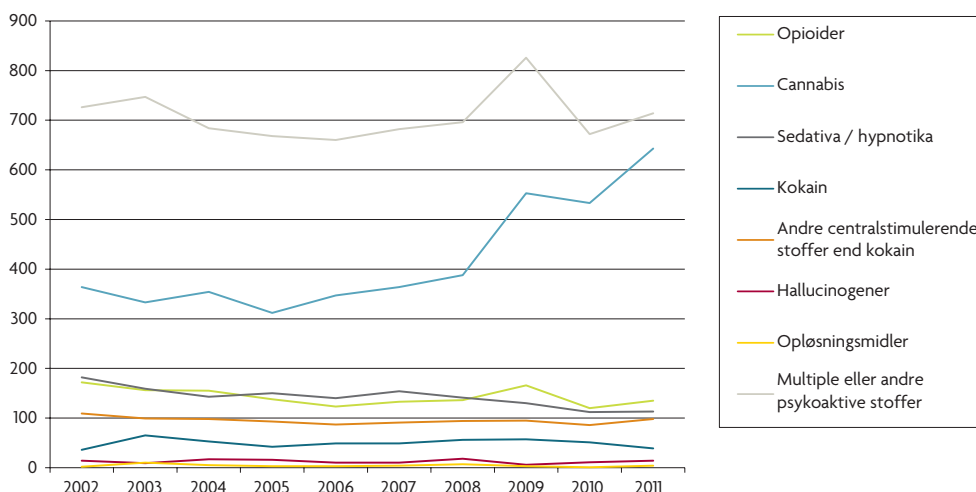
Psykiske lidelser hos stofmisbrugere er velkendt, idet stofmisbrug ofte optræder sammen med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer i form af panikreaktioner, angstanfald, depressioner og personlighedsforstyrrelser og lign.

I 2011 blev i alt 5687 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose (dobbeltdiagnose). Dette er flere end i 2010, hvor antallet var 5010 personer. I de senere år er der sket en jævn stigning i antallet af indlagte på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret diagnose, dog med årlige udsving (se tabel 6.3.4. og 6.3.5. i annekset).

I 2011 udgjorde antal personer med stofrelaterede bidiagnoser 3927 (3445 i 2010), og antal personer med en stofrelateret hoveddiagnose 1760 (1586 i 2010). Antallet af personer og indlæggelser med bi- eller hoveddiagnoser er vist i tabeller i annekset samt illustreret ved figurer nedenfor.

Over de seneste 10 år har personer med *hoveddiagnoser* i relation til ”blandingsbrug” (multiple eller andre psykoaktive stoffer) været den største gruppe. Næsthøypigst ses personer med cannabis-relateret hoveddiagnose, som i 2011 omfattede 37 % af personer i psykiatrisk behandling med en stofrelateret hoveddiagnose. Personer med hoveddiagnoser relateret til cannabis er steget markant de seneste år. I samme periode har antallet af personer med opioid-relateret hoveddiagnose været svagt faldende frem til 2006, for herefter at igen stige svagt frem til 2009. Herefter har antallet været svingende.

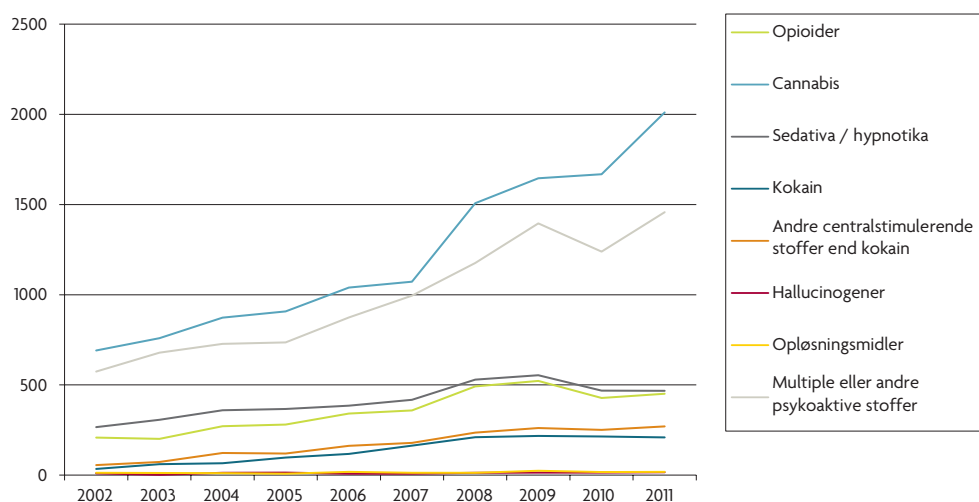
Figur 6.3.3. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 2002-2011



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 691 personer i 2002 og 2011 personer i 2011. I samme periode ses ligeledes en stigning i antallet af personer, der blev indlagt med bidiagnoser relateret til kokain og andre centralstimulerende stoffer, om end der ses et lille fald i antallet af kokainrelaterede indlæggelser fra 2008 og frem til i dag. Antallet af indlæggelser med centralstimulerende stoffer er dog væsentlig lavere end indlæggelser med cannabis bidiagnoser.

Figur 6.3.4. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 2002-2011



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

Antallet af indlæggelser med "blandingsbrug" som bidiagnose er betydeligt og udgør godt 1/3 af det samlede antal indlæggelser med en bidiagnose relateret til stoffer.

6.4 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 problematisk stofbrug. Det drejer sig fx om dødfundne, pludselig uventede døde, ulykker – herunder forgiftninger, drab og selvmord. Ulykkesdødsfald forårsaget af såvel forgiftning som af anden ulykke, hvor den pågældende havde indtaget narkotika, vil således blandt andet blive registreret i Rigspolitiets register.

Parallelt med Rigspolitiets register har Sundhedsstyrelsen (nu Statens Serum Institut) siden 1995 offentliggjort en statistikkerie over narkotikarelaterede dødsfald. Opgørelsen baserer sig på oplysninger hentet fra Dødsårsagsregisteret og omfatter de dødsfald, som efter den fælles EU definition er narkotikarelaterede.

Forskellene mellem tallene i Rigspolitiets register og Statens Seruminstittuts Dødsårsagsregister skyldes både forskelle i dødsfaldpopulationer 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 Seruminstittuttets dødsårsagsregister.

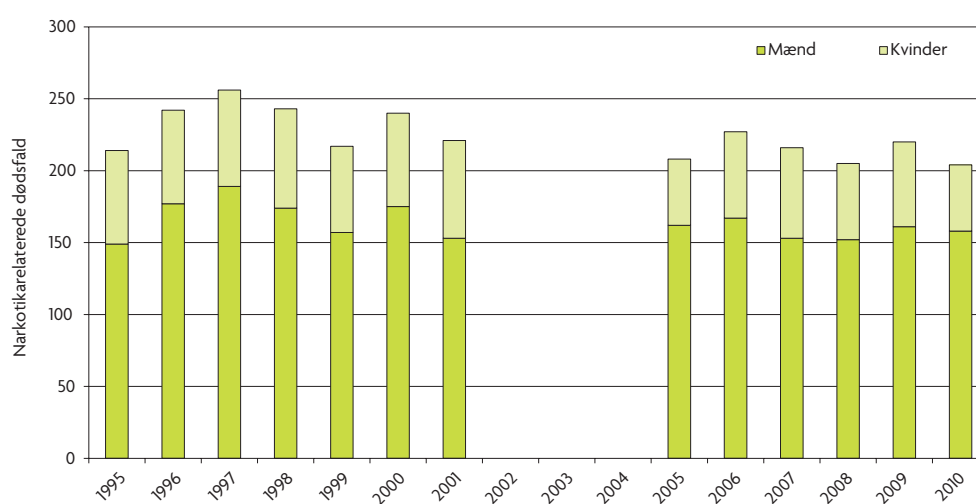
De tal, som det europæiske narkotikaovervågningscenter, EMCDDA, årligt offentliggør over de narkotikarelaterede dødsfald i EU, er hovedsageligt udtræk fra nationale dødsårsagsregistre (som det er fra Danmark), og benævnes som den ”nationale definition”. På den baggrund bør sammenligninger med andre europæiske lande baseres på data fra Statens Seruminstittuts Dødsårsagsregister. I en dansk sammenhæng er Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald imidlertid en vigtig kilde til beskrivelsen af udviklingen over tid og indeholder blandt andet specifikke oplysninger om forgiftninger, som ikke umiddelbart kan udtrækkes fra Dødsårsagsregisteret.

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 6.4.1 viser udviklingen af narkotikarelaterede dødsfald registreret i Statens Serum Instittuts Dødsårsagsregister for perioden 1995-2010¹⁴.

Figur 6.4.1. Narkotikarelaterede dødsfald 1995-2010, Dødsårsagsregisteret*



Kilde: Statens Serum Instittuts Dødsårsagsregister

* Data for årgangene 2008 til 2010 fra Dødsårsagsregisteret er ikke komplette. Da det reelle antal dødstal er kendt fra CPR-registeret er data for 2008, 2009 og 2010 forhøjet med hhv. 2,0; 2,4 og 4,5 pct. for at kunne sammenligne med tidligere år.

14 Valide tal for narkotikarelaterede dødsfald for 2002-2004 foreligger ikke. Hertil kommer, at 2011-tal endnu ikke er opgjort.

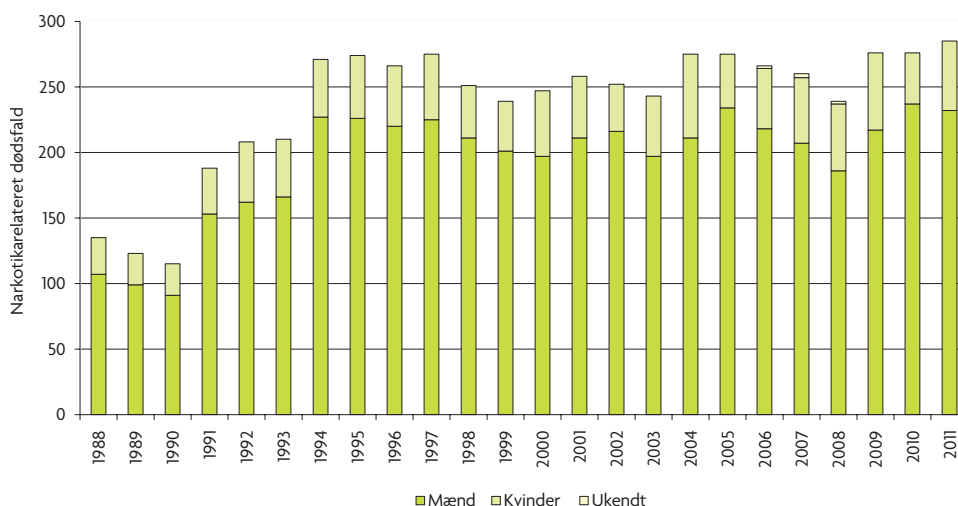
I 2010 var antallet af registrerede narkotikarelaterede dødsfald 204. Betragter man hele perioden, 1995-2010, svinger antallet af dødsfald mellem 200-250. Antallet er lavest i 2010, hvor der er registreret 204 dødsfald. I 2010 stod mænd for 77 % (158) af samtlige narkotikarelaterede dødsfald. I de øvrige år svinger andelen mellem 69 % og 74 %.

Opgørelse, baseret på Rigspolitiets register

Fra midten af 90'erne (figur 6.4.2) har antallet af dødsfald registreret i Rigspolitiets register ligget nogenlunde konstant, dog med årlige udsving (se tabel 6.4.1 i annekset). I 2011 blev der registreret 285 narkotikarelaterede dødsfald, og er dermed det højeste antal registrerede nogensinde. Af de 285 dødsfald var 81 % mænd (232) og 19 % var kvinder (53).

Gennemsnitsalderen ved død er i mange år steget. I 1993 var gennemsnitsalderen 33 år, mens den i 2011 var 40,4 år, hhv. 39,6 år for mænd og 43,9 år for kvinder. Andelen af unge under 30 år udgjorde 19 % af samtlige narkotikarelaterede dødsfald i 2011 (andelen var 22 % i 2010).

Figur 6.4.2. Narkotikarelateret dødsfald 1988-2011, Rigspolitiet



Kilde: Rigspolitiet 2012

Ud af de 285 dødsfald i 2011 skyldtes 76 % (218) forgiftninger med et eller flere stoffer, mens 24 % (67) skyldtes anden form for narkotikarelateret død – fx vold, anden ulykke end forgiftning, sygdom eller en ukendt dødsårsag.

Som tabel 6.4.3. viser, skyldtes 24 % af samtlige forgiftninger (53 ud af 218) heroin/morfin eller heroin/morfin i kombination med et andet stof, mens 52 % af forgiftningerne (114 ud af 218) skyldtes metadon eller metadon i kombination med et andet stof. 23 % af forgiftningerne (51 ud af 218) skyldtes andre stoffer.

Tabel 6.4.3. Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år grupperet efter den formodede væsentligste dødsårsag. Tal i parentes er procent

	1991	1997	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Heroin/morfin	94 (57)	153(71)	81 (38)	77 (37)	83 (37)	69 (34)	70(36)	75(36)	66(32)	53(24)
Metadon	51 (31)	46 (21)	95 (44)	89 (43)	92 (42)	84 (41)	82(42)	96(47)	89(44)	114(52)
Andet	9 (12)	17 (8)	38 (18)	40 (20)	46 (21)	52 (25)	43(22)	35(17)	48(24)	51(23)
Forgiftninger i alt	154 (100)	216 (100)	214 (100)	206 (100)	221 (100)	205 (100)	195 (100)	206 (100)	203 (100)	218 (100)

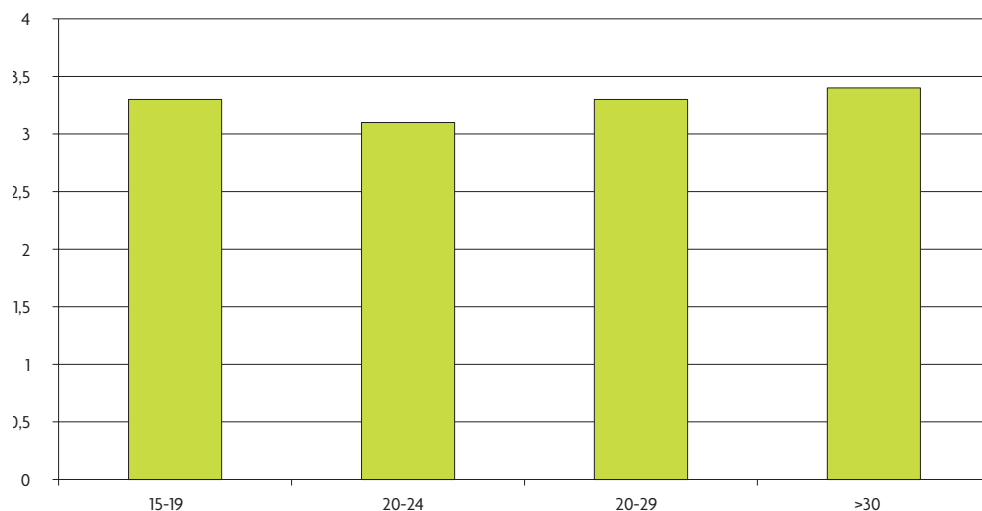
Kilde: Rigspolitiet, 2012

Tabel 6.4.3. viser udviklingen i de forskellige forgiftningsdødsfald i årene 1991, 1997, og fra 2004 og frem til 2011. Overordnet tegner forgiftninger med opioider (heroin/morfin og metadon) sig i alle årene for hovedparten af dødsfaldene.

Fra 90'erne til i dag ses dog en markant ændring af forgiftningsmønsteret, idet der inden for gruppen af forgiftninger med opioider er tale om et fald i den andel, 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 stigning i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med "andet" er angivet som den primære årsag. Andelen har dog ligget stabilt de seneste år. Gruppen af "andet" indeholder stoffer såsom amfetamin, kokain og andre (stærke) opioider. I 2011 var der under kategorien "andet" blandt andet følgende forgiftningsdødsfald; andre opioider (stærke) (5), amfetamin (4), kokain (4), ecstasy og ecstasy lignende stoffer (2), dextropropoxylen (1), andet fx GHB eller ketamin (1).

Det bør fremhæves, at det stof, som angives i venstre kolonne i tabel 6.4.3., er det stof, som retsmedicinerne klassificerer 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. Andre stoffer, som også kan påvises hos den afdøde, såsom benzodizepiner, alkohol m.m., registreres også. I nedenstående figur 6.4.3 ses antallet af stoffer, både dem i dødelig dosis og andre, som påvises i blodet hos de afdøde, fordelt på forskellige aldersgrupper.

Figur 6.4.3. Det gennemsnitlige antal stoffer påvist blandt forgiftningsdødsfaldene i 2011 i forskellige aldersgrupper



Kilde: Rigspolitiet, 2012

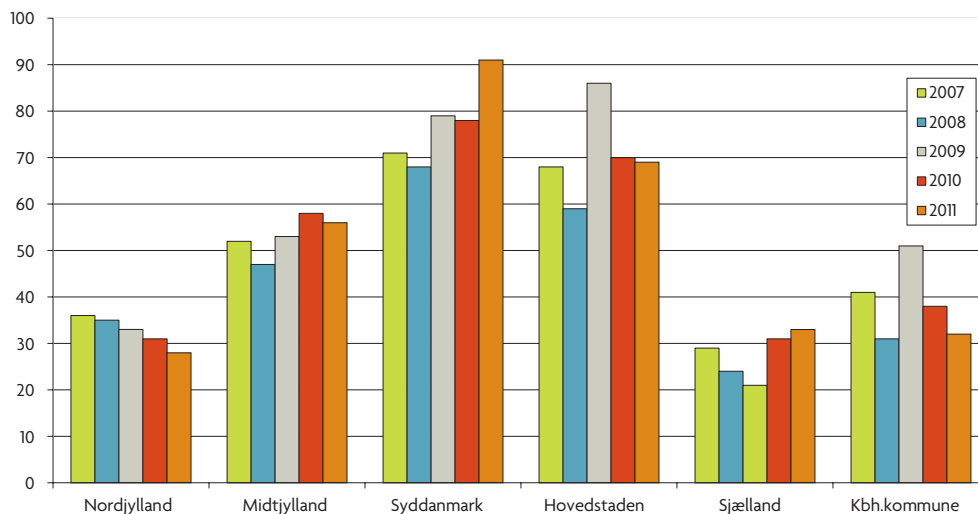
Som figuren viser, påvistes i gennemsnit mere end 3 forskellige stoffer blandt samtlige dødsfald, hvilket dokumenterer et udbredt blandingsbrug blandt dem, der dør. Dette gælder også blandt de helt unge. Det hyppigst påviste stof blandt samtlige narkotikarelaterede dødsfald er benzodiazepiner (64 pct.), efterfulgt af metadon (58 pct.) og hash (36,5 pct.).

Geografisk udvikling

Af de 285 narkotikarelaterede dødsfald i 2011 er 114, 107 og 67 undersøgt og rapporteret fra henholdsvis de retsmedicinske afdelinger/institutter i Århus, København og Odense. 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 for perioden 2007 – 2011 fordelt på regioner samt Københavns Kommune ses af figur 6.4.4. nedenfor. Opgørelsen er baseret på den bopælskommune, stofmisbrugeren var registreret i på dødstidspunktet, og ikke hvor dødsfaldet fandt sted.

Figur 6.4.4 Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne samt Københavns Kommune (dødsfald i Københavns Kommune er inkluderet i søjlerne for Region Hovedstaden).



Kilde: Rigspolitiet, 2012

Det ses af figur 6.4.4, at antallet af narkotikarelaterede dødsfald fordeles på samtlige regioner, med det højeste antal i Region Syddanmark og det laveste antal i Region Nordjylland i 2011. Udviklingen i antallet af dødsfald fra 2007 til 2011 er forskellig i de fem regioner, med et faldende antal i Region Nordjylland og et stigende antal i Region Syddanmark. I Københavns Kommune ses et fald fra 2010.

7 Sundhedsfaglige og skadereducerende indsatser

7.1 Indledning

Misbrug af rusmidler har meget ofte alvorlige akutte og kroniske sundhedsmæssige konsekvenser. Ud over at omfatte fysiske og psykiske helbredsskader kan misbruget være livstruende.

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

Stofmisbrugere har også en stærkt øget somatisk sygelighed samt meget højere dødelighed end baggrundsbefolkningen. Mange sygdomme, som stofbrugeren pådrager sig, opstår som følge af ikke-steril og skadevoldende intravenøst indtag, det gælder således de smitsomme sygdomme leverbetændelser og hiv. Hertil kommer hyppige sygdomme blandt stofbrugere i form af blodpropper og blodforgiftninger, hjerteklapbetændelse og kredsløbslidelser. Andre lidelser som fx tandsygdomme, traumer, lungesygdomme, TB og underlivssygdomme ses også ofte hos brugerne. Disse lidelser skyldes de særlige levekår og den livsstil, som ofte ses i forbindelse med stofmisbrug.

Stofmisbrug er i mange tilfælde en langvarig eller kronisk tilstand, og helbredelse i form af stoffrihed kan langt fra altid forventes af stofmisbrugere med et langvarigt svært misbrug. Skadesreduktion og særlige målrettede sundhedsfaglige tilbud er derfor i høj grad en integreret del af behandlingen.

Med satspuljeaftalerne er der de senere år afsat midler til iværksættelse af en række forskellige sundhedsfaglige tilbud og skadereducerende tiltag til stofmisbrugerne i og uden for det etablerede behandlingssystem.

7.2 Forebyggelse af forgiftninger og narkotikarelaterede dødsfald

Mange læger har et utilstrækkeligt kendskab til akutte rusmiddelforgiftninger, som især optræder ved et blandingsmisbrug af stoffer. Sundhedsstyrelsen udgiver derfor i 2012 en vejledning om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger med en beskrivelse af de kliniske billeder og behandlingsprincipper. Vejledningen skal kvalitetssikre den sundhedsfaglige behandling, således at behandlingen af akutte forgiftninger optimeres bedst muligt.

For også at sikre lægers kendskab til virkninger og skadevirkninger af kokain og andre centralstimulerende stoffer udgiver Sundhedsstyrelsens endvidere i 2012 en vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer.

Stofindtagelsesrum

Med vedtagelsen af lov nr. 606 af 18. juni 2012 om ændring af lov om euforiserende stoffer er der indført mulighed for, at kommunerne som led i deres samlede tilbud til stofmisbrugere kan oprette stofindtagelsesrum. Ønsker kommunen at oprette stofindtagelsesrum, skal kommunalbestyrelsen ansøge Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse herom.

Formålet med at give kommunerne mulighed for at oprette stofindtagelsesrum er, at disse kan indgå som en skadesreducerende del af kommunens samlede tilbud til stofmisbrugere. Stofindtagelsesrummene skal således medvirke til at nedbringe dødeligheden og forbedre de sundhedsmæssige forhold for stofmisbrugerne. Samtidig antages det, at stofindtagelsesrum vil kunne medvirke til at reducere gener for beboere i områder, som er belastede af stofmisbrug. Målgruppen for stofindtagelsesrummene er personer på 18 år og derover med en stærk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer.

Stofindtagelsesrummene skal fungere som et lavtærskeltilbud og skal indrettes efter lokale behov. Kommunen tager derfor stilling til fx adgangen til stofindtagelsesrum, kapacitet, personale, kontrol, stoftyper og indtagelsesmåder samt ordensregler mv. Denne stillingtagen bør ske i samarbejde med politi, lokalsamfund og så vidt muligt de berørte stofmisbrugere. Der skal i forbindelse med stofindtagelsesrummet være adgang til relevante sociale- og sundhedsfaglige tilbud. Stofindtagelsesrummene skal bemandes af kvalificeret personale, som bl.a. skal overvåge stofindtagelsen. Overvågning af stofindtagelsen, udlevering af udstyr til brug for indtagelsen og vejledning herom, er, i stofindtagelsesrummene, ikke at betragte som behandling omfattet af sundhedsloven eller som virksomhed omfattet af autorisationsloven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011). Derimod vil fx førstehjælp, der ydes som følge af en overdosis eller sundhedsfaglige tilbud, der knyttes til stofindtagelsesrummene, være omfattet af sundhedsloven og autorisationsloven.

Det forudsættes, at besiddelse til eget forbrug i umiddelbar nærhed af et kommunalt stofindtagelsesrum, ikke strafforfølges, konfiskeres eller beslaglægges. Det er politiets vurdering, om der er tale om besiddelse til eget forbrug.

Forsøg med Naloxon

Sundhedsrummet og Brugerforeningen for Aktive Stofbrugere igangsatte i marts 2010 et projekt for at forebygge overdosisdødsfald blandt stofmisbrugere. Projektets formål var at undersøge, om udlevering af Naloxon til en gruppe uddannede stofmisbrugere fra lokalområdet kunne være med til at nedbringe antallet af tilfælde med overdoser. Projektet blev igangsat efter inspiration fra andre større byer i Europa og USA, hvor der er opnået gode erfaringer med en lignende indsats.

Et overdosis-kit med udstyr til genoplivning samt tre doser af modgiften Naloxon uddeltes til de deltagende stofmisbrugere, der blev registrerede som den ordinerende læges medhjælp, og instruerede i ansvar ved delegation af behandlingskompetence. Deltagerne var derudover på kursus i indgivelse af Naloxon, genoplivning, tilkaldelse af ambulance, mv.

I alt gennemgik 28 stofmisbrugere kurset. Pr. september 2011 var der udleveret 84 doser Naloxon, og 16 overdosisdødsfald var forebygget. Der udleveres fortsat Naloxon til de uddannede stofmisbrugere, men der uddannes ikke nye deltagere aktuelt.

Projektet afsluttedes ultimo 2011 med en samlet afrapportering.

7.3 Forebyggelse og behandling af stofrelaterede infektionssygdomme

Alle personer med et stofmisbrug tilbydes vaccination mod hepatitis A og B.

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2007 en handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C. Planens gennemførelse blev finansieret af satspuljeaftale i 2006. I handlingsplanen anbefales, at kommunerne skal sikre, at målgruppen systematisk bliver tilbudt forebyggende foranstaltninger, screening for hepatitis A, B, C og hiv samt får tilbud om vaccination mod hepatitis A og B ved behov. Målgruppen er alle intravenøse stofmisbrugere, der er indskrevet i behandling, og stofmisbrugere, der kun en enkelt gang har injiceret sig, og dermed måske ikke opfatter sig som intravenøs stofbruger. Stofmisbrugere der har udvist risikoadfærd i øvrigt kan også tilhøre målgruppen.

Handlingsplanens tilsigtede effekt er både primær og sekundær forebyggelse, idet screening og rådgivning skal bevidstgøre både smittede og ikke smittede om smitterisikoen generelt. Desuden vil behandling af smittede eliminere risikoen for, at disse stofmisbrugere overfører virus til ikke smittede. Alle stofmisbrugere skal, hvis de ikke er immune, tilbydes vaccination mod hepatitis A og B. Beskyttelse mod hepatitis A og B reducerer yderligere risikoen for forværring af tilstanden hos hepatitis C smittede.

I forlængelse af handlingsplanen har Sundhedsstyrelsen pr. 1. januar 2011 etableret et indberetningssystem, www.stofmisbrugsdatabasen.dk, til brug for monitorering af kommunernes indsats og ydelser.

Sprøjteudleveringsordninger

KL har på baggrund af en anmodning fra Ministeriet 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 rene sprøjter og kanyler, 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 sprøjter og kanyler foregår typisk via behandlingsinstitutioner, de lokale apoteker, væresteder/varmestuer eller herberger. Nogle få steder er opsat automater.

Kommunerne er ikke lovmæssigt forpligtet til at udlevere sprøjter og kanyler til stofmisbrugere. Dog har de fleste kommuner en praksis herfor. Udgifter til udlevering af

rent værktøj finansieres af kommunerne. 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 Andre indsatser til at reducere sygelighed blandt stofbrugere

Med satspuljeaftalerne er der i de senere år afsat midler til flere forskellige indsatser, der yder sundhedsfaglig rådgivning og behandling til stofmisbrugerne i gademiljøet eller på væresteder. Der er også etableret særlige regionale familieambulatorier til gravide stofmisbrugere og deres børn. Nedenfor er nogle af disse indsatser beskrevet nærmere.

Sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere

Satspuljepartierne har i alt afsat 28 mio. kr. over fire år (2006-2009) til oprettelse af særligt målrettede sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere. Ikke alle projekterne i puljen er afsluttede inden for tidsrammen, og de igangværende projekter er derfor forlænget til og med 2011.

Formålet med projekterne er at forbedre helbredstilstanden blandt stofmisbrugere generelt ved at øge adgangen til relevante sundhedstilbud og ved at forbedre sundhedstilstanden hos de hjemløse stofmisbrugere. Midlerne fra puljen er tildelt København, Odense, Esbjerg, Århus og Guldborgssund Kommuner. Erfaringerne i projekterne har vist, at stofmisbrugerne har benyttet tilbuddene, selv om de i udgangspunktet ofte har mistillid både til sundhedssystemet og til de sundhedsprofessionelle. Gennem projekternes arbejde er der skabt en brobygning mellem den socialfaglige gadeplansindsats og den sundhedsfaglige indsats til det almindelige sundhedsvæsen, hvor de hårdest belastede stofbrugere løbende har behandlingsbehov.

I Københavns Kommune har man til den samme målgruppe etableret en sundheds- og socialfaglig klinik (Sundhedsrummet), hvor der tilbydes behandling af akutte skader, etableres kontakt til sundhedsvæsenet, og hvor der udbydes mere generelle sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter.

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 for de mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere samt hjemløse. Puljens overordnede formål var at sikre de mest udsatte nødvendig sundhedsfaglig behandling samt at afprøve og udvikle metoder til at opspore og fastholde dem i offentlige tilbud.

Fredericia, Herlev, Langeland, Nakskov, Odense, Randers, Silkeborg og Aalborg Kommuner fik tildelt midler fra puljen. Projekterne tog udgangspunkt i et samarbejde mellem kommuner og væresteder, og der er arbejdet overordnet med direkte sundhedsfremmende aktiviteter.

Projekterne afsluttedes i 2011. I den 3 årige projektperiode lykkedes det i alle projekterne at integrere sundhed som en naturlig del af dagligdagen på værestederne og i misbrugscentre.

Hovedparten af brugerne fik gennemført en helbredsundersøgelse samt en opfølgende undersøgelse eller en helbredssamtale. Der var stor efterspørgsel på disse tilbud og andre tilbud som f.eks. madordninger, motionsaktiviteter og rygestop.

Evalueringsviser, at tilstedeværelsen af sundhedsfaglige medarbejdere på væresteder er med til at kvalificere det sociale arbejde. Derudover har den sundhedsfaglige medarbejder været brugerens primære adgang til det etablerede sundhedssystem. Endelig har den sundhedsfaglige medarbejder været en ressource for de sociale medarbejdere. Resultaterne viser, at næsten 90 % af samtlige brugere har været i kontakt med en praktiserende læge i løbet af projektperioden, hvilket er en stigning på ca. 20 % fra startmålingen. Ligeledes viser resultaterne en generel stigning i tilliden til sundhedsvæsenet og et fald i afbrudte patientforløb.

Slutevalueringen af modelprojekter for gruppen af de socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse findes på www.sst.dk.

Landsdækkende familieambulatorier

Med finansloven for 2008 blev der afsat i alt 126,3 mio. kr. over fire år (2010-2013) til etablering af regionale familieambulatoriefunktioner i sygehusregi i alle fem regioner. Herefter videreføres 28,5 mio. kr. som en permanent bevilling.

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.

I finansloven for 2008 blev der samtidig afsat midler til oprettelse af en rådgivningsfunktion for de nye familieambulatorier. Rådgivningsfunktionen blev etableret i april 2009 som Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn.

Videnscentret varetager sekretariatsfunktionen for en tværregional koordinationsgruppe, der skal sikre udarbejdelsen af fælles faglige retningslinjer mv. Videnscenteret arbejder endvidere med etableringen af en fælles klinisk database for familieambulatorierne og med et projekt, der skal opkvalificere sundhedsplejerskerne.

Der vil både blive udarbejdet en evaluering af de fem regionale familieambulatorier og en evaluering af rådgivningsfunktionen/videnscenteret.

Hele vejledningen for familieambulatorierne kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk. Videnscentrets hjemmeside er www.familieambulatoriet.dk.

Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb

Projektet er satspuljefinansieret og forankret i KABS VIDEN. Projektet startede den 1. februar 2010 og strækker sig over en treårig periode. Fire hospitaler/centre er involveret i Projekt Socialsygepleje: Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Nordsjælland.

Projektets formål er at sikre en rådgivende, videnformidlende og brobyggende indsats

over for gruppen af de socialt mest udsatte patienter, som indlægges på somatiske hospitaler eller på et psykiatrisk center med henblik på at styrke et godt patientforløb. Projektet omfatter således personer med problematisk stofmisbrug og/eller alkoholforbrug, hjemløse, personer med dobbeltdiagnoser og prostituerede og har fokus på bedre sammenhæng i behandlingen fra indlæggelse og til kommunen tager over.

Baggrunden for projektet er, at personer med et stofmisbrug ofte har et problematisk og utilstrækkeligt indlæggelsesforløb. Personalet har ikke de fornødne redskaber til at håndtere de komplekse problemstillinger, som knytter sig til patienter med et stofmisbrug, og patienterne opleves som besværlige.

Der er ansat en socialsygeplejerske på hvert af de fire steder. Socialsygeplejersken er patientens talerør over for personalet. Det indebærer bl.a. at lægge en plan for den gode udskrivelse og formidle kontakt til behandlingsinstitutioner, sygeplejeklinik eller herberg. I forhold til personalet giver socialsygeplejersken sparring om patientforløb, underviser og holdningsbearbejder. Resultater fra midtvejsevalueringen 2011 viser at:

- Samarbejdet mellem målgruppen og personalet på sygehusene opleves som markant bedre
- Socialsygeplejersken har været tilknyttet 450 forløb i somatikken og 226 patientforløb i psykiatrien
- Socialsygeplejerskens specialviden om f.eks. medicinering er med til at gøre indlæggelsen bedre
- Socialsygeplejerskens kendskab til institutioner og tilbud har givet udskrivelsen et kvalitetsløft
- Der er i 370 tilfælde etableret kontakt til forskellige kommunale instanser efter udskrivelse. 20 patienter er udskrevet uden opfølgningskontakt
- Personalet angiver at have fået mere viden om målgruppen, relaterede problemer og konflikthåndtering

8 Sociale sammenhænge og social integration

8.1 Indledning

Stofmisbrugere i behandling har oftest andre problemer end selve misbruget af stoffer. Det kan f.eks. være problemer med bolig, familie, beskæftigelse eller økonomi. Derfor iværksættes der ofte flere sociale initiativer før, sideløbende og efter en behandlingsindsats. Helhedsorientering og koordinering på tværs af forvaltninger, indsatser og sektorer er således centrale forudsætninger for hjælpen til socialt udsatte borgere med komplekse problemer.

Formålet med sociale indsatser over for målgruppen er, at den kommunale myndighed skal tilbyde særlige indsatser, som dels kan medvirke til at forebygge en forværring af problemerne for den enkelte, dels forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion, udviklingsmuligheder og livsudfoldelse samt endelig tilrettelægge en helhedsorienteret indsats afpasset den enkeltes særlige behov.

Med kompleksiteten af de indbyrdes afhængige problemer, som mennesker med stofmisbrug ofte har, vil en indsats målrettet en problemstilling ofte også indvirke på en anden problemstilling. Fx kan hjælp i forhold til at få en bolig betyde, at det bliver lettere at gøre noget ved forbruget af rusmidler. Samtidig kan det være nødvendigt at iværksætte flere indsatser samtidig, hvis noget skal lykkes. Det kan fx være, at borgeren, der er hjulpet i bolig, kun kan fastholde boligen, hvis der også bliver iværksat en indsats i forhold til hans forbrug af rusmidler.

Den sociale handleplan er de kommunale myndigheders redskab til at sikre, at den sociale indsats er sammenhængende og tager højde for helhedsperspektivet omkring den enkelte. Den kommunale sagsbehandler har i den enkelte sag ansvaret for koordinering og kontinuitet i indsatserne. Den sociale handleplan kan som redskab bruges til at sikre klarhed over de forpligtelser, der fordeler sig på de involverede personer, instanser og forvaltningsgrene. Arbejdet med den sociale handleplan tilrettelægges på en måde, der understøtter, at borgeren inddrages i sagsbehandlingen. I alle sager hvor der tildeles ydelser af længere varighed, fx stofmisbrugsbehandling, skal der løbende følges op på den sociale indsats.

8.2 Social eksklusion og stofmisbrug

Som vist i kapitel 5 er stofmisbrugere i behandling karakteriseret ved at være en socialt udsat gruppe med hensyn til arbejdsmarkedstilknytning, uddannelse, boligsituation og socialt samliv. Dertil kommer de fysiske og psykiske problemer, som er medvirkende til yderligere eksklusion.

Også hjemløse og indsatte i kriminalforsorgen har tydelig indikation på stofmisbrug. Som vist i kapitel 4 om hjemløsetællingen i 2011, har 67 % af de borgere, som benytter sig af hjemløseinstitutioner, et forbrug af et eller flere stoffer. For indsatte i kriminalforsorgen viser opgørelser, at ca. 60 % af de indsatte havde et forbrug af rusmidler forud for indsættelsen (jf. kapitel 9).

Langt fra alle stofmisbrugere i Danmark er i behandling for deres misbrug. Dels er der stofmisbrugere, der *ikke profiterer af behandlingssystemet*. Det kan f.eks. være sindslidende med et omfattende og kaotisk blandingsmisbrug, som er mere marginaliserede end de stofmisbrugere, der indgår i behandling. Den igangværende undersøgelse af socialt marginaliserede med kaotisk blandingsmisbrug, beskrevet i kapitel 5.4, skal afdække hvilke problemstillinger og behov for støtte denne målgruppe har. Hertil er der misbrugere, der *ikke ønsker at anvende behandlingssystemet*, fordi de ikke definerer sig selv som misbrugere og/eller ikke ønsker at blive registreret. Det igangværende forsøgsprojekt med tilbud om anonym behandling for hash og kokainmisbrug, beskrevet i kapitel 5.4, har til formål at belyse, hvorvidt det er muligt at få denne målgruppe til at søge behandling, hvis der er mulighed for anonymitet. Endelig er der misbrugere, der *ophører med deres misbrug uden hjælp fra behandlingstilbud*. På stofmisbrugsområdet findes ikke meget viden om denne gruppe, hverken i forhold til størrelse eller faktorer, der fører til ophør. Men forskning viser, at personer, der kommer ud af misbrug uden behandling, generelt har mere stabilitet omkring netværk, arbejde osv. end personer, der søger behandling for deres misbrug (Hecksher 2007).

Børn og unge anbragt uden for hjemmet

Ankestyrelsen har som led i anbringelsesreformen fra 1. januar 2006 fået ansvaret for at føre statistik over de afgørelser, der træffes vedrørende børn og unge, der anbringes uden for eget hjem. Statistikken er baseret på kommunernes indberetning af alle afgørelser om anbringelser af børn og unge. Indberetningspligten indebærer forskellige grundoplysninger om barnet/den unge og om den udslagsgivende årsag til anbringelsen såsom misbrug (både stof- og alkoholmisbrug) hos forældrene eller hos børnene/de unge selv (Ankestyrelsen 2011).

I 2010 blev der truffet afgørelser om anbringelse af 2.805 børn og unge. 65 % af disse var mellem 12 og 17 år, mens 13 % var børn under 3 år. Ved udgangen af 2010 var der anbragt i alt 12.565 børn og unge mellem 0-17 år uden for hjemmet.

Som nævnt har kommunerne indberettet de udslagsgivende årsager til anbringelsen, og ofte er der flere årsager til en anbringelse. Statistikken viser, at stof-/alkoholproblemer i hjemmet/hos forældrene i 2010 var udslagsgivende for anbringelsen i 18 % af sagerne. Når der ses på de udslagsgivende anbringelsesårsager hos barnet/den unge selv, gælder det, at stof-/alkoholproblemer i 2010 var årsag i 10 % af sagerne. Disse tal adskiller sig stort set ikke fra 2009.

8.3 Social integration

Der er en bred vifte af indsatser, der kan iværksættes over for socialt udsatte med et stofmisbrug. En indsats målrettet forbedring af boligsituation, uddannelse, beskæftigelse, sociale relationer og økonomi er vigtige foranstaltninger med henblik på social integration – både som middel og som mål i sig selv.

Stabil boligsituation

I 2011 blev der foretaget en tælling, der viste, at der i uge 6 i 2011 var 5.290 hjemløse i Danmark. De hjemløse var særlig koncentreret i de større bysamfund og navnlig i hovedstaden og dens omegnskommuner. Kortlægningen viste, at 67 % af de hjemløse

havde et misbrug af *narkotika, alkohol eller medicin*. Hertil kommer, at 44 % af de hjemløse selv oplyser at lide af en psykisk sygdom, og 29 % af de hjemløse oplyser at lide af både psykisk sygdom og misbrug. For en del af de hjemløse opgjordes misbrug og psykisk sygdom som væsentlige årsager til hjemløshed (Lauritsen et al 2011).

Der er etableret en række tilbud, både af midlertidig og permanent karakter, der skal støtte stofmisbrugere i at få etableret en stabil boligsituation. Forsorgshjem 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 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 borgere, 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, de såkaldt ”skæve boliger”. Hertil kommer ”alternative plejehjem”, som er botilbud til længerevarende ophold 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 anden problematisk adfærd. De ”alternative plejehjem” er ofte etableret i tilknytning til et forsorgshjem.

I august 2007 blev der lanceret en hjemløsestrategi. Hjemløsestrategien er forlænget frem til sommeren 2013 og afsluttes med en tværgående evaluering af indsatserne. Strategien tager udgangspunkt i Housing First princippet¹⁵. Det overordnede formål med hjemløsestrategien er at bidrage til at nedbringe hjemløsheden i Danmark. Under strategien er der formuleret fire langsigtede mål:

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

¹⁵ I Housing First tilgangen ses en tidlig stabilisering af den hjemløses boligsituation kombineret med individuel social støtte som et vigtigt element i en recovery-proces. Den individuelle støtte forsøges opnået gennem en række støtteforanstaltninger, fx praktisk bostøtte, hjælp til at håndtere kontakt til offentlige myndigheder, stabilisering af økonomi, behandlingstilbud og lignende. Det vægtes i den forbindelse højt, at indsatsen bliver helhedsorienteret og sammenhængende rettet mod den enkeltes konkrete behov.

- **Løsladelse fra fængsel og udskrivning fra sygehus eller behandlingstilbud bør forudsætte, at der er en løsning på boligsituationen.** Her er fokus at sikre en bedre koordinering mellem de involverede myndigheder omkring handleplaner m.m.

Uddannelses- og aktiveringstilbud

Mange stofmisbrugere har en baggrund med 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. Ansvaret for det ordinære uddannelsessystem er fordelt på flere ministerier alt efter uddannelsesniveau og type. Da en stor del af misbrugerne har et lavere uddannelsesniveau end gennemsnittet, vil de forskellige tilbud om voksenuddannelse, som ligger i regi af Ministeriet for Børn og Undervisning, være relevante. Her kan nævnes Almen Voksenuddannelse (AVU) og Forberedende Voksenundervisning (FVU), som begge er tilbud, der kompenserer for manglende grundskoleuddannelse.

I beskæftigelsesministerielt regi er der mulighed for at give ledige en række uddannelses- og aktiveringstilbud for at forbedre borgernes mulighed for at blive selvforsørgende, herunder fx vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik, ansættelse med løntilskud og revalidering. Arbejdsløse stofmisbrugere der ikke er i stand til at deltage i beskæftigelsesmæssige tilbud, kan efter serviceloven gives et aktivitets- og samværstilbud. Formålet er støtte til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene. Aktivitets- og samværstilbuddene finder ofte sted på væresteder, som er beskrevet nedenfor.

Beskæftigelse

Uddannelses- og aktiveringstilbuddene, som beskrevet ovenfor, har alle som formål at bringe ledige borgere tættere på arbejdsmarkedet, så de bliver i stand til (på sigt) at forsørge sig selv. Tidligere stofmisbrugere tilbydes typisk samme beskæftigelsesfremmende tilbud som andre kontanthjælpsmodtagere eller ledige. Det samme gælder aktive stofmisbrugere, idet der her er mulighed for, at beskæftigelsesindsatsen foregår parallelt med misbrugsbehandlingen. Stofmisbrugere i længerevarende substitutionsbehandling tilbydes dog overvejende aktivitets- og samværstilbud, også her ofte i tilknytning til en behandlingsinstitution eller et værested.

Til borgere, der på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan udnytte tilbuddene efter anden lovgivning, skal kommunerne tilbyde beskyttet beskæftigelse. Hvor ”beskyttet beskæftigelse” tidligere var betegnelsen for beskæftigelsesaktiviteter, der blev organiseret på beskyttede værksteder, omfatter ”beskyttet beskæftigelse” nu også beskæftigelse, der kan organiseres under andre organisatoriske rammer. Det kan være i tilknytning til boformer, forsorgshjem, væresteder, varmestuer og sociale cafeer mv. Der kan også organiseres beskyttet beskæftigelse i private virksomheder – både på individuelt plan og for en gruppe af borgere.

Kommunalbestyrelsen kan endvidere tilbyde særligt tilrettelagte beskæftigelsesforløb til personer med særlige sociale problemer. Tilbuddene skal tilrettelægges, så de understøtter, at den enkelte borger på sigt kan få tættere tilknytning til det almindelige arbejdsmarked. Det kan f.eks. afklares, hvorvidt en person i beskyttet beskæftigelse gennem oplæring og uddan-

nelse kan varetage arbejdsopgaver i en almindelig virksomhed med den nødvendige støtte.

Stabile sociale relationer

En stor del af det sociale arbejde med stofmisbrugere foregår på væresteder. Væresteder er et aktivitets- og samværstilbud forankret i serviceloven. Over 100 af Danmarks mange væresteder er organiserede i Landsforeningen af Væresteder. Der er især 3 forskellige typer af væresteder målrettet stofmisbrugere. Dels er der etableret væresteder, der henvender sig til en blandet gruppe af aktive stofmisbrugere, stofmisbrugere i substitutionsbehandling og tidligere stofmisbrugere (ca. halvdelen af værestederne), dels er etableret væresteder, der alene henvender sig til stofmisbrugere i substitutionsbehandling, og som primært er etableret i forbindelse med misbrugscentre. Endelig er der etableret væresteder, der alene henvender sig til tidligere misbrugere.

Værestederne kan have tilbud af udelukkende omsorgsmæssig karakter, men hvor der også arbejdes med aktiverende og udviklende forløb. Mange væresteder udfører opsøgende arbejde. En del væresteder for aktive misbrugere tilbyder både sygepleje og mulighed for rådgivning fra socialrådgivere eller andre professionelle. For tidligere misbrugere skaber værestedet mulighed for samvær og aktiviteter med ligestillede. Her er altså tale om et omsorgstilbud, hvis formål er at øge den enkelte brugers livskvalitet i hverdagen.

Økonomi

Frivillig gældsrådgivning skal muliggøre, at udsatte borgere kan modtage gratis rådgivning om, hvordan de skal håndtere deres gæld og dermed få en mere stabil tilværelse. Målet med rådgivning er at bidrage til at udsatte borgere får et overblik over deres økonomi, får lagt et budget og får lagt en realistisk plan for at afdrage på deres lån. I forbindelse med udmøntning af satspuljen 2012 er der afsat 40 mio. kr. over 4 år til frivillig gældsrådgivning målrettet socialt udsatte borgere med gæld. Initiativet bygger på erfaringerne fra et tilsvarende initiativ fra satspuljen i 2008, hvor 16 mio. kr. blev afsat til etablering af frivillig gældsrådgivning for socialt udsatte borgere med gæld. 4.000 borgere modtog i perioden 2008-2012 gældsrådgivning.

Yderligere sociale tilbud

Der findes yderligere sociale tilbud, som målgruppen kan have gavn af, herunder mulighed for en støtte- og kontaktperson, socialpædagogisk bistand og personlig og praktisk hjælp. Kommunerne sørger for tilbud om en støtte- og kontaktperson til personer med sindslidelser, til personer med et stof- eller alkoholmisbrug og til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig. Tilbudet har til overordnet formål at styrke borgerens mulighed for at opbygge og fastholde kontakt til omverdenen ud fra egne ønsker og behov. Herved skal borgeren gøres i stand til at benytte samfundets muligheder og de øvrige etablerede tilbud. Kommunerne skal endvidere tilbyde personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af deres færdigheder.

Stofmisbrugere kan endvidere have behov for hjemmehjælp. Kommunerne har pligt til at sikre hjælp til personer, der pga. midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, har behov for personlig hjælp/pleje og praktisk støtte til opgaver i hjemmet.

9 Narkotikakriminalitet og interventioner og forebyggelse i fængslet

9.1 Indledning

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.

9.2 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 er led i et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer, kan der som alternativ til bødestraf meddeles en advarsel, såfremt sociale hensyn taler for det.

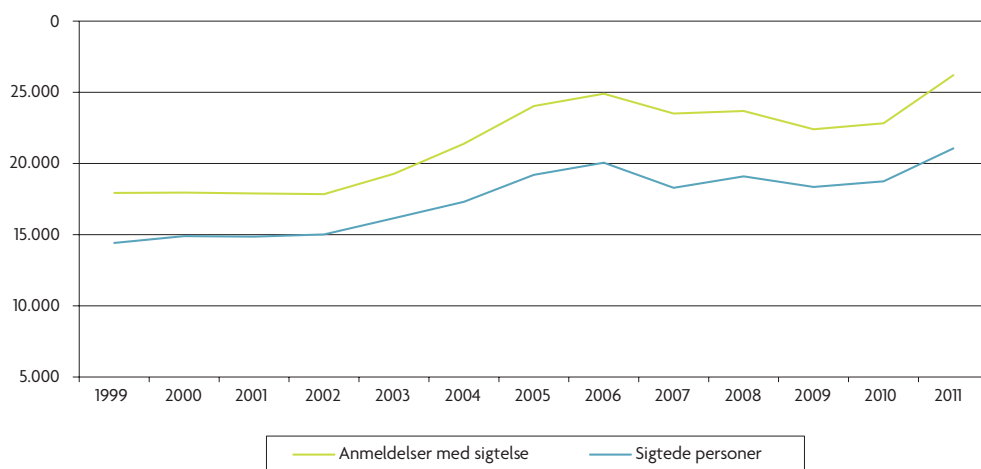
Straffelovens § 191 indeholder en skærpet strafferamme for kvalificerede overtrædelser af lov om euforiserende stoffer. Er der således tale om overdragelse af euforiserende stoffer til et større antal personer, mod betydeligt vederlag eller under andre særligt skærpende omstændigheder, kan straffen for 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 2011 registrerede Rigspolitiet i alt 21.211 anmeldelser med en eller flere sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen. Samme år blev 16.065 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 1999-2011, fremgår af figuren nedenfor.

Figur 9.2.1. Narkotikakriminalitet i pågældende år. Anmeldelser med sigtelser og antal sigtede personer



Kilde: Rigspolitiet, 2012

Kørsel under påvirkning af euforiserende stoffer

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, som føreren ikke har indtaget i henhold til en lovlig recept, eller som føreren har indtaget i henhold til, men ikke i overensstemmelse med en lovlig recept. 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, 1.502 i 2009, 1.622 i 2010 og 2.477 sigtelser i 2011.

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.

Med virkning fra den 1. januar 2012 blev § 54, stk. 1, desuden ændret med henblik på at skærpe sanktionerne for så vidt angår de tilfælde af overtrædelse af nulgrænsen, hvor den pågældende har indtaget stoffet uden at have en lovlig recept (hvorimod der ikke tilsigtedes nogen skærper med hensyn til de tilfælde, hvor den pågældende har en lovlig recept, men har overskredet den foreskrevne dosis).

9.3 Behandling i fængslerne

I Danmark er der 13 fængsler, 43 arresthuse/arrestafdelinger, 8 pensioner (halvvejs-huse) og 14 afdelinger af Kriminalforsorgen i Frihed. I 2011 blev der i alt foretaget 13.946 ny indsættelser i fængsler og arresthuse. 1.161 var kvinder og 12.785 var mænd.

Der blev anmeldt 10.671 ubetingede frihedsstraffe til Kriminalforsorgen i 2011. Domme repræsenterede en samlet idømt strafmasse på 72.287 måneder. 62 % af dommene var på 3 måneder eller derunder og udgjorde 13 % af strafmassen. 7 % af dommene var på over 2 år og lagde beslag på 46 % af strafmassen.

Langt hovedparten af de dømte udstår deres straf i de åbne og lukkede statsfængsler, mens en mindre del udstår straffen i et arresthus. Herudover kan frihedsstraffe i særlige tilfælde udstås helt eller delvis i Kriminalforsorgens pensioner eller i institutioner uden for Kriminalforsorgen. Det kan ske i medfør af straffuldbyrdslovens § 78, hvis den dømte skønnes at have behov for særlig behandling eller pleje. I 2011 skete det i 204 tilfælde.

I 2011 havde Kriminalforsorgen i gennemsnit en kapacitet på 4.134 pladser. Pladserne var i gennemsnit belagt med 97,7 %, hvilket svarer til et belæg på 4.037 indsatte pr. dag. Heraf var 160 kvinder. Det gennemsnitlige daglige belæg af unge under 18 år var 10,5. De indsatte fordelte sig med 908 i lukkede fængsler, 1.335 i åbne fængsler og 1.794 i arresthusene, herunder Københavns Fængsler. Hovedparten af de indsatte i arresthusene og Københavns Fængsler var varetægtsarrestanter.

På en bestemt dato – den 13. december 2011 – var 66 % af de dømte mellem 20 og 39 år. 10 % havde domme på 3 måneder og derunder. 46 % afsonede domme på mellem 1 år og 5 år. 23 % var dømt for narkotikakriminalitet, 20 % for vold, 15 % for røveri og 13 % for berigelseskriminalitet.

Stofbehandlingen

Siden 2007 har der været 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, så vidt muligt være i påbegyndt behandling inden 14 dage. 1. juni 2011 blev behandlingsgarantien udvidet til også at gælde varetægtsarrestanter og indsatte med korte domme, således at alle indsatte i Kriminalforsorgens institutioner nu er omfattet af garantien. Der er dog fortsat 14 dages frist til at behandlingen skal være påbegyndt.

Behandlingen består dels af 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 isoleret fra resten af fængslet.

Behandlingsgarantien er blevet overholdt inden for tidsfristen i 82 % af de registrerede sager i 2011, hvilket er et fald på 6 % i forhold til året før. I knap 3 ud af 4 sager, hvor behandlingen ikke blev påbegyndt inden for 14-dagesfristen, blev den påbegyndt inden for en måned.

Alle primære stofbehandlingstilbud i Kriminalforsorgen skal igennem en akkrediteringsproces, hvor et ekspertpanel vurderer, om behandlingstilbuddet lever op til standarderne for god behandling. Pr. 1. september 2012 er 12 ud af 15 primære behandlingstilbud akkrediteret, mens tre behandlingstilbud afventer ekspertpanelets bedømmelse.

Strategi og de enkelte tilbud

Den nationale strategi for stofbehandling af Kriminalforsorgens klientel baserer sig på et af hovedprincipperne for hele Kriminalforsorgens virksomhed; normaliseringsprincippet, som tilsiger, at forholdene i fængslerne skal ligne det øvrige samfund mest muligt i alle forhold, og at de indsatte, så vidt det er muligt, skal have adgang til de samme tilbud som i det øvrige samfund.

Konkret betyder det, at Kriminalforsorgens klientel i videst muligt omfang skal benytte det øvrige samfunds misbrugsbehandlingstilbud. For løsladte klienter og betinget dømte gælder det, at de på linje med ustraffede personer skal søge behandling via opholdskommunen, og for indsatte gælder det, at der i videst muligt omfang finder en overførsel sted fra fængslet til en egnet behandlingsinstitution. En sådan overførsel kræver, at den indsatte ikke er flugttuet, ikke kan betegnes som værende farlig, eller at retsfølelsen ikke vurderes at blive stødt i øvrigt ved en sådan anbringelse. Anbringelsen i en behandlingsinstitution kan desuden planlægges og påbegyndes allerede før eller i forbindelse med afsoningens start.

Det er dog relativt få sager, der rent faktisk munder ud i en anbringelse i en behandlingsinstitution som følge af et stofmisbrug i betragtning af, at en sådan anbringelse er udgangspunktet for visitation til al behandling. Siden 2005 er tallet endda faldet fra 160 til under 100. Det er den pågældende persons hjemkommune, som afholder alle udgifter i forbindelse med opholdet.

Siden 1997 er der gradvis opbygget sociale behandlingstilbud i fængslerne møntet på dem, som ikke kan overføres til behandling uden for fængslet. Den nationale strategi bygger langt overvejende på den såkaldte *import-model*, altså en model hvor private og offentlige behandlingsinstitutioner udenfor Kriminalforsorgens regi tilbyder stofbehandling i fængslerne i et tæt samarbejde med Kriminalforsorgens eget personale. Målgruppen for importmodellen er således den gruppe af *indsatte, som ikke kan benytte det øvrige samfunds tilbud*.

Med henblik på at sikre behandling til denne gruppe er normaliseringsprincippet også i fokus. Som et spejl på det øvrige samfunds behandlingstilbud har en udvalgt række behandlingsinstitutioner, som repræsenterer *forskellige metoder* inden for stofmisbrugsbehandling, etableret behandling på de fleste fængsler i landet.

Behandlingsinstitutionerne er således kontraktligt forpligtet til at levere en nærmere beskrevet behandling (i samarbejde med Kriminalforsorgens personale) typisk for en 4-årig periode, hvorefter behandlingen udbydes på ny.

De forskellige behandlingstilbud i fængslerne

Der er tale om flere typer af behandlingstilbud i fængslerne. Dels er der *motivations- og forbehandlingsprojekter* i arresthuse i hele landet, der helt overvejende er baseret på de stedlige kommuners misbrugscentre, og hvor formålet er at forberede varetægtsarrestanterne på den behandling, de kan få i fængslerne ved afsoning eller efter løsladelse fra varetægtsfængsling. Hertil findes de såkaldte *behandlingsafdelinger*, som i udgangspunkt er helt isoleret fra det øvrige fængselsmiljø og defineres dermed som døgnbehandling, idet de indsatte hele tiden befinder sig i et terapeutisk behandlingsmiljø.

Så er der *efterbehandlingsafdelinger* i udvalgte fængsler til indsatte, som har længere domme, og som har gennemført primærbehandlingen. Efterbehandlingen har stor fokus på uddannelse / beskæftigelse og udslusning og sker også efter importmodellen. Hertil er der tilbud om psykosocial *støtte i forbindelse med substitutionsbehandling* (medicinsk behandling med metadon/Subutex) på tværs af de eksisterende afdelinger i alle fængsler. En del indsatte er i substitutionsbehandling og følges op af støttende samtaler.

Tilsvarende er der tilbud om behandling for kokainmisbrug til indsatte i åbne fængsler og tilbud til *hashmisbrugere* i alle fængslerne. Både kokain-, hash- og substitutions-tilbuddene er tilrettelagt som dagbehandling (ambulant behandling), hvor de indsatte er placeret på fællesskabsafdelinger og i dagtimerne deltager i behandling i kortere eller længere tid som supplement til eller i stedet for egentlig undervisning/anden beskæftigelse.

Endelig er der *særlige såkaldte kontraktafdelinger*, hvor der som udgangspunkt ingen behandling finder sted, men hvor indsatte, som ikke ønsker at afsone sammen med misbrugere, kan sikres en total stoffri afsoning. Kriminalforsorgen råder desuden over otte 8 udslusningspensioner.

9.4 Stofmisbrug blandt fængselspopulationen

I tabellerne nedenfor ses rusmiddelforbruget inden indsættelsen (Kriminalforsorgen 2012). 60 % af de dømte i fængsler og arresthuse tilkendegav at have indtaget rusmidler 30 dage forud for indsættelsen. 38 % oplyste, at de ikke havde indtaget rusmidler, og 2 % ønskede ikke at oplyse om indtagelse af rusmidler. I de åbne fængsler var andelen af indsatte, som tilkendegav at have indtaget rusmidler 30 dage forud for indsættelse, 68 % mod 61 % i de lukkede fængsler.

Tabel 9.4.1. Indsattes forbrug af rusmidler 30 dage forud for indsættelsen

	Åbne fængsler		Lukkede fængsler		Arresthuse		Pensioner		2011 13. december		2010 18. december	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Indsatte har taget rusmidler												
Ja	1135	68,4	566	60,9	646	48,8	8	33,3	2355	59,8	2441	60,6
Nej	509	30,7	348	37,5	613	46,3	15	62,5	1485	37,7	1468	36,4
Ønsker ikke at oplyse	14	0,8	15	1,6	66	5,0	1,0	4,2	96	2,4	122	3
I alt	1658	100	929	100	1325	100	24	100	3936	100	4031	100

Kilde: Kriminalforsorgen 2012

Note: Registreringen er baseret på indsattes egne oplysninger.

Note: Opgørelsen omfatter varetægtsarrestanter og dømte.

Note: for 2,1 % af de indsattes vedkommende er der ikke foretaget registrering vedr. indtag af rusmidler forud for indsættelsen. Denne gruppe er ekskluderet fra tabellen.

Tabel 9.4.2. Rusmidler indtaget 30 dage før indsættelsen. Antal samt andel af indsatte med et rusmiddelforbrug

	2009 18. december		2010 18. december		2011 13. december	
	n	%	n	%	n	%
Indsatte har indtaget rusmidlet						
Opioider	484	23,2	572	23,4	468	19,2
Centralstimulerende stoffer	1295	62,1	1533	62,8	1525	62,5
Hash	1458	70,0	1681	68,9	1685	69,0
Alkohol	705	33,8	862	35,3	742	30,4
Benzodiazepiner	252	12,1	340	13,9	310	12,7
Hallucinogener	61	2,9	71	2,9	72	2,9
Andet	138	6,6	159	6,5	153	6,3

Kilde: Kriminalforsorgen 2012

Note: En indsat kan angive brug af mere end ét rusmiddel, hvorfor andelen af indsatte, der har indtaget de angivne rusmidler, overstiger 100 %.

9.5 Behandling og forebyggelse i fængslet

Indsatte i stofbehandling

Samlet set er der fra 1997 til i dag sket udvidelser i kapaciteten fra 18 til ca. 290 pladser på egentlige behandlingsafdelinger. Dertil kommer kontraktafdelingspladserne og et skiftende antal indsatte, som er i dagbehandling. I tabellen nedenfor ses antal behandlinger og personer, der har fået behandling iværksat i 2011 fordelt på behandlingstype.

Der er ikke ført konsekvent statistik over udviklingen i antallet af årlige behandlingsforløb før de seneste år. Kriminalforsorgens vurdering er, at der i 1998 og 1999 i alt blev påbegyndt omkring 40 behandlingsforløb, hvoraf 25 blev afsluttet planmæssigt. Til sammenligning blev der i 2011 påbegyndt 2.419 behandlinger, hvoraf 2.163 var

omfattet af behandlingsgarantien, jf. tabel 9.5.1. Sagerne vedrørte i alt 2211 forskellige personer.

Tabel 9.5.1. Antal påbegyndte stofbehandlinger i 2011

Behandlingstype	Personer	Behandling påbegyndt	Omfattet af garantien
Afgiftning	1	1	1
Alkoholbehandling	195	210	210
Hashmisbrugsbehandling	536	565	535
Kokainmisbrugsbehandling	25	25	25
Forbehandling	899	1004	791
Stoffri behandling	447	500	492
Substitutionsbehandling	108	114	109
I alt	2211	2419	2163

Kilde: Kriminalforsorgen 2012

Fordeling på behandlingstyper fremgår ligeledes af tabellen. Den hyppigste påbegyndte behandling er forbehandling (godt 4 ud af ti tilfælde), mens hashmisbrugsbehandling og stoffri behandling (intensiv behandling på en særlig behandlingsafdeling) udgjorde en fjerdedel og en femtedel af alle tilfældene. Afgiftnings- og kokainbehandlingstilbudene er etableret i løbet af 2011 og er ikke registreret med det korrekte navn i hele perioden, hvilket forklarer den meget lave andel.

Forebyggelse af sygdomme

Med henblik på at forebygge narkotikarelaterede sygdomme, abstinenssymptomer og stoftrang ("craving") tilbyder Kriminalforsorgen medikamentel abstinensbehandling. Behandlingen kan strække sig over uger eller måneder. Denne temporære behandling bliver i udstrakt grad efterfulgt af tilbud om substitutionsbehandling, der kan vare op til flere år, når tværfaglig vurdering finder grundlag herfor. 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 rensesvæske 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.

9.6 Reintegration af stofmisbrugere efter løsladelse

Når stofmisbrugere er i behandling under afsoningen, vil der inden løsladelsen ske henvendelse til den relevante kommunes behandlingscenter 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 behandlingscenter 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 med kommunerne. 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 behandlingscentre, 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. Der er tale om en tidskrævende proces, og til og med 2011 var de 20 første aftaler blevet indgået, og i løbet af de følgende år forventes der at være indgået lignende aftaler med alle landets kommuner.

10 Narkotikamarkedet

10.1 Indledning

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. Beslagstatistikken er en meget grov indikator for udbuddet af stoffer på det illegale marked, fordi den i høj grad påvirkes af politiets indsats.

Illegale stoffer har ingen indholdsdeklaration, og der er mange forskellige stoffer gemt i de tabletter og det pulver, der bl.a. sælges som "ecstasy". Det relativt nye stof mCPP med både stimulerende og hallucinerende virkning har de senere år optrådt i stigende grad i ecstasytabletterne og er indeholdt i 49 % af tabletterne i 2011. Det samme gælder for det hallucinogene stof 2C-B, der i 2011 optræder i 10 % af tabletterne, hvilket dog er mindre sammenlignet med i 2010, hvor 2C-B var indeholdt i 34 % af de analyserede tabletter. Kun få tabletter indeholder i disse år MDMA (ecstasy), hvilket er noget usædvanligt i forhold til tidligere, hvor op til 80 % tabletter indeholdt MDMA. Der er tale om et markant skift af indholdet i ecstasypillerne fra MDMA til især mCPP. MDMA optræder nu oftest i stedet i pulver/krystalform i stedet for i tabletter.

Resultater fra de retskemiske analyser af stofferne de senere år viser også, at der er stor variation i renhed og stofkoncentration i de illegale stoffer på markedet¹⁶, og de illegale stoffer indeholder i høj grad tilsætningsstoffer. I fx alle undersøgte kokainprøver i Danmark påvises i gennemsnit 3 forskellige tilsætningsstoffer – typisk lægemidler – hvilket i sig selv påvirker brugeren af stofferne. Da renheden og koncentrationen i stofferne ofte er ukendt for brugeren, indebærer dette en særlig risiko ved indtagelse.

Den systematiske overvågning af "nye" stoffer i Danmark blev justeret fra 2011. Hvor der inden 2011 udelukkende blev indleveret og analyseret "ecstasy" piller systematisk til overvågningen, er der fra 2011 også medtaget pulver og væske. Denne ændring er sket i erkendelse af, at mange af de nye stoffer, der dukker op på markedet i dag, også introduceres i disse administrationsformer. Resultaterne fra det seneste halvår af denne overvågning gengives senere i dette kapitel.

10.2 Tilgængelighed og efterspørgsel

Rigspolitiet indsamler 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 Dan-

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

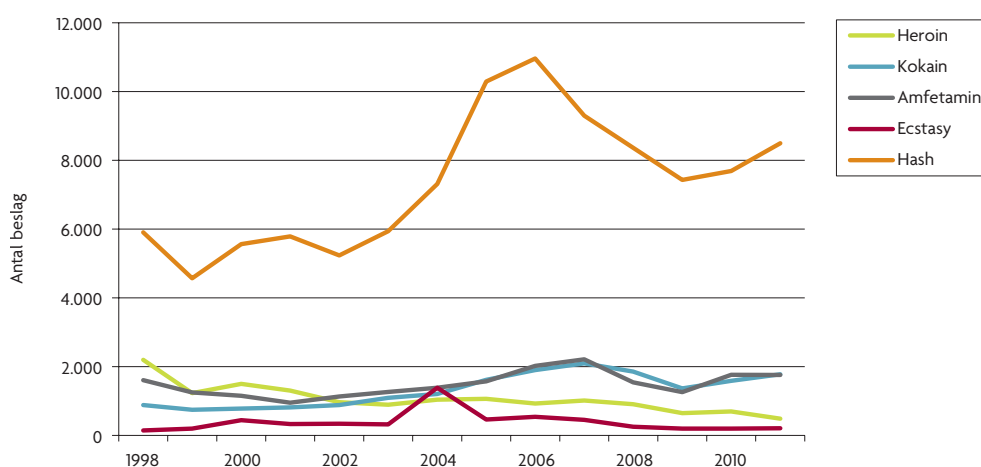
mark, primært er produceret i Holland og Belgien. En mindre men ikke uvæsentlig del af amfetaminen herhjemme produceres dog også i Polen og de baltiske lande. Langt størstedelen af den beslaglagte ecstasy er produceret i Holland og Belgien. Kokainen produceres primært i Sydamerika og videredistribueres 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.

10.3 Beslaglæggelser

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

Figur 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser i pågældende år



Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2012

Hvad angår den beslaglagte mængde, ses store udsving for de fleste stoftyper fra år til år. Til trods for, at der ses en stigning i antallet af kokainbeslag de seneste tre år, er mængden af den beslaglagte kokain faldet fra 72 kilo i 2009 til 54 kilo i 2010, og 43 kilo i 2011. Mængden af den beslaglagte amfetamin steg derimod markant i samme periode, fra 104 kilo i 2009 til 194 kilo i 2010, og 240 i 2011. Også den beslaglagte mængde af hash steg markant fra 1.220 kilo i 2009 til 2.318 kilo i 2010. I 2011 blev beslaglagt 2.325 kilo, hvilket dog stadig er en stigning, om end det er tale om en mindre stigning sammenlignet med de to foregående år. Som tidligere år bestod enkelte beslag af de forskellige stoffer i store mængder. (jf. tabel 10.3.1 i annekset).

10.4 Renhed, koncentrationer 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. Nedenfor beskrives resultater fra henholdsvis ”Gadeplan-projektet” (traditionelle stoffer som heroin, amfetamin og kokain) og ”Ecstasyprojektet” (tabletter og pulver).

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 afdelinger¹⁷. Af tabel 10.4.1. i annekset fremgår fordelingen af beslaglagte stoftyper på landsplan fra 2001 til 2011.

Ud af de 204 analyserede prøver i 2011 bestod 70 % af de centralstimulerende stoffer, kokain og amfetamin, hvilket er den samme andel som i 2010. I de senere år har forekomsten af de centralstimulerende stoffer i projektet – især kokain – været stigende, mens forekomsten af heroin har været faldende. 21 % af samtlige prøver i 2011 på landsplan var heroin. Til sammenligning var 44 % af prøverne i 2000 heroin. Yderligere 7 % af prøverne i 2011 indeholdt andre euforiserende stoffer og stofblandinger såsom metamfetamin, MDMA og ketamin, og 1 % indeholdt ikke euforiserende stoffer.

I København, Århus og Ålborg er kokain i 2011 det dominerende stof (henholdsvis 71 % og 54 % og 38 % af samtlige prøver), amfetamin er det dominerende stof i Esbjerg (58 % af samtlige prøver), mens Odense har en ligelig fordeling af heroin og amfetamin (38 % af heroin og 38 % af amfetamin af samtlige prøver).

Af tabel 10.4.2 i annekset ses fordelingen imellem heroinbase (”rygeheroin”) og heroinklorid (hvid heroin til injektion) fra 2001 til 2011. Det er stadig heroinbase, der dominerer blandt heroinprøverne på landsplan. I 2011 var fordelingen af heroinbase og heroinklorid henholdsvis 58 % og 42 %.

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 2011 bestod 83 % af heroinprøverne fra Odense af den hvide heroin til injektion. Til sammenligning bestod alle heroinprøverne både i København og i Århus af den brune heroin til rygning. I Esbjerg er fordelingen 40 % og 60 % af henholdsvis heroinklorid og heroinbase.

Renheden af stofferne

Af tabel 10.4.3. fremgår indholdet af de forskellige stoffer fra 2001 til 2011 i Gadeplanprojektets stikprøver.

¹⁷ Ved den retskemiske undersøgelse registreres identiteten af det illegale stof samt eventuelle tilsætningsstoffer. Endvidere bestemmes prøvens renhed og vægt. Gadeplanprojektet omfatter ikke hash eller andre cannabisprodukter. Hertil kommer, at ecstasy blev ekskluderet fra Gadeplanprojektet og herefter overvåges selvstændigt.

Tabel 10.4.3. Renhed af illegale stoffer på brugerplan, 2001-2011 (median af af aktivt stof)¹⁸

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Heroinklorid	52%	50%	64%	63%	67%	53%	29%	52%	41%	46%	40%
Heroinbase	48%	25%	25%	22%	28%	18%	21%	16%	14%	20%	11%
Amfetaminsulfat	9%	13%	9%	9%	10%	7%	6%	8%	6%	6%	5%
Kokainklorid	43%	36%	37%	24%	25%	18%	16%	19%	17%	21%	20%

Kilde: Lindholst et al 2012

Tendensen er, at koncentrationen af de forskellige stoffer er faldet, dog med årlige udsving. For eksempel er koncentrationen af den hvide heroinklorid faldet fra 67 % i 2005 til 40 % i 2011, mens koncentrationen af den brune heroin i samme periode er faldet fra 28 % til 11 %. Også koncentrationen af kokain har været faldende og var i 2005 25 %, mens den i 2011 var 20 %.

Igennem årene er ikke påvist væsentlige forskelle i koncentrationen 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 koncentration på markedet samtidigt. For ingen af stofferne er det muligt at udpege perioder af året, hvor koncentrationen er specielt høj eller lav.

Tilsætnings- og fyldstoffer

Som vist i tabel 10.4.4. viser, indeholder illegale stoffer, der forhandles på gadeplan, også forskellige ”fyldstoffer” eller tilsætningsstoffer. De fleste tilsætningsstoffer er aktive lægemidler, der også kan have en virkning på brugeren ved indtagelse.

Tabel 10.4.4. Forekomst af tilsætningsstoffer i heroinbase, heroinklorid, kokain og amfetamin i 2011 (Resultat som procent af det totale antal prøver af hver stoftype)

Antal	Heroinbase (n=25)	Heroinklorid (n=18)	Kokain (n=87)	Amfetamin (n=56)
koffein	96	94	33	91
Kreatin	-	22	42	64
Dextromethorphan	-	17	-	-
Diltiazem	-	-	3	-
Hydroxyzin	-	-	3	-
Levamisol	-	-	84	-
Lidocain	-	22	26	-
Paracetamol	96	22	7	13
Fenacetin	-	-	76	-
Procain	-	-	6	-

Kilde: Lindholst et al 2012

¹⁸ 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.

Blandt andet indeholder stort set al heroinbase, der er undersøgt i 2011, også koffein og paracetamol (96 % af alle prøver). Kokain er den stoftype, som iblandes flest tilsætningsstoffer. Samtlige kokainprøver, der er undersøgt i 2011, indeholder tilsætningsstoffer – i gennemsnit 3 forskellige stoffer pr. kokainprøve. Hyppigst forekommer tilsætningsstofferne levamisol (i 84 % af samtlige prøver i 2011) og fenacetin (i 76 % af samtlige prøver i 2011). Levamisol er et lægemiddel til behandling af parasitiske ormeinfektioner og påvirker immunforsvaret hos mennesker, mens fenacetin er et smertestillende stof i familie med paracetamol.

Indholdsstoffer i tabletter og pulver

Siden 2001 har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Rigspolitiet og de tre retsmedicinske institutter særligt overvåget ecstasypiller i Danmark. I 2011 blev samarbejdet udvidet til også at omhandle væsker og pulver. Analyseprøver fra indsendte beslag af tabletter, væsker og pulver fra politikredsene til et af de tre retskemiske institutter bliver samlet og undersøgt og beskrives med hensyn til stofkoncentration, stofsammensætning og udseende¹⁹. Løbende opdatering af analyseresultaterne hvert halve år samt en større årlig rapport findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

I 2011 blev i alt 41 prøver af tabletter og 300 pulverprøver fordelt på 278 beslag sendt fra politikredsene til de retskemiske afdelinger med henblik på retskemiske undersøgelser.

Om tabletterne i ecstasyprojektet i 2011 kan sammenfattende siges, at ud fra de 41 antal prøver, der er undersøgt, dominerer det stimulerende stof mCPP i tabletter på markedet. Således var mCPP indeholdt i 59 % af de undersøgte tabletter – enten alene eller i blanding sammen med (primært) amfetamin eller metamfetamin og MDMA (ecstasy). MDMA var indeholdt i 12 % af tabletterne, og 10 % indeholdt 2C-B. I 20 % af tabletterne fandtes der ingen aktive stoffer.

I ecstasyprojektets prøver findes MDMA nu – modsat tidligere år – primært i pulver. Blandt de 278 analyserede pulverprøver i 2011 var der MDMA i 46 % af disse. Metamfetamin var indeholdt i 15 % af stofprøverne, ketamin var indeholdt i 13 % af pulverstofprøverne, og GHB i 5 % af stofprøverne påvist i væsker. Hertil indeholdt pulverprøverne i 2011 stoffer i gruppen af de opkvikkende cathinoner (9 forskellige), de opkvikkende og nogle gange hallucinerende phenethylaminer (7 forskellige), de hashlignende syntetiske cannabinoider (6 forskellige) og et enkelt tryptaminstof. Oversigt over indholdsstoffer i pulver og væsker i 2011 kan ses i Årsrapport over illegale stoffer i Danmark, 2011.

Nye indholdsstoffer og regulering af dem

Nye og farlige stoffer dukker løbende op i tabletter og pulver – både i Danmark og i det øvrige Europa. Som nævnt i kapitel 1 i foreliggende rapport har Danmark pr. 1. juli 2012 indført gruppevis forbud af potentielle misbrugsstoffer. Dette betyder, at en række af de nye stoffer, der kommer til landet, nu er undergivet kontrol, inden de kommer på markedet. På denne måde er lovgivningen i højere grad end tidligere på forkant med potentielle misbrugsstoffer, der dukker op og kommer til landet.

¹⁹ 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.

Høj og lav stofkoncentration

Koncentrationen af de forskellige aktive stoffer i pillerne varierer voldsomt, hvilket udgør en særlig risiko for forgiftning ved indtagelse. Siden 2001 varierede fx mængden af MDMA i stofprøverne fra mellem 1 og 226 mg. Yderligere oplysninger om stofkoncentrationen kan læses i Årsrapport over illegale stoffer i Danmark, 2011.

Den systematiske overvågning af pulver, væsker og tabletter i Danmark vurderes at give et godt overblik over hvilke indholdsstoffer, der findes på markedet herhjemme. 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 skal nævnes, at jo ikke al narkotika, der flourer på det danske stofmarked, undersøges. Retskemisk Afdeling i Århus lavede i 2007 en undersøgelse, der skønnede, at kun 5 % af de tabletter, der flourer 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 kr. pr. gram. Prisen på hash ligger ikke længere fast, som den gjorde tidligere. Politikredsene melder om priser på mellem 30-100 kr. for et gram hash. Prisen pr. gram heroin ved salg på gadeplan anslås at være på mellem 1.000-1.500 kr. for den hvide heroin og mellem 500 og 1.000 kr. for den brune heroin. Prisen for kokain på gadeplan anslås at være mellem 400 - 600 kr. pr. gram. For amfetamin anslås prisen på gadeplan at ligge mellem 100 til 200 kr. pr. gram, mens prisen for en ecstasypille anslås at ligge mellem 30 og 80 kr.

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 Døgnbehandling for stofmisbrugere

Døgnbehandling af stofmisbrug har altid været et væsentligt element i den danske stofmisbrugsbehandling. I dette temakapitel gives der først et historisk tilbageblik med særligt fokus på organisatoriske ændringer og socialpolitiske hændelser af betydning for den danske døgnbehandling. Dernæst beskrives tilgængelighed og særlige kendetegn ved den danske døgnbehandling, og kapitlet afsluttes med en diskussion og perspektiver for den danske døgnbehandling af stofmisbrug.

11.1 Historisk overblik i et organisatorisk perspektiv

Forgængeren for den form for stofmisbrugsbehandling, som vi kender i dag, har eksisteret siden slutningen af 60'erne. På dette tidspunkt blev behandlingen af unge med stofmisbrug trukket ud af det psykiatriske behandlingssystem. I stedet blev der etableret et særligt ungebehandlingssystem, som først og fremmest baserede sig på en sociologisk og socialpsykologisk forståelse af stofmisbrugsproblematikken (Houborg 2008). I 70'erne og 80'erne bestod dette system af 20 institutioner spredt ud over hele landet. Flertallet af disse var kommunale eller amtskommunale ungdomscentre. Til disse 20 institutioner var der knyttet ca. 400 døgnpladser (Alkohol & Narkotikarådet 1983, Winsløv 1986). Disse døgnpladser var dog ikke alene forbeholdt personer, der havde udviklet et stofmisbrug, og døgnbehandling af stofmisbrug kunne derfor ikke betragtes som udskilt fra andre sociale indsatser, der blev tilbudt unge med problemer.

Døgnbehandling af stofmisbrug, som det ser ud i dag, tog sin begyndelse i sidste halvdel af 80'erne. På dette tidspunkt etableredes de første private og selvejende døgnbehandlingstilbud, og de udgør stadig i dag mellem 80-90 % af de tilgængelige døgnpladser til stofmisbrugere. De resterende 10-20 % døgnbehandlingstilbud er offentligt ejede. Initiativtagerne til etableringen af de første døgntilbud var typisk personer, der selv havde været i behandling for deres stofmisbrug, og de fleste behandlere var på dette tidspunkt ligeledes tidligere alkohol- eller stofmisbrugere uden nogen socialfaglig uddannelse. Dette har siden ændret sig markant.

Forandringen i døgnbehandlingen sidst i 80'erne kan i nogen grad tilskrives, at stofmisbrugerne blev ældre, og at de derfor ikke rigtigt hørte til nogen steder i det etablerede social- og sundhedssystem. Fra sidst i 80'erne frem til midten af 90'erne var der dog stadig relativt få døgnbehandlingstilbud, der behandlede personer, som havde udviklet et stofmisbrug, og ofte blev stof- og alkoholafhængige behandlet sammen. Dette ændrede sig i 1996.

Væsentlige organisatoriske og socialpolitiske markører

I 1996 blev stofmisbrugsbehandlingen gjort til et speciale under de daværende amter. Den behandling, der tidligere var foregået forskellige steder, og som ingen rigtigt havde overblik over, blev nu samlet. Denne centralisering af stofmisbrugsbehandlingen betød derfor et langt større volumen i misbrugsbehandlingen med mere synlighed og klarere henvisningsprocedurer. Samtidig etableres her det første nationale register over alle, der indskrives i stofmisbrugsbehandling (Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling/SIB). Hermed blev for første gang skabt et systematisk og landsdæk-

kende cpr-baseret register, der, udover personlige oplysninger, giver oplysninger om sociale og økonomiske markører samt informationer om selve stofmisbrugsproblemet blandt dem, der indskrives i stofmisbrugsbehandling. Fra 1996 steg antallet af indskrivninger i ambulans behandling markant, mens antallet af stofmisbrugere henvist til døgnbehandling steg tilsvarende. Antallet af døgntilbud blev inden for 5 år mere end tredoblet. Stigningen i antal indskrivninger i såvel ambulans som døgnbehandling fra 1996 skal udover etableringen af flere og bedre tilrettelagte behandlingsforløb også ses som konsekvens af stigende behov for behandling som følge af markante stigninger i forbruget af illegale stoffer op igennem halvfemserne (Sundhedsstyrelsen 2011g).

I 2003 introduceres behandlingsgarantien for den sociale stofmisbrugsbehandling. En person, der anmoder om et behandlingstilbud, skal herefter tilbydes et sådant inden for 14 dage (Serviceloven § 101). Garantien gælder alene ambulans psykosocial behandling – altså ikke medicinsk behandling – og personen kan heller ikke forlange at komme i døgnbehandling, idet det er de visiterende myndigheder, der vurderer om døgnbehandling er relevant for den enkelte klient eller ej. Ikke desto mindre stiger antallet af henvisninger til døgnbehandling markant de første to år efter indførelsen af behandlingsgarantien.

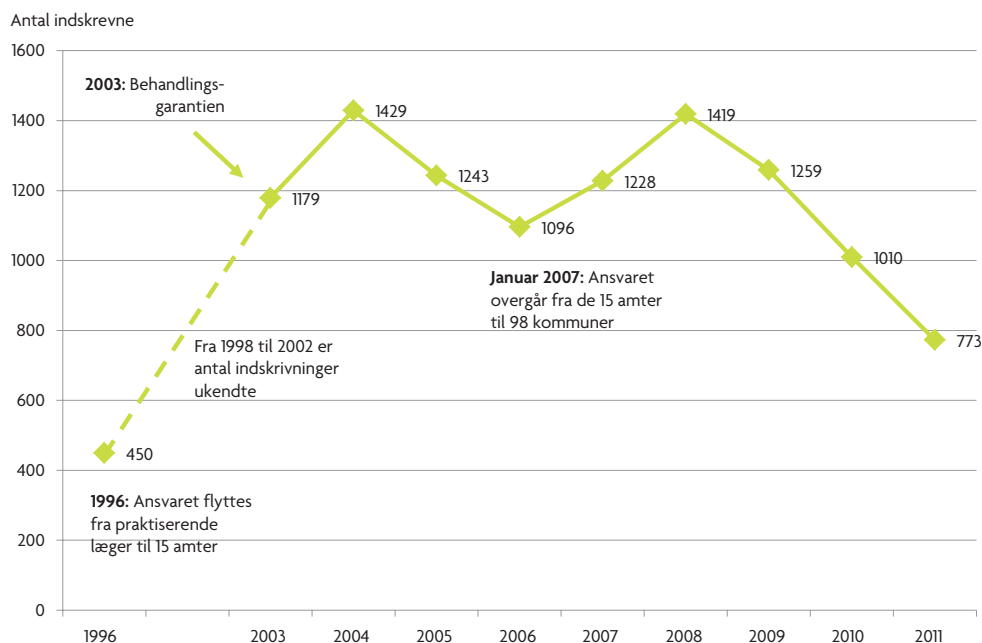
I 2003 blev det endvidere obligatorisk for alle døgntilbud, der behandler stofmisbrugere, at rapportere om alle indskrivninger, der finansieres af det offentlige, til registreringssystemet DanRIS (Dansk Registrerings- og Informations-System). Fra 2003 er der således også dækkende data på alle indskrivninger i døgnbehandling betalt af det offentlige med hensyn til døgnklienternes belastning (European Addiction Severity Index), indskrivningslængde, årsag til afslutning med mere. Desuden indeholder DanRIS en række organisatoriske oplysninger om behandlingsmetoder, medarbejdernes uddannelse og træning m.m.

Fra januar 2007 overgår ansvaret for behandlingen af stofmisbrugere fra de daværende amter til de 98 nyetablerede kommuner. Der er med andre ord tale om en decentralisering af stofmisbrugsbehandlingen og med heraf etablering af mindre behandlingssenheder – ikke mindst i de små kommuner.

Hvor der de første to år efter indførelsen af behandlingsgarantien sås en stigning i antallet af indskrivninger, falder antal indskrivninger herefter frem til kommunernes overtagelse af amternes opgave med ikrafttræden januar 2007. Faldet af indskrivninger frem til 2007 kan ikke direkte forklares, men antages primært at skyldes økonomisk usikkerhed i kommunerne frem mod afviklingen af amterne, men kan også skyldes andet.

Udviklingen i antallet af henvisninger til døgnbehandlingen i perioden fra 1996 til 2011 kan illustreres i nedenstående figur.

Figur 11.1. Antal henvisninger til specialiseret døgntilbud af stofmisbrug i pågældende år



Finansiering

Døgntilbudet finansieres næsten udelukkende af offentlige midler (i dag af kommunerne), og selvbetalere findes stort set ikke. Finansieringen er anderledes end fx finansieringen af døgntilbud til alkoholafhængige, hvor flere døgntilbud stort set alene indskrives alkoholafhængige, der selv betaler for behandlingen.

I årene fra 2006 til 2010 steg den gennemsnitlige pris pr. måned for døgntilbud fra 36.000 kr. til 43.000 kr. Det estimeres, at det offentlige i 2006 brugte omkring 230 mio. kr. på døgntilbud, hvilket i 2011 er faldet til omkring 150 mio. kr. I denne estimering tages der dog ikke højde for særlige aftaler mellem betalende myndigheder og konkrete døgntilbud.

Langt de fleste døgntilbud har de seneste 10-12 år været selvejende institutioner.

Mellem 1-7 institutioner har siden midten af halvfemserne været ejet af det offentlige og dermed finansieret af kommuner eller amter. I 2011 findes der to offentligt ejede døgntilbud, som har specialiseret sig i stofmisbrugsbehandling.

11.2 Tilgængelighed og karakteristika

Selvom antal henvisninger til døgntilbud, som beskrevet tidligere i kapitlet, er faldet markant inden for de seneste år, er antallet af døgntilbud forblevet relativt stabilt. I 2011 var der således 40 døgntilbud i Danmark, hvilket er det samme antal som i 2006. Af de 40 døgntilbud i 2011 er 6 rene afdelingsinstitutioner eller

såkalde halvvejshuse, mens 3 institutioner beskriver sig selv som omsorgshjem. De resterende 31 døgntilbud er alle behandlingsinstitutioner, der har varig stoffrihed som primært mål (alene disse sidstnævnte 31 døgntilbud udgør datagrundlaget for figur 11.1).

De ovenfor omtalte 31 døgntilbud med stoffrihed som mål har i 2011 i alt 483 sengepladser. I 2006 var der til sammenligning 602 sengepladser knyttet til denne type døgntilbud. Konkluderende er der således samme antal døgntilbud i dag, som der var i 2006, men antallet af sengepladser er reduceret med ca. 20 % i perioden.

Forskellige typer af døgnbehandling

Overordnet kan de danske døgntilbud opdeles i fire forskellige døgnbehandlingstyper; *de terapeutiske samfund*, *Minnesotainstitutionerne*, *de socialpædagogiske døgntilbud* og *de religiøse institutioner*.

De terapeutiske samfund dækker over såkaldte *demokratiske* terapeutiske samfund og *hierarkiske* terapeutiske samfund. *De demokratiske terapeutiske samfund* omfatter også den socialpsykologiske model, idet stofmisbrug her ikke anses som en sygdom, men som et symptom på psykosociale belastninger. I disse institutioner arbejdes der ud fra en filosofi om ”living-learning”, hvor hver situation i hverdagen anvendes som redskab til at leve i og forstå verden. Grundtanken er et organiseret miljø efter et ”alle er lige” princip, delvis uden magt og ekspertstrukturer. Arbejdsredskaberne er blandt andet lange gruppemøder hver dag. Især de tidlige danske terapeutiske samfund var stærkt præget af denne tanke²⁰. På disse institutioner er der ofte en lige andel af mænd og kvinder indskrevet, hvilket ellers ikke typisk ses i øvrige danske døgntilbud. De terapeutiske samfund er i dag langt mere strukturerede og hierarkiske end tilfældet var, da de blev etableret for år tilbage.

De hierarkiske terapeutiske samfund er stærkt strukturerede og gør i udpræget grad brug af juniorbehandlere, som er klienter, der har været indskrevet i behandling i typisk 3-6 måneder. I behandlingen gør man sig fortjent til et større og større ansvar og får dermed også flere og flere privilegier. De hierarkiske terapeutiske samfund bygger på en amerikansk model, der også i dag er en meget udbredt behandlingsmetode i USA. Der er tale om en model, der i høj grad tager udgangspunkt i belønningsprincipper og ”operationel betingning”, og derfor også en mere adfærdorienteret model. De hierarkiske terapeutiske samfund anvender ligesom de demokratiske terapeutiske samfund psykoterapeutiske metoder og lange gruppemøder som arbejdsredskaber, og ser også misbrug/afhængighed som et socialpsykologisk fænomen (Mølholm 1999, Fridell 1996, Pedersen 2009, Vanvelde et al 2004). I Danmark har der gennem årene kun været to institutioner under betegnelsen de hierarkiske terapeutiske samfund, hvoraf den ene lukkede i 2005, mens den anden stadig eksisterer. I øjeblikket definerer 14 institutioner sig selv som terapeutiske samfund.

Filosofien bag *Minnesotabehandling* adskiller sig i sin oprindelse markant fra filosofien bag de terapeutiske samfund. Minnesota-bevægelsens forstår i sin oprindelse således afhængighed som en biogenetisk baseret sygdom, som kan sammenlignes med en form

²⁰ Hjulsgård og Projekt Menneske.

for allergisk reaktion. Sygdommen eksisterer derfor også før den første drink er taget (Anonyme Alkoholikere 1994). Afhængighed af rusmidler er derfor også at betragte som en kronisk sygdom, som dog kan kontrolleres ved livslang afholdenhed; ved at erkende, at der er noget der er større end én selv og ved livslangt at blive konfronteret med dette bl.a. gennem deltagelse i AA/NA møder. Minnesotabehandlingen bygger på 12 trin, som den stofafhængige systematisk arbejder sig igennem. Typisk arbejder den stofafhængige sig igennem de første 4 trin under døgnbehandlingsopholdet, og det forventes herefter, at vedkommende arbejder sig gennem de følgende 8 trin sammen med sin ”sponsor” og ved deltagelse i NA-møder (NarcoticAnonymous).

I 90’erne var der skarpe skel mellem de danske terapeutiske samfund og Minnesota-døgntilbud. Dette skel er i dag i nogen grad udvisket. Flere døgntilbud, som kalder sig selv de terapeutiske samfund, anvender i dag elementer fra 12-trinsbehandlingen uden dog nødvendigvis at have overtaget Minnesotabehandlingens filosofi. Flere af de terapeutiske samfund anbefaler deres klienter at deltage i NA-møder efter behandlingens afslutning og hjælper dem måske endda med at etablere kontakt til NA. Ligeledes anvender flere Minnesota-institutioner den motiverende samtale og forskellige kognitive metoder og anerkender det sociale som en medspiller i forklaringen af afhængighed.

De *socialpædagogiske døgntilbud* dækker over en bred vifte af institutioner, som hverken definerer sig selv som Minnesota eller terapeutiske samfund – og heller ikke som religiøse. På en liste over 12 forskellige orienteringer har de dog alle sat kryds ved ”socialpædagogisk”. De fleste offentligt ejede døgntilbud har defineret sig som socialpædagogiske, hvilket også gælder for døgntilbud, som har et stærkt fokus på praktisk arbejde. De socialpædagogiske institutioner kan dog også udmærket anvende elementer fra miljøterapi og 12-trinsbehandling.

Endelig har der gennem tiderne eksisteret døgntilbud, som åbent erkendte, at deres behandling hviler på et religiøst grundlag. Én af disse institutioner har været knyttet til Scientology. Denne institution har dog ikke fået henvist klienter fra det offentlige. De øvrige religiøse institutioner bekender sig til forskellige kristne orienteringer. Der er i dag 3 religiøse døgntilbud, som modtager klienter betalt af det offentlige.

Sammenfattende kan siges, at der ved døgnbehandlingernes etablering og tidligere virke, var forskelle i behandlingsfilosofi og behandlingsmetoder, der nu er mere udvisket. Det kan i dag være vanskeligere at kende forskel på de terapeutiske samfund og de socialpædagogiske institutioner, og elementer fra 12-trinsbehandlingen er flere steder en del af behandlingen på døgntilbud.

Andelen af stofmisbrugere indskrevet i de mere ”rene” Minnesotabehandlingstilbud er faldet markant inden for de seneste 10 år. Mens omkring 70-75 % af stofmisbrugere i døgnbehandling i 1997 blev behandlet på Minnesotatilbud var dette i 2008 faldet til omkring 30 %. I 1997 var omkring 20 % af stofmisbrugere i døgnbehandling indskrevet i terapeutiske samfund, mens dette var steget til 49 % i 2008. I 2008 blev omkring 20 % behandlet på socialpædagogiske døgntilbud, mens kun få (hvis nogen) definerede sig som socialpædagogiske døgntilbud med speciale i stofmisbrugsbehandling i 1997.

Uddannelse, træning og specialindsatser

Mellem 1997 og 2008 steg andelen af behandlere med en socialfaglig uddannelse fra 26,5 til 50,4 %. Ligeledes er andelen af behandlere, der kan fremvise et diplom²¹ på en terapeutisk uddannelse, mere end fordoblet fra 23,5 til 52,5 %. F.eks. er andelen af døgntilbud, som har behandlere ansat, der er trænet i kognitiv terapi, steget fra 20 til 51 %, mens andelen af døgntilbud, der anvender systemorienteret terapi, er steget fra 8 til 31 %. Andelen af døgntilbud, som har 12-trinsuddannede behandlere, er faldet fra 25 til 15 %. En stor andel af behandlerne er uddannet inden for gestalt- og psykodynamisk psykoterapi, og det er meget almindeligt at være trænet i flere forskellige terapeutiske metoder. Såvel behandlernes alder som anciennitet er steget markant de seneste ti år. Gennemsnitalder på en behandler er i dag 45,8 år, og den gennemsnitlige anciennitet som misbrugsbehandler 8,5 år.

Andelen af tilbud, hvor *selvhjælpsgrupper* er en del af behandlingen, er faldet fra 65 % til 28 %, mens andelen, der anvender *par og/eller familierapi*, derimod er steget fra 23 % til 64 %. En del døgntilbud tilbyder længerevarende stabilisering for klienter i *substitutionsbehandling*. Også Minnesotatilbud tilbyder en sådan behandling. Hvor mange sengepladser, denne gruppe benytter, vides ikke. Der er dog antageligt tale om en mindre andel. De fleste døgntilbud anvender *tilbagefaldsforebyggelse* som en integreret del af behandlingen, så længe klienten er indskrevet. Ikke mindst den såkaldte *Gorski's metode* anvendes (Gorski 1997, CENAPS 2007). Opfølgende tilbagefaldsforebyggende indsatser efter udskrivning ses sjældent.

På de fleste af de 31 egentlige døgnbehandlingstilbud er det muligt at starte et behandlingsforløb med *afgiftning/afrusning*. Nogle døgntilbud har tilknyttet specifikke afgiftningscentre for derved at holde afgiftningsklienterne adskilt fra de øvrige klienter. Præcise tal for, hvor mange der starter deres behandlingsforløb med afgiftning på samme institution, hvor de behandles, findes ikke.

Behandlingen på døgntilbud er som grundregel stærkt adskilt fra den ambulante sociale og sundhedsfaglige indsats, hvilket betyder, at døgntilbud ikke tilbyder f.eks. efterbehandling, case management og heller ikke sundhedsfaglige ydelser så som screening, behandling af hiv/aids, hepatitis C eller seksuelt overførte sygdomme i øvrigt. Arbejdstræning eller uddannelse i almindelige skolekundskaber ses ligeledes sjældent.

Endelig skal nævnes, at den gennemsnitlige behandlingstid på døgntilbud i dag er markant kortere, end den var i 90'erne. Planlagte forløb på 1-2 år ses ikke mere. De fleste planlagte forløb er typisk ikke over 6 måneder og ikke sjældent kun på 3 måneder. Den gennemsnitlige behandlingstid er i dag 136 dage (inklusive de, der afbrød behandlingen) mod 211 dage i 1997. Det betyder samtidig, at langt flere gennemfører et behandlingsprogram end tidligere (36 % i 1997 mod 56 % i 2011).

11.3 Kvalitetssikring

Private selvejende døgntilbud i Danmark skal være godkendt af den kommune, hvori de befinder sig (Pedersen 2007). Uden en sådan godkendelse kan de ikke modtage kli-

²¹ Defineret som mindst et 1-årigt træningsprogram, der inkluderer mindst 15 dages træning i en defineret metode.

enter betalt af det offentlige. Der er tale om en godkendelse, der alene omfatter døgninstitutionens overholdelse af forskellige juridiske forhold og forpligtelser, herunder forpligtelser vedrørende arbejdsmiljø, regnskaber, bestyrelse m.m. Godkendelsen vedrører ikke anvendelsen af en specifik behandlingsmetode, behandlergruppens uddannelse og sammensætning, retningslinjer eller andre faglige aspekter af behandlingen.

Mange døgntilbud har dog en uddannelsespolitik, en bestemt metodeforståelse og en overordnet behandlingsfilosofi. Denne forandres dog kontinuerligt og er derfor ikke nødvendigvis nedskrevet for det enkelte tilbud.

Der foregår en monitorering af alle døgntilbud af såvel hvilke metoder/ydelser, der tilbydes, behandlernes faglige kompetencer, klienternes belastning og den enkelte klients behandlingsforløb. Indrapporteringerne sker til det tidligere omtalte DanRIS. Via denne monitorering er det derfor muligt for den enkelte kommune at vurdere og analysere en række forhold på det enkelte døgntilbud

Endelig skal nævnes, at Social- og Integrationsministeriet har afsat en bevilling til evaluering af døgnbehandlingen hvert tredje år (Pedersen et al 2011). Effekten målt som stoffrihed 1 år efter behandlingens afslutning har vist sig at ligge stabilt på mellem 20 % og 25 % for opioidafhængige gennem de seneste 10 år. Effekten målt som stoffrihed den *seneste måned* er derimod steget fra mellem 40 % til 50 % måned-for-måned i året efter udskrivning til mellem 50 % til 60 % i samme tidsrum. Denne positive udvikling kan antageligt tilskrives behandlingsgarantiens ikrafttræden i 2003. Når en klient har tilbagefald efter afsluttet døgnbehandling, bliver vedkommende i dag langt hyppigere indskrevet i stofmisbrugsbehandling kort tid efter tilbagefaldet, end det var tilfældet før behandlingsgarantiens ikrafttræden (Pedersen et al 2011).

11.4 Diskussion og fremtidsperspektiv

Døgnbehandlingen synes gennem de seneste ti år at have nærmet sig de krav, som man stiller til øvrige moderne behandlingstilbud. Behandlerne er klart bedre uddannede end tidligere, og evidensbaserede metoder er blevet implementeret (primært kognitiv terapi). Til gengæld er det i dag meget vanskeligt at skille døgnbehandlingstilbud fra hinanden. Der er ikke mere nogen klar skelnen mellem f.eks. Minnesotabehandling og Demokratisk Terapeutisk Samfund, og ingen bestemt kategori af tilbud kan siges at være bedre end andre. I stedet må de visiterende myndigheder vurdere kvaliteten ud fra behandlernes kompetenceprofil og kommunernes erfaringer med bestemte døgntilbud.

Den traditionelle målgruppe for døgnbehandling i Danmark (heroinafhængige i alderen 30-40 år) er ved at forsvinde, og døgntilbud står derfor ved en skillevej, hvor der kan være behov for nye og anderledes tilbud rettet mod nye misbrugsgrupper. Heroinmisbrugerne er blevet ældre, og blandt disse er der en stor og meget belastet gruppe, som ikke er blevet stoffri på trods af gentagne forsøg. Disse har brug for særlige tilbud. De ofte yngre misbrugere af centralstimulerende stoffer og hash har brug for andre tilbud end de heroinafhængige. Det stiller krav til kommunerne om at tilrettelægge den rette sammensætning af tilbud med de behov, som modsvarer de forskellige målgrupper af stofmisbrugere og deres behov.

12 Narkotikastrategi og indsatser i København

På nationalt plan fastsættes narkotikapolitikken af Folketing og Regering. En kommune eller by – den være sig nok så stor – kan således formelt set ikke have en selvstændig narkotikapolitik. Københavns Kommune er landet største kommune og hovedstad med 550.000 indbyggere.

Det er socialforvaltningen i Københavns Kommune, som mål- og rammestyrer, koordinerer, monitorerer og planlægger indsatsen både i forhold til behandling, skades- og genereduktion. Det gælder både i forhold til stofmisbrugere, de hjemløse (som ofte også har et betydelig rusmiddelbrug), og – i samarbejde med psykiatrien i Region Hovedstaden – også indsatsen i forhold til de psykiske syge (som ofte er hjemløse og har et problematisk rusmiddelbrug). Socialforvaltningen står desuden for samarbejdet med statslige myndigheder og styrelser.

Det er politikerne (Borgerrepræsentationen), der lægger de overordnede rammer, herunder også de økonomiske, for området og udstikker målsætningen for indsatsen. Socialforvaltningen spiller som omtalt ovenfor en central rolle, det samme gælder politiet, hvis indsats vil blive beskrevet nærmere i det følgende. En del af behandlingen, specielt den stoffri behandling, varetages af private institutioner som leverandører efter aftale med socialforvaltningen. Private organisationer med driftsoverenskomst med Københavns Kommune driver institutionerne for hjemløse.

Der er en stærk brugerorganisation i København (Brugerforeningen for aktive stofbrugere), som primært varetager opioidbrugernes interesse. Organisationen er finansieret af medlemsbidrag og økonomiske tilskud fra Københavns Kommune og Social- og Integrationsministeriet. Brugerforeningen driver et stort værested og har en ikke ubetydelig indflydelse på den statslige og Københavns narkotikapolitik.

Nævnes skal desuden organisationen Gadejuristen, som arbejder for at sikre stofbrugernes retssikkerhed i forhold til offentlige myndigheder, behandlingsinstitutioner, m.v.

12.1 Københavns narkotikastrategi

På grund af rusmiddelproblemets omfang og tyngde i København er der tilbud til brugere af de illegale stoffer, som er særlige for København, eller som er udviklet tidligere eller foregår i større omfang end i den øvrige del af landet. Det gælder således blandt andet den opsøgende sundhedsfaglige indsats over for hjemløse med et problematisk brug af stoffer og alkohol og/eller psykisk lidelse, og den opsøgende indsats over for unge med anden etnisk baggrund og et kaotisk brug af stoffer.

Mål, indhold, koordination og de centrale aktører

Københavns Kommune vedtog i 2011 en misbrugsplan for perioden 2011 – 2014 (Københavns Kommune 2011a). Planen beskriver primært behandlings- og skadesreduktionsindsatsen og således ikke forebyggelsesindsatsen og indsatsen over for det rekreative brug. Planen indeholder fire mål og fem fokusområder, som vil blive beskrevet i det følgende. I 2011 var udgifterne til indsatsen 165 mio. kr.

De politisk fastsatte mål for indsatsen er flere. Det er et mål, at *et større antal af de stofmisbrugere, der er i København, skal i behandling*. Kun ca. 1/3 af det estimerede antal personer med et behandlingskrævende stofmisbrug er i behandling. Det indebærer også, at stofmisbrugerne får *en tidlig indsats* – at de kommer tidligere ind i behandlingssystemet. Erfaringsmæssigt kan der ofte gå en lang årrække, før stofmisbrugeren kommer i behandling, og der udvikles derfor typisk både psykiske og somatiske komplikationer som følge af stofmisbruget og udvikling af en kriminel karriere, og afstanden til arbejdsmarkedet og et velfungerende socialt netværk bliver stort. Dette gør behandlingen vanskeligere og prognosen i forhold til rehabilitering dårligere. Det er endvidere et mål, at *en større andel af stofmisbrugere, der er indskrevet i behandling, kommer ud af deres misbrug* – enten qua stoffri behandling eller substitutionsbehandling. For de stofmisbrugere, der ikke aktuelt kan eller ønsker at ophøre med misbruget, er det vigtigt, at så langt det er muligt *at forebygge og begrænse de skader*, de påfører sig selv og deres omgivelser. En række konkrete initiativer skal medvirke til at nå målene:

- **Tidlig indsats**

Som nævnt er der vundet meget, hvis man får stofmisbrugerne tidligere i behandling. Men stofmisbrugerne er ofte ambivalente i forhold til at søge behandling. Det kan opleves som stigmatiserende at søge behandling, og motivationen for at opgive stofbruget kan være meget svingende – stofindtagelsen har ikke kun negative sider, men også sine gevinster. Der er iværksat, eller planlagt, en række aktiviteter for at sænke barrieren i forhold til at søge behandling.

- **Anonym rådgivning og behandling**

Frygten for registrering er til stede hos mange stofmisbrugere. I 2011 blev derfor etableret et anonymt behandlingstilbud, finansieret af Socialstyrelsen, primært rettet mod mennesker i arbejde eller under uddannelse. Tilbuddet har næsten fra dag et haft en stor søgning.

- **Kortvarige interventioner**

Der er evidens for, at enkelte motiverende samtaler kan bringe et begyndende misbrug til ophør. Der arbejdes i forvejen i København med ”trin-behandling”, hvor behandlingsintensiteten afpasses efter brugerens belastning, og dette koncept skal videreudvikles.

- **Borgere på kanten af arbejdsmarkedet**

Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen skal kvalificeres gennem uddannelse til at opspore, udrede, og efterfølgende henvise personer på syge-dagpenge til behandling af en eventuel rusmiddelproblematik. Et problematisk brug af rusmidler kan være en af årsagerne til, at man glider ud af arbejdsmarkedet, og en kortvarig intervention kan afhjælpe en begyndende social deroute hos personer, der må antages at være motiverede for at gøre noget ved deres stofproblem.

- **Netbaseret intervention**

På nettet er det muligt at udvikle platforme, hvor brugerne kan få oplysninger om stofferne, teste sig selv for hvor problematisk deres stofbrug er, få vejledning om hvordan stofbrugets negative konsekvenser kan afhjælpes og om behandlingsmuligheder. Dette er et tilbud, som Københavns Kommune overvejer at udvikle.

- **Udbygge behandlingskapaciteten**

Det er velkendt, at flere og mere differentierede behandlingstilbud øger tilgangen til behandlingssystemet. Hvor langt man kan gå ad denne vej er et spørgsmål om økonomi, og det er ikke på stof-, men på alkoholsiden, at der er størst behov for at udbygge kapaciteten.

- **Særlig indsats over for unge**

For at få flere tidligt i behandling er det nødvendigt med behandlingstilbud, der inkluderer unge. Både med det særlige U-turn²² og POM²³ har København et veludbygget behandlingstilbud til unge og et veludbygget samarbejde med Københavns Fængsler om behandling og motivation til videre behandling af unge kriminelle med stofproblemer. Mange af disse unge er af anden etnisk herkomst end dansk, og disse unge er underrepræsenterede i behandlingssystemet. Supplerende til den opsporing der foregår i fængslerne, er der behov for en opsøgende indsats i de miljøer, hvor disse unge befinder sig.

En del unge på ungdomsuddannelserne har et problematisk brug af rusmidler, specielt hash, og U-turn har i et samarbejde med ungdomsuddannelserne udarbejdet kortvarige rådgivnings- og behandlingstilbud til unge med stofproblemer. Sideløbende har U-turn været med til at udarbejde en generel rusmiddelpolitik på uddannelsesinstitutionerne, der kan forebygge problemer med rusmidler blandt de unge. Det er selvfølgelig specielt i forhold til unge, at netbaseret intervention kan være relevant.

- **Langvarigt misbrug af opioider**

Der er en aldrende population (gennemsnitsalder 47 år) af misbrugere med opioider i København. Et flertal er i substitutionsbehandling med metadon. En del er i arbejde eller er på anden måde socialt velintegrerede, men mange er prægede af somatiske og psykiske følgesygdomme og fravær af velfungerede netværk. Behandlingen i forhold til denne gruppe er primært skadesreducerende. København har i de seneste år, i lighed med hvad man kender fra psykiatrien, udviklet et såkaldt støtte-kontakt-person tilbud til denne gruppe med positive resultater, og det er planen, at denne indsats skal udbygges.

Det planlægges at udbygge de psykiatriske kompetencer for at styrke udredningen og behandlingen af psykiske lidelser hos denne gruppe. En mindre del af de ældre stofbrugere er på grund af de somatiske komplikationer, deres misbrugs-situation, og hos nogle desuden udvikling af demens, ikke i stand til at klare sig i eget hjem. Nogle af disse kan anbringes på almindelige plejehjem, mens andre, på grund af deres yngre alder og en afvigende adfærd, må anbringes på specielle plejehjem. København har etableret en institution med ca. 20 pladser for aktive stofmisbrugere, der ikke kan klare sig i eget hjem. Kapaciteten er p.t. tilstrækkelig, men udviklingen vil blive fulgt nøje.

22 www.uturn.dk

23 www.kfkk.dk

- **Familier med misbrug**

Pårørende til misbrugere, og især deres børn, er direkte belastede som følge af familiemedlemmernes misbrug. Københavns indsats i forhold til denne problematik er at tilbyde hjælp til de børn, der lever i familier, hvor en eller flere af de voksne har et misbrug, en øget opmærksomhed i forhold til børn, der mistrives, med henblik på afdækning af et eventuelt stofmisbrug hos forældrene og endelig en højere grad af inddragelse af pårørende til personer med et stofmisbrug i behandlingen. Disse initiativer er sat i værk både for at støtte børnene og de pårørende, men også for at øge kvaliteten af behandlingen af den enkelte stofmisbruger, idet der er en klar evidens for, at inddragelse af de pårørende i behandlingen øger effekten af denne.

12.2 Særlige politikområder

I det følgende skal særlige narkotikapolitiske områder nærmere beskrives²⁴. Nogle af områderne vil blive behandlet meget summarisk, enten fordi de er indgående beskrevet andre steder i foreliggende rapport, og også er dækkende for indsatsen i København, eller fordi de ikke repræsenterer noget stort problem.

De åbne stofscener – skade- og genereduktion

København har en stor åben stofscene beliggende i umiddelbar nærhed af Hovedbanegården i det kvarter, der hedder Vesterbro. Stofscenen har eksisteret siden 1970'erne og har flyttet sig noget rundt på Vesterbro primært som en følge af politiets indsats, men også som et resultat af etablering af værestedstilbud som tolererede stofindtagelse. Det er svært præcist at anslå, hvor mange brugere der frekventerer stofscenen, men det estimeres, at stofscenen besøges af ca. 1.000 brugere, hvoraf knap halvdelen kommer der regelmæssigt (dagligt), mens de øvrige kommer mere sporadisk. Flertallet af brugerne på stofscenen er ikke bosiddende i København, endsige på Vesterbro, men kommer ind fra de nærliggende kommuner for at handle og indtage stoffer. En del af stofscenens brugere kommer desuden fra udlandet, først og fremmest Sverige.

Beboere og forretningsdrivende i stofscenens nærhed har altid oplevet stofscenen som en betydelig gene. Stofscenen giver anledning til en øget berigelseskriminalitet i området, til massive affaldsproblemer, stofbrugerne adfærd kan opleves som truende og skræmmende, og stofbrugerne ekskluderer qua deres adfærd den almindelige befolkning fra en del af byens rum. Problemerne er øget i takt med den i øvrigt meget vellykkede sanering af Vesterbro, der i vid udstrækning har omdannet Vesterbro fra et arbejderkvarter med bodegaer og barer til et middelklassekvarter med cafeer og restauranter. Saneringen har medført, at gårde og opgange er blevet aflåste, private områder, eller sagt på en anden måde, det offentlige rum er blevet indskrænket betydeligt.

Socialforvaltningen har via satspuljemidler tilbudt adgang til behandling, foretaget opsøgende arbejde, etableret væresteder, cafeer for brugerne og et særligt sundhedsrum for at afhjælpe de gener og skader, som den åbne stofscene påfører lokale beboere og stofmisbrugerne.

24 Disse temaer er udvalgt af EMCDDA og vil blive belyst i andre medlemslandes narkotikaårsrapporter 2012.

Samarbejdet mellem politiet og de sociale myndigheder er forbedret de senere år, og der afholdes nu faste samarbejds møder og er et tæt, men mere ad hoc præget samarbejde, mellem menige politifolk og medarbejdere fra den sociale sektor. Men udover dette forbedrede samarbejde er der ikke en overordnet koordination og udarbejdelse af fælles målsætninger og strategier.

Der blev i 2008 på nationalt plan besluttet (og finansieret) heroinbehandlingstilbud, som blev implementeret i 2010. Hertil er det også på nationalt plan givet tilladelse til at etablere stofindtagelsesrum, hvilket har betydet, at det første stofindtagelsesrum i København åbnede 1. oktober 2012.

Der har været et vedvarende pres fra lokalbefolkningen, forretningsdrivende og institutionerne i området for mere effektivt at få reduceret de gener, der er knyttet til den åbne stofscene, og dette, i kombination med at det er blevet muligt at etablere stofindtagelsesrum, har ført til, at politikerne i København har besluttet at få udarbejdet en samlet plan for Vesterbro, som kan sikre en sammenhængende og koordineret indsats med det formål at reducere generne for områdets beboere og skaderne hos stofbrugere. Planen er udarbejdet af socialforvaltningen i et samarbejde med og efter høring af lokale institutioner, politiet, beboere og forretningsdrivende og blev offentliggjort 2011 (Københavns Kommune 2011b).

De overordnede målsætninger med planen er at mindske skader for de socialt udsatte stofbrugere og at mindske gener for beboere, institutioner og forretningsdrivende i lokalområdet. Planen indeholder en række fokuspunkter og konkrete tiltag, herunder:

- Etablering af stofindtagelsesrum
- Ordenshåndhævelse
- En indsats i samarbejde med psykiatrien over for psykisk syge
- Renhold og flere offentlige toiletter
- Indtænkning af bydesign
- En udvidet sundhedsindsats over for de prostituerede
- En bedre koordinering af indsatsen
- Beboerdialog med afholdelse af regelmæssige dialogmøder, og inddragelse af lokalområdet ved etablering af nye tilbud og foranstaltninger
- Brugerinddragelse, specielt i forbindelse med etableringen af stofindtagelsesrummet

Den meget vigtige koordinering af indsatsen skal iflg. planen varetages af en *følgegruppe for Vesterbroplanen*. Følgegruppen skal være et åbent forum, hvor alle med interesse for, eller som er involveret i indsatsen for de marginaliserede stofbrugere og generreduktion, kan deltage. Følgegruppen er *ikke* en styregruppe, og styringen skal derfor varetages af de enkelte aktører på baggrund af den viden, man får i følgegruppen.

Interventioner i forhold til nattelivet

Det er velkendt, at der er en ret massiv stofindtagelse knyttet til diskoteker, musikfestivaler, technoparties, mv. Det gælder i København såvel som i resten af landet. Den store stofindtagelse af en række kendte og ukendte stoffer med ukendt koncentration giver anledning til et stort og stigende antal accidentelle forgiftninger, enkelte med

dødelig udgang. Problematikken og de foranstaltninger, der iværksættes i København, adskiller sig ikke fra den øvrige del af landet og er beskrevet i øvrige dele af foreliggende rapport og skal derfor ikke beskrives nærmere her.

Lavtærskel tilbud til stofmisbrugerne

Skadesreduktion i form af en række lavtærskeltilbud har siden midten af 1980'erne været en væsentlig og integreret del af den københavnske indsats over for socialt udsatte stofbrugere. Blandt foranstaltninger her kan nævnes uddeling af sprøjter, kanyler, kogekar, destilleret vand og citronsyre, talrige væresteder og herberger for forskellige klientgrupper, opsøgende arbejde med tilbud om brobygning til behandlingssystemet, social- og sundhedsvæsenet, opsøgende sundhedstjeneste for personer med problematisk stof- og/eller alkoholbrug og/eller psykisk lidelse, lavtærskel metadonbehandling, ingen ventelister til behandling, heroinbehandling og, som det nyeste tiltag, stofindtagelsesrum, som etableres i 2012 og 2013.

Både offentlige og private behandlingstilbud står for indsatsen med socialforvaltningen som koordinerende instans. Tilbuddene er helt overvejende offentlig finansieret, primært af Københavns Kommune, men staten bidrager med forskellige puljemidler.

12.3 Aktuelle problemstillinger og udfordringer i København

København har et stort illegalt hashmarked, hvor der ifølge Københavns Kommune skønsmæssigt omsættes for mellem 1 og 2 mia. kr. Københavns Kommune har anmodet regeringen om muligheden for en forsøgsordning med legalisering af cannabis, hvilket er afvist af regeringen.

Anneks

Referenceliste

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

Alkohol- og Narkotikarådet (1983). Alkohol- og narkotikamisbruget i 1982. København: Alkohol- og Narkotikarådet.

Ankestyrelsen (2011). Anbringelsesstatistik, Årsstatistik 2010, oktober 2011.

Anonyme Alkoholikere (1994). København: Anonyme Alkoholikere. Produktion og tryk: DataGraf.

CENAPS (2007). <http://www.cenaps.com>.

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

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

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 (2009). The 2007 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 36 European Countries. CAN og Pompidou Group.

ESPAD (2011 upubliceret). The 2011 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 36 European Countries. CAN og Pompidou Group.

Fridell, M (1996). Institutionella behandlingsformer vid missbruk: Organisation, ideologi och resultat. Borås: Forlaget Natur och Kultur.

Gorski, T (1997). Tilbagefaldsforebyggende rådgivning. En arbejdsbog i håndtering af risikosituationer. Forlaget Sydgaarden.

Hecksher, D. (2007). Når misbrug og afhængighed går over. STOF nr. 8, Center for Rusmiddelforskning.

Houborg E. (2008). Youth, drugs and the welfare state: Constructing the Danish drug treatment system 1965-1972. I: *Drug Policy: Theory, History and Consequences.* Red. VA Frank, B Bjerge, E Houborg. Aarhus : Aarhus Universitetsforlag, 181-208.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011). Lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Järvinen M., Demant J., Østergaard J. (2010). Stoffer og natteliv. Hans Reitzels Forlag.

Kriminalforsorgen (2012). Statistik 2011. Direktoratet for Kriminalforsorgen, juli 2012.

Københavns Kommune (2011a). Misbrugsplan – Københavns Kommune 2011-2014. Mødemateriale, Socialudvalget 4. maj 2011.

Københavns Kommune (2011b). Vesterbroplanen. Mødemateriale, Socialudvalget 7. september 2011.

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.
- Lauritzen, H., Boje-Kovacs, B., Benjaminsen, L. (2011). Hjemløshed i Danmark 2011. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, december 2011
- 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.
- Lindholst C, Johannsen M, Breum Müller I, Reitzel L, Rollmann D, Worm-Leonhard M, Lindal L, Kastorp G, Nielsen B (2011). Narkotika på gadeplan 2010. Rapport til Sundhedsstyrelsen, maj 2011.
- Lindholst C, Johannsen M, Breum Müller I, Reitzel L, Rollmann D, Worm-Leonhard M, Nielsen B (2012). Narkotika på gadeplan 2011. Rapport til Sundhedsstyrelsen, maj 2012.
- Lægemedelstyrelsen (2009a). Vejledning nr. 32 af 15. maj 2009 om behandlingssteder for stofmisbrugeres bestilling m.v. af diacetylmorfin (heroin), samt virksomheders indførsel og udlevering heraf.
- Lægemedelstyrelsen (2009b). Bekendtgørelse nr. 366 af 11. maj 2009 om virksomheders udlevering af diacetylmorfin til behandlingssteder for stofmisbrugere.
- 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.

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

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

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

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

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

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

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

Mølholm-Hansen, L (1999). Hjulsøgaard: En evaluering af den stoffri behandling på Hjulsøgaard. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen MU, Hesse M & Bloomfield K (2011). Abstinence-orientated residential rehabilitation of opioid users in Denmark: Do changes in national treatment policies affect treatment outcome? *Scandinavian Journal of Public Health*, 39: 582–589.

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

Pedersen, M.U. (2007). Professional Expertise Versus Market Mechanisms: The Treatment Guarantee, Freedom of Choice, Privatization and Evidence Based Practice. *NAD-Publication*, nr. 50: 315-338.

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 (2012). Narkotikastatistik 2011. Rigspolitiet, NEC (Nationalt Efterforskningsstøttecenter), København.

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

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

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

Sundhedsstyrelsen (2009a). 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 (2009b). Tackling – Sundhed, selvværd, samvær. Sundhedsstyrelsen & Alinea.

Sundhedsstyrelsen (2009c). Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen. Sundhedsstyrelsen, september 2009.

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

Sundhedsstyrelsen (2010a). Sundhed på tværs. Sundhedsstyrelsen 2010.

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

Sundhedsstyrelsen (2010c). Vejledning nr. 9083 af 1. januar 2010 om ordination af injicerbar heroin ved opioidafhængighed.

Sundhedsstyrelsen (2011a). Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, maj 2011.

Sundhedsstyrelsen (2011b). Social ulighed i Sundhed – hvad kan kommunen gøre? Sundhedsstyrelsen, december 2011.

Sundhedsstyrelsen (2011c). Sæt rammer for alkohol, tobak og stoffer. Sundhedsstyrelsen, september 2011.

Sundhedsstyrelsen (2011d). Hjælp din teenager med at skabe rammer for alkohol, tobak og stoffer. Sundhedsstyrelsen, september 2011.

Sundhedsstyrelsen (2011e). Politik for rusmidler og rygning. Sundhedsstyrelsen, september 2011.

Sundhedsstyrelsen (2011f). Roskilde Festival Against Drugs og Unge og Alkohol. Evaluering af indsatsen 2011. Sundhedsstyrelsen, november 2011.

Sundhedsstyrelsen (2011g). Narkotikasituationen i Danmark 2011. Sundhedsstyrelsen, november 2011.

Sundhedsstyrelsen (2011h). Dit barns festkultur. Sundhedsstyrelsen, september 2011.

Sundhedsstyrelsen (2012a). Forebyggelsespakke – alkohol. Sundhedsstyrelsen, juni 2012.

Sundhedsstyrelsen (2012c). Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere. Sundhedsstyrelsen, februar 2012.

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, september 2006.

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

Vandevælde S, Broekaert E, Yates R & Kooyman M. (2004). The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the 'democratic' Maxwell Jones TC and the hierarchical concept-based TC in prison. *The International Journal of Social Psychiatry*. 50(1):66-79.

Winsløv, JH (1986). Narreskibet. København: Forlaget Socpol.

Hjemmesider

Center for Unge og Misbrug, Socialforvaltningen, Københavns Kommune
www.ungrus.dk

Socialstyrelsen www.stofmisbrugsdatabasen.dk

Sundhedsstyrelsen www.sst.dk

Videncenter om unges misbrug (forankret i Servicestyrelsen) www.unges-misbrug.dk

Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn www.familieambulatoriet.dk

De anvendte undersøgelser

”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.

”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 dobbeltsprogligt på dansk og somali. Udover spørgeskemaundersøgelsen er der gennemført enkelte telefoninterviews med fagfolk, der har beskæftiget sig med somaliere samt med repræsentanter fra det dansk-somaliske miljø. Hensigten med dette har været at få uddybet nogle af de problematikker og temaer, som resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen pegede på.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rapporten tog udgangspunkt i den danske del af ESPAD 1999 (Se ovenfor). I rapporten var stikprøven udvidet i forhold til ESPAD 1999, så den omfattede elever i

9.klasse. Således blev medtaget foruden de 15-16-årige også de 14- og 17-årige, som går i 9. klasse. Dette udvidede antallet af deltagende elever til 1750.

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

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

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

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

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

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

Der er opnået interviews med 16.690 personer – en samlet besvarelsesprocent på 74,2 %. Det selvadministrerede spørgeskema blev besvaret af 63,4 % af de udtrukne svarpersoner.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

The 2011 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 36 European Countries” CAN og Pompidou Group (upubliceret)

I 2011 blev undersøgelsen fra 1995, 1999, 2003 og 2007 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 2772 niende-classes elever i Danmark. I de skoleklasser, der indgik i undersøgelsen, deltog praktisk taget alle de elever, der var i skole den pågældende dag. I gennemsnit er det ca. 90 % af eleverne, der er i skole på en

tilfældig dag. Der var en del skoler (ca. 50 %), hvor skolebestyrelse og skoleinspektører ikke ønskede at skolen deltog i undersøgelsen. Begrundelsen var ofte, at der i 9- klasse allerede var brugt undervisningstid på at deltage i andre undersøgelser som f.eks. PISA-undersøgelsen.

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

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

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

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

“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 %.

“Youth, Drugs and Alcohol (YODA)” (Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd)

YODA-projektet (“Stoffer i nattelivet”), dækker over en række forskellige datakilder, såvel kvalitative som kvantitative:

- En stor kvantitativ undersøgelse gennemført i 2008. Denne dækker over dels en tværsnitsundersøgelse (en spørgeskemaundersøgelse blandt 3000 danske unge i alderen 17-19 år, udtrukket fra CPR-registret) og dels en panelundersøgelse (en spørgeskemaundersøgelse blandt 2000 unge født i 1989, også udtrukket fra CPR-registret). De unge i panelundersøgelsen har i 2005, da de var 15-16 år, besvaret et stort spørgeskema om alkohol og fester, og deres besvarelser i 2008

giver således mulighed for at følge dem over tid.

- En fokusgruppeundersøgelse blandt typiske danske unge gennemført i foråret og sommeren 2008. Denne undersøgelse havde til formål at belyse disse unges holdninger til og viden om stoffer.
- En natklubundersøgelse, der blev gennemført i efteråret og vinteren 2008-2009. Denne undersøgelse havde til formål at belyse udbredelsen af stoffer i nattelivet samt skabe kontakt til unge med bredere stofferfaring end de typiske danske unge i fokusgruppeundersøgelsen ovenfor. Natklubundersøgelsen består både af en kort spørgeskemaundersøgelse gennemført ude på natklubberne, en internet-baseret spørgeskemaundersøgelse, etnografiske observationer fra natklubberne og endelig kvalitative interviews (fokusgruppeinterviews og individuelle interviews) med natklubgæster med stofferfaring. YODA-projektet er finansieret af Rockwoolfonden og resultaterne er beskrevet i bogen "Stoffer og natteliv" (Järvinen 2010).

Tabeloversigt

Tabel 2.2.1. 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 2.2.2. 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 2.2.3. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af de forskellige illegale stoffer i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.2.3.1. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2010.

Tabel 2.2.4. 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 2.2.5. 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 2.2.6. 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 2.2.7. 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 2.2.8. 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 2.2.9. 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 2.2.10. 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 2.2.11. 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 2.3.1. Den procentvise andel blandt de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999, 2002, 2003, 2007 og 2011.

Tabel 4.2.1. Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark, 1996-2009.

Tabel 5.3.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2011.

Tabel 5.3.2. Klienter indskrevet i behandling i året, som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere 2005-2011.

Tabel 5.3.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2011 med kendt hovedstof.

Tabel 5.3.4. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling i halvårene 2005-2011.

Tabel 6.2.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt i pågældende år.

Tabel 6.2.2. Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt i pågældende år.

Tabel 6.3.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer i pågældende år.

Tabel 6.3.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i 2011 fordelt på forskellige aldersgrupper.

Tabel 6.3.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper i de pågældende år.

Tabel 6.3.4. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler i pågældende år.

Tabel 6.3.5. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler i pågældende år.

Tabel 6.4.1. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Fordeling efter køn.

Tabel 6.4.2. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Baseret på Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald. Fordeling efter køn.

Tabel 6.4.3. Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år grupperet efter den formodede væsentligste dødsårsag.

Tabel 6.4.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne i pågældende år.

Tabel 9.2.1. Narkotikakriminalitet i pågældende. Anmeldelser med sigtelser og antal sigtede personer.

Tabel 9.4.1. Indsattes forbrug af rusmidler 30 dage forud for indsættelsen.

Tabel 9.4.2. Rusmidler indtaget 30 dage før indsættelsen. Antal samt andel af indsatte med et rusmiddelforbrug.

Tabel 9.5.1. Antal påbegyndte stofbehandlinger i 2011.

Tabel 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser i pågældende år.

Tabel 10.4.1. Fordeling imellem stof typer på brugerplan i pågældende år.

Tabel 10.4.2. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid i pågældende år.

Tabel 10.4.3. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 2001-2011.

Tabel 10.4.4. Forekomst af tilsætningsstoffer i heroinbase, heroinklorid, kokain og amfetamin i 2011.

Figuroversigt

Tabel 5.3.1. Antallet af stofmisbrugere i behandling, 2002-2011.

Figur 6.3.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 2002-2011.

Figur 6.3.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper fra 2005-2011.

Figur 6.3.3. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 2002-2011.

Figur 6.3.4. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 2002-2011.

Figur 6.4.1. Narkotikarelaterede dødsfald, 1995-2010, Dødsårsagsregisteret.

Figur 6.4.2. Narkotikarelaterede dødsfald, 1988-2011, Rigspolitiet.

Figur 6.4.3. Det gennemsnitlige antal stoffer påvist blandt forgiftningsdødsfald i 2011.

Figur 6.4.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne samt Københavns Kommune.

Figur 9.2.1. Narkotikakriminalitet i pågældende år. Anmeldelser og antal sigtede personer.

Figur 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser, 1996 – 2010.

Figur 11.1. Antal henvisninger til specialiseret døgnbehandling af stofmisbrug, 1996-2011.

Supplerende tabeller

Tabel 2.2.2. 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 2.2.3.1. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 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 2.2.10. 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

	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 2.2.11. 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

	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 6.2.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, i pågældende år

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Antal nypåviste hiv-positive i alt	261	321	289	270	307	264	244	312	292	242	274	265
Antal nypåviste hiv-positive med intravenøst stofmisbrug (% af alle nypåviste)	20 (8%)	31 (10%)	31 (11%)	24 (9%)	13 (4%)	17 (6%)	10 (4%)	21 (7%)	15 (5%)	14 (6%)	14 (5%)	10 (4%)
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde i alt	61	71	45	41	61	45	54	50	40	40	47	58
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnostiserede)	7 (11%)	10 (14%)	4 (9%)	11 (27%)	4 (7%)	4 (9%)	3 (6%)	4 (8%)	7 (18%)	4 (10%)	5 (11%)	5 (9%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2011-data er opgørelsen foretaget i 2. juli 2012

Tabel 6.2.2. Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, i pågældende år.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Antal hepatitis A i alt	81	63	84	71	241	48	42	28	44	45	47	
Antal hepatitis A med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	0	0	0	0	1 (0,4%)	1 (2%)	0	0	0	0	0	1 (8%)
Antal hepatitis B i alt*	64	49	62	36	44	30	20	25	25	23	28	16
Antal hepatitis B med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	20 (32%)	12 (24%)	12 (19%)	7 (19%)	9 (21%)	3 (10%)	1 (5%)	2 (8%)	5 (19%)	3 (13%)	1 (4%)	1 (6%)
Antal hepatitis C i alt*	15	6	5	7	8/378**	2/371	7/398	11/408	6/318	4/292	6/315	7/285
Antal hepatitis C med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	9 (60%)	3 (38%)	1 (50%)	2 (29%)	3/285 (37% / 75%)	0/253 (0% / 68%)	6/279 (86% / 70%)	5/292 (45% / 72%)	1/216 (16% / 68%)	0/211 (0% / 72%)	3/230 (50% / 73%)	2/195 (29% / 68%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2011-data er opgørelsen foretaget i juni 2012

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

** Akutte/kroniske hepatitis C tilfælde

Tablet 6.3.1 Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer i pågældende år

	Kode*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ²⁵
Heroin	T40.1	161	173	197	159	160	151	166	163	195	126
Andre opioider	T40.2 +T40.2A +T40.2B	47	50	119	112	130	139	169	240	279	336
Metadon	T40.3	38	25	50	53	32	44	57	74	89	102
Opioider	F11.0	52	60	49	65	48	60	72	63	73	92
Opioider i alt		298	308	415	389	370	394	464	540	636	656
Designerdrugs (excl. ecstasy)	T40.6A + T43.8A	21	12	15	3	6	10	40	37	61	64
Ecstasy	T40.6B +T43.6B	60	82	72	72	89	86	72	52	46	45
Amfetamin	T43.0A + T43.6A	43	54	68	73	83	171	158	208	286	292
Kokain	T40.5 +F14.0	65	75	69	105	100	129	119	139	156	148
Andre centralstimulerende stoffer	F15.0	46	51	41	53	41	50	45	35	35	42
Centralstimulerende stoffer i alt		235	274	265	306	319	446	434	471	584	591
Euforiserende svampe	T40.6C +T40.9A	8	3	10	6	13	13	7	12	5	13
LSD	T40.8	2	1	2	7	11	16	27	7	8	14
Hallucinogener	F16.0	5	4	6	11	5	12	8	2	12	5
Hallucinogener i alt		15	8	18	24	29	41	42	21	25	32
Cannabis	T40.7 +F12.0	122	125	74	86	76	97	108	137	128	155
Blandingsmisbrug og uspecificeret**	T40.4 +T40.6 +T40.6W +40.6X +T40.9 +F19.0	645	694	391	400	449	367	449	447	497	446
Intoksikationer og forgiftninger i alt		1315	1409	1163	1205	1243	1345	1497	1616	1870	1880

Kilde: Landspatientregister. Udtæk for året 2011 er foretaget i juni 2012

*Der er indført nye koder i 2004 og 2010. Fra 2004 er indført en række nye underkoder af blandingsmisbrug og uspecificerede forgiftninger. Disse er følgende: T404A, T409A, T409B, T409C, T409D, T409X, T409Z

25 Tallene for 2011 er foreløbige (udtæk fra LPR med skæringsdato august 2011). De endelige tal for 2011 kan derfor ændre sig i senere opgørelser.

Table 6.3.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper i de pågældende år

Aldersgruppe	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
< 20 år	212	272	317	309	295	336	317
20-24 år	238	216	259	292	284	356	348
25-29 år	170	160	177	193	162	248	220
≥ 30 år	527	545	592	703	874	930	995
I alt	1147	1193	1345	1497	1615	1870	1880

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk august 2012

Table 6.3.4. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler i pågældende år

Diagno- se-kode	Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
F11	Opioider	172	156	155	138	123	133	136	166	120	135
F12	Cannabis	364	333	354	312	347	364	388	553	533	643
F13	Sedativa / hypnotika	182	159	143	150	140	154	141	130	112	113
F14	Kokain	36	65	53	42	49	49	56	57	51	39
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	109	99	98	93	87	91	94	95	86	98
F16	Hallucinogener	14	9	17	16	10	10	18	6	11	14
F18	Opløsningsmidler	2	10	5	3	3	4	7	3	1	4
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	726	747	684	668	660	682	696	826	672	714
Personer med hoveddiagnoser i alt		1605	1578	1509	1422	1419	1487	1536	1746	1586	1760

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

Table 6.3.5. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler i pågældende år

Diagno- se-kode	Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
F11	Opioider	208	201	271	280	341	358	492	522	428	451
F12	Cannabis	691	759	873	908	1040	1072	1507	1646	1668	2011
F13	Sedativa / hypnotika	266	307	359	367	385	417	529	554	468	467
F14	Kokain	34	61	66	97	118	163	210	217	214	209
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	56	73	123	120	162	179	235	261	251	270
F16	Hallucinogener	10	2	13	14	8	8	13	14	14	16
F18	Opløsningsmidler	13	12	11	8	18	13	13	24	17	18
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	574	679	728	736	874	995	1176	1396	1239	1458
Personer med bidiagnoser i alt		1747	1844	2074	2102	2430	2632	3418	3718	3445	3927

Kilde: Særligt udtræk fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital, Århus. Tabellen viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten

heldøgn, deldøgn eller ambulante behandling) som følge af brug af stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (bidiagnose) er anvendt som udtrækskriterier. Da en patient kan have flere stofrelaterede bidiagnoser, er "i alt" kategorien ikke en summation.

Tabel 6.4.1. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Fordeling efter køn

År	I alt	Mænd	Kvinder	År	I alt	Mænd	Kvinder
1995	214	149	65	2003	-	-	-
1996	242	177	65	2004	-	-	-
1997	256	189	67	2005	208	162	46
1998	243	174	69	2006	227	167	60
1999	217	157	60	2007*	211	148	63
2000	240	175	65	2008*	211	155	53
2001	221	153	68	2009	222	161	61
2002	-	-	-	2010	204	158	46

Kilde: Dødsårsagsregisteret, august, 2011

*Tallene for 2007, 2008 og 2009 er forhøjet med hhv. 2,4 pct. og 2,8 og 3,4 pct i forhold til det indberettede antal dødsattester for at kunne sammenligne med tidligere år.

Tabel 6.4.2. 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	1997	275	225	50
1982	134	107	27	1998	250	210	40
1983	139	110	29	1999	239	201	38
1984	158	125	33	2000	247	197	50
1985	150	116	34	2001	258	211	47
1986	109	88	21	2002	252	216	36
1987	140	116	24	2003	245	197	48
1988	135	107	28	2004	275	211	63
1989	123	99	24	2005	275	234	41
1990	115	91	24	2006	266*	218	46
1991	188	153	35	2007	260**	207	50
1992	208	162	46	2008	239*	186	51
1993	210	166	44	2009	276	217	59
1994	271	227	44	2010***	276	237	39
1995	274	226	48	2011	285	232	53
1996	266	220	46				

Kilde: Rigspolitiet, 2012

*Køn uoplyst for 2 personer

**Køn uoplyst for 3 personer

***Justeret for det totale antal dødsfald

Tabel 6.4.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne i pågældende år

	2007	2008	2009	2010	2011
Nordjylland	36	35	33	31	28
Midtjylland	52	47	53	58	56
Syddanmark	71	68	79	78	91
Hovedstaden	68	59	86	70	69
Sjælland	29	24	21	31	33
Kbh.Kommune*	41	31	51	38	32

Kilde: Rigspolitiet 2012

* Antallet i Københavns Kommune er også inkluderet i tal for regionen Hovedstaden

Tabel 9.2.1. Narkotikakriminalitet i pågældende år. Anmeldelser med sigtelser og antal sigtede personer

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anmeldelser med sigtelse	12.902	12.851	14.272	16.390	19.037	19.900	18.506	18.692	17.403	17.825	21.211
Sigtede personer	9.858	10.021	11.160	12.313	14.204	15.060	13.294	14.093	13.354	13.749	16.065

Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2012

Tabel 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser i pågældende år

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Heroin														
Kg	55,1	96,0	32,1	25,1	62,5	16,3	37,5	27,0	28,9	48,1	43,9	22,4	39,4	36,6
Antal beslag	2.199	1.230	1.499	1.304	966	894	1041	1064	927	1.016	906	648	699	488
Kokain														
Kg	44,1	24,2	35,9	25,6	14,2	104,0	32,3	57,0	76,2	91,8	56,1	72,4	54,16	42,9
Antal beslag	885	744	780	815	881	1.095	1.207	1.615	1.901	2.098	1.858	1.365	1.589	1.777
Amfetamin														
Kg	25,2	31,6	57,1	160,6	34,9	65,9	63,0	195,0	79,4	70,4	119,8	103,8	193,9	240,3
Antal beslag	1.609	1.250	1.152	954	1.134	1.264	1.388	1.573	2.022	2.215	1.543	1.260	1.764	1.757
Ecstasy														
Stk.	27.039	26.117	21.608	150.080	25.738	62.475	38.096	44.195	22.712	82.390	17.631	53.929	45.360	16.042
Antal beslag	143	197	444	331	340	322	1388	461	540	452	251	200	200	209
Lsd														
Doser	105	83	1.108	156	38	22	483	1201	521	47	482	468	159	1.003
Antal beslag	24	15	18	29	8	7	13	12	8	13	21	18	16	20
Hash														
Kg	1.572	14.021	2.914	1.763	2.635	3.829	1.758	1.406	1.035	877	2.914	1.220	2.318	2.326
Antal Beslag	5.904	4.569	5.561	5.788	5.234	5.942	7.313	10.292	10.962	9.301	8.365	7.430	7.689	8.499

Kilde: Rigspolitiets Narkotikastatistik 2012

Tabel 10.4.1. Fordeling imellem stof typer på brugerplan i pågældende år

År	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	2010 n=204	2011 n=204
Heroin	45%	40%	39%	33%	34%	33%	30%	27%	28%	21%	21%
Amfetamin	22%	24%	20%	29%	23%	34%	30%	31%	29%	33%	27%
Kokain	22%	30%	32%	34%	36%	30%	34%	35%	37%	37%	43%
Ecstasy**	9%	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Metamfetamin ***	-	-	4%	1%	5%	1%	2%	3%	3%	1%	2%
Andet euforiserende/ stof- blandinger	1%	3%	4%	3%	1%	2%	2%	3%	3%	5%	5%
Ikke euforiserende	1%	2%	1%	-	2%	1%	2%	2%	1%	3%	1%
I alt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Kaa et al. 2000 til 2005; Lindholst et al fra 2005 til 2012

** Ecstasy blev ekskluderet fra "Gadeplanprojektet" fra 2003 og overvåges nu selvstændigt.

***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 10.4.2. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid i pågældende år

	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	2010 n=42	2011 n=43
Heroinbase	77%	76%	84%	77%	76%	65%	72%	77%	69%	64%	58%
Heroinklorid	23%	24%	16%	23%	24%	35%	28%	23%	31%	36%	42%

Kilde: Lindholst et al 2012

www.sst.dk