

FOCAL  
POINT

NARKOTIKASITUATIONEN I DANMARK

2014

## Narkotikasituationen i Danmark 2014

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

© Sundhedsstyrelsen, 2014.  
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

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

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1,0

Versionsdato: 11.12.2014

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, 11. december 2014

Grafisk opsætning: Bording A/S

ISBN, elektronisk: 978-87-7104-057-9

 Sundhedsstyrelsen

## Forord

Denne årsrapport om narkotikasituationen i Danmark er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, det danske "Focal Point". Rapporten er udarbejdet i efteråret 2014 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 retningslinjer.

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, skadereduktion 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. Specialkonsulent Maria Koch Aabel i Sundhedsstyrelsen, har udarbejdet kapitlet om forebyggelse, mens afdelingslæge Helle L. Johansen har udarbejdet kapitlet om de sundhedsfaglige indsatser. Øvrige dele i rapporten er udarbejdet ved hjælp af bidrag fra forskellige enheder i Sundhedsstyrelsen og ved Statens Seruminstitut, ikke mindst ved specialkonsulent Claudia Ranneries. Herudover er der bidrag fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, 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 tidligere sagkyndige rådgiver på stofmisbrugsområdet Peter Ege, lektor Mads Uffe Petersen, Leder SSP og forebyggelse Steen Møller Bach. Opsætning og korrektur er foretaget af Jette Abildskov Hansen, Sundhedsstyrelsen.

December 2014

Else Smith  
Direktør

# Indhold

<b>Sammenfatning</b>	<b>6</b>
<b>1 National narkotikapolitik</b>	<b>10</b>
1.1 Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol	11
1.2 Økonomi og finansieringsordninger	12
<b>2 Stofbrug i befolkningen og blandt særlige grupper</b>	<b>14</b>
2.1 Indledning	14
2.2 Forbruget af illegale rusmidler	14
2.3 Forbruget af illegale stoffer blandt de helt unge	19
2.4 Stofbrug i særlige miljøer og blandt særlige grupper	20
<b>3 Forebyggelse</b>	<b>22</b>
3.1 Indledning	22
3.2 Strukturelle forhold	24
3.3 Universel forebyggelse	24
3.4 Selektiv og indikeret forebyggelse	27
3.5 Nationale og lokale mediekampanjer	29
<b>4 Omfanget af stofmisbrug</b>	<b>32</b>
4.1 Indledning	32
4.2 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark	32
4.3 Omfanget af injektionsmisbrug	33
4.4 Omfanget af personer med et misbrug blandt hjemløse	34
<b>5 Stofbehandling – efterspørgsel og tilgængelighed</b>	<b>35</b>
5.1 Indledning	35
5.2 Behandlingssystemet – strategi, politik og organisering	36
5.3 Stofmisbrugere i behandling	38
5.4 Tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen	45
5.5 Forskning i behandlingen af stofmisbrugere	51
<b>6 Sundhedsrelaterede konsekvenser som følge af problematisk stofmisbrug</b>	<b>53</b>
6.1 Indledning	53
6.2 Stofrelaterede infektiøse sygdomme	53
6.3 Andre stofrelaterede helbredsproblemer	55
6.4 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere	59

<b>7</b>	<b>Sundhedsfaglige og skadereducerende indsatser</b>	<b>66</b>
7.1	Indledning	66
7.2	Forebyggelse af forgiftninger og narkotikarelaterede dødsfald	66
7.3	Forebyggelse og behandling af stofrelaterede infektionssygdomme	71
7.4	Andre indsatser til at reducere sygelighed blandt stofbrugere	73
<b>8</b>	<b>Sociale sammenhænge og social integration</b>	<b>75</b>
8.1	Indledning	75
8.2	Social integration	76
<b>9</b>	<b>Narkotikakriminalitet og interventioner i fængsler og arresthuse</b>	<b>81</b>
9.1	Indledning	81
9.2	Narkotikakriminalitet	81
9.3	Fængselspopulationen og strategi i Kriminalforsorgen	83
9.4	Stofmisbrug blandt fængselspopulationen	85
9.5	Behandlings- og forebyggelsesindsatser målrettet stofmisbrugere	86
9.6	Reintegration af stofmisbrugere efter løsladelse	88
<b>10</b>	<b>Narkotikamarkedet</b>	<b>89</b>
10.1	Indledning	89
10.2	Tilgængelighed og efterspørgsel	89
10.3	Beslaglæggelser	90
10.4	Renhed, koncentrationer og priser	91
	<b>Anneks</b>	<b>95</b>
	Referenceliste	95
	Hjemmesider	100
	De anvendte befolkningsundersøgelser	101
	Tabeloversigt	106
	Figuroversigt	109
	Supplerende tabeller	110

## Sammenfatning

### Den aktuelle narkotikasituation i Danmark

Sammenlignet med i 2000, bekræfter den seneste befolkningsundersøgelse fra 2013 en stadig mindre udbredelse af de illegale stoffer såsom amfetamin, kokain og ecstasy i befolkningen – også blandt de unge, hvor udbredelsen er størst. Mens 8 % af de unge under 25 år i 2000 angav at have et aktuelt forbrug af de illegale stoffer foruden hash, gjaldt dette for 4 % i 2013 – altså en halvering. Denne positive udvikling gælder ikke for hash, hvor udbredelsen var nogenlunde stabil fra 2000 til 2010, men som fra 2010 til 2013, er steget en smule. 19 % af de unge under 25 år angav at have et aktuelt brug af hash i 2010, mens dette var steget til 24 % i 2013.

Ser man på stofferne enkeltvis, synes brugen af kokain at være på samme niveau som i 2010, hvilket er særlig 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 2013).

Den positive faldende tendens i det eksperimenterende brug af illegale stoffer ses også blandt de helt unge. Resultater fra den seneste internationale skoleundersøgelse, ESPAD 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 2013 med 2194 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 stofrelaterede diagnoser blandt patienter, der indlægges, optræder stadig hyppigere i disse år. Dog er udviklingen i antallet af sådanne indlæggelser i 2013 nogenlunde på samme niveau som i 2012. I 2013 blev der registreret 5.547 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose. Blandingsbrug er dominerende i de psykiatriske indlæggelser med stofrelaterede diagnoser. Når der kun er misbrug af et enkelt stof, er hash dominerende. Antallet af personer, der indlægges til psykiatrisk behandling med en stofrelateret bidiagnose, og hvor der er tale om hashmisbrug, var godt 2000 i 2013, og antallet er mere end tredoblet over de seneste 10 år. Der er væsentlig færre indlæggelser, hvor fx kokainmisbrug optræder som en bidiagnose (203 personer i 2013), men også her ses en stigning over en årrække, om end der er tale om en stabil tendens fra 2008 og frem. Stigningen i de registrerede indlæggelser med stofrelaterede diagnoser kan være udtryk for såvel en reel stigning som en forbedret registrering.

Blandt andre sundhedsmæssige konsekvenser af stofmisbrug skal nævnes den forhøjede dødelighed. Stofmisbrugere har generelt en stærkt forhøjet dødelighed i forhold

til gennemsnitsbefolkningen, når der tages højde for aldersfordelingen. Den forhøjede dødelighed skyldes især forgiftninger, men også i stigende grad somatiske sygdomme, herunder hiv og hepatitis. Ifølge Rigspolitiets opgørelse over narkotikarelaterede dødsfald blev der registreret 213 narkotikarelaterede dødsfald i 2013. Dette er på samme niveau som i 2012. Niveaue i 2012 og 2013 er væsentligt lavere end tidligere år. Til sammenligning, var der i både 2009 og 2010 registreret 275 narkotikarelaterede dødsfald årligt, mens antallet toppede i 2011 med 285 dødsfald.

Antallet af de narkotikarelaterede dødsfald på landsplan er således faldet markant fra 2011. Det markante fald fra 285 dødsfald i 2011 til 210 dødsfald i 2012 skyldes især et fald i Region Syddanmark. Faldet er særlig markant, fordi dødeligheden var særlig høj i årene 2009 – 2011 i denne region. Fra 2012 til 2013 fortsætter faldet i Region Syddanmark, hvorimod der ses flere dødsfald i 2013 sammenlignet med i 2012 både i Region Midtjylland og i Region Hovedstaden. I de øvrige Regioner er niveauet nogenlunde det samme i 2012 og 2013. Ser man på udviklingen af de narkotikarelaterede dødsfald fra 2012 til 2013 i de største kommuner i Danmark, er det alene i København og Aarhus, at antal dødsfald stiger fra 2012 til 2013. I Odense, Esbjerg og Ålborg fortsætter antallet af dødsfald med at falde i perioden. Opgørelserne er baseret på den bopælskommune, stofmisbrugeren var registreret i på dødstidspunktet, og ikke hvor dødsfaldet fandt sted.

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. De seneste opgjorte tal fra 2011 viser, at knap 16.200 er 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 ud af 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. Ud over det stigende brug af de illegale stoffer op igennem 90'erne må det antages, at den øgede behandlingsskapacitet, behandlingssgarantien samt de bedre og mere målrettede behandlingstilbud har medvirket til den dokumenterede stigning i tilgangen til stofmisbrugsbehandlingen.

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.

### **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.

Sundhedsstyrelsen har i 2013 udarbejdet en forebyggelsespakke om stoffer i lighed med foregående forebyggelsespakker om blandt andet alkohol og tobak. Formålet med forebyggelsespakken om stoffer er at understøtte kommunernes arbejde med at forebygge debut af brug af stoffer blandt alle unge samt opspore og forebygge fortsat brug af stoffer blandt unge i risiko for at udvikle et regelmæssigt stofbrug. Det er unge under 25 år, der er den primære målgruppe for indsatsen. Forebyggelsespakken giver konkrete anbefalinger til hvilke indsatser, kommunerne bør prioritere.

Satspulje-projektet ”Unge, alkohol og stoffer”, inkluderer både selektive og universelle forebyggelsesindsatser på ungdomsuddannelserne. Projektet kører i 6 modelkommuner, og administreres af Sundhedsstyrelsen. Modelkommunerne og ungdomsuddannelserne, som har indgået et forpligtende samarbejde, udarbejder rusmiddelpolitikker og udvikler og implementerer metoder til tidlig opsporing og rådgivning af unge med et problematisk brug af rusmidler.

I projektet ”Udgående indsatser til unge med rusmiddelproblemer” afprøves en hashgruppe-model for gruppetilbud til unge med rusmiddelproblemer på erhvervs- og produktionsskoler i seks udvalgte kommuner. Socialstyrelsen administrerer projektet der er inspireret af Københavns Kommunes tilbud under U-turn. Målgruppen for indsatsen er unge under 25 år som går på erhvervsskoler og produktionsskoler og har et problematisk forbrug eller et ikke-behandlingskrævende misbrug af primært hash. Målet med projektet er blandt andet at øge de unges forudsætninger for at gennemføre en ungdomsuddannelse.

Sundhedsstyrelsens rusmiddelforebyggende arbejde har også fortsat fokus på festmiljøer som risikoarena. Eksempler herpå er projekter om ”Ansvarlig udskænkning” samt mediekampagnerne på udvalgte risikoarenaer. I samarbejde med interesseorganisationen Dansk Live kører Sundhedsstyrelsen holdningsmarkerende kampagner på festivaler og spillesteder – de såkaldte *Music Against Drugs kampagner* og *Mindre druk – Mere fest kampagner*.

I forbindelse med de senere års satspuljeaftaler er der taget en række behandlingsmæssige samt skadereducerende initiativer. For at kvalificere stofbehandling, udarbejdede Sundhedsstyrelsen i slutningen af 2012 en vejledning til sundhedspersonalet om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger, samt en vejledning om behandling af misbrug af kokain- og andre centralstimulerende stoffer. Der er herudover afsat særlige



midler til, at lægemidlet naloxone er tilgængeligt som brugeradministreret modgift i København, Aarhus, Odense og Glostrup, lige såvel som der er skabt lovgrundlag for at oprette og drive kommunale stofindtagelsesrum, som har været i drift i København siden efteråret 2012, Odense siden foråret 2013 og i Aarhus siden efteråret 2013. Vedrørende sidstnævnte, er de foreløbige erfaringer fra København beskrevet i kapitel 7 i foreliggende rapport.

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

Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet overvåger misbrugsstoffer på det illegale marked i samarbejde med SKAT og de tre retskemiske institutter i Danmark. Via denne overvågning dukker der løbende en række nye misbrugsstoffer op i Danmark, som enten som følge af gruppevis forbud eller indstilling fra Sundhedsstyrelsen, allerede er, eller bliver undergivet kontrol efter lovgivningen om euforiserende stoffer.

Siden udgivelsen af sidste narkotikaårsrapport er følgende stoffer, efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, undergivet kontrol: Fra 28. oktober 2013 må stofferne 5F-Apinaca og 5F-PB-22 kun anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Fra 30. maj 2014, må stofferne 4,4'-DMAR, MDAI, 5-MeO-DALT, MPA, N-Methyl-2-AI, SDB-001 og STS-135 kun anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed.

Som følge af, at Danmark med virkning fra 1. juli 2012 supplerede systemet med enkeltvis forbud med forbud mod hele grupper af ensartede stoffer (generisk system), er en række nye stoffer dukket op i Danmark, som allerede er omfattet af forbud. Den 28. oktober 2013, blev den såkaldte phenethylamingruppe udvidet, og flere stoffer i denne gruppe, må herefter kun anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed.

# 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.

Regeringen har på stofmisbrugsområdet fastsat klare målsætninger om, at der i 2020 er sket mærkbare ændringer med hensyn til effekten af stofmisbrugsbehandlingen og antallet af narkotikarelaterede dødsfald. I 2020 skal mindst halvdelen af de stofmisbrugere, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug, være enten stoffri eller opleve reduktion i stofmisbruget, og frem mod 2020 skal antallet af narkotikarelaterede dødsfald reduceres og fastholdes på et niveau på højst 200.

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 opgaver 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. Statens Serum Institut er ansvarlig for dataindsamling fra de forskellige narkotikaregistre og foretager sammen med Sundhedsstyrelsen en løbende kvalificering af disse. Sundhedsstyrelsen fungerer desuden 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 til International Narcotics Control Board (INCB) i henhold til FN's narkotikakonventioner af 1961 og 1971 om henholdsvis narkotiske og psykotropiske stoffer.

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold er ansvarlig for de statslige opgaver vedrørende den sociale stofmisbrugsbehandling og den øvrige sociale støtte.

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.

## 1.1 Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol

Der er i 2014 vedtaget følgende love på narkotikaområdet:

- Lov nr. 457 af 14. maj 2014 om ændring af færdselsloven. Med loven blev reglerne for generhvervelse på baggrund af en frakendelse af førerretten som følge af narkokørsel ændret således, at generhvervelse fremover betinges af gennemførelse af et kursus om bl.a. kørsel under påvirkning af bevidsthedspåvirkende stoffer mv. (et såkaldt ANT- kursus). Ændringen af færdselsloven medførte endvidere den 1. juli 2014 en udvidelse af muligheden for efter færdselsloven at konfiskere køretøjet i sager, hvor der køres under påvirkning af bevidstheds-

påvirkende stoffer, ligesom der ved lovændringen er givet politiet hjemmel til at fratage en person kørekortet på stedet (straksfratagelse) i tilfælde, hvor der er mistanke om, at den pågældende har kørt narkokørsel, og samtidig risiko for, at den pågældende umiddelbart herefter vil gøre det igen.

Der er i 2014 vedtaget følgende ændring i bekendtgørelser:

- Ændring af Bekendtgørelse nr. 430 om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service. Ændringen er trådt i kraft den 7. maj 2014, og kvalitetsstandarderne skal være udarbejdet af kommunalbestyrelsen senest den 8. september 2014. Med ændringen skal kommunalbestyrelsen i kvalitetsstandard for kommunens tilbud om social behandling for stofmisbrug efter § 101 i lov om social service beskrive, hvordan der sikres opfølgning på borgerens behandlingsplan, ligesom der stilles krav til kommunalbestyrelsen om at opstille måltal for:
  - Andelen af stofmisbrugere, der efter afsluttet behandling er stoffri, samt andelen af stofmisbrugere, der efter afsluttet behandling har reduceret deres stofmisbrug.
  - Andelen af stofmisbrugere i behandling, der efter afsluttet behandling vender tilbage til stofmisbrugsbehandling inden for 12 måneder.

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

- Med bekendtgørelse nr. 1222 af 28. oktober 2013 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, dels at stofferne 5F-Apinaca og 5F-PB-22 kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed, dels at phenethylamin-stofgruppen, som også kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed, udvides. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 28. oktober 2013.
- Med bekendtgørelse nr. 538 af 27. maj 2014 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne 4,4'-DMAR, MDAI, 5-MeO-DALT, MPA, N-Methyl-2-AI, SDB-001 og STS-135 kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 30. maj 2014.

## 1.2 Økonomi og finansieringsordninger

I forlængelse af de satspuljeaftaler, hvormed der tidligere er afsat midler til styrkelse af indsatsen på narkotikaområdet, jf. beskrivelsen i årsrapporten for 2013, blev regeringen og et bredt flertal i Folketinget i oktober 2013 med satspuljeaftalen for 2014 enige om at prioritere behandlingsindsatsen på stofmisbrugsområdet gennem en forbedring af indsatsen for de personer, som ønsker at komme i behandling. Der var enighed om fra og med 2015 at indføre en ret til en lægesamtale senest tre dage efter, at en person har henvendt sig til kommunen om at komme i behandling, en ret til at få iværksat en lægefaglig stofmisbrugsbehandling senest 14 dage efter henvendelsen og en ret til frit valg af behandlingssted. Endvidere blev der med satspuljeaftalen for 2014, på baggrund af erfaringerne fra det satspuljefinansierede forsøgsprojekt ”Projekt Anonym Stofmisbrugsbehandling”, afsat penge til etablering af anonym stofmisbrugsbehand-

ling. Der var enighed om, at kommunalbestyrelsen får pligt til at tilbyde anonym behandling til personer, der har et behandlingskrævende stofmisbrug som det primære sociale problem. Målgruppen for forslaget er stofmisbrugere, der ud over deres misbrugsproblematik ikke er svært belastet socialt, og som har en relativt tæt tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet.

Øvrige oplysninger om de flerårige statslige finanslovbevillinger og andre puljemidler fremgår af tidligere årsrapporter.

Fra Narkopuljen i regi af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold er der i perioden 2013-2018 afsat 103 mio. kr. til en stofmisbrugspakke, som indeholder 10 konkrete initiativer målrettet den sociale stofmisbrugsbehandling. Stofmisbrugspakken skal samlet set bidrage til at løfte kvaliteten af den sociale stofmisbrugsbehandling gennem brug af viden og metoder, der har en dokumenteret effekt for borgerne. Samtidig er formålet at sikre fokus på en helhedsorienteret social indsats og opfølgning på den enkelte borger. Initiativerne i Stofmisbrugspakken vil blive yderligere beskrevet i afsnit 5.4.

Kommunernes udgifter til forebyggelse af narkotikamisbrug og den lægelige stofmisbrugsbehandling kan ikke særskilt udtrages af de kommunale regnskaber og budgetter.

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 2013 var således på 874 mio. kr. (2014-pris- og lønniveau), mens det tilsvarende regnskabstal for 1995 var på 294 mio. kr. (2014-pris- og lønniveau). Udviklingen fra 2012 til 2013 viser et lille fald på 2 procent fra 894 mio. kr. i 2012 (2014-pris- og lønniveau) til 874 mio. kr. i 2013 (2014-pris- og lønniveau).

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 2013 er på 101,3 mio. kr.

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

## 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 ud over ungdomsårene. Undersøgelser der omfatter 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 (MULD). Kun få procent over 40 år har brugt nogen form for stoffer inden for det seneste år. Det er langt hen ad 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 dagligt 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 survey-undersøgelser i befolkningen de senere år viser, at det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer i Danmark ligger på et højt niveau. Fra 2000 til i dag ses dog et fald i udbredelsen af de illegale stoffer, bortset fra hash. Udbredelsen af hash lå på et stabilt niveau fra 2000 til 2010, men der ses en stigning i udbredelsen fra 2010. Resultater fra en ny befolkningsundersøgelse fra 2013 viser, at lidt under halvdelen (46 %) 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 42 % nogensinde eksperimenteret med hash, og 9 % har nogensinde prøvet andre illegale stoffer end hash. Ser man på udbredelsen af stofferne enkeltvis, ses en faldende tendens i det aktuelle brug af de centralstimulerende stoffer, amfetamin og ecstasy, mens brugen af kokain er stabil. Den positive tendens til fald i brugen ses især i aldersgruppen under 25 år.

I 2011 er gennemført en opfølgning på den internationale skoleundersøgelse ESPAD<sup>1</sup> 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 YODA.<sup>2</sup> 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 rusmidler

De resultater, der gengives her, er baseret på landsdækkende befolkningsundersøgelser

---

<sup>1</sup> The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD).

<sup>2</sup> 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.

af det selvrapporterede forbrug af illegale stoffer fra 1994, 2000, 2005, 2008, 2010 og i 2013. Samtlige undersøgelser er foretaget af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. De medtagne analyser af udbredelsen er baseret på aldersgruppen 16-44 år. Blandt personer over 44 år ses kun en meget begrænset udbredelse, hvorfor de over 44-årige ikke er medtaget her.

### Udbredelsen af hash

Resultaterne fra befolkningsundersøgelserne viser stigninger i det eksperimenterende brug af hash frem til 2000, for herefter at ligge nogenlunde stabilt frem til 2010. Fra 2010 til 2013, ses en lille men statistisk signifikant stigning i andelen af personer, der oplyser, at de har brugt hash inden for det seneste år, jf. tabel 2.2.1.

Andelen af 16-44-årige, der angiver, at de har brugt hash inden for den seneste måned, er nogenlunde konstant i perioden 2000 til 2013. Dog ses der også her en tendens til en stigning fra 2010 til 2013. 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 pågældende år.

Brugt hash	1994 (n=2.521)	2000 (n=6.878)	2005 (n=4.440)	2008 (n=2.219)	2010 (n=5.748)	2013 (n=5.013)
Sidste måned	2,4	4,3	4,0	3,5	3,5	4,6
Sidste år (sidste måned medregnet)	7,4	9,8	8,4	9,1	8,9	12,2
Nogensinde (sidste år medregnet)	37,2	42,4	46,1	45,1	41,5	44,2

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD i 2008 og SUSY 2010 og 2013

### Udbredelsen af andre illegale stoffer

For de øvrige illegale stoffer taget under ét ses et stigende eksperimenterende brug blandt de 16-44-årige fra 1994 til 2000 afløst af en stagnation fra 2000 til i dag. Godt 2 % af de 16-44-årige oplyser i 2013 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 pågældende år

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)	2013 (n=4.905)
Sidste måned	0,2	1,2	1,1	1,1	0,9	1,0
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,5	3,4	2,7	3,6	2,4	2,6
Nogensinde	4,4	11,3	13,5	13,4	12,5	13,6

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008, SUSY 2010 og SUSY 2013

Udbredelsen af de forskellige stoffer blandt de 16-44-årige i 2013 fremgår af tabel 2.2.3.1 i annekset.

### Udbredelsen af illegale stoffer blandt de unge voksne

Nedenstående tabeller viser udbredelsen af de illegale stoffer blandt de ”unge voksne”

(voksne under 35 år). Det er i denne aldersgruppe, at udbredelsen af illegale stoffer er størst. 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 pågældende år.**

	1994 (n=1.639)	2000 (n=4.098)	2005 (n=2.502)	2008 (n=1.718)	2010 (n=3.323)	2013 (n=3.073)
<b>Brugt hash</b>						
Sidste måned	2,7	5,7	5,9	4,8	5,1	6,4
Sidste år (sidste måned medregnet)	9,3	13,3	12,5	13,3	13,5	17,6
Nogensinde (sidste år medregnet)	38,0	45,1	49,5	48,0	44,5	45,9

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008, SUSY 2010 og SUSY 2013

**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 pågældende år.**

	1994 (n=1.648)	2000 (n=4.019)	2005 (n=2.470)	2008 (n=1.710)	2010 (n=3.287)	2013 (n=3.011)
<b>Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash</b>						
Sidste måned	0,1	1,8	1,5	1,4	1,3	1,3
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,6	5,0	4,0	4,9	3,4	3,6
Nogensinde	4,2	13,3	16,4	16,0	14,4	14,4

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008, SUSY 2010 og SUSY 2013

Som tabel 2.2.4 viser, har knap halvdelen (46 %) af de unge voksne i 2013 prøvet hash nogensinde, og 18 % har et aktuelt brug – dvs. oplyser at have brugt hash inden for det seneste år. Der er tale om en stigning i udbredelsen af hash sammenlignet med i 2010, hvor 14 % angav et aktuelt forbrug af hash. Hvad angår udbredelsen af andre illegale stoffer end hash, er denne på samme niveau i 2010 og i 2013, hvor 14 % af de unge voksne har prøvet disse, og 4 % har et aktuelt brug (tabel 2.2.5.)

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. Tendensen til stigning i udbredelsen af hash og stagnation i brugen af de andre illegale stoffer ses også blandt de unge under 25 år. I 2013 oplyser 24 % 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 en stigning sammenlignet med i 2010, hvor 19 % angav et aktuelt forbrug. I alt 4 % af de unge under 25 år oplyser i 2013 at have et aktuelt brug af andre illegale stoffer end hash, hvilket er på samme niveau som i 2010.

**Tabel 2.2.6. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i pågældende år.**

	1994 (n=735)	2000 (n=1.728)	2005 (n= 919)	2008 (n=862)	2010 (n=1.643)	2013 (n=1.652)
<b>Brugt hash</b>						
Sidste måned	3,7	7,8	8,2	8,1	7,1	8,5
Sidste år (sidste måned medregnet)	12,9	20,1	20,5	21,3	18,9	23,9
Nogensinde	34,7	41,5	44,2	41,1	38,0	41,5

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008, SUSY 2010 og SUSY 2013



**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 pågældende år.**

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)	2013 (n=1.619)
Sidste måned	0,0	3,0	2,0	2,3	1,7	1,6
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,7	8,0	5,3	8,0	4,3	3,9
Nogensinde	3,0	14,5	14,2	15,2	10,6	9,1

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008, SUSY 2010 og SUSY 2013

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” faldet fra 2000 til 2013, mens det aktuelle brug af kokain er stabilt i perioden. Faldet i det aktuelle forbrug af amfetamin er statistisk signifikant for hele aldersgruppen 16-34 år, mens faldet i brugen af ecstasy er signifikant alene blandt de 16-24-årige. En markant større andel blandt unge mænd end blandt unge kvinder har et aktuelt brug af henholdsvis amfetamin, kokain og ecstasy.

Som noget nyt i undersøgelsen fra 2013, er der medtaget spørgsmål om udbredelsen af ketamin og GHB. I tidligere undersøgelser lå resultater om udbredelsen af disse stoffer under den fælles kategori ”andet”. Som det fremgår af tabel 2.2.10. i annekset, oplyser 0,5 % af de unge under 25 år at have et aktuelt brug af ketamin (brugt inden for sidste år), mens det for GHB næsten ikke er måleligt 0,1 %.

**Tabel 2.2.8. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i pågældende år.**

	SUSY 2000 (n=3.980)			SUSY 2005 (n=2.456)			AiD 2008 (n=1.709)			SUSY 2010 (n=3.260)			SUSY 2013 (n=2.982)		
	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total
<b>16-34 år</b>															
Amfetamin prøvet inden for seneste år	5,3	1,4	3,2	3,4	1,2	2,2	5,3	1,4	3,1	3,6	0,9	2,0	2,2	0,8	1,4
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	3,6	1,3	2,4
Ecstasy prøvet inden for seneste år	1,7	0,8	1,2	1,8	0,2	0,9	1,9	0,6	1,1	1,3	0,4	0,8	1,2	0,3	0,7

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008, SUSY 2010 og SUSY 2013

Tabel 2.2.9. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i pågældende år.

	SUSY 2000 (n=1.684)			SUSY 2005 (n=894)			AiD 2008 (n=857)			SUSY 2010 (n=1.612)			SUSY 2013 (n=1.608)		
	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	Total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total
<b>16-24 år</b>															
Amfetamin prøvet inden for seneste år	9,0	3,1	5,9	6,5	2,4	4,1	9,8	2,1	5,4	4,9	1,2	2,8	2,4	0,9	1,6
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	3,6	1,3	2,3
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	1,6	0,6	1,0

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008, SUSY 2010 og SUSY 2013.

Alt i alt ses således en tendens til fald i brugen af de illegale stoffer fra 2000 til i dag. Det største procentvise fald blandt de 16-24-årige ses i det aktuelle brug af amfetamin (jf. tabel 2.2.10 i annekset). Desuden ses der signifikante fald i det aktuelle brug af ecstasy og psilocybinsvampe i denne periode. Andelen af 16-24-årige, der angiver, at de har et aktuelt brug af kokain, er overordnet set nogenlunde konstant i perioden 2000 til 2013. Udbredelsen af de forskellige illegale stoffer (seneste måned, seneste år og nogensinde) ses af tabel 2.2.11 i annekset.

### Hyppeghed i brugen af de illegale stoffer

I SUSY-undersøgelsen 2013 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 8,5 %, der har brugt hash inden for seneste måned. I alt 82 % af disse har brugt stoffet 1-3 gange. Resten har haft et hyppigere forbrug (9 % anvendte stoffet 4-9 gange, og 9 % mindst 10 gange inden for sidste måned). Vedrørende angivelser af hyppighed for hashbrug er der tale om meget små tal, hvorfor der er stor usikkerhed omkring disse resultater.

### Regionale forskelle i brugen af illegale stoffer

I SUSY 2013 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 10-20 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.

### 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). Den såkaldte MULD undersøgelse 2008 (MULD 2009) viste, 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 den sidste måned. Der 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 blandt 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); HBSC 2002, ESPAD 2003 (2004); ESPAD 2007 (2009), ESPAD 2011 (2012).

\* 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 der 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 undersøgelse om brugen af illegale stoffer i natklubmiljøet i Danmark.

### 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 % af 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, dementeres 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 ”cocktailen” alkohol-kokain repræsenterer den ultimative festtrus 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 baserer sig 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 påvirkes positivt forældres weekend-alkoholbrug med både de unges alkoholindtag og deres erfaringer med de illegale stoffer. Blandt de stofferfarne unge har flere forældre en lavere uddannelse, og omvendt er der blandt de rusorienterede unge flere forældre med en højere uddannelse.

## 3 Forebyggelse

### 3.1 Indledning

En målrettet og vedholdende indsats for at forebygge og sætte tidligt ind over for et begyndende stofbrug 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 ud over at bestå af vidensformidling, også retter sig mod de unges normer og adfærd.

Den danske tilgang til forebyggelse af stofbrug er baseret på, at sundhed påvirkes af andre områder end sundhedsområdet, som fx beskæftigelse, uddannelse, sociale forhold mv. Derfor er det nødvendigt at arbejde tværsektorielt med forebyggelse. 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. Trivsel og mental sundhed er således vigtige temaer i den danske stofforebyggende indsats.

Et af fokuspunkterne i den generelle danske sundhedspolitik er at mindske ulighed i sundhed. I foråret 2013 lancerede den danske regering sundhedsudspillet ”Mere borger, mindre patient”, som blandt andet har fokus på at medvirke til en udjævning af uligheden i danskernes sundhed.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2011 rapporten ”Ulighed i sundhed – årsager og indsatser” (Sundhedsstyrelsen 2011a). Rapporten beskriver 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.

I forlængelse af ovenstående rapport udgav Sundhedsstyrelsen i 2011 publikationen ”Social ulighed i Sundhed – hvad kan kommunen gøre” (Sundhedsstyrelsen 2011b). Publikationen beskriver nødvendigheden af at sætte ind på tværs af ansvars- og opgavefordeling i kommunen. 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.

I 2013 udgav Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen inspirationsmaterialet ”Sundhedstilbud til socialt udsatte borgere” (Sundhedsstyrelsen 2013a). Formålet med materialet er at formidle afprøvede metoder til at fremme socialt udsatte borgeres sundhed, herunder forebyggelse af stofmisbrug.

Herudover har Sundhedsstyrelsen i 2013 udgivet en forebyggelsespakke om stoffer til kommunerne (Sundhedsstyrelsen 2013b). Den er udarbejdet i forlængelse af tidligere forebyggelsespakker om fx alkohol (Sundhedsstyrelsen 2012a), mental sundhed (Sundhedsstyrelsen 2012b) og tobak (Sundhedsstyrelsen 2012c). Forebyggelsespakkerne giver konkrete anbefalinger til hvilke indsatser, kommunerne bør prioritere inden for de forskellige risikofaktorer. Ulighed i sundhed er et gennemgående tema i alle fore-

byggelsespakkerne. De anbefalede indsatser er opdelt i grundlæggende forebyggelsesindsatser, der på kort sigt kan styrke kvaliteten af forebyggelsesarbejdet samt indsatser, der kan videreudvikle forebyggelsesindsatsen i kommunen på længere sigt. Der indgår fire typer af indsatser i forebyggelsespakkerne: Rammesættende indsatser som fx kommunale politikker og handleplaner (universel forebyggelse), informationsindsatser og undervisning (universel forebyggelse), tidlig opsporing samt tilbud som fx rådgivningsforløb mm. (selektiv og indikeret forebyggelse). De anbefalede indsatser bygger på evidens fra systematiske forskningsbaserede oversigter og den aktuelt bedste viden.

Formålet med forebyggelsespakken om stoffer er at understøtte kommunernes arbejde med at forebygge brug af euforiserende stoffer, særligt blandt unge. Pakken fokuserer på at forebygge debut af brug af stoffer blandt alle unge (universel forebyggelse) og opspore og forebygge fortsat brug af stoffer blandt unge i risiko for at udvikle et regelmæssigt stofbrug (selektiv og indikeret forebyggelse). Det er unge under 25 år, der er den primære målgruppe for den forebyggende indsats i forebyggelsespakken. Den sekundære målgruppe er forældre samt professionelle der arbejder med unge. Flere af anbefalingerne i pakken omfatter dog også forebyggelse af stofbrug blandt borgere over 25 år.

Da forebyggelse af stofbrug hænger tæt sammen med forebyggelse af brug af alkohol og tobak samt fremme af mental sundhed og trivsel, skal forebyggelsespakken om stoffer ses i tæt sammenhæng med forebyggelsespakkerne om alkohol, tobak og mental sundhed. Arbejdet med stofforebyggelse i kommunerne understøttes således af, at kommunerne samtidig arbejder med anbefalingerne i de tre andre forebyggelsespakker.

### **Opgavefordeling på det forebyggende område**

På statslig plan er det blandt andet Sundhedsstyrelsens opgave at understøtte kommunernes forebyggelsesindsats med informationsmaterialer og vidensformidling, metodeudviklende projekter (fx via satspuljer) samt gennem konkret rådgivning af kommunerne og andre interessenter. Forebyggelsespakkerne, som er nævnt ovenfor, er et eksempel på denne rådgivning. Derudover er det også Sundhedsstyrelsens opgave at overvåge og udmelde overordnede retningslinjer for kommunernes indsats.

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.

### **Kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats**

For at afdække kommunernes indsats på området, fik Sundhedsstyrelsen i foråret 2013 gennemført en kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats over for stofbrug (KORA 2013). 92 % af kommunerne deltog i undersøgelsen.

Kortlægningen viser blandt andet, at 73 % af kommunerne har fokus på stofforebyggende indsatser som led i en politik/handleplan for forebyggelse, enten som en selvstændig politik/handleplan eller som en del af fx kommunens børne- og unge politik eller sundhedspolitik. Langt de fleste af kommunerne fokuserer deres indsatser på grupper eller areaner.

Endvidere viser kortlægningen, at stofforebyggelsen i kommunerne ofte foregår i det tværsektorielle samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi (SSP). Derudover samarbejder mange kommuner med behandlingsinstitutioner i deres forebyggende arbejde og cirka halvdelen af kommunerne har også et samarbejde med festmiljøet.

Den primære målgruppe for kommunernes forebyggelsesindsats er grundskolen og dernæst børn og unge med risikoadfærd. De fleste aktiviteter foregår derfor i arealer, hvor børn og unge færdes, dvs. grundskolerne, ungdomsuddannelserne og festmiljøet.

Kortlægningen har også vist, at metoderne ”flertalsmisforståelser”, forældreinvolvering, ”bekymringssamtalen” og den motiverende samtale er de metoder, som kommunens forebyggelsesmedarbejdere hyppigst anvender. Det er fx i mødet med den unge, den unges forældre eller i forbindelse med undervisning i grundskolen eller på ungdomsuddannelser. Nogle kommuner oplyser, at de har et tilbud om åben rådgivning til elever og evt. forældre på nogle ungdomsuddannelser.

### 3.2 Strukturelle forhold

I Danmark reguleres brugen af euforiserende stoffer efter bekendtgørelsen om euforiserende stoffer. Forbuddet mod at bruge stofferne til andre end medicinske og videnskabelige formål bidrager væsentligt til narkotikaforebyggelsen, idet forbuddet nedsætter tilgængeligheden, og fordi et forbud sender et signal til de unge og andre potentielle brugere om, at stofferne er farlige og kan medføre skader. Danmark har endvidere tilsluttet sig FN's narkotikakonventioner, som blandt andet regulerer området internationalt.

### 3.3 Universel forebyggelse

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

#### Grundskolen som arena

Grundskolen er en vigtig arena for universel forebyggelse, idet den giver mulighed for kontakt med stort set alle børn og unge samt deres forældre. Folkeskoleloven forpligter grundskolen til at undervise børnene i en række emner, herunder ”Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab”. Herunder ligger undervisning vedr. rusmidler. Det er op til den enkelte kommunalbestyrelse eller skole at beslutte nærmere regler for undervisningen.

Kortlægningen af kommunernes forebyggelsesindsats over for stofbrug viser, at ca. 1/3 af kommunerne har en obligatorisk ”pakke” af forebyggelsesaktiviteter, som alle elever på bestemte klassetrin skal igennem. Resten – dvs. ca. 2/3 af kommunerne – har et eller flere tilbud (fx at en forebyggelseskonsulent kommer ud på skolen og kører et kortere eller længere forløb), som skolerne selv kan vælge imellem.

Derudover har kommunernes forebyggelsesmedarbejdere de fleste steder et formaliseret og udbygget samarbejde med lærerne i grundskolen, som omfatter årlige temadage eller rusmiddelseminarer.



I forebyggelsespakken om stoffer anbefaler Sundhedsstyrelsen følgende universelle forebyggelsesindsatser på grundskoleniveau:

- Systematisk, videns- og dialogbaseret undervisning i grundskolen vedr. brug af stoffer. Målet er at udskyde rusmiddeldebut og forebygge og begrænse brug af rusmidler gennem udvikling af personlige og sociale kompetencer, trivsel og holdningsdannelse. I den forbindelse kan der fx arbejdes med flertalsmisforståelser og social pejling.
- Udarbejdelse af rusmiddelpolitikker og handleplaner for grundskolen med fokus på at forebygge brug af stoffer blandt børn og unge samt medarbejdere på skolen, herunder handleplaner for hvordan mistanke og viden om brug af stoffer håndteres.
- Inddragelse af forældre til elever i grundskolen på forældremøder med henblik på at skabe dialog om rusmidler og forældreaftaler i klasserne.

Som inspiration til handling vedr. undervisning i grundskolen anbefaler Sundhedsstyrelsen fx metoden ”Tackling” (Sundhedsstyrelsen 2009a), der oprindeligt er et amerikansk materiale som efterfølgende er udviklet og afprøvet i en dansk version. Sundhedsstyrelsen beskriver andre elevinvolverende metoder i publikationen ”Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen” (Sundhedsstyrelsen 2009b), nemlig ”Aktive vurderinger” og ”Du bestemmer”.

Sundhedsstyrelsen udgav i efteråret 2011 to materialer: ”Dit barns festkultur” målrettet forældre (Sundhedsstyrelsen 2011f) 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 i den første fokus på udarbejdelse af forældreaftaler med henblik på at udskyde alkoholdebuten blandt de unge og undgå, at de bruger stoffer, mens den anden publikation opridser de vigtigste elementer i en rusmiddelpolitik/-handleplan.

Sundhedsstyrelsen har i 2013 revideret og genoptrykt pjecen ”Stoffer – hvordan virker de, og hvordan ser de ud” (Sundhedsstyrelsen 2013c). Pjecen er et generelt informationsmateriale om en lang række euforiserende stoffer. Den kan også bruges af personale, der arbejder med rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelser og i kommunalt regi.

### **Ungdomsuddannelserne som arena**

Kortlægningen af kommunernes forebyggelsesindsats over for stofbrug viser, at 68 % af kommunerne samarbejder eller er i dialog med ungdomsuddannelserne omkring forebyggelse af stofbrug. Samarbejdet består blandt andet af årlige temadage, møder med kontaktlærere, rådgivning og støtte til udvikling af rusmiddelpolitikker på skolerne samt kompetenceudvikling og sparring med lærere og vejledere (fx metoder til tidlig opsporing, metoden den svære samtale mv.). Kortlægningen viser endvidere, at den stofforebyggende indsats på ungdomsuddannelserne ofte har et bredere fokus på fatholdelse og trivsel.

I forebyggelsespakken om stoffer anbefaler Sundhedsstyrelsen følgende universelle forebyggelsesindsatser på ungdomsuddannelsesinstitutioner:

- At kommunen etablerer et samarbejde med de lokale ungdomsuddannelsesinstitutioner og produktionsskoler for at styrke institutionernes stofforebyggende indsats med rusmiddelpolitikker, handleplaner, trivselsfremme mv. Kommunen faciliterer dialog og erfaringsudveksling mellem ungdomsuddannelsesinstitutionerne i kommunen med henblik på at sikre fælles målsætninger for arbejdet.
- At kommunen etablerer en udgående funktion, der tilbyder undervisning og dialog om brug af rusmidler på ungdomsuddannelser, produktionsskoler mv. Formålet med undervisningen er at udskyde rusmiddeldebut, forebygge og begrænse brug af stoffer, fremme trivsel, personlige og sociale kompetencer, holdningsdannelse og begrænse flertalsmisforståelser.

Til inspiration udgav Sundhedsstyrelsen i 2012 inspirationskataloget ”Sunde erhvervsskoler” til erhvervsskoleledere og -lærere om, hvordan de kan bidrage til at skabe sunde rammer på skolerne og introducere sundhed i undervisningen, herunder i forhold til stoffer (Sundhedsstyrelsen 2012d). Inspirationskataloget indeholder blandt andet konkrete eksempler på, hvordan man gennem undervisning kan give de unge viden om stoffer og inspiration til dialog med de unge.

Endvidere har Sundhedsstyrelsen til inspiration udgivet publikationerne ”Til forældre på ungdomsuddannelsen: hjælp din teenager – med at skabe rammer for alkohol, tobak og stoffer” (Sundhedsstyrelsen 2011d) og ”Til ungdomsuddannelsens lærere og ledelse: Politik for rusmidler og rygning” (Sundhedsstyrelsen 2011e).

### Satspuljeprojektet ”Unge, alkohol og stoffer”

Sundhedsstyrelsen administrerer satspuljen ”Unge, alkohol og stoffer”, som løber i perioden 2011-2014. Seks modelkommuneprojekter har i alt modtaget 17 mio. kr. til projekter med fokus på rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelser. Formålet med projekterne 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. Alle projekterne har to samspilende indsatsser: en universel og en selektiv (beskrives i afsnit 3.4).

Den universelle indsats består i udformning og implementering af rusmiddelpolitikker på de ungdomsuddannelsesinstitutioner, der indgår i projekterne. De medvirkende modelkommuner er blevet klædt på til at udvikle og implementere rusmiddelpolitikker på ungdomsuddannelserne gennem et kompetenceudviklingskursus etableret af Sundhedsstyrelsen.

Midtvejsevalueringen i 2013 viser, at nogle projekter har valgt at udarbejde en fælles politik, som gælder for alle de involverede uddannelsesinstitutioner, mens andre projekter har valgt, at hver uddannelsesinstitution kan udarbejde deres egen politik. Politikkerne varierer desuden mellem at have et meget skarpt fokus på rusmiddelproblematikken, mens andre har et mere bredt fokus på trivsel og fastholdelse i uddannelse, hvorunder rusmiddelproblematikker er fremtrædende, men ikke eksklusive.

Den afsluttende evaluering er planlagt ultimo 2014.

## Fremme af mental sundhed hos unge på produktions- og erhvervsskoler

Sundhedsstyrelsen administrerer desuden en ny satspulje vedr. mental sundhed hos unge på produktions- og erhvervsskoler med særligt fokus på angst og depressionslidelser. Projektperioden løber i 2013-2016 og der vil blive udarbejdet en afsluttende evaluering ultimo 2016. De syv udvalgte modelkommuneprojekter skal afprøve et nyudviklet undervisningsprogram, der har til formål at fremme den mentale sundhed hos de unge. Der vil være et særskit fokus på stofbrug.

### 3.4 Selektiv og indikeret forebyggelse

I modsætning til universel 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.

I forebyggelsespakken om stoffer anbefaler Sundhedsstyrelsen en række selektive og indikerede forebyggelsesindsatser, særligt under indsatsområderne ”Tilbud” og ”Tidlig opsporing” (Sundhedsstyrelsen 2013b).

Den selektive del af satspuljeprojektet ”Unge, alkohol og stoffer” (beskrevet i forrige afsnit under 3.3), består af en tidlig rådgivende og vejledende indsats over for unge på vej ud i et problematisk forbrug af rusmidler. Alle 6 modelkommuneprojekter har i den forbindelse modtaget kompetenceudvikling i form af uddannelse til at tage snakken med de unge om rusmidler på en anerkendende og motiverende måde. Nogle projekter arbejder med tilbud, der er skarpt fokuseret på unge med misbrugsproblematikker, mens andre projekter fokuserer mere bredt på trivsel, hvor misbrugsproblematikker udgør et blandt flere fokusområder.

#### Internetbaseret informations- og rådgivningstilbud til unge

I forebyggelsespakken om stoffer anbefaler Sundhedsstyrelsen, at rådgivning til unge med et eksperimenterende brug af stoffer placeres og tilbydes, så det svarer til målgruppens behov, herunder rådgivning online (Sundhedsstyrelsen 2013b).

www.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.

Netstof.dk er blevet evalueret og viser blandt andet, at portalen 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. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold har givet satspuljemidler til at fastholde og videreudvikle et nationalt tilbud om internetbaseret rådgivning til unge i regi af Netstof.dk. Den primære målgruppe, er unge i alderen 15-24 år i risiko for at udvikle et behandlingskrævende misbrug. Midlerne er givet i perioden 2012-2015. Netstof.dk vil fortsat tilbyde debatforum, brevkasser og information og vil desuden blive udbygget med en chatfunktion.

www.Stofinfo.sst.dk er Sundhedsstyrelsens hjemmeside med information om stoffer. Siden er især beregnet for unge, men er også for lærere, der vil tage emnet op i undervisningen og for forældre, der vil kunne tale med deres unge om stoffer. På Stofinfo kan man blandt andet finde fakta om forskellige stoffer og om, hvordan de påvirker kroppen, statistik over stofmisbrug i Danmark, case historier fra unge, som selv har oplevet misbrug og link til anbefalet materiale målrettet henholdsvis forældre og skole.

### **Projekt "Udgående indsatser til unge med rusmiddelproblemer"**

I projektet afprøves en tilpasset udgave af U-turns hashgruppe-model for gruppetilbud til unge med rusmiddelproblemer på erhvervs- og produktionsskoler i seks udvalgte kommuner. U-turn er Københavns Kommunes tilbud til unge under 25 år, der ryger hash eller tager stoffer. Målet med projektet 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, som har et problematisk forbrug eller et ikke-behandlings-krævende misbrug af primært hash.

Baggrunden for projektet er, at en betydelig gruppe af unge med trivselsproblemer på erhvervs- og produktionsskoler har et så stort hashforbrug, at det giver problemer med at fungere personligt, socialt og fagligt, hvilket kan føre til, at de unge stopper deres uddannelse i utide.

Projektkommunerne påbegyndte de første gruppeforløb i 2013. Modellen blev fastsat endeligt i begyndelsen af 2014 og den afprøves nu i kommunerne indtil medio 2016. Effekten af den afprøvede model dokumenteres.

### **Ansvarlig udskænkning**

I forebyggelsespakken om stoffer anbefaler Sundhedsstyrelsen at kommunen etablerer en forebyggende indsats i festmiljøer. I et fast samarbejdsforum med de involverede aktører indgås aftaler om ansvarlig udskænkning (Sundhedsstyrelsen 2013b).

Sundhedsstyrelsen udgav i 2009 publikationen "Ansvarlig udskænkning" (Sundhedsstyrelsen 2009c). Ansvarlig udskænkning er en metode til at skabe fornuftige rammer for alkoholudskænkning med både et stof- og alkoholforebyggende sigte. Et særligt fokus er nattelivet, hvor målet er et trygt festmiljø med fornuftige rammer for de unges færden. Midlerne er samarbejde, dialog, fælles mål og aftaler, uddannelse samt kontrol. Det er kommunens og politiets opgave at udstede henholdsvis bevillinger og lejlighedstilladelser til udskænkning af alkohol i lokalområdet. Ansvarlig udskænkning er en metode til at varetage denne opgave i et samarbejde mellem kommune, bevillingsindehavere, politi, ungdomsuddannelsesinstitutioner, foreninger, SSP mv.

Kortlægningen af kommunernes arbejde med forebyggelse af stofbrug viser, at kommunerne bruger erfaringerne fra "Ansvarlig udskænkning". To ud af tre kommuner samarbejder med relevante aktører og etablerer blandt andet kurser for dørmænd og andet personale i rusmiddelkendskab, førstehjælp, konflikthåndtering mv. og etablering af forum for dialog mellem kommune, SSP bevillingshavere, politi, uddannelsesinstitutioner og andre relevante aktører.

”Ansvarlig udskænkning” tager udgangspunkt i danske erfaringer fra blandt andet projekt ”Trygt natteliv” og modelkommuneprojektet ”Narkoen ud af byen” samt forskningsviden fra det svenske STAD-projekt ”Ansvarsfuld alkoholserving i kromiljøer”.<sup>3</sup>

### 3.5 Nationale og lokale mediekampagner

Mediekampagner som massemediekommunikation målrettet hele befolkningen eller brede målgrupper bruges ikke i narkotikaforebyggelsen i Danmark. Årsagen 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.

Informations- og holdningsmarkerende forebyggelseskampagner på narkotikaområdet bør derimod begrænses til risikoarenaer, hvor der er viden om, at en større andel af unge eksperimenterer med stoffer. Derfor har Sundhedsstyrelsen siden 2003 samarbejdet med festivalerne og spillestedernes interesseorganisation Dansk Live om en årlig kampagne mod stoffer på en lang række danske 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 stofforebyggende kampagne på en lang række spillesteder. Festmiljøerne er valgt som en central arena, da undersøgelser viser, at der her er øget risiko for, at de unge eksperimenterer med stoffer. Som et vigtigt led i kampagnerne er festivalerne og spillestederne selv afsendere på kampagnen. De er trendsættende aktører i de unges festmiljø og har en positiv gennemslagskraft med det holdningsprægede budskab over for målgruppen af unge.

#### Dansk Live Against drugs og Roskilde Against drugs

Sundhedsstyrelsens og Dansk Lives stofforebyggende ”Music Against Drugs”-kampagne løb i 2013 af stablen på 14 festivaler, herunder Roskilde Festival som selv er afsender på sin kampagne med afmeldingen ”Roskilde Against Drugs”. Den primære målgruppe for indsatsen er unge festivaldeltagere og særligt de 16-24-årige. Festivalerne har gode erfaringer med at bruge materialet, som består af trykte og elektroniske elementer. Festivalerne har endvidere statements på deres hjemmesider, i deres programmer og i deres festivalaviser. Alle elementer bidrager til at signalere en fælles holdning mod stoffer. Kampagnen har fokus på, at de unge selv kan vælge til og fra, også når det gælder stoffer, og at de dermed ikke blot skal gøre, som vennerne synes eller som de måske tror, at alle andre gør. Kampagne-sloganet har ændret sig de seneste år. I 2013 var sloganet ”DON’T LET OTHERS SPEAK YOUR MIND”.

Evalueringen af 2013-kampagnen (Sundhedsstyrelsen 2013d) er baseret på publikumsundersøgelser, der er gennemført på Roskilde Festival – som er langt den største af de 14 festivaler – samt på tre mindre festivaler, som er tilfældigt udvalgt blandt de andre festivaler. Det er festivalerne: Vig, Tønder og Bork Havn. De fire festivaler henvender sig til forskellige målgrupper og giver derfor et nuanceret billede af kampagnens modtagelse ude i landet.

---

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

På Roskilde Festival viste evalueringen for 2013, at 81 % havde set kampagnen, hvilket svarer godt til gennemsnittet for de foregående år, dog med en stigning i forhold til 2012. 25 % af publikum havde diskuteret budskabet i kampagnen med andre, hvilket er et lille fald sammenlignet med 2012. 94 % af publikum syntes godt om, at festivalen markerer sig mod stoffer.

Evalueringen for 2013 fra de tre mindre festivaler viste, at kun ca. halvdelen af publikum på de tre festivaler havde set kampagnen, med den største andel på Vig festival (58 %). På Vig festival havde 43 % af publikum diskuteret kampagnens budskab med hinanden, hvorimod det var lidt mindre på Bork Havn og Tønder festival (henholdsvis 20 % og 26 %). Mellem 96-98 % af publikum syntes, at det var en god idé, at festivalerne markerer deres holdning mod stoffer.

### **Dansk Live og Roskilde Festival – Unge og Alkohol**

I 2013 deltog 13 festivaler og alle Grøn Koncert-arrangementer i Sundhedsstyrelsens og Dansk Lives kampagne ”Unge og alkohol” med sloganet ”Mindre Druk – Mere Fest”. Kampagnens fokus er mindreåriges druk, og den sætter fokus på aldersgrænser for udskænkning og salg af alkohol. Kampagnens formål er at tilskynde til håndhævelse af aldersgrænserne for udskænkning. 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 fokuseret på barområderne og består primært af trykte medier. Forældredelen baseres på en PR-indsats, hvor gode råd til teenage-forældre formidles.

Unge & Alkohol blev – ligesom Against Drugs – både evalueret på Roskilde Festival og på de mindre festivaler i Vig, Tønder og Bork Havn (Sundhedsstyrelsen 2013e).

På Roskilde Festival havde 34 % af medarbejderne set kampagnen, hvilket er en lille stigning sammenlignet med 2012. Resultatet fra 2013 viste også, at 83 % af medarbejderne kunne svare på, hvor gammel man skal være for at købe alkohol på en festival. Som tidligere år viste evalueringen for 2013 at 93 % af medarbejderne synes, at kampagnen er en god idé.

Evalueringen for 2013 fra festivalerne Vig, Tønder og Bork Havn, viser, at mellem 30-70 % af publikum har set kampagnen. Og ca. 36 % af publikum har diskuteret kampagnen med hinanden. Ca. 96 % af publikum bakker op om indsatsen. Den kvantitative medarbejderundersøgelse blev i 2013 ikke fuldført i tilstrækkelig grad til, at man kan anvende resultaterne.

### **Music against drugs**

I 2013 kørte kampagnen Music Against Drugs på 39 spillesteder i perioden fra september til november, med samme slogan som på festivalerne ”DON'T LET OTHERS SPEAK YOUR MIND”. Kampagnen har både elementer målrettet publikum og medarbejdere på spillestederne. Publikumsdelens primære målgruppe er unge mellem 16-24 år, hvor medarbejderdelen er målrettet alle medarbejdere på spillestederne. I 2013 bestod kampagnen både af trykte og elektroniske elementer, som fx webbannere, T-shirts til medarbejdere, plakater, stickers, badgets m.m. Feedback fra publikum og medarbejdere for kampagnen i 2013 viste igen en god opbakning 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 og vanskeligt at tilrettelægge en kampagne, der passer til alle spillesteder, idet de er meget forskellige, hvad angår målgruppe og størrelse.

## 4 Omfanget af stofmisbrug

### 4.1 Indledning

Det seneste aktuelle skøn over antal stofmisbrugere i Danmark, som bliver gengivet nedenunder, blev gennemført i 2010, og er baseret på tal fra 2009. Foreliggende kapitel beskriver resultaterne fra 2010 – altså det på nuværende tidspunkt senest tilgængelige skøn.

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 model.<sup>4</sup> Skønnet er foretaget på baggrund af Landspatientregistret (LPR) og det Landsdækkende register over stofmisbrugere, der modtager eller har modtaget behandling (SIB). Fremgangsmåden har været at undersøge, hvor mange personer der er registreret i LPR med en narkotikarelateret diagnose.<sup>5</sup> Herefter er undersøgt, hvor mange af disse, der også fandtes i SIB.

---

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

<sup>5</sup> Her er anvendt udtrækskoderne F11.1, F11.2, F11.9, F12.1, F12.2, F12.9, F14.1, F14.2, F14.9, F15.1, F15.2, F15.9, F19.1, F19.2, F19.9.



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.

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	± 1.592	± 1.937	± 1.789	± 1.590	± 1.628	± 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 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**

Den seneste hjemløsetælling, som blev gennemført i 2013, viser, at der er 5.820 hjemløse i Danmark. Tællingen viser, at hjemløse ofte kæmper med komplekse sociale problemer ud over at mangle et sted at bo. Herudover viser hjemløsetællingen at 65 % af de hjemløse har et misbrug af alkohol, hash, anden narkotika end hash og/eller medicin. Andelen er højest blandt de hjemløse som overnatter på gaden og på varmestuer, hvor henholdsvis 71 % og 72 % i disse grupper har et misbrug. Andelen med misbrug blandt dem, der har overnattet hos familie og venner, er 60 %, og andelen med misbrug, der er brugere af herberger, er 70 %. Også blandt unge hjemløse i alderen 18-24 år er der en betydelig andel med misbrug. 58 % af de unge hjemløse har ifølge hjemløsetællingen misbrugsproblemer inden for et eller flere af de ovenover nævnte kategorier. Hjemløsetællingen 2013 er en opfølgning på tilsvarende tællinger i 2007, 2009 og 2011. Andelen af de hjemløse, der har et misbrug, er faldet lidt, fra 70 % i 2009 og 67 % i 2011. (Benjaminsen et al., 2013)

## 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). Behandlingen for stofmisbrug er rettet både mod selve stofmisbruget og de medfølgende sociale og helbredsmæssige problemer. Kommunerne har ansvaret for at sikre den fornødne sammenhæng mellem den sociale behandling og den lægelige behandling samt øvrige sociale støttetilbud.

De fleste stofmisbrugere i behandling modtager ambulant behandling. Der tilbydes 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 behandlingskapacitet. Fra 2006 til 2008 sås en nedgang i antal stofmisbrugere i behandling, hvilket formentligt i hovedtræk skyldes ændringer i registerpraksis og overgangen til den nye SEI-registrering, som ændrede ind- og udskrivningsproceduren. Hertil var registreringen i disse ”overgangsår” påvirket af, at kommunerne overtog ansvaret for registreringen fra amterne ved årsskiftet 2006/2007. Fra 2008 til 2011 ses igen en stigning i antallet indskrevet i behandling.

De seneste opgjorte tal fra 2011 viser, at knap 16.200 stofmisbrugere er registreret i registeret over stofmisbrugere i behandling (SIB). Heraf er omkring 7.600 i substitutionsbehandling – enten med metadon eller buprenorphin.

Behandlingsregistreringen i Danmark indsamles i dag i Socialstyrelsens stofmisbrugsdatabase, der åbnede i juni 2011. Stofmisbrugsdatabase er den fælles indberetningsportal for samtlige indberetninger på stofmisbrugsområdet, dvs. Statens Serum Instituts register over stofmisbrugere i behandling (SIB), Socialstyrelsens registre VBGS og DanRIS-ambulant samt Center for Rusmiddelforskningens register DanRIS-døgn. Sammenlægningen af registrene i stofmisbrugsdatabase har krævet store tekniske ændringer – både ved etableringen af selve stofmisbrugsdatabase, men også i de tekniske løsninger mellem kommunernes indberetningssystem og den nye fælles indberetningsplatform. På grund af de ændrede forhold er indberetningen af data for 2012 og 2013 ikke afsluttet, og en række opgørelser i dette kapitel er derfor baseret på sidste års opgørelse med data for 2011.

Der er iværksat en række nye behandlingstiltag i 2012/2013. 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 og/eller understøttende medikamentel behandling, både som ambulant og som døgnbehandling. Behandling er helt overvejende frivillig. Der er i lovgivningen visse meget afgrænsede muligheder for behandling uden borgerens samtykke, specielt i forhold til gravide med problematisk stofbrug. 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, for borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne og borgere med alvorlige sociale problemer.

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 borgerens egne ønsker til behandlingsforløbet tillægges stor betydning. Der er i Danmark behandlingsgaranti for social behandling af stofmisbrugere for personer over 18 år og i særlige tilfælde unge under 18 år. Med behandlingsgarantien har borgeren 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 borgeren 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 borger skal sikre sammenhængen mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige del af stofmisbrugsbehandlingen og de sociale problemstillinger i øvrigt. Handleplanen bør udarbejdes ud fra den enkelte borgers forudsætninger, og så vidt muligt i samarbejde med borgeren.

Behandlingsplanerne skal understøtte den samlede handleplan, som tilgodeser både sundhedsfaglige og socialfaglige forhold, og som danner rammen for samarbejdsprocessen med borgeren. 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. Behandlingen retter sig mod borgerens samlede livssituation. Derfor omfatter indsatsen både de helbredsmæssige og sociale problemstillinger, herunder eventuelle problemer i forhold til bolig, kriminalitet, arbejde og netværk.

Behandling for stofmisbrug skal tage udgangspunkt i en helhedsorienteret og individuel indsats, hvor behandlingsydelser sammensættes ud fra den enkelte borgers behov.

I praksis kan det omhandle en række forskellige typer af ydelser. Det kan dreje sig om individuelle samtaler, gruppebehandling, parsamtaler, familiebehandling, rådgivning, 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, borgere med børn, 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 stofmisbrugsbehandling varetages typisk af behandlere med en social- eller sundhedsfaglig grunduddannelse, som fx socialpædagog, socialrådgiver eller sygeplejerske, suppleret med en misbrugsfaglig efteruddannelse. Derudover indgår en bred skare af faggrupper heriblandt psykologer og læger, herunder 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 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, borgeren 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 borgere med stofproblematikker.

Den lægelige behandling for stofmisbrug omfatter primært undersøgelse for og behandling af stofmisbrugets karakter og omfang. Herudover omfatter den lægelige behandling 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.

Der er etableret et registrerings- og indberetningssystem som opfølgning på Vejledningen.

### 5.3 Stofmisbrugere i behandling

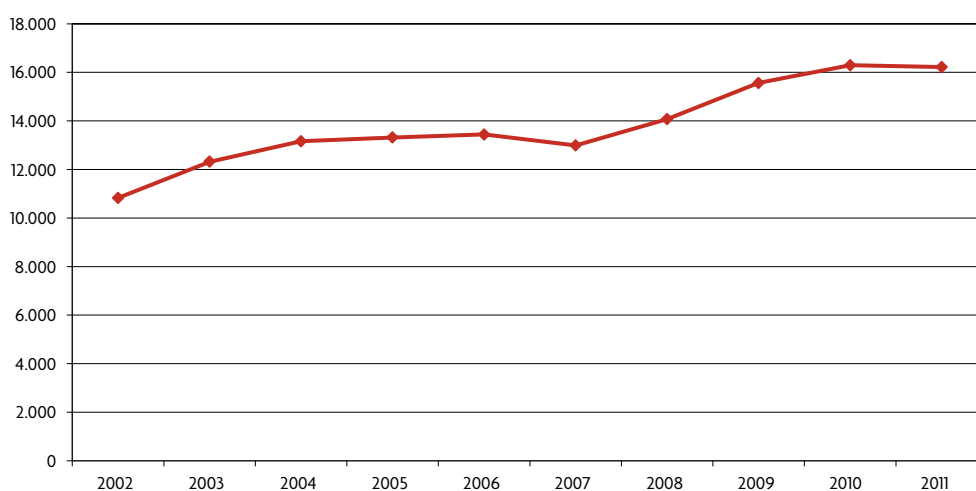
#### Stofmisbrugere indskrevet i behandling

Sundhedsstyrelsen har fra 1996 registreret alle stofmisbrugere, der indskrives i behandling. På baggrund af oplysninger fra ”Register over stofmisbrugere i behandling” (SIB), kan de personer, der søger hjælp for deres problematiske stofbrug beskrives. Registeret indeholder blandt andet informationer om behandlingsformen dvs. ambulant- og døgnbehandling, samt hvilken behandlingstype (metadon, stoffri etc.) brugeren modtager. Som nævnt indledningsvis, er indberetningen for 2012 ikke komplet. Nedenstående opgørelser er derfor baseret på data fra 2011, og er identiske med opgørelserne fra sidste års publikation.

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 VBGS<sup>6</sup> 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 databrud, 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).

6 VBGS: Ventetid for behandlingsgaranti for stofmisbrugere.

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.

I tabel 5.3.1 vises nogle udvalgte karakteristika for de brugere, der blev indskrevet 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 (%)*	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	1017
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 ecstasy<sup>7</sup> som hovedstof<sup>8</sup>. Disse stoffer bliver således hovedsageligt brugt som supplement. Hash var hovedstof for 63 % af de indskrevne og anvendes også som sidestof blandt 14 % af de indskrevne i 2011.

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

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

### **Alder og kønsfordeling**

I 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. Familie-mæssigt 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 Stofmisbrugsdatabasen.

\*\* 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, 2003.

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). Der er tale om indskrevne i behandling 2011

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

De tekniske problemer i forbindelse med sammenlægningen af registrene i stofmisbrugsdatabasen, som nævnt indledningsvis i dette kapitel, har også påvirket data om stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Data er derfor baseret på data fra 2011, og således uforandret i forhold til publikationen fra sidste år.

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

Fra 2008 baseres opgørelser om antallet af stofmisbrugere i substitutionsbehandling med enten metadon eller buprenorphin på data indberettet til registeret over stofmisbrugere i behandling (SIB). Da opgørelsesmetoden<sup>9</sup> og datagrundlaget<sup>10</sup> 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 perso-

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> 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.

ner 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 2008 (Sundhedsstyrelsen 2008a), 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 heroin

Fra 1. marts 2009 har behandling med lægeordineret heroin til injektion været tilladt i Danmark. De første klinikker åbnede i april 2010. Der er oprettet fem klinikker i henholdsvis København, Hvidovre, Odense, Aarhus og Esbjerg.

Formålet med behandlingen er i første omgang at forebygge en forværring af patienternes helbredstilstand og på længere sigt at opnå en forbedring af patienternes livskvalitet såvel helbredsmæssigt som socialt.

Patienterne injicerer/indtager heroinen under overvågning af sundhedsfagligt personale på klinikkerne, og gør dette op til to gange dagligt, hver dag, året rundt. Der er tale om en højt specialiseret sundhedsfaglig behandling, og det sundhedsfaglige personale skal leve op til særlige uddannelsesmæssige og erfaringsmæssige krav opstillet af Sundhedsstyrelsen.

Patienterne hører til gruppen af ”hard to treat”-patienter, det vil sige patienter, som er interesserede i at få hjælp for deres misbrugsproblematik, men som er svære at hjælpe tilstrækkeligt i den konventionelle substitutionsbehandling. Der er tale om en gruppe, som har flere tidligere længerevarende behandlingsforløb med metadon bag sig inden de starter behandlingen med lægeordineret heroin.

I perioden april 2009 til udgangen af december 2012 har der været indskrevet 252 patienter i behandling. 70 af de indskrevne blev udskrevet igen. De indskrevne bliver fulgt med et interview ved behandlingsstart og herefter hvert halve år. Svarene bliver registreret i en database.

Sundhedsstyrelsen evaluerede ordningen i foråret 2013 på baggrund af de registrerede data (Sundhedsstyrelsen 2013f). Evalueringen viste, at ordningen var en succes i forhold til at forbedre stofmisbrugerens sociale situation, begrænse misbruget af illegale stoffer, nedsætte kriminaliteten og reducere risikoadfærden. På baggrund af disse resultater blev det i efteråret 2013 besluttet, at ordningen skulle udvides med indtagelse af heroin i tabletform, da ikke alle heroinmisbrugere kan rummes i et tilbud

udelukkende med injektionsbehandling. Tabletter kan anvendes, hvis injektion ikke er mulig på grund af beskadigede vener, hvis omstilling til behandling med metadon ikke er tilstrækkelig, eller hvis patienten ønsker at forblive i heroinbehandling uden at skulle injicere. Der vil desuden være grundlag for at anvende tabletformen til kroniske heroinmisbrugere, der ikke er injektionsbrugere fx misbrugere af rygeheroin. De første behandlinger med tabletter startede i oktober 2013.

Ordningen vil blive evalueret igen i 2015.

### Stofmisbrugere i døgnbehandling

Særlige informationer om døgnbehandling indhentes gennem Stofmisbrugsdatabasen (SMDB/DanRIS-Døgn). Alle døgninstitutioner, der behandler personer med stofmisbrug, er forpligtet til at indsende data til SMDB. Antallet af døgninstitutioner tilmeldt SMDB var 36 i 2013. Af disse var 27 egentlige døgnbehandlingsinstitutioner, og heraf var der fire, der ikke indsendte data i 2013, en som lukkede, og en som skiftede primær målgruppe til unge under 18 år. Endvidere er en institution med 24 indskrivninger (25 i 2012) blevet omklassificeret fra behandlingsinstitution til halvvejshus og er derfor ikke medregnet i opgørelsen over indskrivninger for 2013. I nedenstående tabel er udviklingen i indskrivninger hvert år fra 2005 til 2013 vist.

Tabel 5.3.4 Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling i pågældende år

Tid	N	Alder	Kvinder	Mænd
2005	1244	32,8	26 %	74 %
2006	1096	33,1	26 %	74 %
2007	1228	33,2	25 %	75 %
2008	1419	33,8	25 %	75 %
2009	1259	33,0	24 %	76 %
2010	1010	32,6	23 %	77 %
2011	773	32,0	22 %	78 %
2012	710	31,1	23 %	77 %
2013	704	32,6	23 %	77 %

Kilde: Center for Rusmiddelforskning, Dansk Registrerings- og Informationssystem, DanRIS. 2013.

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 var 32,6 år i 2013. Andelen af kvinder synes ligeledes at være relativt stabil over hele perioden, om end der ses små fald 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 tilbagevendende person betragtes som en nyindskrivning.

De 704 indskrivninger, der blev registreret i 2013 fordeler sig på i alt 664 personer. Ingen af klienternes gennemsnitlige EuropASI composite scores (Addiction Severity Index/belastningsgrad) er ændret signifikant i forhold til 2012. Dog ses et næsten

signifikant fald i kriminalitetsbelastningen (0,24 i 2012 til 0,20 i 2013) ( $p=0,06$ , Mann-Whitney U). For de øvrige composite scores er der tale om meget små udsving. Stofbelastning (0,40) og fysisk belastning (0,39) er uændrede, mens alkoholbelastningen er steget fra 0,24 til 0,25. Scoren for konflikter med familie, konflikter med andre end familie samt psykisk belastning er faldet (familie: 0,33 til 0,31, netværk: 0,22 til 0,21 og psykisk: 0,49 til 0,48). Andelen af klienter, som har et heroinforbrug op til behandlingsstart, er faldet fra 41 % i 2008 til 25 % i 2012 og 24 % i 2013.

### Gennemførelse og belastningsgrad

Andelen af klienter, der gennemfører døgnbehandling som planlagt, var 49 % i 2013 og er således uændret i forhold til de 50 % som gennemførte behandlingen i 2012. Det gennemsnitlige antal indskrivningsdage var i 2013 154 dage, hvilket er en stigning på 10 dage i forhold til de 144 dage i 2012. Medianindskrivningstiden er derimod uændret, idet den i 2013 var 92 dage og i 2012 var 93 dage. Dette tyder på, at stigningen i det gennemsnitlige antal indskrivningsdage skyldes, at enkelte meget lange behandlingsforløb var afsluttet i 2013.

I 2012 og 2013 havde døgnbehandlingsinstitutionerne udfyldt EuropASI-skema på henholdsvis 65 % og 67 % af klienterne, der var indskrevet i året. Ud fra ASI-skemaet beregnes blandt andet den sociale belastning, herunder boligforhold og forsørgelse. Sammenlignet med 2012 er belastningsgraden uændret, hvad angår klienternes bolig- og indkomstforhold. Både andelen af indskrevne uden bolig og andelen med hovedindkomst fra kriminelle aktiviteter var 9 % i 2012 og 10 % i 2013.

De i alt 704 indskrivninger i 2013 kommer fra 88 ud af de 98 danske kommuner, mens antallet var 86 kommuner i 2012.

Sammenfattende er der ikke fundet store forskelle mellem 2012 og 2013.

## 5.4 Tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen

Regeringen har på stofmisbrugsområdet fastsat en klar målsætning om, at der i 2020 skal være sket en mærkbar ændring i effekten af stofmisbrugsbehandlingen. Andelen af borgere, som afslutter deres behandlingsforløb som enten stoffrie eller med reduktion i stofmisbruget, har siden 2008 været ca. en tredjedel. I 2020 skal mindst halvdelen af de stofmisbrugere, der afslutter et behandlingsforløb for stofmisbrug, være enten stoffri eller opleve reduktion i stofmisbruget.

Som tidligere nævnt igangsatte Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold i 2013 arbejdet med en samlet stofmisbrugspakke. Der er i alt afsat 103 mio. kr. til Stofmisbrugspakken, som indeholder 10 konkrete initiativer. Formålet er, at Stofmisbrugspakken skal være med til at løfte kvaliteten i den sociale stofmisbrugsbehandling. Stofmisbrugspakken fokuserer blandt andet på, at behandlingsindsatsen styrkes og bygger på metoder, der virker og på, at borgeren skal opleve en mere systematisk opfølgning på behandlingen, og at der også bliver taget hånd om andre problemer end stofmisbruget.

Målgruppen for den samlede indsats er differentieret og spænder over borgere, der har behov for en forholdsvis kort og fokuseret indsats til borgere med komplekse problem-

stillinger, som kan have behov for en række indsatser på tværs af kommunale forvaltninger og sektorer. Stofmisbrugspakken indeholder således initiativer, som har fokus på den samlede stofmisbrugsbehandling og rammerne herfor, mens andre initiativer har en mere afgrænset målgruppe, som eksempelvis unge stofmisbrugere.

I udmøntningen af Stofmisbrugspakken vil eksisterende viden og erfaringer på området blive inddraget. Herunder vil der være særligt fokus på at inddrage metoder med dokumenteret effekt. I det følgende skitseres centrale indsatser i Stofmisbrugspakken.

### **Metodeprogram på stofmisbrugsområdet**

Som en del af Stofmisbrugspakken indgår et omfattende metodeprogram målrettet unge. Metodeprogrammet har til formål at styrke det metodiske og systematiske arbejde i den kommunale stofmisbrugsbehandling og således fremme anvendelsen af behandlingsmetoder i den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, der har dokumenteret effekt over for unge og unge voksne i alderen 15-25 år.

Der er udvalgt evidensbaserede metoder til behandling af stofmisbrug, som afprøves i de kommuner, der deltager i metodeprogrammet. De specifikke metoder er Individuel Kognitiv Adfærdsterapi i kombination med Den Motiverende Samtale. Begge er udbredte behandlingsformer i Danmark, der i dette projekt afprøves i en metodestrøget og manualbaseret form. Individuel Kognitiv Adfærdsterapi og Den Motiverende Samtale suppleres for nogle af de unge, der deltager i projektet, med et element af Voucher-baseret forstærkning, med henblik på at fastholde de unge i behandling så længe, at selve stofmisbrugsbehandlingen får mulighed for at virke, og dermed sikre så gode behandlingsresultater som muligt. I metodeprogrammet afprøves endvidere en model for opfølgingsbehandling med henblik på at fastholde positive behandlingsresultater og forebygge tilbagefald til stofmisbrug. Opfølgingsbehandlingen finder sted som en naturlig forlængelse af den primære behandling, dog med lavere hyppighed og i form af en kombination af personlige samtaler og telefonsamtaler.

Ni kommuner deltager i arbejdet med metodeprogrammet, og projektet afsluttes i 2018.

### **Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling**

Der arbejdes ligeledes med at udvikle nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling. Formålet er at sikre et fælles grundlag for kvalitetsudvikling af den sociale stofmisbrugsbehandling, så den bygger på evidens og understøtter en helhedsorienteret indsats. Med nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling får kommunerne et redskab til at styrke kvaliteten i den kommunale stofmisbrugsbehandling, således at borgere med behandlingskrævende stofmisbrug i højere grad får en helhedsorienteret indsats, der bygger på aktuelt bedste viden, og at borgerne oplever en mere tilgængelig adgang til stofmisbrugsbehandling.

Der er nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra væsentlige aktører inden for stofmisbrugsområdet. Udarbejdelse af de nationale retningslinjer tager afsæt i det europæiske EQUUS projekt, der bygger på indsamling og kvalitetsvurdering af nationale og internationale kvalitetsstandarder for stofmisbrugsbehandling.

Det forventes, at de nationale retningslinjer offentliggøres primo 2015.

## **Udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug**

Initiativet om udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere med stofmisbrug, omhandler udvikling og afprøvning af en model for stofmisbrugsbehandling målrettet borgere, der har et stofmisbrug kombineret med komplekse sociale og sundhedsmæssige problemstillinger. Formålet med initiativet er at udvikle en behandlingsmodel, der medvirker til, at denne gruppe af borgere får støtte til at opnå og fastholde stabilisering, reduktion af deres stofforbrug eller stoffrihed, og at deres samlede situation bliver mere stabil. Målet er, at borgerne i videst muligt omfang genvinder, udvikler eller vedligeholder deres funktionsevne, så de i højere grad oplever at få kontrol over og indflydelse på eget liv og egen hverdag.

Et af de centrale elementer i den opsøgende og udgående stofmisbrugsbehandling er fleksible rammer for behandlingen kombineret med lettere adgang til eksisterende stofmisbrugsbehandlingstilbud. Behandlerne færdes i og bliver en del af de miljøer, hvor målgruppen kommer. Gennem behandlernes jævnlige kontakt med målgruppen opbygges en tryk relation mellem behandlere og målgruppe. Relationen er faglig, men har også et personligt præg. Behandlerne tilbyder en behandling, der kombinerer motivations- og forandringsarbejde med omsorg. Ved at være til stede i miljøet er det muligt for behandlerne at arbejde motiverende over tid og være til stede, når borgeren er parat til forandring, har brug for støtte til at fastholde behandling, og/eller har behov for hjælp til en konkret problemstilling. Tilstedeværelsen i miljøet betyder desuden, at borgerne kan få hurtig støtte, hvis de afbryder behandlingen. Formelle samarbejdsaftaler med relevante kommunale enheder sikrer, at borgeren får en relevant og helhedsorienteret støtte målrettet de sociale og sundhedsmæssige problemer, som vedkommende har.

Tilbud om udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling bliver afprøvet i Odense og Aarhus kommuner. Projekterne i de to kommuner startede i november 2013 og løber til og med december 2016. Initiativet evalueres med henblik på at få styrket vidensgrundlaget for fremtidige indsatser af denne karakter til målgruppen.

## **Undersøgelse af kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling**

Som et led i Stofmisbrugspakken udarbejdes en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, som gennemføres af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Undersøgelsen består af en kortlægning af kommunernes kapacitet i stofmisbrugsbehandlingen på baggrund af data fra Stofmisbrugsdatabasen, spørgeskemaer sendt ud til alle landets kommuner samt en uddybende kvalitativ undersøgelse af en række casekommuner. Formålet med undersøgelsen er at bibringe ny viden om kommunernes organisering, ressourceforbrug og effekt i stofmisbrugsbehandlingen samt at afdække barrierer og potentialer for god stofmisbrugsbehandling.

## **SMART Recovery selvhjælpsgrupper for borgere med stofmisbrug**

SMART recovery er et manualbaseret selvhjælpskoncept, som bygger på en kombination af metoder til at afhjælpe og håndtere afhængighedsproblematikker. Metoden er udviklet i USA og afprøvet i USA og England med gode resultater.



Afprøvningen af SMART recovery består i etableringen af en række anonyme selvhjælpsgrupper, som er ledet af frivillige, uddannede mødefacilitatorer. Formålet er, at borgere, der har deltaget i et stofmisbrugsbehandlingsforløb, kan mødes og få støtte og redskaber til at fastholde deres behandlingsresultater. Et yderligere formål er at skabe et forum, hvor borgerne kan mødes, udveksle erfaringer og danne netværk, og hermed modvirke stigmatisering og isolation.

SMART recovery afprøves i perioden 2013-2016 i et samarbejde mellem fem frivillige organisationer og ti kommuner: Medmisbrug og Faaborg-Midtfyn kommune, Vælg Friheden og Esbjerg kommune, SMART Pilot og København og Frederiksberg kommuner, Frivillighuset Varde og Varde kommune, samt Frise og Gladsaxe, Halsnæs, Tønder, Aarhus og Lyngby-Taarbæk kommuner. Socialstyrelsen udarbejder en evaluering, som følger op på projektets resultater.

Ud over Stofmisbrugspakken arbejdes der i regi af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold med en række øvrige initiativer relateret til den sociale stofmisbrugsbehandling, som skitseres i de følgende afsnit.

### **Akut krisecenter for socialt udsatte med stofmisbrug**

Med midler fra satspuljeaftalen fra 2012 og 2013 afprøves forsøg med akut krisecenter for socialt udsatte borgere med stofmisbrug, der befinder sig i en akut og krisepræget situation. Der er samlet set afsat 32 mio. kr. til initiativet. Formålet med tilbuddet er at give denne gruppe borgere et akut tilbud om et skærmet døgnophold, hvor den enkelte borger får støtte til at få stabiliseret sin kriseprægede situation og til at fastholde en mere stabil situation efter opholdet. Under opholdet får borgeren social- og sundhedsfaglig hjælp til at få stabiliseret krisesituationen, støtte til at få afklaret behov for relevant hjælp efter opholdet, og i et samarbejde mellem borgeren, vedkommendes hjemkommune og centret udarbejdes en udslusningsplan for borgeren.

Akutkrisecentret er udmøntet som et modelprojekt, hvor der er indgået samarbejdsaftaler med ti kommuner. Et centralt element i modellen er samarbejdet mellem Akutkrisecentret, væresteder og kommunal myndighed omkring vejen ind i tilbuddet, opholdet og udslusning. For borgeren går vejen ind i tilbuddet gennem værestedet eller andre af kommunens opsøgende medarbejdere, og værestedet støtter ligeledes borgeren i udslusningen. Den kommunale myndighed inddrages ved borgerens indskrivning og under borgerens ophold i arbejdet med den sociale handleplan samt udslusningsplanen. Akutkrisecentret er placeret i Munkerup i Nordsjælland, og er indtil videre et forsøgsprojekt, der løber i perioden 2013-2015. Centret har kapacitet til 20 borgere ad gangen, og som udgangspunkt er der mulighed for ophold på op til tre måneder.

Tilbuddet evalueres med henblik på at få styrket vidensgrundlaget for fremtidige indsatser af denne karakter til målgruppen.

### **Gruppebehandling til personer med misbrug af hash og/eller centralstimulerende stoffer**

Gruppebehandling til personer med misbrug af hash og/eller centralstimulerende stoffer er et initiativ, der er målrettet især de nyere brugere, der ses i behandlingssystemet, og hvor især hash, kokain og andre centralstimulerende stoffer er det dominerende stof



i deres misbrug. Målgruppen for behandlingsmodellen er personer, hvor misbruget er det primære sociale problem, og hvor brugerne har tæt tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet. Undersøgelser har vist, at de lettest belastede misbrugere oplever de største barrierer i forhold til at opsøge behandling.<sup>11</sup>

Københavns Kommune har udviklet en model for fælles gruppebehandling af personer, som har misbrug af hash- og/eller centralstimulerende stoffer (Hash- og kokainprojektet).<sup>12</sup> Behandlingsmodellen er velbeskrevet i et arbejdskatalog, ligesom der er udviklet et koncept for opkvalificering af de behandlere, som leder grupperne. Med udgangspunkt i Københavns Kommunes model udvikles og afprøves en gruppebehandlingsmodel, der kan benyttes af og udbredes til andre af landets kommuner. Der er afsat 8 mio. kr. i 2013-2016 til initiativet.

### Projekt Misbrugsbehandling – behandlingstilbud til unge under 18 år

Tre systematiske modeller for behandling af 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 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
- Aarhus Kommune Model (ÅKM) – baseret på Aarhus Kommunes eksisterende tilbud
- Multisystemisk Terapi – Contingency Management (MST-CM) – baseret på et amerikansk tilbud

Foreløbige resultater viser, at for de unge, der gennemfører behandlingen, er deres forbrug af rusmidler gennemsnitlig reduceret, og flere er kommet i beskæftigelse på kort sigt. De unge har hovedsageligt et forbrug af hash. De interviewede unge synes godt om behandlingsforløbene og behandlerne – også selvom de ikke nødvendigvis selv har valgt at starte i behandling.

Der udarbejdes publikationer og andet formidlingsmateriale i løbet af 2014 således, at interesserede kommuner vil få mulighed for at replicere modellerne i egen kommune i samarbejde med og efter indgåelse af konkret aftale med modelejerne. Øvrige formidlingsaktiviteter forventes afholdt i 2. kvartal 2015.

Projektet er en del af strategien ”Lige Muligheder” fra satspuljeaftalen for 2008, og der er afsat 60 mio. kr. til initiativet. Den endelige effektevaluering, som foretages af SFI (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd), forventes at foreligge i juni 2015.

### Forbehandlingsprogrammet ”Projekt Andre Valg” (PAV)

Med baggrund i erfaringerne fra forsøg med anvendelse af forbehandlingsprogrammer

---

<sup>11</sup> Københavns Kommune (2010b): *Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug.*

<sup>12</sup> Københavns Kommune (2010a): *Arbejdskatalog til anvendelse ved gruppebehandling af hash- og/eller kokainmisbrug*

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 ad forbehandlingsmetoden kendt fra "Projekt Over Muren" (POM) 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.

Alle landets 8 sikrede institutioner tilbyder i dag PAV til de unge på institutionen. Erfaringsindsamlingen har vist, at langt de fleste unge gerne deltager i PAV under deres ophold. Brobygningen til et evt. behandlingstilbud efter endt ophold er derimod en stor udfordring for både den kommunale sagsbehandler og det faglige personale på institutionen. Der er afsat 3,3 mio. kr. årligt ved satspuljeaftalen for 2010 under overskriften "Forebyggelse af ungdomskriminalitet". De sikrede institutioner modtager satspuljemidler til forankring af PAV frem til udgangen af 2015.

### **Udvikling af modelprojekter med fokus på screening og udredning af stofmisbrugere med psykiske lidelser**

Projekterne er målrettet stofmisbrugere med psykiske lidelser, der indgår i misbrugsbehandling. Fem kommuner (Esbjerg, Horsens, Aalborg, Gladsaxe og Slagelse) afprøver en arbejdsgangs- og metodebeskrivelse, der blandt andet er udarbejdet og videreudviklet på baggrund af to screenings- og samarbejdsmodeller udviklet i Aarhus og Fredericia kommuner. Arbejdsgangsbeskrivelsen beskriver screeningsproceduren for alle borgere, der deltager i projektet. Målet er at systematisere og kvalificere:

- Screenings- og udredningspraksis og den efterfølgende tilpassede misbrugsbehandling.
- Koordineringen med regionalpsykiatrien og socialpsykiatrien omkring borgere, der skal behandles sideløbende med misbrugsbehandlingen.

De fire kommuner startede med at afprøve modellerne primo 2013. Medarbejderne modtager løbende kompetenceudvikling i forhold til implementeringen af den nye screenings- og udredningspraksis og den tilpassede misbrugsbehandling. Der er afsat 14 mio. kr., og projekterne løber til og med februar 2015.

### **Unge psykisk syge med et misbrug**

Projektet er målrettet unge 18-24 årige i tre af kommunerne i det ovenfor nævnte screenings- og udredningsprojekt, der ved screeningen i tillæg til misbrugsproblemer vurderes at have psykosociale problemer og/eller har selvoplevede psykiske vanskeligheder. Målet for projektet er, at de unge reducerer deres misbrug, øger mestringen af deres psykiske problemer og opnår en mere velfungerende og selvstændig hverdag på egne præmisser med familie, uddannelse, job og netværk.

Der udvikles tre lokale modeller for støtte og samarbejde, der styrker den samlede indsats for de unge. Støtten består blandt andet af både gruppebaserede og individuelle psykosociale ydelser. Modellen forankres i socialpsykiatrien i de tre kommuner. De tre kommuner – Aalborg, Horsens og Gladsaxe – har afprøvet deres respektive modelbeskrivelser fra primo 2013. Projekterne løber til og med februar 2015. Der er afsat 18 mio. kr. til initiativet, som er en del af Psykiatraftalen 2011-2014.

## Integreret indsats for psykisk syge 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 behandlingspsykiatrien over for borgere med alvorlige psykiske lidelser og misbrug. Ballerup, Egedal, Hedensted og Syddjurs kommuner samarbejder med Region Hovedstaden og Region Midt i dette integrerede tilbud.

Indsatsen indebærer, at forløbet for den enkelte borger tilrettelægges og gennemføres som et samlet forløb, så der under behandlingen tages hensyn til både sindslidelsen, misbruget og interaktionen mellem de to lidelser. Indsatsen udføres af et tværfagligt team på tværs af sektorer. Der udvikles og afprøves en fælles samarbejdsmodel med modelunderstøttende redskaber. Samarbejdsmodellen består af fem overordnede elementer, der alle er centrale dele af etableringen af en fælles integreret indsats. De fem elementer er henholdsvis (1) ledelse, (2) fysiske rammer, (3) tværfagligt team, (4) opøgende tilgang og (5) fælles processer og redskaber.

Målet med indsatsen er på borgerniveau, a) at borgerne har stabiliseret deres sindslidelse, b) at borgerne har nedbragt deres misbrugsniveau, c) at borgerne har fået øget livskvalitet, og d) at borgerne opfatter indsatsen som dækkende og relevant.

I tilbuddet arbejdes der tværfagligt, og indsatsen foregår ambulantly. Selve afprøvningen af samarbejdsmodellen og dens metoder startede i foråret 2013 og slutter ultimo 2014.

## 5.5 Forskning i behandlingen af stofmisbrugere

Fokusområderne i forbindelse med forskning i behandling af stofbrugere ændres løbende. I Randomiseret forskning i effekten af hashbehandling (CDOI) på Center for Rusmiddelforskning, var der i 2013 blandt andet fokus på forskning i effekten af hashbehandling. Der er i den forbindelse gennemført en randomiseret undersøgelse af effekten af behandling af hashmisbrug.<sup>13</sup>

Undersøgelsen omfatter 100 personer, indskrevet i behandling for deres misbrug af hash. De medvirkende blev vilkårligt fordelt i en eksperimentgruppe, som modtog behandling efter metoden Client-Directed Outcome-Informed (CDOI) og en kontrolgruppe, som modtog standardbehandling. Formålet med undersøgelsen har været at afdække, hvorvidt metoden CDOI er bedre til at opnå de ovenfor nævnte mål.

Der blev i undersøgelsen ikke fundet signifikante forskelle mellem kontrol og eksperimentgruppe. Konklusionerne falder i tre dele: Fastholdelse, Ophør/reduktion af forbrug og Reduktion i anden belastning:

Fastholdelse: Den umiddelbart største udfordring var fastholdelse (eller frafald). Af de 100, der accepterede at deltage i undersøgelsen, nåede 18 således aldrig at få en samtale. 70 nåede at få to inden for en fire måneders periode. 42 nåede at få fem samtaler. 12 fik alle de tilbudte otte samtaler indenfor en fire måneders periode.

<sup>13</sup> Pedersen, MU & Pedersen, MM (2013). Effekten af hashbehandling. En randomiseret undersøgelse af ClientDirected Outcome-Informed behandling af hashmisbrug. Aarhus Universitet, Center for Rusmiddelforskning. [http://psy.au.dk/fileadmin/site\\_files/filer\\_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2013/2\\_Effekten\\_af\\_hashbehandling.pdf](http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2013/2_Effekten_af_hashbehandling.pdf)

Ophør/reduktion i forbrug: Ved første interview havde alle haft et forbrug af hash i måneden op til interviewet. Ved andet interview havde mellem 78,4 og 85,4 % haft et forbrug af hash i måneden op til interviewet, og endelig havde mellem 65-79,3 % ved tredje interview haft et forbrug af hash den seneste måned. Mellem 21 og 35 % havde ikke brugt hash i mindst én måned ved seks måneders interviewet. Tallet synes i overensstemmelse med en tidligere danske undersøgelse af danske teenagere i stofmisbrugsbehandling, der viste, at 26,9 % havde stoppet deres forbrug af illegale stoffer seks måneder efter udskrivning.

Reduktion i anden belastning: Endelig blev der fundet signifikante reduktioner i psykisk og økonomisk belastning. Andelen i arbejde steg således fra 27 til 40 %. Kriminalitet var i forvejen lav hos denne gruppe. Der blev alligevel fundet en reduktion, der var tæt på at være signifikant.

### Unge cannabisforbrug

SFI forsker løbende i stofmisbrugsbehandling. Senest har SFI gennemført en større undersøgelse af unges cannabisforbrug.<sup>14</sup> Undersøgelsen har omfattet kvalitative interviews med 30 unge indskrevet i stofmisbrugsbehandling, og har haft fokus på de unges "hash-karrierer", dvs. deres vej ind i et omfattende og problematisk brug af hash. Undersøgelsen viser, at "hash-karrierer" udvikler sig fra at være et socialt fænomen, hvor hash på forskellige måder indgår i et ungdomsliv, til i højere og højere grad at blive det, som deres hverdag centrerer sig om i en sådan grad, at de prioriterer det at ryge over samvær med venner. Undersøgelsen viser også, at hvor de unge tidligt i deres "hash-karriere" har et lempeligt forhold til hash, ændrer dette sig efterhånden, således at de i højere grad betoner, hvordan hashen giver dem problemer. Undersøgelsen anbefaler, at misbrugsbehandling til unge i højere grad forsøger at inddrage det vennenetværk, som den unge er del af.

Udover denne konkrete undersøgelse, har SFI gennemført en række undersøgelser af udsatte målgrupper, hvor stofmisbrug indgår som et delelement i undersøgelsen. Det drejer sig fx om en undersøgelse af hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser, forebyggende foranstaltninger som alternativ til anbringelse af børn uge unge samt unges selvskade og spiseforstyrrelse<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> SFI: Järvinen/Ravn, 2014

<sup>15</sup> Benjaminsen, Lars; Birkelund, Jesper F. og Enemark, Morten H. 2013 *Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser*. SFI Rapport./ Lausten, Mette; Hansen, Helle og Myrup Jensen, Vibeke 2013 *God praksis i forebyggende arbejde*. SFI Rapport./ Vammen, Katrine S. og Christensen, Mogens N. 2013 *Unge selvskade og spiseforstyrrelse*. SFI Rapport./ Lausten, Mette; Andersen, Dines; Skov, Peter R. og Nielsen, Alva A. 2013 *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer*. SFI Rapport.

## 6 Sundhedsrelaterede konsekvenser som følge af problematisk stofmisbrug

### 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 Serums Instituts Dødsårsagsregister. Sidstnævnte register benyttes til sammenligninger med lande i EU og er baseret på en fælles europæisk definition. I 2013 blev der ifølge Rigspolitiet registreret 213 narkotikarelaterede dødsfald. Dette er på samme niveau som i 2012, hvor der blev registreret 210 dødsfald. Niveaue i 2012 og 2013 er dog markant lavere end i 2011, hvor antallet var 285. 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, personlighedsforstyrrelser og lignende. Opgørelser over psykiatriske indlæggelser viser, at der er sket en stigning gennem årene i antal patienter, der indlægges til psykiatrisk behandling, hvor stofmisbrug er en medvirkende faktor ved indlæggelserne (dobbeltdiagnoser).

For at undersøge omfanget af henvendelser med forgiftninger på landets skadestuer efter indtagelse af illegale stoffer, er der udarbejdet en særlig opgørelse over de registrerede forgiftninger på de somatiske og psykiatriske skadestuer. En formodet underrapportering af disse forgiftninger betyder, at der er tale om minimumstal. 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, åbenhed, direkte og ærlig information samt tryghed for den enkelte i kontakten med sundhedsmyndighederne. I hiv-meldesystemet indgår CPR-nummer, oplysninger om eventuel tidligere hiv-test og risikoadfærd samt formodet smittemåde. Aids anmeldes ligeledes med personoplys-

ninger. I tabel 6.2.1 i annekset ses antallet af anmeldte nypåviste hiv-positive og heraf antallet af intravenøse stofmisbrugere de sidste ti år.<sup>16</sup> Antallet af nypåviste hiv-positive har varieret fra år til år, og det samme gælder antallet af smittede, hvor smitekilden antages at være intravenøst stofmisbrug. I 2013 var 6 % (14 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 2013 var 13 % af de anmeldte aids-tilfælde fundet hos intravenøse stofbrugere, hvilket udgjorde 5 ud af i alt 38 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 4 og 19 % for akut hepatitis B, og mellem 0 til 86 % for akut hepatitis C. Til gengæld har andelen af personer anmeldt med kronisk hepatitis C på basis af intravenøst stofmisbrug ligget forholdsvist stabilt mellem 68-75 %. 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, tages med forbehold. Da hepatitis C oftest er asymptomatisk i den akutte fase, er de anmeldte tilfælde 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 2006).<sup>17</sup> 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 %.

---

<sup>16</sup> Tallene fra tidligere år er blevet korrigeret og opdateret, således at de afviger en smule fra opgørelser i tidligere årsrapporter. Statens Serum Institut.

<sup>17</sup> Initiativet til undersøgelsen er taget i den nationale "nøgle-indikator-gruppe for infektionssygdomme".

**Tabel 6.2.1. Antal ny-diagnostiserede hiv-positive og aids-diagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, i pågældende år**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antal ny-påviste hiv-positive i alt	270	307	263	244	312	290	241	273	267	200	231
Antal ny-påviste hiv-positive med intravenøst stofmisbrug (% af alle ny-påviste)	24 (9%)	13 (4%)	17 (6%)	10 (4%)	21 (7%)	15 (5%)	14 (6%)	14 (5%)	10 (4%)	13 (7%)	14 (6%)
Ny-diagnostiserede aids-tilfælde i alt	41	61	45	54	50	40	41	47	60	43	38
Antal ny-diagnostiserede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnostiserede)	11 (27%)	4 (7%)	4 (9%)	3 (6%)	4 (8%)	6 (15%)	4 (10%)	5 (11%)	5 (8%)	5 (12%)	5 (13%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2013-data er opgørelsen foretaget den 13. maj 2014. Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnostiserede)

### 6.3 Andre stofrelaterede helbredsproblemer

#### Ikke fatale forgiftninger med illegale stoffer

Sygehuskontakter med rusmiddelforgiftninger som aktionsdiagnose registreres i Landspatientregisteret (LPR). Udtrækket nedenunder omfatter sådanne aktionsdiagnoser efter skadestuebesøg samt indlæggelser på somatiske og psykiatriske sygehuse, 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 2004 til 2013. 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.

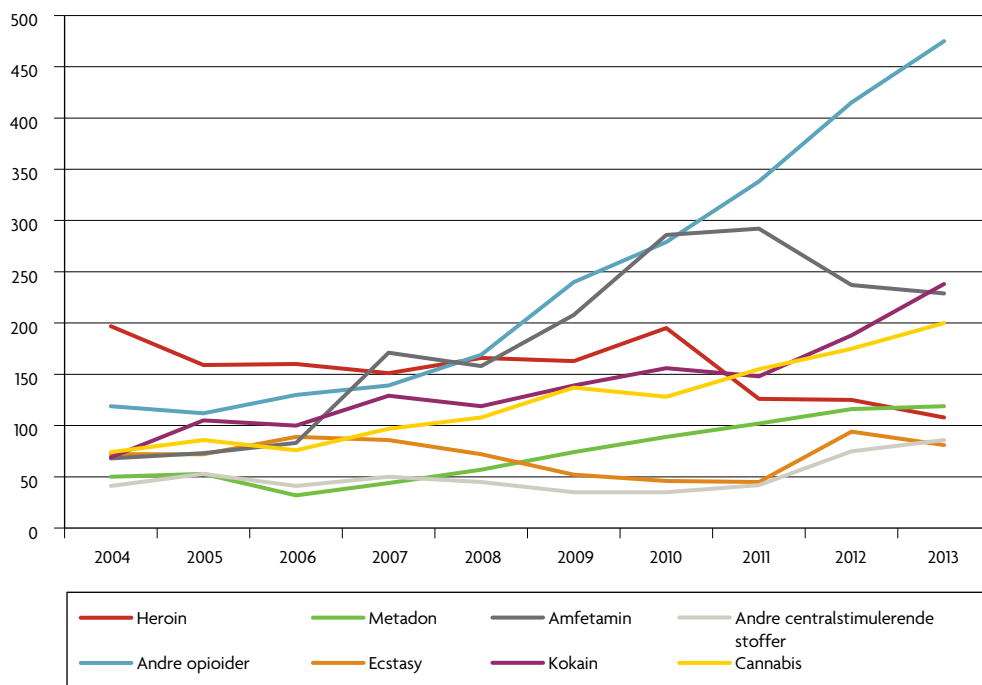
Der er årligt registreret mellem 1163 og 2194 forgiftninger med illegale stoffer fra 2004 til 2013. Fra 2004 ses en stigende tendens fra 1163 forgiftninger i 2004 til 2194 forgiftninger i 2013, hvilket svarer til en stigning på knap 90 % i perioden. På trods af en generel stigning i det samlede antal forgiftninger fra 2004 til i dag, ses et fald i antal forgiftninger med heroin i perioden fra 2010 til 2013 (fra 195 i 2010 til 108 i 2013).

Stigningen gennem årene skyldes primært forgiftning med ”andre” opioider (ikke heroin) og gruppen af centralstimulerende stoffer – herunder ses stigning i forgiftninger med kokain. Tallene er som nævnt usikre og skal tages med forbehold på grund af de forskellige fejlkilder.

I alt er der registreret godt 16.000 stofforgiftninger i de seneste 10 undersøgelsesår. Langt de fleste forgiftninger, knapt 94 %, er behandlet på de somatiske sygehuse, og de resterende godt 6 % på de psykiatriske 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 2004 til 2013 (tal vist i tabel 6.3.1 i annekset).

Figur 6.3.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 2004 - 2013



Kilde: Landspatientregister, Statens Serum Institut, udtræk juni 2014

Forgiftningerne i 2013 er vist i tabel 6.3.2 nedenfor. Godt halvdelen (1212 ud af 2194) af samtlige forgiftninger i 2013 skete blandt personer over 30 år, mens lidt under halvdelen af forgiftningerne (982 ud af 2194) fandt sted blandt personer under 30 år. Unge under 25 år udgjorde 34 % (748 ud af 2194).

Langt de fleste forgiftninger med opioider var 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 2013 fordelt på forskellige aldersgrupper

	< 20 år	20-24 år	25-29 år	≥ 30 år
Opioider	28	40	45	673
Centralstimulerende stoffer	150	218	99	216
Svampe og hallucinogener	26	30	5	10
Cannabis	60	52	33	55
Blandingsmisbrug og uspecificeret	58	86	52	258
<b>I alt</b>	<b>322</b>	<b>426</b>	<b>234</b>	<b>1212</b>

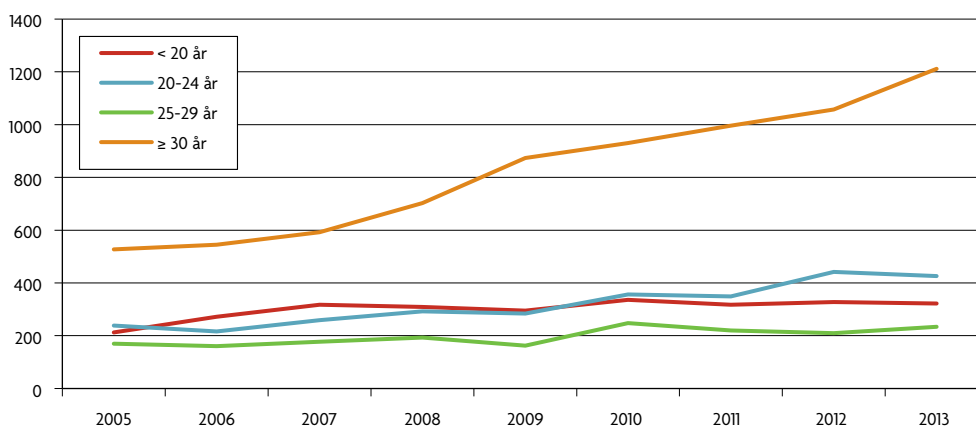
Kilde: Landspatientregister, Statens Serum Institut, udtræk juni 2014



Af de centralstimulerende stoffer forekommer kokain som undtagelse også blandt forgiftningerne hos de lidt ældre. Personer på 30 år og ældre stod for 39 % (94 ud af i alt 238) af forgiftningerne med kokain i 2013 (ikke vist).

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

Figur 6.3.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger, fordelt på aldersgrupper fra 2005 - 2013



Kilde: Landspatientregister, Statens Serum Institut, udtræk juni 2014

Som tidligere nævnt, er antallet af forgiftninger med illegale stoffer steget de senere år. Stigningen ses især blandt personer over 30 år. Stigningen fra 2012 til 2013, udgøres alene af personer i aldersgruppe over 25 år – og især blandt personer over 30 år (fra 1057 til 1212).

### 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.

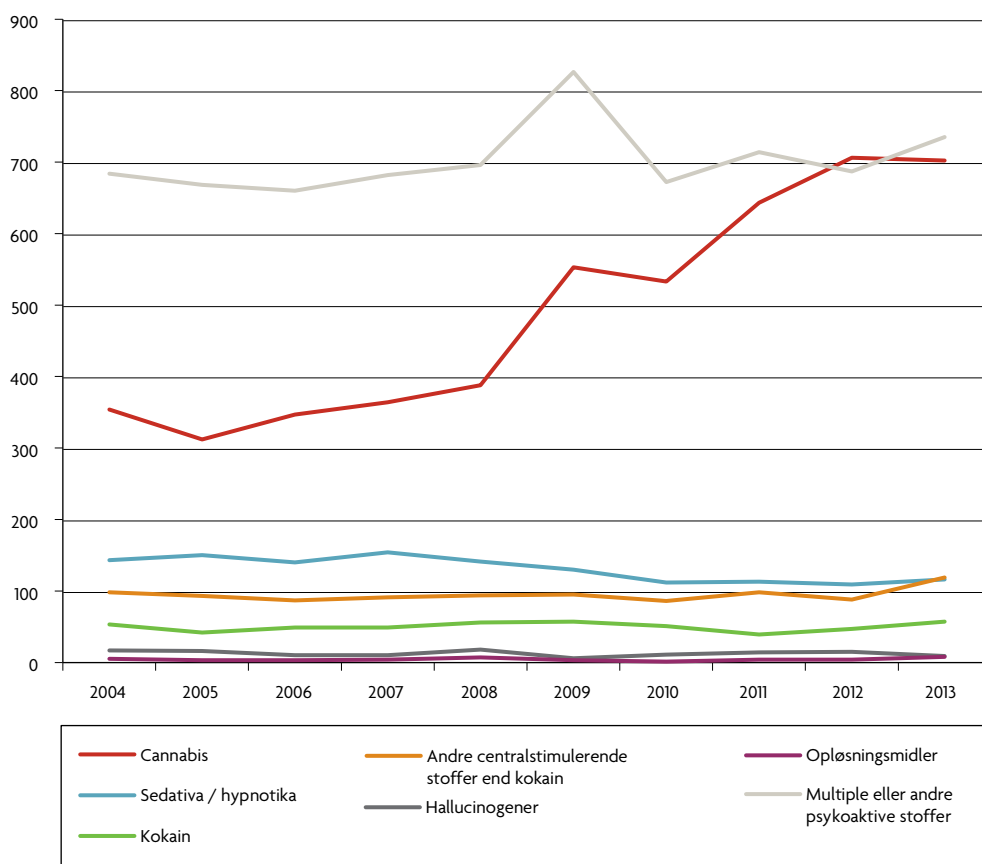
I 2013 blev i alt 5547 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose (dobbelt-diagnose). Dette er et lille fald sammenlignet med i 2012, hvor antallet var 5709. I de senere år er dog sket en jævn stigning i antallet af indlagte på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret diagnose, dog med årlige udsving (se tabel 6.3.4 og 6.3.5 i annexet).

I 2013 udgjorde antal personer med stofrelaterede bidiagnoser 3772 (3946 i 2012), og antallet personer med en stofrelateret hoveddiagnose 1775 (1763 i 2012). Antallet af personer og indlæggelser med bi- eller hoveddiagnoser er vist i tabeller i annexet samt illustreret ved figurer nedenfor.

Over de seneste 10 år har personer med hoveddiagnoser i relation til ”blandings-brug” (muple eller andre psykoaktive stoffer) været den største gruppe. Der er dog i perioden set en markant stigning i personer med hoveddiagnose relateret til cannabis.

Personer med cannabisrelaterede hoveddiagnoser omfattede 40 % af samtlige personer i psykiatrisk behandling med en stofrelateret hoveddiagnose i 2013. Hoveddiagnoser relateret til centralstimulerende stoffer såsom amfetamin og kokain, optræder i ca. 10 % af samtlige indlæggelser med hoveddiagnose i relation til stofbrug i 2013.

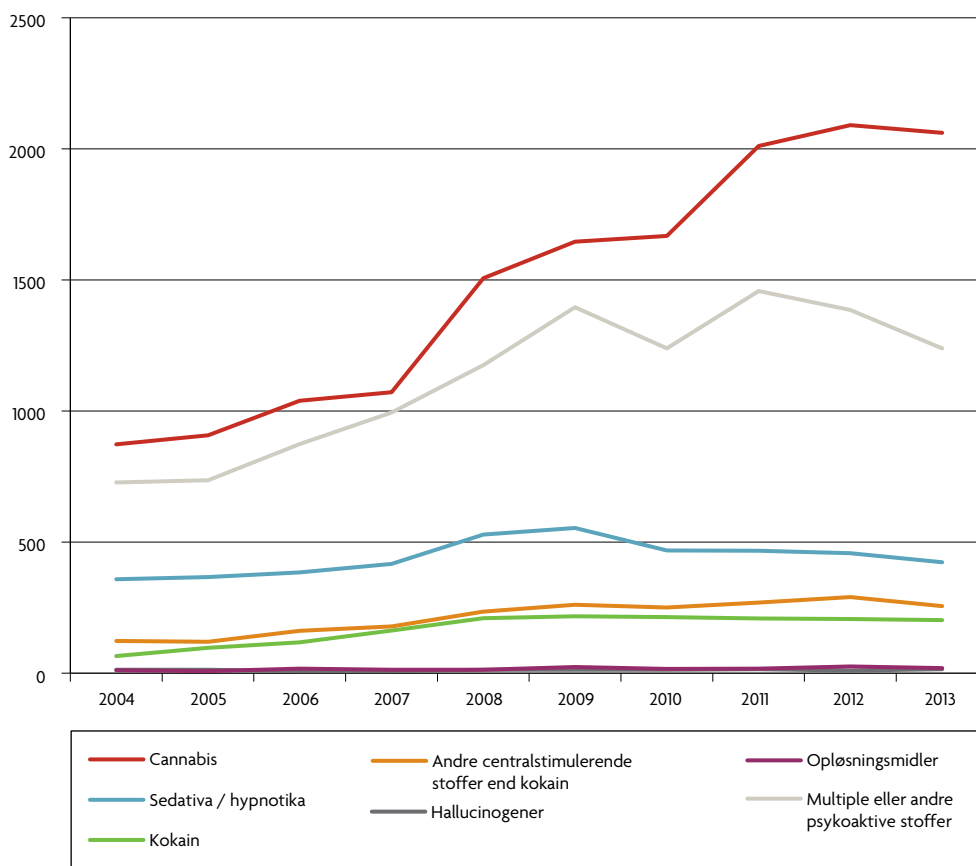
Figur 6.3.4. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 2004-2013



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 meget mere end fordoblet i de seneste 10 år. Gruppen omfattede 873 personer i 2004 og 2061 personer i 2013. 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 en stabilitet i antallet af kokainrelaterede indlæggelser fra 2008 og frem til i dag. Antallet af indlæggelser med kokain og andre centralstimulerende stoffer er dog væsentligt lavere end indlæggelser med cannabis bidiagnoser.

Figur 6.3.5. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 2004-2013



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 betydelig 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. Opgørelsen indeholder døde personer også uden CPR, der betyder, at udenlandske statsborgere kan være inkluderet.

Parallelt med Rigspolitiets register har Sundhedsstyrelsen (nu Statens Serum Institut) siden 1995 offentliggjort en statistikserie over narkotikarelaterede dødsfald. Opgørel-

sen baserer sig på oplysninger hentet fra dødsårsagsregisteret og omfatter de dødsfald, som efter den fælles EU definition er narkotikarelaterede. Opgørelsen fra dødsårsagsregisteret indeholder alene døde personer med dansk CPR-nummer.

Forskellene mellem tallene i Rigspolitiets register og dødsårsagsregister skyldes både forskelle i dødsfaldspopulationer og forskelle i definitioner af et narkotikarelateret dødsfald. Eksempelvis findes i Rigspolitiets register kun dødsfald, hvor der er foretaget medikolegalt ligsyn, hvorimod alle dødsfald i Danmark registreres i dødsårsagsregister.

De tal, som det europæiske narkotikaovervågningscenter, EMCDDA, årligt offentliggør over de narkotikarelaterede dødsfald i EU, er landenes såkaldte ”nationale definition”. Da udtrækket fra dødsårsagsregisteret er *Danmarks nationale definition* er det de tal, der bør benyttes til sammenligninger med de andre europæiske lande. Der er dog forskel på landenes opgørelsesmåder af narkotikarelaterede dødsfald, hvilket gør, at sammenligninger af absolutte tal mellem landene, skal tages med forbehold, mens man kan hæfte større lid til tendenser.

I en dansk sammenhæng er Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald en vigtig kilde til beskrivelsen af udviklingen over tid og indeholder blandt andet specifikke oplysninger om forgiftninger (såkaldte overdosisdødsfald), som ikke umiddelbart kan udtrækkes fra dødsårsagsregisteret.

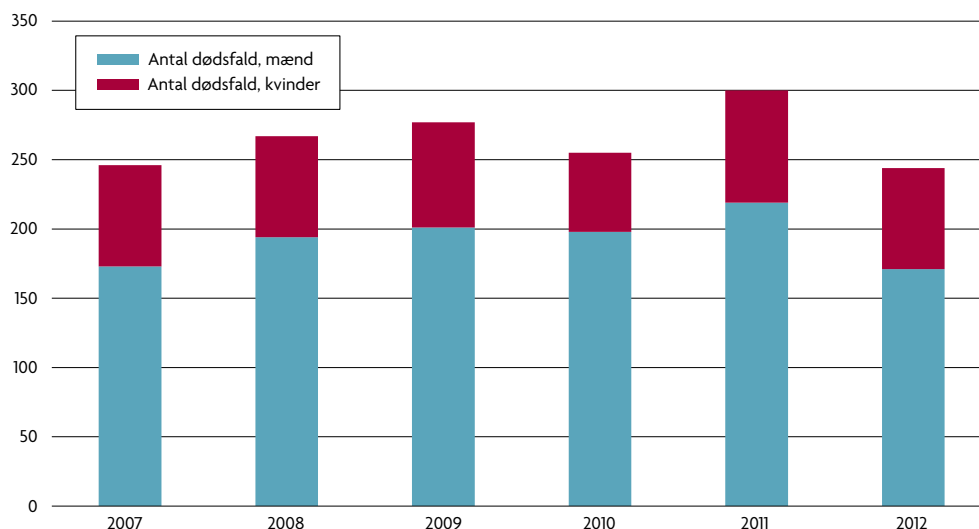
### Opgørelse baseret på dødsårsagsregisteret

I opgørelsen fra dødsårsagsregisteret er den europæiske definition af de narkotikarelaterede dødsfald anvendt (EMCDDA 2009). Sammenlignet med tidligere års opgørelser, er dog i 2014 foretaget udtræk med yderligere koder, som nu svarer fuldt ud til EMCDDA's anbefalinger. Talserien vist i figur 6.4.1 er opdateret fra 2007. De nye udtrækskriterier i 2014 betyder, at talserien derfor ikke umiddelbart kan sammenlignes med tilsvarende serier i tidligere publikationer.

Tal baseret på udtræk med de nye koder i dødsårsagsregisteret fra 2014 betyder, at de narkotikarelaterede dødsfald stiger i antal. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at dette skyldes, at dødeligt forløbende blandingsmisbrug, hvor en hovedforgiftningskilde ikke kan findes, i en årrække har været tiltagende, men ikke medtaget i tidligere årlige opgørelser, baseret på dødsårsagsregisteret, da de er registreret under en kode, som ikke har indgået i udtrækket. Der er således ikke tale om nye dødsfald i perioden, men at flere koder og dermed flere dødsfald, som følge af EMCDDA's anbefalinger, skal tælles med som dødsfald, der må betegnes som narkotikarelaterede. Selv om tilføjelsen af disse koder øger niveauet sammenlignet med tidligere talserie, ændrer den dog ikke den iagttagne faldende tendens.

I opgørelsen nedenunder medregnes dødsfald, der er kodet som dødsfald som følge af skadeligt brug af stoffer eller afhængighed og stofpsykoser, samt dødsfald som følge af forgiftning (tilsigtet og utilsigtet forgiftning). Endvidere er der i nærværende rapport inkluderet dødsfald, der er kodet som forgiftningsulykker med flere stoffer, dvs. hvor flere stoffer har bidraget til forgiftningsulykken. 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 i de narkotikarelaterede dødsfald fra dødsårsagsregisteret.

Figur 6.4.1 Udviklingen af narkotikarelaterede dødsfald registreret i Statens Serum Instituts Dødsårsagsregister for perioden 2007-2012.



Kilde: Statens Serum Instituts Dødsårsagsregister, 2014

\* Data for årgangene 2007 til 2012 fra Dødsårsagsregisteret er ikke komplette. Da det reelle antal dødsfald er kendt fra CPR-registeret er data for 2007-2012 forhøjet med hhv. 1,7; 1,9; 2,1; 2,8; 1,8 og 1,4 pct. for at kunne sammenligne med tidligere år.

I 2012 var antallet af registrerede narkotikarelaterede dødsfald 244, og dermed på niveau med 2007. I 2012 stod mænd for 70 % af samtlige narkotikarelaterede dødsfald. Den gennemsnitlige alder for død blandt mænd var 45,7 år og blandt kvinder 49,6 år.

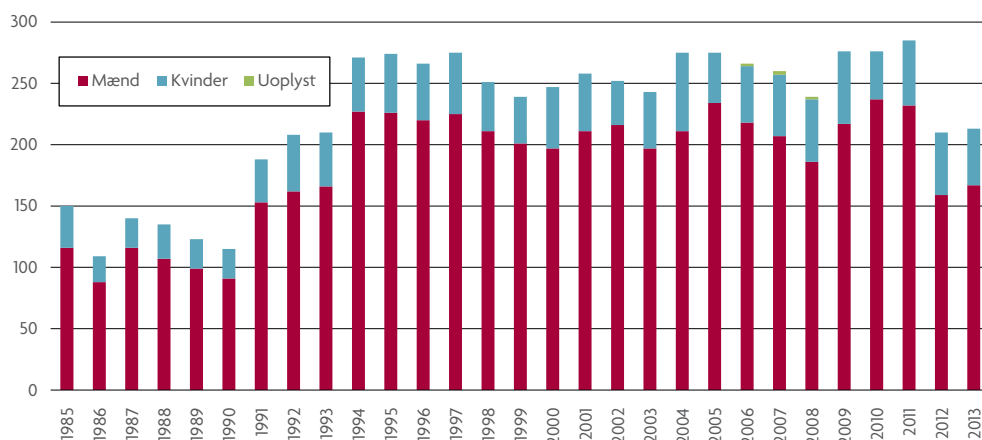
Blandt de 244 narkotikarelaterede dødsfald var 221 forgiftningsdødsfald, alt overvejende på grund af ulykkestilfælde (kaldet OD eller OverDose), men selvmord og tilfælde, hvor man ikke ved om der var tale om selvmord eller ulykkestilfælde er også med i denne gruppe. De resterende 24 dødsfald blev klassificeret efter det, der var oplyst, narkotikaafhængighed.

### 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 2013 blev der registreret 213 narkotikarelaterede dødsfald, og er dermed på niveau med sidste år, hvor det laveste antal registrerede siden 1994 blev registreret. Opgørelsen indeholder personer uden CPR, der betyder, at udenlandske statsborgere kan være inkluderet. Af de 213 dødsfald i 2013 var 78 % mænd (167) og 22 % var kvinder (46).

Gennemsnitsalderen ved død er i mange år steget. I 1993 var gennemsnitsalderen 33 år, mens den i 2013 var 41,9 år, hhv. 41,3 år for mænd og 43,7 år for kvinder. Andelen af unge under 30 år udgjorde 16 % af samtlige narkotikarelaterede dødsfald i 2013 (andelen var 13 % i 2012).

Figur 6.4.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1985-2013, Rigspolitiets Register



Kilde: Rigspolitiet, 2014

Ud af de 213 dødsfald i 2013 skyldtes 77 % (164) forgiftninger med et eller flere stoffer, mens 23 % (49) skyldtes anden form for narkotikarelateret død - fx anden ulykke end forgiftning, sygdom eller en ukendt dødsårsag.

Som tabel 6.4.3. viser, skyldtes 23 % af samtlige forgiftninger (38 ud af 164) heroin/morfin eller heroin/morfin i kombination med et andet stof, mens 59 % af forgiftningerne (97 ud af 164) metadon eller metadon i kombination med et andet stof. 18 % af forgiftningerne (29 ud af 164) skyldes andre stoffer.

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

	1997	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Heroin/morfin	153 (71)	77 (37)	83 (37)	69 (34)	70 (36)	75 (36)	67 (33)	53 (24)	40 (24)	38 (23)
Metadon	46 (21)	89 (43)	92 (42)	84 (41)	82 (42)	96 (47)	89 (44)	114 (52)	100 (60)	97 (59)
Andet	17 (8)	40 (20)	46 (21)	52 (25)	43 (22)	35 (17)	48 (24)	51 (23)	28 (17)	29 (18)
<b>Forgiftninger i alt</b>	<b>216 (100)</b>	<b>206 (100)</b>	<b>221 (100)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>195 (100)</b>	<b>206 (100)</b>	<b>204 (100)</b>	<b>218 (100)</b>	<b>166 (100)</b>	<b>164 (100)</b>

Kilde: Rigspolitiet, 2014

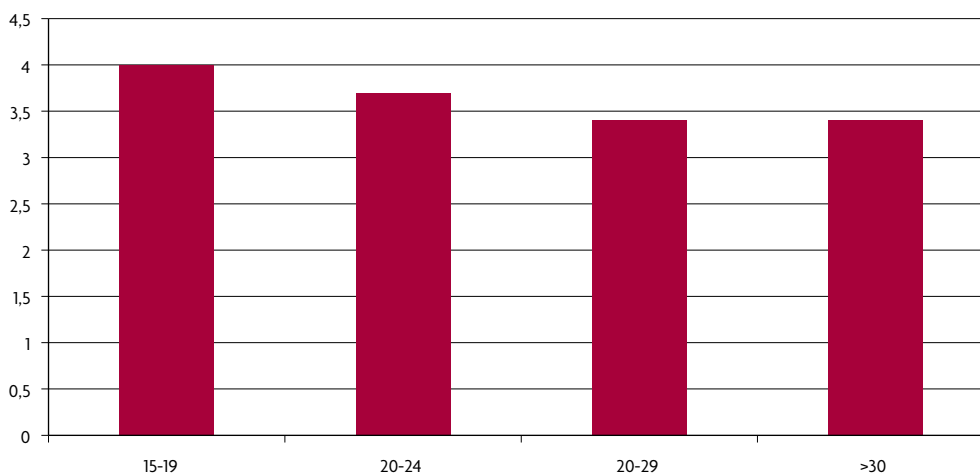
Tabel 6.4.3. viser udviklingen i de forskellige forgiftningsdødsfald i årene 2005 og frem til 2013. Herudover er året 1997 medtaget. Overordnet tegner forgiftninger med opioider (heroin/morfin og metadon) sig i alle årene for hovedparten af dødsfaldene. Forgiftningsdødsfaldene omfatter både ulykkestilfælde og selvmord.

Fra 90'erne til i dag ses dog en markant ændring af forgiftningsmønstret, 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 og kokain. I 2013 var der under kategorien ”andet” blandt andet følgende forgiftningsdødsfald; stærke opioider (5), kokain (3), amfetamin (2) og ecstasy og ecstasy lignende stoffer (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 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 benzodiazepiner, 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 2013 i forskellige aldersgrupper



Kilde: Rigspolitiet, 2014

Som figuren viser, påvises i gennemsnit mere end 3 forskellige stoffer blandt samtlige dødsfald, hvilket dokumenterer et udbredt blandingsbrug blandt dem, der dør af forgiftningen. Dette gælder også blandt de helt unge. Det hyppigst påviste stof blandt samtlige narkotikarelaterede dødsfald er gruppen af ”Andre stoffer” (73 pct.) og metadon (67 pct.), efterfulgt af benzodiazepiner (56 pct.) og hash (38 pct.).

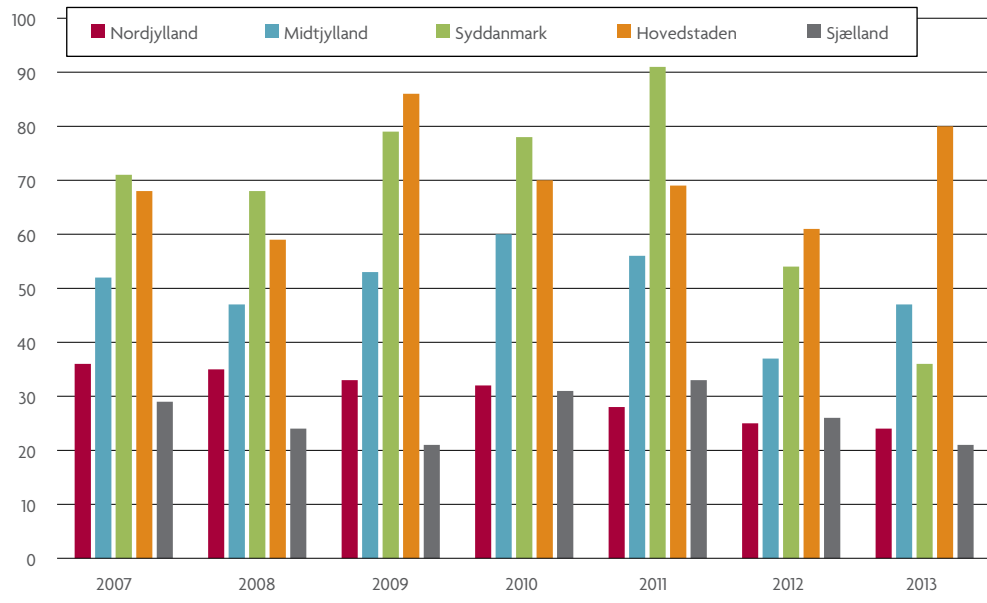
### Geografisk udvikling

Af de 213 narkotikarelaterede dødsfald registreret i Rigspolitiets register i 2013 er 109, 78 og 26 undersøgt og rapporteret fra henholdsvis de retsmedicinske afdelinger/institutter i København, Aarhus og Odense. I de seneste år er der set flere narkotikarelaterede dødsfald i Jylland end på Sjælland. I 2013 ses flere narkotikarelaterede dødsfald på Sjælland end i Jylland. Der ses fortsat færrest dødsfald på Fyn.

Udviklingen i samtlige antal narkotikarelaterede dødsfald for perioden 2007 – 2013 fordelt på regioner samt for de kommuner, med flest dødsfald fremgår af henholdsvis

figur 6.4.4. og figur 6.4.5. Opgørelsen er baseret på den bopælskommune, stofmisbrugerens var registreret i på dødstidspunktet, og ikke hvor dødsfaldet fandt sted. I de tilfælde hvor en person er registreret med et erstatningsnummer, vil det ikke være muligt at tilknytte en bopælskommune.

Figur 6.4.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på udvalgte kommuner, 2008-2013



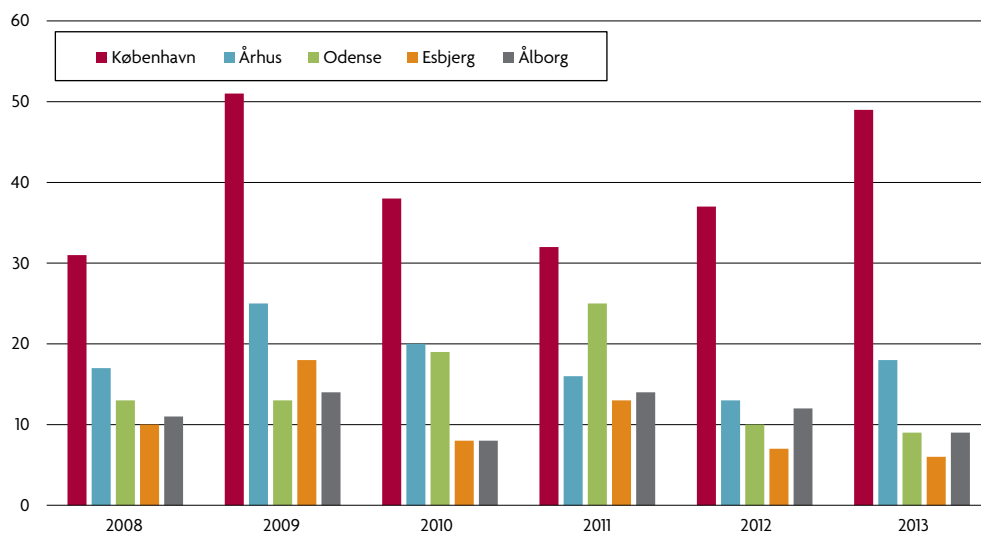
Kilde: Rigspolitiet, 2014

Det ses af figur 6.4.4, hvordan antallet af narkotikarelaterede dødsfald fordeler sig på regionerne, med det højeste antal i Region Hovedstaden og det laveste antal i Region Sjælland i 2013. Udviklingen i antallet af dødsfald fra 2007 til 2013 er forskellig i de fem regioner.

Københavns kommune er den kommune med det højeste antal narkotikarelaterede dødsfald (49) i 2013 efterfulgt af Aarhus (18), Ålborg (9), Odense kommune (9) og Esbjerg (6) jf. figur 6.4.5. Det ses samtidig af figuren, at mens antal narkotikadødsfald falder fra 2012 til 2013 i Odense, Ålborg og Esbjerg, stiger antallet i København og Aarhus i perioden.



Figur 6.4.5. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på udvalgte kommuner, 2008-2013



Kilde: Rigspolitiet, 2014

## 7 Sundhedsfaglige og skadereducerende indsatser

### 7.1 Indledning

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

Stofmisbrugere har en stærkt øget forekomst af psykiatriske sygdomme, og psykisk syge bruger i betydeligt omfang rusmidler. En psykiatrisk sygdom kan gøre det svært at gennemføre en behandling for stofmisbrug, og et stofmisbrug kan vedligeholde og forværre en psykiatrisk grundsygdom. Oftest er der tale om komplekse tilstande.

Stofmisbrugere har også en stærkt øget somatisk sygelighed samt meget højere dødelighed end befolkningen generelt. Mange af de sygdomme, som stofbrugerne pådrager sig opstår, fordi de bruger urene kanyler og andet urent værktøj. Det gælder fx de smitsomme sygdomme: leverbetændelser og HIV. Andre sygdomme, der opstår som direkte følge af et injektionsmisbrug kan være bylder, blodpropper, blodforgiftninger og hjerteklapbetændelser. Andre lidelser som fx tandsygdomme, traumer, lungesygdomme, tuberkulose og underlivssygdomme ses også ofte hos misbrugerne. Disse lidelser skyldes de særlige levevilkår og den livsstil, som ofte ses i forbindelse med stofmisbrug.

Stofmisbrug er i mange tilfælde en langvarig 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

Antallet af narkotikarelaterede dødsfald har i perioden 1994 til 2011 ligget omkring 250, men fra 2011 til 2012 faldt antallet markant, specielt i Region Syddanmark. I 2012 blev der således registreret 210 narkotikarelaterede dødsfald. Det laveste antal siden begyndelsen af 90'erne. Frem mod 2020 skal antallet reduceres yderligere og fastholdes på et niveau på højst 200.

I december 2012 imødekom regeringen en ansøgning fra Odense, Aarhus og Københavns Kommuner om at gennemføre en undersøgelse af de narkotikarelaterede dødsfald i disse tre kommuner. Undersøgelsen bliver foretaget af det norske Senter for rus- og afhængighedsforskning (SERAF), og forventes afsluttet ultimo 2014. Undersøgelsen vil omfatte alle narkotikarelaterede dødsfald i de tre kommuner fra 2008 til 2011, og vil bestå af både en kvantitativ og kvalitativ del, baseret både på registersammenkørsler samt interviews med blandt andet behandlingssystemet og pårørende til de afdøde.

Dødsfaldene vil blive gennemgået med henblik på at øge kendskabet til de faktorer og årsager, der har ført til dødsfaldene. Undersøgelsen er en del af en række nye initiativer, der er taget de senere år for at forebygge dødsfald blandt stofmisbrugere i Danmark. De forskellige initiativer, beskrives nedenunder.

### **Vejledning om den lægelige behandling af akutte rusmiddelforgiftninger**

Mange læger har et utilstrækkeligt kendskab til akutte rusmiddelforgiftninger, som især optræder ved et blandingsmisbrug af stoffer. Sundhedsstyrelsen udgav derfor i 2012 en vejledning om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger med en beskrivelse af de kliniske billeder og behandlingsprincipper (Sundhedsstyrelsen 2012e). Vejledningen skal kvalitetssikre den sundhedsfaglige behandling, således at behandlingen af akutte forgiftninger optimeres bedst muligt. Vejledningen kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

### **Vejledning om behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer**

For også at sikre lægers kendskab til virkninger og skadevirkninger af kokain og andre centralstimulerende stoffer udgav Sundhedsstyrelsen i 2012 samtidig en vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer (Sundhedsstyrelsen 2012f). Vejledningen kan ligeledes findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

### **Stofindtagelsesrum**

Med lov nr. 606 fra juni 2012 om ændring af lov om euforiserende stoffer (Stofindtagelsesrum), blev der skabt retsligt grundlag for, at der efter tilladelse fra ministeren for sundhed og forebyggelse kan oprettes og drives kommunale stofindtagelsesrum drevet af selvejende institutioner med driftsoverenskomst med kommunen.

Der er på nuværende tidspunkt oprettet stofindtagelsesrum i København, Odense og Aarhus.

Stofindtagelsesrummene kan indgå som en skadereducerende del af kommunens samlede tilbud til stofmisbrugere. Erfaringer fra udlandet synes at bekræfte, at stofindtagelsesrum kan medvirke til at nedbringe dødeligheden blandt og forbedre de sundhedsmæssige forhold for stofmisbrugerne, og samtidig begrænse generne for det omgivende samfund. Målgruppen for stofindtagelsesrummene er personer på 18 år eller derover med en stærk afhængighed som følge af længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer.

Som ansvarlige for den social- og sundhedsfaglige indsats, der tager sigte på at reducere de skader, som stofmisbrugerne påfører sig selv og det omgivende samfund, er det den enkelte kommunes ansvar at beslutte, hvorvidt den ønsker at tilrettelægge indsatsen således, at stofindtagelsesrum skal indgå som en skadereducerende foranstaltning i kommunens samlede tilbud til stofmisbrugerne. Overvejelser herom bør kun ske, hvor der i forvejen er en bred vifte af behandlingsmæssige og skadereducerende foranstaltninger, og i overvejelserne bør det indgå, at stofindtagelsesrum ikke kan erstatte, men alene supplere disse foranstaltninger. Den enkelte kommunes stillingtagen bør ske i samarbejde med politiet, da oprettelsen af stofindtagelsesrum er forbundet med

betydelig politimæssig interesse. Derudover bør lokalsamfundet og så vidt muligt de berørte stofmisbrugere inddrages.

For at opnå de ønskede fordele med hensyn til nedbringelse af dødeligheden blandt og forbedring af forholdene for stofmisbrugere samt begrænsning af generne for det omgivende samfund bør stofindtagelsesrum være et lavtærskeltilbud.

Den borgernærhed og det lokalkendskab, som er nødvendig for kommunernes nærmere tilrettelæggelse af den social- og sundhedsfaglige indsats, der tager sigte på at reducere skader som følge af stofmisbrug, er tilsvarende nødvendig for – efter en beslutning om at tilrettelægge indsatsen således, at stofindtagelsesrum skal indgå som en skadereducerende foranstaltning i kommunens samlede tilbud til stofmisbrugere – at tage stilling til fx adgang, kapacitet, personale, stoftyper- og -indtagelsesmåder, ordensregler mv. og tilsyn hermed. Stillingtagen hertil bør ske i samarbejde med politi, lokalsamfund og så vidt muligt de berørte stofmisbrugere. Der skal også være adgang til relevante sociale- og sundhedsfaglige tilbud. Stofindtagelsesrummene skal bemændes af kvalificeret personale, som bl.a. skal overvåge stofindtagelsen.

Forbuddet mod besiddelse af euforiserende stoffer til andre end medicinske og videnskabelige formål fastholdes. Det forudsættes imidlertid, at besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug i og i umiddelbar nærhed af et kommunalt stofindtagelsesrum eller et stofindtagelsesrum, drevet af en selvejende institution med driftsoverenskomst med kommunen, i praksis normalt ikke forfølges af politiet, hvis den pågældende er fyldt 18 år og som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer har en stærk afhængighed af det pågældende stof.

### **Erfaringer med stofindtagelsesrum i Københavns Kommune**

Den 6. august 2013 åbnede Københavns Kommunes permanente stofindtagelsesrum Skyen i Mændenes Hjem på Vesterbro. Med åbningen af Skyen, findes stofindtagelsesrum på flere lokaliteter i området: I Skyen, i det midlertidige stofindtagelsesrum Halmtorvet ved siden af Sundhedsrummet og i det mobile stofindtagelsesrum Fixelancen, der i øjeblikket er parkeret ved siden af Sundhedsrummet.

### **Kapacitet og udnyttelse**

Med åbningen af Skyen råder Københavns Kommune aktuelt over samlet set 20 injektionspladser og seks rygepladser i de 3 stofindtagelsesrum. Det er kun i Skyen, at stofferne kan indtages ved rygning. Åbningstiderne i stofindtagelsesrummene er tilrettelagt for at sikre den optimale brug af personaleresourcer i forhold til antallet af brugere, der anvender rummene. Skyen har dagligt åbent fra kl. 7.45-24.00, det midlertidige stofindtagelsesrum på Halmtorvet har åbent fra kl. 11.30-19.30 og Fixelancen har åbent fra kl. 13.30-17.30.

Det mobile stofindtagelsesrum Fixelancen har siden oktober 2012 været placeret på Halmtorvet ved siden af – og som supplement til – det midlertidige stofindtagelsesrum. Fixelancen vil potentielt kunne placeres i andre bydele som fx på Sundholm, hvor der er efterspørgsel. Fixelancens mobilitet er dog i sig selv begrænset, eftersom den alene vil kunne flyttes til en ny ”stationær” placering efter politiets og ministeriets godkendelse.

Stofindtagelsesrummene er bemandet med sygeplejersker og socialfaglige medarbejdere. Der er altid mindst to sygeplejersker til stede i hvert stofindtagelsesrum. Alt personale er uddannet i førstehjælp. Herudover er tilknyttet en læge, som sikrer de sundhedsfaglige ydelser, rådgivning i konkrete sager og supervision af personalet.

### **Antal stofindtag og stof typer**

Siden åbningen af Skyen i august 2013 er der set en stigning i antallet af stofindtag i de tre rum. Før Skyen åbnede, var der et gennemsnitligt antal stofindtag på 1.967 pr. uge eller 281 indtag pr. dag. Efter Skyens åbning ses gennemsnitligt 2.830 indtag pr. uge eller 404 indtag pr. dag. Der er således sket en stigning på 44 %, som primært er forårsaget af rygeindtagelser.

Nogle brugere kommer mange gange dagligt, hvorimod andre kun kommer en enkelt gang. For rygepladserne registreres antallet af besøg, i modsætning til injektionspladserne, hvor man registrerer antallet af indtag pr. bruger. En ryger kan nå at ryge flere gange pr. besøg, og det reelle antal stofindtag kan således være endnu højere end de opgjorte tal. På grund af den forskellige kultur for stofindtag mellem dem, der ryger og dem, der injicerer, er det ikke muligt at anvende den samme registreringsmetode for de to grupper. Rygerne har tendens til at være længere om deres stofindtag og til at ville ryge igen, straks efter, at de har røget en gang.

### **Brugerne af stofindtagelsesrummene**

Rummene adskiller sig ikke nævneværdigt, når man sammenligner, hvilke stoffer brugerne indtager. Det klart foretrukne stof er kokain, som tegner sig for mellem 61 og 70 % af injektionerne. Til sammenligning udgør injektioner med ren heroin kun 10-12 %, injektioner med metadon 7 %, mens injektioner af blandinger af opioider og kokain tegner sig for yderligere 12-17 % (heroin/kokain og metadon/kokain). Dette er ikke overraskende, da kokains virkningsperiode er væsentligt kortere, end den er for opioider.

Stofferne fordeler sig anderledes, når det gælder indtagelse ved rygning. Her tegner rygningen af kokain sig for 55 %, mens opioider indtaget ved rygning (overvejende heroin) tegner sig for 31 %. Rygepladserne i Skyen har altså formået at tiltrække en forholdsvis stor del af de brugere, der indtager deres heroin ved rygning. En stor andel af rygepladsernes brugere er mænd med anden etnisk herkomst end dansk.

Størstedelen af brugerne i stofindtagelsesrummene samlet er mellem 24 og 53 år, men aldersfordelingen i de forskellige tilbud noget forskellig. Mens stofindtagelsesrummet Halmtorvet tiltrækker en væsentlig større andel af brugere mellem 34 og 43-årige, tiltrækker Skyen en del yngre brugere og en lidt større andel af de ældre brugere fra 54 år og opefter. Forklaringerne på forskellene kan være flere, men formentlig tiltrækker Skyen de yngre brugere, der foretrækker at ryge deres stof frem for at injicere. Samtidig kan Skyens beliggenhed på Mændenes Hjem bevirke, at de (ældre) stofbrugere, der i forvejen benytter Mændenes Hjem § 110-botilbud, foretrækker at benytte rummet her.

Omkring 80 % af brugerne er mænd, mens 20 % er kvinder. Skyen tiltrækker en relativt mindre andel af kvinderne end stofindtagelsesrummet på Halmtorvet. En meget forsigtig forklaring kan være den samme som ovenfor, nemlig at det er overvejende mænd, der benytter Mændenes Hjem § 110-botilbud. Samtidig er der som ovenfor

beskrevet flere mænd med etnisk minoritetsbaggrund, som foretrækker at ryge deres stof frem for at injicere.

Andelen af kvindelige brugere i Fixelancen er omkring 30 %. Det er oplevelsen, at flere kvinder foretrækker det mere rolige miljø her end de travle stofindtagelsesrum.

45 % af brugerne er københavnere og i alt 59 % er hjemmehørende i Region Hovedstaden. Ganske få brugere er hjemmehørende i Jylland, ingen har adresse på Bornholm, mens lidt flere kommer fra de sjællandske kommuner.

22 % af de registrerede brugere har intet dansk regionalt tilhørsforhold. Det er uvist, fra hvilke lande brugerne kommer, men det er oplevelsen, at mange af stofindtagelsesrummenes brugere kommer fra de nordiske nabolande. Københavns Kommune er opmærksom på, at stofindtagelsesrummene i sig selv tiltrækker udenlandske borgere til Vesterbros åbne gadescene. Men så længe der er fri bevægelighed og forskelle i sociale tilbud landene imellem, vil der formentlig fortsat være udsatte udlændinge i de københavnske gader og i stofindtagelsesrummene.

### **Behandling af overdoser**

Der er i 2013 registreret 109 tilfælde af potentiel dødelig stofforgiftning, hvor personalet har grebet ind. De 109 tilfælde fordeler sig ud fra følgende stoffer/stofgrupper: 68 (62 %) med heroin eller metadon, 28 (26 %) med kokain, og 13 (12 %) med milde eller uspecificerede stoffer. Der er ikke registreret dødsfald i stofindtagelsesrummene som følge af overdosis.

### **Brobygning til behandlingssystemet og social- og sundhedssystemet**

Medarbejderne i stofindtagelsesrummene bygger i højere og højere grad bro til andre offentlige tilbud. Særligt henvises brugerne til diverse sundhedstilbud, fx Sundhedsrummet, sygeplejeklinikken på Mændenes hjem og skadestue/hospital. Også brobygning til socialrådgivning hos blandt andre Hjælpøseenheden, til socialrådgiver i Sundhedsrummet samt til de socialfaglige medarbejdere i Mændenes Hjem kontaktsted finder sted i stigende omfang.

Endelig skal det fremhæves, at brobygning til stofmisbrugsbehandling er steget væsentligt i perioden – blandt andet som resultat af den fremskudte indsats, som Rådgivningscenter København tilbyder i rummene.

### **Gener i lokalområdet**

Selvom det udendørs stofmisbrug ikke er elimineret, er det opfattelsen at det er reduceret, sammenlignet med før stofindtagelsesrummene åbnede. Stofindtag udenfor rummene vurderes aktuelt at være udtryk for akut stofbehov mere end for konsekvent fravælgelse af stofindtagelsesrummene. Der er dog til stadighed fokus på opsøgende indsats ift. de brugere, der indtager stoffer udendørs.

### **Forebyggelse af dødsfald ved brug af naloxon**

Fra udlandet og Københavns Kommune er der gode erfaringer med brugeradministreret anvendelse af naloxon til forebyggelse af forgiftningsdødsfald med opioider og skadevirkninger efter opioidforgiftninger. På baggrund af de positive erfaringer fra et

pilotprojekt i Københavns Kommune er der iværksat et statsligt finansieret projekt, der startede i januar 2013.

Formålet med projektet er at reducere antallet af dødsfald og andre skadevirkninger som følge af overdoser hos personer med opioidmisbrug ved hjælp af brugeradministreret naloxon kombineret med undervisning.

Indsatsen er lokalt forankret i fire kommuner (København, Aarhus, Odense og Glostrup), hvor der er et væsentligt stofmisbrug på gadeplan. Personer med et stofmisbrug, deres pårørende og folk i stofmisbrugsmiljøet bliver undervist i genoplivning og brugen af naloxon. Københavns Kommune har som koordinerende kommune ansvaret for at undervise de øvrige kommuners lokale undervisere samt indsamle projektdata.

Indsatsen slutter med en evaluering medio 2015.

### 7.3 Forebyggelse og behandling af stofrelaterede infektionssygdomme

Den mest effektive måde at forebygge stofrelaterede infektionssygdomme som hepatitis B, C og hiv, er at begrænse delingen af injektionsværktøj. Dette tilstræbes ved at substituere intravenøst forbrug til indtagelse gennem munden og ved at organisere udlevering af rene sprøjter og kanyler til stofbrugere.

Herudover bør alle nuværende og tidligere stofbrugere i mødet med behandlingssystemet tilbydes undersøgelse for hepatitis B, C og hiv og tilbydes vaccination mod hepatitis B, hvis de ikke findes smittet. Til intravenøse stofbrugere, samlevende pårørende under 18 år til hepatitis B-smittede og personer med hepatitis C tilbydes gratis kombinationsvaccine mod både hepatitis A og B for yderligere at reducere risikoen for forværring af tilstanden hos hepatitis C smittede. Samlevende pårørende over 18 år og faste seksualpartnere til personer med kronisk hepatitis B tilbydes kun gratis vaccination mod hepatitis B.

Alle patienter, der findes smittet med HBV eller HCV, skal grundigt instrueres i, hvordan de undgår at smitte andre. Denne information skal gives af den læge, der diagnosticerer eller behandler patienten.

#### Visitation af patienter med hiv

En ny-konstateret hiv-smittet bør straks henvises til infektionsmedicinsk specialafdeling til videre udredning, rådgivning og eventuel behandling. Hiv-smittede bør have tilbud om regelmæssig helbreds kontrol hver 3.-6. måned. Kontrollen omfatter yderligere vejledning, klinisk undersøgelse, løbende vurdering af immunforsvarets tilstand og mængden af hiv-RNA i blodet med en vurdering af behov for behandling.

#### Visitation af patienter med HBV eller HCV

Patienter med HBV og HCV infektion skal henvises til specialafdeling for yderligere diagnostik, rådgivning og vurdering med henblik på løbende kontrol og/eller medicinsk behandling. Henvisningen kan evt. suppleres med støtte- eller følgeordninger

for at sikre gennemførelsen. Arbejdet skal tilrettelægges, så der er indgået aftaler om et samarbejde mellem specialafdelinger og stofbrugsbehandlingsinstitutioner.

### **Behandling af kronisk hepatitis B**

De i dag tilgængelige behandlinger kan ikke helbrede patienten fuldstændigt, men hæmmer virusreplikation og inflammation og kan permanent bringe patienten over i sygdommens inaktive stadie, således at risikoen for udvikling af skrumpelever og levercellekræft mindskes.

### **Behandling af hepatitis C**

Ved akut hepatitis C bør alle, som ikke spontant helbredes inden for 12 uger, tilbydes behandling, som helbreder mere end 90%. Cirka 50-80% af patienter med kronisk hepatitis C som behandles kan helbredes med de aktuelt tilgængelige behandlingstilbud. Patienter med skrumpelever responderer dårligere og har flere bivirkninger end patienter uden skrumpelever. Det er derfor vigtigt, at identificere patienter med kronisk hepatitis C i risiko for at udvikle fibrose og gennemføre behandling, inden sygdommen progredierer til skrumpelever.

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2007 en handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C (Sundhedsstyrelsen 2007a), hvori det påpeges, 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 stofbrugere, der er indskrevet i behandling, og stofbrugere, der kun en enkelt gang har injiceret sig, og dermed måske ikke opfatter sig som intravenøs stofbruger. 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 stofbrugere overfører virus til ikke smittede.

I forlængelse af handlingsplanen har Sundhedsstyrelsen pr 1. januar 2011 etableret et indberetningssystem, [www.stofbrugsdatabasen.dk](http://www.stofbrugsdatabasen.dk), til brug for monitorering af kommunernes indsats og ydelser.

### **Sprøjteudleveringsordninger**

Kommunerne er ikke lovmæssigt forpligtet til at udlevere sprøjter og kanyler til stofbrugere. Dog har de fleste kommuner en praksis herfor. Udleveringen af sprøjter og kanyler foregår typisk via behandlingsinstitutioner, de lokale apoteker, væresteder/ varместuer eller herberger. Nogle få steder er opsat automater.

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.

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 stofbrugere, som har adgang til rene sprøjter og kanyler, er højt. Dette skyldes, at alle de store kommuner, som har et relativt stort antal stofbrugere, udleverer rent værktøj. Undersøgelsen er ikke opdelt



på kommuneniveau, men KL har vurderet, at undersøgelsen giver et dækkende billede af kommunernes praksis. I 2014 er nye oplysninger om udbredelsen af kommunernes udlevering af sterilt injektionsudstyr kommet frem. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er ved at undersøge sagen.

## 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 to af disse indsatser beskrevet nærmere.

### 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. Etableringsfasen er forlænget med yderligere et år til udgangen af 2014. Herefter videreføres 28,5 mio. kr. som en permanent bevilling.

Formålet med familieambulatorierne er dels at forebygge, at børn fødes med skader som følge af moderens forbrug af alkohol, stoffer og/eller afhængighedsskabende medicin og dels at afhjælpe medfødte rusmiddelskader, samt opvækstbetingede udviklingsproblemer/omsorgssvigt hos børn af kvinder med rusmiddelproblemer. Dette gælder også indsatser over for børn (op til skolealderen), der har været eksponeret for rusmidler i graviditeten, hvor moderen ikke har været fulgt i Familieambulatoriet under graviditeten.

Familieambulatorierne skal sikre en helhedsorienteret indsats over for den gravide, det kommende barn, evt. partner og søskende i et tæt tværsektorielt samarbejde med de relevante kommunale og regionale aktører. Med henblik på at etablere dette bæredygtige samarbejde skal Familieambulatorierne og kommunerne i regionen etablere samarbejdsaftaler om indsatsen i regi af Sundhedsaftalerne.

Ud over indsats i forhold til kvinder, der har et aktuelt rusmiddelforbrug eller har haft rusmiddelproblematik inden for de seneste to år, tilbyder Familieambulatorierne rådgivende samtaler med gravide (og deres partnere), der har haft et rusmiddelforbrug eller episoder med fx stort alkoholbrug før erkendt graviditet, men er stoppet. Formålet er oplysning om rusmidlers skadevirkning på fosteret og støtte til eventuel afklaring af ønske om gennemførelse af svangerskabet samt afklaring af behov for yderligere indsatser.

For at sikre let adgang for den gravide til så tidlig rådgivning og indsats som muligt, er der åben visitation til Familieambulatorierne.

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 Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn.

Videncenteret varetager sekretariatsfunktionen for en tværregional koordinationsgruppe, der sikrer fælles faglige retningslinjer, fælles diagnoselister mv. for arbejdet i de fem regionale familieambulatorier. Videncenteret forestår endvidere implementeringen og

det fortsatte udviklingsarbejde med familieambulatoriernes fælles kliniske kvalitetsdatabase, der startede op den 1. februar 2013. Videncenteret har endvidere gennemført et projekt med opkvalificering af sundhedsplejersker til tidlig opsporing og sikring af støtte til gravide med et fostertruende forbrug af rusmidler og til børn, som formodes eller har været rusmiddeleksponeret i graviditeten.

Med udgangen af 2014 vil der blive udarbejdet en evaluering omhandlende både implementeringen og funktionen af de fem regionale familieambulatorier og rådgivningsfunktionen mv. ved Videncenteret.

Vejledningen for etableringen af familieambulatorierne (Sundhedsstyrelsen 2009d) og tilhørende fagligt materiale kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Videnscentrets hjemmeside er [www.familieambulatoriet.dk](http://www.familieambulatoriet.dk).

### **Socialsygepleje**

'Socialsygepleje' startede op som et satspuljefinansieret projekt i 2010. Projektet var forankret i KABS VIDEN og fire hospitaler/centre var involveret i projektet Socialsygepleje: Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Nordsjælland.

Indsatsen med socialsygepleje er målrettet personer med problematisk stofmisbrug og/eller alkoholforbrug, hjemløse, personer med dobbeltdiagnoser og prostituerede. Socialsygeplejersken bidrager til at sikre en rådgivende, vidensformidlende og brobyggende indsats over for de socialt mest udsatte patienter, som indlægges på hospital. Formålet med indsatsen er derved at styrke patientforløbet og skabe bedre sammenhæng i behandlingen fra indlæggelse og til kommunen tager over ved udskrivelse.

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

Projekt Socialsygepleje blev fra 2010 fulgt og evalueret af COWI. Dokumentationen herfra peger på, at målet om at bygge bro mellem sygehusenes behandling og de sociale indsatser er nået til fulde på de involverede somatiske afdelinger. Personalet på de somatiske afdelinger har fået en større viden om målgruppens problemer, og samarbejdet med målgruppen opleves som markant bedre. Herudover har socialsygeplejerskens specialviden om medicinering til misbrugere, sammen med kendskabet til institutioner og tilbud, givet både indlæggelser og udskrivinger et kvalitetsløft.

Indsatsen med socialsygepleje er nu forankret på Bispebjerg og Hvidovre Hospital. Dertil har Region Hovedstaden afsat midler til at udvide og drifte funktionen på Glostrup, Herlev, Rigshospitalet og Nordsjællands Hospital, således at der nu er ansat 6 socialsygeplejersker på regionens hospitaler. Desuden er der ansat en faglig konsulent til at oplære og understøtte socialsygeplejerskernes arbejde. Socialsygepleje er ikke forankret i psykiatrien.

KABS VIDEN har i 2013 udgivet en antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje; 'Socialsygepleje i somatik og psykiatri'.

## 8 Sociale sammenhænge og social integration

### 8.1 Indledning

Borgere i stofmisbrugsbehandling har ofte problemer med bolig, familie, beskæftigelse og økonomi. Derfor iværksættes der ofte flere sociale initiativer før, sideløbende med og efter en behandlingsindsats. Helhedsorientering og koordinering på tværs af forvaltninger, indsatser og sektorer er således et centralt element i indsatsen 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 eller hendes forbrug af rusmidler.

Handleplanen jf. serviceloven § 141, 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, bør der løbende følges op på den sociale indsats.

#### **Børn og unge anbragt uden for hjemmet**

Ankestyrelsen har 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, 2013).

I 2012 blev der truffet *afgørelser om anbringelse* af 2.443 børn og unge. 44 % af disse var mellem 15 og 17 år, 22 % var mellem 12 og 14 år, mens 12 % var mellem 0 og 3 år. Som nævnt har kommunerne indberettet de udslagsgivende årsager til anbringelsen, og ofte er der flere årsager til en anbringelse. Statistikken viser, at misbrugsproblemer i

hjemmet/hos forældrene i 2012 var udslagsgivende for anbringelsen i 16 % af sagerne. Når der ses på de udslagsgivende anbringelsesårsager hos barnet/den unge selv, gælder det, at misbrugsproblemer i 2012 var årsag i 11 % af sagerne. Disse tal adskiller sig stort set ikke fra 2011.

Ved udgangen af 2012 var *der anbragt* i alt 12.025 børn og unge mellem 0-17 år uden for hjemmet.

## 8.2 Social integration

Borgere med stofproblematikker er en differentieret gruppe med forskellige behov for indsats og støtte. Kommunerne skal, jf. behandlingsforpligtigelsen, opstille behandlingstilbud til alle typer af borgere med stofmisbrug ved en tilstrækkelig mangfoldighed af tilbud og under hensyntagen til en række specifikke målgrupper. Det er imidlertid ikke alle borgere med stofmisbrug, som er i stabil behandling for deres misbrug. Der er derfor behov for løbende at udvikle de tilbud, der er til borgere med stofmisbrug på baggrund af den viden, der er på området, således at de rette tilbud, som matcher den enkelte borgers behov og særlige udfordringer, er til rådighed.

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold har derfor iværksat en stofmisbrugspakke, som indeholder 10 konkrete initiativer, der skal være med til at løfte kvaliteten i den sociale stofmisbrugsbehandling. Stofmisbrugspakken fokuserer blandt andet på, at behandlingsindsatsen styrkes og så vidt muligt bygger på evidensbaserede metoder med dokumenteret effekt. Et yderligere fokus er, at borgeren skal opleve en mere systematisk opfølgning på behandlingen, og at der bliver taget hånd om andre problemer end stofmisbruget.

Initiativerne i stofmisbrugspakken er beskrevet i afsnit 5.4.

Der er en bred vifte af indsatser, der kan iværksættes over for socialt udsatte med et stofmisbrug. Indsatser 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

Som beskrevet i kapitel 4 viser den seneste hjemløsetælling fra SFI, at der i uge 6 i 2013 var 5820 hjemløse i Danmark. En betydelig andel af disse borgere har store sociale problemer ud over at mangle et sted at bo. Herunder viser tællingen, at 80 % af de hjemløse mænd og 73 % af de hjemløse kvinder enten har en psykisk sygdom og/eller et misbrug. 31 % af de hjemløse har både en psykisk lidelse og et misbrug (Benjaminsen et al 2013).

I 2008 igangsatte partierne bag satspuljen en stor sammenhængende strategisk satsning for at reducere hjemløsheden i Danmark. Der blev afsat ca. 500 mio. kr. til programmet i perioden 2009-2013, hvor der blandt andet var fokus på at få afprøvet metoder til at få borgere ud af hjemløshed. 17 kommuner har deltaget i arbejdet med Hjemlø-

sestrategien. Hjemløsestrategien har taget udgangspunkt i Housing First princippet.<sup>18</sup> Det overordnede formål med Hjemløsestrategien var at bidrage til at nedbringe antallet af hjemløse i Danmark.

Centralt i arbejdet med Hjemløsestrategien har været arbejdet med at implementere ”Housing First” og tre bostøttemetoder med dokumenteret effekt i udlandet til en dansk kontekst. Evalueringen af Hjemløsestrategien (offentliggjort maj 2013) viser særdeles gode erfaringer med at hjælpe hjemløse borgere ud af hjemløshed. Således formår 90-95 % af borgerne, der har indgået i arbejdet med Housing First-bostøttemetoderne at fastholde deres nye bolig i hele projektperioden.

Partierne bag satspuljen har derfor igangsat et arbejde med at forankre erfaringerne fra Hjemløsestrategien i de kommuner, der har deltaget i arbejdet med Hjemløsestrategien og udbrede erfaringerne til øvrige kommuner, som ønsker at styrke indsatsen på dette område. Dertil kommer, at partierne bag satspuljen i satspuljeaftalen for 2014 afsatte 60,6 mio. kr. til en styrket forebyggende, tidlig og målrettet indsats til unge hjemløse og unge i risiko for at blive hjemløse. Forebyggelse af hjemløshed hos unge er ligeledes prioriteret i aftalen om finansloven for 2014 og som følge blev der pr. 1.7.2014 tilføjet en § 81 b i lov om aktiv socialpolitik, der giver kommunerne mulighed for i op til seks måneder at yde midlertidig hjælp til huslejudgifter i forhold til unge under 30 år, der modtager kontanthjælp, uddannelseshjælp eller revalideringsydelse, og som er i en udsat boligsituation.

### 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. Ansvar 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 Undervisningsministeriet, være relevante. Her kan nævnes Almen Voksenuddannelse (AVU) og Forberedende Voksenundervisning (FVU), som begge er tilbud, der kompenserer for manglende grundskoleuddannelse. Hertil kommer Arbejdsmarkedsuddannelserne (AMU), som er korterevarende uddannelser der har til formål at imødekomme ufaglærtes og faglærtes nye eller udækkede behov for erhvervsrettet voksen- og efteruddannelse. Arbejdsmarkedsuddannelser giver landsdækkende kompetence, kan indgå i uddannelsesstrukturer, og kan give merit til grundlæggende erhvervsrettede uddannelser.

Kontanthjælpsreformen, som trådte i kraft den 1. januar 2014, har et særligt fokus på, at kontant- og uddannelseshjælpsmodtagere med komplekse problemstillinger hurtigst muligt skal have en helhedsorienteret og job- eller uddannelsesrettet indsats. Indsatsen skal afspejle den enkeltes behov og tage hånd om borgerens sociale og/eller sundhedsmæssige problemer. Den enkelte borger med komplekse problemstillinger har ret til en

<sup>18</sup> 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.

koordinerende sagsbehandler, der skal sikre, at indsatsen er tværfaglig og koordineret på tværs af offentlige myndigheder.

Der er en gruppe borgere på kontanthjælp, som er så udsatte, at de ikke kan tage imod tilbud om en job- eller uddannelsesrettet indsats. De får i stedet ret og pligt til en mentor, som skal hjælpe dem med at få stabiliseret deres liv så meget, at de med tiden kan deltage i en job- eller uddannelsesrettet indsats.

I beskæftigelsesministerielt regi er der generelt mulighed for at give ledige en række aktiveringstilbud med henblik på at forbedre borgernes mulighed for at blive selvforsørgende. Tilbuddene skal generelt gives ud fra den enkeltes behov og forudsætninger og have et beskæftigelsesrettet sigte.

Tilbuddene opdeles i 1) vejledning og opkvalificering 2) virksomhedspraktik, 3) ansættelse med løntilskud og 4) nytteindsats. Med vejledning og opkvalificering tænkes på uddannelse og kurser, samt særligt tilrettelagte forløb, som har til formål at udvikle eller afdække den lediges faglige, sociale eller sproglige kompetencer med henblik på opkvalificering til arbejdsmarkedet.

Desuden er revalidering en mulighed for personer med begrænsninger i arbejdsevnen, hvis en person ikke kan komme i arbejde ved hjælp af andre støtteordninger (fx videreuddannelse på en almindelig SU-ordning eller almindelige aktiveringstilbud). Arbejdsløse stofmisbrugere vil ofte have komplekse problemer, der involverer både beskæftigelses-, uddannelses-, sundheds- og det sociale område, og vil derfor også være i målgruppen for ressourceforløb. Personer i ressourceforløb får tilknyttet én koordinerende sagsbehandler og forløbet tilrettelægges som en helhedsorienteret indsats med det formål på længere sigt at bringe personen tættere på job eller uddannelse.

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**

Aktiveringstilbud efter beskæftigelseslovgivningen skal tilrettelægges individuelt med henblik på at bringe borgerne tættere på arbejdsmarkedet, således at de på sigt bliver i stand til at forsørge sig selv så vidt muligt i ustøttet beskæftigelse. Der er her mulighed for, at beskæftigelsesindsatsen foregår parallelt med misbrugsbehandlingen.

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. Beskyttet beskæftigelse kan både være beskæftigelsesaktiviteter organiseret på beskyttede værksteder, og beskæftigelse der kan organiseres under andre organisatoriske rammer. Det kan være i tilknytning til boformer, forsorgshjem, væresteder, varmetuer og sociale cafeer mv. Der kan også organiseres beskyttet beskæftigelse i private virksomheder – både på individuelt plan og for en

gruppe af borgere. Beskyttet beskæftigelse kan gives til borgere som modtager førtidspension eller kontanthjælp eller lignende.

### **Stabile sociale relationer**

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

Værestederne kan have tilbud af udelukkende omsorgsmæssig karakter, eller der kan være tale om aktiverende og udviklende forløb for brugerne. Mange væresteder udfører opsøgende arbejde. En del væresteder for borgere med et aktivt stofmisbrug tilbyder både sygepleje og mulighed for rådgivning fra socialrådgivere eller andre professionelle. For borgere med et tidligere stofmisbrug 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. Med satspuljen for 2013, er der afsat midler til i perioden 2013 – 2016 at styrke indsatsen på værestederne blandt andet ved hjælp af udviklingen af kommunale strategier for området, og ved hjælp af et bedre samarbejde mellem kommunerne og værestederne.

### **Økonomi**

Frivillig gældsrådgivning skal muliggøre, at udsatte borgere kan modtage gratis rådgivning om, hvordan de kan håndtere deres gæld og dermed få en mere stabil tilværelse. Målet med rådgivningen 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. Opgjort medio 2011 har omkring 4.000 borgere været i et gældsrådgivningsforløb på tværs af rådgivningerne.

### **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 har til opgave at sørge 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. Tilbuddet 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 støttes i 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.

Borgere med stofproblematikker kan endvidere have behov for personlig og praktisk hjælp. 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 i fængsler og arresthuse

### 9.1 Indledning

Kontrolindsatsen over for narkotika, herunder retsforfølgelse 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.

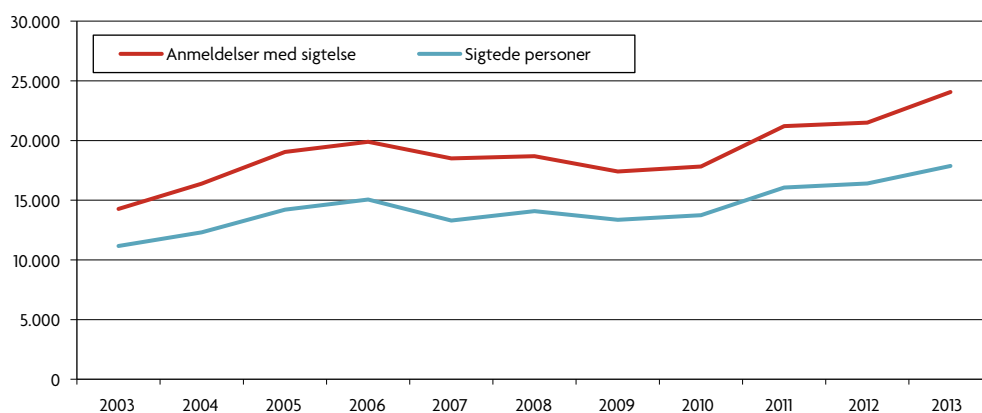
Straffelovens § 191 indeholder en skærpet strafferamme for kvalificerede overtrædelser af lov om euforiserende stoffer. Er der således tale om overdragelse af euforiserende stoffer til et større antal personer, mod betydeligt vederlag eller under andre særligt skærpende omstændigheder, kan straffen for 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 2013 registrerede Rigspolitiet i alt 24.058 anmeldelser med en eller flere sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen. Samme år blev 17.865 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 2003-2013, fremgår af figuren nedenfor.

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



Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2014, upubliceret

### 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 nul-tolerance 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, 2.477 i 2011, 3.269 i 2012 og 4.179 i 2013.

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 nul-tolerance, hvor den pågældende har indtaget stoffet uden at have en lovlig recept (hvorimod der ikke tilsigtedes nogen skærpselser med hensyn til de tilfælde, hvor den pågældende har en lovlig recept, men har overskredet den foreskrevne dosis).

Med virkning fra den 1. juli 2014 blev reglerne for generhvervelse på baggrund af en frakendelse af førerretten som følge af narkotikakørsel ændret således, at generhvervelse fremover betinges af gennemførelse af et kursus om bl.a. kørsel under påvirkning af bevidsthedspåvirkende stoffer mv. (et såkaldt ANT- kursus).

Desuden medførte ændringen af færdselsloven den 1. juli 2014 en udvidelse af muligheden for efter færdselsloven at konfiskere køretøjet i sager, hvor der køres under påvirkning af bevidsthedspåvirkende stoffer, ligesom der ved lovændringen er givet politiet hjemmel til at fratage en person kørekortet på stedet (straksfratagelse) i tilfælde, hvor der er mistanke om, at den pågældende har kørt narkotikakørsel, og samtidig risiko for, at den pågældende umiddelbart herefter vil gøre det igen.

### 9.3 Fængselspopulationen og strategi i Kriminalforsorgen

I Danmark er der 13 fængsler, 44 arresthuse/arrestafdelinger, 6 pensioner (halvvejs-huse) og 13 afdelinger af Kriminalforsorgen i Frihed. I 2013 blev der i alt foretaget 14.423 nyindsættelser i fængsler og arresthuse. 1.156 var kvinder og 13.267 var mænd.

Der blev anmeldt 9.967 ubetingede frihedsstraffe til Kriminalforsorgen i 2013. Dom-mene repræsenterede en samlet idømt strafmasse på 73.306 måneder. 61 % af dom-mene var på under 4 måneder og udgjorde 13 % af strafmassen. 7 % af dommene var på over 2 år og lagde beslag på 49 % af strafmassen.

Langt hovedparten af de dømte udstår deres straf i åbne og lukkede fængsler, 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 Kri-minalforsorgen. Det kan ske i medfør af straffuldbyrdslovens § 78, hvis den dømte skønnes at have behov for særlig behandling eller pleje. I 2013 skete det i 143 tilfælde.

I 2013 havde Kriminalforsorgen i gennemsnit en kapacitet på 4.126 pladser. Pladserne var i gennemsnit belagt med 97,1 %, hvilket svarer til et belæg på 4.008 indsatte pr. dag. Heraf var 171 kvinder. Det gennemsnitlige daglige belæg af unge under 18 år var 12,1. De indsatte fordelte sig med 858 på lukkede pladser, 1.365 på åbne pladser og 1.786 på arrestpladser. Hovedparten af de indsatte på arrestpladserne var varetægtsarrestanter.

På en bestemt dato – den 10. december 2013 – var 65 % af de dømte mellem 20 og 39 år. 11 % havde straffe på under 4 måneder. 40 % afsonede straffe på mellem 1 år og 5 år. 23 % var dømt for narkotikakriminalitet, 16 % for vold, 11 % for røveri og 1 % for berigelseskriminalitet. 72 % af de indsatte havde dansk statsborgerskab.

#### Strategi målrettet stofmisbrugerne

Den nationale strategi for Kriminalforsorgens klientel baserer sig på et af hovedprin-

cipperne for hele Kriminalforsorgens virksomhed; normaliseringsprincippet, som tilsi- ger, 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 blandt andet 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 flugttruende, 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.

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 uden for Kriminalforsorgens regi tilbyder stofbe- handling i fængslerne i et tæt samarbejde med Kriminalforsorgens eget personale. Mål- gruppen 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 stofmis- brugsbehandling, 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 udgangs- punkt er helt isoleret fra det øvrige fængselsmiljø og defineres dermed som døgnbe- handling, 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 importmodel- len. 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 substitutionstilbuddene 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 6 udslusningspensioner.

## 9.4 Stofmisbrug blandt fængselspopulationen

Af tabel 9.4.1 fremgår rusmiddelforbruget inden indsættelsen (Kriminalforsorgen 2013). Knap 67 % af de dømte i fængsler og arresthuse tilkendegav i 2013 at have indtaget rusmidler 30 dage forud for indsættelsen. 36 % 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 i 2013 tilkendegav at have indtaget rusmidler 30 dage forud for indsættelse, 67 % mod 62 % i de lukkede fængsler.

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

Har indsatte indtaget rusmidler forud for indsættelsen?	Åbne fængsler og pensioner		Lukkede fængsler		Arresthuse		2011 13. december		2012 11. december		2013 10. december	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	1.102	66,8	599	61,6	578	47,1	2.355	59,8	2.201	58,8	2.279	59,2
Nej	539	32,7	351	36,1	494	40,3	1.485	37,7	1.426	38,1	1.384	36,0
Ønsker ikke at oplyse	8	0,5	23	2,4	154	12,6	96	2,4	115	3,1	185	4,8
<b>I alt</b>	<b>1.649</b>	<b>100</b>	<b>973</b>	<b>100</b>	<b>1.226</b>	<b>100</b>	<b>3.936</b>	<b>100</b>	<b>3.742</b>	<b>100</b>	<b>3.848</b>	<b>100</b>

Kilde: Kriminalforsorgens statistik 2013

Note: Registreringen er baseret på indsatte egne oplysninger. Opgørelsen omfatter varetægtsarrestanter og dømte. For 2,1 % af de indsatte 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**

	2010		2011		2012		2013	
	18. december		13. december		11. december		10. december	
<b>Indsatte har indtaget rusmidlet:</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
Opioider	572	23,4	468	19,2	417	18,9	442	19,4
Centralstimulerende midler	1.533	62,8	1.525	62,5	1.306	59,3	1.292	56,7
Hash	1.681	68,9	1.685	69,0	1.579	71,7	1.632	71,6
Alkohol	862	35,3	742	30,4	716	32,5	751	33,0
Benzodiazepiner	340	13,9	310	12,7	269	12,2	183	8,0
Hallucinogener	71	2,9	72	2,9	48	2,1	50	2,2
Andet	159	6,5	153	6,3	136	6,2	148	6,5

Kilde: Kriminalforsorgens Statistik 2013

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

Det fremgår af tabel 9.4.2, at knap hver 5. af de, der i 2013 har svaret ja til at have indtaget stoffer i de seneste 30 dage op til indsættelsen, havde taget opioider, mens det for få år siden var hver 4. Det absolut mest foretrukne stof er som i tidligere år fortsat hash (næsten 3 ud af 4 tilfælde), mens centralstimulerende stoffer også fortsat ligger på et højt niveau, om end der er sket et svagt fald sammenlignet med 2012 til knap 57 % i 2013.

## 9.5 Behandlings- og forebyggelsesindsatser målrettet stofmisbrugere

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 87 % af de registrerede sager i 2013, hvilket er en forbedring på 5 % fra 2012. Forbedringen skyldes formentlig et forstærket fokus på overholdelse af fristerne i institutionerne.

Alle primære stofbehandlingstilbud i Kriminalforsorgen skal igennem en akkrediteringsproces, hvor et ekspertpanel vurderer, om behandlingstilbuddet lever op til standarderne for god behandling.

## Indsatte i stofbehandlingen

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.

Der er ikke ført konsekvent statistik over udviklingen i antallet af årlige behandlingsforløb før de senere år. Kriminalforsorgens vurdering er, at der i 1998 og 1999 i alt blev påbegyndt omkring 40 behandlingsforløb, hvoraf 25 blev afsluttet planmæssigt. Med de seneste 10 års store udvidelse af behandlingstilbuddene er dette tal steget massivt. Der blev således iværksat behandling i 2578 tilfælde i fængelserne i 2013, hvilket desuden er en stigning på 362 tilfælde i forhold til 2012. Desuden blev der iværksat forbehandling i 1829 tilfælde i arresthuse og arrestafdelinger i fængslerne, hvilket er en stigning på omkring 50 % fra 1208 i 2012. Tallet i arresthussektoren er dog ikke et udtryk for en reel stigning, men skyldes langt overvejende, at registreringerne i sektoren er blevet mere valide.

Antallet af gennemførte forløb er for fængslernes vedkommende 1947. I denne opgørelse er et gennemført forløb defineret som et forløb, hvor hele behandlingen blev afsluttet inden løsladelsen. Dertil kommer 289 tilfælde, hvor behandlingen ikke kunne færdiggøres som følge af løsladelse eller overførsel til andet fængsel.

I 955 tilfælde blev behandlingen afbrudt, men i ca. en tredjedel af tilfældene skyldes afbrydelsen løsladelser og overførsler.

For arresthuse og arrestafdelingers vedkommende er antallet af gennemførte forbehandlingsforløb 1202. 544 gange blev et forbehandlingsforløb afbrudt. Antallet af løsladelser og overførsler er væsentligt højere relativt set i denne sektor end i fængslerne, da der som hovedregel sker en overførsel til et fængsel efter domsfældelsen, og da opholdene er kortere end i fængslerne er det naturligt, at der også sker flere løsladelser i behandlingsperioden. Således var antallet af ”rene” afbrydelser, hvor årsagen ikke var en løsladelse eller overførsel til et fængsel nede på 111.

Det skal bemærkes, at opgørelsen over påbegyndte forløb bygger på tal alene fra 2013, mens opgørelsen over gennemførte og afbrudte forløb i 2013, kan være påbegyndt enten samme år eller tidligere.

Kriminalforsorgen har ikke opgjort fordelingen af de enkelte behandlingstyper ved redaktionens afslutning. Disse tal vil fremgå af Kriminalforsorgens egen årsrapport om misbrugsbehandling, der forventes at være færdig i oktober 2014.

## Forebyggelse af sygdomme

Med henblik på at forebygge narkotikarelaterede sygdomme, abstinenssymptomer og stoftrang, såkaldt ”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 (til misbrugere af opioider), 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 det daværende Socialministerium 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, H. 2003). I februar 2006 udsendte det daværende Socialministerium 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 igangsatte daværende Indenrigs- og Social-, Børne- og Integrationsministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Direktoratet for Kriminalforsorgen i fællesskab i 2006 et projekt, der skal udvikle, gennemprøve og beskrive metoder til god sagsbehandling ved løsladelse. Deltagere i projektet var 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, og som et led heri indgås individuelle samarbejdsaftaler med alle landets kommuner. Der er foreløbig indgået aftale med 75 kommuner, og de sidste er på vej til at blive indgået. Aftalerne er gjort tilgængelige på Kriminalforsorgens hjemmeside.



## 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”. Mens det relativt nye aktive stof, mCPP, med både stimulerende og hallucinerende virkning har domineret i ecstasytabletterne de senere par år, er billedet vendt, og MDMA (ecstasy) er igen det dominerende aktive stof. MDMA findes også i stort omfang i pulverprøver, og en stor del af de undersøgte pulverprøver i disse år indeholder desuden en kombination af MDMA og ketamin.

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 markedet,<sup>19</sup> og de illegale stoffer indeholder i høj grad tilsætningsstoffer. Kokain er den softype, som iblandes flest tilsætningsstoffer. Stort set alle kokainprøver, der er retskemisk undersøgt i 2013, indeholder tilsætningsstoffer, hvor det hyppigst forekommende tilsætningsstof er levamisol, som er fundet i 70 % af prøverne. Levamisol er et ormebehandlende lægemiddel, og påvirker immunforsvaret hos mennesker. 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 denne overvågning, 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 Danmark, primært er produceret i Holland og Belgien. En mindre men ikke uvæsentlig del af amfetaminen herhjemme produceres dog også i Polen og de baltiske lande. Langt

<sup>19</sup> Resultater af de særlige retskemiske analyser er baseret på stofprøver fra henholdsvis ”Gadeplanprojektet” og fra projektet om overvågning af ecstasypiller, som omtales senere i kapitlet.

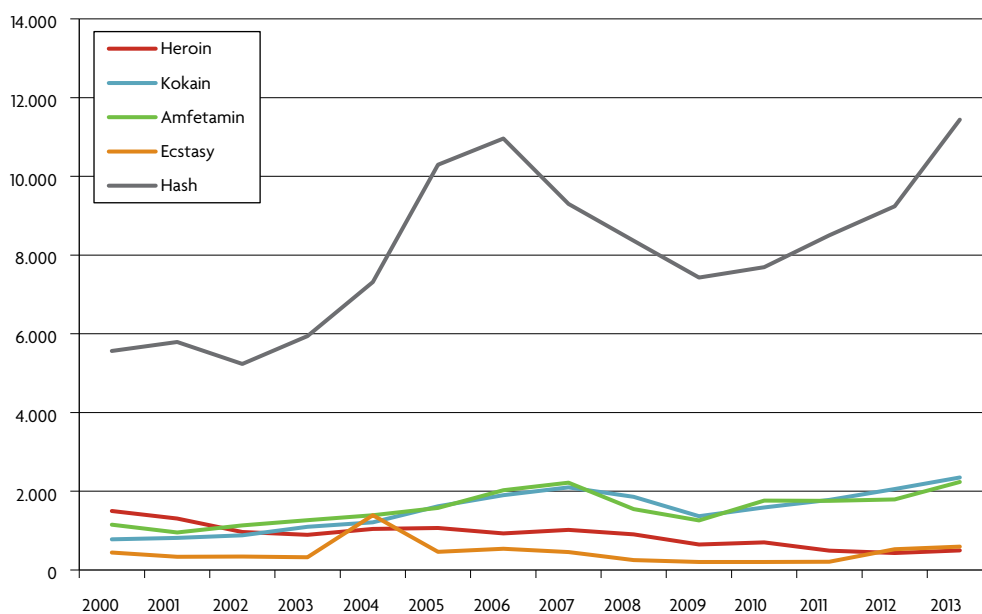
størstedelen af den beslaglagte ecstasy er produceret i Holland og Belgien. Kokainen produceres primært i Sydamerika og videredistribueres typisk via Spanien og Holland. Store mængder kokain distribueres også til Europa via lande i Vestafrika og lande på Balkan.

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 2014

Hvad angår den beslaglagte mængde, ses store udsving for de fleste stoftyper fra år til år. Især i 2013 ses en voldsom stigning i mængden af beslaglagt kokain, som primært har årsag i enkelte store beslag. Der blev beslaglagt 680 kilo kokain i 2013, mens 42 kilo blev beslaglagt i 2012. Antallet af kokainbeslag er steget jævnt de senere år, og var i 2013 på 2.346 beslag. Mængden af den beslaglagte amfetamin er faldet fra 2012 til 2013 med henholdsvis 301 kilo til 288 kilo i pågældende år. Den beslaglagte mængde hash var i 2013 på 3.292 kilo, hvilket er markant større mængde end beslaglagt i tidligere år. Der er også foretaget markant flere hashbeslag i 2013 sammenlignet med

tidligere år. Antal beslaglagte ecstasypiller er faldet markant fra 72.654 piller i 2012 til 7.706 piller i 2013. Dertil skal lægges, at der herudover er beslaglagt knapt 13 kilo ecstasy (MDMA) i pulverform i 2013.

Antal beslag og den beslaglagte mængde fremgår i 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, pulver og væsker).

### Narkotikahandel på gadeplan

Datamaterialet i Gadeplanprojektet består af små stikprøvebaserede beslaglæggelser fra 5 politikredse i Danmark (København, Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg), som afleveres til analyse hos de retskemiske afdelinger.<sup>20</sup> Af tabel 10.4.1. i annekset fremgår fordelingen af beslaglagte stoftyper på landsplan fra 2003 til 2013.

Ud af de 206 analyserede prøver i 2013 bestod 81 % af de centralstimulerende stoffer, kokain og amfetamin, hvilket er lidt større andel sammenlignet med i 2012. I de senere år har forekomsten af de centralstimulerende stoffer i projektet – især kokain – dog været stigende, mens forekomsten af heroin har været faldende. 10 % af samtlige prøver i 2013 på landsplan var heroin. Til sammenligning var 39 % af prøverne i 2003 heroin. Yderligere 6 % af prøverne i 2013 indeholdt andre euforiserende stoffer og stofblandinger såsom metamfetamin og MDMA, og 3 % indeholdt ikke euforiserende stoffer.

I København, Aarhus og Ålborg er kokain i 2013 det dominerende stof (henholdsvis 85 % og 48 % og 54 % af samtlige prøver), amfetamin er det dominerende stof i Esbjerg og Odense (henholdsvis 62 % og 42% af samtlige prøver). Af tabel 10.4.2 i annekset ses fordelingen imellem heroinbase (”rygeheroin”) og heroinklorid (hvid heroin til injektion) gennem årene. I 2013 var fordelingen af heroinklorid og heroinbase henholdsvis 38 % og 62 %.

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. Som i 2012 bestod samtlige af heroinprøverne fra Odense i 2013 af den hvide heroin til injektion. Til sammenligning bestod alle heroinprøverne både i Aarhus, Esbjerg og i Aalborg af den brune heroin til rygning. I København var fordelingen 75 % og 25 % af henholdsvis heroinbase og heroinklorid.

### Renheden af stofferne

Af tabel 10.4.3. nedenunder fremgår indholdet af de forskellige stoffer fra 2003 til 2013 i Gadeplanprojektets stikprøver.

---

<sup>20</sup> Ved den retskemiske undersøgelse registreres identiteten af det illegale stof samt eventuelle tilsætningsstoffer. Endvidere bestemmes prøvens renhed og vægt. Gadeplanprojektet omfatter ikke hash eller andre cannabisprodukter. Hertil kommer, at ecstasy blev ekskluderet fra Gadeplanprojektet og herefter overvåges selvstændigt.

**Tabel 10.4.3. Renhed af illegale stoffer på brugerplan i årene (median af aktivt stof)<sup>21</sup>**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Heroinchlorid	64%	63%	67%	53%	29%	52%	41%	46%	40%	32%	38%
Heroinbase	25%	22%	28%	18%	21%	16%	14%	20%	11%	11%	18%
Amfetamin	9%	9%	10%	7%	6%	8%	6%	6%	5%	5%	5%
Kokain	37%	24%	25%	18%	16%	19%	17%	21%	20%	23%	25%

Kilde: Lindholst et al 2014

Tendensen er, at koncentrationen af de forskellige stoffer er faldet, dog med årlige udsving. For eksempel er koncentrationen af den hvide heroinchlorid faldet fra 67 % i 2005 til 38 % i 2013, mens koncentrationen af den brune heroin i samme periode er faldet fra 28 % til 18 %. Også koncentrationen af kokain har i nogle år været faldende. Dog synes renheden at have været nogenlunde stabil de seneste år, og var i 2013 på 25 %. Renheden af amfetamin er generel lav, og var i 2012 5 %.

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. 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, heroinchlorid, kokain og amfetamin i 2013 (Resultat som procent af det totale antal prøver af hver stoftype)**

Antal	Heroinbase (n=13)	Heroinchlorid (n=8)	Kokain (n=109)	Amfetamin (n=58)
Koffein	100	88	24	93
Kreatin	0	25	31	72
Diltiazem	-	-	2	-
Hydroxyzin	-	-	3	-
Levamisol	-	-	70	2
Lidocain	-	13	23	-
Paracetamol	100	50	-	10
Phenacetin	-	-	61	2
Procain	-	-	2	-
Salicylsyre	-	-	-	2

Kilde: Lindholst et al 2014

<sup>21</sup> Da renheden af de fleste stoffer ikke er normalfordelt, anvendes her medianværdien for renheden frem for den gennemsnitlige renhed. Dette stemmer overens med praksis på de retskemiske institutter.

Blandt andet indeholder al heroinbase, der er undersøgt i 2013, også koffein og paracetamol. I de undersøgte sager med heroinklorid i 2013, ses foruden koffein (i 88% af prøverne) og paracetamol (i 50 % af prøverne), også creatin (i 25 % af prøverne) og lidocain (i 13 % af prøverne). Kokain er den stoftype, som iblandes flest tilsætningsstoffer. Stort set alle kokainprøver, der er undersøgt i 2013, indeholder tilsætningsstoffer. Hyppigst forekommer tilsætningsstofferne levamisol (i 70 % af prøverne), Phenacetin (i 61 % af prøverne) og creatin (i 31 % af prøverne). Levamisol er et lægemiddel til behandling af parasitiske ormeinfektioner og påvirker immunforsvaret hos mennesker, mens creatin er et muskelopbyggende stof.

### 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 og desuden blev prøver fra SKAT inkluderet i projektet. 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 udseende.<sup>22</sup> Løbende opdatering af analyseresultaterne hvert halve år samt en større årlig rapport findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

I 2013 blev i alt 483 prøver af pulver og væske og 27 sager med tabletter retskemisk undersøgt med henblik på at fastslå indholdsstof og koncentration. Disse sager baserede sig på 424 beslag sendt fra politikredsene og SKAT til de retskemiske afdelinger med henblik på analyse.

Om tabletterne i ecstasyprojektet kan sammenfattende siges, at der både i 2012 og 2013 ses en pludselig stigning i andelen af tabletter der indeholder det aktive stof MDMA. Det kommer efter en årrække hvor andre stoffer har domineret. Et stof som mCPP har været indeholdt i en stor del ecstasytabletterne de senere år, men i 2013 udgør andelen af tabletter med mCPP alene 8 %. I 4 % af tabletterne i 2013 fandtes der ingen aktive stoffer.

MDMA findes ikke alene i tabletterne, men også i pulverform. Ud af samtlige 397 sager med pulverprøver i 2013, indeholder 49 % af disse MDMA. En del af sagerne indeholder desuden MDMA i blandinger med ketamin. Oversigt over indholdsstoffer i pulver og væsker i 2013 kan ses i Årsrapport over illegale stoffer i Danmark, 2013 (Århus Universitet 2014).

### 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. Danmark indførte pr. 1. juli 2012 gruppevis forbud af illegale stoffer. 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

<sup>22</sup> I databasen indgår ikke kun piller med MDMA (ecstasy), men alle beslaglagte tabletter med et ikke professionelt udseende, vurderet ved logo, farve og presning. Endvidere indgår tabletter, hvor der ved efterfølgende kemiske analyser er påvist syntetiske stoffer eller andre euforiserende stoffer, som ikke forekommer i lægemidler.

og kommer til landet. I kapitel 1 i foreliggende rapport, listes nye stoffer, der er blevet forbudte fra 2013 og det første halvår af 2014.

### Høj og lav stofkoncentration

Koncentrationen af de forskellige aktive stoffer i tabletterne varierer voldsomt, hvilket udgør en særlig risiko for forgiftning ved indtagelse. Siden 2001 varierede fx mængden af MDMA i stofprøverne fra mellem 1 og 199 mg. Den højeste MDMA koncentration er dog fundet i en kapsel, og indeholdt 226 mg MDMA. Yderligere oplysninger om stofkoncentrationen kan læses i Årsrapport over illegale stoffer i Danmark, 2013 (Aarhus Universitet 2014). Bortset fra enkelte undtagelser med fx metamfetamin, forhandles de nye euforiserende stoffer på markedet oftest i meget ren form.

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 Aarhus 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 typisk er på omkring 50-80 kr. pr. gram. Politikredsene melder om priser på mellem 50-120 kr. for et gram hash. Prisen pr. gram heroin ved salg på gadeplan anslås at være på mellem 1.000-1.600 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 100-200 kr. pr. gram, mens prisen for en ecstasypille anslås at ligge mellem 30 til 80 kr.

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

# Anneks

## Referenceliste

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

Ankestyrelsen. Anbringelsesstatistikken 2012. Ankestyrelsen 2013

Benjaminsen, L., et al. Hjemløshed i Danmark 2013. SFI – Den Nationale Forskningscenter for Velfærd, august 2013.

Center for Rusmiddelforskning, Dansk Registrerings- og Informationssystem, DanRIS, Aarhus 2013.

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

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

Due, P., Holstein, B.E. (2003). Skolebørnsundersøgelsen (2002). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

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 (2012). The 2011 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 36 European Countries. CAN og Pompidou Group.

- Järvinen, M., Demant, J., Østergaard, J. (2010). Stoffer og natteliv. Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M. (2014). Unge voksende hashmisbrug. SFI 2014
- 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.
- KABS VIDEN 2013. Socialsygepleje i somatik og psykiatri (2013).
- Kriminalforsorgen 2013. Kriminalforsorgen – statistik 2013. Direktoratet for Kriminalforsorgen. København 2013.
- KORA (2013). Kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats over for stofmisbrug. KORA for Sundhedsstyrelsen, juni 2013.
- 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.



Lindholst, C., Johannsen, M., Breum Müller, I., Reitzel, L., Rollmann, D., Worm-Leonhard, M., Nielsen, B. (2013). Narkotika på gadeplan 2012. Rapport til Sundhedsstyrelsen, maj 2013.

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

Pedersen, MU & Pedersen, MM (2013). Effekten af hashbehandling. En randomiseret undersøgelse af Client-Directed Outcome-Informed behandling af hashmisbrug. Aarhus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

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

Rigspolitiet (2013). Narkotikastatistik 2012. Rigspolitiet, NEC (Nationalt Efterforskningscenter), København.

Rigspolitiet (2014). Narkotikastatistik 2013. Rigspolitiet, NEC (Nationalt Efterforskningscenter), København.

Socialministeriet (2006). Bekendtgørelse om kommunernes pligt til at koordinere handleplaner med kriminalforsorgen for visse persongrupper. Socialministeriets bekendtgørelse nr. 81 af 9. februar 2006.

Statens Serum Instituts Dødsårsagsregister, 2014. København.

Statens Serum Instituts Landspatientregister (udtræk juni 2014). København.

Statens Serum Instituts Register for stofmisbrugere i behandling (SIB) (Stofmisbrugsdatabasen).

Sundhedsstyrelsen (2007a). National handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere. Sundhedsstyrelsen, august 2007.

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

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

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

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

- Sundhedsstyrelsen (2009c). Ansvarlig udskænkning, 2009.
- Sundhedsstyrelsen (2009d). Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier. Vejledning nr. 49 af 30. juni 2009.
- Sundhedsstyrelsen (2010a). Sundhed på tværs. Sundhedsstyrelsen 2010.
- Sundhedsstyrelsen (2010b). Upubliceret opgørelse fra sundhedsstyrelsen over stofmisbrugere i Danmark.
- 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). Dit barns festkultur. Sundhedsstyrelsen, september 2011.
- Sundhedsstyrelsen (2012a). Forebyggelsespakke – alkohol. Sundhedsstyrelsen, juni 2012.
- Sundhedsstyrelsen (2012b). Forebyggelsespakke – mental sundhed. Sundhedsstyrelsen, juli 2012.
- Sundhedsstyrelsen (2012c). Forebyggelsespakke – tobak. Sundhedsstyrelsen, juni 2012.
- Sundhedsstyrelsen (2012d). Sunde erhvervsskoler. Sundhedsstyrelsen 2012.
- Sundhedsstyrelsen (2012e). Vejledning om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger. Sundhedsstyrelsen 2012.
- Sundhedsstyrelsen (2012f). Vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer. Sundhedsstyrelsen 2012.
- Sundhedsstyrelsen (2013a). Sundhedstilbud til socialt udsatte borgere, Sundhedsstyrelsen 2013.
- Sundhedsstyrelsen (2013b). Forebyggelsespakke – stoffer. Sundhedsstyrelsen, december 2013.

Sundhedsstyrelsen (2013c). Stoffer – hvor dan virker de, og hvordan ser de ud, Sundhedsstyrelsen 2013.

Sundhedsstyrelsen (2013d). Roskilde Festival against drugs & mindre druk – mere fest. Evaluering af indsatserne 2013, december 2013.

Sundhedsstyrelsen (2013e). Dansk Live against drugs & mindre druk – mere fest. Evaluering af indsatserne i 2013, december 2013.

Sundhedsstyrelsen (2013f). Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere 2010-2012, Sundhedsstyrelsen 2013.

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

SUSY 2013 (2013, upubliceret). Sundhed og Sygelighed i Danmark 2010. Statens Institut for Folkesundhed (SIF).

Aarhus Universitet (2014). Illegale stoffer i Danmark. Årsrapport 2013. Udgivet 2014.

## Hjemmesider

**Center for Digital Pædagogik og Slagelse Misbrugscenter:**

[www.netstof.dk](http://www.netstof.dk)

**Kriminalforsorgen:**

[www.kriminalforsorgen.dk](http://www.kriminalforsorgen.dk)

**Socialstyrelsen:**

[www.stofmisbrugsdatabasen.dk](http://www.stofmisbrugsdatabasen.dk)

**Sundhedsstyrelsen:**

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

**Sundhedsstyrelsen:**

<http://stofinfo.sst.dk/>

**Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos børn:**

[www.familieambulatoriet.dk](http://www.familieambulatoriet.dk)

## De anvendte befolkningsundersøgelser

### **”Sundhed- og sygelighedsundersøgelsen 2013, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet**

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013 (SUSY-2013) er baseret på en stikprøve på 25.000 danskere på 16 år eller derover. Alle inviterede personer fik tilsendt et introduktionsbrev samt et spørgeskema. Desuden var det muligt at besvare et identisk web-spørgeskema. I alt har 14.265 personer (57,1 %) 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.

### **”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.

**“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.

**”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 9.-klassens elever i Danmark. I de skoleklasser, der indgik i undersøgelsen, deltog praktisk taget alle de elever, der var i skole den pågældende dag. I gennemsnit er det ca. 90 % af eleverne, der er i skole på en tilfældig dag. Der var en del skoler (ca. 50 %), hvor skolebestyrelse og skoleinspektører

ikke ønskede at skolen deltog i undersøgelsen. Begrundelsen var ofte, at der i 9. klasse allerede var brugt undervisningstid på at deltage i andre undersøgelser som f.eks. PISA-undersøgelsen.

**“Unge og Rusmidler – En undersøgelse af 9. 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 %.

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

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



**”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 tvær-snittsundersøgelse (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 stofefaring end de typiske danske unge i fokus-gruppeundersøgelsen 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 stofefaring. 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 pågældende år.

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, 2010 og 2013.

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 pågældende år.

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 2013 (n=4.905).

Tabel 2.2.4. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i pågældende år.

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 pågældende år.

Tabel 2.2.6. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i pågældende år.

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 pågældende år.

Tabel 2.2.8. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i pågældende år.

Tabel 2.2.9. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i pågældende år.

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, 2010 og 2013.

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 2013.

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 (i procent).

Tabel 5.3.4. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling i pågældende år.

Tabel 6.2.1. Antal ny-diagnostiserede hiv-positive og aids-diagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt i pågældende år.

Tabel 6.2.2. Registreret antal 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 2013 fordelt på forskellige aldersgrupper.

Tabel 6.3.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper i 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. Tal i parentes er procent.

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

Tabel 6.4.5. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på udvalgte kommuner i pågældende år

Tabel 9.2.1. Narkotikakriminalitet i pågældende år. 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 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 i årene (median af aktivt stof).

Tabel 10.4.4. Forekomst af tilsætningsstoffer i heroinbase, heroinklorid, kokain og amfetamin i 2013. (Resultat som procent af det totale antal prøver af hver stof type).

## Figuroversigt

Figur 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 2002-2013.

Figur 6.3.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper fra 2005-2013.

Figur 6.3.4. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 2004-2013.

Figur 6.3.5. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 2004-2013.

Figur 6.4.1. Narkotikarelaterede dødsfald, 2007-2012, Dødsårsagsregisteret.

Figur 6.4.2. Narkotikarelaterede dødsfald, 1985-2013, Rigspolitiets Register.

Figur 6.4.3. Det gennemsnitlige antal stoffer påvist blandt forgiftningsdødsfaldene i 2013 i forskellige aldersgrupper.

Figur 6.4.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne, 2008-2013.

Figur 6.4.5. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på udvalgte kommuner, 2008-2013.

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

Figur 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser i pågældende år.

## 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, 2010 og 2013

		1994 n=2.521	2000 n=6.887	2005 n=4.484	2008 n=2.229	2010 n=5.748	2013 n=5.013
16-19-årige	Mænd	19	29	23	28	23	27
	Kvinder	10	20	19	17	15	19
20-24-årige	Mænd	14	24	26	23	24	30
	Kvinder	9	12	16	19	16	21
25-29-årige	Mænd	8	16	17	17	14	20
	Kvinder	5	6	5	7	8	8
30-34-årige	Mænd	9	10	10	5	10	12
	Kvinder	2	3	3	3	4	4
35-39-årige	Mænd	6	8	5	9	6	8
	Kvinder	2	2	2	0	1	3
40-44-årige	Mænd	5	4	4	3	4	4
	Kvinder	2	2	2	0	0	1
Alle 16-44 år	Mænd	10	14	11	12	12	16
	Kvinder	5	6	6	7	6	9
	Alle	7	10	8	9	9	12

Kilde: SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008, SUSY 2010 og SUSY 2013

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 2013 (n=4.905)

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Amfetamin	0,4	1,0	9,3
Kokain	0,5	1,7	8,5
Psilocybinsvampe	0,1	0,3	3,8
Ecstasy	0,2	0,5	4,2
Lsd	0,1	0,2	1,4
Heroin	0,1	0,1	0,7
Ketamin	0,1	0,2	1,1
GHB	0,0	0,1	0,7
Andre stoffer*	0,3	0,8	2,6
"Andet illegalt stof end hash **	1,0	2,6	13,6

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 2013

\* Kategorien "Andre stoffer", dækker 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, 2010 og 2013**

	Sidste år	Sidste år	Sidste år	Sidste år	Sidste år
	2000	2005	2008	2010	2013
Hash	20,1	20,5	21,3	18,9	23,9
Amfetamin	5,9	4,1	5,4	2,8	1,6
Kokain	2,8	3,3	5,6	2,9	2,3
Psilocybinsvampe	2,2	1,0	1,1	0,7	0,8
Ecstasy	2,3	1,5	2,3	1,1	1,0
Lsd	0,6	0,6	0,2	0,4	0,3
Heroin	0,2	0,2	0,0	0,3	0,1
Ketamin**	-	-	-	-	0,5
GHB**	-	-	-	-	0,1
Andre stoffer*	1,1	0,7	2,3	1,1	1,5
"Andet illegalt stof end hash"	8,0	5,3	8,0	4,3	3,9

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 2000, SUSY 2005, AiD 2008, SUSY 2010 og SUSY 2013

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

\*\* For første gang er i 2013 spurgt til Ketamin og GHB "alene", sådan som det er gjort med amfetamin, kokain, ecstasy m.v. I tidligere år indgår svar om ketamin og GHB under kategorien "Andre stoffer"

**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 2013**

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

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 2013

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

**Table 6.2.2. Registered number of cases of hepatitis A, B and C in the whole population and the share of intravenous drug users among them, in the reporting year.**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antal hepatitis A i alt	71	241	48	42	28	44	45	47	13	53	103
Antal hepatitis A med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	0	1 (0.4%)	1 (2%)	0	0	0	0	0	1 (8%)	0	0
Antal hepatitis B i alt*	36	44	30	20	25	25	23	28	16	24	19
Antal hepatitis B med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	7 (19%)	9 (21%)	3 (10%)	1 (5%)	2 (8%)	5 (19%)	3 (13%)	1 (4%)	1 (6%)	5 (21%)	2 (11%)
Antal hepatitis C i alt*	7	8/378	2/371	7/398	11/408	6/318	4/292	6/315	7/285	12/239	10/224
Antal hepatitis C med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	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%)	5/169 (42%/71%)	4/156 (40%/70%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2013-data er opgørelsen foretaget maj 2014

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



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

	Kode*	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>24</sup>
Heroin	T40.1	197	159	160	151	166	163	195	126	125	108
Andre opioider	T40.2 +T40.2A +T40.2B	119	112	130	139	169	240	279	338	415	475
Metadon	T40.3	50	53	32	44	57	74	89	102	116	119
Opioider	F11.0	49	65	48	60	72	63	73	92	77	84
<b>Opioider i alt</b>		<b>415</b>	<b>389</b>	<b>370</b>	<b>394</b>	<b>464</b>	<b>540</b>	<b>636</b>	<b>658</b>	<b>733</b>	<b>786</b>
Designerdrugs (excl. ecstasy)	T40.6A + T43.8A	15	3	6	10	40	37	61	64	60	49
Ecstasy	T40.6B +T43.6B	72	72	89	86	72	52	46	45	94	81
Amfetamin	T43.0A + T43.6A	68	73	83	171	158	208	286	292	237	229
Kokain	T40.5 +F14.0	69	105	100	129	119	139	156	148	188	238
Andre centralstimulerende stoffer	F15.0	41	53	41	50	45	35	35	42	75	86
<b>Centralstimulerende stoffer i alt</b>		<b>265</b>	<b>306</b>	<b>319</b>	<b>446</b>	<b>434</b>	<b>471</b>	<b>584</b>	<b>591</b>	<b>654</b>	<b>683</b>
Euforiserende svampe	T40.6C +T40.9A	10	6	13	13	7	12	5	13	22	23
LSD	T40.8	2	7	11	16	27	7	8	14	7	32
Hallucinogener	F16.0	6	11	5	12	8	2	12	5	7	16
<b>Hallucinogener i alt</b>		<b>18</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>32</b>	<b>36</b>	<b>71</b>
Cannabis	T40.7 +F12.0	74	86	76	97	108	137	128	155	175	200
Blandingsmisbrug og uspecifiseret	T40.4 +T40.6 +T40.6W +40.6X +T40.9 +F19.0	391	400	449	367	449	447	497	446	439	454
<b>Intoksikationer og forgiftninger i alt</b>		<b>1163</b>	<b>1205</b>	<b>1243</b>	<b>1345</b>	<b>1497</b>	<b>1616</b>	<b>1870</b>	<b>1882</b>	<b>2037</b>	<b>2194</b>

Kilde: Landspatientregisteret. Udtræk for året 2013 er foretaget i juni 2014

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

23 Tallene for 2013 er foreløbige (udtræk fra LPR med skæringsdato juni 2014). De endelige tal for 2013 kan derfor ændre sig i senere opgørelser.

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

Aldersgruppe	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
< 20 år	221	279	317	309	296	336	317	328	322
20-24 år	251	223	259	292	284	356	349	442	426
25-29 år	175	172	177	193	162	248	220	210	234
> 30 år	558	569	592	703	874	930	996	1057	1212
<b>I alt</b>	<b>1203</b>	<b>1243</b>	<b>1345</b>	<b>1497</b>	<b>1616</b>	<b>1870</b>	<b>1882</b>	<b>2037</b>	<b>2194</b>

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk juni 2014

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

Diagnose-kode	Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
F11	Opioider	155	138	123	133	136	166	120	135	107	122
F12	Cannabis	354	312	347	364	388	553	533	643	706	702
F13	Sedativa/hypnotika	143	150	140	154	141	130	112	113	109	116
F14	Kokain	53	42	49	49	56	57	51	39	47	57
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	98	93	87	91	94	95	86	98	88	119
F16	Hallucinogener	17	16	10	10	18	6	11	14	15	9
F18	Opløsningsmidler	5	3	3	4	7	3	1	4	4	8
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	684	668	660	682	696	826	672	714	687	735
<b>Personer med hoveddiagnoser i alt</b>		<b>1509</b>	<b>1422</b>	<b>1419</b>	<b>1487</b>	<b>1536</b>	<b>1746</b>	<b>1586</b>	<b>1760</b>	<b>1763</b>	<b>1775</b>

Kilde: Særligt udtræk fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital i Århus. Tabel 6.3.4 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 bi-diagnoser, er "i alt" kategorien ikke en summation.

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

Diagnose- kode	Psykiiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
F11	Opioider	271	280	341	358	492	522	428	451	409	400
F12	Cannabis	873	908	1040	1072	1507	1646	1668	2011	2091	2061
F13	Sedativa / hypnotika	359	367	385	417	529	554	468	467	458	424
F14	Kokain	66	97	118	163	210	217	214	209	207	203
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	123	120	162	179	235	261	251	270	291	256
F16	Hallucinogener	13	14	8	8	13	14	14	16	10	16
F18	Opløsningsmidler	11	8	18	13	13	24	17	18	26	20
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	728	736	874	995	1176	1396	1239	1458	1386	1239
<b>Personer med bidiagnoser i alt</b>		<b>2074</b>	<b>2102</b>	<b>2430</b>	<b>2632</b>	<b>3418</b>	<b>3718</b>	<b>3445</b>	<b>3927</b>	<b>3946</b>	<b>3772</b>

Kilde: Særligt udtræk fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital, Århus. Tabel 6.3.5 viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten heldøgn, deldøgn eller ambulant behandling) som følge af brug af stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (bidiagnose) er anvendt som udtrækskriterier. Da en patient kan have flere stofrelaterede bidiagnoser, er "i alt" kategorien ikke en summation.

**Tabel 6.4.1. Narkorelaterede dødsfald i pågældende år. Fordeling efter køn**

År	I alt	Mænd	Kvinder
2007*	246	173	73
2008*	267	194	73
2009*	277	201	76
2010*	255	198	57
2011*	300	219	81
2012*	244	171	73

Kilde: Dødsårsagsregisteret, august, 2013

\* Tallene for 2007 – 2012 er forhøjet med hhv. 1,7 pct., 1,9 pct., 2,2 pct., 2,8 pct., 2,1 pct. og 3,0 pct. i forhold til det indberettede antal dødsattester for at kunne sammenligne med tidligere

**Table 6.4.2. Drug-related deaths in pending years. Based on the register of drug-related deaths from the Danish National Police. Distribution by gender**

Year	Total	Men	Women	Year	Total	Men	Women
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	2012	210	159	51
				2013	213	167	46

Source: Danish National Police, 2014

\* Gender not reported for 2 persons

\*\* Gender not reported for 3 persons

\*\*\* Adjusted for the total number of deaths

**Table 6.4.4. Drug-related deaths by region in pending years**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nordjylland	35	33	32	28	25	24
Midtjylland	47	53	60	56	37	47
Syddanmark	68	79	78	91	54	36
Hovedstaden	59	86	70	69	61	80
Sjælland	24	21	31	33	26	21
Københavns Kommune*	31	51	38	32	37	49

Source: Danish National Police 2014

\* The number in Copenhagen Municipality is also included in the number for the region of Capital Region

**Tabel 6.4.5. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på udvalgte kommuner, 2008-2013**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
København	31	51	38	32	37	49
Århus	17	25	20	16	13	18
Odense	13	13	19	25	10	9
Esbjerg	10	18	8	13	7	6
Ålborg	11	14	8	14	12	9
Vejle	6	7	11	10	9	2
Kolding	6	11	4	8	5	5

Kilde: Rigspolitiet 2014

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Anmeldelser med sigtelse	14.272	16.390	19.037	19.900	18.506	18.692	17.403	17.825	21.211	21.498	24.058
Sigtede personer	11.160	12.313	14.204	15.060	13.294	14.093	13.354	13.749	16.065	16.401	17.865

Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2014

**Tabel 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser i pågældende år**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Heroin</b>												
Kg	62,5	16,3	37,5	27,0	28,9	48,1	43,9	22,4	39,4	36,6	40,6	13,7
Antal beslag	966	894	1041	1064	927	1.016	906	648	699	488	430	497
<b>Kokain</b>												
Kg	14,2	104,0	32,3	57,0	76,2	91,8	56,1	72,4	54,16	42,9	42,1	680,9
Antal beslag	881	1.095	1.207	1.615	1.901	2.098	1.858	1.365	1.589	1.777	2.056	2.346
<b>Amfetamin</b>												
Kg	34,9	65,9	63,0	195,0	79,4	70,4	119,8	103,8	193,9	240,3	301,5	287,8
Antal beslag	1.134	1.264	1.388	1.573	2.022	2.215	1.543	1.260	1.764	1.757	1.793	2.232
<b>Ecstasy</b>												
Stk.	25.738	62.475	38.096	44.195	22.712	82.390	17.631	53.929	45.360	16.042	72.654	7.046*
Antal beslag	340	322	1388	461	540	452	251	200	200	209	523	592
<b>Lsd</b>												
Doser	38	22	483	1201	521	47	482	468	159	1.003		1.238
Antal beslag	8	7	13	12	8	13	21	18	16	20	18	98
<b>Hash</b>												
Kg	2.635	3.829	1.758	1.406	1.035	877	2.914	1.220	2.318	2.326	1.334	3.292
Antal Beslag	5.234	5.942	7.313	10.292	10.962	9.301	8.365	7.430	7.689	8.499	9.239	11.440

Kilde: Rigspolitiets Narkotikastatistik 2014

\* Herudover 12,82 kg MDMA i pulver (indeholdt i de 592 beslag)

**Table 10.4.1. Distribution among drug types on the user plan in the years 2003 to 2013**

Year	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	2012 n=207	2013 n=206
Heroin	39%	33%	34%	33%	30%	27%	28%	21%	21%	15%	10%
Amfetamin	20%	29%	23%	34%	30%	31%	29%	33%	27%	23%	28%
Kokain	32%	34%	36%	30%	34%	35%	37%	37%	43%	48%	53%
Ecstasy**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Metamfetamin ***	4%	1%	5%	1%	2%	3%	3%	1%	2%	3%	1%
Andet euforiserende/ stofblanding	4%	3%	1%	2%	2%	3%	3%	5%	5%	4%	1%
Ikke euforiserende	1%	-	2%	1%	2%	2%	1%	3%	1%	4%	3%
<b>I alt</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Kilde: Kaa et al. 2003 til 2005; Lindholst et al fra 2005 til 2014

\*\* 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/ stofblanding" indtil 2003. I den sidstnævnte kategori for hele perioden er endvidere indeholdt de prøver, hvor metamfetamin optræder i kombination med andre stoffer

**Table 10.4.2. Distribution among heroin base and heroin chloride in the years 2003 to 2013**

	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	2012	2013 n=21
Heroinbase	84%	77%	76%	65%	72%	77%	69%	64%	58%	42%	62%
Heroinklorid	16%	23%	24%	35%	28%	23%	31%	36%	42%	58%	38%

Kilde: Lindholst et al 2014



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