

FOCAL  
POINT

# NARKOTIKASITUATIONEN I DANMARK

2013

## Narkotikasituationen i Danmark 2013

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

© Sundhedsstyrelsen, 2013.  
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sprog: Dansk

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

Version: 1,0

Versionsdato: 18.11.2013

Format: pdf

Kategori: Faglig rådgivning

ISBN, elektronisk: 978-87-7104-564-2

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, 18. november 2013

Grafisk opsætning: Bording A/S

 Sundhedsstyrelsen

## Forord

Denne årsrapport om narkotikasituationen i Danmark er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, – det danske ”nationale kontaktpunkt” i relation til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikmisbrug (EMCDDA) i Lissabon. Rapporten er udarbejdet i efteråret 2013 ud fra fælles europæiske retningslinjer, og findes både i en dansk og en engelsk udgave.

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

Specialkonsulent Kari Grasaasen, Sundhedsstyrelsen, har haft det koordinerende ansvar for rapportens tilblivelse og har udarbejdet de epidemiologiske kapitler i rapporten. Akademisk medarbejder Nina Krogh Larsen 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, Social-, Børne og Integrationsministeriet, Justitsministeriet, samt øvrige myndigheder og samarbejdspartnere.

Sundhedsstyrelsen har udpeget et læsepanel, der har bidraget med kommentarer og konstruktiv kritik. Læsepanelet består af lægefaglig konsulent for Sundhedsstyrelsen, Henrik Sælan, Sundhedsstyrelsens tidligere sagkyndige rådgiver på stofmisbrugsområdet Peter Ege, lektor Mads Uffe Petersen fra Center for Rusmiddelforskning, Leder Steen Møller Bach i Esbjerg Kommune for SSP og forebyggelse. Opsætning og korrektur er foretaget af Jette Abildskov Hansen, Sundhedsstyrelsen.

November 2013

Else Smith  
Adm. direktør

# Indhold

<b>Sammenfatning</b>	<b>6</b>
<b>1 National narkotikapolitik</b>	<b>10</b>
1.1 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	15
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 mediekampaner	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	37
5.4 Tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen	45
5.5 Forskning i behandlingen af stofmisbrugere	50
<b>6 Sundhedsrelaterede konsekvenser som følge af problematisk stofmisbrug</b>	<b>53</b>
6.1 Indledning	53
6.2 Stofrelaterede infektiøse sygdomme	54
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>65</b>
7.1	Indledning	65
7.2	Forebyggelse af forgiftninger og narkotikarelaterede dødsfald	65
7.3	Forebyggelse og behandling af stofrelaterede infektionssygdomme	69
7.4	Andre indsatser til at reducere sygelighed blandt stofbrugere	70
<b>8</b>	<b>Sociale sammenhænge og social integration</b>	<b>73</b>
8.1	Indledning	73
8.2	Social eksklusion og stofmisbrug	73
8.3	Social integration	74
<b>9</b>	<b>Narkotikakriminalitet og interventioner i fængslet</b>	<b>79</b>
9.1	Indledning	79
9.2	Narkotikakriminalitet	79
9.3	Fængselspopulationen og strategi i Kriminalforsorgen	81
9.4	Stofmisbrug blandt fængselspopulationen	83
9.5	Behandlings- og forebyggelsesindsatser målrettet stofmisbrugere	84
9.6	Reintegration af stofmisbrugere efter løsladelse	86
<b>10</b>	<b>Narkotikamarkedet</b>	<b>88</b>
10.1	Indledning	88
10.2	Tilgængelighed og efterspørgsel	88
10.3	Beslaglæggelser	89
10.4	Renhed, koncentrationer og priser	90
<b>Anneks</b>		<b>94</b>
	Referenceliste	94
	Hjemmesider	98
	De anvendte undersøgelser	99
	Tabeloversigt	104
	Figuroversigt	107
	Supplerende tabeller	108

# Sammenfatning

## Den aktuelle narkotikasituation i Danmark

Sammenlignet med i 2000, bekræfter en ny befolkningsundersøgelse i 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 2012 med 2028 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. Fra 2011 til 2012 ses dog en særlig stigning af forgiftninger blandt de 20-24 årige – en stigning fra 348 til 439 i de pågældende 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 2012 nogenlunde på samme niveau som i 2011. I 2012 blev der registreret 5.709 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 2012, og antallet er mere end tredoblet over de seneste 10 år. Der er væsentlig færre indlæggelser, hvor fx kokainmisbrug optræder som en bidiagnose (207 personer i 2012), men også her ses en stigning over en årrække, om end der er tale om en faldende tendens fra 2009 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 på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis. Ifølge Rigspolitiets opgørelse over narkotikarelaterede dødsfald blev der registreret 210 narkotikarelaterede dødsfald i 2012. Dette er det laveste antal registrerede narkotikarelaterede dødsfald siden 1994. De seneste tre år, har antallet ligget væsentligt højere, og antallet var i både 2009 og 2010 276 dødsfald årligt, mens antallet toppede i 2011 med 285 dødsfald.

Antallet af de narkotikarelaterede dødsfald på landsplan er faldet markant fra 2011 til 2012. Det markante fald skyldes især et fald i Region Syddanmark. Faldet er særlig markant, fordi dødeligheden var særlig høj i årene 2009 – 2011 i denne region. Det må antages, at der er tale om et reelt fald, idet aktørerne på området vurderer, at der ikke er sket processuelle ændringer, eller ændringer i selve registreringen af de narkotikarelaterede dødsfald i perioden.

Der er ikke sikre forklaringer på, hvorfor de narkotikarelaterede dødsfald falder så markant fra 2011 til 2012. Det skyldes formentlig en blanding af en række forhold. En generel nedgang i de senere år i antallet af stofmisbrugere i behandling for første gang med opioider som hovedproblemet for deres misbrug gør sig muligvis gældende i et vist omfang – også i Region Syddanmark, men ændringer i stofmarkedet i de pågældende år kan også have været medvirkende. Endelig må man formode, at de nye initiativer og indsatser i kommunerne til de allermest sårbare, såsom fokusering på helhedsindsats, etablering af sundhedsrum/stofindtagelsesrum, heroinklinikker, forebyggelse af infektionssygdomme og kvalitet i substitutionsbehandlingen, har haft betydning.

Ud over det markante fald i Region Syddanmark, ses et større eller mindre fald i alle de andre regioner. Det generelle fald har været ventet fordi nyttilgangen af stofmisbrugere i behandling med opioider som hovedproblem, som nævnt har været faldende i de senere år. Opioidmisbrug er, alt andet lige, det misbrug der oftest fører til tidlig død. Udviklingen de kommende år vil vise, om den positive tendens fortsætter.

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 16.000 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 nyttilgangen 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 behandlingskapacitet, behandlingsgarantien 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.

Sundhedsstyrelsen er ved offentliggørelsen af foreliggende rapport i gang med at foretage nyt skøn over antal stofmisbrugere i Danmark. Dette nye skøn planlægges gennemført i efteråret 2013, og offentliggøres særskilt.

### **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 fået lavet en kortlægning af kommunernes arbejde med rusmiddelforebyggelsen. Den viser, at alle kommunerne arbejder på området, og at de fleste gør det i samarbejde med skolerne og politiet (SSP). Derudover arbejder mange kommuner sammen med ungdomsuddannelserne og festmiljøet, hvor mange unge færdes. Den primære målgruppe for kommunernes indsats er børn og unge i grundskolen og sekundært er det børn og unge med risikoadfærd.

Sundhedsstyrelsen administrerer satspulje-projektet ”Unge, alkohol og stoffer” som både inkluderer selektive og universelle forebyggelsesindsatser på ungdomsuddannelserne. Projektet kører i 6 modelkommuner. Modelkommunerne og ungdomsuddannelserne, som de har indgået et forpligtende samarbejde med, er ved at udarbejde rusmiddelpolitikker for skolerne og i gang med at udvikle og implementere metoder til tidlig opsporing af unge med et problematisk brug af rusmidler ude på selve ungdomsuddannelserne.

Derudover har Socialstyrelsen et projekt med udgående indsatser til unge med rusmiddelproblemer på erhvervs- og produktionsskoler i 6 udvalgte kommuner. Formålet er blandt andet at øge målgruppens forudsætninger for at gennemføre en ungdomsuddannelse.

Socialstyrelsen har også udviklet net-baserede tilbud til unge 15-24-årige i risiko for at udvikle et behandlingskrævende misbrug. Det har de gjort på baggrund af 2 evalueringer af de tidligere net-baserede tilbud Netstof.dk og SMASH. Evalueringerne viste blandt andet, at de net-baserede tilbud nåede ud til en gruppe af unge, som eksperimenterer med hash og andre stoffer, og som traditionelt er vanskelige at nå.



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

I forbindelse med de senere års satspuljeaftaler er der taget en række behandlingsmæssige samt skadereducerende initiativer. For at kvalificere stofbehandling, har Sundhedsstyrelsen i slutningen af 2012 udarbejdet 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 bliver tilgængelig som brugeradministreret modgift i København, Århus, 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 nu er under etablering i Århus.

### Nye stoffer og ny lovgivning

Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet overvåger misbrugsstoffer på det illegale marked i samarbejde med de tre retskemiske institutter i Danmark. Via denne overvågning dukker der løbende en række nye misbrugsstoffer op i Danmark, som 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 1. februar 2013 må stofferne *AM-2233* og *ethylphenidat* kun anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Fra 16. februar 2013 må stoffet *etizolam* kun anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Fra 9. marts 2013 må stofferne *6-APB* samt isomererne *4-* og *5-APB* og *UR-14* kun anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Endelig må stofferne *apinaca* og *5FUR* fra 5. april 2013 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. Fra 1. juli 2013 frem til 1. september 2013, drejer dette sig om stofferne; *2C-C*, *α-PVP*, *MDPBB*, *Pentedron*, *Methedron*, *JWH-081*, *MAM-2201* samt *4-chloramfetamin*.

# 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 for, at der i 2020 er sket mærkbare ændringer med hensyn til stofmisbrugsbehandlingen og 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.

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

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

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

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

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

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

### Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol

Der er i 2013 ikke vedtaget nye love på narkotikaområdet.

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

- Med bekendtgørelse nr. 99 af 30. januar 2013 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne *AM-2233 ((2-iodphenyl)[1-((1-methylpiperidin-2-yl)methyl)-1H-indol-3-yl]methanon)* og *ethylphenidat (ethyl[[2-phenyl-2-(piperidin-2-yl)]acetat])* kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 1. februar 2013.

- Med bekendtgørelse nr. 146 af 13. februar 2013 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stoffet *etizolam (4-(2-chlorphenyl)-2-ethyl-9-methyl-6H-thieno[3,2-f][1,2,4]triazolo[4,3-a][1,4]diazepin)* kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 16. februar 2013.
- Med bekendtgørelse nr. 230 af 6. marts 2013 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne *6-APB samt isomererne 4- og 5-APB (1-(1-benzofuran-6-yl)propan-2-amin samt "4-yl" og "5-yl" isomererne)* og *UR-144 ((1-pentyl-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)methanon)* kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 9. marts 2013.
- Med bekendtgørelse nr. 348 af 3. april 2013 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne *apinaca (N-(1-adamantyl)-1-pentyl-1H-indazol-3-carboxamid)* og *5FUR-144 ([1-(5-fluorpenyl)-1H-indol-3-yl](2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)methanon)* kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 5. april 2013.

## 1.1 Økonomi og finansierungsordninger

Med sigte på en styrkelse af indsatsen på narkotikaområdet indgik et bredt flertal i Folketinget satspuljeaftalen for 2004. Der blev med aftalen afsat 145 mio. kr. over årene 2004-2007 til konkrete initiativer på narkotikaområdet. For at give indsatsen endnu et løft indgik et flertal i Folketinget satspuljeaftalen for 2006. Med denne aftale blev der afsat en kvart milliard kr. over årene 2006-2009 til yderligere konkrete initiativer på narkotikaområdet. For yderligere at intensivere behandlingsindsatsen blev der med satspuljeaftalerne for 2008 og 2009 afsat 122 mio. kr. til iværksættelsen af nye konkrete initiativer, hvortil kommer 71,9 mio. kr., som blev afsat med satspuljen for 2011. Finansieringen af de fleste af initiativerne i aftalerne er permanent, hvilket betyder, at initiativerne rækker ud over aftaleperioden.

Øvrige oplysninger om de flerårige statslige finanslovbevillinger og puljemidler fremgår af tidligere års rapporter.

Fra Social- Børne- og Integrationsministeriets Narkopolje 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.

Kommunernes udgifter til forebyggelse af narkotikamisbrug og den lægelige stofmisbrugsbehandling kan ikke særskilt uddrages 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 2012 var således på 877 mio. kr. (2013-pris- og lønniveau), mens det tilsvarende regnskabstal for 1995 var på 288 mio. kr. (2013-pris- og lønniveau). Udviklingen fra

2011 til 2012 viser en lille stigning på 1 procent fra 865 mio. kr. i 2011 (2013-pris- og lønniveau) til 877 mio. kr. i 2012 (2013-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 2012 er på 98,9 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 toppe 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 daglig brug af tobak, og som ryger hash. Ligeledes ses en signifikant samvariation mellem at have brugt hash og have brugt et eller flere andre illegale stoffer.

Resultater fra surveyundersøgelser i befolkningen 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.

---

<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 natklubbmiljøer specifikt.

## 2.2 Forbruget af illegale rusmidler

De resultater, der gengives her, er baseret på landsdækkende befolkningsundersøgelser 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 SUSY 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.**

Brugt hash	1994 (n=1.639)	2000 (n=4.098)	2005 (n=2.502)	2008 (n=1.718)	2010 (n=3.323)	2013 (n=3.073)
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.**

Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash	1994 (n=1.648)	2000 (n=4.019)	2005 (n=2.470)	2008 (n=1.710)	2010 (n=3.287)	2013 (n=3.011)
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.**

Brugt hash	1994	2000	2005	2008	2010	2013
	(n=735)	(n=1.728)	(n= 919)	(n=862)	(n=1.643)	(n=1.652)
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	2000	2005	2008	2010	2013
	(n=740)	(n=1.690)	(n=900)	(n=858)	(n=1.619)	(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. Der 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=2.190)
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, undersøgelse om risikoadfærd, samt brugen af khat blandt herboende somaliere.

### Erfaringer med illegale stoffer på natklubber

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

Undersøgelsen viste, at 40 % af de unge klubgæster (med en gennemsnitsalder på 21 år) angav, at de på et tidspunkt i deres liv havde prøvet et andet illegalt stof end hash (typisk kokain, amfetamin og/eller ecstasy). 58 % af gæsterne havde på et tidspunkt i deres liv prøvet hash. Undersøgelsen peger på, at en væsentlig årsag til, at der blandt klubgæsterne er en større udbredelse af stofferne end blandt befolkningen generelt – især når det gælder brugen af andre stoffer end hash – er at disse unge er særligt orienterede mod en livsstil, der inkluderer hyppige fester samtidig med, at et særlig 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, demteres i undersøgelsen, der i stedet påpeger, at den ”rene” kokainbruger – dvs. en der udelukkende bruger kokain – nærmest ikke eksisterer. Desuden peger undersøgelsen på, at kokainbrugen ofte kombineres med et meget højt forbrug af alkohol. Ifølge de unges beretninger bruges kokainen til at forlænge og intensivere alkoholrusen, og ”coctailen” alkohol-kokain repræsenterer den ultimative fest i klubberne.

### Holdninger og risikovurdering hos danske unge

Et yderligere fokuspunkt i ”Stoffer og natteliv” var de unges viden om stoffer og deres risikovurdering af forskellige stoffer. Resultaterne baserer sig ikke på den egentlige nattelivsundersøgelse, men 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 uddannelsesniveaut 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 stofefarne 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 begyndende misbrug er en af grundpillerne i den danske narkotikapolitik. Unge og deres forældre er her de vigtigste målgrupper, og der skal være tale om en synlig indsats, der ud over at bestå af vidensformidling, også retter sig mod de unges normer og adfærd.

Den danske tilgang til forebyggelse af stofmisbrug 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. Det samme gælder de forebyggende indsatser i forhold til rusmidler. Fx kan indsatser i forhold til at fastholde unge i uddannelsesforløb være med til at forebygge de unges risikoadfærd i forhold til stoffer – og omvendt. Trivsel og mental sundhed er således vigtige temaer i den danske forebyggelsesindsats.

Et af fokuspunkterne i dansk sundhedspolitik er at mindske ulighed i sundhed. Sundhedsstyrelsen udgav i 2011 rapporten ”Ulighed i sundhed – årsager og indsatser” (Sundhedsstyrelsen 2011a). I rapporten angives særlige indsatsområder, som vil mindske forskellene i danskernes levealder og sundhed. Den 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). Den beskriver, hvordan kommunen kan sætte ind for at nedbringe social ulighed i sundhed. Nødvendigheden af at sætte ind på tværs af ansvars- og opgavefordeling i kommunen beskrives. 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). Den sætter fokus på samarbejdet på tværs af kommunale forvaltningsområder mht. sundhed og forebyggelse.

I 2012 og 2013 har Sundhedsstyrelsen udgivet en række *forebyggelsespakker til kommunerne*. Forebyggelsespakkerne giver blandt andet konkrete anbefalinger til, hvilke indsatser kommunerne bør prioritere inden for forskellige risikofaktorer. Der er fx lavet forebyggelsespakker om alkohol (Sundhedsstyrelsen 2012a), mental sundhed (Sundhedsstyrelsen 2012b) og tobak (Sundhedsstyrelsen 2012c). Med forebyggelsespakkerne får kommunerne et redskab til at tænke sundhed ind i deres ydelser, gerne på tværs af deres forvaltninger, da dette forventes at bidrage til at mindske den sociale ulighed i sundhed. Med blandt andet forebyggelsespakkerne fastholder Sundhedsstyrelsen derfor fortsat et stort fokus på ulighed i sundhed.

Forebyggelsespakken om alkohol indeholder – ud over et fokus på forebyggelse af alkoholmisbrug – også en række anbefalinger der relaterer sig til stoffer. Det skyldes, at

der ses en tæt sammenhæng mellem brug af alkohol og (et eksperimenterende) brug af illegale stoffer hos de unge. Som supplement hertil forventes en forebyggelsespakke om stoffer at blive offentliggjort i december 2013.

Derudover har Sundhedsstyrelsen udmøntet satspuljemidler til projekter, der indirekte kan bidrage til at forebygge stofmisbrug. Fx er der som led i satspuljeaftalerne på sundhedsområdet for henholdsvis 2009 og 2010 afsat 30 mio. kr. til 4. udmøntning af en pulje, der har til formål at styrke sundhedsindsatsen for socialt udsatte og sårbare grupper. Heraf har blandt andet 5 kommuner fået midler til projekter, der har fokus på fremme af mental sundhed og trivsel blandt skolebørn. Mental trivsel og sundhed fremmer indlæring, øger chancerne for at gennemføre et uddannelsesforløb og beskytter mod risikoadfærd i form af misbrug, rygning og fysisk inaktivitet.

I foråret 2013 kom regeringens sundhedsudspil 'Mere borger, mindre patient' som blandt andet har fokus på at modvirke en voksende ulighed i danskernes sundhed. Det fremgår af regeringens udspil, at sundhedsvæsenet skal have et lighedstjek for at få mere viden om, hvor man kan sætte ind målet og komme uligheden til livs.

### **Opgavedeling i rusmiddelforebyggelsen**

På statslig plan er Sundhedsstyrelsens opgave blandt andet at understøtte kommunernes forebyggelsesindsats med informationsmaterialer og vidensformidling, metodeudviklende projekter samt gennem konkret rådgivning af kommunerne og andre interessenter. 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 over for stofmisbrug**

For at afdække kommunernes indsats på området, fik Sundhedsstyrelsen i foråret 2013 gennemført en kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats over for stofmisbrug (KORA 2013). Kortlægningen er gennemført som en interviewundersøgelse baseret på et struktureret spørgeskema til samtlige kommuner. 92 % svarede.

Kortlægningen dækker en bred vifte af områder, herunder hvordan kommunerne har organiseret indsatsen, hvem de samarbejder med, deres primære målgruppe, de kompetencer de har og de kompetencer de mangler, kommunernes konkrete tilbud og rammer samt hvilke udfordringer de oplever inden for ovenstående temaer.

Kortlægningen viser blandt andet, at narkotikaforebyggelsen 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.

Alle kommunerne i Danmark har indsatser for forebyggelse af stofmisbrug. 73 % af kommunerne har det som led i en handleplan for forebyggelse, enten som et selvstændigt dokument eller som en del af fx kommunens børne- og unge politik eller sundhedspolitik. Langt de fleste af kommunerne fokuserer deres indsatser på grupper eller arealer. 87 % af kommunerne har indsatser, der fokuserer på grundskolerne, og at omkring 2/3 af kommunerne har samarbejde med ungdomsuddannelserne og/eller nattelivet (KORA 2013).

### 3.3 Universel forebyggelse

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

#### Grundskolen som arena

Grundskolen er en vigtig arena for 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 stofmisbrug har vist, at 1 ud af 3 kommuner 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, hvor fx:

- Lærernes viden om rusmidler og bekymringstegn hos eleverne styrkes
- Lærerne trænes i at tage bekymringssamtaler med eleverne.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at skolerne underviser efter evidensbaserede principper, herunder brug af elevinvolverende metoder. Fx anbefaler Sundhedsstyrelsen metoden ”Tackling” (Sundhedsstyrelsen 2009a). Det er en metode der stammer fra USA, men som Sundhedsstyrelsen i samarbejde med forlaget Alinea har udviklet og afprøvet i en dansk version. Derudover beskriver Sundhedsstyrelsen andre elevinvolverende metoder i publikationen ”Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen” (Sundhedsstyrelsen 2009b), nemlig ”Aktive vurderinger” og ”Du bestemmer”. Metoderne kan bl.a. bruges til at arbejde med forbedring af familierelationerne, som er et væsentligt aspekt af narkotikaforebyggelsen. De kan også anvendes på andre forebyggelsesområder.

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 opridser de vigtigste elementer i en rusmiddel- og rygepolitik.

Endelig opdaterer og genoptrykker Sundhedsstyrelsen pjecen ”Stoffer – hvordan virker de, og hvordan ser de ud” i slutningen af 2013 (Sundhedsstyrelsen 2007a). Pjecen er et generelt informationsmateriale om de mest almindelige illegale stoffer. Den kan også bruges af personale, der arbejder med rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelser og i kommunalt regi. Desuden bruges pjecen som supplerende materiale til festmiljøkampagnerne (jf. kapitel 3.4).

### **Ungdomsuddannelserne som arena**

Kortlægningen af kommunernes forebyggelsesindsats over for stofmisbrug viser, at 68 % af kommunerne samarbejder eller er i dialog med ungdomsuddannelserne omkring forebyggelse af stofmisbrug.

Nogle steder er samarbejdet i en opstartsfasen, mens det andre steder er mere konsolideret med faste tilbud som fx årlige temadage, månedlige møder med kontaktlærere eller lignende, rådgivning og støtte til udvikling af rusmiddelpolitikker på skolerne og endelig kompetenceudvikling og sparring med lærere og vejledere (fx metoder til tidlig opsporing, metoden den svære samtale mv.)

Flere steder har indsatsen på ungdomsuddannelserne ikke et snævert fokus på rusmidler og problematikker knyttet dertil, men et bredere fokus på fastholdelse og trivsel. Det gælder eksempelvis i Roskilde kommune, hvor fokus på rusmidler og sundhed er en del af ungdomsuddannelsernes strategi for at fastholde de unge på uddannelserne.

Projektet går på 4 ben: dialog med de unge, tilbud om rådgivning af de unge i undervisningstiden, kompetenceudvikling for lærere og vejledere samt et tilbud til den enkelte skole om inspiration og hjælp til initiativer, der kan skabe et sundhedsmæssigt løft for alle.

Kortlægningen har vist, at arbejdet med narkotikaforebyggelse på ungdomsuddannelserne er et område under udvikling. Ungdomsuddannelserne er typisk selvejende institutioner og der er ikke i lovgivningen noget krav om, at der skal undervises i emner relateret til sundhed eller forebyggelse af misbrug. En indsats på ungdomsuddannelserne beror således på gensidig interesse og velvilje. Kommunerne oplyser, at lignende udfordringer gør sig gældende for indsatser i festmiljøet.

Ca. 30 % af kommunerne har et fast tilbud om universel forebyggelse til ungdomsuddannelsesinstitutionerne. Det kan enten være i form af oplæg eller et fast samarbejde om, at SSP eller misbrugskonsulenter er til stede på matriklerne med et åbent tilbud om rådgivning og vejledning af de studerende.

### **Sunde erhvervsskoler**

Sundhedsstyrelsen udgav i sommeren 2012 et inspirationskatalog 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. Derigennem kan man være med til at aflive nogle af de myter, der eksisterer om stoffer. En metode er et dilemmaspil, hvor de unge skal diskutere forskellige dilemmaer relateret til stoffer. Desuden henvises der til, at en del kommuner har tilbud om ekstern undervisning, hvor misbrugskonsulenter tager ud på skolerne og holder oplæg.

### **Satspuljeprojektet: "Unge, alkohol og stoffer"**

Sundhedsstyrelsen står endvidere for administration af satspuljeprojektet om unge, alkohol og stoffer, hvor 6 modelkommuneprojekter i december 2011 modtog midler. I alt er der afsat 17 mio. kr til projektet som løber frem til 2014. Formålet med modelkommuneprojekterne 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 samspillende indsatser: 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.

Status i projekterne efteråret 2013 er, 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.

En midtvejsevaluering af projekterne forventes færdig i løbet af efteråret 2013. Den afsluttende evaluering er planlagt ultimo 2014.

### Separate udgivelser

Sundhedsstyrelsen udgav i efteråret 2011 to nye materialer: 1) ”Hjælp din teenager”, som er målrettet forældre (Sundhedsstyrelsen 2011d) og 2) ”Politik for rusmidler og rygning”, som er målrettet lærere og ledelse på ungdomsuddannelser (Sundhedsstyrelsen 2011e).

## 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.

### Satspuljeprojektet ”Unge, alkohol og stoffer”

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. Projekterne er i gang med at udvikle deres tilbud til de unge. Nogle 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

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. I 2005 kom det sms-baserede forebyggelsesinitiativ SMASH (SMS+HASH) til, som et anonymt støtte- og rådgivningsprojekt for unge hashbrugere med det formål at være skadereducerende, oplysende og støttende i forhold til ophør med hashrygning. I 2009 blev SMASH udvidet med en hjemmeside, og udbyggede indsatsen med rådgivning og støtte i forhold til ”hurtigere” stoffer som fx amfetamin, ecstasy og kokain samt en alkoholpakke.

Både projekt SMASH og netstof.dk er evalueret. Evalueringerne viser blandt andet, at de to portaler når ud til en gruppe af unge, der eksperimenterer med hash og andre stoffer, men som traditionelt er vanskelige at nå, fordi de ikke selv mener, at de har et stofproblem. På baggrund af de to evalueringer er det i 2012 blevet besluttet at samle

de to projekters gode erfaringer på [www.netstof.dk](http://www.netstof.dk) som en enkelt side. Social-, Børne- og Integrationsministeriet 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](http://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.

### U-turn

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

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

### 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 6 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-behandlingskrævende misbrug af primært hash.

Baggrunden for projektet er, at for en betydelig gruppe af unge med trivselsproblemer på erhvervs- og produktionsskoler er hashforbruget så stort, at det giver problemer

med at fungere personligt, socialt og fagligt, hvilket kan føre til, at de unge stopper deres uddannelse i utide.

Projektkommunerne er medio 2013 i gang med de første gruppeforløb. Modellen fastsættes endelig ved udgangen af 2013, hvorefter den afprøves i kommunerne indtil udgangen af 2015. Effekten af den afprøvede model dokumenteres.

### Ansvarlig udskænkning

Sundhedsstyrelsen udgav i 2009 folderen "Ansvarlig udskænkning" (Sundhedsstyrelsen 2009c). 'Ansvarlig udskænkning', der både har et stof- og alkoholforebyggende sigte, er en metode til at skabe fornuftige rammer for alkoholudskænkning. Der er særligt fokus på nattelivet, hvor de unge er de hyppigste gæster. Målet er et trygt natteliv 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 lejlighedsstilladelser til udskænkning af alkohol i lokalområdet. 'Ansvarlig udskænkning' er en metode til at varetage denne opgave i et samarbejde med udskænkningstederne. Det vil sige, at udskænkning af alkohol foregår på ansvarlig vis og i tråd med det øvrige forebyggende arbejde på alkohol- og stofområdet, der pågår i kommunerne.

Kortlægningen af kommunernes arbejde med forebyggelse af stofmisbrug viser, at kommunerne bruger erfaringerne fra "ansvarlig udskænkning". 2 ud af 3 kommuner samarbejder med nattelivet baseret på erfaringer fra projektet, herunder:

- kurser for dørmænd og andet personale i rusmiddelkendskab, førstehjælp, konflikthåndtering mv. og
- etablering af forum for dialog mellem kommune (fx bevillingsnævn, SSP) bevillingshavere, politi, uddannelsesinstitutioner og andre relevante aktører.

"Ansvarlig udskænkning" tog 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 mediekampanjer

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

Sundhedsstyrelsen har derimod siden 2003 samarbejdet med festivalerne og spillestedernes interesseorganisation Dansk Live (Tidligere opdelt i Festival Danmark og Spillesteder.dk) om en årlig kampagne mod stoffer rundt om på landets flerdages mu-

---

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

sikfestivaler. Siden 2009 er dette samarbejde udvidet med en kampagne om unge og alkohol. I 2009 er samarbejdet også udvidet til at omfatte en tilsvarende anti-narkotika kampagne på spillestederne. Festmiljøerne er valgt som en central arena, da undersøgelser viser, at der her er øget risiko for, at de unge eksperimenterer med stoffer. Som et vigtigt led i kampagnerne har festivalerne og spillestederne selv været afsendere på kampagnen. Tanken er, at de som trendsættende aktører i unges festmiljø vil have en god og positiv gennemslagskraft med det holdningsprægede budskab over for målgruppen af unge.

### Dansk Live Against Drugs

Sundhedsstyrelsens og Dansk Lives narkotikaforebyggende "Against Drugs"-kampagne løb i 2012 af stablen på 15 festivaler. 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 hjemmeside, 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 2011 kørte kampagnen på ordene: THINK og CHOOSE. I 2012 ændrede kampagnen slogan og layout til "SPEAK YOUR MIND – NOT SOMEONE ELSE'S". I 2013 lyder slogannet "DON'T LET OTHERS SPEAK YOUR MIND".

Evalueringen af 2012-kampagnen (Sundhedsstyrelsen 2012e) er baseret på publikumsundersøgelser, der er gennemført på Roskilde Festival – som er langt den største af de 15 festivaler – samt på tre mindre festivaler, som er tilfældigt udvalgt blandt de andre festivaler. Det er festivalerne: Vig, Skive og Samsø. De fire festivaler henvender sig til forskellige målgrupper og giver derfor et nuanceret billede af kampagnens modtagelse ude i landet.

På Roskilde Festival viste evalueringen for 2012, at 70 % havde set kampagnen, hvilket er et lille fald i forhold til de seneste år. Til gengæld havde flere diskuteret budskabet i kampagnen med andre i 2012 (33 %) end i 2011 (29 %). 93 % af publikum syntes godt om, at festivalen markerer sig mod stoffer.

Evalueringen for 2012 fra de 3 mindre festivaler viste, at kun ca. 1/3 af publikum på to af de tre festivaler havde set kampagnen. Det er næsten en halvering i forhold til 2011. På den 3. festival havde 65 % af publikum set kampagnen, hvilket var en lille stigning i forhold året før. På 2 af festivalerne havde ca. 20 % diskuteret kampagnens budskab med hinanden, mens knap 40 % havde diskuteret det på den 3. festival. Mellem 83 % og 90 % af publikum syntes, at det var en god idé, at festivalerne markerer deres holdning mod stoffer.

### Dansk Live – Unge og Alkohol

I 2012 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 teenage-druk, og den sætter fokus på aldersgrænser for udkænkning og salg af alkohol. Kampagnens formål er blandt andet 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 centreret på teltpladserne og i barområderne og består primært af trykte medier, men har også en webdel. 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, Skive og på Samsø (Sundhedsstyrelsen 2012f). Fælles for evalueringerne er, at de viste et ringere kendskab i 2012 end i 2011.

På Roskilde Festival havde 15 % af medarbejderne set kampagnen i forhold til 66 % i 2011. Resultatet fra 2012 viste også, at 82 % af medarbejderne kunne svare på, hvor gammel man skal være for at købe alkohol på en festival. Evalueringen viste, at der havde været implementeringsproblemer af de fysiske elementer. Det formodes at være en af forklaringerne på, at evalueringen blandt medarbejdere viste dårligt kendskab. Evalueringen for 2012 viste dog – ligesom i 2011 – at 92 % af medarbejderne synes, at kampagnen er en god idé.

Evalueringen for 2012 fra festivalerne Vig, Skive og Samsø, viste, at medarbejderne bakker op om kampagnens budskab og mener, at det er vigtigt, at festivalerne har en klar holdning til teenagere og alkohol. Alle medarbejdere på Vig festivalen tilsluttede sig det, mens det samme gjaldt hhv. 77 % på Skive og 81 % på Samsø. 98 % af medarbejderne i evalueringen kendte til reglerne for udskænkning af alkohol.

Evalueringen viste også, at der sidste år var en del implementeringsvanskeligheder. Eksempelvis var der problemer med at få plakaterne sat op i barområder mv. Det resulterede i, at kampagnen var markant mindre synlig blandt publikum end de foregående år. På Samsø faldt den fra 79 % til 68 %, på Vig faldt den fra 38 til 28 % og på Skive var den nede på 24 %. Erfaringerne, som vanskelighederne ved implementeringen har givet, er anvendt konstruktivt i implementeringen af kampagnen i 2013.

### **Music against drugs**

I 2012 kørte kampagnen Music Against Drugs på 45 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 16-25 år, hvor medarbejderdelen er målrettet alle medarbejdere på spillestederne. I 2012 bestod kampagnen både af trykte og elektroniske elementer, som fx webbanere, T-shirts til medarbejdere, plakater, stickers, badges m.m. Feedback fra publikum og medarbejdere for kampagnen i 2012 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

Sundhedsstyrelsen er ved offentliggørelsen af foreliggende rapport i gang med at foretage nyt skøn over antal stofmisbrugere i Danmark. Dette nye skøn planlægges gennemført i efteråret 2013, og offentliggøres særskilt. 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.

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

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



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**

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

## 5 Stofbehandling – efterspørgsel og tilgængelighed

### 5.1 Indledning

Kommunerne er ansvarlige for alle former for stofmisbrugsbehandling, uanset om der er tale om ambulant-, dag- eller døgnbehandling (med undtagelse af den behandling, der finder sted i fængsler og arresthuse). 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 16.000 stofmisbrugere er registreret i registeret over stofmisbrugere i behandling (SIB). Heraf er omkring 7.600 i substitutionsbehandling – enten med methadon 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 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 med eller uden understøttende medikamentel behandling, både som ambulant og som døgnbehandling. Behandling er helt overvejende frivillig. Der er i lovgivningen begrænsede muligheder for behandling med tvang, specielt i forhold til gravide med problematisk stofbrug, men disse muligheder har kun været anvendt i meget få tilfælde siden ny lovning trådte i kraft i 2008.

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

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

Personer, der er visiteret til behandling, har ret til at vælge mellem offentlige behandlingstilbud og godkendte private behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, der er visiteret til, dvs. inden for rammerne af den beskrevne behandlingsplan. For så vidt angår den medikamentelle behandling har en stofmisbruger formelt set ikke krav på, at behandlingen iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen, men som regel vil en evt. medikamentel behandling blive indledt samtidig med iværksættelsen af den psykosociale behandling.

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

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

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

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

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

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

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

Det påhviler kommunalbestyrelsen at tilbyde vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler til personer med opioidmisbrug (substitutionsbehandling). Denne forpligtelse fremgår af sundhedslovens § 142, stk. 1. Det er ligeledes kommunalbestyrelsens ansvar at sikre den fornødne sammenhæng mellem den lægelige behandling og den hermed forbundne psykosociale indsats og indsatsen mod de sociale problemer, stofmisbrugeren i øvrigt måtte have. Den lægelige behandlingsplan indgår som en del af den sociale handleplan og forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugeren.

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

### **Kvalitetssikring af substitutionsbehandlingen**

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

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

## **5.3 Stofmisbrugere i behandling**

### **Stofmisbrugere indskrevet i behandling**

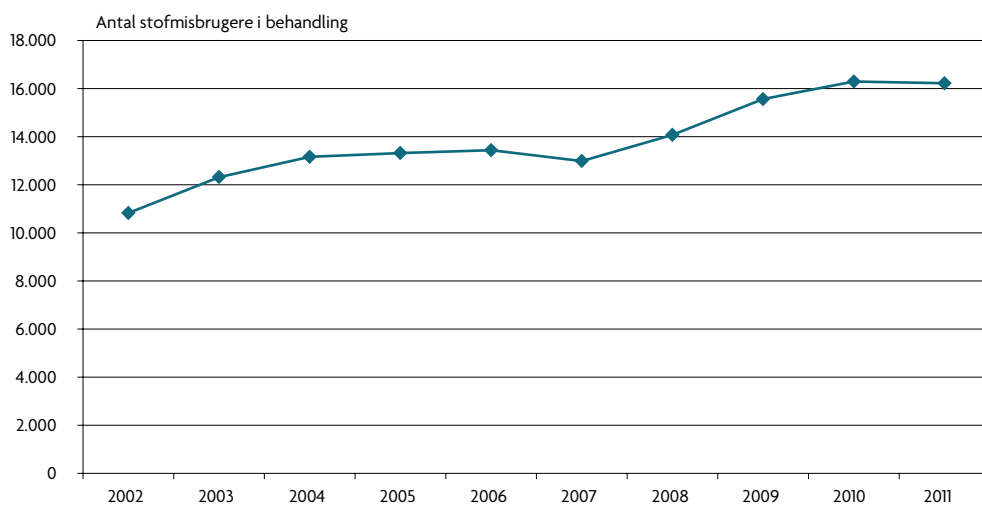
Sundhedsstyrelsen har fra 1996 registreret alle stofmisbrugere, der indskrives i behandling. På baggrund af oplysninger fra ”Register over stofmisbrugere i behandling” (SIB),

kan de personer, der søger hjælp for deres problematiske stofbrug beskrives. Registeret indeholder blandt andet informationer om behandlingsformen dvs. ambulante- og døgnbehandling, samt hvilken behandlingstype (methadon, 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 data-brud, og resultaterne fra opgørelserne må derfor tolkes med forbehold. Opgørelserne i nærværende kapitel er baseret på de migrerede SIB-data (fra 2007 og frem) fra den nye Stofmisbrugsdatabase, og kan ikke direkte sammenlignes med tidligere publicerede opgørelser.

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

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



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

I 2011 blev der på landsplan indskrevet 5.686 personer i behandling. Her er både tale om personer, der er indskrevet for første gang og personer, som indskrives i behandling på ny. Andelen af personer, der ikke tidligere har været i behandling, er på 32 %

6 VBGS: Ventetid for behandlingsgaranti for stofmisbrugere.

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.

**Tabel 5.3.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2011**

<b>Antal klienter indskrevet i behandling i 2011</b>	<b>5.686</b>
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	1.017
Antal børn uden for hjemmet under 18 år	290
Udenlandsk statsborgerskab (%)	6

Kilde: Register over stofmisbrugere i behandling (SIB)

\*Procent af dem, der opgiver et hovedstof

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

### Hovedstof for misbruget

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

De centralstimulerende stoffer, der især er i fokus i unges eksperimenterende brug af stoffer, optræder i ringere omfang som hovedstof for misbrugere, der er indskrevet i behandling i 2011. 9 % opgiver amfetamin, 5 % opgiver kokain, og 0,3 % opgiver

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.

### 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.

---

7 Her opgjort som MDMA eller lignende.

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



**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 nytilkomne er lidt flere kvinder sammenlignet med kønsfordelingen i hele behandlingspopulationen.

### Hovedstof og indtagelsesmåde

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

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

### Unge i stofbehandling

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

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

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

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

Kilde: Register over stofmisbrugere i behandling (SIB). 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 methadonbehandling på baggrund af data fra ordinationsregisteret. Seneste opgjorte opgørelse herfra viste, at 5.700 personer i 2004 var i substitutionsbehandling med methadon. I opgørelsen indgik oplysninger om antal personer i methadonbehandling indsat i Kriminalforsorgen samt antal personer uden CPR-nummer (Sundhedsstyrelsen 2008a).

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

Antallet af personer i substitutionsbehandling med buprenorphin 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 hele landet i henholdsvis København, Hvidovre, Odense, Århus 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 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 methadon 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 har i foråret 2013 evalueret ordningen på baggrund af de registrerede data (Sundhedsstyrelsen 2013a). Evalueringen viser, at ordningen har været en succes i forhold til at forbedre stofmisbrugerens sociale situation, begrænse misbruget af illegale stoffer, nedsætte kriminaliteten og reducere risikoadfærden. Det psykiske velbefindende ser ud til at forbedres, mens flere får konstateret fysiske sygdomme som følge af, at de kommer under mere ordnede forhold med daglig kontakt til sundhedspersonale og regelmæssige lægesamtaler, undersøgelse og behandling. Dette ser ud til

at påvirke det selvvaluerede fysiske helbred i negativ retning. Energiniveauet er langt lavere end for befolkningen generelt og ændrer sig ikke under behandlingen. Der er en relativ stor andel, der udskrives igen, særligt på nogle af klinikkerne, og data indikerer, at det i højere grad er de mere belastede misbrugere, der udskrives igen. Nogle af de udskrevne går tilbage til konventionel substitutionsbehandling, enten permanent eller i en periode. Frafaldet er på linje med det, der er set under den tilsvarende schweiziske ordning og på linje med frafaldet i konventionel substitutionsbehandling.

Der er nogle misbrugere af heroin, der ikke kan rummes i den nuværende ordning. Det er derfor besluttet, at ordningen udvides med indtagelse af heroin i tabletform. Der vil være grundlag for at anvende tabletter, hvis injektion ikke er mulig på grund af patientens beskadigede vener, hvis omstilling af patienten til methadonbehandling ikke er tilstrækkelig, eller hvis patienten ønsker at forblive i heroinbehandling, men ønsker at ophøre med injektion. Der vil desuden være grundlag for at anvende tabletformen til kroniske heroinmisbrugere, der ikke er injektionsbrugere fx misbrugere af rygeheroin. Behandling med tabletter forventes at træde i kraft ultimo 2013.

### Stofmisbrugere i døgnbehandling

Særlige informationer om døgnbehandling indhentes gennem Stofmisbrugsdatasen (SMDB), som blev taget i brug i midten af 2011. Alle døgninstitutioner, der behandler personer med stofmisbrug, er forpligtet til at indsende data til SMDB. Antallet af døgninstitutioner tilmeldt SMDB var 40 i 2012. Af disse var 31 egentlige døgnbehandlingsinstitutioner, og heraf var der tre, der ikke indsendte data i 2012, samt to som lukkede. I nedenstående tabel er udviklingen i indskrivninger hvert år fra 2005-2012 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 %

Kilde: Center for Rusmiddelforskning, Dansk Registrerings- og Informationssystem, DanRIS. 2012.

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 31 år i 2012. Andelen af kvinder synes ligeledes at være relativt stabil over hele perioden, om end der ses en faldende tendens i andelen af kvinder fra 2008 og frem. En person kan have flere indskrivninger pr. år, men der skal gå mindst 30 dage fra udskrivning før en tilbagevenden betragtes som nyindskrivning.

De 710 indskrivninger, der blev registreret i 2012 fordeler sig på i alt 675 personer. Der er signifikante ændringer i klienternes gennemsnitlige EuropASI stof composite score fra 2011 til 2012 (0,43 i 2011 til 0,40 i 2012). Composite scores for kriminalitet, konflikter med familie og netværk samt psykisk belastning er mindre i 2012 end i 2011, mens alkoholscoren er lidt større – dog er ingen af forskellene statistisk signifikante. Andelen af klienter, som har et heroinforbrug op til behandlingsstart, er faldet fra 41 % i 2008 til 25 % i 2012. Generelt er andelen af opioid-brugere, som indskrives i døgnbehandling, faldende.

### Gennemførelse og belastningsgrad

Andelen af klienter, der gennemfører døgnbehandling som planlagt, er faldet fra 56 % i 2011 til 50 % i 2012. Det gennemsnitlige antal indskrivningsdage er i 2012 144 dage, hvilket er en stigning på 8 dage i forhold til de 136 dage i 2011.

I 2011 og 2012 havde døgnbehandlingsinstitutionerne udfyldt EuropASI-skema på henholdsvis 73 % og 65 % af klienterne der var indskrevet i året. Ud fra ASI-skemaet beregnes blandt andet den sociale belastning, herunder boligforhold og forsørgelse. Sammenlignet med 2011 ses i 2012 en højere belastningsgrad, hvad angår klienternes bolig- og indkomstforhold på enkelte områder. Andelen af indskrevne uden bolig steg fra 9 % i 2011 til 11 % i 2012. Andelen af klienter, der oplyser en hovedindkomst fra illegale aktiviteter, er steget fra 4 % i 2010 til 9 % i 2012.

De i alt 710 indskrivninger i 2012 kommer fra 86 ud af de 98 danske kommuner.

## 5.4 Tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen

Regeringen har på stofmisbrugsområdet fastsat en klar målsætning om, at der i 2020 skal være sket en mærkbar ændring med hensyn til 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 Social-, Børne- og Integrationsministeriet 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 kun 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 problemstillinger, som kan have behov for en række indsats 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.

Ud over Stofmisbrugspakken arbejdes der i regi af Social-, Børne- og Integrationsministeriet med en række øvrige initiativer relateret til den sociale stofmisbrugsbehandling. Nedenfor skitseres blandt andet et initiativ, der retter sig mod rusmiddelbrugere, der ikke er eller kun i begrænset omfang er socialt belastede af deres misbrug, og som er i arbejde eller under uddannelse (anonym ambulans stofmisbrugsbehandling). Andre initiativer retter sig mod de mest socialt belastede mennesker med stofmisbrug (Akut krisecenter for socialt udsatte med stofmisbrug og Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug). Desuden skitseres to projekter, der er målrettet unge med et behandlingskrævende misbrug (PAV – Forbehandling på de sikrede institutioner samt Projekt misbrugsbehandling til unge). Endelig præsenteres tre initiativer, der retter sig mod dobbeltbelastede stofmisbrugere, dvs. borgere som både har et misbrug og en sindslidelse (Modelprojekt med fokus på screening og udredning, Unge sindslidende med misbrug samt Integreret indsats) og til sidst et uddannelsesforløb for stofmisbrugsbehandlere.

### **Forsøg med anonym ambulans stofmisbrugsbehandling**

Forsøg med anonym ambulans stofmisbrugsbehandling er målrettet borgere med et behandlingskrævende stofmisbrug, der har en tæt tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet, og som i dag vælger ikke at henvende sig i stofmisbrugsbehandlingssystemet. Målet med projekterne er at skabe viden om hvem og hvor mange, det er muligt at komme i kontakt med og få til at vælge behandling via et anonymt tilbud. Tilbuddet om anonym ambulans stofmisbrugsbehandling er placeret i København og Odense og har været tilgængeligt fra januar 2011. Der er ved satspuljeaftalen 2010 afsat 16,5 mio. kr. til initiativet. I satspuljeaftalen for 2012 er afsat yderligere 5 mio. til projekterne således, at de drives videre til udgangen af 2013.

Evalueringen af projekterne viser, at der i løbet af 2011 og 2012 er blevet indskrevet 430 personer i behandling. Evalueringen peger herunder på, at projekterne i særlig grad har rekrutteret en ressourcestærk gruppe borgere, der er i uddannelse eller arbejde, som ikke ser sig selv som brugere af misbrugsbehandlingstilbud, og for hvem muligheden for at få behandling anonymt er afgørende for, at de henvender sig. Hensynet til et arbejde (herunder fremtidige jobmuligheder) er den væsentligste årsag til ønsket om at være anonym. Det skal understreges at substitutionsbehandling for opioidmisbrug ikke kan foregå anonymt, og den primære målgruppe for projekterne derfor er misbrugere af hash, kokain og andre centralstimulerende stoffer.

Evalueringen viser endvidere, at 72 % af de indskrevne er mænd, gennemsnitsalderen er 31 år, 72 % har hash som hovedstof, 50 % har en ASI-score på max 0,15 og 86 % har en ASI-score på max 0,3. Desuden har 47 % af de indskrevne en mellemlang eller lang videregående uddannelse, 61 % har en lønindtægt og 20 % modtager SU. Det er således lykkedes at rekruttere en relativ ressourcestærk gruppe til misbrugsbehandling gennem et anonymt gruppebaseret behandlingstilbud.

## Undersøgelse om socialt marginaliserede med kaotisk blandingsmisbrug

Rapporten ”Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug” er udarbejdet af Rambøll for Socialstyrelsen. Rapporten formidler resultaterne af en undersøgelse, som er gennemført i København, Aarhus og Odense. Undersøgelsen peger på ny viden om nogle af de mest udsatte stofmisbrugere, herunder hvem disse borgere er, hvad der karakteriserer dem, hvilke behov de har for indsatser fra hjælpesystemet og endelig hvilke særlige udfordringer, der er forbundet med at give dem den rette hjælp og støtte.

Undersøgelsen viser, at omkring 450-500 marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug opholder sig i København, Aarhus og Odense. Selv om de kun udgør under to pct. af det samlede antal mennesker med stofmisbrug i Danmark, fylder de væsentligt mere i gadebilledet, og de har en række komplekse problemstillinger, der gør det vanskeligt for dem at modtage relevante tilbud og indsatser. Deres levevis og adfærd gør dem særligt udsatte, blandt andet udviser de en stor risikovillighed i deres forbrug af rusmidler og indtager ofte ukritisk, hvad der er tilgængeligt og ofte under uhygiejniske forhold.

Stofmisbrugsmiljøerne og misbrugsmønstrene i de tre byer adskiller sig på nogle felter. Blandt andet udgør kokain i København en væsentlig del af de kaotiske blandingsmisbrugeres stofindtag, hvilket i noget mindre omfang er tilfældet i Aarhus og Odense. Til gengæld er misbrug af Ritalin (ADHD-medicin) væsentlig mere udbredt i Aarhus og Odense end i København. Undersøgelsen viser også, at dele af målgruppen har en tidlig misbrugsdebut, som for nogle starter helt nede i 8-10 års alderen for herefter at intensiveres yderligere i den tidlige teenagealder.

Sammenlignet med øvrige udsatte grupper – herunder hjemløse eller den samlede gruppe af mennesker i stofmisbrugsbehandling – viser undersøgelsens tællingsresultater, at socialt marginaliserede borgere med blandingsbrug i højere grad har psykiske og helbredsmæssige problemer, lige som flere i målgruppen har et kokainmisbrug. Undersøgelsen peger ligeledes på, at der er udfordringer med at give denne målgruppe det rette tilbud om støtte og behandling, idet to ud af tre borgere i målgruppen er tilknyttet et misbrugsbehandlingstilbud, lidt færre end halvdelen benytter sig af byernes væresteder eller øvrige lavtærskeltilbud, og det er ligeledes under halvdelen, der har tilknyttet en kommunal støttekontaktperson eller bostøtte. Samlet set indikerer undersøgelsen, at en forholdsvis stor andel af disse borgere ikke modtager tilbud, der svarer til deres behov. Samtidig udgør kompleksiteten i deres situation en udfordring for en samlet indsats for målgruppen, da det opleves som vanskeligt at tilvejebringe og koordinere de tværfaglige indsatser, der skal sikre en helhedsorienteret indsats.

Rapporten er tilgængelig for download på Socialstyrelsens hjemmeside [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

## Akut krisecenter for socialt udsatte med stofmisbrug

Der er etableret et akut krisecenter for socialt udsatte borgere med stofmisbrug, der befinder sig i en akut og krisepreget situation. 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 krisepregede 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 ligeledes støtter værestedet 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 at tilbyde ophold til 20 borgere ad gangen, og som udgangspunkt er der mulighed for ophold på op til tre måneder.

Der er ved satspuljeaftalen for 2012 afsat 24 mio. kr. i perioden 2012-2015 til initiativet. Ved satspuljeaftalen for 2013 er der afsat yderligere 8 mio. kr. til en kapacitetsudvidelse af tilbuddet. Tilbuddet evalueres med henblik på at få styrket vidensgrundlaget for fremtidige indsatser af denne karakter til målgruppen.

### **Forbehandlingsprogrammet "Projekt Andre Valg" (PAV)**

Med baggrund i erfaringerne fra forsøg med anvendelse af forbehandlingsprogrammer i danske arresthuse skal unge med et misbrug, der opholder sig på sikrede institutioner, tilbydes et forbehandlingsprogram mod misbrug. Forbehandlingsprogrammet, som de unge skal tilbydes, lægger sig op 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.

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

Kommunerne har brugt det første år af projektperioden på at blive etableret samt påbegynde at få unge i behandling. Sideløbende er der udviklet et undervisnings- og praktikforløb til indføring i metoden, der også indeholder supervision og konsultationer. Målet er, at der i sommeren 2015 foreligger uddybende beskrivelser af de tre modeller, som landets øvrige kommuner kan drage viden af og evt. igangsætte lignende lokale behandlingstilbud. Projektet er en del af strategien ”Lige Muligheder” fra satspuljeaftalen for 2008, og der er afsat 60 mio. kr. til initiativet. De første konkrete resultater af effektevalueringen, som foretages af SFI (Det nationale Forskningscenter for Velfærd), forventes at foreligge i foråret 2014.

### 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. Fire kommuner, Esbjerg, Horsens, Aalborg 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:

- Screeningen 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 screeningspraksis og den tilpassede misbrugsbehandling. Projektkommunerne arbejder fortsat på mere formaliserede samarbejdsaftaler med primært regionalpsykiatrien. Der er afsat 14 mio. kr. og projekterne løber til og med februar 2015.

### Unge psykisk syge med et misbrug

Projektet er målrettet unge nyhenvendte i tre kommuner 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 og opnår en øget mestring af deres psykiske problemer. Der udvikles tre lokale modeller for støtte og samarbejde, der optimerer 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. Projektet er startet op i de tre kommuner – Aalborg, Horsens og Gladsaxe – og kommunerne afprøver 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 Psykiatiraftalen 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 i behandlingspsykiatrien over for borgere med alvorlige psykiske lidelser og misbrug. Ballerup, Egedal, Hedensted og Syddjurs samarbejder med Region Hovedstaden og Region Midt i dette integrerede tilbud. Projektorganisationen er etableret, og de første kompetenceudviklingsdage er afviklet.

Der er udviklet et fælles metodisk udgangspunkt, herunder en metodehåndbog, som de 2 projekter (4 kommuner samt 2 regioner) tager afsæt i. Den integrerede indsats i dette initiativ er defineret ved at støtte og behandling på tværs foregår koordineret og samtidigt, at professionelle laver indsatser med forskellige vinkler (behandling, støtte) mens de fysisk er til stede samtidigt, og at der er organisatorisk integration.

I tilbuddet arbejdes der tværfagligt, og indsatsen foregår ambulantly. Selve afprøvningen af metoden startede i foråret 2013. Yderligere kompetenceudvikling planlægges i efteråret 2013.

### **Uddannelsestilbud på stofmisbrugsområdet**

I sommeren 2013 afsluttedes et toårigt projekt, hvor stofmisbrugsbehandlere havde mulighed for at få kompetencegivende videreuddannelse med økonomisk støtte. Videreuddannelsen bestod af to moduler om teori og metoder i stofmisbrugsbehandlingen, som kunne tages selvstændigt eller som et led i den sociale diplomuddannelse. Modulerne blev udbudt på fire professionshøjskoler rundt om i landet.

Ved projektets afslutning havde knap 200 studerende på landsplan gennemført uddannelsens to moduler. Optagelse på en diplomuddannelse kræver minimum to års relevant erhvervs erfaring. I praksis var der på alle hold på videreuddannelsen deltagere med få års erfaring sammen med deltagere med lang erfaring fra misbrugsområdet. De tre faggrupper pædagoger, socialrådgivere og sygeplejersker var omtrent ligeligt repræsenterede på holdene.

Både de mundtlige og skriftlige evalueringer af videreuddannelsen afspejler generelt en høj grad af tilfredshed blandt deltagerne i hele landet. Denne tilfredshed vedrører både modulernes faglige indhold og niveau, udvalgte temaer og litteratur og deltagerens vurdering af, hvorvidt modulernes indhold kan omsættes i deres arbejdssammenhæng.

## **5.5 Forskning i behandlingen af stofmisbrugere**

Fokusområderne i forbindelse med forskning i behandling af stofbrugere ændres løbende. På Center for Rusmiddelforskning er der aktuelt særligt fokus på følgende områder/projekter:

### **Behandling af særlige grupper af klienter med specifikke lidelser, såsom personlighedsforstyrrelser, ADHD og traumer m.m.**

I en række igangværende projekter undersøges, hvorledes specifikke metoder virker på specifikke målgrupper, herunder psykiatriske tilstande såsom angst, depression og antisocial personlighedsforstyrrelse (ASPD). Projektet "Korttidsbehandling af menne-

sker med misbrug og kriminel adfærd (ILC)” er en randomiseret multicenter effektundersøgelse af manualbaseret korttidsbehandling af mennesker med antisocial personlighedsforstyrrelse i misbrugsbehandling. Der er brug for udvikling af metoder, der kan anvendes i ambulante behandlingstilbud, som har kontakt til og potentielt ekskluderer denne målgruppe, blandt andet misbrugsbehandling, sociale tilbud og tilbud til hjemløse. Ud over metodeafprøvning og effektmåling fokuserer undersøgelsen også på at nuancere den viden, der er om antisocial adfærd.

Et andet projekt, omhandlende personlighedsforstyrrelser, er Clinical Interview to Assess Levels of Functioning (CALF). Inspireret af det kommende diagnostiske system (DSM-5), hvor der er et styrket fokus på det individuelle funktionsniveau, er Center for Rusmiddelforskning i gang med en pilotundersøgelse af et klinisk interview, som kan gennemføres af psykiatere og psykologer, der behandler mennesker med personlighedsforstyrrelser og andre psykiske lidelser. Interviewet afdækker funktionsniveau gennem vurdering af fire livsområder. Under denne kategori afsluttes sommer 2013 en randomiseret undersøgelse af Client-Directed-Outcome-Informed behandling af 16-30-årige i behandling for deres misbrug af hash.

### Behandling af unge med et problematisk forbrug af stoffer

Såvel aktuelt som i de senere år har der i særlig grad været opmærksomhed på behandling af unge under 18 år, som har udviklet et problematisk brug af stoffer. En undersøgelse af 2.950 unges behov for hjælp, hjælpssøgende adfærd og resultatet af denne hjælp blev publiceret i 2012. Aktuelt fortsætter dataindsamlingen blandt andet i samarbejde med SFI (Det nationale Forskningscenter for Velfærd), og der vil i de kommende år blive publiceret bøger og artikler om unges misbrug af rusmidler, og den hjælp de får tilbudt til at reducere dette misbrug.

### Registerbaseret behandlingsforskning (DATLoC)

Center for Rusmiddelforskning har det seneste år etableret et program, som gennem større surveys og registersamkøringer blandt andet har til formål at følge klienter i stof- og alkoholbehandling i tiden før og tiden efter én eller flere behandlingsepisoder. I øjeblikket består databasen af over 60.000 forskellige personer, som har været i behandling for deres stof- og/eller alkoholmisbrug herunder inkluderet unge under 18 år. Oplysninger fra denne database er blevet samkørt med oplysninger fra alle de store nationale registre, og der arbejdes i øjeblikket på projekter, der følger klienterne fra 5 år før til 5 år efter en given behandlingsepisode. Der er i øjeblikket ved at blive etableret kontrolgrupper, som gør det muligt at sammenholde klienternes forløb med andre gruppers forløb over en 10-års periode. Det vil i DATLoC programmet også være muligt at undersøge omkostningseffektivitet og regionale/kommunale forskelle i klientforløb, som igen kan sammenholdes med organiseringen af indsatsen i de forskellige regioner/kommuner. De første artikler fra DATLoC publiceres i 2013.

Endelig skal nævnes projektet, ”**Prison-based drug treatment in the Nordic countries – Control and rehabilitation in Welfare State institutions**”. Fængselsbaseret stofbehandling i nordiske fængsler støttet af NOS-HS. Dette forskningsprojekt, der sammenligner stofbehandling i Danmark, Sverige, Norge og Finland, har nu kørt i to år. Projektet ledes af Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet. De første resultater beskriver, hvordan der på forskellig vis er blevet argumenteret for

stofbehandlingen i fængsler, herunder har nul-tolerance og sundhedsrettigheder været en del af argumentationen. Projektets to andre fokusområder er dels, hvordan stofbehandlingen implementeres forskelligt i praksis i 12 udvalgte fængsler og dels, hvordan de indsatte oplever denne stigende brug af behandling. Projektet slutter foråret 2014, men der vil løbende blive udgivet forskningsresultater. Projektet inkluderer desuden et ph.d. projekt med formålet dels at undersøge, hvordan indsatte i danske fængsler forholder sig til de stofbehandlingstilbud, de tilbydes under deres afsoning og dels at belyse, hvordan stofforbrug og ønsket om stoffrihed af de indsatte tilskrives mening i lyset af deres livssituation under og efter afsoning.

**Ph.d. projekter om behandling:** To ph.d.-projekter har været i gang siden 2010 med særligt fokus på unge problebrugeres liv og den behandling, de tilbydes. Dertil kommer et ph.d. projekt omhandlende storforbrugere af hash i og udenfor behandling. Alle tre ph.d.-projekter er kvalitative undersøgelser.

## 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 Seruminstutts Dødsårsagsregister. Sidstnævnte register benyttes til sammenligninger med lande i EU og er baseret på en fælles europæisk definition. I 2012 blev der ifølge Rigspolitiet registreret 210 narkotikarelaterede dødsfald, og det er det absolut laveste antal i mange år, og markant færre end i 2011, hvor antallet var 285. Det markante fald skyldes især et fald i Region Syddanmark. Analyser af disse dødsfald gennem årene viser, at der hovedsagligt er tale om forgiftningsdødsfald som følge af et blandingsmisbrug.

Der er ikke sikre forklaringer på, hvorfor de narkotikarelaterede dødsfald falder så markant fra 2011 til 2012. Det skyldes formentlig en blanding af en række forhold. En generel nedgang i de senere år i antallet af stofmisbrugere i behandling for første gang med opioider som hovedproblemet for deres misbrug, gør sig muligvis gældende i et vist omfang – også i Region Syddanmark, men ændringer i stofmarkedet i de pågældende år, kan også have været medvirkende. Endelig må man formode, at de nye initiativer og indsatser i kommunerne til de allermest sårbare, såsom fokusering på helhedsindsats, etablering af sundhedsrum/stofindtagelsesrum, heroinklinikker, forebyggelse af infektionssygdomme og kvalitet i substitutionsbehandlingen har haft betydning.

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 methadon, 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 smitemåde. Aids anmeldes ligeledes med personoplysninger. I tabel 6.2.1 i annekset ses antallet af anmeldte nypåviste hiv-positive og heraf antallet af intravenøse stofmisbrugere de sidste ti år<sup>11</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 2012 var 7 % (13 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 2012 var 10 % af de anmeldte aids-tilfælde fundet hos intravenøse stofbrugere, hvilket udgjorde 4 ud af i alt 41 personer.

### Hepatitis A, B og C

Trods mindre udsving synes der de senere år at være sket et fald i antallet af registrerede tilfælde af akut hepatitis i hele befolkningen (tabel 6.2.2. i annekset). I perioden har andelen af akutte hepatitis-tilfælde, hvor den smittede har været intravenøs stofmisbruger, ligget under eller omkring 1 % for hepatitis A, varieret mellem 0 og 32 % for akut hepatitis B, og mellem 0 til 85 % for akut hepatitis C. Til gengæld har andelen af personer anmeldt med kronisk hepatitis C på basis af intravenøst stofmisbrug ligget forholdsvist stabilt mellem 67-75 %. Antallet af anmeldte tilfælde af akut hepatitis B og C er få i Danmark, derfor skal de store udsving i andelen, der kan tilskrives intravenøst stofmisbrug, tages med forbehold. Da hepatitis C oftest er asymptomatisk i den akutte fase, er de anmeldte tilfælde formodentligt 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>12</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.

<sup>11</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>12</sup> Initiativet til undersøgelsen er taget i den nationale "nøgle-indikator-gruppe for infektionssygdomme".

Afhængigt af undersøgelsesår var ca. halvdelen af de undersøgte positive for antistoffer mod hepatitis C, mens ca. 1/4 var positive for hepatitis B (anti-HBc), og 1/4 var beskyttet mod hepatitis B (anti-HBs positive). Hiv infektion i undersøgelsespopulationen var nogenlunde uændret i perioden og under 4 %.

### 6.3 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 2003 til 2012. 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.

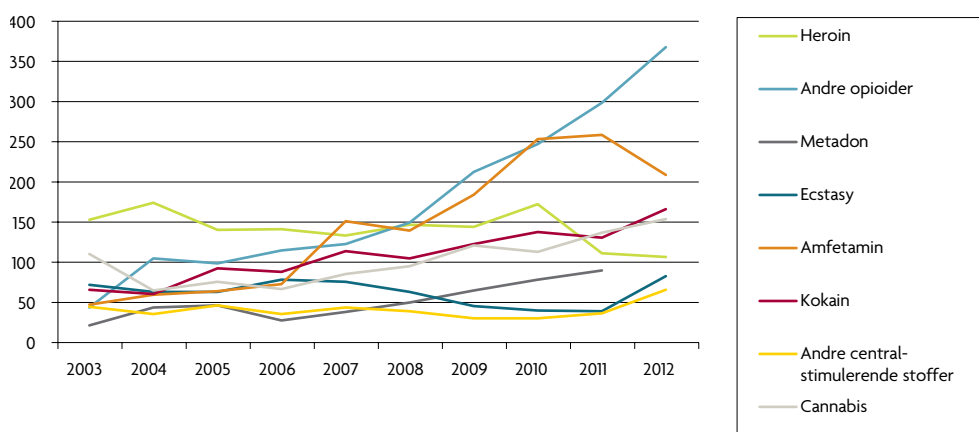
Der er årligt registreret mellem 1163 og 2028 forgiftninger med illegale stoffer fra 2003 til 2012. Fra 2004 ses en stigende tendens fra 1163 forgiftninger i 2004 til 2028 forgiftninger i 2012, hvilket svarer til en stigning på 74 % i perioden. På trods af en generel stigning i det samlede antal forgiftninger fra 2004 til i dag, ses et fald i antal forgiftninger med heroin fra 2010 til 2012 (fra 195 til 121 i pågældende år).

Stigningen gennem årene skyldes primært forgiftning med ”andre” opioider (ikke heroin) eller centralstimulerende stoffer – især amfetamin og kokain. Fra 2011 til 2012 ses for første gang i mange år en væsentlig stigning i antal forgiftninger med ecstasy (fra 45 til 94), om end antallet i 2012 stadig er væsentligt færre, end antallet af forgiftninger med både amfetamin (236) og kokain (188) i samme år. Tallene er som nævnt usikre og skal tages med forbehold på grund af de forskellige fejkilder.

I alt er der registreret 15.257 stofforgiftninger i de seneste 10 undersøgelsesår. Langt de fleste forgiftninger, godt 90 % er behandlet på de somatiske sygehuse, og de resterende knap 10 % 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 2003 til 2012 (tal vist i tabel 6.3.1.i annekset).

Figur 6.3.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 2002 - 2012



Kilde: Landspatientregister, Statens Serum Institut, udtræk maj 2013

Forgiftningerne i 2012 er vist i tabel 6.3.2 nedenfor. Godt halvdelen (1054 ud af 2028) af samtlige forgiftninger i 2012 skete blandt personer over 30 år, mens lidt under halvdelen af forgiftningerne (974 ud af 2028) fandt sted blandt personer under 30 år. Unge under 24 år udgjorde 38 % (765 ud af 2028).

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 2012 fordelt på forskellige aldersgrupper

	< 20 år	20-24 år	25-29 år	≥ 30 år
Opioider	37	60	46	585
Centralstimulerende stoffer	165	231	102	155
Svampe og hallucinogener	12	13		11
Cannabis	63	44	17	50
Blandingsmisbrug og uspecificeret	49	91	44	253
<b>I alt</b>	<b>326</b>	<b>439</b>	<b>209</b>	<b>1054</b>

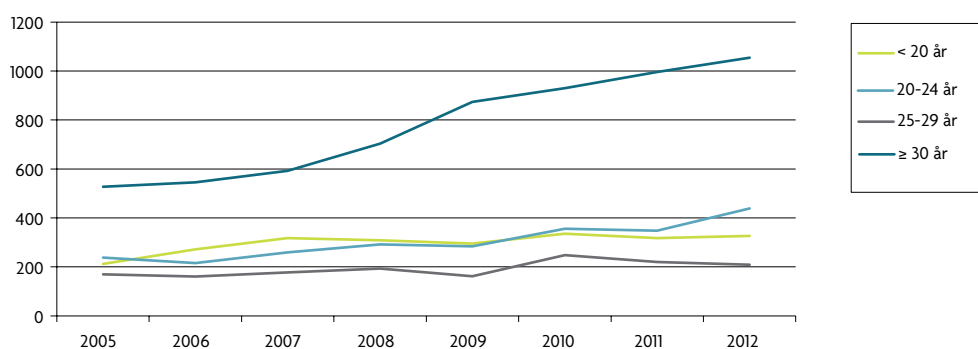
Kilde: Landspatientregister, Statens Serum Institut, udtræk maj 2013

Af de centralstimulerende stoffer forekommer kokain som undtagelse også blandt forgiftningerne hos de lidt ældre. Personer på 30 år og ældre stod for 33 % (62 ud af i alt 188) af forgiftningerne med kokain i 2012 (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 6.3.2. nedenfor.



Figur 6.3.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger, fordelt på aldersgrupper fra 2005 - 2012



Kilde: Landspatientregister, Statens Serum Institut, udtræk maj 2013

Som tidligere nævnt, er antallet af forgiftninger med illegale stoffer steget de senere år. Stigningen ses især blandt personer over 30 år. Det skal dog bemærkes, at der ses en særlig stigning i antal af forgiftninger blandt ”ungegruppen” i alderen 20-24 år fra 2011 til 2012 (fra 347 til 439).

### Psykisk sygdom

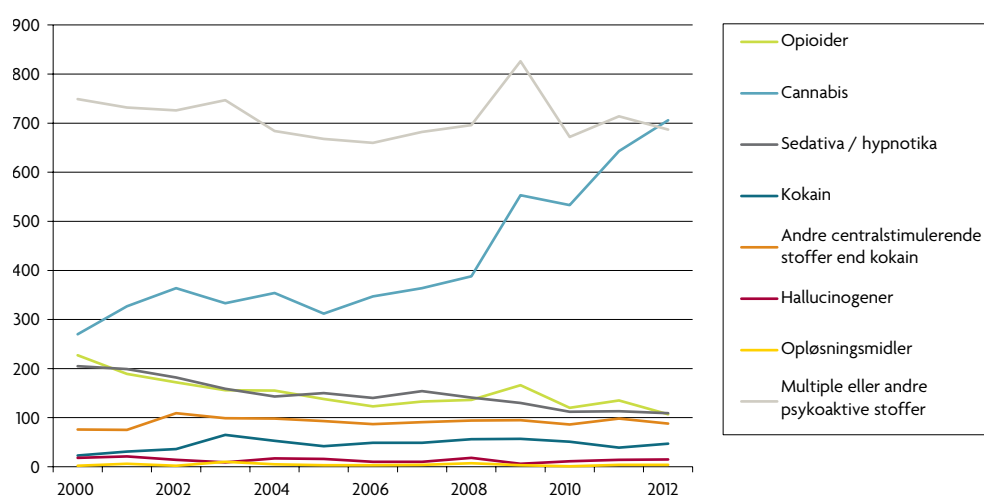
Psykiske lidelser hos stofmisbrugere er velkendt, idet stofmisbrug ofte optræder sammen med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer i form af panikreaktioner, angstanfald, depressioner, personlighedsforstyrrelser og lignende.

I 2012 blev i alt 5709 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose. Dette er på nogenlunde samme niveau som i 2011, hvor antallet var 5687. I de senere år er sket en jævn stigning i antallet af indlagte på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret diagnose, dog med årlige udsving (se tabel 6.3.4. og 6.3.5. i annekset).

I 2012 udgjorde antal personer med stofrelaterede bidiagnoser 3946 (3927 i 2011), og antallet personer med en stofrelateret hoveddiagnose 1763 (1760 i 2011). Antallet af personer og indlæggelser med bi- eller hoveddiagnoser er vist i tabeller i annekset samt illustreret ved figurer nedenfor.

Over de seneste 10 år har personer med *hoveddiagnoser* i relation til ”blandings-brug” (multiple eller andre psykoaktive stoffer) været den største gruppe. I 2012 var antal personer med cannabis-relaterede hoveddiagnoser dog for første gang overgået af antal diagnoser med ”blandingsbrug”. Personer med cannabisrelaterede hoveddiagnoser omfattede 40 % af samtlige personer i psykiatrisk behandling med en stofrelateret hoveddiagnose i 2012. I samme periode har antallet af personer med opioid-relateret hoveddiagnose været svagt faldende, dog med årlige udsving.

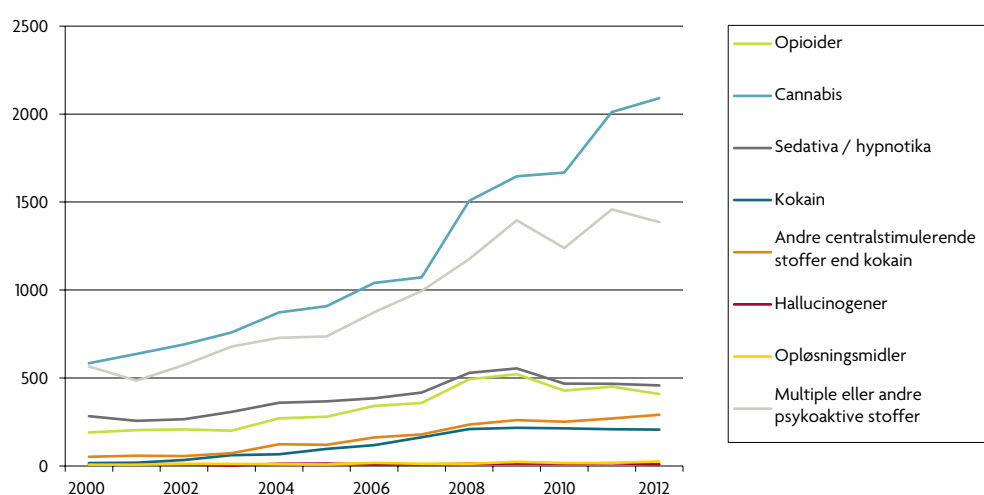
Figur 6.3.3. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 2000-2012



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 næsten tredoblet i de seneste 10 år. Gruppen omfattede 759 personer i 2003 og 2091 personer i 2012. 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 6.3.4. . Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 2000-2012



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.

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

Forskellene mellem tallene i Rigspolitiets register og Statens Serum Instituts 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 Serum Institutets dødsårsagsregister.

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

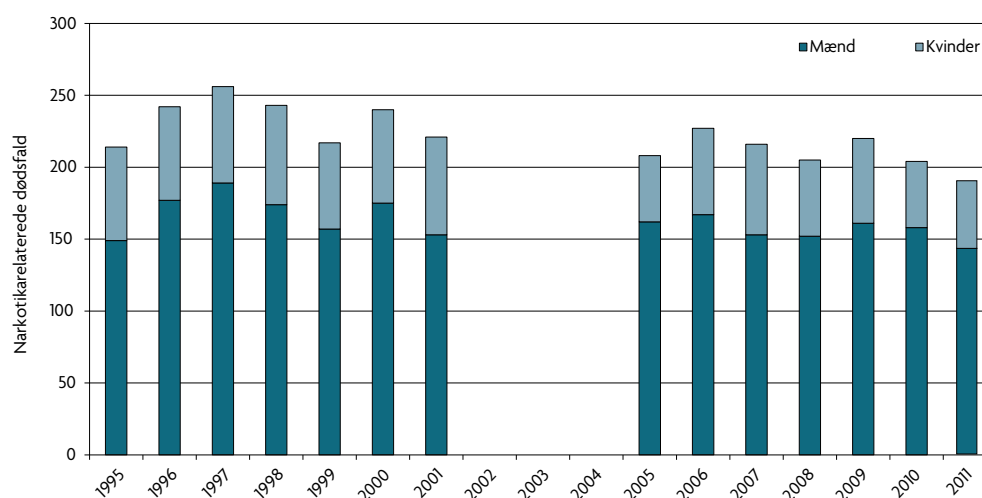
### Opgørelse, baseret på dødsårsagsregisteret

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

Figur 6.4.1 viser udviklingen af narkotikarelaterede dødsfald registreret i Statens Serum Instituts Dødsårsagsregister for perioden 1995-2011<sup>13</sup>.

13 Valide tal for narkotikarelaterede dødsfald for 2002-2004 foreligger ikke. Hertil kommer, at 2012-tal endnu ikke er opgjort.

Figur 6.4.1. Narkotikarelaterede dødsfald 1995-2011, Dødsårsagsregisteret\*



Kilde: Statens Serum Instituts Dødsårsagsregister, 2013

\* Data for årgangene 2007 til 2011 fra Dødsårsagsregisteret er ikke komplette. Da det reelle antal dødsfald er kendt fra CPR-registeret er data for 2007-2011 forhøjet med hhv. 1,7; 1,9; 2,2; 3,0 og 4,1 pct. for at kunne sammenligne med tidligere år.

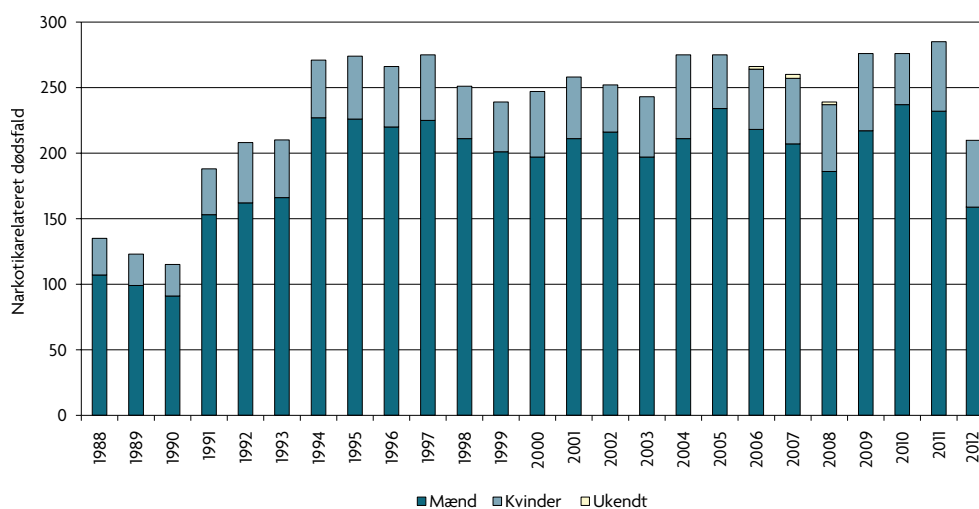
I 2011 var antallet af registrerede narkotikarelaterede dødsfald 190. Betragter man hele perioden, 1995-2011, svinger antallet af dødsfald mellem 190-250. Antallet er lavest i 2011, hvor der er registreret 190 dødsfald. I 2011 stod mænd for 75 % (143) af samtlige narkotikarelaterede dødsfald.

### 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 6.4.2 i annekset). I 2012 blev der registreret 210 narkotikarelaterede dødsfald, og er dermed det laveste antal registrerede siden 1994. Af de 210 dødsfald var 76 % mænd (159) og 24 % var kvinder (51).

Gennemsnitsalderen ved død er i mange år steget. I 1993 var gennemsnitsalderen 33 år, mens den i 2012 var 41,9 år, hhv. 41,8 år for mænd og 42,3 år for kvinder. Andelen af unge under 30 år udgjorde 13 % af samtlige narkotikarelaterede dødsfald i 2012 (andelen var 19 % i 2011).

Figur 6.4.2. Narkotikarelateret dødsfald 1988-2012, Rigspolitiet



Kilde: Rigspolitiet, 2013

Ud af de 210 dødsfald i 2012 skyldtes 79 % (166) forgiftninger med et eller flere stoffer, mens 21 % (44) skyldtes anden form for narkotikarelateret død – fx anden ulykke end forgiftning, sygdom eller en ukendt dødsårsag.

Som tabel 6.4.3. viser, skyldtes 24 % af samtlige forgiftninger (40 ud af 166) heroin/morfin eller heroin/morfin i kombination med et andet stof, mens 60 % af forgiftningerne (100 ud af 166) methadon eller methadon i kombination med et andet stof. 17 % af forgiftningerne (28 ud af 166) 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	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Heroin/morfin	153(71)	81 (38)	77 (37)	83 (37)	69 (34)	70 (36)	75 (36)	67 (33)	53 (24)	40 (24)
Methadon	46 (21)	95 (44)	89 (43)	92 (42)	84 (41)	82 (42)	96 (47)	89 (44)	114 (52)	100 (60)
Andet	17 (8)	38 (18)	40 (20)	46 (21)	52 (25)	43 (22)	35 (17)	48 (24)	51 (23)	28 (17)
<b>Forgiftninger i alt</b>	<b>216 (100)</b>	<b>214 (100)</b>	<b>206 (100)</b>	<b>221 (100)</b>	<b>205 (100)</b>	<b>195 (100)</b>	<b>206 (100)</b>	<b>204 (100)</b>	<b>218 (100)</b>	<b>166 (100)</b>

Kilde: Rigspolitiet, 2013

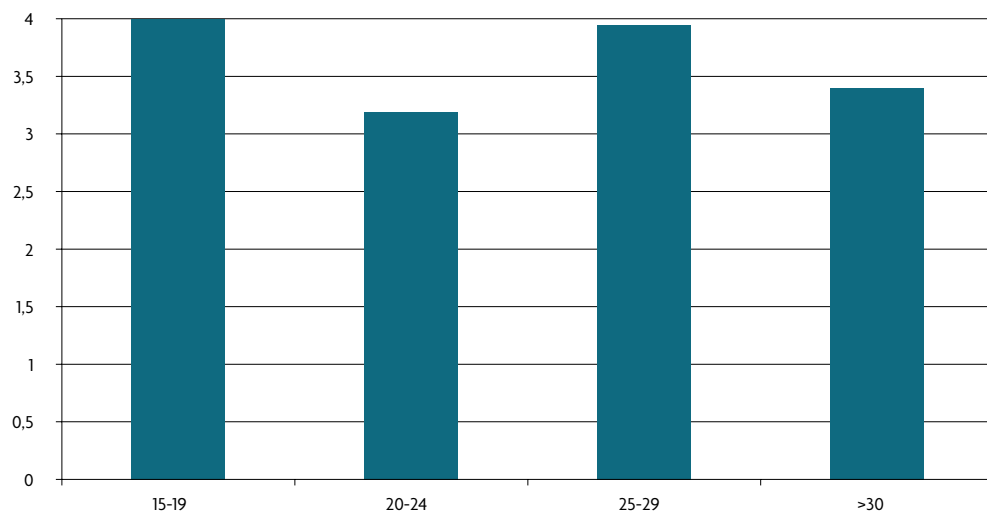
Tabel 6.4.3. viser udviklingen i de forskellige forgiftningsdødsfald i årene 1997 og fra 2004 og frem til 2012. Overordnet tegner forgiftninger med opioider (heroin/morfin og methadon) sig i alle årene for hovedparten af dødsfaldene. Forgiftningsdødsfaldene omfatter både ulykkestilfælde og selvmord.

Fra 90'erne til i dag ses dog en markant ændring af forgiftningsmønsteret, idet der inden for gruppen af forgiftninger med opioider er tale om et fald i den andel, hvor forgiftning

med heroin/morfin angives som den primære årsag, mens der er en tilsvarende stigning i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med methadon angives som den primære årsag. Endelig har der siden 1997 været en stigning i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med "andet" er angivet som den primære årsag. Andelen har dog ligget stabilt de seneste år. Gruppen af "andet" indeholder stoffer såsom amfetamin, kokain og ketobemidon. I 2012 var der under kategorien "andet" blandt andet følgende forgiftningsdødsfald; kokain (4), ketobemidon (2), amfetamin (1), 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 samtidig medvirker til forgiftningen – det vil sige, at mere end ét stof blev fundet i en dødelig dosis. Andre stoffer, som også kan påvises hos den afdøde, såsom 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 2012 i forskellige aldersgrupper



Kilde: Rigspolitiet, 2013

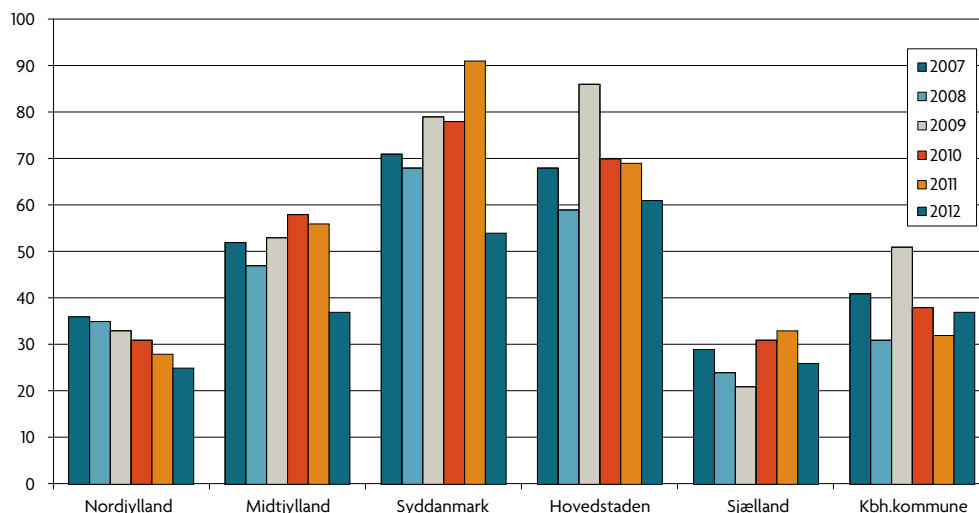
Som figuren viser, påvistes i gennemsnit mere end 3 forskellige stoffer blandt samtlige dødsfald, hvilket dokumenterer et udbredt blandingsbrug blandt dem, der dør af forgiftningen. Dette gælder også blandt de helt unge. Det hyppigst påviste stof blandt samtlige narkotikarelaterede dødsfald er benzodiazepiner (65 pct.) og methadon (65 pct.), efterfulgt af hash (39 pct.) og heroin (28 pct.).

### Geografisk udvikling

Af de 210 narkotikarelaterede dødsfald i 2012 er 94, 76 og 40 undersøgt og rapporteret fra henholdsvis de retsmedicinske afdelinger/institutter i København, Århus og Odense. I de seneste år er der set flere narkotikarelaterede dødsfald i Jylland end på Sjælland. I 2012 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 – 2012 fordelt på regioner samt Københavns Kommune ses af figur 6.4.4. nedenfor. Opgørelsen er baseret på den bopælskommune, stofmisbrugeren var registreret i på dødstidspunktet, og ikke hvor dødsfaldet fandt sted. 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 regionerne samt Københavns Kommune (dødsfald i Københavns Kommune er inkluderet i søjlerne for region hovedstaden).



Kilde: Rigspolitiet, 2013

Det ses af figur 6.4.4, at antallet af narkotikarelaterede dødsfald fordeles på samtlige regioner, med det højeste antal i Region Hovedstaden og det laveste antal i Region Nordjylland i 2012. Udviklingen i antallet af dødsfald fra 2007 til 2012 er forskellig i de fem regioner. Der ses dog et fald i alle regioner fra 2011 til 2012. Faldet er mest markant i Region Syddanmark. På trods af et fald i antallet af dødsfald i Region Hovedstaden ses en stigning i antallet af dødsfald i Københavns Kommune i forhold til 2011. Københavns kommune er den kommune med det højeste antal narkotikarelaterede dødsfald (37) efterfulgt af Århus (13), Ålborg (12) og Odense kommune (10).

Som nævnt i introduktionen til kapitlet er der ikke sikre forklaringer på, hvorfor de narkotikarelaterede dødsfald falder så markant fra 2011 til 2012. Det skyldes formentlig en blanding af en række forhold. En generel nedgang i de senere år i antallet af stofmisbrugere i behandling for første gang med opioider som hovedproblemet for deres misbrug, gør sig muligvis gældende i et vist omfang, men ændringer i stofmarkedet i de pågældende år, kan også have været medvirkende. Endelig må man formode, at de nye initiativer og indsatser i kommunerne til de allermest sårbare, såsom fokusering på helhedsindsats, etablering af sundhedsrum/stofindtagelsesrum, heroinklinikker, forebyggelse af infektionssygdomme og kvalitet i substitutionsbehandlingen har haft betydning.

Ud over det markante fald i Region Syddanmark, ses et større eller mindre fald i alle de andre regioner. Det generelle fald har været ventet, fordi nyttilgangen af stofmisbrugere

i behandling med opioider, som hovedproblem, som nævnt har været faldende i de senere år. Opioidmisbrug er, alt andet lige, det misbrug, der oftest fører til tidlig død. Udviklingen de kommende år vil vise, om den positive tendens fortsætter.



## 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. Skadereduktion 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

Regeringen har på stofmisbrugsområdet fastsat en klar målsætning om, at der i 2020 er sket en mærkbar ændring med hensyn til narkotikarelaterede dødsfald. Antallet af narkotikarelaterede dødsfald har svinget mellem ca. 240 og 285 de seneste år, og antallet har været stigende siden 2008. Frem mod 2020 skal antallet reduceres og fastholdes på et niveau på højst 200. Det svarer til en reduktion på 30 pct.

I december 2012 imødekom regeringen en ansøgning fra Odense, Århus og København Kommuner om, at gennemføre en undersøgelse af de narkotikarelaterede dødsfald i disse tre kommuner. Undersøgelsen bliver foretaget af det norske Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), og forventes afsluttet sommeren 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 register-sammenkørsler 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 har derfor i 2012 udgivet en vejledning om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger med en beskrivelse af de kliniske billeder og behandlingsprincipper (Sundhedsstyrelsen 2012g). Vejledningen skal kvalitetssikre den sundhedsfaglige behandling, således at behandlingen af akutte forgiftninger optimeres bedst muligt. Vejledningen kan ligeledes 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 2012h). Vejledningen kan 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 og Odense, mens et stofindtagelsesrum også forventes oprettet i Århus inden udgangen af 2013.

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 stofmisbrugerne – at tage stilling til fx adgang, kapacitet, personale, stof typer- 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 bemannes 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**

I oktober 2012 fik Danmark sit første stationære, men midlertidige, stofindtagelsesrum i tilknytning til Sundhedsrummet på Halmtorvet i København. Sundhedsrummet er åbent alle ugens dage fra kl. 8.30 – 23.30, og er bemannet med 6 sygeplejersker, 4 pædagoger, en projektleder, en gruppe vikarer og en social vicevært. Den sundhedsfaglige leder af Mændenes Hjem, er sygeplejefaglig koordinator, og hertil er tilknyttet en læge.

I det første halve år efter åbning, har der været 43.340 stofindtag i rummene, fordelt på 841 brugere. Nogle brugere kommer mange gange dagligt, hvorimod andre kun er kommet en enkelt gang. Omkring 80 % af brugerne er mænd, og 20 % er kvinder, hvilket svarer til fordelingen blandt stofmisbrugerne generelt. Omkring hver femte bruger er registreret som udlænding. Brugere med dansk statsborgerskab kommer fra kommuner i Region Hovedstaden.

Gruppen af udlændinge udgør omkring hver femte af alle brugerne. Københavns Kommune er opmærksom på, at stofindtagelsesrummet 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. Hjemløseenheden i Københavns Kommune har en indsats, der netop retter sig mod de udenlandske udsatte og der er over tid udviklet et godt samarbejde med myndighederne i andre lande, hvor også borgere bliver hjulpet hjem.

Stofindtagelsesrummet når også de kvindelige stofbrugere, men der er tegn på, at nogle af kvinderne i stedet foretrækker at indtage deres stoffer i de såkaldte "fixelancer", hvor de oplever at der er mere ro. "Fixelancere" er ombyggede ambulancer med bemanning, hvor der kan indtages stoffer på linje med de stationære stofindtagelsesrum.

Det er hovedsageligt centralstimulerende stoffer som kokain og amfetamin, der bliver indtaget i stofindtagelsesrummet. Kokain og amfetamin udgør således 2/3 af de stoffer, der indtages. Ca. 10 % af stofindtagene udgøres af kombinationen heroin/kokain. 10 % af stofindtagene udgøres alene af heroin, mens ca. 6 % af stofindtagene udgøres af methadon.

I det første halve år er håndteret 32 overdosistilfælde, hvor alle personerne overlevede. Der bliver udleveret rene kanyler, som bliver indsamlet efter brug. Brugere af stofindtagelsesrummet henvises både til social- og sundhedsfaglige tilbud, samt til stofmisbrugsbehandling.

I august 2013 åbnede stofindtagelsesrummet, "Skyen", i Mændenes Hjem i Lille Istedgade. I "Skyen" er der udover adgangen til at injicere stoffer, også adgang til at ryge stoffer. Socialudvalget i Københavns Kommune har besluttet, at det midlertidige stofindtagelsesrum på Halmtorvet holder åbent frem til årsskiftet 2013/2014 for at imødekomme det høje antal brugere med behov for at indtage deres stof i sikre rammer. Københavns Kommune finder det positivt, at man med flere rum med geografisk forskellig placering kan skabe forskellige indgange til tilbuddene, så alle – også kvinderne – har adgang til at indtage stoffer under trygge forhold.

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

Som beskrevet i kapitel 6 i foreliggende rapport, sker omkring 80 % af de registrerede forgiftningsdødsfald i Danmark efter indtag af opioider (heroin, morfin, methadon m.fl.). Lægemidlet naloxon er en modgift til opioider og ophæver blandt andet opioidernes uheldige virkning på vejrtrækningen.

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 nyt statsligt finansieret projekt, der inddrager andre store kommuner i Danmark, hvor der er et væsentligt stofmisbrug på gadeplan.

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). 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 vigtigste måde at undgå stofrelaterede infektionssygdomme som hepatitis B (HBV), C (HCV) og HIV er at begrænse deling af injektionsværktøj. Dette tilstræbes ved at erstatte intravenøst forbrug med stofindtagelse via munden, eller ved rygning, og ved at udlevere rene sprøjter og kanyler til stofmisbrugere.

Herudover bør alle nuværende og tidligere stofmisbrugere tilbydes undersøgelse for HBV, HCV og HIV, når de kommer i kontakt med sundhedsvæsenet, og tilbydes vaccination mod HBV, hvis de ikke er smittet. Til intravenøse stofmisbrugere, samlevende og pårørende under 18 år til personer, der både er smittet med HBV og HCV tilbydes gratis kombinationsvaccine mod både hepatitis A og B for yderligere at reducere risikoen for forværring af den kroniske HCV-infektion. Samlevende, pårørende over 18 år og faste seksualpartnere til personer med HBV tilbydes kun gratis vaccination mod HBV.

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, HBV og HCV

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.

Patienter med HBV og HCV infektion bør 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 stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner.

#### Behandling af kronisk HBV og HCV

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

Ved akut hepatitis C bør alle, som ikke spontant helbredes inden for 12 uger, tilbydes behandling. Behandlingen helbreder mere end 90 % af patienterne med akut infektion. Cirka 50 – 80 % af patienter med kronisk HCV, som behandles, kan helbredes med de aktuelt tilgængelige behandlingstilbud. Patienter med skrumpelever reagerer dårligere på behandlingen og har flere bivirkninger end patienter uden skrumpelever. Det er derfor vigtigt, at identificere patienter med kronisk HCV, der er i risiko for at udvikle fibrose (erstatning af leverceller med bindevæv) og gennemføre behandling, inden sygdommen udvikler sig til skrumpelever.

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2007 en national handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere, 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 stofmisbrugere, der er indskrevet i behandling, og stofmisbrugere, der kun en enkelt gang har injiceret sig, og dermed måske ikke opfatter sig som intravenøs stofmisbruger. Handlingsplanens tilsigtede effekt er både primær og sekundær forebyggelse, idet screening og rådgivning skal bevidstgøre både smittede og ikke smittede om smitterisikoen generelt. Desuden vil behandling af smittede eliminere risikoen for, at disse stofmisbrugere overfører virus til ikke smittede

I forlængelse af handlingsplanen har Sundhedsstyrelsen per 1. januar 2011 etableret et indberetningssystem til brug for monitorering af kommunernes indsats og ydelser.

### **Sprøjteudleveringsordninger**

Kommunerne er ikke lovmæssigt forpligtet til at udlevere sprøjter og kanyler til stofbrugere. Udleveringen af sprøjter og kanyler foregår typisk via behandlingsinstitutioner, de lokale apoteker, væresteder/varmestuer eller herberger. Nogle få steder er der 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 sterilt vand i ampuller 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 sprøjteudleveringsordninger 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.

## **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.

Familieambulatorierne skal sikre en tværfaglig og helhedsorienteret indsats over for den gravide, det kommende barn, evt. partner og søskendebørn. Hertil kommer indsats over for børn (op til skolealderen), der har været eksponeret for rusmidler i gravidite-

ten. Indsatsen har til formål at forebygge og afhjælpe medfødte rusmiddelskader, samt opvækstbetingede udviklingsproblemer/omsorgssvigt hos børn af kvinder med rusmiddelproblemer.

I finansloven for 2008 blev der samtidig afsat midler til oprettelse af en rådgivningsfunktion for de nye familieambulatorier. Rådgivningsfunktionen blev etableret i april 2009 som 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 er startet den 1. januar 2013. Videncenteret gennemfører endvidere 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 er blevet rusmiddelkønt 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).

### **Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb**

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

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

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

En socialsygeplejerske er ansat på hvert af de fire steder. Socialsygeplejersken er patientens talerør over for personalet. Det indebærer blandt andet at lægge en plan for den gode udskrivelse og formidle kontakt til behandlingsinstitutioner, sygeplejeklinik eller herberg. I forhold til personalet giver socialsygeplejersken sparring om patientforløb, underviser og holdningsbearbejder.

Resultater fra midtvejsevalueringen 2011 viser blandt andet, at personalet på sygehuse har fået en større viden om målgruppens problemer, og at konflikthåndtering og samarbejdet med målgruppen opleves som markant bedre. Herudover har socialsygeplejerskens specialviden om blandt andet medicinering samt kendskab til institutioner og tilbud givet både indlæggelser og udskrivninger et kvalitetsløft.



## 8 Sociale sammenhænge og social integration

### 8.1 Indledning

Stofmisbrugere i behandling 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 centrale forudsætninger for hjælpen til socialt udsatte borgere med komplekse problemer.

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

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

Den sociale handleplan 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.

### 8.2 Social eksklusion og stofmisbrug

Som det fremgår i kapitel 5 i foreliggende rapport, er stofmisbrugere i behandling karakteriseret ved at være en socialt udsat gruppe med hensyn til arbejdsmarkedstilknøytning, uddannelse, boligsituation og socialt samliv. Dertil kommer de fysiske og psykiske problemer, som er medvirkende til yderligere eksklusion. Også hjemløse og indsatte i kriminalforsorgen har tydelig indikation på stofmisbrug. Som beskrevet i kapitel 4 om hjemløsetællingen i 2013, har 65 % af de hjemløse, der har været omfattet af tællingen, et forbrug af et eller flere stoffer. For indsatte i kriminalforsorgen viser opgørelser, at knap 60 % af de indsatte havde et forbrug af rusmidler forud for indsættelsen (kapitel 9). Endelig ses der også, som det fremgår af kapitel 5.3, en markant stigning i antallet af unge i stofmisbrugsbehandling.

## Børn og unge anbragt uden for hjemmet

Ankestyrelsen har som led i anbringelsesreformen fra 1. januar 2006 fået ansvaret for at føre statistik over de afgørelser, der træffes vedrørende børn og unge, der anbringes uden for eget hjem. Statistikken er baseret på kommunernes indberetning af alle afgørelser om anbringelser af børn og unge. Indberetningspligten indebærer forskellige grundoplysninger om barnet/den unge og om den udslagsgivende årsag til anbringelsen såsom misbrug (både stof- og alkoholmisbrug) hos forældrene, eller hos børnene/de unge selv (Ankestyrelsen 2012).

I 2011 blev der truffet afgørelser om anbringelse af 2.634 børn og unge. 44 % af disse var mellem 15 og 17 år, 22 % var mellem 12 og 14 år, mens 14 % var mellem 0 og 3 år. Ved udgangen af 2011 var der anbragt i alt 12.364 børn og unge mellem 0-17 år uden for hjemmet. Som nævnt har kommunerne indberettet de udslagsgivende årsager til anbringelsen, og ofte er der flere årsager til en anbringelse. Statistikken viser, at stof-/alkoholproblemer i hjemmet/hos forældrene i 2011 var udslagsgivende for anbringelsen i 17 % af sagerne. Når der ses på de udslagsgivende anbringelsesårsager hos barnet/den unge selv, gælder det, at stof-/alkoholproblemer i 2011 var årsag i 11 % af sagerne. Disse tal adskiller sig stort set ikke fra 2010.

## 8.3 Social integration

Stofmisbrugere er en differentieret gruppe med forskellige behov for indsats og støtte. Kommunerne bør kunne opstille behandlingstilbud til alle typer af stofmisbrugere, men ikke alle stofmisbrugere er i dag i stabil behandling for deres misbrug.

Der er derfor behov for løbende at udvikle de tilbud, der er til stofmisbrugere 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.

Social-, Børne- og Integrationsministeriet har derfor igangsat arbejdet med 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 bygger på metoder, der virker og på, at borgeren skal opleve en mere systematisk opfølgning på behandlingen, og også at der bliver taget hånd om andre problemer end stofmisbruget.

Stofmisbrugspakken indeholder blandt andet et metodeprogram med særligt fokus på at styrke behandlingen af unge med et stofmisbrug og efterbehandlingsindsatsen. Derudover indeholder pakken et initiativ med fokus på at styrke stofmisbrugsbehandlingen til de mest udsatte stofmisbrugere.

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

Der er foretaget en tælling, der viste, at der i uge 6 i 2013 var 5.800 hjemløse i Dan-

mark. De hjemløse var særligt koncentreret i de større bysamfund og navnligt i hovedstaden og dens omegnskommuner. Kortlægningen viste, at 65 % af de hjemløse havde et misbrug af narkotika, alkohol eller medicin. Hertil kommer, at det for 47 % af de hjemløse angives, at de har en psykisk lidelse, og at 31 % af de hjemløse både har en psykisk lidelse og et misbrug. For en del af de hjemløse opgjordes misbrug og psykisk sygdom som væsentlige årsager til hjemløshed (Lauritsen et al 2011).

Der er etableret en række tilbud, både af midlertidig og permanent karakter, der skal støtte stofmisbrugere i at etablere en stabil boligsituation. Forsorgshjem er midlertidige botilbud for hjemløse med særlige sociale problemer. Forsorgshjemmene har – ud over at være et botilbud – tilbud om botræning, som forbereder og støtter beboerne i at kunne fungere i egen bolig efter udflytning. Derudover har kommunerne mulighed for at indgå aftaler med almene boligorganisationer om at leje ledige almenboliger som udslusningsboliger. Disse boliger kan tilbydes stofmisbrugere, som fx har opholdt sig på forsorgshjem, døgnbehandlingstilbud eller i andet botilbud. For borgere, der ikke kan rummes eller ikke finder sig til rette i traditionelle boligformer på trods af den sociale støtte, er der etableret særlige boliger efter almenboligloven, de såkaldt ”skæve boliger”. Hertil kommer ”alternative plejehjem”, som er botilbud til længerevarende ophold til bl.a. stofmisbrugere, der ikke kan klare sig i eget hjem, og som ikke kan rummes på almindelige plejehjem for ældre borgere på grund af misbrug, demens eller problematisk adfærd. De ”alternative plejehjem” er ofte etableret i tilknytning til et forsorgshjem.

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 Hjemløsestrategien. Hjemløsestrategien har taget udgangspunkt i Housing First princippet<sup>14</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 viser, at de tre bostøttemetoder, kombineret med en boligløsning, indebærer en meget høj chance for, at den hjemløse borger kommer ud af hjemløshed. Evalueringen af Hjemløsestrategien viser, at kun en meget lille andel af de borgere, der har fået denne indsats har mistet boligen igen. Kun ca. 5-10 pct. har ved observationsperiodens slutning mistet boligen igen. Dokumentation viser altså, at borgerne formår at fastholde boligen med den fornødne bostøtteindsats. Partierne bag satspuljen vedtog derfor i august 2013 en plan for hvordan erfaringerne fra Hjemløsestrategien kan forankres i de kommuner, der har deltaget i arbejdet med Hjemløsestrategien og implementeres i øvrige kommuner, som ønsker at styrke indsatsen på dette område.

---

<sup>14</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.

## 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 ufaglærtets og faglærtets 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.

I beskæftigelsesministerielt regi er der 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 og 3) ansættelse med løntilskud. 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 arbejdssevnen, 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, forsorghjem, væresteder, varmestuer og sociale cafeer mv. Der kan også organiseres beskyttet beskæftigelse i private virksomheder – både på individuelt plan og for en gruppe af borgere. Beskyttet beskæftigelse kan gives til borgere som modtager førtidspension, kontanthjælp eller lignende.

### **Stabile sociale relationer**

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

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 aktive misbrugere tilbyder både sygepleje og mulighed for rådgivning fra socialrådgivere eller andre professionelle. For tidligere misbrugere skaber værestedet mulighed for samvær og aktiviteter med ligestillede. Her er altså tale om et omsorgstilbud, hvis formål er at øge den enkelte brugers livskvalitet i hverdagen. 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 perso-

ner 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 gøres i stand til at benytte samfundets muligheder og de øvrige etablerede tilbud. Kommunerne skal endvidere tilbyde personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af deres færdigheder.

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

## 9 Narkotikakriminalitet og interventioner i fængslet

### 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.

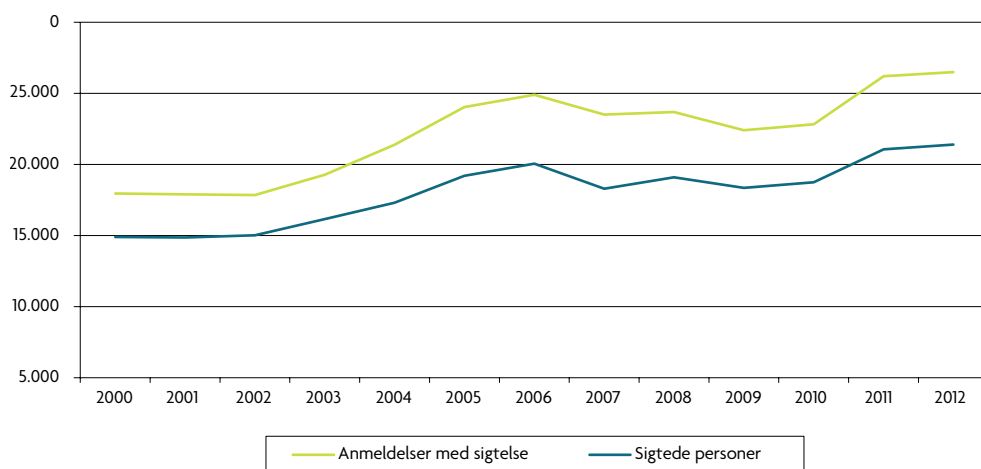
Straffelovens § 191 indeholder en skærpet strafferamme for kvalificerede overtrædelser af lov om euforiserende stoffer. Er der således tale om overdragelse af euforiserende stoffer til et større antal personer, mod betydeligt vederlag eller under andre særligt skærpende omstændigheder, kan straffen for 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 2012 registrerede Rigspolitiet i alt 21.498 anmeldelser med en eller flere sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen. Samme år blev 16.401 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 2000-2012, fremgår af figuren nedenfor.

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



Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2013, 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 spytprøver.

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 og 3.269 i 2012.

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).

### 9.3 Fængselspopulationen og strategi i Kriminalforsorgen

I Danmark er der 13 fængsler, 44 arresthuse/arrestafdelinger, 8 pensioner (halvvejs-huse) og 13 afdelinger af Kriminalforsorgen i Frihed. I 2012 blev der i alt foretaget 13.903 nyindsættelser i fængsler og arresthuse. 1.144 var kvinder og 12.759 var mænd.

Der blev anmeldt 10.589 ubetingede frihedsstraffe til Kriminalforsorgen i 2012. Dom-mene repræsenterede en samlet idømt strafmasse på 70.576 måneder. 63 % af dom-mene var på under 4 måneder og udgjorde 14 % af strafmassen. 6 % af dommene var på over 2 år og lagde beslag på 46 % 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 straffuldbyrdeleslovens § 78, hvis den dømte skønnes at have behov for særlig behandling eller pleje. I 2012 skete det i 189 tilfælde.

I 2012 havde Kriminalforsorgen i gennemsnit en kapacitet på 4.123 pladser. Pladserne var i gennemsnit belagt med 96,6 %, hvilket svarer til et belæg på 3.984 indsatte pr. dag. Heraf var 159 kvinder. Det gennemsnitlige daglige belæg af unge under 18 år var 10,9. De indsatte fordelte sig med 884 på lukkede pladser, 1.309 på åbne pladser og 1.792 på arrestpladser. Hovedparten af de indsatte på arrestpladserne var varetægtsar-restanter.

På en bestemt dato – den 11. december 2012 – var 66 % af de dømte mellem 20 og 39 år. 12 % havde straffe på under 4 måneder. 43 % afsonede straffe på mellem 1 år og 5 år. 23 % var dømt for narkotikakriminalitet, 20 % for vold, 13 % for røveri og 14 % 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 tilsiger, at forholdene i fængslerne skal ligne det øvrige samfund mest muligt i alle forhold, og at de indsatte, så vidt det er muligt, skal have adgang til de samme tilbud som i det øvrige samfund.

Konkret betyder det, at Kriminalforsorgens klientel i videst muligt omfang blandt an-det skal benytte det øvrige samfunds misbrugsbehandlingstilbud. For løsladte klienter og betinget dømte gælder det, at de på linje med ustraffede personer skal søge behand-ling 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 flugttrende, 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 stofbehandling i fængslerne i et tæt samarbejde med Kriminalforsorgens eget personale. Målgruppen for importmodellen er således den gruppe af indsatte, som ikke kan benytte det øvrige samfunds tilbud.

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

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

### De forskellige behandlingstilbud i fængslerne

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

Så er der *efterbehandlingsafdelinger* i udvalgte fængsler til indsatte, som har længere domme, og som har gennemført primærbehandlingen. Efterbehandlingen har stor fokus på uddannelse/beskæftigelse og udslusning og sker også efter importmodellen. Hertil er der tilbud om psykosocial *støtte i forbindelse med substitutionsbehandling* (medicinsk behandling med methadon/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 otte udslusningspensioner.

## 9.4 Stofmisbrug blandt fængselspopulationen

Af tabel 9.4.1 fremgår rusmiddelforbruget inden indsættelsen (Kriminalforsorgen 2013). Knap 60 % af de dømte i fængsler og arresthuse tilkendegav både i 2011 og 2012 at have indtaget rusmidler 30 dage forud for indsættelsen. Circa 38 % i begge år oplyste, at de ikke havde indtaget rusmidler, og 3 % ønskede ikke at oplyse om indtagelse af rusmidler. I de åbne fængsler var andelen af indsatte, som i 2012 tilkendegav at have indtaget rusmidler 30 dage forud for indsættelse, 69 % mod 60 % i de lukkede fængsler.

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

	Åbne fængsler		Lukkede fængsler		Arresthuse		Pensioner		2011 13. december		2012 11. december	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Indsatte har taget rusmidler</b>												
Ja	1135	68,4	566	60,9	646	48,8	8	33,3	2355	59,8	2201	58,8
Nej	509	30,7	348	37,5	613	46,3	15	62,5	1485	37,7	1426	38,1
Ønsker ikke at oplyse	14	0,8	15	1,6	66	5,0	1,0	4,2	96	2,4	115	3,1
<b>I alt</b>	<b>1658</b>	<b>100</b>	<b>929</b>	<b>100</b>	<b>1325</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>3936</b>	<b>100</b>	<b>3742</b>	<b>100</b>

Kilde: Kriminalforsorgen 2013, upubliceret

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 18. december		2011 13. december		2012 11. december	
	n	%	n	%	n	%
<b>Indsatte har indtaget rusmidlet</b>						
Opioider	572	23,4	468	19,2	417	18,9
Centralstimulerende stoffer	1533	62,8	1525	62,5	1306	59,3
Hash	1681	68,9	1685	69,0	1579	71,1
Alkohol	862	35,3	742	30,4	716	32,5
Benzodiazepiner	340	13,9	310	12,7	269	12,2
Hallucinogener	71	2,9	72	2,9	48	2,1
Andet	159	6,5	153	6,3	136	6,2

Kilde: Kriminalforsorgen 2013, upubliceret

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 2012 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 2011 fortsat hash (næsten 3 ud af 4 tilfælde), som i 2012 endda er i stigning sammenlignet med året før,

mens centralstimulerende stoffer også fortsat ligger på et højt niveau, om end der er sket et svagt fald sammenlignet med i 2011 til lige under 60 % i 2012.

## 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 82 % af de registrerede sager i 2012. Der er dog registreringstekniske forhold, der gør at tallet er behæftet med nogen usikkerhed, og det formodes at andelen af iværksatte forløb, hvor behandlingsgarantien er overholdt, er noget højere.

Alle primære stofbehandlingstilbud i Kriminalforsorgen skal igennem en akkrediteringsproces, hvor et ekspertpanel vurderer, om behandlingstilbuddet lever op til standarderne for god behandling. Pr. 1. januar 2013 er 12 ud af 15 primære behandlingstilbud akkrediteret, mens tre behandlingstilbud afventer ekspertpanelets bedømmelse.

### Indsatte i stofbehandling

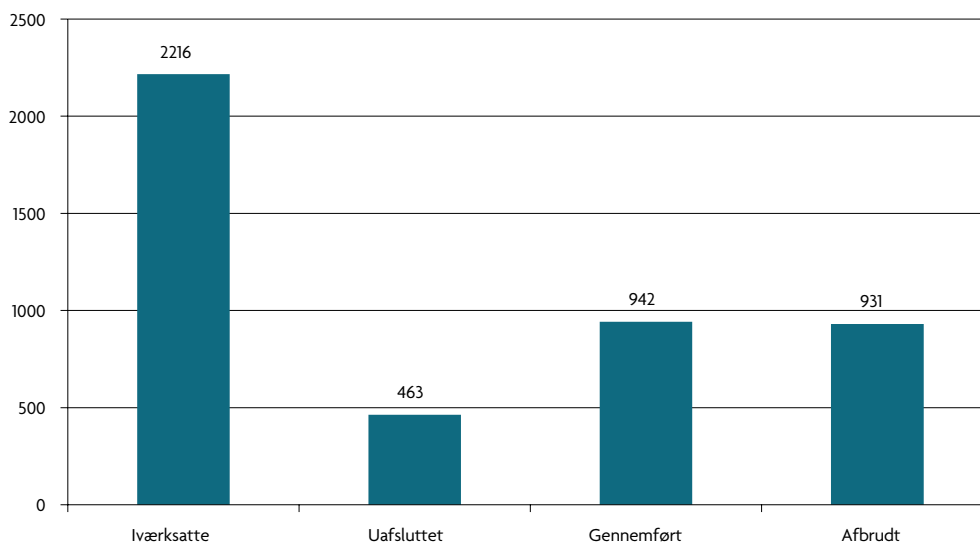
Samlet set er der fra 1997 til i dag sket udvidelser i kapaciteten fra 18 til ca. 290 pladser på egentlige behandlingsafdelinger. Dertil kommer kontraktafdelingspladserne og et skiftende antal indsatte, som er i dagbehandling. I tabellen nedenfor ses antal behandlinger og personer, der har fået behandling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

Der er ikke ført konsekvent statistik over udviklingen i antallet af årlige behandlingsforløb før de seneste år. Kriminalforsorgens vurdering er, at der i 1998 og 1999 i alt blev påbegyndt omkring 40 behandlingsforløb, hvoraf 25 blev afsluttet planmæssigt. Til sammenligning blev der i 2012 påbegyndt 2216 behandlingsforløb, jævnfør figur 9.5.1. nedenunder (hertil kommer 1208 iværksatte forbehandlingsforløb i arresthusene, hvilket i alt er 3424 påbegyndte behandlingsforløb). I 2011 påbegyndtes 2419 behandlingsforløb i alt. Dette noget lavere tal skal formentlig ses i lyset af, at data i 2011 alene byggede på registreringer i Kriminalforsorgens Klientssystem, hvor data fra 2012 stammer fra de behandlingsleverandører, Kriminalforsorgen har et kontraktligt samarbejde med.

Som figur 9.5.1 nedenunder viser, er antallet af gennemførte forløb relativt lavt (lidt færre end halvdelen af de iværksatte), men en stor andel af disse afbrydelser findes

blandt forbehandlingsforløbene, hvor indsatte er blevet overført direkte fra varetægt til afsoning, mens de var i gang med forbehandlingen.

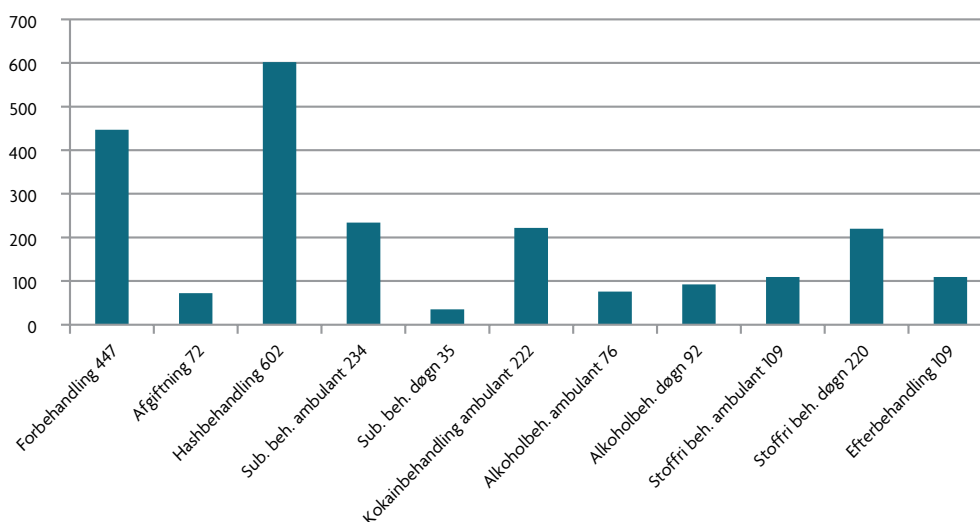
Figur 9.5.1. Antallet iværksatte, uafsluttede, gennemførte og afbrudte forløb i fængslerne i følge behandlingsleverandørernes registreringer



Kilde: Kriminalforsorgen 2013, upubliceret

En anden stor gruppe af afbrydelser sker ved overførsler fængsler imellem samt ved løsladelse. Det relativt høje antal afbrydelser skyldes dermed ikke, at de indsatte har fravalgt behandlingen eller er blevet bortvist.

Figur 9.5.2. Antal påbegyndte stofbehandlinger i fængsler i 2012 fordelt på type (n=2216)



Kilde: Kriminalforsorgen 2013, upubliceret

Fordeling på behandlingstyper fremgår af figur 9.5.2. Den hyppigst forekommende behandlingstype er hashmisbrugsbehandling (godt 4 ud af ti tilfælde), mens forbehandling udgør omtrent en sjettedel af alle forløb. Dertil er der en lang række forbehandlingsforløb i arresthusene, som ikke er medtaget. Afgiftning, stoffri behandling i døgn- og ambulant regi samt kokainbehandlingstilbuddene er samlet set den største gruppe og retter sig alle mod et liv helt uden stoffer. Det samme gør efterbehandlingen.

### Forebyggelse af sygdomme

Med henblik på at forebygge narkotikarelaterede sygdomme, abstinenssymptomer og stoftrang ("craving") tilbyder Kriminalforsorgen medikamentel abstinensbehandling. Behandlingen kan strække sig over uger eller måneder. Denne temporære behandling bliver i udstrakt grad efterfulgt af tilbud om substitutionsbehandling (til opioidemisbrugere), 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 rensvæske 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 det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium og Socialministerium, Beskæftigelsesministeriet og Direktoratet for Kriminalforsorgen i 2006 i fællesskab 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 misbrugscentre, som er nogle af de væsentlige aktører, når det gælder om at skabe sammenhæng i indsatsen.

Projektet blev afsluttet medio 2009 og pegede på en række barrierer for det gode samarbejde og anbefalede en specifik fremgangsmåde for samarbejdet – en såkaldt ”køreplan for den gode løsladelse”. Projektets anbefalinger er for tiden ved at blive implementeret, 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, og var indeholdt i 59 % af de undersøgte tabletter. MDMA findes også i stort omfang i pulverprøver, og var indeholdt i 46 % af de undersøgte pulverprøver i 2012 – enten alene, eller i kombination med ketamin (i 10 % af pulverprøverne), GHB (i 6 % af pulverprøverne) eller metamfetamin (i 5 % af pulverprøverne).

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>15</sup>, og de illegale stoffer indeholder i høj grad tilsætningsstoffer. I fx alle undersøgte kokainprøver i Danmark påvises i gennemsnit 2 forskellige tilsætningsstoffer – typisk lægemidler, hvilket i sig selv påvirker brugeren af stofferne. Da renheden og koncentrationen i stofferne ofte er ukendt for brugeren, indebærer dette en særlig risiko ved indtagelse.

Den systematiske overvågning af ”nye” stoffer i Danmark blev justeret fra 2011. Hvor der inden 2011 udelukkende blev indleveret og analyseret ”ecstasy” piller systematisk til 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 størstedelen af

---

<sup>15</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.



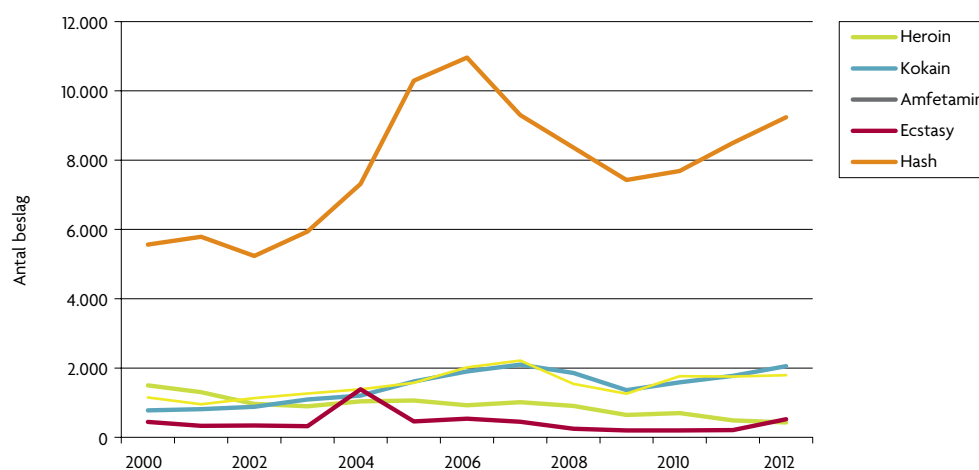
den beslaglagte ecstasy er produceret i Holland og Belgien. Kokainen produceres primært i Sydamerika og videredistribueres typisk via Spanien og Holland. Store mængder kokain distribueres også til Europa via lande i Vestafrika og lande på Balkan.

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 2013, upubliceret

Hvad angår den beslaglagte mængde, ses store udsving for de fleste stoftyper fra år til år. Til trods for, at der ses en stigning i antallet af kokainbeslag de seneste tre år, er mængden af den beslaglagte kokain faldet fra 72 kilo i 2009 til 54 kilo i 2010, 43 kilo i 2011 og 42 kilo i 2012. Mængden af den beslaglagte amfetamin steg derimod markant i samme periode, fra 104 kilo i 2009 til 194 kilo i 2010, 240 i 2011 og 302 kilo i 2012. Den beslaglagte mængde hash var i 2012 1.334 kilo, hvilket er markant mindre, sammenlignet med i 2011 og 2010, hvor der blev beslaglagt godt 2.300 kilo i hvert af årene. Antal beslaglagte ecstasypiller steg markant fra 16.042 piller i 2011 til 72.654 piller i 2012. Det er dog værd at bemærke, at to enkeltbeslag af ecstasy i København udgjorde omkring 86 % af den samlede mængde. Det er således som tidligere år, at enkelte beslag af de forskellige stoffer beslaglægges i store mængder. 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, Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg), som afleveres til analyse hos de retskemiske afdelinger<sup>16</sup>. Af tabel 10.4.1. i annekset fremgår fordelingen af beslaglagte stoftyper på landsplan fra 2002 til 2012.

Ud af de 207 analyserede prøver i 2012 bestod 71 % af de centralstimulerende stoffer, kokain og amfetamin, hvilket er den samme andel som i 2011. I de senere år har forekomsten af de centralstimulerende stoffer i projektet – især kokain – dog været stigende, mens forekomsten af heroin har været faldende. 15 % af samtlige prøver i 2012 på landsplan var heroin. Til sammenligning var 40 % af prøverne i 2002 heroin. Yderligere 11 % af prøverne i 2012 indeholdt andre euforiserende stoffer og stoffblandinger såsom metamfetamin, MDMA og ketamin, og 4 % indeholdt ikke euforiserende stoffer.

I København, Århus og Ålborg er kokain i 2012 det dominerende stof (henholdsvis 78 % og 60 % og 42 % af samtlige prøver), heroin er det dominerende stof i Esbjerg (38 % af samtlige prøver), mens amfetamin dominerer i Odense (31 % af samtlige prøver). Af tabel 10.4.2 i annekset ses fordelingen imellem heroinbase (”rygeheroin”) og heroinklorid (hvid heroin til injektion) fra 2002 til 2012. For første gang i mange år er det den hvide heroinklorid til injektion, der dominerer blandt heroinprøverne på landsplan. I 2012 var fordelingen af heroinklorid og heroinbase henholdsvis 58 % og 42 %.

I alle år har der været tendens til, at Odense adskiller sig fra de øvrige dele af landet ved at være domineret af den hvide heroin. I 2012 bestod samtlige af heroinprøverne fra Odense af den hvide heroin til injektion. Til sammenligning bestod alle heroinprøverne både i København, Århus og i Aalborg af den brune heroin til rygning. I Esbjerg er fordelingen 70 % og 30 % af henholdsvis heroinklorid og heroinbase.

### Renheden af stofferne

Af tabel 10.4.3. fremgår indholdet af de forskellige stoffer fra 2002 til 2012 i Gadeplanprojektets stikprøver.

---

<sup>16</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 aktift stof)<sup>17</sup>

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Heroinchlorid	50%	64%	63%	67%	53%	29%	52%	41%	46%	40%	32%
Heroinbase	25%	25%	22%	28%	18%	21%	16%	14%	20%	11%	11%
Amfetaminsulfat	13%	9%	9%	10%	7%	6%	8%	6%	6%	5%	5%
Kokainchlorid	36%	37%	24%	25%	18%	16%	19%	17%	21%	20%	23%

Kilde: Lindholst et al 2013

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 32 % i 2012, mens koncentrationen af den brune heroin i samme periode er faldet fra 28 % til 11 %. Også koncentrationen af kokain har i nogle år været faldende. Dog synes renheden at have været nogenlunde stabil de sidste tre år, og var i 2012 på 23 %. 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 2012 (Resultat som procent af det totale antal prøver af hver stoftype)

Antal	Heroinbase (n=13)	Heroinchlorid (n=18)	Kokain (n=99)	Amfetamin (n=47)
Koffein	92	100	28	85
Kreatin	8	6	54	70
Dextrometorphan	8	100	-	-
Benzocain	-	-	1	-
Hydroxyzin	-	-	1	-
Levamisol	-	-	75	-
Lidocain	-	-	22	-
Paracetamol	92	78	5	21
Phenacetin	-	-	22	-
Procaïn	-	-	1	-

Kilde: Lindholst et al 2013

<sup>17</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 stort set al heroinbase, der er undersøgt i 2012, også koffein og paracetamol (92 % af alle prøver). Kokain er den stoftype, som iblandes flest tilsætningsstoffer. Samtlige kokainprøver, der er undersøgt i 2012, indeholder tilsætningsstoffer – i gennemsnit 2 forskellige stoffer pr. kokainprøve. Hyppigst forekommer tilsætningsstofferne levamisol (i 75 % af samtlige prøver i 2012) og kreatin (i 54 % af samtlige prøver i 2012). Levamisol er et lægemiddel til behandling af parasitiske ormeinfektioner og påvirker immunforsvaret hos mennesker, mens kreatin 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>18</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 2012 blev i alt 580 prøver af pulver og væske og 881 tabletter retskemisk undersøgt med henblik på at fastslå indholdsstof og koncentration. Disse sager baserede sig på 541 beslag sendt fra politikredsene og SKAT til de retskemiske afdelinger med henblik på analyse.

Om tabletterne i ecstasyprojektet i 2012 kan sammenfattende siges, at MDMA (ecstasy) var indeholdt i 59 % af tabletterne, hvilket er en stigning sammenlignet med de senere år. 12 % af tabletterne i 2011 indeholdt MDMA. Samtidig ses et fald af tabletter indeholdende mCPP, hvor mCPP var indeholdt i 19 % af tabletterne i 2012. I 2011 indeholdt 59 % af tabletterne mCPP, og var her således det dominerende stof i tabletter på markedet. Det hallucinogene stof 2C-B, var i 2012 indeholdt i 7 % af de undersøgte tabletter, hvilket er lidt lavere end både i 2010 og 2011. I 4 % af tabletterne fandtes der ingen aktive stoffer.

MDMA findes ikke alene i tabletterne, men også i pulverform. Ud af samtlige 541 sager med pulverprøver i 2012, indeholder 52 % af disse MDMA. Hertil kommer, at en del af pulverprøverne med MDMA, også indeholdt ketamin i forskellige forhold. Metamfetamin var indeholdt i 4 % af sagerne, ketamin var indeholdt i 8 % af sagerne med pulver og GHB i 6 % af sagerne påvist i væsker. Hertil indeholdt 2 % af sagerne i 2012 stoffer i gruppen af de opkvikkende cathinoner, 5 % de opkvikkende og nogle gange hallucinerende phenethylaminer, mens de hashlignende syntetiske cannabinoider var indeholdt i 3 % af sagerne. Endelig indeholdt 2 % af pulversagerne hallucinogene tryptaminstoffer. Oversigt over indholdsstoffer i pulver og væsker i 2012 kan ses i Årsrapport over illegale stoffer i Danmark, 2012 (Århus Universitet 2013).

---

<sup>18</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.

## 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 og kommer til landet.

## 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, 2012 (Århus Universitet 2013).

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 florerer på det danske stofmarked, undersøges. Retskemisk Afdeling i Århus lavede i 2007 en undersøgelse, der skønnede, at kun 5 % af de tabletter, der florerer på det danske marked, beslaglægges og dermed gøres til genstand for mulig retskemisk analyse.

## Priser

Rigspolitiet vurderer, at prisen på hash på gadeplan er på omkring 50-70 kr. pr. gram. Politikredsene melder om priser på mellem 30-100 kr. for et gram hash. Prisen pr. gram heroin ved salg på gadeplan anslås at være på mellem 1.000-1.500 kr. for den hvide heroin og mellem 500 og 1.000 kr. for den brune heroin. Prisen for kokain på gadeplan anslås at være mellem 400-600 kr. pr. gram. For amfetamin anslås prisen på gadeplan at ligge mellem 100 til 200 kr. pr. gram, mens prisen for en ecstasypille anslås at ligge mellem 30 og 80 kr.

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

# Anneks

## Referenceliste

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

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.

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.

KORA (2013). *Kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats over for stofmisbrug*. KORA for Sundhedsstyrelsen, juni 2013.

Lauritzen, H., Boje-Kovacs, B., Benjaminsen, L. *Hjemløshed i Danmark 2011*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, december 2011.

Lindholst C., Nielsen, E., Rollmann D., Worm-Leonhard M., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2007). *Narkotika på gadeplan 2006*. Rapport til Sundhedsstyrelsen.

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

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

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

Lindholst C., Johannsen M., Breum Müller I., Reitzel L., Rollmann D., Worm-Leonhard M., Lindal L., Kastorp G., Nielsen B (2011). *Narkotika på gadeplan 2010*. Rapport til Sundhedsstyrelsen, maj 2011.

Lindholst C., Johannsen M., Breum Müller I., Reitzel L., Rollmann D., Worm-Leonhard M., Nielsen B (2012). *Narkotika på gadeplan 2011*. Rapport til Sundhedsstyrelsen, maj 2012.

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.

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 Efterforskningsstøttecenter), København.

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

Socialstyrelsen (2013). *Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsembrug*. Udarbejdet af Rambøll Management Consulting for Socialstyrelsen, maj 2013

Sundhedsstyrelsen (2007a). *Stoffer – hvor dan virker de, og hvordan ser de ud*. Sundhedsstyrelsen 2007.

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

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). *Opgørelse fra sundhedsstyrelsen over stofmisbrugere i Danmark*. Sundhedsstyrelsen, november 2010.

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). *Dansk live against drugs – evaluering af indsatsen 2012*. December 2012.
- Sundhedsstyrelsen (2012f). *Against drugs & mindre druk – mere fest. Evaluering af indsatserne i 2012*. Oktober 2012.
- Sundhedsstyrelsen (2012g). *Vejledning om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger*. Sundhedsstyrelsen 2012
- Sundhedsstyrelsen (2012h). *Vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer*. Sundhedsstyrelsen 2012
- Sundhedsstyrelsen (2013a). *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 (2013). *Illegale stoffer i Danmark. Årsrapport 2012*. Udgivet 2013.

## Hjemmesider

Internetbaseret informations- og rådgivningstilbud til unge:

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

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

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

Socialstyrelsen:

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

Sundhedsstyrelsen:

[www.sst.dk](http://www.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 rap-

porten 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 Pampidou 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.-klasses elever i Danmark. I de skoleklasser, der indgik i undersøgelsen, deltog praktisk taget alle de elever der var i skole den pågældende dag. I gennemsnit er det ca. 90 % af eleverne, der er i skole på en tilfældig dag. Der var en del skoler (ca. 50 %) hvor skolebestyrelse og skoleinspektører ikke ønskede at skolen deltog i undersøgelsen. Begrundelsen var ofte, at der i 9. klasse allerede var brugt undervisningstid på at deltage i andre undersøgelser som f.eks. PISA-undersøgelsen.

#### **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.-klasses elever i Danmark. I de skoleklasser, der indgik i undersøgelsen, deltog praktisk taget alle de elever, der var i skole den pågældende dag. I gennemsnit er det ca. 90 % af eleverne, der er i skole på en tilfældig dag. Der var en del skoler (ca. 50 %), hvor skolebestyrelse og skoleinspektører ikke ønskede at skolen deltog i undersøgelsen. Begrundelsen var ofte, at der i 9. klasse allerede var brugt undervisningstid på at deltage i andre undersøgelser som f.eks. PISA-undersøgelsen.

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

Rapporten tog udgangspunkt i den danske del af ESPAD 1995 (se ovenfor). I rap-

porten var stikprøven udvidet i forhold til ESPAD 1995, så den omfattede elever i 9. klasse. Således blev medtaget foruden de 15-16-årige også de 14- og 17-årige, som går i 9. klasse. Dette udvidede antallet af deltagende elever til 2545.

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

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

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

Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2000 i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse en repræsentativ undersøgelse af de 16-20-åriges livsstil og dagligdag. I undersøgelsen indgår spørgsmål om de unges brug af rusmidler, herunder deres erfaring med illegale stoffer. Der blev ved systematisk udvælgelse udtrukket 3048 unge mellem 16 og 20 år. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer. Undersøgelsen opnåede en svarprocent på ca. 70 %.

**”Unge Livsstil og Dagligdag 2001 – geografiske forskelle og ligheder” (MULD 2001), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse, (Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse 2003)**

Sundhedsstyrelsen gennemførte igen i 2001 i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse en repræsentativ undersøgelse af de 16-20-åriges livsstil og dagligdag. Der blev ved systematisk udvælgelse udtrukket 3048 unge mellem 16 og 20 år. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer. Undersøgelsen opnåede en svarprocent på ca. 70 %.

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

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

- En stor kvantitativ undersøgelse gennemført i 2008. Denne dækker over dels en tværsnitsundersøgelse (en spørgeskemaundersøgelse blandt 3000 danske unge i alderen 17-19 år, udtrukket fra CPR-registret) og dels en panelundersøgelse (en spørgeskemaundersøgelse blandt 2000 unge født i 1989, også udtrukket fra CPR-registret). De unge i panelundersøgelsen har i 2005, da de var 15-16 år, besvaret et stort spørgeskema om alkohol og fester, og deres besvarelser i 2008 giver således mulighed for at følge dem over tid.
- En fokusgruppeundersøgelse blandt typiske danske unge gennemført i foråret og sommeren 2008. Denne undersøgelse havde til formål at belyse disse unges holdninger til og viden om stoffer.

En natklubundersøgelse, der blev gennemført i efteråret og vinteren 2008-2009. Denne undersøgelse havde til formål at belyse udbredelsen af stoffer i nattelivet samt skabe kontakt til unge med bredere 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 stoferfaring. 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 og 2010.

Tabel 2.2.3. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af 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 nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt i pågældende år.

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

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

Tabel 6.3.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i 2012 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 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 2012. (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 2002-2012.

Figur 6.3.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper fra 2005-2012.

Figur 6.3.3. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 2002-2012.

Figur 6.3.4. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 2002-2012.

Figur 6.4.1. Narkotikarelaterede dødsfald, 1995-2011.

Figur 6.4.2. Narkotikarelaterede dødsfald, 1988-2012.

Figur 6.4.3. Det gennemsnitlige antal stoffer påvist blandt forgiftningsdødsfaldene i 2012 i forskellige aldersgrupper.

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

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

Figur 9.5.1. Antallet iværksatte, uafsluttede, gennemførte og afbrudte forløb i fængslerne ifølge behandlingsleverandørernes registreringer.

Figur 9.5.2. Antal påbegyndte stofbehandlinger i fængsler i 2012 fordelt på type (n=2216).

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
	<b>Kvinder</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>19</b>
20-24-årige	Mænd	14	24	26	23	24	30
	<b>Kvinder</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>21</b>
25-29-årige	Mænd	8	16	17	17	14	20
	<b>Kvinder</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
30-34-årige	Mænd	9	10	10	5	10	12
	<b>Kvinder</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
35-39-årige	Mænd	6	8	5	9	6	8
	<b>Kvinder</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
40-44-årige	Mænd	5	4	4	3	4	4
	<b>Kvinder</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Alle 16-44 år	Mænd	10	14	11	12	12	16
	<b>Kvinder</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>9</b>
	<b>Alle</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>12</b>

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.

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Antal nypåviste hiv-positive i alt	321	289	270	307	264	244	312	292	242	274	265	198
Antal nypåviste hiv-positive med intravenøst stofmisbrug (% af alle nypåviste)	31 (10%)	31 (11%)	24 (9%)	13 (4%)	17 (6%)	10 (4%)	21 (7%)	15 (5%)	14 (6%)	14 (5%)	10 (4%)	13
Nydiagnosticerede aids-tilfælde i alt	71	45	41	61	45	54	50	40	40	47	58	41
Antal nydiagnosticerede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnosticerede)	10 (14%)	4 (9%)	11 (27%)	4 (7%)	4 (9%)	3 (6%)	4 (8%)	7 (18%)	4 (10%)	5 (11%)	5 (9%)	4

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2012-data er opgørelsen foretaget i 2. juli 2013

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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Antal hepatitis A i alt	63	84	71	241	48	42	28	44	45	47	13	53
Antal hepatitis A med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	0	0	0	1 (0,4%)	1 (2%)	0	0	0	0	0	1 (8%)	0
Antal hepatitis B i alt*	49	62	36	44	30	20	25	25	23	28	16	24
Antal hepatitis B med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	12 (24%)	12 (19%)	7 (19%)	9 (21%)	3 (10%)	1 (5%)	2 (8%)	5 (19%)	3 (13%)	1 (4%)	1 (6%)	5 (21%)
Antal hepatitis C i alt*	6	5	7	8/378	2/371	7/398	11/408	6/318	4/292	6/315	7/285	12/239
Antal hepatitis C med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	3 (38%)	1 (50%)	2 (29%)	3/285 (37%/75%)	0/253 (0%/68%)	6/279 (86%/70%)	5/292 (45%/72%)	1/216 (16%/68%)	0/211 (0%/72%)	3/230 (50%/73%)	2/195 (29%/68%)	5/169 (42%/71%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2012-data er opgørelsen foretaget i juni 2013

\*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*	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 <sup>19</sup>
Heroin	T40.1	173	197	159	160	151	166	163	195	126	121
Andre opioider	T40.2 +T40.2A +T40.2B	50	119	112	130	139	169	240	279	337	415
Metadon	T40.3	25	50	53	32	44	57	74	89	102	116
Opioider	F11.0	60	49	65	48	60	72	63	73	92	76
<b>Opioider i alt</b>		308	415	389	370	394	464	540	636	657	728
Designerdrugs (excl. ecstasy)	T40.6A + T43.8A	12	15	3	6	10	40	37	61	64	60
Ecstasy	T40.6B +T43.6B	82	72	72	89	86	72	52	46	45	94
Amfetamin	T43.0A + T43.6A	54	68	73	83	171	158	208	286	292	236
Kokain	T40.5 +F14.0	75	69	105	100	129	119	139	156	148	188
Andre centralstimulerende stoffer	F15.0	51	41	53	41	50	45	35	35	42	75
<b>Centralstimulerende stoffer i alt</b>		274	265	306	319	446	434	471	584	591	653
Euforiserende svampe	T40.6C +T40.9A	3	10	6	13	13	7	12	5	13	22
LSD	T40.8	1	2	7	11	16	27	7	8	14	7
Hallucinogener	F16.0	4	6	11	5	12	8	2	12	5	7
<b>Hallucinogener i alt</b>		8	18	24	29	41	42	21	25	32	36
Cannabis	T40.7 +F12.0	125	74	86	76	97	108	137	128	155	174
Blandingsmisbrug og uspecificeret**	T40.4 +T40.6 +T40.6W +40.6X +T40.9 +F19.0	694	391	400	449	367	449	447	497	446	437
<b>Intoksikationer og forgiftninger i alt</b>		1409	1163	1205	1243	1345	1497	1616	1870	1881	2028

Kilde: Landspatientregister. Udtræk for året 2012 er foretaget i maj 2013

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

19 Tallene for 2012 er foreløbige (udtræk fra LPR med skæringsdato maj 2013). De endelige tal for 2012 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
< 20 år	212	272	317	309	295	336	317	326
20-24 år	238	216	259	292	284	356	348	439
25-29 år	170	160	177	193	162	248	220	209
> 30 år	527	545	592	703	874	930	996	1054
<b>I alt</b>	<b>1147</b>	<b>1193</b>	<b>1345</b>	<b>1497</b>	<b>1615</b>	<b>1870</b>	<b>1881</b>	<b>2028</b>

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk maj 2013

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

Diagnosekode	Psyiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
F11	Opioider	156	155	138	123	133	136	166	120	135	107
F12	Cannabis	333	354	312	347	364	388	553	533	643	706
F13	Sedativa / hypnotika	159	143	150	140	154	141	130	112	113	109
F14	Kokain	65	53	42	49	49	56	57	51	39	47
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	99	98	93	87	91	94	95	86	98	88
F16	Hallucinogener	9	17	16	10	10	18	6	11	14	15
F18	Opløsningsmidler	10	5	3	3	4	7	3	1	4	4
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	747	684	668	660	682	696	826	672	714	687
<b>Personer med hoveddiagnoser i alt</b>		<b>1578</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>

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 biddiagnoser, er "i alt" kategorien ikke en summation.



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

Diagnose- kode	Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
F11	Opioider	201	271	280	341	358	492	522	428	451	409
F12	Cannabis	759	873	908	1040	1072	1507	1646	1668	2011	2091
F13	Sedativa / hypnotika	307	359	367	385	417	529	554	468	467	458
F14	Kokain	61	66	97	118	163	210	217	214	209	207
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	73	123	120	162	179	235	261	251	270	291
F16	Hallucinogener	2	13	14	8	8	13	14	14	16	10
F18	Opløsningsmidler	12	11	8	18	13	13	24	17	18	26
F19	Multiple eller andre psykoak- tive stoffer	679	728	736	874	995	1176	1396	1239	1458	1386
<b>Personer med bidiagnoser i alt</b>		<b>1844</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>

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. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Fordeling efter køn**

År	I alt	Mænd	Kvinder	År	I alt	Mænd	Kvinder
1995	214	149	65	2004	-	-	-
1996	242	177	65	2005	208	162	46
1997	256	189	67	2006	227	167	60
1998	243	174	69	2007*	211	148	63
1999	217	157	60	2008*	211	155	53
2000	240	175	65	2009*	222	161	61
2001	221	153	68	2010	204	158	46
2002	-	-	-	2011	190	143	47
2003	-	-	-				

Kilde: Dødsårsagsregisteret, august, 2013

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

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

År	I alt	Mænd	Kvinder	År	I alt	Mænd	Kvinder
1981	148	113	35	1997	275	225	50
1982	134	107	27	1998	250	210	40
1983	139	110	29	1999	239	201	38
1984	158	125	33	2000	247	197	50
1985	150	116	34	2001	258	211	47
1986	109	88	21	2002	252	216	36
1987	140	116	24	2003	245	197	48
1988	135	107	28	2004	275	211	63
1989	123	99	24	2005	275	234	41
1990	115	91	24	2006	266*	218	46
1991	188	153	35	2007	260**	207	50
1992	208	162	46	2008	239*	186	51
1993	210	166	44	2009	276	217	59
1994	271	227	44	2010***	276	237	39
1995	274	226	48	2011	285	232	53
1996	266	220	46	2012	210	159	51

Kilde: Rigspolitiets, 2013

\*Køn uoplyst for 2 personer

\*\*Køn uoplyst for 3 personer

\*\*\*Justeret for det totale antal dødsfald

**Table 6.4.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne i pågældende år**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nordjylland	36	35	33	31	28	25
Midtjylland	52	47	53	58	56	37
Syddanmark	71	68	79	78	91	54
Hovedstaden	68	59	86	70	69	61
Sjælland	29	24	21	31	33	26
Kbh.Kommune*	41	31	51	38	32	37

Kilde: Rigspolitiets 2013

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

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

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anmeldelser med sigtelse	12.851	14.272	16.390	19.037	19.900	18.506	18.692	17.403	17.825	21.211	21.498
Sigtede personer	10.021	11.160	12.313	14.204	15.060	13.294	14.093	13.354	13.749	16.065	16.401

Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2013

Tabel 10.31. Narkotikabeslaglæggelser i pågældende år

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Heroin</b>													
Kg	32,1	25,1	62,5	16,3	37,5	27,0	28,9	48,1	43,9	22,4	39,4	36,6	40,6
Antal beslag	1.499	1.304	966	894	1041	1064	927	1.016	906	648	699	488	430
<b>Kokain</b>													
Kg	35,9	25,6	14,2	104,0	32,3	57,0	76,2	91,8	56,1	72,4	54,16	42,9	42,1
Antal beslag	780	815	881	1.095	1.207	1.615	1.901	2.098	1.858	1.365	1.589	1.777	2.056
<b>Amfetamin</b>													
Kg	57,1	160,6	34,9	65,9	63,0	195,0	79,4	70,4	119,8	103,8	193,9	240,3	301,5
Antal beslag	1.152	954	1.134	1.264	1.388	1.573	2.022	2.215	1.543	1.260	1.764	1.757	1.793
<b>Ecstasy</b>													
Stk.	21.608	150.080	25.738	62.475	38.096	44.195	22.712	82.390	17.631	53.929	45.360	16.042	72.654
Antal beslag	444	331	340	322	1388	461	540	452	251	200	200	209	523
<b>Lsd</b>													
Doser	1.108	156	38	22	483	1201	521	47	482	468	159	1.003	
Antal beslag	18	29	8	7	13	12	8	13	21	18	16	20	18
<b>Hash</b>													
Kg	2.914	1.763	2.635	3.829	1.758	1.406	1.035	877	2.914	1.220	2.318	2.326	1.334
Antal Beslag	5.561	5.788	5.234	5.942	7.313	10.292	10.962	9.301	8.365	7.430	7.689	8.499	9.239

Kilde: Rigspolitiets Narkotikastatistik 2013

Tabel 10.41. Fordeling imellem stof typer på brugerplan i pågældende år

År	2002 n=198	2003 n=188	2004 n=200	2005 n=196	2006 n=203	2007 n=200	2008 n=195	2009 n=195	2010 n=204	2011 n=204	2012 n=207
Heroin	40%	39%	33%	34%	33%	30%	27%	28%	21%	21%	15%
Amfetamin	24%	20%	29%	23%	34%	30%	31%	29%	33%	27%	23%
Kokain	30%	32%	34%	36%	30%	34%	35%	37%	37%	43%	48%
Ecstasy**	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Metamfetamin ***	-	4%	1%	5%	1%	2%	3%	3%	1%	2%	3%
Andet euforiserende/ stof-blandinger	3%	4%	3%	1%	2%	2%	3%	3%	5%	5%	4%
Ikke euforiserende	2%	1%	-	2%	1%	2%	2%	1%	3%	1%	4%
<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. 2002 til 2005; Lindholst et al fra 2005 til 2013

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

Tabel 10.42. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid i pågældende år

	2002 n=80	2003 n=73	2004 n=66	2005 n=66	2006 n=66	2007 n=60	2008 n=52	2009 n=54	2010 n=42	2011 n=43	2012
Heroinbase	76%	84%	77%	76%	65%	72%	77%	69%	64%	58%	42%
Heroinklorid	24%	16%	23%	24%	35%	28%	23%	31%	36%	42%	58%

Kilde: Lindholst et al 2013

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