

FOCAL  
POINT

# NARKOTIKASITUATIONEN I DANMARK

2004

## Narkotikasituationen i Danmark 2004

Center for Forebyggelse  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
Postboks 1881  
2300 København S

Sprog: Dansk

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

Version: 1,0

Versionsdato:20041201

Elektronisk ISBN: 87-7676-008-1

Den trykte versions ISBN: 87-7676-007-3

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, november 2004

Design: Sundhedsstyrelsen

Tryk: Schultz Grafisk

Oplag: 500 eksemplarer

Publikationen kan bestilles hos Sundhedsstyrelsens Publikationer  
c/o J.H.Schultz Information A/S  
Tlf. 7026 2636, e-mail [sundhed@schultz.dk](mailto:sundhed@schultz.dk)

Pris: 0, dog betales porto og ekspeditionsgebyr

FOCAL  
POINT

## Narkotikasituationen i Danmark 2004



## Forord

Denne årsrapport om narkotikasituationen i Danmark er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, det danske "Focal Point". Rapporten er udarbejdet i efteråret 2004 og er den niende rapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug (EMCDDA). Rapporten findes både i en dansk og en engelsk udgave og er udarbejdet efter EMCDDA's retningslinier.

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

Sociolog Kari Grasaasen har udarbejdet den epidemiologiske del af rapporten i samarbejde med fuldmægtig Eva Hammerby, mens fuldmægtig Hans Henrik Philipsen har udarbejdet den del, der beskriver forebyggelse. Læge Helle Petersen har udarbejdet temakapitlet om buprenorfin. Øvrige dele i rapporten er udarbejdet ved hjælp af bidrag fra henholdsvis Justitsministeriet, Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, amterne samt øvrige samarbejdspartnere. Det danske medlem af EMCDDA's Scientific Committee, specialkonsulent Anne-Marie Sindballe, samt et læsepanel udpeget af Sundhedsstyrelsen har bidraget med kommentarer og konstruktiv kritik. Opsætning og korrektur er foretaget af overassistent Birgitte Neumann, Sundhedsstyrelsen.

*November 2004*

*Else Smith  
Centerchef*



# Indholdsfortegnelse

Forord.....	2
Indholdsfortegnelse.....	3
Sammenfatning.....	6
<b>1 Trends og nye udviklinger inden for narkotikapolitikken .....</b>	<b>9</b>
1.1 Overblik og sammendrag .....	9
1.2 Nationale strategier på narkotikaområdet .....	9
1.3 Ny lovgivning.....	10
1.4 Økonomi og finansieringsordninger.....	12
1.5 Narkotikapolitikken i social og kulturel sammenhæng .....	13
<b>2 Brugen af illegale stoffer i befolkningen.....</b>	<b>15</b>
2.1 Overblik og sammendrag .....	15
2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge.....	15
2.3 Samvariation i brug af rusmidler.....	18
2.4 Regionale høringer .....	18
2.5 Holdninger til stoffer og til stofbrugere .....	19
<b>3 Forebyggelse.....</b>	<b>21</b>
3.1 Overblik og sammendrag .....	21
3.2 Universel forebyggelse.....	21
3.3 Indsatser i lokalsamfundet.....	22
3.4 Selektiv og indikeret forebyggelse.....	25
<b>4 Stofmisbrug.....</b>	<b>26</b>
4.1 Overblik og sammendrag .....	26
4.2 Stofmisbrugere i behandling.....	26
4.3 Metadonbehandling og -ordination.....	29
<b>5 Stofrelateret behandling .....</b>	<b>31</b>
5.1 Overblik og sammendrag .....	31
5.2 Behandlingssystemet.....	31
5.3 Døgnbehandling.....	31
5.4 Ambulant stoffri behandling.....	34
5.5 Substitutionsbehandling og den ambulante psykosociale indsats .....	34
5.6 Indsatsen over for børn og unge med misbrugsproblemer.....	36
<b>6 Sundhedsmæssige konsekvenser ved stofmisbrug.....</b>	<b>37</b>
6.1 Overblik og sammendrag .....	37
6.2 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere.....	37
6.3 Forgiftninger med illegale stoffer.....	40
6.4 Narkotikarelaterede infektionssygdomme .....	42
6.5 Dobbelt diagnoser og stofmisbrugere i psykiatrisk behandling.....	42
6.6 Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark.....	43
<b>7 Indsatser i relation til sundhedsmæssige konsekvenser ved stofmisbrug.....</b>	<b>45</b>
7.1 Overblik og sammendrag .....	45
7.2 Særlig skadereducerende tiltag i ”Kampen mod Narko” .....	45
7.3 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald .....	45
7.4 Forebyggelse og behandling af narkotikarelaterede infektionssygdomme- Sprøjteprogrammer ..	46
7.5 Indsatser relateret til personer med dobbeltdiagnose.....	46
<b>8 Kriminalitet, stofbrug og sociale konsekvenser .....</b>	<b>48</b>
8.1 Overblik og sammendrag .....	48
8.2 Social eksklusion og problemer.....	48
8.3 Kriminalitet i forbindelse med narkotika .....	48
8.4 Økonomi og omkostninger vedr. de sociale tiltag .....	49
<b>9 Indsatser i relation til sociale konsekvenser ved stofmisbrug.....</b>	<b>50</b>
9.1 Overblik og sammendrag .....	50
9.2 Social reintegrations .....	50
9.3 Forebyggelse af narkotikarelateret kriminalitet.....	53

10	Det illegale stofmarked .....	56
10.1	Overblik og sammendrag .....	56
10.2	Stoffernes vej til Danmark.....	56
10.3	Beslaglæggelser af stoffer på det illegale marked.....	56
11	Buprenorfin - Behandling, misbrug og ordinationspraksis .....	61
11.1	Indledning.....	61
11.2	Behandling med Buprenorfin .....	61
11.3	Misbrug af buprenorfin .....	63
12	Behandling som alternativ til fængselsstraf.....	65
12.1	Indledning.....	64
12.2	Regelgrundlaget og visitationsbestemmelser.....	65
12.3	Anvendelsen af behandlingsbestemt afsoning uden for fængsel.....	67
12.4	Evaluering og forskning .....	69
13	Forstyrrelse af ro og orden.....	71
13.1	Indledning.....	71
13.2	Lovgivning der regulerer narkotikarelaterede forstyrrelser .....	71
13.3	Indsatsen på Christiania .....	73
13.4	Evaluering af effekten ved de regulerende initiativer .....	75
14	Anneks 8	
14.1	Referenceliste.....	77
14.2	Hjemmesider .....	80
14.3	Supplerende tabeller.....	81
14.4	Tabeloversigt .....	84
14.5	Figuroversigt.....	85
14.6	De anvendte undersøgelser.....	86



# Sammenfatning

## Den aktuelle narkotikasituation i Danmark

Det seneste skøn over antal stofmisbrugere, som Sundhedsstyrelsen har foretaget viser, at der i 2001 var 25.500 stofmisbrugere i Danmark. Godt 6.000 af disse skønnes alene at være hashmisbrugere. Fra 1996 til 2001 er antallet af stofmisbrugere steget med 5.000 personer, svarende til 24%. Opgørelsen omfatter ikke det eksperimenterende stofbrug, men estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Egentligt stofafhængige er således medtaget i skønnet, herunder også stabiliserede stofafhængige (fx metadonbehandlede).

Der er ikke foretaget befolkningsundersøgelser over udbredelsen af det eksperimenterende stofbrug i den voksne befolkning i Danmark siden 2000. Dog tyder resultater fra nyeste undersøgelser samt regionale høringer på, at den stigning i det eksperimenterende brug af illegale stoffer, der blev observeret fra midten af halvfemserne og frem er stagneret, og det eksperimenterende brug synes i dag at have lagt sig på et højt men stabilt niveau. Hash er stadig det mest udbredte illegale stof, og amfetamin, kokain og ecstasy i nævnte rækkefølge prøves også af relativt mange.

Det eksperimenterende brug af illegale stoffer er fortsat et fænomen, der hovedsageligt finder sted i de unge år, hvilket ses af de forskellige befolkningsundersøgelser og de regionale høringer. Forbruget findes i aldersgrupper fra 14–30 år, og det topper blandt de 16–19-årige.

På trods af, at det eksperimenterende brug af hash synes at have stabiliseret sig, ses en stadig stigning i skadevirkninger af hashforbruget i disse år. Stadig flere, og især de nye i behandling, kommer ind i stofbehandling med hash som hovedproblem, og oplysninger om stofrelaterede psykiske indlæggelser peger på en stadig tilgang af personer med hashrelaterede problemer. Også problemer med blandingsbrug og brug af centralstimulerende stoffer ses i stigende grad i stofbehandlingen og blandt de stofrelaterede psykiske indlæggelser, selv om stigningen her ikke er fuldt så markant, som den ses ved hash. For første gang i år er i denne rapport medtaget en opgørelse over skadestuebesøg, hvor forgiftninger med illegale stoffer er årsagen til henvendelsen. Med baggrund i eksisterende registreringspraksiser er der alene tale om en minimumsopgørelse. Ud fra oversigten ses dog tydelig en udvikling hen imod flere og flere alvorlige forgiftninger med både hash og de centralstimulerende stoffer de senere år.

Årsagerne til den dokumenterede stigning af problemer relateret til hash og de centralstimulerende stoffer, må formodes at hænge sammen med stigningen i det eksperimenterende brug af især disse stoffer i 90'erne, og som på denne måde nu kommer til udtryk som konsekvenser. Hertil kommer, at den øgede behandlingsskapacitet og bedre og mere målrettede behandlingsilbud også bidrager til, at flere søger behandling. Alene fra 2002 til 2003 er der sket en stigning på knap 14% i antallet af personer i behandling for stofmisbrug, og så mange som 34% af alle i behandling i 2003 har ikke være i behandling tidligere og er således "nye" i behandlingssystemet.

Rigspolitiets dødsfaldsstatistik viser et stabilt niveau siden midten af halvfemserne. I 2003 blev registrere 245 dødsfald relateret til stofmisbrug. Langt de fleste af disse dødsfald sker efter forgiftning med et eller flere stoffer, og hovedparten af forgiftningerne sker med opioider.

Det ses meget markante kønsforskelle i både det eksperimenterende brug, misbrug samt skadevirkninger ved brug af illegale stoffer blandt mænd og kvinder. Mænd er overrepræsenteret i samtlige statistikker og undersøgelsesresultater, såsom i befolkningsundersøgelser, i behandlingsregistret, i data om stofrelaterede psykiatriske diagnoser, forgiftninger med illegale stoffer og blandt de narkotikarelaterede dødsfald.

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

Både på lokalt, regionalt og statslig plan i Danmark ses en øgning i forebyggelsesinitiativer og skadereducerende tiltag, der både skal dæmme op for udvikling af det eksperimenterende

brug, samt begrænse de skader et misbrug af illegale stoffer kan medføre. Lokalt og regionalt ses en oprustning af netværksdannelse blandt nøglepersoner såsom gadeplansmedarbejdere, SSP, Amternes alkohol- og narkotikakonsulenter, hvor blandt andet kompetenceudvikling og opkvalificering via temadage og kurser er tiltagende. Hertil kommer nye og flere lokale netværksprojekter der mere målrettet skal forebygge især inden for det kommercielle festmiljø og på ungdomsuddannelserne. I amter og kommuner kommer der også flere ”rusmiddelkorps”, dvs. lokale ungekorps, der besøger skoler og uddannelsesinstitutioner og formidler information og indgår i dialog med eleverne.

Flere og flere amter har gennemført rusmiddelforebyggelse ved lokale musikfestivaler, hvor nøglepersoner fra forskellige områder har samarbejdet om at etablere en ”stand” eller har givet et åbent tilbud om rådgivning og ”snak”. Som i 2003, var der også på Roskildefestivalen i 2004 en indsats mod stoffer, hvor en tydelig markering af Roskildefestivalens holdning mod stoffer fremkom via storskærmsspot, festivalprogrammet, postkort, t-shirts, på festivalens hjemmeside, ved busreklamer, samt via udlevering af faktainformation om stoffer.

Regeringens handlingsplan - Kampen mod narko, der blev lanceret i oktober 2003, omfatter forskellige initiativer der skal fastholde og udbygge de eksisterende indsatser overfor narkotikamisbruget. Handlingsplanen omfatter bl.a. et stort modelkommuneprojekt ”Narkoen ud af byen”, men også en række forslag inden for behandling, kontrol og skadesreduktion.

Som nævnt, sker der i disse år en stigning i antallet af personer i behandling for stofmisbrug. Pr 1 januar 2003, blev indført behandlingsgaranti, hvilket har forpligtet amtskommunen til at igangsætte en behandling af en stofmisbruger der henvender sig med et behov indenfor 14 dage. Behandlingsgarantien har i de fleste amter udslettet ventelisterne, og udvidet antal pladser til behandling af stofmisbrugere. Udover en egentlig behandling gennemføres forskellige projekter i form af opsøgende arbejde, som blandt andet sigter på både social og sundhedsfaglig støtte til de hårdest belastede stofmisbrugere. For at minimere smitteoverførte sygdomme blandt stofmisbrugerne tilbyder de fleste amter nu gratis sprøjter og kanyler til stofmisbrugere.

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

Sundhedsstyrelsen medvirker stadig til en intensiv overvågning af misbrugsstoffer på det illegale marked. Formålet hermed er blandt andet, at overvejelser om kontrolforanstaltninger og forbud kan gennemføres, når nye misbrugsstoffer dukker op på markedet. Efter faglige indstillinger fra Sundhedsstyrelsen, blev stofferne Ibogain og Tabernanthe iboga forbudt, med virkning fra 3. december 2003. Amylnitrit og Isobutylnitrit (”Poppers”) blev forbudt med virkning fra den 18 februar 2004, og endelig blev 5-Meo-DIP forbudt med virkning fra den 3 marts 2004.

En række lovbestemmelser er gennemført i 2003/2004. I straffelovens bestemmelser blev der gennemført ændrede strafferammer, blandt andet blev strafferammen for grov narkotikakriminalitet sat op til 24 år. Hertil vedtog folketinget i maj 2004 ændringer i loven om euforiserende stoffer ved at der nu skal gives bøder frem for advarsel.

### **Temakapitler om buprenorfin, behandling som alternativ til straf, samt forstyrrelse af ro og orden**

Temakapitlet om ”Buprenorfin”, behandler temaer om buprenorfin som substitutionsstof i Danmark. Temakapitlet om ”behandling som alternativ til fængselsstraf”, gennemgår de lovgivningsmæssige bestemmelser, retningslinjer og praksisser, når stofmisbrugere tilbydes og gennemgår stofmisbrugsbehandling under kriminalforsorgens institutioner. Endelig omfatter temakapitlet om ”forstyrrelse af ro og orden”, hash-klubberne og indsatsen om lovliggørelsen af Christiania i København.

# 1 Trends og nye udviklinger inden for narkotikapolitikken

## 1.1 Overblik og sammendrag

I Danmark gælder, at narkotikapolitikken bygger på en kombination af forbud mod anvendelse af narkotika, en vedholdende og målrettet forebyggende indsats, et flerstrengt koordineret behandlingstilbud, samt en effektiv kontrolindsats. Narkotikamisbruget opfattes som et sammensat problem der kræver samarbejde på tværs af faggrænser og sektorer, og indsatsen er derfor en opgave for både lokale, regionale og centrale myndigheder.

På statsligt plan fastlægges den gældende narkotikapolitik, udviklingen overvåges og monitoreres, forskning og indsats lokalt og regionalt støttes, og udbuddet af stofferne kontrolleres. Endelig er det statens opgave at samarbejde internationalt med andre myndigheder og organisationer.

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet* varetager den koordinerende statslige indsats og har herudover ansvaret for de statslige opgaver i forhold til behandling i sundhedsvæsenet, og den forebyggende indsats, herunder spørgsmål der vedrører den lægelige behandling såsom substitutionsbehandling, hivsmitte/hepatitis og stofmisbrug. *Socialministeriet* har ansvaret for den sociale behandlingsindsats, som suppleres af selvejende og private institutioner samt frivillige organisationer og Rådet for socialt udsatte. *Justitsministeriet* har hovedansvaret for den kontrollerende og politimæssige indsats og for Kriminalforsorgen, herunder indsatte stofmisbrugere. *Skatteministeriet* har ansvaret for den kontrol, der føres med prækursorer og for toldkontrol.

Amter og kommuner har ansvaret for behandling og forebyggelse, og er derfor ansvarlige for den egentlige indsats og i at tilbyde relevante tilbud. Samarbejde mellem amterne og amternes interessevaretagelse i forhold til lovgivningen samt i forholdet til stat og kommuner, er sikret via Amtsrådsforeningen, der er amternes interesseorganisation. For kommunerne gælder, at der i langt de fleste af disse, er etableret et SSP-samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi, som fungerer som det bærende element i den lokale forebyggende indsats i den direkte kontakt med de unge.

## 1.2 Nationale strategier på narkotikaområdet

I oktober 2003 offentliggjorde regeringen som en tværministeriel handlingsplan "Kampen mod narko". Handlingsplanen blev udarbejdet af et ministerudvalg og udstikker mål og midler til opnåelse af konkrete resultater inden for forebyggelse, social behandling, lægelige behandling, retshåndhævelse og behandling af kriminelle stofmisbrugere samt internationalt samarbejde.

Blandt et af hovedelementerne i handlingsplanen kan nævnes, at regeringen vil støtte og stimulere den lokale forebyggelsesindsats ved at yde støtte til et målrettet samarbejde med én kommune i hvert amt. Samarbejdet skal finde sted inden for rammerne af et 3-årigt modelkommuneprojekt "Narkoen ud af byen".

Modelkommuneprojektets overordnede målsætning er gennem en lokalt forankret og koordineret særlig indsats markant at nedbringe udbredelsen af narkotika i lokalsamfundet. Modelkommuneprojektets mere specifikke mål er at opnå en væsentlig begrænsning i tilgængeligheden af narkotika og i antallet af unge, der prøver og misbruger narkotika, samt at nedsætte antallet af akutte skadevirkninger såsom forgiftninger, stofudløste psykoser og vold markant, at sikre tidlig indsats i forhold til unge på vej ud i misbrug og at sikre en særlig forebyggende indsats over for børn i misbrugsfamilier (se endvidere kapitel 3).

Af handlingsplanens afsnit om retshåndhævelse fremgår bl.a., at regeringen lægger vægt på, at det internationale retshåndhævende samarbejde intensiveres og udbygges som led i forebyggelsen og bekæmpelsen af den organiserede narkotikakriminalitet. Det fremgår endvidere, at regeringen lægger vægt på en intensivering og udbygning af indsatsen mod den

organiserede narkotikakriminalitet, herunder narkotikakriminalitet med tilknytning til rockermiljøet i Danmark, ligesom regeringen ønsker at sætte konsekvent ind over for unges misbrug af euforiserende stoffer i restaurations- og festmiljøet. Endelig fremgår det af handlingsplanen, at regeringen lægger vægt på, at der sker en yderligere intensivering af indsatsen over for den åbenlyse hashhandel på Christiania.

Der er i forbindelse med og som opfølgning på handlingsplanen iværksat en række tiltag samt gennemført lovændringer, der udmønter de prioriteter og initiativer på retshåndhævelsesområdet, der er beskrevet i handlingsplanen. Der henvises i denne forbindelse til afsnittet om nyere lovgivning samt til kapitel 13 for så vidt angår indsatsen på Christiania.

Kontrolindsatsen til bekæmpelse af narkotika varetages af politiet og toldmyndighederne. Indsatsen rettes mod personer og organisationer, der nationalt og internationalt står bag den ulovlige handel med narkotika, men også mod handelen på gadeplan. Hertil kommer lovgivningen vedrørende stoffer, der kan anvendes til ulovlig fremstilling af narkotika (prækursorer), der er baseret på EU-regler om kontrol med fremstilling af og handel med visse varer, der benyttes ved ulovlig fremstilling af narkotiske og psykotrope stoffer.

### 1.3 Ny lovgivning

De danske straffebestemmelser om besiddelse af narkotika er indeholdt dels i Lov om euforiserende stoffer, dels i Straffelovens § 191.

Den 10. oktober 2003 vedtog Folketinget lov nr. 433 om ændring af lov om udlevering af lovovertrædere og lov om udlevering af lovovertrædere til Finland, Island, Norge og Sverige (Gennemførelse af EU-rammeafgørelse om den europæiske arrestordre m.v.). Loven trådte i kraft den 1. januar 2004.

Ved loven blev § 10a i lov om udlevering af lovovertrædere ændret, således at det, når visse betingelser er opfyldt, ikke er et krav for udlevering af personer til strafforfølgning eller straf fuldbyrdelse i en medlemsstat i Den Europæiske Union, at den tilsvarende handling er strafbar efter dansk ret (krav om dobbelt strafbarhed), hvis der foreligger en af den i § 10a, stk. 1, nr. 1 – 32 nævnte forbrydelser, herunder ulovlig handel med narkotika.

Den 31. marts 2004 vedtog Folketinget lov nr. 218 om ændring af straffeloven og retsplejeloven (Ændring af strafferammer og bestemmelser om straffastsættelse m.v.). Loven trådte i kraft dagen efter bekendtgørelse i Lovtidende. Ved loven blev strafferammerne i straffelovens § 191 hævet fra henholdsvis 6 og 10 års fængsel til henholdsvis 10 og 16 års fængsel samt i særligt grove narkotikasager op til 24 år.

Endelig vedtog Folketinget den 27. maj 2004 lov nr. 175 fra 2004 om ændring af lov om euforiserende stoffer og straffuldbyrdelsesloven (Skærpet indsats mod narko m.v.). Loven trådte i kraft den 1. juli 2004. Ved loven blev der indsat en ny bestemmelse i § 3, stk. 1, 2. pkt., i lov om euforiserende stoffer, således at det fremgår direkte af bestemmelsen, at advarsel i almindelighed ikke kan meddeles ved overtrædelse af loven. Lovændringen indebærer, at overtrædelse af lov om euforiserende stoffer i almindelighed mindst straffes med bøde. Ændringen har alene betydning i forhold til den hidtidige praksis vedrørende meddelelse af advarsler for besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug, idet disse lovovertrædelser efter lovændringen som udgangspunkt ligeledes i almindelighed skal straffes med bøde. Det fremgår af Rigsadvokaten Informerer nr. 35 af 1. juli 2004, at advarsel nu kun kan meddeles i særlige tilfælde, hvor det på baggrund af en konkret vurdering er mest formålstjenligt at anvende denne sanktion. Advarsel vil i sådanne undtagelsestilfælde kunne gives i overensstemmelse med de hidtil gældende retningslinier, dvs. som hovedregel kun i førstegangstilfælde, medmindre der er tale om besiddelse af hash. Advarsel vil efter lovændringen efter en konkret vurdering kunne meddeles såfremt hensynet til en effektiv strafforfølgning tilsiger

dette samt hvis anvendelse af bødestraf vil medføre administrativt besvær, der ikke står i rimeligt forhold til sagens beskaffenhed. Endelig kan sociale hensyn efter omstændighederne tale for anvendelse af advarsel, hvor brugen af et stof skønnes at være udslag af en stærk afhængighed.

Herudover blev § 3, stk. 2, i lov om euforiserende stoffer ændret ved ovennævnte lov, således at det ved straffens udmåling skal betragtes som en betydelig skærpende omstændighed, at der er tale om salg eller vederlagsfri overdragelse med henblik på senere salg af euforiserende stoffer på restaurationer, diskoteker eller ved lignende arrangementer, hvor det typisk er hovedsagelig børn eller unge mennesker, der deltager.

Det fremgår af Rigsadvokaten Informerer nr. 35 af 1. juli 2004, at der med ændringen tilsigtes en straffeskærpelse, således at salg på restauranter mv., hvor det typisk er hovedsagligt børn eller unge mennesker der deltager, altid medfører fængselsstraf. Det betyder, at tilfælde der i dag ville medføre en bødestraf, fremover skal straffes med en fængselsstraf. I forhold til tilfælde der i dag ville medføre en fængselsstraf, tilsigtes endvidere en straffeskærpelse med 1/3 i forhold til den hidtil udmålte straf, når udbredelsen finder sted på de nævnte steder.

### **Lov om garanti for social behandling for stofmisbrug**

Den 1. januar 2003 trådte lov om ændring af lov om social service (garanti for social behandling for stofmisbrug) i kraft. Loven forpligter amtskommunen til at iværksætte social behandling for stofmisbrugere senest 14 dage efter henvendelsen til amtskommunen. Samtidig har stofmisbrugeren en ret til at vælge mellem offentlige og private godkendte behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, amtskommunen har visiteret til. Loven er omfattet af lovovervågning med henblik på, at ordningens implementering til amtskommunerne kan blive evalueret. Det vil i forbindelse med evalueringen blive vurderet, hvorvidt virkningerne af den foreslåede ordning stemmer overens med hensigten med loven. Der vil på baggrund af evalueringen blive udarbejdet en redegørelse, der efter høring af øvrige myndigheder og organisationer vil blive afleveret til Folketingets Socialudvalg, når loven har virket i tre år.

Amtsrådsforeningen indsamler månedsvis en række data fra amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner for at følge anvendelsen af loven om social behandlingsgaranti.

Som opfølgning på ændringsloven til servicelovens § 85 om behandlingsgaranti for stofmisbrug, er der med hjemmel i servicelovens § 110 a fastsat regler om udarbejdelse af kvalitetsstandard for behandling for stofmisbrug. Reglerne er fastsat i en bekendtgørelse af 26. maj 2004. Bekendtgørelsen er trådt i kraft 1. juli 2004. Bekendtgørelsen er uddybet i vejledning nr. 47 af 26. maj 2004.

Efter bekendtgørelsens § 1 skal amtsrådet fastsætte en kvalitetsstandard for den sociale behandling for stofmisbrug, som amtskommunen tilbyder efter servicelovens § 85. Bekendtgørelsen finder tilsvarende anvendelse, hvis en kommunalbestyrelse efter aftale med amtsrådet har overtaget hele eller dele af behandlingsindsatsen for kommunens borgere, dvs., at amtsrådet fastsætter kvalitetsstandard. Delegationskommunen skal således ikke fastsætte en selvstændig standard, men følge den af amtsrådet fastsatte kvalitetsstandard. Bekendtgørelsens § 2 præciserer, hvilke opgaver på stofmisbrugsbehandlingsområdet, kvalitetsstandard som minimum skal omfatte. Amtsrådet skal oplyse om den fremtidige indsats på stofmisbrugsområdet og sikre opmærksomhed på forholdene for stofmisbrugerens eventuelle hjemmeboende børn.

Amtsrådet skal, jf. bekendtgørelsen § 3, også informere borgerne om de kvalitetskrav m.m. som amtskommunen stiller til de konkrete døgntilbud, der anvendes. Amtsrådet skal følge op på kvalitetsstandarderne og påse, at forholdene i de anvendte døgnbehandlingstilbud er i overensstemmelse med den af amtsrådet fastsatte kvalitetsstandard. Kvalitetsstandard,



samt informationer om indhold og behandlingstilbud, skal gøres tilgængelig for borgerne i amtskommunen.

Amtsrådet skal første gang have udarbejdet en kvalitetsstandard inden 31. december 2004. Kvalitetsstandarden skal revideres mindst hvert andet år. Repræsentanter for brugerne og evt. deres pårørende inddrages ved udarbejdelse og revision af kvalitetsstandarden.

#### **Nye narkotiske stoffer under kontrol**

Med virkning fra den 3. december 2003 blev stofferne Ibogain og Tabernanthe iboga optaget på liste B til bekendtgørelse om euforiserende stoffer, mens stofferne Amylnitrit og Isobutylnitrit blev optaget på liste E til bekendtgørelsen med virkning fra den 18. februar 2004. Herudover blev stoffet 5-MeO-DIPT optaget på liste B til bekendtgørelsen med virkning fra 3. marts 2004. Stofferne blev tilføjet listen efter faglig indstilling fra Sundhedsstyrelsen og må herefter kun anvendes til medicinsk eller videnskabelig brug.

### **1.4 Økonomi og finansieringsordninger**

Særlige forsøgsordninger for stofmisbrugere i metadonbehandling vil blive afsluttet i 2004/2005, hvorefter resultaterne af evalueringen vil blive fremlagt. Opfølgningen af Pulje til kvalitetsløft på stofmisbrugsområdet foretages af Videns- og Formidlingscenter for Social Udsatte. En publikation målrettet praksisfeltet er under udarbejdelse.

Som led i satspuljeaftalen er der for hvert af årene 2004-2007 afsat 9 mio. DKK til at understøtte behandlingsindsatsen over for unge hashmisbrugere. En del af dette beløb er udmeldt som en ansøgningspulje til kommuner, amter m.fl.

Med henblik på at forøge og kvalificere behandlingsindsatsen over for unge under 18 år med alvorlige misbrugsproblemer er der endvidere ved satsaftalen for 2004 afsat en pulje på 10 mio. DKK. Det er endvidere aftalt, at der skal udarbejdes et lovforslag om pligt for kommunerne til udarbejdelse af handleplaner for unge misbrugere under 18 år. Lovforslaget vil blive fremsat til efteråret. På dette som på andre områder er det nødvendigt at styrke den tværfaglige indsats og med lovforslaget skal det sikres, at kommunerne og de eksisterende døgntilbud eller ambulante tilbud for børn og unge har den nødvendige faglige viden om misbrugsbehandling. Derfor skal amternes misbrugscentre inddrages i disse sager.

Ved fordelingen af puljerne er det tilstræbt at støtte projekter, der søger at udvikle nye arbejdsmetoder i forhold til at etablere og fastholde kontakten til den enkelte unge og grupper af unge med misbrugsproblemer.

De kommunale og amtskommunale regnskaber og budgetter viser en kraftig stigning siden 1995 i de afsatte midler til stofmisbrugsbehandling. På budgettet for 2004 er der afsat 773,9 mio. DKK. Det tilsvarende regnskabstal for 1995 var på 224,3 mio. DKK.

I amternes årsregnskaber registreres udgifter til metadonbehandling. Dette tal indgår imidlertid som en ikke nærmere specificeret del af amternes udgifter til sygehusvæsen og sygesikringer og indgår derfor ikke i det ovenstående tal, der vedrører udgifter til aktiviteter, der finder sted i henhold til lov om social service.

Der afsættes endvidere på finansloven årligt en bevilling på 47,6 mio. DKK til forbedring af den sociale indsats for stofmisbrugere. Midlerne skal sikre en bredere og forstærket indsats på området, herunder iværksættelse af forsøg for de sværest belastede stofmisbrugere, forebyggelse og udvikling af behandlingstilbud, o.l. til yngre misbrugere af ecstasy og amfetamin mv. Den forstærkede indsats omfatter endvidere erfaringsopsamling, undersøgelse af behandlingseffekten, kvalitetssikring, informationsvirksomhed og formidling samt efteruddannelse.

Til finansiering af behandlingsgarantien for stofmisbrugere er der via satspuljen afsat 109,6 mio. DKK i 2003, 141,2 mio. DKK i 2004, samt 99,3 mio. DKK hvert år fremover. Med hensyn til særlig indsats for unge hashmisbrugere samt aftale om fremsættelse af lovforslag om pligt for kommuner til at udarbejde handleplaner for unge misbrugere henvises til omtale ovenfor.

Af statslige midler forventes i 2004 ca. 5,4 mio. DKK anvendt til forebyggelse af narkotikamisbrug. Bevillingen anvendes til oplysnings- og informationsvirksomhed, udviklings- og analysevirksomhed, undervisning m.v. Anvendelsen omfatter såvel foranstaltninger, der forestås af Sundhedsstyrelsen, som foranstaltninger, der gennemføres i samarbejde med andre myndigheder, organisationer, grupper og enkeltpersoner samt foranstaltninger, der med økonomisk støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennemføres af lokale myndigheder, foreninger, sammenslutninger m.v. Der er endvidere afsat 20,8 mio. DKK på Sundhedsstyrelsens bevilling for perioden 2004 – 2006 til implementering af modelkommuneprojektet ”Narkoen ud af byen”. Beløbet skal dels udmøntes som støtte til de deltagende kommuner (15 mio. DKK) dels finansiere Sundhedsstyrelsens ekstra indsats før, under og efter projektet, herunder den intensiverede udvikling og formidling af informations- og undervisningsmateriale (5,8 mio. DKK).

I 2001 bevilligede regeringen over en 3-årig periode 40 mio. DKK til et forsøg med intensiveret psykosocial støtte til stofmisbrugere i metadonbehandling og 10 mio. DKK til et forsøg med en forstærket opsøgende social- og sundhedsfaglig indsats over for hårdt belastede stofmisbrugere i København. Herudover er der i 2004 afsat 145 mio. DKK over en 4-årig periode til gennemførelse af regeringens handlingsplan mod narkotikamisbrug ”Kampen mod narko”, inklusiv de ovennævnte 20,8 mio. DKK.

I Psykiatriaftalen for 2003-2006 er der afsat en særlig pulje på 45 mio. DKK over 4 år til styrkelse af den sociale indsats/socialpsykiatriske indsats for mennesker med dobbeltdiagnoser.

## 1.5 Narkotikapolitikken i social og kulturel sammenhæng

I Folketingsåret 2003/2004 fremsatte medlemmer af oppositionen forslag til folketingsbeslutning: Om støttepersoner til gravide stofmisbrugere med henblik på at sikre adækvat social og behandlingsmæssig indsats for den gravide samt bedst mulige betingelser for fosteret.

Generelt prioriterer amtskommunerne gravide stofmisbrugere højt, når de henvender sig om behandling. Derudover gælder der en særlig underretningspligt for personer, der udøver offentlig tjeneste eller hverv til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af deres tjeneste eller hverv får kendskab til en gravid kvinde med alvorlige misbrugsproblemer. Beslutningsforslaget blev forkastet. Men under debatten tilkendegav Socialministeren, at der kan være en særlig grund til at kunne fastholde den gravide i behandling af hensyn til det ufødte barn, og det vil derfor blive overvejet at inddrage målgruppen af gravide stofmisbrugere i overvejelserne i forbindelse med revision af servicelovens § 80 om støtte- og kontaktperson til personer med sindslidelser.

Socialministeriet har i en forsøgsperiode i samarbejde med nogle udvalgte kommuner og amtskommuner indsamlet erfaringer med en støtte- og kontaktpersonordning til hjemløse stof- og alkoholmisbrugere. Disse erfaringer vil indgå i overvejelserne i forbindelse med forslaget til den nævnte revision i folketingsåret 2004-2005.

Der blev ligeledes i folketingsåret 2003-2004 af oppositionen fremsat beslutningsforslag om behandlingsgaranti for stofmisbrugere under 18 år og amtskommunens forsyningsforpligtelse. Beslutningsforslaget blev ikke vedtaget. Dette hang sammen med, at der ved satspul-

jeaftalen for 2004-2007 som led i indsatsen mod negativ social arv blev bestemt at styrke indsatsen mod misbrug for unge under 18 år. Dels ved ændring af serviceloven om pligt for kommunerne til at udarbejde handleplaner for unge under 18 år med misbrugsproblemer, dels ved afsætning af Puljen for 2004 til øget behandlingsindsats for misbrugere under 18 år.

I folketingsåret 2003 – 2004 fremsatte medlemmer af oppositionen for anden gang forslag til folketingsbeslutning om legalisering af hash. Der tegnede sig under Folketingets behandling af forslaget et klart flertal herimod. Regeringen afviser i sin handlingsplan mod narkotikamisbrug ”Kampen mod narko” såvel fixerum, legalisering af hash og lægeordineret heroin som for vidtgående og i modstrid med kernen i narkotikapolitikken og for så vidt angår legalisering af hash og oprettelse af fixerum også i modstrid med de internationale narkotikakonventioner.



## 2 Brugen af illegale stoffer i befolkningen

### 2.1 Overblik og sammendrag

Hash er det mest udbredte illegale stof i Danmark. 42% af befolkningen mellem 16 og 44 år har ifølge seneste landsdækkende befolkningsundersøgelse eksperimenteret med hash nogensinde, og 10% har gjort det inden for det sidste år. Til sammenligning har omkring 3% i samme aldersgruppe prøvet andre illegale stoffer end hash inden for det sidste år. Amfetamin er det mest udbredte illegale stof efter hash, både blandt de unge og i befolkningen som helhed (SUSY 2000).

Det er typisk unge mellem 16 og 24 år, som eksperimenterer med stoffer. 20% i denne aldersgruppe har et aktuelt brug af hash (røget inden for sidste år), og 6% har et aktuelt brug af amfetamin. Hvad angår kokain, svampe og ecstasy, har mellem 2 og 3% af de unge mellem 16-24 år et aktuelt brug af disse stoffer, mens under 1% har et aktuelt brug af stofferne heroin og lsd. I befolkningsundersøgelserne findes der blandt de unge ingen sammenhæng mellem lav social status hos forældrene og brug af stoffer. Blandt de 31-44-årige er andelen af brugere af hash og andre stoffer imidlertid størst blandt dem, der er uden for arbejdsmarkedet, arbejdsløse og førtidspensionister<sup>1</sup>.

Fra midten af 90'erne til begyndelsen af 2000 er der sket markante stigninger i det eksperimenterende brug af de forskellige illegale stoffer - både i befolkningen generelt, men især blandt de unge voksne og blandt de helt unge (15-16-årige). Resultater fra de nyeste landsdækkende skole- og ungdomsundersøgelser, som vil blive præsenteret nedenfor, viser, at det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer synes at have lagt sig på et højt men stabilt niveau. 1/4 af skolebørnene i 9. klasse har prøvet at ryge hash, mens amfetamin, kokain og ecstasy er prøvet af 3-4% af de helt unge (Hibell et al 2004, upubliceret). Blandt de 16-20-årige har 36% prøvet at bruge hash, og 9% har et aktuelt brug (røget hash inden for sidste måned). 7% i samme aldersgruppe har prøvet amfetamin (Sundhedsstyrelsen et al. 2004, upubliceret).

Generelt synes der at være en accept af stofferne blandt de unge, og stofferne har spredt sig til mange forskellige ungdomsmiljøer og -kulturer over hele landet. Dette til trods for, at de unge i høj grad er klar over risikoen for stoffernes skadevirkninger. 9 ud af 10 unge mellem 16 og 20 år svarer, at de tror, der er en risiko for skader ved jævnlig brug af hash. Når over 1/3 af de unge i samme aldersgruppe har prøvet at ryge hash, synes dette at bekræfte de unges risikovillighed til alligevel at eksperimentere med hash.

### 2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge

Det er, som nævnt indledningsvis, i de yngre aldersgrupper forbruget af både hash og andre stoffer er mest udbredt. Forbruget blandt de unge fra 16 til 20 år beskrives i dette afsnit ud fra undersøgelsen MULD 2000, MULD 2001, MULD 2002 og MULD 2004. Forbruget blandt de 15-16-årige beskrives ud fra undersøgelserne ESPAD 1995, ESPAD 1999 og ESPAD 2003. Endelig inddrages de danske resultater om brugen af hash og ecstasy blandt de 15-årige fra den internationale skolebørnsundersøgelse HBSC 2002 (jf. annekset for beskrivelse af undersøgelserne). Undersøgelsesresultaterne bekræfter samstemmende, at det eksperimenterende brug af stoffer er stagneret i de senere år, men samtidig har en stor udbredelse.

#### 16-20 årige

Sundhedsstyrelsen har siden 2000 gennemført en årlig undersøgelse om de 16-20-åriges sundhed og trivsel, herunder deres erfaringer med illegale rusmidler i ”Monitorering af unges livsstil og dagligdag”. I tabel 2.2.1. findes resultater fra alle fire MULD-undersøgelser.

<sup>1</sup> For yderligere resultater fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen i 2000, se tabeller i annekset samt i tidligere årsrapporter fra Sundhedsstyrelsens publikationsserie.

TABEL 2.2.1.

De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 2000, 2001, 2002 og 2003

	MULD 2000 (n=2046)			MULD 2001 (n=2090)			MULD 2002 (n=2041)			MULD 2003 (n=1768)		
	Mænd	Kvinder	Alle	Mænd	Kvinder	Alle	Mænd	Kvinder	Alle	Mænd	Kvinder	Alle
Hash prøvet nogensinde	37	27	32	38	29	33	41	34	37	42	31	36
Hash sidste måned	14	5	9	13	6	9	12	5	8	13	7	9
Amfetamin prøvet nogensinde	11	6	8	11	6	9	9	5	6	9	6	7
Ecstasy prøvet nogensinde	5	3	4	6	3	4	4	3	3	4	4	4
Psilocybinsvampe prøvet nogensinde	5	1	3	7	3	5	5	2	4	4	2	3
Kokain prøvet nogensinde	4	2	3	5	3	4	4	2	3	5	4	4
Lsd prøvet nogensinde	2	0	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1
Heroin prøvet nogensinde	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Rygeheroin prøvet nogensinde	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
"Andre" stoffer	2	1	1	2	1	1	3	2	3	2	2	2

Kilde: Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse 2002, Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse 2003 og upublicerede tal fra MULD 2003

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

Bortset fra en lille, men signifikant stigning i det eksperimenterende brug af hash nogensinde over de forskellige undersøgelsesår, findes ingen signifikante forskelle mellem tallene for stofbrug i 2000, 2001, 2002 og 2003. Dette gælder også for det aktuelle brug af hash.

Godt en tredjedel af de unge i denne aldersgruppe opgiver at have prøvet at ryge hash nogensinde. Næst efter hash er amfetamin det hyppigste brugte stof. Afhængig af undersøgelsesår, har 6-8% af de unge prøvet amfetamin nogensinde. 3-4% har prøvet ecstasy nogensinde, og brug af ecstasy er således omkring halvt så udbredt som amfetamin og nogenlunde på niveau med brug af psilocybinsvampe og kokain. Det er også blandt de 16-20-årige klare kønsforskelle i brugen af stoffer. Ved stort set alle former for brug har mændene et større forbrug end kvinderne.

### 15-16 årige

I 2003 blev der gennemført en ny ESPAD-undersøgelse. Tidligere sammenlignelige undersøgelser er gennemført i 1995 og 1999, og på baggrund af resultaterne i de forskellige undersøgelsesår, kan man se udviklingen af det eksperimenterende brug over tid. Hvad angår HBSC-undersøgelsen fra 2002, er det imidlertid første gang, at spørgsmål om illegale stoffer – hash og ecstasy - er medtaget. Begge undersøgelser er gennemført blandt skolebørn i 9. klasse.

Stigningen i det eksperimenterende brug af samtlige illegale stoffer blandt de 15-16 årige kan ses af resultaterne fra ESPAD fra 1995 til 1999. Derimod ses ingen signifikante stigninger fra 1999 til 2003 af de unges brug af illegale stoffer. Aktuelt har knap 1/4 af de 15-16 årige prøvet hash nogensinde, og ca. 8% har prøvet hash inden for sidste måned. Samstemmende med ESPAD-resultaterne vedrørende brugen af hash, bekræfter resultaterne fra HBSC det høje niveau for det eksperimenterende brug af hash blandt de helt unge danske skolebørn.

TABEL 2.2.2

De procentvise andele blandt de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999 og 2003, samt blandt de 15-årige i 2002

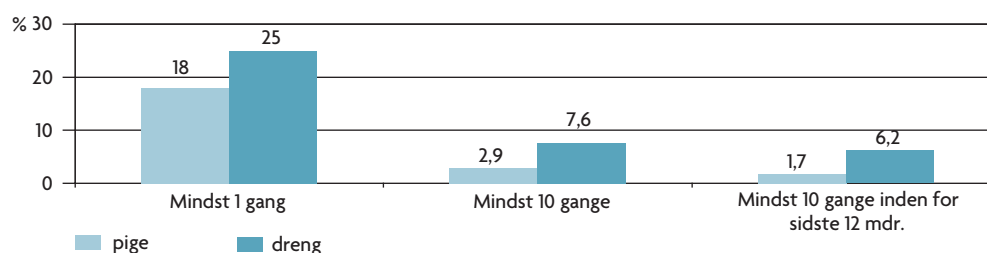
	ESPAD 1995 (n=2234)	ESPAD 1999 (n=1548)	ESPAD 2003 (n=2519)	HBSC 2002 (n=1418)
Hash prøvet nogensinde	18,0	24,4	22,6	23,3
Hash sidste måned	6,1	8,1	7,6	-
Amfetamin prøvet nogensinde	1,6	4,0	4,0	-
Kokain prøvet nogensinde	0,3	1,1	1,8	-
Heroin (injektion) prøvet nogensinde	0,2	0,1	0,7	-
Rygeheroin prøvet nogensinde	1,5	1,3	1,0	-
Ecstasy prøvet nogensinde	0,5	3,1	2,5	2,4
Lsd prøvet nogensinde	0,2	1,0	1,1	-
Psilocybinsvampe prøvet nogensinde	0,5	1,8	1,5	-
Snifning prøvet	6,3	7,5	8,3	-

Kilder: Hibell et al. 1997, 2000 og upublicerede tal fra ESPAD 2003, Pernille Due og Bjørn E. Holstein, red, 2002

Der er store forskelle på udbredelsen af hash blandt drenge og piger. I ESPAD 2003 angiver 27% af drengene og godt 18% af pigerne at have prøvet hash nogensinde. Tilsvarende havde næsten dobbelt så mange drenge som piger brugt hash inden for den sidste måned (Sabroe & Fonager 2004)<sup>2</sup>. Kønsforskellen ses også i HBSC-undersøgelsen, om end lidt mindre markant. I 2002 har henholdsvis 26% af drengene og 21% af pigerne røget hash nogensinde. Som vist i figur 2.2.1, er der betydeligt flere drenge end piger blandt de 15-årige, der har prøvet hash mere end én gang.

FIGUR 2.2.1

Andelen af 15-årige drenge og piger i procent, der angiver at have røget hash mindst 1 gang, mindst 10 gange, eller mindst 10 gange inden for sidste 12 mdr.



Kilde: HBSC 2002

Tallene ”nogensinde” og inden for de sidste 12 måneder er så tæt på hinanden, hvilket betyder, at der kun synes at være ganske få, som har røget hash første gang før de blev 14 år gamle (HBSC). Debutalderen er også undersøgt i ESPAD og viser, at langt de fleste debuterer med hash, når de er 15 og 16 år. Kun meget få prøver hash inden de er teenagere. Til sammenligning med hashdebuten ligger alkoholdebuten tidligere. Halvdelen af de unge har haft deres alkoholdebut, inden de er blevet teenagere (ESPAD 2003).

Med hensyn til andre stoffer end hash havde 8,3% i undersøgelsen blandt de 15-16 årige i 2003 prøvet at sniffe mens henholdsvis 4,0%, 2,5% og 1,8% havde prøvet amfetamin, ecstasy og kokain. Parallelt med en stabilisering af brugen af hash ses lignende stabilisering i relation til det eksperimenterende brug af andre stoffer fra 1999 til 2003.

2 I de danske rapporter om ESPAD-undersøgelserne anvender Sabroe og Fonager en udvidet studiebase i forhold til den internationale undersøgelse, idet de medtager alle elever i 9. klasse, og ikke kun de 15-16-årige elever.

### 2.3 Samvariation i brug af rusmidler

Flere undersøgelser af de unges brug af rusmidler indikerer, at det ofte er de samme unge, som har et stort alkoholforbrug, et daglig brug af tobak, ryger hash, og som har eksperimenteret med andre illegale stoffer. Ifølge MULD undersøgelserne er det blandt andet vist, at 65% af de drenge, der havde prøvet hash inden for det seneste år, har været fulde mindst tre gange inden for sidste måned. Til sammenligning havde kun 28% af dem, der aldrig havde prøvet hash, været fulde den sidste måned. Ligeledes var 47-48% af dem, som havde røget hash inden for det sidste år, daglige rygere, mens 10-12% af dem, som aldrig havde røget hash, var daglige rygere (Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse 2002).

Ser man særligt på samvariationen af brugen af de illegale stoffer, bekræftes i MULD-undersøgelsen, at der er en signifikant samvariation mellem at have brugt hash og have brugt et eller flere andre illegale stoffer. Til eksempel har 58% af de drenge, der har røget hash inden for sidste måned, prøvet et eller flere andre stoffer, mens kun 3% der ikke har røget hash inden for sidste måned, har prøvet et eller flere andre stoffer. For pigerne gælder, at 42% af dem, der har røget hash inden for sidste måned, også har prøvet et eller flere andre stoffer, mens kun 2% af dem der ikke har røget hash inden for sidste måned, har prøvet et eller flere andre stoffer (Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse 2004). De fleste af dem, der har prøvet hash nogensinde, har dog ikke prøvet andre stoffer.

”Lasternes sum” er således ikke konstant, da det langt hen af vejen er de samme unge, som udsætter sig for de forskellige sundhedsrisici.

### 2.4 Regionale høringer

Siden 2000 har embedslægeinstitutionerne på Sundhedsstyrelsens initiativ foretaget regionale høringer på landsplan for at samle større viden om forbrugs- og misbrugssituationen regionalt og lokalt.

Formålet med de regionale høringer er at indsamle indtryk af tendenser med hensyn til ændrede misbrugsmønstre, nye grupper af eksperimenterende unge samt eventuelle nye måder at indtage såkaldte ”velkendte” stoffer på. Høringerne er gennemført i perioden maj til september i år. Foreliggende sammenskrivning af resultater fra de regionale høringer i 2004 giver det generelle indtryk af misbrugssituationen på landsplan.

Fra de fleste amter rapporteres, at situationen er uændret i forhold til sidste år. Hash er stadig det mest udbredte illegale rusmiddel, og der ryges privat, til skolefester, udenfor og i forbindelse med fester i ungdomsklubber, samt på den offentlige arena, gader og stræder. Medarbejdere i ungdomsklubber rapporterer, at de i flere og flere tilfælde møder unge med hashrus, og at et jævnligt forbrug forekommer mere hyppigt end tidligere. Debuten ses primært blandt de unge i 8.-9. klasse.

Der rapporteres om en fortsat stigning i brugen af kokain, og visse steder meldes der om, at kokain synes at være det stof, som efter hash er blevet mest udbredt. Kokain synes at være stigende i sin udbredelse blandt andet på grund af, at det er blevet billigere. I de fleste steder i landet meldes om et mindre forbrug af ecstasy, eller også er problemerne med stoffet stagnerende. Kun enkelte steder rapporteres om en stadig stigning i udbredelsen af ecstasy. Amfetamin, ecstasy og kokain tages mest ”i byen” på diskoteker og til musikarrangementer.

Fra gademedarbejdere tæt på de unge menes behovet for at opnå selvværd og social accept samt en styrkelse af identitet, at være motiverende faktorer hos de unge til at tage stoffer. Hertil er de unges nysgerrighed samt beruselsens element til ”at få styr på tingene” motiverende faktorer. Brugen af stoffer er samtidigt blevet bredere accepteret i mange miljøer.

Brugen gemmes ikke af vejen, men er social acceptabel, også blandt de ikke-eksperimenterende. Man kan godt holde fest sammen, hvor nogle drikker, og andre tager stoffer/piller.

Der synes at være en ret stor geografisk spredning af stofferne, idet der ikke er stor forskel på, hvilke stoffer, der optræder i de forskellige amter. Således eksperimenteres der med hash, kokain, ecstasy, amfetamin og psilocybinsvampe i stort set alle amter landet over. Mindre geografisk udbredt er eksperimenter med heroin, lsd, snifning af opløsningsmidler og ligh-tergas, anabolske steroider, sedativer, tranquilizers, poppers samt chat. Fra et enkelt amt rapporteres om, at hostemedicin er introduceret som et beruselsesmiddel blandt de unge. Flere drenge end piger eksperimenterer med hash og andre stoffer.

På trods af at der generelt rapporteres om brug af stoffer på tværs af sociale skel og i bredere sammensatte grupper – herunder blandt ellers velfungerende unge i weekenderne, beskrives også en særlig udbredelse blandt de mest socialt utilpassede og marginaliserede unge. Blandt de utilpassede unge findes også unge med anden etnisk baggrund end dansk, som bruger hash og eksperimenterer med anabolske steroider og kokain.

Med hensyn til de kendte misbrugere er heroin kombineret med alkohol, hash og benzodiazepiner stadig det mest anvendte. Herudover rapporteres om en stigning i brugen af kokain blandt misbrugerne, hvor flere og flere injicerer stoffet. Herudover findes sidemisbrug af Rohypnol, svampe, amfetamin og illegal metadon. Blandt heroinmisbrugere meldes om et stadig øget brug af rygeheroin frem for hvid heroin. Stofferne synes mere og mere tilgængelige og lette at få fat i blandt de kendte stofmisbrugere.

## 2.5 Holdninger til stoffer og til stofbrugere

Flere undersøgelser melder om større accept af stofferne blandt de unge. Fra de regionale høringer meldes om en større accept af brug, og både tilgængeligheden og brugen af stofferne synes at være åbenlys. Den sociale accept af stofferne blandt de unge, blev allerede dokumenteret i den kvalitative undersøgelse, som konsulentbureauet Advice Analyse lavede for Sundhedsstyrelsen i slutningen af 90'erne. Holdningerne blandt de unge er, at de unge ”selv kan bestemme”.

I MULD-undersøgelsen 2003 blev medtaget enkelte holdningsspørgsmål til at afdække de unge 16-20-åriges attituder samt deres viden om skadevirkninger med stofferne. Til spørgsmålet om man er enig eller uenig i om man skal have lov at bruge hash, pot eller marihuana, svarer 1/3 af de unge, at det skal man have lov til, mens halvdelen mener, det ikke skal være lovligt. Knap 1/5 udtrykker hverken eller til spørgsmålet. Der er ingen væsentlige holdningsforskelle blandt piger og drenge hertil. Derimod er der blandt de unge en stærkere tilkendegivelse af, at man ikke skal have lov til at bruge stærkere stoffer. Over 90% af de unge mener ikke, man skal have lov til at bruge hverken kokain og heroin. Igen er der ingen markante holdningsforskelle mellem kønnene (Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse 2004). Der synes således at være en mere klar afstandstagen hos de unge til de hårde illegale stoffer, samtidig med at deres holdninger til hash er mere afslappet og liberal.

De unges viden om risiko ved brug af illegale stoffer er stor. Der er dog gradforskelle på, hvor farlige stofferne opfattes. 86% af de unge 16-20-årige mener, man risikerer at kunne skade sig selv, hvis man tager ecstasy blot en eller to gange (2/3 af disse mener, der er en stor risiko, mens 1/3 mener, der er nogen risiko). Hvad angår kokain gælder den samme opfattelse af faresignaler blandt 83% af de unge. 88% af de unge mener, at et jævnligt brug af hash, pot eller marihuana kan være forbundet med risiko. Dog er der blandt disse knap 60% der mener, det er forbundet med stor risiko at ryge hash jævnligt, mens knap 30% mener, det er nogen risiko.

Også de helt unge har viden om stoffernes farlighed. Blandt de 15-16 årige er det kun 1-2% der mener, at der ingen eller kun lille risiko er for at skade sig selv ved et jævnligt brug af de illegale stoffer. Selv et eksperimenterende brug opleves som farligt, og brugen af stoffer bare én eller to gange opleves som risikofyldt blandt 60-80% af de helt unge (Sabroe & Fonager 2004).

## 3 Forebyggelse

### 3.1 Overblik og sammendrag

Hovedmålsætningen for narkotikaforebyggelse i Danmark er at begrænse brugen af hash og andre illegale stoffer samt at tage højde for de problemer, som eventuelle brugere af illegale stoffer kan komme ud i. Væsentlige elementer i den forebyggende indsats er at sikre både at stofferne er svært tilgængelige og et højt oplysningsniveau med holdningsmæssige barrierer mod stofbrug.

Sundhedsstyrelsen har på det statslige plan ansvaret for den udførende forebyggelse, og skal blandt andet støtte og stimulere de lokale forebyggende aktiviteter. Herudover er det Sundhedsstyrelsens opgave via befolkningsrettet narkotikaoplysning, at sikre et høj vidensniveau hos unge, deres forældre og professionelle, der arbejder med børn og unge, og dermed understøtte en negativ holdning til narkotika. Endelig er Sundhedsstyrelsens indsats også rettet mod højrisikogrupper, hvilket indebærer støtte til professionelle der er i kontakt med højrisikogrupperne. Sundhedsstyrelsens indsats udvikles i høj grad i samarbejde med amternes Alkohol- og narkotikakonsulenter og embedslægerne, og omfatter modelprojekter, udvikling af oplysnings- og undervisningsmateriale om stoffer, internetsider, samt møder, kurser og seminarer for professionelle, frivillige og andre nøglepersoner, der arbejder med narkotikaproblemer.

I amterne og i kommunerne intensiveres stadig opbygning af netværksdannelse og samarbejde, for at forebyggelsen mere hensigtsmæssig kan nå ud til målgrupperne, og for at sikre koordinering og samarbejde mellem de lokale og regionale myndigheder. De amtslige alkohol- og narkotikakonsulenter tilbyder i vid udstrækning blandt andet undervisnings- og holdningsbearbejdende forløb for folkeskolernes 6-10 klasse, deres lærere og elevernes forældre, og udvikler og producerer oplysnings- og undervisningsmaterialer, som efterfølgende distribueres og bruges af de øvrige amter. Landets amter og flere kommuner er endvidere gået sammen om internetsiden [www.netstof.dk](http://www.netstof.dk), og som henvender sig til skoleelever i 8. og 9. klasse. I kommunerne varetages narkotikaforebyggelse særligt i det tværsektorielle samarbejde SSP, der har til formål at opfange signaler, modarbejde mistrivsel hos børn og unge, samt foreslå og iværksætte aktiviteter der blandt andet skal virke misbrugs- og kriminalitetsforebyggende.

### 3.2 Universel forebyggelse

Skolen opfattes som det vigtigste felt for narkotikaoplysning. Narkotikaoplysning indgår som en del af folkeskolens undervisning i det obligatoriske emne "Sundheds og seksualundervisning samt familiekundskab".

I formålsbeskrivelsen for sundhedsundervisningen lægges der vægt på:

- at eleverne får indsigt i de vilkår og værdier, der påvirker sundhed, seksualitet og familielever
- at eleverne får forståelse af seksualitet og familielivs betydning for sundhed og for spillet mellem sundhed og miljø
- at eleverne styrkes i deres personlige udvikling
- at eleverne udvikler forudsætninger for at tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed.

Der er ikke faste retningslinier for narkotikaundervisningens form, indhold og omfang. Oftest ligger undervisning i narkotika på 7. 9. klassetrin. Det er typisk op til den enkelte klasselærer at tilrettelægge undervisningen. Mange steder bidrager kommunens SSP-udvalg til narkotikaoplysningen i folkeskolen, ligesom folkeskolens rolle i det narkotikaoplysende arbejde støttes af staten og amterne.



### Nyt undervisningsmateriale til afprøvning - "Tackling, selvværd, sundhed og samvær"

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med forlaget Alinea taget initiativ til at få importeret, udviklet og afprøvet en dansk version af det amerikanske undervisningsmateriale "Life Skills Training". Amerikanske forskningsprojekter har vist, at materialet har en målbar effekt med hensyn til at nedsætte elevernes forbrug af rusmidler og tobak. Den danske version af materialet er tilpasset danske forhold, og evalueringen skal vise, om et sådant materiale også har målbar effekt i Danmark. Sundhedsstyrelsen samarbejder med Statens Institut for Folkesundhed om at lave en forskningsmæssig evaluering af materialets anvendelse i danske skoler. Herudover deltager forebyggelseskonsulenter fra 6 amter i en følgegruppe om projektet. Der deltager i alt 155 skoler i projektet, heraf er 80 skoler indsatskoler dvs. eleverne modtager undervisning i "Tackling" og 75 skoler er kontrolskoler. Der har været en tilmeldingsprocent på ca. 45%.

Formålet med undervisningsmaterialet er at styrke unges selvværd, sociale kompetencer og positive sundhedsadfærd mht. tobak, alkohol og narkotika. Målet er at forebygge brug af tobak og rusmidler, udsætte en eventuel debut, samt forebygge problebrug. Hensigten med materialet er, at det skal være dækkende for den samlede undervisning inden for disse emner.

Materialet lægger op til undervisning både på 7. klassetrin (ca. 15 timer), 8. klassetrin (ca. 10 timer) og 9. klassetrin (ca. 5 timer). Materialet lægger op til undervisning inden for det timeløse fag "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab" og varetages af klasselæreren uden inddragelse af eksterne eksperter eller gæstelærere. 7. klasse-materialet tager følgende emner op: identitet, at tage beslutninger, rygning, rygning og kroppens reaktioner, alkohol, hash, reklamer, vold i medierne, at tackle utryghed og nervøsitet, at tackle sin vrede, god kommunikation, at komme i kontakt med andre, at blive sikker på sig selv og at tackle konflikter.

Det grundlæggende pædagogiske princip i undervisningsmaterialet er, at det lægger op til en meget høj grad af elevaktivitet, bl.a. gennem elevdiskussioner, øvelser og hjemmeopgaver. Læreren rolle er især at være tilrettelægger, ordstyrer, formidler og vejleder.

Undervisningsmaterialet omfatter en detaljeret lærervejledning og et elev-hæfte til hvert klassetrin. Lærere, der deltager i afprøvningen, deltager også i et 3-timers introduktionskursus om materialet og undervisningsformen på Amtscentret for Undervisning i august/sep-tember 2004.

Undervisningsmaterialet bygger som nævnt på et amerikansk materiale, "Life Skills Training", der er udviklet over en længere årrække. Evalueringen skal vise, om et sådant materiale også har målbar effekt i Danmark.

### 3.3 Indsatser i lokalsamfundet

#### Regional og lokal indsats

Ifølge lov om offentlig sygesikring m.v. pålægges amter og kommuner at fremme den lokale forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Indsatsen vedr. narkotika varetages på amtsligt niveau af alkohol- og narkotikakonsulenter.

I november 2003 indgik Sundhedsstyrelsen og alkohol- og narkotikakonsulenterne (amter og flere større kommuner) en fokuseret samarbejdsaftale, som indeholder en ansvars- og rollefordeling i forhold til styrelsens strategier og amternes/kommunernes konkretiserede politikker og handlingsplaner i det forebyggende arbejde. Der samarbejdes løbende om konkrete indsatser, dokumentationsforløb og modeludviklinger og holdes der afholdes en række informationsmøder. Samarbejdsaftalen vil fremover blive taget op engang om året.



Nye erfaringer fra lokale og regionale projekter tyder på, at amternes etableringen af netværk på uddannelsesinstitutionerne, ungdomsklubber, restaurations-/festmiljøet er afgørende for, om de forebyggende indsatser når ud til målgruppen. Det der har kendetegnet disse netværk er, at de er organiseret i et samarbejde, der sikrer samspillet mellem amter og kommuner. Dette gælder ikke mindst for de ”nye” indsatsområder, som det kommercielle festmiljø og ungdomsuddannelserne, hvor der ikke har været tradition for forebyggelse. I dag har hovedparten af amterne etableret nøglepersonnetværk i samarbejde med kommunerne. Netværkene fungerer via lokale kontaktpersoner i SSP-regi - , men kan også inddrage andre gadeplansmedarbejdere og sundhedskoordinatorer. Et par amter har udover de kommunale netværk også etableret netværk på forvaltningsniveau. De fleste netværk bliver faciliteret af amternes alkohol- og narkotikakonsulenter, der står for opkvalifikationen af netværkene gennem nyhedsbreve, temadage, kurser og inspirationsmøder etc.

Udover amternes etablering af nøglepersonnetværk, har flere amter i de seneste år oprustet deres forebyggende indsats i grundskolen og på andre uddannelsesinstitutioner gennem oprettelse af ”rusmiddelkorps”, som typisk bestående af unge mellem 15 og 25 år, som efter en kort uddannelse besøger uddannelsesinstitutioner og formidler information og indgår i dialog med eleverne.

De amtslige alkohol- og narkotikakonsulenter tilbyder i vid udstrækning undervisnings- og holdningsbearbejdende forløb for folkeskolernes 6.-10. klasser, deres lærere og elevernes forældre. Endvidere sikres, at de amtslige centre for undervisning til stadighed har undervisningsmateriale og film m.m. liggende til at understøtte lærernes rusmiddelundervisning i folkeskolerne. Enkelte amter har alene eller i samarbejde med andre gået sammen om at udvikle og producere oplysnings- og undervisningsmaterialer, som efterfølgende distribueres og bruges af de øvrige amter. Endvidere er landets amter og flere kommuner gået sammen om internetsiden [www.netstof.dk](http://www.netstof.dk), som især henvender sig til skoleelever i 8. og 9. klasse.

### **Kampen mod narko ”Narkoen ud af byen”**

På baggrund af regeringens beslutning om at forstærke det fælles ansvar for stofmisbrug, blev der i oktober 2003 udformet en større handlingsplan mod narkotikamisbrug. Handlingsplanen ”Kampen mod narko” omfatter en række initiativer, der tilsammen skal fastholde og udbygge indsatsen over for narkotikamisbruget ved at hindre tilgangen af nye stofmisbrugere, hjælpe nuværende stofmisbrugere og sætte hårdt ind over for den narkotikarelaterede kriminalitet. Det største initiativ i denne handlingsplan er det 3-årige udviklingsprojekt ”Narkoen ud af byen”. Der er i satspuljeaftalen for 2004 og finanslov 2004 afsat 20,8 mio. DKK., heraf 15 mio. DKK til 14 modelkommuner, hvoraf 1 million går til en udviklingspulje til modelkommunerne.

Med henblik på fra statslig side at støtte og stimulere den lokale forebyggelsesindsats, tilbyder Sundhedsstyrelsen hver modelkommune et beløb på 1 mio. DKK. Projektet afsluttes den 30. april 2007.

Intentionen med modelkommuneprojektet er at opnå en effektiv forebyggelse af narkotikamisbruget ved at engagere alle lokale kræfter, bl.a. social- og sundhedsforvaltning, politi, forældre, grundskolen, ungdomsuddannelserne, foreningslivet, festmiljøet i et helhedsorienteret og forpligtigende samarbejde.

Projektets overordnede formål er at nedsætte tilgængeligheden af de illegale stoffer samt begrænse unges brug af stofferne og de problemer, der knytter sig hertil. Dette søges opnået gennem projektets delmål, som er at skabe et systematisk samarbejde mellem relevante aktører på unge- og narkoområdet i modelkommunerne og via dette samarbejde at etablere en målrettet, koordineret og tværfaglig indsats i hver af de 14 modelkommuner.

Det er de unge, der er i direkte fokus for den forebyggende indsats, men da det nære miljø spiller en væsentlig rolle for de unges holdninger og adfærd, er også forældrene og de voksne, der arbejder med unge, væsentlige målgrupper for den forebyggende indsats. Forebyggelsen skal både omfatte en indsats, der er generel og rettet mod alle unge, og en del, der retter sig mod børn og unge i særlig risiko, herunder truede unge og børn i misbrugsfamilier.

Det vil være forskelligt fra kommune til kommune, hvilke miljøer og sektorer, det er mest relevant at inddrage i den misbrugsforebyggende indsats. Under alle omstændigheder vil det for den enkelte kommune være relevant at overveje, om man kan forbedre den misbrugsforebyggende indsats inden for:

- grundskolen, herunder inddragelse af forældre
- ungdomsskoler, klubber og foreninger for unge
- ungdomsuddannelserne
- festmiljøer, herunder de kommercielle
- rådgivningstilbud til misbrugstruede unge og deres forældre
- opfølgende arbejde, tidlig indsats og behandling af misbrugsproblemer hos specifikke grupper af udsatte unge
- indsats over for børn i misbrugsfamilier
- udsatte lokale miljøer

Sundhedsstyrelsen har nedsat et projektsekretariat, som varetager den centrale projektledelse og koordinering i hele projektperioden. Sekretariatet består af 2 projektledere, som blandt andet har til opgave at oprette et erfaringsudvekslingsnetværk for kommunekoordinatorer, udvikle en kortlægningsmodel til brug i modelkommunerne, udvikle og gennemføre uddannelses tilbud til kommunekoordinatorerne, yde faglig og organisatorisk støtte til modelkommunerne, udarbejde materialer og vejledning til modelkommunerne samt forestå evaluering af projektet i samarbejde med en ekstern evaluatør.

Evaluering herunder kortlægning i kommunerne forudsætter, at de enkelte kommuner medvirker i og bidrager til evalueringen ved at stille data og erfaringer til rådighed.

Modelkommunernes overordnede opgave er at iværksætte en tværfaglig og helhedsorienteret forebyggelsesindsats og etablere et systematisk samarbejde mellem relevante lokale aktører på forebyggelsesområdet. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne ansætter en koordinator der skal:

- Medvirke i organisering af kortlægningen af narkotikasituationen i den pågældende kommune i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og ekstern evaluatør
- Udarbejde lokal projektbeskrivelse
- Deltage i Sundhedsstyrelsens koordinatoruddannelse og erfaringsudvekslingsnetværk for kommunekoordinatorer
- Udarbejde halvårlige statusrapporter, formidle relevante forebyggelsesmetoder, udarbejde mediedagbog samt opretholde en løbende dialog og mødeaktivitet med involverede aktører.

Det er centralt for den lokale indsats, at den er målrettet og systematisk såvel organisatorisk som fagligt.

### 3.4 Selektiv og indikeret forebyggelse

#### Festmiljøet

I takt med den stigende udbredelse af rusmidler og feststoffer i nattelivet har man både fra centralt og lokalt hold reageret med en række tiltag rettet imod at begrænse stoffernes tilgængelighed i festmiljøet og mindske de helbredsmæssige skader stofferne forvolder. Således har der i de seneste par år været en stigende interesse blandt lokale myndigheder i at få etableret et tættere samarbejde mellem aktører på området (kommune, det lokale politi og restauratører). Enkelte kommuner har en nedskrevet kommunal rusmiddelpolitik, hvori det lokale kommercielle festmiljø indgår som et centralt indsatsområde.

Som nævnt ovenfor er en af indsatsområder i projektet "Narkoen ud af byen" det kommercielle festmiljø. Udover dette projekt i 14 model-kommuner har hovedparten af danske amter har i 2004 implementeret forebyggende indsatser rettet mod det kommercielle festmiljø. Omfanget af indsatsen varierer fra en kursusrække for dørmænd til større lokale udviklingsprojekter, som inddrager restauratørforeninger, politi, bevillingsnævn, brandvæsen, told- og skattemyndigheder, etc. (se erfaringerne fra de 6 danske projekter målrettet festmiljøet i EDDRA databasen på: <http://eddra.emcdda.eu.int/>).

#### Roskilde Festival Against Drugs

Efter en positiv evaluering af Roskilde Festival Against Drugs i efteråret 2003, blev det besluttet at forsætte indsatsen i 2004 og yderligere styrke denne på baggrund af de opnåede erfaringer.

Roskilde Festival Against Drugs 2004 blev tilrettelagt ud fra de opnåede erfaringer fra 2003 (se i EDDRA databasen på <http://eddra.emcdda.eu.int/> (Roskilde Festival Against Drugs 2003)). Indsatsen i 2004 blev justeret med hensyn til valg af informationskanaler, og det blev planlagt at udvide indsatsen med en ung-til-ung rådgivningsstand/omsorgsområde, hvilket var en vigtig del af det oprindelige projektoplæg. Denne del var dog alligevel ikke mulig at gennemføre i 2004. Det skyldtes først og fremmest usikkerhed om de økonomiske forhold i forbindelse med gennemførelsen af tiltaget. Roskilde Festival Against Drugs 2004 var derfor som i 2003 baseret på en tydelig markering af Roskilde Festivals holdning mod stoffer ved brug af massemedievirkemidler, herunder storskærmsspot før alle koncerter på Roskilde Festivalens største scener, festivalprogrammet, postkort, t-shirts og festivalens hjemmeside. Som et nyt element blev der anvendt busreklamer på alle festivalbusser, der under hele festivalen kørte frem og tilbage mellem Roskilde Station og Roskilde Festival. Holdningsmarkeringen blev også i 2004 kombineret med budskaber, der opfordrer festivaldeltagerne til at tage stilling til brug af stoffer og diskutere dette med sine venner. Rationalet bag indsatsen var at skabe debat om brugen af stoffer i målgruppen. For at kvalificere debatten og sikre at denne forløb på et korrekt videnskabeligt grundlag, der kan understøtte de unge i ikke at bruge stoffer, kunne man under hele festivalen få udleveret faktisk information om stoffer.

Udover Roskilde festivalen har flere amter i 2004 gennemført rusmiddelforebyggende indsatser på lokale musikfestivaler. I Vejle Amt stod et netværk blandt andet af SSP-konsulenter, seksualoplydere, ungdomsskoler og frivillige bagved et arrangement med en forebyggelsesstand: "Pitstop" ved Jelling Festivalen. Standen fungerede som et åbent tilbud om en rådgivende "snak" til unge om blandt andet rusmidler.

## 4 Stofmisbrug

### 4.1 Overblik og sammendrag

Flere og flere søger behandling for deres stofmisbrug. Siden Sundhedsstyrelsen for første gang i 1996 registrerede stofmisbrugere der blev indskrevet i behandling, er antallet personer i behandling ca. tredoblet. Stigningen skal ses i lyset af en øget behandlingskapacitet og bedre tilrettelagte behandlingstilbud. Herudover må formodes at bestemmelsen om behandlingsgarantien pr. 1.1.2003 for stofmisbrugere, der søger behandling, har betydning, idet *anmodning* om behandling nu giver ret til social stofmisbrugsbehandling inden 14 dage. Endelig kommer, at der i perioden er sket en reel tilvækst i antallet af stofmisbrugere i Danmark, som formentlig medfører, at flere end tidligere opsøger behandlingssystemet for deres misbrug. I 2003 udarbejdede Sundhedsstyrelsen vha. capture-recapture metoden et skøn over det samlede antal af stofmisbrugere i Danmark. Beregningerne viste, at der i 2001 var 25.500 stofmisbrugere i Danmark, hvor der i 1996 var 20.500. Opgørelsen omfatter ikke det eksperimenterende stofmisbrug, men estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Skønnet omfatter såvel hashmisbrugere som misbrugere af centralstimulerende stoffer, opioider mfl. uanset indtagelsesmåde. Alene hashmisbrugere skønnes at omfatte 6000 personer ud af det samlede skøn over antal stofmisbrugere i Danmark.

Hvad angår stofmisbrugspopulationen, er andelen af den samlede population af stofmisbrugere, der søger behandling for deres heroinmisbrug, faldet de senere år. Derimod ses en stigning i antallet af stofmisbrugere, der søger behandling for hashmisbrug og centralstimulerende stoffer. Denne stigning er mere markant blandt stofmisbrugere, der søger behandling for første gang. Lidt under halvdelen (44%) af de "nye" stofmisbrugere, der søger behandling for deres misbrug, har hash som hovedstof for deres misbrug.

Dette kapitel omhandler de stofmisbrugere, der modtager behandling for deres misbrug. Oplysningerne baserer sig primært på Sundhedsstyrelsens Landsdækkende register over stofmisbrugere, der modtager eller har modtaget behandling. Registreringen omfatter de personer, som de amtslige/kommunale centre har visiteret til behandling for stofmisbrug. I 2003 blev der indskrevet 5.134 personer i behandling, hvilket betyder, at der i 2003 var i alt 12.317 personer i behandling for stofmisbrug.

### 4.2 Stofmisbrugere i behandling

På baggrund af oplysninger fra det Landsdækkende register over stofmisbrugere, der modtager eller har modtaget behandling, kan de personer, der søger hjælp for deres stofmisbrug samt deres misbrug beskrives. I registrets registreres alle former for behandlingsomfang dvs. både ambulante- og døgnbehandling samt, hvilken behandlingstype (metadon, stoffri etc.) klienten modtager. I tabel 4.2.1 vises nogle udvalgte karakteristika ved de klienter, der blev indskrevet i 2003.

**Tabel 4.2.1.**

Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2003

Antal klienter indskrevet i behandling i 2003	5134
Andel ikke behandlet tidligere (%)	34
Andel af mænd/kvinder (%)	77/23
Gennemsnitsalder mænd/kvinder (%)	31/32
Opioider som hovedstof (%)*	50
Hash som hovedstof (%)*	26
Centralstimulerende stoffer som hovedstof (%)*	11
Injektion hos tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	43
Injektion hos ikke tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	26
Lønindtægt (%)	10
Dagpenge (%)	8
Kontanthjælp (%)	56
Førtidspension (%)	13
Anden indtægt samt uoplyst (%)	13
Andel med selvstændig bolig (%)	52
Andel enlige mænd/kvinder (%)	78/66
Antal børn i hjemmet under 18 år	649
Antal børn uden for hjemmet under 18 år	571
Udenlandsk statsborgerskab (%)	5,2

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

\*Procent af dem, der opgiver et hovedstof.

I 2003 blev der på landsplan indskrevet 5.134 i behandling. Det er en stigning på 19% i forhold til de 4.310, der blev indskrevet i 2002. Det samlede antal stofmisbrugere, der har været i behandling i løbet af året, steg fra 2002 til 2003 med 13,8% til 12.317 personer. (I det samlede antal er medregnet personer, som har fortsat behandlingen fra 2002 ind i 2003).

34% af de indskrevne i 2003 havde ikke tidligere været i behandling for stofmisbrug. En særlig opgørelse og beskrivelse af disse ”nytilkomne” klienter vil blive behandlet særskilt senere i kapitlet.

### Misbrugets art

Heroin vedbliver at være det hyppigst anvendte stof blandt klienterne i behandling, men hash, metadon og benzodiazepiner anvendes også af mange. Langt de fleste stofmisbrugere, der søger behandling, bruger flere stoffer. 43% opgiver i 2003 at have brugt mere end ét stof før indskrivningen, hvilket betyder, at tæt på halvdelen af de indskrevne har et blandingsmisbrug, inden de kommer i behandling.

De centralstimulerende stoffer, der er i fokus i unges eksperimenterende brug af stoffer, optræder i ringe omfang som hovedstof for misbrugere i behandling. Kun 6% opgiver amfetamin, 3% opgiver kokain og 1% opgiver ecstasy<sup>3</sup> som hovedstof<sup>4</sup>, hvilket dog er en svag stigning i forhold til 2002. Disse stoffer bliver således hovedsageligt brugt som supplement.

Hash var hovedstof for 26% af de indskrevne, men det er et meget udbredt sidestof. 24% af de indskrevne i 2003 angiver at have hash som sidestof.

<sup>3</sup> Her opgjort som MDMA eller lignende.

<sup>4</sup> Procenterne er udregnet på basis af den del af behandlingspopulationen, som har angivet et hovedstof.

### Alder og kønsfordeling

I 2003 var der 77% mænd og 23% kvinder blandt stofmisbrugerne i behandling, hvilket stort set svarer til kønsfordelingen i de tidligere år. Gennemsnitsalderen ved indskrivningen var i 2003 hhv. 31 år for mænd og 32 år for kvinder.

### Sociale baggrundsvariable

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

En stor del af klienterne er på overførselsindkomster, kun 10% har tilknytning til arbejdsmarkedet, og over halvdelen er på dagpenge. Samlet har 29% en uddannelse ud over folkeskolen og 17% har forladt folkeskolen før afgangseksamen i 9. klasse. Det lave uddannelsesniveau skal ses i lyset af, at de fleste debuterer som stofmisbrugere i en ret ung alder, jf. ovenfor.

Også boligmæssigt er stofmisbrugerne dårligt stillede. Kun 52% har selvstændig bolig – hele 5% er egentlig boligløse.

Familiemæssigt levede en meget stor andel af såvel mandlige som kvindelige stofmisbrugere som enlige, hvad der er usædvanligt, når flertallet i gruppen var yngre voksne. I alt 649 børn boede sammen med en misbruger i behandling i 2003, mens 571 børn under 18 år var anbragt uden for hjemmet.

### Udenlandske statsborgere

En mindre del af stofmisbrugere i behandling er udenlandske statsborgere, i alt godt 5%. Andelen af klienter i behandling med fremmed nationalitet svarer nogenlunde til andelen med fremmed nationalitet i befolkningen som helhed.

### Nytilkomne i behandling

Det landsdækkende register over stofmisbrugere i behandling giver informationer om, hvorvidt klienterne tidligere har været indskrevet i behandling eller ej. Informationer om de nyindskrevne er særligt interessante, da denne gruppe afspejler den seneste udvikling mht., hvilke stoffer der bruges hvor, hvilke indtagelsesmåder, der dominerer i hvilke aldersgrupper etc. Med andre ord kan man følge nye tendenser over tid mht. misbruget og rekrutteringen hertil. Nedenfor i tabel 4.2.2 findes oplysninger om de nytilkomne.

Tabel 4.2.2.

Klienter indskrevet i behandling i året, og som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere 2002-2003

	2000	2001	2002	2003
Klienter der ikke er behandlet tidligere	1157 ud af 3920	1278 ud af 4079	1364 ud af 4310	1745 ud af 5134
	(27%)	(31%)	(32%)	(34%)
M/K (%)	77/23	76/24	78/22	76/24
Gennemsnitsalder M/K	28/28	28/27	28/29	28/28
Opioider som hoved-stof (%)*	54	38	35	28
Hash som hovedstof (%)*	30	33	39	44
Centralstimulerende stof som hovedstof (%)*	14	11	15	18
Injektion hos heroinmisbrugere (%)	35	25	23	25

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling i 2000, 2000, 2001 og 2003.

\* Procent af dem, der opgiver hovedstof.

Som det fremgår af tabel 4.2.2, havde 34% af de indskrevne klienter i 2003 ikke været i behandling tidligere. Ikke overraskende var gennemsnitsalderen væsentligt lavere blandt de nye end gennemsnitsalderen i behandlingspopulationen som helhed. I 2003 var kønsfordelingen blandt nye og gamle i behandling stort set den samme.

### Hovedstof og indtagelsesmåde

Der er en væsentlig større andel blandt de nytilkomne, der opgiver hash som hovedstof, sammenlignet med dem, der har været i behandling tidligere. Andelen, som opgiver hash som hovedstof blandt de nytilkomne er 44% i 2003. Dette er en stigning i forhold til de to foregående år.

Blandt de 1745 nytilkomne med oplyst hovedstof har kun 28% opioider som hovedstof, hvilket er et fald fra 2002, hvor 35% havde opioider som hovedstof. 18% opgiver at have et centralstimulerende hovedstof (i dette tilfælde amfetamin, kokain eller ecstasy), hvilket er en større andel end blandt behandlingspopulationen som helhed. Dette kunne tyde på, at de centralstimulerende stoffer vil vinde mere frem i behandlingspopulationen fremover, mens andelen af klienter med opioider som hovedstof vil være aftagende.

Hvad angår indtagelsesmåden for heroin blandt de to "klientgrupper" er der også forskel, da 25% af de ikke tidligere behandlede oplyser at injicere stoffet, mens 43% af de tidligere behandlede har injiceret heroin i 2003. Forskellen på indtagelsesmåden mellem de to klientgrupper kan skyldes en "kortere misbrugskarriere", dels at rygeheroinen de senere år har vundet mere frem.

## 4.3 Metadonbehandling og -ordination

Sundhedsstyrelsen har siden 1985 opgjort antallet af klienter i længerevarende metadonbehandling, dvs. længere end 5 mdr. I figur 4.3.1 ses udviklingen i antallet af stofmisbrugere under 50 år i substitutionsbehandling med metadon i december hvert år i perioden 1985 til 2003<sup>5</sup>. I denne opgørelse er ikke medtaget klienter i længerevarende metadonbehandling under Kriminalforsorgen samt klienter uden CPR. nr. i behandling<sup>6</sup>.

Der er en fortsat stigning i antal personer med længerevarende substitutionsbehandling, efter at amterne overtog ansvaret for ordination, udlevering og kontrol med metadon pr. 1.1.1996. I årene 1993 til 1995 lå antallet stabilt på ca. 3000 om året. Siden er antallet af personer med længerevarende substitutionsbehandling steget hvert år fra 3276 i 1996 til 5229 ved udgangen af 2003.

På baggrund af ordinationsregisterets opgørelse, oplysninger om antal personer i metadonbehandling i Kriminalforsorgen samt antal klienter i behandling uden CPR nr., skønnes der at være 5800 personer i substitutionsbehandling med metadon i 2003.

Indtil 1996 var metadonregistreringen alene baseret på recepter. Efter lovændringen i 1996 blev i statistikken også medregnet de personer, som fik udleveret metadon uden forudgående recept fra amternes behandlingssteder. Dette er medvirkende til den store stigning fra 1996 til 1997. Stigningen i antal personer i længerevarende substitutionsbehandling fra

<sup>5</sup> Ordinationsstatistikken indbefatter også ordination på andre indikatorer end stofmisbrug (fx. smertebehandling). Dog skønnes disse ordinationer at være af begrænset antal, når det gælder længerevarende ordination (mere end 5 måneder) til personer under 50 år.

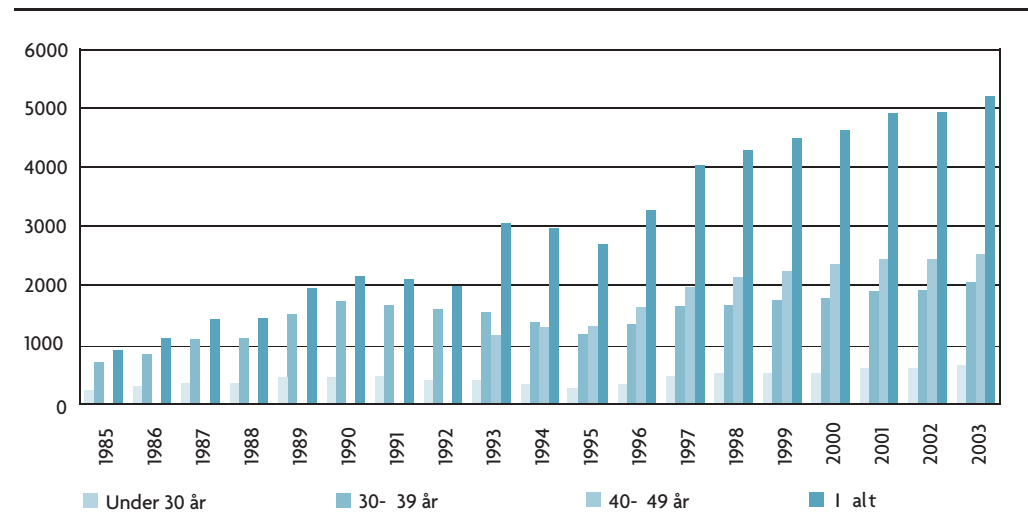
<sup>6</sup> I 2001 var der 351 i klienter i længerevarende metadonbehandling blandt de indsatte i danske fængsler og ca. 200 fik udleveret metadon på erstatningsnummer (dvs. uden CPR.nr.). Kriminalforsorgen og DataPharm har til Sundhedsstyrelsen oplyst, at tallet er det samme i 2003.



1996 indikerer endvidere ændringer af behandlingstilbud<sup>7</sup>. Foruden metadon anvendes buprenorfin i substitutionsbehandling. Antallet af personer i behandling med buprenorfin er i underkanten af 500 (Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling, 2003).

Figur 4.3.1

Personer i længerevarende metadonbehandling (mere end 5 måneder) 1985-2003



<sup>7</sup> Se eventuelt rapporten fra Embedslægeinstitutionen i Københavns Kommune om positive og negative effekter af, at amterne 1.1.1996 overtog ansvaret for ordination, udlevering og kontrol af metadon samt den sociale og den lægelige behandling (Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner 2001).



## 5 Stofrelateret behandling

### 5.1 Overblik og sammendrag

Dette kapitel beskriver de forskellige typer af behandling og resultater fra undersøgelser af de informationer som indrapporteres af døgninstitutioner tilsluttet DanRis (Dansk Registrerings- og Informations System). Endvidere omtales de foreløbige resultater fra en undersøgelse af, hvorvidt en udvidet psykosocial indsats knyttet til metadonbehandling kan have en større effekt på metadonmodtagernes livskvalitet, end den der ses i dag.

### 5.2 Behandlingssystemet

Ansvar for både den sociale og den medicinske narkotikabehandling er samlet i de amtslige misbrugscentre. Disse centre visiterer til alle former for stofmisbrugsbehandling, uanset om der er tale om nedtrapning, ambulante behandling, substitutionsbehandling, døgnbehandling, og uanset om behandlingen foregår i amtets egne institutioner eller på privat institution.

Der er som regel tale om en ambulante behandling, som kan suppleres med døgnbehandling hvor der er behov for miljøskift og/eller en mere intensiv indsats. Behandlingen kan være medikamentel understøttet, og bør altid være ledsaget af psykosocial rådgivning med udgangspunkt i en sociale handleplan. Den omsorgs- og fællesskabsorienterede indsats, der især retter sig mod de mest belastede stofmisbrugere finder i stigende grad sted gennem væresteder.

Som en del af behandlingen foretages afgiftningen gratis af private og offentlige institutioner og behandlingssteder hhv. ved indledning til stoffri behandling for stofmisbrug eller ved indsættelse i fængsler.

Nedtrapning foretages både som ambulante behandling og som døgnbehandling. Begge behandlinger foregår som hovedregel efter henvendelse til et amtsligt rådgivningscenter, hvor der visiteres til samtaler med forskellige behandlere. Ved de ambulante behandlinger kan der f.eks. være tale om samtaler en gang ugentligt samtidigt med en nedtrapning og opfølgende støttesamtaler. De ambulante tilbud kan følges op af en døgnbehandling.

Nedtrapning kan også finde sted i forbindelse med start på et døgnbehandlingstilbud, hvor målet er stoffrihed. Disse institutionsophold kan være på private institutioner, men udgiften betales af det offentlige, hvis visitationen er sket gennem et amtsligt misbrugscenter.

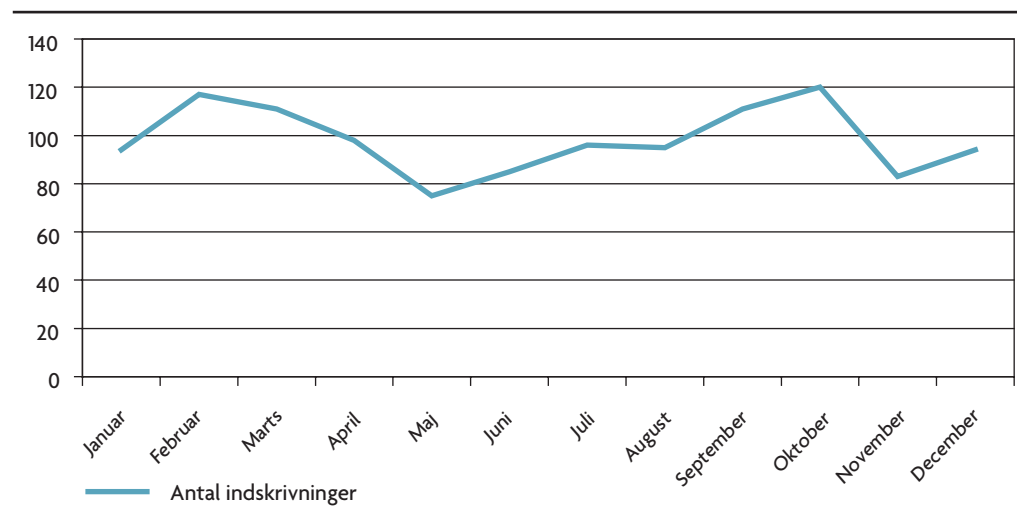
Langt hovedparten af døgnbehandlingstilbuddene til stofmisbrugere er rettet mod stofmisbrug med tæt sammenhæng med sociale problemer.

### 5.3 Døgnbehandling

Der findes i dag ca. 40 egentlige døgninstitutioner. Når tallet er lidt upræcist skyldes det, at der løbende såvel etableres som afvikles institutioner. I 2003 indleverede 34 af disse institutioner oplysninger om dage i behandling pr. klient, gennemførelse, og en række andre oplysninger – herunder oplysninger om klienternes belastning målt med EuropASI (European Addiction Severity Index) – til DanRis (Dansk Registrerings- og Informations System). Af disse var 4 institutioner offentligt finansierede, mens de resterende institutioner var selvejende institutioner eller fondsejede. 31 institutioner havde stoffri behandling som hovedtilbud, mens enkelte institutioner har omsorg/og eller stabilisering (herunder metadon-stabilisering) som deres hovedtilbud.

I figur 5.3.1 ses antal indskrivninger pr. måned på de 34 døgninstitutioner.

Figur 5.3.1  
Døgnstatistik 2003



Kilde: Center for Rusmiddelforskning 2004

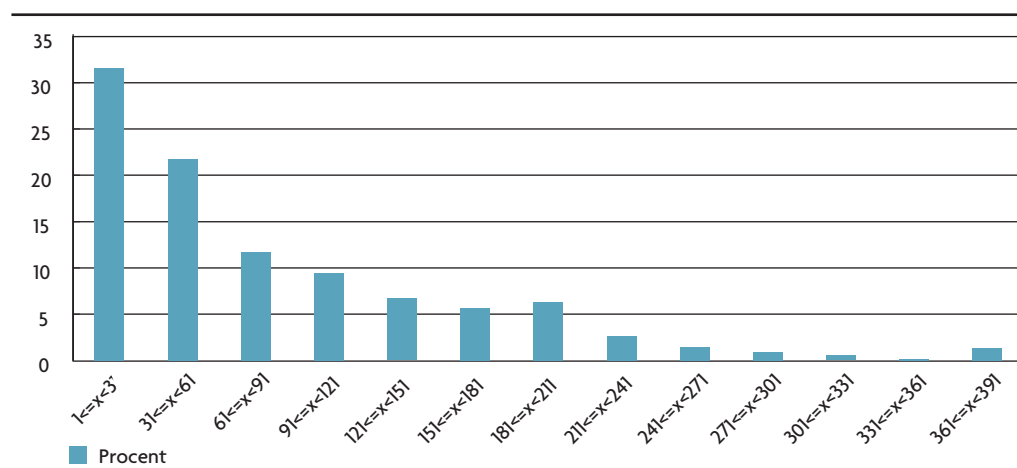
I 2003 blev 1179 forskellige personer registreret som indskrevet i døgnbehandling på de 34 døgninstitutioner (i ovenstående figur er det antal indskrivninger). Hvor dækkende opgørelsen er for antal indskrivninger kontrolleres i øjeblikket, men noget tyder på, at det virkelige tal placerer sig mellem 13-1400. Med døgnbehandling menes der her en behandling, der strækker sig ud over afgiftningsperioden, og hvor personerne opholder sig i en døgnbehandlinginstitution. Som det ses, blev der i 2003 hver måned indskrevet mellem 75 og 120. De mest aktive måneder er februar, marts og september, oktober.

Af de 1179 havde 862 afsluttet forløbet i vinteren/foråret 2004 (oplysninger indleveret februar - maj). Af disse 862 havde 36% gennemført. Først sidst i 2004 vil det være muligt at sige, hvor mange af de 1179 der gennemførte behandlingen. Det bliver antageligt noget højere (antageligt mellem 40-43%).

I figur 5.3.2. ses antal dage i behandling på de 34 institutioner for de 862 som havde afsluttet behandlingsforløbet.

Figur 5.3.2.

Dage i behandling, i procent. Eks: 32% har været indskrevet i mindre end 30 dage



Kilde: Center for Rusmiddelforskning 2004

I figuren ses det, at 32% er indskrevet i mindre end 31 dage. Ca. 2/3 er indskrevet i mindre end 91 dage. Af de der var indskrevet i mindre end 31 dage afbrød 85% forløbet. Af de der var indskrevet i mindre end 91 dage afbrød 79% før end planlagt. Af de der var indskrevet i mere end 90 dage gennemførte 67%.

I DanRIS registreres forskellige grupper i behandling, bl.a. hvor de kommer fra (fra fængsel, somatisk hospital, psykiatrisk hospital og fra forberedende behandling), og om behandlingen er alternativ til frihedsstraf, og om der er tale om gravide kvinder. I tabel 5.3.1 kan det ses af 79 af de 1179 kom direkte fra fængslet, og for 94 var behandlingen alternativ til frihedsstraf (53% af disse kom direkte fra fængsel). Disse er beskrevet andet sted. 15 kom direkte fra somatisk hospital. Disse var i signifikant grad overrepræsenteret af kvinder. Fordi gruppen er så lille, er der ikke flere signifikante forskelle i forhold til andre i døgnbehandling, men de synes betydeligt mere fysisk, psykisk og familiemæssigt belastede og de er samtidig betydeligt mere belastede på alkohol og mindre belastede på kriminalitet.

**Tabel 5.3.1.**

Forskellige grupper i døgnbehandling

	Fra fængsel n – 79	Alternativ §78 n – 94	Fra somatisk n – 15	Fra psykiatrisk n = 35	Fra forberedelse n = 304	Gravide n= 9
Alder	*29,7	29,2	33,7	31,6	*31,1	29,4
Kvinder	*16,0%	13%	*47%	34%	23%	*100%
Gennemført	30,2%	31,3%	30,8%	25%	34,9%	50%
Belastning:						
Stoffer	*0,37	*0,41	0,37	0,43	*0,50	0,39
Alkohol	0,16	*0,14	0,33	0,29	0,21	0,10
Kriminalitet	*0,36	*0,42	0,19	0,29	0,27	0,30
Økonomi	0,87	0,89	0,83	0,81	0,89	0,94
Familie	0,31	0,34	0,43	*0,48	0,40	0,46
Netværk (andel)	0,30	0,33	0,34	*0,43	*0,37	0,39
Psykisk	*0,39	*0,42	0,53	*0,62	0,49	0,54
Fysisk	0,34	0,30	0,52	*0,51	0,36	0,25

\* signifikant forskel fra andre i døgnbehandling. I belastningsscore er 1=maksimal belastning og 0=mindste belastning

De der kom fra psykiatrisk hospital (n=35) var ikke overraskende signifikant mere psykisk belastede, men også mere fysisk og social belastede generelt. Kun 25% af dem gennemførte forløbet. Overraskende er det, at de der kom fra forberedende behandling ikke klarede sig bedre end andre. De var dog også mere belastede på stoffer og på andet netværk end andre. Der behøves her en analyse af, hvad denne forberedende behandling går ud på. Gravide kvinder er fortsat en meget lille kategori i stoffri behandling. I 2003 blev 9 registreret som værende i stoffri døgnbehandling. Disse 9 havde store sociale og psykiske problemer, men alligevel har halvdelen gennemført behandlingen (halvdelen af 6 – de øvrige var fortsat i døgnbehandling ved opførelsen i april måned).

Af de ovenstående 34 døgninstitutioner var program/metodeorienteringen følgende: 7 Minnesota-institutioner (12 trinsbehandling), 22 socialpædagogisk orienterede institutioner (heraf 3 også kristne), 2 hierarkisk terapeutiske samfund (Phoenix House), 2 omsorgsinstitutioner (metadonstabilisering) og 1 narconon. Tendensen er i øjeblikket, at de nye institutioner, der etableres, ikke definerer sig som Minnesota-institutioner. Derudover opgiver flere tidligere Minnesota-institutioner ordet Minnesota eller 12-trin i deres beskrivelser af dem selv. Der er derfor umiddelbart kommet færre Minnesota-institutioner i Danmark, end der var for blot få år siden. En del af institutionerne tilbyder korterevarende tilbagefaldsbehand-

linger, og to af de socialpædagogiske institutioner er særligt orienteret mod familiebehandling.

#### 5.4 Ambulant stoffri behandling

Man kan skelne mellem følgende ambulante stoffri tilbud: a) Ambulant stoffri behandling som må betragtes som stoffri efterbehandling for stofmisbrugere, som har været i døgnbehandling, b) ambulat stoffri behandling som retter sig mod en lidt yngre og almindeligvis en endnu ikke så belastet gruppe af stofmisbrugere c) ambulat stoffri nærbehandling med hvilket der menes en kombination af ren ambulat stoffri behandling og et særligt lokalt bofællesskab, som tilbydes en mindre gruppe i samme stoffri behandling (Sørensen 2003).

Ved opgørelse af hvor mange der er stoffri et år efter afsluttet stoffri behandling, findes der ikke store forskelle mellem døgn og ambulat stoffri behandling. Effekten synes i højere grad at kunne knyttes til behandlingsprojekternes organisering, sammenhæng og professionelle gennemførelse, end på spørgsmål om behandlingen finder sted ambulat eller i døgn. Således fandt man i en undersøgelse af 67 heroin-afhængige i ambulat stoffri nærbehandling, at 25% fortsat var stoffri ét år efter behandlingens afslutning. Gruppen var på de væsentligste områder sammenlignelig med heroin-afhængige i traditionel dansk stoffri døgnbehandling og andelen af stoffri er heller ikke forskellige fra det, som er fundet i flere danske opfølgingsundersøgelser af heroin-afhængige i døgnbehandling.

Der er dog også eksempler på et ambulat stoffri projekt, hvor det var 10-15%, som fortsat var stoffri eet år efter afsluttet behandling på trods af, at gruppen var relativt sammenlignelig med anden stoffri døgnbehandling.

#### 5.5 Substitutionsbehandling og den ambulante psykosociale indsats

Som nævnt andre steder i rapporten, benyttes primært metadon som substitutionsstof i Danmark. Den ambulante psykosociale indsats, der skal belyses her, er den indsats, der foregår i tilknytning til substitutionsbehandlingen.

Formålet med substitutionsbehandlingen og den dertil knyttede psykosociale indsats er den samme som den stoffri behandling: et forbedret funktionsniveau, en øget livskvalitet og social integration. Som ved behandlingen generelt har substitutionsbehandlingen også et klart skadesreducerende sigte.

##### Metadonprojektet

I øjeblikket gennemføres der i Danmark en undersøgelse af, hvorvidt en udvidet psykosocial indsats knyttet til metadon-behandling kunne have en større effekt på metadon-modtagernes livskvalitet, end den der ses i dag. Den udvidede psykosociale indsats adskiller sig fra standardindsatsen på følgende områder ved:

- at der er 7-8 metadon-modtagere knyttet til hver behandler, mod 20-40 i den standard psykosociale indsats. Dette skulle betyde mere direkte kontakt til behandlere/rådgivere, end det vi ser i dag.
- at alle projekterne har tilknyttet fast kontaktperson.
- at der knyttes fysiske rammer (værestedslignende) til projekterne med forskellige rekreative faciliteter, som er tilgængelige hver dag, ofte i flere timer om dagen. Dette adskiller sig også fra standard-tilbudet.
- at metadon-udleveringen er mere fleksibel. Generelt er det formålet, at metadon-dosis, -indtagelsesform og -udlevering skal fylde så lidt i dagligdagen som muligt. Nogle har således valgt mellem at få udleveret metadonen som injektion, tabletter eller mixtur. Andre steder kan man spare op til en større weekend dosis mm.

- at det er planlagt at lægge betydeligt mere vægt på handleplaner, monitorering og brugerinvolvering, end man almindeligvis ser og
- at der endeligt i flere af projekterne er betydeligt mere fokus på beskæftigelse.

Der blev konstrueret to opfølgingsgrupper, henholdsvis a) en standard-gruppe bestående af 221 metadon-modtagere, hvor tilbudet udover metadon har været samtaler med rådgiver efter behov (ofte én til to gange om måneden), men derudover ingen af de ovenstående tilbud og b) en udvidet gruppe bestående af 92 metadon-modtagere, som alle har fået tilbudt det udvidede psykosociale program. De to grupper er helt sammenlignelige på stort set alle områder, herunder alders- og kønsfordeling, uddannelse, bolig og forsørgelsesforhold og belastning på 7 af 8 områder målt med European Addiction Severity Index. Kun på alkoholfaktoren er den udvidede gruppe mere belastet end standardgruppen – men kun i moderat grad.

Der er blevet identificeret tre hovedgrupper af metadonmodtagere. Først og fremmest er det de meget **svært belastede**, som er en gruppe af ældre svært psykisk, fysisk og socialt belastede stofmisbrugere, der for langt de flestes vedkommende modtager førtidspension og har stabile boligforhold. Forsørgelsesgrundlag og boligforhold er for denne gruppe ikke relevante effektmål. De primære problemer for denne gruppe er fysiske, psykiske og sociale problemer, som ofte kan betragtes som primære for misbrugs-problematikken. Sidemisbrug forefindes, men er i omfang relativt begrænset. Det er en gruppe som er svær at etablere kontakt med, og hvor første fase ofte er centreret omkring etablering og en rimelig fastholdelse af kontakt.

**Metadon-vedligeholdelses** gruppen, som består af de lidt ældre (omkring 40 år) metadon-modtagere, hvor mere end halvdelen får førtidspension, og som har relativt stabile boligforhold. Denne gruppe har såvel fysiske, psykiske som sociale problemer, som i ret så udpræget grad må knyttes til deres forbrug af rusmidler. Dette adskiller dem fra de svært belastede. Det er den gruppe, som det umiddelbart er nemmest at fastholde kontakten til, fordi de ikke mere kan holde til "livet på gaden". Men det er også en mere passiv og måske "institutionaliseret" gruppe end den næste gruppe 3.

**De "yngre" metadon-modtagere**, som består af metadon-modtagere der i gennemsnit er 34-36 år. Flere har ustabile boligforhold, flere er på kontanthjælp, og flere har én eller anden om end ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er gruppen med det største forbrug af illegale stoffer, og som derfor også er mest kriminelle. Den fysiske og psykiske belastning er endnu relativt begrænset. Det er en gruppe, hvor man kan forvente at fokus på såvel sidemisbrug, beskæftigelse/arbejde, udvikling af kompetencer og reduktion af sociale problemer kunne være forebyggende i forhold til at ende i de to første kategorier. Det er en gruppe det kan være vanskeligt at fastholde kontakten til, bl.a. fordi de er vanskelige at motivere for behandling fordi de endnu kan klare "livet på gaden".

Hvilke effektmål og hvilke indsatser, der er relevante afhænger bl.a. af, hvilke af ovenstående tre kategorier vi taler om. Der vil utvivlsomt også kunne identificeres forskellige motiver for at være i behandling for de tre grupper. Dette undersøges også i projektet. Der findes generelt en ligelig fordeling af disse tre metadon-modtager kategorier i standard og udvidet gruppen. Til gengæld kan man se stærke interne variationer i såvel udvidet som standard gruppen. Den udvidede gruppe består således af fire adskilte projekter, som er ret så forskellige. Interessant er det, at de forskellige projekter helt automatisk – og nærmest intuitivt – har valgt at fokusere på indsatsstrategier, der matcher deres brugere. De der har flest af de sværest belastede har således fokus rettet mod tillid og kontakt. De der har mange fra vedligeholdelsesgruppen har fokus rettet mod stabilisering og sociale færdigheder. Endelig har de, der har mange fra den yngre gruppe af metadon-brugere i højere grad fokus rettet mod integration og normalisering.

## 5.6 Indsatsen over for børn og unge med misbrugsproblemer

Amtsrådsforeningen udgav i marts 2004 rapporten om ”Status for indsatsen over for børn og unge med misbrugsproblemer”.

Rapporten indeholder en status, der viser, at amterne leverer en god og dækkende indsats overfor børn og unge med misbrugsproblemer. Alle amter tager i deres organisering af opgavens løsning hensyn til de tre målgrupper, rapporten skildrer, og stiller på de væsentlige dele i opgaveløsningen samme tilbudstyper til rådighed. Den konkrete vægtning afspejler de lokale forhold.

Arbejdsgruppen bag rapporten anbefaler blandt andet, at der i fremtiden kun er ét kontaktpunkt til behandlingssystemet, at tilbuddene til børn og unge med misbrugsproblemer indrettes fleksibelt og i tilknytning til et ungemiljø, og at eksisterende dag- og døgntilbud til børn og unge bliver bedre til at håndtere misbrugsproblemer. Der kan i øvrigt henvises til den samlede rapport ”Status for indsatsen over for børn og unge med misbrugsproblemer”, som findes på Amtsrådsforeningens hjemmeside [www.arf.dk](http://www.arf.dk).

## 6 Sundhedsmæssige konsekvenser ved stofmisbrug

### 6.1 Overblik og sammendrag

En række sundhedsmæssige problemer og konsekvenser kommer i kølevandet på stofmisbrug. Stofmisbrugere har en stærkt forhøjet dødelighed på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis. Stofmisbrugerne er herudover en marginaliseret gruppe boligmæssigt, socialt og økonomisk, hvilket alt andet lige herudover også påvirker den generelle sundhedstilstand.

Der er lavet nye undersøgelser, der kortlægger forskellige sundhedsmæssige problemer som følge af stofbrug. Dels er afsluttet en særlig undersøgelse af dødeligheden blandt stofmisbrugere, der er løsladt fra fængslerne, hvor resultater viser, at disse stofmisbrugere har en særlig høj dødelighed kort tid efter løsladelsen. En særlig undersøgelse af dødeligheden blandt stofmisbrugere generelt viser den positive tendens, at gennemsnitsalderen ved død er steget med 7 år de seneste 6 år og er nu knap 42 år. Den stigende gennemsnitsalder ved død afspejler, at stofmisbrugspopulationen generelt er blevet ældre. Herudover er der udarbejdet en kortlægning over graviditeter og aborter hos kvindelige stofmisbrugere, hvor hyppigheden af spontane aborter og dødeligheden hos de levendefødte børn er markant højere end hos befolkningen i øvrigt.

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 det er tale om en minimumsopgørelse. Opgørelsen dokumenterer imidlertid et ikke ubetydeligt omfang personer, der årligt registreres med en forgiftning af illegale stoffer, og antallet har været svagt stigende de seneste fire år. Især hallucinogener og de centralstimulerende stoffer er forgiftningsårsag blandt de helt unge, mens opioider, herunder heroin og metadon, er forgiftningsårsag blandt de lidt ældre.

### 6.2 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere

Rigspolitiet har registreret narkotikarelaterede dødsfald siden 1970. Registeret omfatter dødsfald, hvor der er sket indberetning til politiet om dødsfaldet med henblik på medikolegalt ligsyn. Det drejer sig f.eks. om dødfundne, pludselig uventede døde, ulykker, drab og selvmord. Dødsfald forårsaget af forgiftning og dødsfald som følge af ulykke, hvor den pågældende havde indtaget narkotika, vil således blive indberettet til politiet.

Parallelt med politiets register findes der oplysninger om narkotikarelaterede dødsfald i en opgørelse fra Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister. I opgørelsen findes dødsfald, som er defineret som narkotikarelaterede dødsfald også ud fra fælleseuropæiske kriterier. På grund af ønsket om sammenlignelighed landene imellem, har man været restriktiv med hensyn til de diagnosegrupper, som indgår i udtræksproceduren.

Forskellene mellem tallene i de to opgørelser skyldes både forskelle i dødsfaldspopulationer og forskelle i definition af et narkotikarelateret dødsfald. Eksempelvis findes i politiets register kun dødsfald, hvor der er foretaget medikolegalt ligsyn, hvorimod dødsfald generelt i Danmark registreres i Sundhedsstyrelsens dødsårsagsregister.

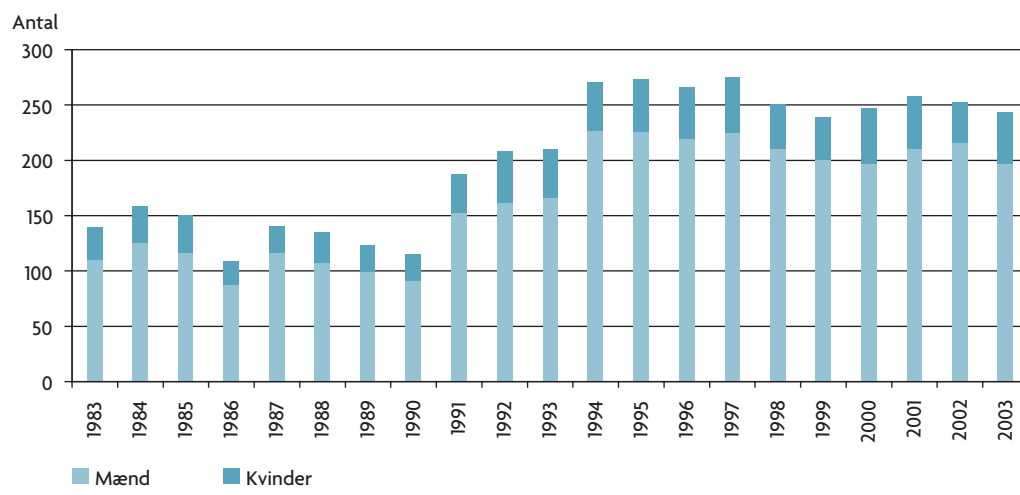
#### Rigspolitiets register

Rigspolitiets dødsfaldsstatistik (figur 6.2.1) viser en svagt faldende tendens i slutningen af 80'erne og et markant højere niveau i 90'erne. I 2003 blev der registreret 245 narkotikadødsfald, hvoraf 80% af disse var mænd (197) og 20% af disse var kvinder (48) kvinder. Sammenlignet med 2002 er det tale om et lille fald, idet der i 2002 blev registreret 252 narkotikarelaterede dødsfald.

Figur 6.2.2.



## Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på køn, 1983-2003



Kilde: Politiets Narkotikastatistik 2003

Ud af de 245 dødsfald i 2003 skyldtes 81% (198) af disse forgiftninger med et eller flere stoffer. 30% (60 ud af 198) skyldtes forgiftning med heroin/morfin eller heroin/morfin i kombination med et andet stof (37 med heroin alene, 10 med heroin + alkohol, 8 med heroin + andet, og 2 med heroin + kokain), mens 49% (97 ud af 198) skyldtes forgiftning med metadon eller metadon i kombination med et andet stof (64 med metadon alene, 29 med metadon + andet, 4 med metadon + ketogan). 6 dødsfald skyldtes forgiftning med enten kokain eller amfetamin.

De narkotikarelaterede dødsfald der ikke skyldes forgiftninger (47 ud af de 245), skyldes i hovedtræk vold og ulykker samt sygdomme.

Indtil sidst i 80'erne forekom hovedparten af dødsfaldene blandt personer boende i København, men siden begyndelsen af 1990'erne har billedet vendt sig. Af de 245 dødsfald i 2003, forekom 113, 99 og 33 af dødsfaldene henholdsvis på Sjælland, Jylland og på Fyn, hvilket ikke er en væsentlig anderledes geografisk fordeling end tidligere år.

Gennemsnitsalderen ved død er steget i perioden. I 1993 var gennemsnitsalderen ved disse dødsfald 33 år, mens den i 2003 var steget til 38 år. Gennemsnitsalderen ved død for mænd og kvinder er den samme.

### Sundhedsstyrelsens opgørelse

I Sundhedsstyrelsens opgørelse medtages dødsfald som følge af skadelig brug af stoffer, afhængighed og stofpsykoser samt dødsfald som følge af forgiftning (selvmord såvel som ved uheld)<sup>8</sup>.

I 2000<sup>9</sup> blev der registreret 240 dødsfald, hvilket er en lille stigning fra 1999, hvor der var 217 dødsfald. Mænd står for de 73% (175). Figur 6.2.3, som afbilleder udviklingen gennem 1990'erne, viser først en svagt stigende tendens, hvorefter den synes at være faldende i slutningen af årtiet. Det store udsving i 1994 er kunstigt skabt og skyldes en midlertidig justering af kodningspraksis.

<sup>8</sup> Frem til 1994 blev der anvendt ICD8 koder. Fra og med 1994 er der anvendt ICD10 koder.

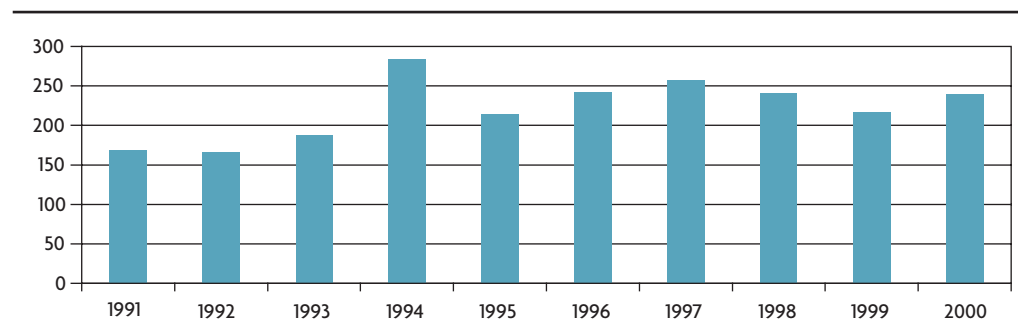
<sup>9</sup> Data fra 2001 og frem foreligger ikke på nuværende tidspunkt.



I Sundhedsstyrelsens opgørelse over narkotikarelaterede dødsfald var gennemsnitsalderen ved dødsfald for kvinder 45,8 år og for mænd 39,5 år i 2000, hvilket samlet giver en gennemsnitsalder på 41,2 år.

Figur 6.2.3.

Narkotikarelaterede dødsfald 1991-2000



Kilde: Sundhedsstyrelsens dødsårsagsregister

Den europæiske definition af narkotikarelaterede dødsfald brugt i opgørelsen fra Sundhedsstyrelsens dødsårsagsregister, indeholder ikke dødsfald som følge af trafikulykker eller andre uheld, som skyldes, at den afdøde har været påvirket i uheldsøjeblikket. Disse dødsfald er derimod medtaget i politiets register.

#### Undersøgelse af stofmisbrugsdødsfald og tabte leveår

Sundhedsstyrelsen har i 2004 foretaget en undersøgelse af dødsårsager blandt stofmisbrugere, der er kendt af behandlingssystemet 1996 – 2002<sup>10</sup>. Undersøgelsen baserer sig henholdsvis på det Landsdækkende register over stofmisbrugere, der modtager eller har modtaget behandling, Dødsårsagsregistret samt det Centrale Person Register (CPR).

De dødsfald, som man i EMCDDA har defineret som narkotikarelaterede dødsfald, udgør ca. 50% af dødsfaldene blandt stofmisbrugere i perioden 1996 – 2000. Af de 363 narkotikarelaterede dødsfald udgør forgiftningsulykker eller forgiftninger med uspecificeret hensigt 83% af dødsfaldene (300). Andre opiater end metadon ligger til grund for 53% af forgiftningsdødsfaldene (158). 835 personer, der ikke har været i stofmisbrugsbehandling er i samme periode kategoriseret død som følge af et narkotikarelateret dødsfald. Blandt de resterende 365 dødsfald udgør ulykker, vold, forsætlig tilføjet skade samt skadelige hændelser mere end 40% af dødsfaldene.

Den gennemsnitlige alder ved død for stofmisbrugere er steget fra 34,8 år i 1996 til 41,9 år i 2002 og betyder, at stofmisbrugerspopulationen er blevet ældre. Selv om gennemsnitsalderen er steget med 7 år i perioden, dør stofmisbrugere stadig i en meget ung alder sammenlignet med resten af befolkningen. Den gennemsnitlige levealder beregnet som alder ved død, er i befolkningen steget fra 74,2 til 75,6 i samme periode. Udfra de ovenfor angivne gennemsnitsaldrer ved død er det beregnet, at antallet af tabte leveår som følge af stofmisbrug er 40.745.

Årsagerne til den stigende gennemsnitsalder ved død blandt stofmisbrugere kan skyldes den øgede behandlingskapacitet, og at flere stofmisbrugere er kommet ind i et længerevarende behandlingsforløb. Hertil kommer, at tilgangen til injektionsmisbruget blandt de unge er

10 Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. 2004:14. Dødsfald blandt stofmisbrugere 1996-2002

mindre. Rygeheroinens indtog nedsætter injektionsmisbruget og dermed risikoen for forgiftninger og smitteoverførte sygdomme og infektioner. Endelig ses en nedgang blandt stofmisbrugere i behandlingssystemet, der deler sprøjter og kanyler, hvilket i sig selv er skareducerende i forhold til infektioner blandt stofmisbrugere

### Stofmisbrugeres dødelighed efter løsladelse fra fængsel

I 2002 blev der gennemført et registerforskningsprojekt om dødelighed blandt stofmisbrugere i perioden efter løsladelse fra fængsel<sup>11</sup>. Speciallæge, Ph.d. Peer Brehm Christensen, Odense Universitetshospital, har stået for undersøgelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Formålet har været at undersøge, om der for stofmisbrugere i behandling er en overdødelighed i perioden umiddelbart efter løsladelsen. Undersøgelsen er gennemført ved at sammenkøre Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling, politiets register over narkotikarelaterede dødsfald og Rigspolitiets kriminalregister.

Der blev således lavet en kohorte af stofbrugere identificeret fra disse tre registre i perioden 1996-2001. Fra kriminalregistre, blev alle fængslinger af mere end syv dages varighed udtrukket. Blandt de 16.753 stofmisbrugere i kohorten var dødeligheden 11,2% (1868). Af disse skyldtes 59,9% (1118) af dødsfaldene en overdosis. Dødeligheden i behandlingskohorten alene var 2,38/100 personår sammenlignet med en forventet dødelighed på 0,20/100 personår i befolkningen justeret for køn og alder. Inden for to uger efter sidste løsladelse var dødeligheden 30/100 personår, mere end 10 gange højere end gennemsnittet. Overdosisdødsfald udgjorde 89%, og dødeligheden var højest blandt unge og injektionsmisbrugere.

Resultaterne viser, at stofmisbrugere i de første uger efter løsladelse fra fængsel, havde betydelig større risiko for at dø end andre stofmisbrugere. En medvirkende årsag hertil kan være, at stofmisbrugernes tolerance over stoffer mindskes under deres fængselsophold. Efter løsladelse vil misbrugere ofte indtage den samme mængde stof som før indsættelse, hvilket resulterer i en overdosis.

## 6.3 Forgiftninger med illegale stoffer

Et ikke ubetydelig antal henvendelser på landets skadestuer skyldes forgiftninger efter indtagelse af illegale stoffer. Disse henvendelser registreres i Sundhedsstyrelsens landspatientregister (LPR). Det formodes imidlertid, at der forekommer underrapportering af disse forgiftninger, som blandt andet skyldes forskellige kodningspraksis og daglige rutiner på skadestuerne. Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Institut for Psykiatrisk Demograf i Århus ved cand.psych. Mikkel Arendt og cand.med. Lone Fjordback udarbejdet en oversigt over de registrerede forgiftninger i LPR i årene 1999-2003 (Arendt og Fjordback 2004). Forgiftningerne er systematiseret efter de forskellige illegale stoffer. På grund af underrapporteringen er det tale om en minimumsopgørelse. Dette betyder, at der må formodes reelt at være flere henvendelser med forgiftninger efter indtagelse af illegale stoffer end de, der registreres og gøres op her.

Udtrækket fra LPR omfatter patienter med forgiftning som aktionsdiagnose, registreret på landets somatiske eller psykiatriske skadestuer samt blandt patienter, som har været indlagt med forgiftninger uden først at have været i kontakt med en skadestue.

<sup>11</sup> Peer Brehm Christensen. "Dødelighed blandt stofmisbrugere efter løsladelse fra fængsel". Upubliceret 2004.

Af tabel 6.3.1 fremgår omfanget og udviklingen af de registrerede intoksikationer<sup>12</sup> og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer fra 1999 til 2003. Fra 2000 ændrede kodningspraksis sig ved, at det herefter blev muligt at specificere forgiftninger med amfetamin og khat.

**Tabel 6.3.1.**

Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2003

	Kode*	1999	2000	2001	2002	2003
Heroin	T40.1	249	255	240	174	192
Andre opioider	T40.2	35	35	44	48	51
Metadon	T40.3	5	11	19	39	26
Opioider	F11.0	67	80	67	53	65
<b>Opioider i alt</b>		<b>356</b>	<b>381</b>	<b>370</b>	<b>314</b>	<b>334</b>
Designerdrugs (excl. ecstasy)	T40.6A	*	2	14	21	12
Ecstasy	T40.6B	9	75	67	60	83
Amfetamin	T43.0A	*	2	24	43	54
Kokain	T40.5+F14.0	45	51	78	65	80
Andre centralstimulerende stoffer	F15.0	58	48	53	47	63
<b>Centralstimulerende stoffer i alt</b>		<b>112</b>	<b>178</b>	<b>236</b>	<b>236</b>	<b>292</b>
Euforiserende svampe	T40.6C	7	5	10	8	3
LSD	T40.8	3	3	12	2	1
Hallucinogener	F16.0	10	15	16	5	5
<b>Hallucinogener i alt</b>		<b>20</b>	<b>23</b>	<b>38</b>	<b>15</b>	<b>9</b>
Cannabis	T40.7+F12.0	97	102	164	122	142
Blandingsmisbrug og uspecificeret	T40.4+T40.6 +T40.6W+F40.6X +T40.9+F19.0	541	632	571	657	685
<b>Intoksikationer og forgiftninger i alt</b>		<b>1126</b>	<b>1316</b>	<b>1379</b>	<b>1344</b>	<b>1462</b>

Kilde: Særlige udtræk fra Sundhedsstyrelsens Landspatientregister over hospitalskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer fra 1999 til 2003.

\* Der er indført nye koder i 2000 og 2004

Som det fremgår af tabellen, har der årligt været mellem 1126 og 1462 henvendelser med forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2003. Der er tale om en stigning i antallet af forgiftninger i perioden. For de centralstimulerende stoffer amfetamin og kokain samt for cannabis er stigningen markant, mens der samlet for opioider ses et let fald. Tallene skal dog som nævnt tages med et generelt forbehold for underrapportering og fejlkilder.

I alt er der registreret 6627 forgiftninger i de 5 undersøgelsesår. Langt de fleste forgiftninger, knap 90%, er behandlet på de somatiske skadestuer, og de resterende 11% på de psykiatriske skadestuer.

Hvad angår køn og aldersfordelingen er dobbelt så mange mænd som kvinder registreret med en forgiftning i de 5 undersøgelsesår. Med hensyn til alder forekommer ikke overraskende de fleste forgiftninger med opioider overvejende blandt personer over 30 år og er

<sup>12</sup> Man har inden for psykiatrien valgt at anvende begrebet "akut intoksikation" til diagnosticering af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer. Med dette begreb skelnes ikke klart imellem rus og forgiftning i biomedicinsk forstand, men med et fjerdeciffer kan angives komplikationer af varierende grad for intoksikationer (ukompliceret, med fysisk traume, med andre somatiske komplikationer, med delirium, med perceptionsforvrængninger og med koma).

yderst sjældne blandt de helt unge. Modsat ses forgiftninger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer hyppigst blandt de unge. Henholdsvis 73% og 56% af samtlige forgiftninger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer er registreret blandt unge under 24 år. Undtagelsen er kokain, hvor personer over 30 år står for 40% af forgiftningerne. Godt 500 forgiftninger i undersøgelsesperioden er indtruffet blandt unge under 20 år.

## 6.4 Narkotikarelaterede infektionssygdomme

### Hiv/aids

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

I tabel 6.4.1 i annekset ses antallet af anmeldte nypåviste hiv-positive og heraf antallet af intravenøse stofmisbrugere de sidste ti år<sup>13</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 2003 var det 9% (24 personer) af de nydiagnostiserede hiv-positive intravenøse stofmisbrugere. Denne andel har ligget ret stabilt omkring 10% de sidste ti år.

Også andelen af nyanmeldte aids-tilfælde, hvor smitekilden anses at være intravenøst stofmisbrug, har ligget relativt stabilt omkring 10%. I 2003 var det 30% nyanmeldte aids-tilfælde i relation til intravenøst stofmisbrug, hvilket udgjorde 11 ud af i alt 37 personer.

### Hepatitis A, B og C

Trods mindre udsving synes der de seneste fem år at være sket et fald i antallet af registrerede akutte tilfælde af hepatitis i hele befolkningen (tabel 6.4.2. i annekset). I samme periode har andelen af akutte tilfælde af hepatitis, hvor den smittede har været intravenøs stofmisbruger, ligget omkring 1% ved hepatitis A, varieret mellem 18% og 43% ved hepatitis B, og varieret fra 29% til 85% ved hepatitis C. Antallet af anmeldte tilfælde er dog så små, at procentangivelsen skal læses med forbehold.

## 6.5 Dobbelt diagnoser og stofmisbrugere i psykiatrisk behandling

I 2003 blev i alt 3422 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose mod 2685 i 1995. I perioden 1995-2003 sås en stigning på over 50% i antallet af personer indlagt på psykiatriske hospitaler med stofrelaterede bidiagnoser fra 1150 til 1844 (tabel 6.5.2), mens antallet af personer indlagt med stofrelaterede hoveddiagnoser har været svingende mellem 1500 og 1650 perioden igennem (tabel 6.5.1).

Antallet af personer, der blev indlagt med en hoveddiagnose relateret til brug af cannabis, synes ligeledes at være stigende, om end her er tale om relativt store udsving. Tendensen er tydeligere ved bidiagnoser relateret til cannabis, hvor antallet af personer er steget jævnt fra 431 personer i 1995 til 759 personer i 2003. Der ses ligeledes en jævn stigning op til 2002 i antallet af personer, der blev indlagt med både hoved- og bidiagnose relateret til kokain. Imidlertid sker der fra 2002 til 2003 en markant stigning i antallet, hvor der ses en fordobling i antallet af personer, der indlægges med hoved- eller bidiagnose relateret til kokain.

I hele perioden er personer med hoveddiagnoser i relation til blandet brug af stoffer den største gruppe, og antallet har været jævnt stigende frem til 1999. Næsthøjest gennem næsten hele perioden ses personer med cannabis-relaterede hoveddiagnoser, som i 2003

<sup>13</sup> Tallene fra tidligere år er blevet korrigeret og opdateret, således at de afviger en smule fra opgørelser i tidligere årsrapporter.

omfattede godt 20% af personer i psykiatrisk behandling med en stofrelateret hoveddiagnose. På samme tid er andelen af personer med opioid-relaterede hoveddiagnoser faldet jævnt gennem perioden.

**Tabel 6.5.1.**

Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1995-2003

Diagnosekode	Psykiiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
F11	Opioider	322	319	273	273	227	227	189	172	156
F12	Cannabis	312	304	279	314	317	270	327	364	333
F13	Sedativa / hypnotika	283	315	239	212	204	205	199	182	159
F14	Kokain	7	12	15	21	23	23	31	36	65
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	85	94	82	82	71	76	75	109	99
F16	Hallucinogener	23	23	25	17	26	18	21	14	9
F18	Opløsningsmidler	9	11	3	5	10	2	6	2	10
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	494	569	586	705	758	749	732	726	747
Personer med hoveddiagnoser i alt		1535	1647	1502	1629	1636	1570	1580	1605	1578

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

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

**Tabel 6.5.2.**

Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1995-2003

Diagnosekode	Psykiiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
F11	Opioider	166	176	178	134	146	190	204	208	201
F12	Cannabis	431	427	477	524	566	584	637	691	759
F13	Sedativa / hypnotika	330	327	259	247	253	283	257	266	307
F14	Kokain	8	8	17	13	15	17	19	34	61
F15	Andre centralstimulerende stoffer end kokain	46	67	56	53	58	52	58	56	73
F16	Hallucinogener	6	6	7	4	11	9	11	10	2
F18	Opløsningsmidler	9	7	6	4	9	7	7	13	12
F19	Multiple eller andre psykoaktive stoffer	238	297	314	418	534	566	485	574	679
Personer med bidiagnoser i alt		1150	1225	1240	1335	1506	1630	1593	1747	1844

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

Tabel 6.5.2 viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten heldøgn, deldøgn eller ambulante behandling) som følge af brug af stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (bidiagnose) er anvendt som udtrækskriterier. Da en patient kan have flere stofrelaterede bidiagnoser, er ”i alt” kategorien ikke en summation af de ovenstående personer.

## 6.6 Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark

Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksberg Kommuner har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen udarbejdet en registerundersøgelse, der afdækker omfanget af gravi-

14 Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001. Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommune, 2004.

diteter blandt kvindelige stofmisbrugere i behandling i Danmark fra 1990 til 2001<sup>14</sup>. Formålet har været at fremkomme med det bedste mulige skøn over omfanget og udviklingen af graviditeter blandt de kvindelige stofmisbrugere i perioden, fordelt på henholdsvis aborter og børn for derefter at kvalificere og målrette den forebyggende indsats til denne særlige gruppe stofmisbrugere. Der er udtrukket data fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere indskrevet i behandling, Fødselsregisteret, Abortregisteret og Landspatientregisteret samt endelig CPR-registeret. Der er hertil udtrukket en særlig kontrolgruppe fra baggrundsbefolkningen, for at kunne sammenligne omfanget af graviditeter, aborter og børn blandt de kvindelige stofmisbrugere med den øvrige befolkning.

Resultater fra undersøgelsen viser, at de kvindelige stofmisbrugere er mere udsat end kvinder i øvrigt for provokerede aborter og desuden, at de levendefødte børn af disse kvinder har en større dødelighed end børn født af baggrundsgruppen. Således har de kvindelige stofmisbrugere 2 1/2 gang flere provokerede aborter end baggrundsgruppen. Hertil kommer, at de levendefødte børn af de kvindelige stofmisbrugere har tre gange større dødelighedsrate end baggrundsgruppen, især i de to første leveår. Endelig fødes 6% af de levende børn med abstinenssymptomer. Dette tilsvarende 518 børn i perioden 1996-2001. Halvdelen af disse børn er født af mødre, der hverken før eller efter fødslen har været i stofmisbrugsbehandling.

De kvindelige stofmisbrugere får stort set det samme antal børn som den øvrige befolkning, dvs. 1,6 til 1,7 barn pr. kvinde. Dette resultat skal ses i lyset af, at denne gruppe kvinder må beskrives som nogle af de hårdeste belastede kvinder med dårlige forudsætninger for at tage vare på egne børn. Kvinder i stofmisbrug er typisk karakteriseret ved en kort skoleuddannelse, dårlig tilknytning til arbejdsmarkedet og opvækstvilkår præget af misbrug, vold, kriminalitet og incest. Alt andet lige er dette vilkår, der igen påvirker børn af stofmisbrugere i opvæksten negativt. Rapporten peger især på en forbedret antikonceptionel vejledning til de yngre kvindelige stofmisbrugere og en antikonceptionsplan blandt kvinder i stofmisbrugsbehandlingen som mulige interventioner for at mindske de menneskelige og samfundsøkonomiske belastninger, som kommer i kølevandet på graviditeter hos stofmisbrugere.

## 7 Indsatser i relation til sundhedsmæssige konsekvenser ved stofmisbrug

### 7.1 Overblik og sammendrag

I erkendelse af, at ikke alle stofmisbrugere ønsker behandling, og at mange får tilbagefald samt den danske tradition for omsorg for alle svage borgere uanset årsagerne til de sociale og sundhedsmæssige problemer, er forskellige skadesreduktionstiltag af central betydning, jf. Servicelovens kap. 33.

Som supplement til behandlingsindsatsen har man gennem en årrække arbejdet ud fra målsætningen om skadesreduktion eller skadesminimering for de grupper af stofmisbrugere, hvor stoffrihed ikke er et realistisk mål på kortere eller længere sigt. Skadesreduktion vil sige formindskelse af de skader, som livet som stofmisbruger påfører vedkommende selv, nærtstående og samfundet samt forbedring af funktionsevne og udviklingsmuligheder. Indsatser af skadesreducerende karakter kan f.eks. være sådanne tilbud som opsøgende gadeplansarbejde, væresteder for aktuelle misbrugere (lavtærskeltilbud), sprøjtebytteprogrammer og social støtte i hjemmet. Kvalitativt betydeligt mere vidtgående krav som fixerum, legalisering af hash og lægeordineret heroin afvises af regeringen i sin handlingsplan mod narkotikamisbrug som for vidtgående og i modstrid med kernen i narkotikapolitikken, og for så vidt angår legalisering af hash og oprettelse af fixerum også i modstrid med de internationale narkotikakonventioner.

### 7.2 Særlig skadereducerende tiltag i "Kampen mod Narko"

I regeringens tværministerielle handlingsplan "Kampen mod narko" er der bl.a. lagt op til, at regeringen med udgangspunkt i evalueringen af et igangværende forsøg med et målrettet sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere vil overveje behovet og mulighederne for at oprette sådanne tilbud som permanente ordninger i særligt berørte byområder. I forhold til en mindre gruppe Ældre, hårdt belastede og nålefikserede stofmisbrugere vil regeringen endvidere overveje indførelsen af en metadoninjektionsordning, som for tiden afprøves som forsøg.

Regeringen vil endvidere prioritere indførelse af en ordning med tidlig og gratis vaccination af injektionsmisbrugere mod hepatitis B, ligesom injektionsmisbrugere, som vaccineres mod hepatitis B ved anvendelse af en kombineret hepatitis A og hepatitis B vaccine, gratis kan blive vaccineret mod hepatitis A. Der indføres tillige en ordning med gratis vaccination af pårørende til injektionsmisbrugere mod hepatitis B, samt initiativer til begrænsning af hepatitis C-smitte. Herudover prioriterer regeringen iværksættelse og gennemførelse af en kvalitetsvurdering af metadonbehandlingen som grundlag for fremtidig kvalitetssikring og – udvikling på linie med indsatsen herfor i det øvrige sundhedsvæsen. Regeringen har i forbindelse med udmøntningen af satspuljen for 2004 på narkotikaområdet endvidere indgået aftale om, at der vedlægges vandampuller i de sprøjtesæt, der uddeles og sælges af amterne til stofmisbrugere.

I forbindelse med regeringens handlingsplan, støttes endvidere en række projekter vedrørende opsøgende arbejde på gadeplan, f.eks. et projekt i København for de hårdest belastede stofmisbrugere. Projektet har til formål at understøtte netværksopbygning samt opbygge og forbedre kontakten til det offentlige. Til løsning af opgaven etableres et korps af frivillige. Herudover har regeringen med virkning fra 1. januar 2003 igangsat et toårigt forsøg med støtte- og kontaktpersoner til de hårdest belastede stofmisbrugere. Regeringen vil fortsat arbejde for og via puljemidler støtte en stærkere opsøgende indsats, herunder gadeplansarbejde, f.eks. udført af frivillige. Regeringen vil bl.a. igangsætte projekter om kompetenceudvikling i det opsøgende og kontaktskabende arbejde.

### 7.3 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald

Fra oktober 2001 til 2004 gennemføres i Københavns Kommune et forsøg med øget sundhedsfaglig indsats over for hårdt belastede stofmisbrugere.



Man vil i projektet opspore og etablere kontakt til hjemløse og misbrugere, der mere eller mindre forbigående opholder sig på gaden, eller som er indskrevet i en boform for hjemløse. Der forventes kontakt med ca. 50 personer med løbende udskiftning fra en målgruppe på ca. 500 personer (Indenrigs- og Sundhedsministeriet). Udgangspunktet for forsøget er opfattelsen af, at det er den sociale indsats, som er afgørende for, at sundhedsmæssige mål nås. Indsatsen skal derfor motivere den enkelte misbruger til forandring og til at tage ansvar for sit eget liv. Der vil i det opsøgende arbejde blive etableret kontakt til sagsbehandler samt til herberg. Herudover vil man søge at motivere for og skabe kontakt til stofmisbrugsbehandlingstilbud samt udarbejde individuelle sociale handlingsplaner.

De sundhedsfaglige ydelser, som er omfattet af projektet, er diagnosticering, behandling og opfølgning af hiv, hepatitis, lokale infektioner, svamp, andre hudinfektioner, urinvejsinfektioner m.v. samt behandling af sår og andre skader. Den sundhedsfaglige del af projektet er forankret på en behandlingsinstitution, hvor der er sundheds- og misbrugsfaglig ekspertise til stede. Der er ansat 4 opsøgende sociale medarbejdere, 5 sygeplejersker, 1 læge og 2 social- og sundhedshjælpere.

#### 7.4 Forebyggelse og behandling af narkotikarelaterede infektionssygdomme - Sprøjteprogrammer

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

En undersøgelse foretaget af Rådet for Socialt Udstødte i september 2004 viser, at der i 10 af amterne og i Københavns og Frederiksberg kommuner var udleveringsordninger. I de resterende 3 amter og Bornholms Regionskommune var der ingen ordninger. I langt de fleste amter, hvor der var udleveringsordninger, var de knyttet til et apotek enten gennem udlevering på apoteket eller ved at apoteket stod for "driften" af en eller flere automater med rene sprøjter på offentlige pladser eller toiletter. Få steder var der endvidere udlevering fra væresteder, pensionater eller herberg. På næsten alle udleveringssteder var der etableret en form for indsamling af eller kanylebokse til brugte sprøjter.

De fleste steder var der ikke tale om brugerbetaling ved udlevering fra apotekerne, mens der to steder var brugerbetaling ved træk fra automater. I 8 af amterne og i Københavns og Frederiksberg Kommune blev der sammen med sprøjter og kanyler udleveret målebægre - flere steder sammen med renseservietter og vat (for mere information vedr. rapporten se: [www.udsatte.dk](http://www.udsatte.dk)).

Brugte sprøjter indsamles fra kanylebokse opsat rundt omkring i København, og frivillige fra Brugerforeningen gør et stort arbejde med at opsamle brugte sprøjter og kanyler fra gaden. I Københavns Kommune bliver der årligt indsamlet omkring 3.000 kg. brugte sprøjter og kanyler ved udleveringsstederne samt andre offentlige ophængte bokse til formålet.

#### 7.5 Indsatser relateret til personer med dobbeltdiagnose

Der er et stigende antal personer med både en sindslidelse og et misbrug. Personer med en sådan dobbeltdiagnose er nogle af de dårligst stillede mennesker i det danske samfund (se kapitel 6). Diagnosen kompleksitet og de dobbeltdiagnosticeredes adfærd har givet anledning til uklarhed om, hvem – det psykiatriske behandlingssystem eller behandlingsinstitutionerne for stofmisbrug – der har hovedansvaret for behandlingen. Med psykiatriaftalen 2003-2006 er indsatsen over for denne gruppe et særligt prioriteret område. Samtidig er der enighed om, at anbefalingen – fra ekspertgrupperedegeben om "Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere" – om, at det primære ansvar for behandlingen af gruppen bør placeres i det psykiatriske behandlingssystem, skal indgå i den fremtidige tilrettelæggelse af



indsatsen. Samtidig er regeringen blevet enig med de kommunale parter om, at der på sundhedsområdet kan gives støtte til projekter, der falder i tråd med anbefalingerne i ekspertgrupperedegørelsen (se endvidere kapitel 16 i årsrapporten 2003).

Københavns Amt har i 2004 indviet et nyt laboratorium KASA (Københavns Amts Special Ambulatorium) med ekspertise fra psykiatrien og misbrugsbehandlingen. Ambulatoriet tilbyder medicinsk behandling af både psykiske lidelser og stofmisbrug. Det betyder blandt andet, at de psykisk syge stofmisbrugere ikke længere skal flere steder f.eks. for at hente metadon og psykofarmaka. Samtidig tilbyder ambulatoriet psykoterapi, sociale tilbud som f.eks. madgrupper, café, motion og andre aktiviteter samt foredrag og undervisning til både brugere og pårørende. KASA er bemanded af et tværfagligt team bestående af en læge, en psykolog, en socialrådgiver, en social- og sundhedsassistent, sygeplejersker og socialpædagoger med erfaringer inden for både psykiatri og misbrugsbehandling. I tilslutning til ambulatoriet etableres en lille forskningsenhed, bemanded med en overlæge og en forsker. De skal samle viden på området og dokumentere og evaluere nye metoder i behandlingen (*www.kabs.dk.*)

## 8 Kriminalitet, stofbrug og sociale konsekvenser

### 8.1 Overblik og sammendrag

Flere indikatorer viser, at der er sammenhæng mellem stofbrug og problematisk sociale og økonomiske livsvilkår og konsekvenser. Således ses det, at stofmisbrugere i behandling generelt har det sværere, hvad angår boligforhold og familieliv, og er generelt i økonomisk og uddannelsesmæssige sammenhænge vanskeligere stillet end øvrige grupper i samfundet.

Herudover er der sammenfald mellem stofmisbrug og kriminalitet, og Kriminalforsorgen melder, at en stor population af de indsatte har et stofmisbrugsproblem. Resultater fra den seneste rusmiddelundersøgelse i Kriminalforsorgens institutioner viser, at de illegale rusmidler er langt mere udbredt blandt klientellet end i befolkningen generelt (Kramp et al. 2003). 3/4 af kriminalforsorgens klientel har prøvet hash, over halvparten har prøvet centralstimulerende stoffer som kokain og amfetamin, mens 1/3 har prøvet heroin og/eller morfinpræparater.

Undersøgelsesresultaterne har endvidere vist, at over halvdelen, 56%, af Kriminalforsorgens samlede klientel har et misbrug, mens 67% har et stofmisbrug<sup>15</sup> eller problebrug<sup>16</sup> af rusmidler (misbrug af alkohol inkluderet). Der er i vidt omfang tale om blandingsbrug.

Det er sjældent, at misbrugere af heroin/morfinpræparater har begået alvorlig kriminalitet. Mere typisk er det, at gruppen af opiatmisbrugere samt gruppen af hashmisbrugere dømmes for overtrædelse af loven om euforiserende stoffer, og typisk idømmes kortere frihedsstraffe end øvrige misbrugsgrupper. Misbrugere af de centralstimulerende stoffer sigtes og dømmes hyppigere for overtrædelse af grov narkotikakriminalitet, dvs. overtrædelse af straffelovens bestemmelser.

### 8.2 Social eksklusion og problemer

Den sociale udstødning blandt stofmisbrugere er stor. Ser man blandt andet på de sociale, boligmæssige og uddannelsesmæssige aspekter blandt de stofmisbrugere, der er i behandling, er det tydeligt, at de er en marginaliseret gruppe sammenlignet med andre. De er markant oftere boligløse, de har oftere kortere uddannelse og er hyppigere forsørget gennem kontanthjælp og pension end den almindelige befolkning. De særligt truede i relation til stofmisbrug er børn fra familier med misbrug, vold og svigt, som har en tidlig debut med alkohol og hash, indvandrerunge, som er dårligt integrerede, flygtninge med traumatiske oplevelser bag sig, psykisk skrøbelig mennesker, psykisk syge samt hjemløse.

### 8.3 Kriminalitet i forbindelse med narkotika

Der foretages løbende registrering af anmeldelser, sigtelser og afgørelser efter Lov om euforiserende stoffer, som hovedsageligt omhandler besiddelse og salg af mindre mængder stoffer, samt efter straffelovens §191 stk. 1 (salg), stk. 2 (smugling), som omhandler den grovere narkotikakriminalitet, og §290, som omfatter hæleri - herunder hæleri i forbindelse med narkokriminalitet.

#### Sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen

Politiet rejser sigtelse, hvilket kan resultere i domsafgørelser i form af frihedsstraf, anden sanktion eller frifindelse. Rigspolitiet registrerer årligt antallet af anmeldelser og sigtelser.

<sup>15</sup> Stofmisbrug defineres som indtagelse af stoffet to gange om ugen eller mere den sidste måned før indsættelse/tilsynets registrering. Et alkoholmisbrug defineres ved indtagelse af 11 genstande eller mere dagligt de sidste 6 måneder før indsættelse/tilsynets registrering, 10 beruselsessituationer eller flere den sidste måned før indsættelse/tilsynets registrering og/eller igangværende behandling for alkoholmisbrug.

<sup>16</sup> Problebrug af et stof defineres som indtagelse af stoffet en gang om ugen eller mindre den sidste måned før indsættelse/tilsynets registrering. Et problebrug af alkohol defineres som indtagelse af 6-10 genstande dagligt de sidste seks måneder før indsættelse/tilsynets registrering og/eller 5-9 beruselsessituationer den sidste måned før indsættelse/tilsynets registrering.

I 2003 blev der registreret i alt 14.316 sigtelser, hvilket er en stigning sammenlignet med de senere år, hvor antallet af sigtelser siden 1999 har ligget relativt stabilt omkring 13.000. Antallet sigtede personer har siden 1994 ligget på mellem godt 8000 og 10.000 personer årligt. Der er ikke tilgængelige tal vedrørende antal sigtede personer i 2003.

**Tabel 8.3.1**

Narkotikakriminalitet 1993-2003. Sigtelser og antal sigtede personer

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Sigtelser i alt	18.604	15.155	14.654	14.371	13.454	14.251	12.928	13.178	13.143	13.025	14.316
Sigtede personer	12.421	9.536	9.008	8.678	8.234	8.900	9.424	9.899	9.858	10.021	-

Kilde: Upublicerede tal fra NEC (Nationalt Efterforskningscenter), 2004

### Sammenhæng mellem misbrug og kriminalitet

Der er ikke siden gennemførelsen af Rusmiddelundersøgelsen fra 2002 (Kramp et al, 2003) nye oplysninger, der beskriver mønstre for sammenhæng mellem misbrugere af de forskellige stoffer og deres involvering i forskellige lovovertrædelser og forskellige kriminalitetstyper. Udover sammenfatningen af dette kapitel, henvises til resultater fra rusmiddelundersøgelsen i 2002, beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Årsrapport over Narkotikasituationen i Danmark 2003".

### Stofmisbrug i fængslet

Kriminalforsorgen har oplyst, at registreringen af stofmisbrug i fængsler og arresthuse er under revision. De tidligere, årlige opgørelser (kaldet stofcensus) er ophørt og erstattes af et modul i Kriminalforsorgens Klientssystem. Den tidligere opgørelse blev foretaget på en bestemt dag i året. Den nye opgørelse vil blive foretaget løbende ved alle indsættelser i Kriminalforsorgens institutioner. Den nye opgørelse (som tidligere opgørelser) beskriver omfanget af misbrug af illegale stoffer blandt indsatte inden indsættelse i en af Kriminalforsorgens institutioner og forventes første gang færdig i sommeren 2005.

## 8.4 Økonomi og omkostninger vedr. de sociale tiltag

Der kan ikke skabes et totalt billede af, hvor meget kriminalitet og de sociale problemer, der kommer i kølevandet på stofmisbrug, koster samfundet. Der er imidlertid særlige afsatte statslige finansierings- og puljeordninger, der skal støtte de særlige sociale tiltag. Se kapitel 1 for oversigt over disse.

## 9 Indsatser i relation til sociale konsekvenser ved stofmisbrug

### 9.1 Overblik og sammendrag

Behandlingssystemet har i stigende grad fokuseret på brugernes boligsituation som en integreret del af den helhedsorienterede indsats. Der er i samarbejde med den boligsociale indsats og hjemløseområdet skabt en række tilbud til stofafhængige i behandling igennem de seneste år, som har medvirket til at reducere hjemløsheden blandt de stofafhængige. Tilbuddene retter sig mod forskellige målgrupper, der er kendetegnet ved forskellige grader af selvhjulpethed. Der er tale om udslusningsboliger (halvvejshuse) til brugere i stoffri behandling, plejekollektiv til terminale klienter, bofællesskaber med særlig støtte, botræningstilbud, særboliger i den almindelige boligmasse.

I løbet af 1990'erne har man arbejdet på at modvirke udstødningen fra arbejdsmarkedet ved at etablere "det rummelige arbejdsmarked" og hævde "virksomhedernes sociale ansvar". Dette lægger op til et snævrere samarbejde mellem det offentlige og virksomhederne (partnerskaber) omkring at modvirke udstødning fra arbejdsmarkedet og (re)integrere langvarigt ledige, herunder også de udstødte grupper som stofmisbrugere. Stofmisbrugerne har gennem 1990'erne hørt til de ledige, som har haft lav prioritet i den kommunale aktivering. Inden for de senere år har der været iværksat flere beskæftigelsesprojekter og programmer, der er målrettet stofmisbrugerne for at fremme stofmisbrugernes adgang til arbejdsmarkedet. Hvad angår beskrivelsen af den sociale reintegration, vil der i kapitlet være en fokusering på situationen i København, hvor der er de fleste erfaringer med indsatsen.

Særlige rusmiddelundersøgelser i Kriminalforsorgen har vist, at ikke et ubetydelig antal af de indsatte har stofmisbrugsproblemer. Det har derfor i de senere år været en stigende opmærksomhed på disse indsatte særlige behov, og har medført etablering af særlige fængselsenheder for stofmisbrugere. Et formaliseret samarbejde mellem Socialministeriet og direktoratet for kriminalforsorgen er endvidere etableret, med henblik på at koordinere og varetage behandlingsindsatsen og støtte efterværnsindsatsen blandt indsatte stofmisbrugere.

Der er således etableret en række behandlings-, kontrakts- og motivationsafdelinger i flere lukkede og åbne stadsfængsler. Som noget helt nyt, er etableret en motivationsafdeling og en behandlingsafdeling for kvindelige indsatte samt motivationsafdelinger for mænd til dels med eksterne behandlere. Endvidere er der etableret motivationsafdelinger og motivationskurser og i samarbejde med eksterne behandlingsinstitutioner – den såkaldte importmodel. Derudover har man på to afdelinger i et lukket statsfængsel for mænd og på en afdeling i et åbent fængsel etableret behandlingsafdelinger for stofmisbrugere, hvor der tilbydes egentlig misbrugsbehandling ved eksterne behandlere. Endelig er der i 2003 etableret endnu en – halvåben – behandlingsafdeling for mænd.

Også substitutionsbehandling kan foregå under afsoning. Denne mulighed i Kriminalforsorgens institutioner benyttes i stigende omfang. Som skadereducerende tiltag i øvrigt, har stofmisbrugere i fængsler og arresthuse adgang til rensesække. Formålet er at give intravenøse stofmisbrugere blandt de indsatte muligheder for at rense sprøjter og kanyler for at mindske risikoen for smitte med hiv eller hepatitis B.

### 9.2 Social reintegration

Ved satspuljeforliget for 2002 og 2003 blev der til de socialt udsatte grupper afsat en pulje, der bl.a. skal tilgodese etablering af midlertidige og varige botilbud, herunder den nødvendige bostøtte, der er i overensstemmelse med den enkeltes behov. Der skal endvidere sættes på udslusningsboliger og alternative plejehjemspladser. Der gives op til 100% i tilskud til anlæg og drift i de to første projektår, hvorefter der sker en aftrapning af det direkte statslige driftstilskud med 20% årligt. Statstilskuddet aftrappes først helt efter det 6. år, og de beløb, som de årlige aftrapningsbeløb udgør, lægges over i det generelle bloktilskud.

Målsætningen i handlingsprogrammet for de svageste grupper er etablering af 300 nye botilbud. Puljen til socialt udsatte grupper består af en generel ansøgningspulje og en reservation til de største byer (København, Frederiksberg, Odense, Århus, Ålborg og Esbjerg). På baggrund af udmøntningen af den generelle ansøgningspulje i februar 2003 og indstillingerne efter forhandlinger med byerne anslås antallet af nye botilbud til ca. 185, hvortil kommer bostøtte. Med henblik på tilvejebringelse af flere midlertidige botilbud og permanente boliger vil regeringen via puljemidler fortsat støtte etablering af nye botilbud til udsatte grupper, herunder stofmisbrugere.

### **Erfaringer fra København der vedrørende hjemløshed og botilbud**

Hovedparten af indskrevne brugere i behandling (72%) oplyser, at de har egen bolig. Sammenlignet med landet som helhed, hvor kun 50% af stofmisbrugere i behandling har egen bolig, er dette højt. Den højere andel i København med egen bolig skyldes formentlig, at der er flere ældre blandt de københavnske stofafhængige. Det ser ud til, at med stigende alder falder "hjemløsheden" blandt de stofafhængige.

En stor del, 18%, bor periodevis under midlertidige forhold, på lejet værelse, ophold hos familier og venner. Mange stofafhængige, der har egen bolig, kan have svært ved at bo i den og falde ind i det almindelige boligmiljø og opretholde boligen. Stofmisbrugerens hverdag er ofte styret af her og nu prioriteringer, hvor det at fastholde boligen kommer i anden række. Det er en pædagogisk opgave at støtte brugerne i at opretholde en bolig og få en hverdag til fungere og at indgå i et samliv med mennesker uden for misbrugsmiljøet, hvad der er et ofte udtalt ønske for mange stofmisbrugere. Ved overgangen fra et liv domineret af stoffer og kontakt til stofmisbrugsmiljøet til en "clean tilværelse" kan det være svært at blive i den gamle bolig, ligesom det kan være svært at starte et nyt liv i en anden bolig - og finde en. Mange opgiver deres bolig, når de går i stoffri behandling, og rehabilitering vil også oftest omfatte støtte til at etablere en ny bolig, og ikke mindst etablering af nyt netværk omkring boligen.

Særboliger er boliger i den almindelige boligmasse, hvor Københavns Kommune har anvisningsretten til. Dertil kommer, at en del af de stofafhængige i behandling får et botilbud i de almennyttige boliger efter særlige sociale kriterier. Det er generelt vanskeligt at opnå accept blandt beboere og erhvervsdrivende om at modtage stofafhængige som naboer - uanset om der er tale om institutioner, botilbud med eller uden døgndækning eller enkeltstående lejemaal. Imidlertid er der også en række positive erfaringer, hvor der har været etableret samarbejde med afdelingsbestyrelsen og viceværterne om at få integrationen til at fungere. Der er således flere afdelinger i det almennyttige byggeri, som Københavns Kommune har indgået aftaler med om at tilbyde særboliger i et begrænset omfang til de stofafhængige, hvor der er tilknyttet et pædagogisk tilsyn.

### **Arbejde, forsørgelse og uddannelse**

Som led i den nationale arbejdsmarkedsreform "Flere i arbejde" vil regeringen gøre en indsats for at øge de svageste grupper af kontanthjælpsmodtagere, herunder stofmisbrugeres, tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er allerede i dag flere eksempler på, at det nytter at gøre en særlig indsats for den svageste gruppe af kontanthjælpsmodtagere. Som led i Regeringens nye handlingsplan mod narkotikamisbrug "Kampen mod narko" vil der blive iværksat en analyse af, hvad det er, der kendetegner den svageste del af kontanthjælpsmodtagerne, dvs. de svageste af de kontanthjælpsmodtagere, der ikke er arbejdsmarkedsparate, og som har modtaget kontanthjælp i lang tid. Analysen vil således bl.a. afdække omfang, behov og resultaterne af den hidtidige indsats. De hidtidige initiativer for denne målgruppe vil ligeledes indgå i analysen.

### **Erfaringer fra Københavns Kommune vedrørende integration på arbejdsmarkedet**

Hovedparten af indskrevne i behandling i Københavns Kommune lever af overførselsindkomster. 30% har fået tilkendt førtidspension, 46% modtager kontanthjælp eller revalide-

ringsydelse. Blandt de øvrige er dagpengemodtagere og personer under uddannelse samt personer i ordinære jobs. En optælling blandt brugere i behandling i januar 2004 viste, at 11% var selvforsørgende i ordinære jobs. Det gjaldt for 8% af brugere i substitutionsbehandling og for 20% af brugere i stoffri behandling.

Gruppen af stofmisbrugere i behandling har generelt et lavt uddannelsesniveau, og mange har en begrænset erhvervs erfaring. 63% har ingen erhvervsuddannelse, 10% har en faglig uddannelse og 14% har en kortere eller mellemlang videregående uddannelse. Under 1% har en lang videregående uddannelse. I udgangspunktet er hovedparten meget langt fra arbejdsmarkedet.

Der har siden 1999 i Københavns Kommune været fokus på at afprøve forskellige metoder gennem en række projekter til at integrere den marginaliserede gruppe af brugere i længerevarende substitutionsbehandling i forskellige former for støttet beskæftigelses- og uddannelses-/revalideringsforløb. Det er en gruppe, som overvejende er passivt forsørgt og socialt isoleret og for hvem, der er mange barrierer, der skal overvindes, hvis de skal have et rigtigt arbejde, hvad mange af dem drømmer om. To af de omtalte projekter ("Spirillen" og "Fram") er blevet evalueret og kan findes på EDDRA databasen: <http://eddra.emcdda.eu.int/>.

På byambulatoriet Bellahøj (et behandlingstilbud til brugere i længerevarende substitutionsunderstøttet behandling) har man i perioden april 2003 til 2004 haft et projekt "Arbejdsbasen", der var et tilbud til ambulatoriets brugere om at få hjælp til at få afprøvet deres muligheder på arbejdsmarkedet gennem praktikforløb, uddannelse eller aktivering. Projektet skulle støtte tæt op om de enkelte brugere i deres forløb. I løbet af det år projektet forløb, meldte 17 brugere blandt Ambulatoriets ca. 110 brugere sig til projektet. Heraf kom 12 i gang med et forløb. 2 af brugerne fandt på egen hånd beskæftigelse.

Erfaringerne fra projektet er, at der er begrænsede arbejdsrelaterede ressourcer i ambulatoriets målgruppe, men også at flere faktisk profiterede af tilbuddet. Der skulle for de fleste en aktiv og vedholdende støtte til og bruges en del kræfter på kontakten til arbejdspladsen (praktikstedet) eller aktiveringsprojektet, for at brugeren kunne fastholdes og overvinde sociale eller andre vanskeligheder.

Erfaringen fra de eksisterende tilbud er, at i forhold til at fremme adgangen til selvforsørgelse profiterer brugerne mest af, at tilbuddene har et klart arbejds perspektiv, og at forholdene normaliseres mest muligt i retning af arbejdsmarkedet, uanset at brugernes ressourcer ikke rækker til hele arbejdsdage.

Der er generelt en lav "succesrate" i den særligt tilrettelagte beskæftigelse, når succesen måles på hvor mange, der bliver selvforsørgende eller er på vej dertil, f.eks. gennem revalideringsforløb. Mellem 10 og 15% af de forløb, der iværksættes i løbet af et år, afsluttes i det efterfølgende år med selvforsørgelse eller revalidering.

#### **Erfaringer fra København vedrørende uddannelse gennem revalidering**

De stofafhængige har generelt et uddannelsesmæssigt efterslæb, og for mange af dem kræver en overgang fra passiv forsørgelse og inaktivitet i hverdagen en "resocialisering" på flere måder, for at de kan ændre dette mønster. I den sammenhæng er revalidering gennem uddannelse enten som kompetencegivende uddannelse eller via længerevarende jobtilbud på en arbejdsplads det, der kan bibringe de stofafhængige de sociale og færdighedsmæssige kompetencer, der skal til. Revalideringsydelse efter en aftalt erhvervsplan er derfor et meget relevant tilbud til denne gruppe mennesker. I Københavns Kommune er mellem 5 og 10% af de stofafhængige, som er kontanthjælpsmodtagere, i revalideringsforløb. Dette gælder dog hyppigere personer i stoffri behandling end personer i substitutionsbehandling, men tilbuddet gælder begge målgrupper.



Erfaringen er, at der er tale om langvarige processer med de enkelte brugere, og at brugerne har meget forskellige udgangspunkter for at deltage i projekterne og profiterer forskelligt heraf. Der er således behov for et differentieret udbud af aktivitets- og beskæftigelsestilbud til denne gruppe borgere, f.eks. efterspørges egentlige beskyttede arbejdspladser til stofmisbrugerne.

Derudover vurderes det, at der er behov for tilbud til de brugere, der ikke har mulighed for at komme tilbage til arbejdsmarkedet. Det er typisk brugere, der pga. en aparte adfærd, udseende mm. samt en stor angst for at begå sig i almindelige sammenhænge, ikke har noget alternativ i hverdagen til fjernsynet, kaffestuen i institutionen eller gadehjørnet eller bænken. For denne gruppe har der fra behandlingsinstitutionernes side været efterspurgt tilbud, der kunne tilpasses brugernes særlige situation og ønsker evt. i form af en "højskole" på disse brugeres præmisser, evt. i frivilligt regi, tilknyttet væresteder for stofmisbrugere.

### **Sundhedsprojekt og Kontaktstedet i København**

Københavns Kommune har gennem de seneste tre år med indsatserne "Sundhedsprojektet" og "Kontaktstedet" opsøgt hjemløse misbrugere, der ikke formår at benytte de hjælpertilbud, der allerede findes. Målet med den opsøgende indsats har været dels at kortlægge gruppens sociale, misbrugsmæssige og helbredsmæssige tilstand dels at medvirke til, at brugerne anvender de eksisterende hjælpertilbud.

I løbet af perioden 1. august 2001 til 1. januar 2004 blev der indskrevet 542 brugere. Det har været bemærkelsesværdigt at kun 35% (192 brugere) af brugerne har haft deres sidste adresse i Københavns Kommune. 50% har haft deres sidste adresse et andet sted i Danmark og 15% er udlændinge. Der er med andre ord tale om at 2/3 af brugerne som udgangspunkt er blevet hjulpet med at komme tilbage til tilbud i hjemkommune eller hjemland.

I 81% af tilfældene har medarbejderne vurderet, at brugerne er afhængige af stoffer (inkl. alkohol). Blandt de 35% af brugere, der sidst har haft adresse i København, er godt 59% (113 brugere) indskrevet i behandling i Københavns Kommune den 1.1.2004. Forskellen på det vurderede antal stofafhængige brugere og antallet af brugere i behandling kan hovedsageligt tilskrives at brugere, der udelukkende har forbrug af alkohol ikke registreres i det samme regi som stofafhængige. Hvorfor det skønnes at der er etableret et behandlingstilbud til flertallet af de københavnske brugere på gaden.

## **9.3 Forebyggelse af narkotikarelateret kriminalitet**

Den nationale strategi er, at behandling af kriminelle stofmisbrugere så vidt muligt varetages af de sociale myndigheder. Kriminalforsorgens behandlingsinitiativer skal primært rette sig mod en motiverende og behovsafdækkende indsats. Men i de tilfælde, hvor sikkerhedsmæssige hensyn forhindrer deltagelse i ekstern behandling, skal Kriminalforsorgen så vidt muligt kunne tilbyde relevant behandling under afsoning.

### **Nye behandlingsinitiativer**

Som en del af satspuljeforliget i 2003 fik Kriminalforsorgen tilført ressourcer til udbygning af narkotikabehandlingen i Kriminalforsorgens institutioner. Bevillingen skal ses som første skridt på vejen til at indføre en egentlig behandlingsgaranti for de indsatte i Kriminalforsorgens institutioner. Det er i forbindelse med forliget angivet, hvilke projekter, der skal iværksættes, men i det omfang bevillingen rækker, skal der ske yderligere udbygning/opkvalificering af behandlingstilbuddene med henblik på at komme så tæt på en behandlingsgaranti som muligt. De projekter, som igangsættes, skal evalueres senere.

Samlet bevilling i forbindelse med satspuljeforliget				
2004	2005	2006	2007	I alt
16,0 mio. DKK	18,0 mio. DKK	18,0 mio. DKK	18,0 mio. DKK	70,0 mio. DKK

Ifølge satspuljeforliget skal følgende initiativer iværksættes:

- En afdeling for opioidmisbrugere efter importmodellen. Behandlingen skal være stoffri. Det er besluttet, at denne afdeling skal etableres i Statsfængslet i Horsens (lukket fængsel) i samarbejde med den selvejende institution Hjulsgård. Behandlingen tager udgangspunkt i socialpædagogiske principper.
- En afdeling for indsatte, som har gennemført behandling, men fortsat har lang tid til forventet løsladelse. Denne afdeling etableres i Statsfængslet ved Vridsløselille (lukket fængsel) i samarbejde med den selvejende institution Kongens Ø. Afdelingen skal modtage indsatte fra alle Kriminalforsorgens behandlingsafdelinger
- Udvikling af behandlingsprogram og etablering af behandlingsafdeling for misbrugere af centralstimulerende midler og hash i samarbejde med det amtskommunale behandlingssystem. Udviklingen af dette behandlingstilbud sker i samarbejde med Fyns Amts Behandlingscenter, og afdelingen vil blive etableret på Statsfængslet i Nyborg (lukket fængsel).
- Udrulning af motivationsprojektet "Esbjergmodellen" (for nærmere beskrivelse se EDDRA databasen: <http://eddra.emcdda.eu.int/>) til yderligere tre amter/tre arresthuse. De tre "nye" arresthuse i dette projekt udover Esbjerg arrest bliver arresthusene i Århus, Odense og Slagelse.
- Gennemførelse af et pilotprojekt som skal opkvalificere behandlingsarbejdet på kontrakt-fængselsafdelingerne. Pilotprojektet er etableret på Statsfængslet i Sdr. Omme (åbent fængsel) i samarbejde med den selvejende institution Springbrøttet.

Alle Kriminalforsorgens behandlingstilbud til stofmisbrugere skal være evalueret ved udgangen af 2005, således at det kan afgøres, dels om der er et tilstrækkeligt antal behandlingspladser i Kriminalforsorgen, dels om det er de rigtige tilbud.

### Indførelse af ny registrering

Siden 1. november 2000 har Kriminalforsorgen registreret antallet af stofmisbrugere, der kommer i behandling i Kriminalforsorgens regi. Som led i denne dokumentationsindsats har man desuden fulgt de behandlingsforløb, som blev iværksat. Da det har taget tid at få registreringen gjort til en del af institutionernes rutiner, er de foreliggende oplysninger desværre ikke absolut fyldestgørende, og de følgende konklusioner skal derfor læses med dette forbehold.

I løbet af de første tre år er der registreret 387 påbegyndte forløb, heraf nåede 211 at blive afsluttet inden statusopgørelsen i oktober 2003. Langt størstedelen (93%) af de registrerede misbrugere er mænd, de fleste (84%) er mellem 18 og 34 år, og lidt over halvdelen har tidligere været i behandling. To tredjedele er opioidmisbrugere. Lidt over halvdelen er i behandling i Kriminalforsorgens egne institutioner, mens 24% er i private og 21% i amtslige institutioner.

Af de 211 afsluttede forløb gennemførte knap halvdelen (46%), mens de øvrige blev afbrudt undervejs. Gennemførelsesprocenten dækker over en større andel (74%) gennemførte substitutionsbehandlingsforløb og en mindre andel (40%) gennemførte helt stoffrie forløb.

Der er ingen overordnet sammenhæng mellem misbrugstype og gennemførelsesprocent; dog er der svage indikationer om, at misbrugere af centralstimulerende midler har haft lettere ved at gennemføre en stoffri behandling end opioidmisbrugerne.



Gennemførelsesprocenten var højere for behandlinger, der fandt sted i amtsligt regi (63%), i forhold til behandling, der skete i private samt i Kriminalforsorgens egne institutioner (41-43%). Dette skyldes ikke, at amterne modtager færre opioidmisbrugere, eller at de i højere grad bruger substitutionsbehandling – to faktorer, der ellers kunne have påvirket resultatet.

Uagtet om behandlingen fuldførtes eller blev afbrudt, var der en klar sammenhæng mellem påbegyndt behandling og misbrugerens egen følelse af en positiv udvikling inden for en række subjektive parametre såsom fysisk og psykisk helbred, mulighed for at arbejde, mulighed for at forblive stoffri i et år frem og forhold til familien. Kun hvad angik vurderingen af mulighed for at arbejde og for at forblive stoffri, kom der flere positive tilkendegivelser fra dem, der gennemførte en behandling, end fra dem, som afbrød behandling før tid.

Siden april 2004 har Kriminalforsorgen revideret og udvidet registreringen i BASK (Behandling Af Stofmisbrugere i Kriminalforsorgen), fordi tildelingen af en række midler fra de såkaldte satspuljer har medført yderligere krav til dokumentation i forhold til indsatsen på narkotikamisbrugsbehandlingsområdet. Den første sammenfatning af disse nye data forventes i løbet af efteråret 2004.

## 10 Det illegale stofmarked

### 10.1 Overblik og sammendrag

Politiets beslaglæggelsesstatistik viser ikke entydige tendenser over tid i forhold til udbuddet af de forskellige stoffer. Der er store udsving i den beslaglagte mængde stoffer gennem årene, men ofte handler disse udsving i statistikken om, at der er foretaget enkelte store beslag i de enkelte år. På denne måde kan man sige, at beslagstatistikken er en meget grov indikator for udbuddet af stoffer på det illegale marked og er såvel en indikator for udbuddet som en indikator på politiets indsats. Der er dog en klar tendens til, at de forskellige illegale stoffer i de senere år er beslaglagt i stort set alle politikredse i Danmark, hvorfor man må konkludere, at stofferne er tilgængelige i hele landet.

Resultater fra særlige retskemiske analyser i Danmark viser, at der er stor variation i koncentrationen og renheden af de aktive stoffer i de illegale stoffer på markedet<sup>17</sup>. I 2003 er især fundet store variationer i mængden af det aktive stof MDMA i forskellige ecstasy-piller, hvilket gør forgiftningsrisikoen for indtagelsen større. Variationsintervallet af renheden i heroinen, kokain og amfetaminen er ligeledes stor, dog er den ikke særlig anderledes end i tidligere år. Det store variationsinterval af renheden og koncentrationen i de forskellige stoffer ses over hele landet.

Der er ikke i 2003 fundet nye stoffer blandt de analyserede beslag. Metamfetamin optræder imidlertid i stigende grad på det illegale marked – både alene og blandet med amfetamin. Herudover er for første gang i 2003 fundet en stofprøve blandt politiets beslag, hvor MDMA forekommer blandet i en pulverprøve med heroin.

Ser man på stoffordelingen af beslag på gadeplan (i det stikprøvebaserede gadeplanprojekt), ses over de senere år en klar tendens til, at heroinbase til rygeheroin beslaglægges stadig hyppigere end den hvide heroin til injektion. Hvad angår prøver af kokain er disse steget markant på gadeplan og er nu langt overgået antallet af prøver med amfetamin. Der er dog stadig markante forskelle mellem byerne i forhold til, hvilke type stoffer, der hyppigst optræder. Amfetamin dominerer i Ålborg, heroin og kokain dominerer i København, mens heroin dominerer i både Århus og Esbjerg.

### 10.2 Stoffernes vej til Danmark

Rigspolitiet vurderer i rapporten ”Rapport om organiseret kriminalitet i Danmark 2003”, at Marokko stadig er det væsentligste producentland af hash i forhold til det danske marked (Rigspolitiet 2004). Ligeledes er Spanien og Holland i den forbindelse stadig de vigtigste distributionslande, men der ses nu også antydninger af, at nye persongrupper – polakker og personer med tilknytning til gadebandemiljøer - forsøger at etablere sig på det danske hashmarked. Med hensyn til heroinen, kommer stadig langt den overvejende del ifølge Rigspolitiet til Danmark fra Sydvestasien, mens både amfetamin og ecstasy, der beslaglægges i Danmark, formodes primært at være produceret i Holland og Belgien. Hvor amfetamin og ecstasy i hovedtræk beslaglægges ved landegrænsen, beslaglægges kokainen i stort omfang i danske lufthavne med internationale forbindelser.

### 10.3 Beslaglæggelser af stoffer på det illegale marked

Politi og toldvæsen opgør løbende mængden af beslaglagt illegalt stof samt antallet af beslag af illegale stoffer, som foretages ved grænserne, lufthavne og havne i forbindelse med større efterforskningsager samt på gadeplan. Oplysninger om beslagene indberettes løbende til Rigspolitichefens Efterforskningsstøttecenter (NEC), som udarbejder og publicerer en årlig statistik (Politiets Narkotikastatistik 2004).

<sup>17</sup> Resultater af de særlige Retskemiske analyser er baseret på stofprøver i henholdsvis det såkaldte Gadeplanprojektet og i overvågningen af ecstasy-piller, som omtales senere i kapitlet.

Tabel 10.3.1. i annekset viser udviklingen i mængden og antal beslaglæggelser af heroin, kokain, amfetamin og hash fra 1991 - 2003. Fra 1995 og frem er endvidere medtaget mængde og antal beslag af ecstasy og lsd. Tabellen viser store udsving i mængden af beslaglagt stof inden for de fleste stoftyper i enkelte år.

Det fremgår af tabellen, at antallet af beslag af heroin er faldet med over 70% siden 1996, hvor antallet var på sit højeste. Mængden af beslaglagt heroin udviser ikke nogen klar tendens men var i 2003 på sit absolut laveste niveau med 16,3 kg. Antallet af beslaglæggelser af hash steg fra 2002 – 2003, ligesom mængden steg fra 2635 kg til 3829 kg. Antallet af beslaglæggelser af amfetamin og ecstasy er nogenlunde konstante, mens mængden af beslag for begge stoffer er steget markant fra 2002 -2003. Antal beslag af kokain er steget jævnt fra 1999 til 2003. Men hvor mængden af beslaglagt kokain de senere år har været faldende, blev der i 2003 beslaglagt i alt 104 kg. kokain, hvilket er den højeste mængde i hele perioden tilbage til 1991. Der findes dog enkelte store beslag i 2003.

### Overvågning af narkotika i illegal forhandling på brugerniveau

Formålet med det såkaldte ”Gadeplanprojekt” er dels at følge udviklingen mellem priser og stofkoncentration som indikator for forholdet mellem udbud og efterspørgsel på det illegale marked, dels at identificere forekomsten af ”farlige stoffer” samt at vurdere hyppigheden og lokaliteten af stoffer med høj koncentration. Endelig har den løbende monitorering til formål at følge introduktionen af nye stoffer på det illegale marked.

Datamaterialet i Gadeplanprojektet bestod i 2003 af stikprøvebaserede små beslag fra 5 politikredse i Danmark (København, Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg), som afleveres til analyse hos de retskemiske institutter<sup>18</sup>. Af tabel 10.3.2. fremgår fordelingen af beslaglagte stoftyper på landsplan fra 1996 til 2003<sup>19</sup>.

Ud af de 188 analyserede prøver i 2003 bestod 52% af de centralstimulerende stoffer amfetamin og kokain. Hvad angår kokainen er andelen af prøver med kokain i gadeplanprojektet steget markant fra projektets start, mens andelen af prøver med amfetamin har været stabilt gennem årene.

Forekomsten af metamfetamin er øget i forhold til tidligere år og er derfor fra i år medtaget selvstændigt i tabellen nedenunder. 4% af det samlede antal prøver bestod af metamfetamin. Yderligere 4% af prøverne indeholdt forskellige stofblandinger, herunder enkelte prøver med kombination af metamfetamin og amfetamin. For første gang i projektet har man en pulverprøve, hvor MDMA (ecstasy) forekommer blandet med heroin. Prøven stammede fra et stofbeslag i Esbjerg.

39% af samtlige prøver i 2002 var heroin. Heroin er stadig det hyppigst forekommende stof på landsplan. Der er dog på landsplan et markant fald i andelen af heroinprøver fra 1996 til i dag, da 57% af samtlige prøver i 1996 var heroin. I København er heroin og kokain de dominerende stoffer (hver med 45% af alle prøver), mens amfetamin dominerer i Aalborg (65% af alle prøver). Både i Århus og Esbjerg dominerer heroin (henholdsvis i 44 og 38% af alle prøver).

<sup>18</sup> Ved den retskemiske undersøgelse registreres identiteten af det illegale stof samt eventuelle tilsætningsstoffer. Endvidere bestemmes prøvens renhed og vægt.

<sup>19</sup> Gadeplanprojektet omfatter ikke hash eller andre cannabisprodukter.

Tabel 10.3.2.

Fordeling imellem stoftyper på brugerplan 1996-2003

År Stof	1996* n = 212	1997* n = 217	1998* n = 208	1999* n = 216	2000 n = 188	2001 n = 152	2002 n = 198	2003 n = 188
Heroin	57%	60%	56%	45%	44%	45%	40%	39%
Amfetamin	23%	26%	17%	23%	17%	22%	24%	20%
Kokain	14%	9%	23%	27%	24%	22%	30%	32%
Ecstasy	3%	1%	<1%	3%	7%	9%	2%	-
Metamfetamin**	-	-	-	-	-	-	-	4%
Andet euforiserende/ stofblandinger	1%	1%	1%	1%	5%	1%	3%	4%
Ikke euforiserende	2%	3%	1%	<1%	3%	1%	2%	1%
I alt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Kaa et al. 1997, Kaa et al. 1998, Kaa et al. 1999, Kaa et al. 2000, Kaa et al. 2001, Kaa et al. 2002, Kaa et al. 2003, Kaa et al. 2004.

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

\*\* Forekomsten af prøver med ren metamfetamin har været markant stigende fra 2002-2003, hvorfor stoffet fra 2003 står i en kategori for sig i tabellen. Metamfetamin forekommer sjældent og sporadisk i de tidligere år, og er indeholdt i kategorien "andre euforiserende/stofblandinger indtil 2003. I den sidstnævnte kategori for hele perioden, er endvidere indeholdt de prøver, hvor metamfetamin optræder i kombination med andre stoffer.

Af tabel 10.3.3 i annekset ses fordelingen imellem heroinbase ("rygeheroin") og heroinklorid (hvid heroin til injektion) fra 1996-2003. Fra 1996 til i dag, bliver der registreret en større og større andel af heroinbase blandt heroinprøverne. I 2003 var fordelingen af heroinbase og heroinklorid henholdsvis 84% og 16% på landsplan. Hverken i København eller i Århus var der prøver med heroinklorid men alene prøver med heroinbase. I Odense var der i 2003 lige mange prøver med heroinklorid som heroinbase, hvilket er en stigning i andelen af prøver med heroinbase sammenlignet med tidligere år.

Af tabel 10.3.4. fremgår renheden af de forskellige stoffer fra 1996 til 2003 i Gadeplanprojektets stikprøver. Medianen for renheden af hvid/beige heroinklorid har fra 1996 til 2003 ligget mellem 50% og 71%, og var i 2003 64%. Variationsintervallet var stort – fra 34-81%. Der er ikke signifikant forskel på renheden af heroinklorid i 2003 sammenlignet med tidligere år.

Tabel 10.3.4.

Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1996-2003 (Median af aktivt stof)<sup>20,21</sup>

	1996*	1997*	1998*	1999*	2000	2001	2002	2003
Heroinklorid	64%	71%	70%	69%	59%	52%	50%	64%
Heroinbase	43%	32%	31%	30%	40%	48%	25%	25%
Amfetaminsulfat	15%	16%	15%	9%	12%	9%	13%	9%
Kokainklorid	58%	57%	51%	54%	37%	43%	36%	37%

Kilde: Kaa et al. 1997, Kaa et al. 1998, Kaa et al. 1999, Kaa et al. 2000, Kaa et al. 2001 og Kaa et al. 2002, Kaa et al. 2003, Kaa et al. 2004

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

For heroinbase var medianen for renheden 25% i 2003. Renheden af heroinbase er ikke anderledes end i 2002, men er i begge disse år signifikant lavere end i 2001 og 2000. Variationsintervallet for renheden i 2003 var, som ved heroinklorid, stort (1-76%).

20 Fra 1. januar 2002 angiver de retskemiske afdelinger renheden (koncentrationen) af illegale stoffer som procent aktivt stof, hvorfor denne opgørelse adskiller sig lidt fra opgørelser i tidligere årsrapporter.

21 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.

For amfetamin fandtes, som i tidligere år mange prøver med lav renhed. Medianen var 13%, og variationsintervallet er bredt (2-34%). Renheden var i 2003 på samme niveau som de seneste år, men lavere end i midten af 1990'erne.

Der har ikke været signifikante forskelle på renheden af kokain i de seneste år. Medianen for renheden var i 2003 37%, og variationsintervallet var i 2003 stort (7-81%).

Der fandtes i 2003, som i tidligere år, ikke væsentlig forskel i renheden af de enkelte illegale stoffer beslaglagt i forskellige dele af landet, men overalt sås et stort variationsinterval. I alle politikredse fandtes til stadighed stoffer af både lav og høj renhed på markedet samtidigt. For ingen af stofferne var det muligt at udpege perioder af året, hvor renheden var specielt høj eller lav.

Ved en sammenligning imellem Gadeplanprojektets prøver og rutineprøverne<sup>22</sup> foretaget på de retskemiske institutter var der, som tidligere år, ingen forskel i renheden af heroin, amfetamin eller kokain. Der er derfor ingen tegn på, at stofferne fortyndes før salg på gadeplan eller er af "ringere" kvalitet end stoffer handlet i større vægtmængder (Kaa et al. 2004).

### Overvågning af ecstasypiller på markedet

Monitoreringen af narkotika blev i 2001 endvidere udvidet, idet Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Rigspolitiet og de tre retsmedicinske institutter etablerede en ecstasy-database baseret på retskemiske analyser af beslaglagte ecstasypiller i Danmark<sup>23</sup>.

Ecstasy-databasen samler systematisk analyseprøver fra samtlige beslag af ecstasy i Danmark. Der er således tale om både store og små beslag. Pillerne beskrives med hensyn til stofkoncentration, stofsammensætning og udseende. Databasen er en lukket database, hvor alene Rigspolitiet, Sundhedsstyrelsen og de retskemiske institutter har adgang. Kvartalsvis opdatering af analyseresultaterne samt en større årlig rapport findes imidlertid på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

Som led i EU-samarbejdet, sendes fotos af ecstasypiller til Europol med henblik på at fastslå, hvorvidt ecstasypiller beslaglagt i forskellige lande oprindeligt hører fra samme illegale produktionssted.

I 2003 blev der på de retskemiske institutter undersøgt i alt 61.420 tabletter (Kaa 2004). Heriblandt skønnes der at være 81 forskellige slags piller opdelt efter udseende og indhold.

Med hensyn til udseende er pillerne oftest hvide, beige eller grå og næsten altid runde. Dog var 25% af de 81 forskellige tablettyper i 2003 farvede (røde/orange, blå, grønne eller gule). Blandt prøverne i 2003 fandtes 44 forskellige logoer, hvor Smiley var det hyppigste forekomne logo, efterfulgt af Rolex, Pund og Bacardi. Halvdelen af logoerne findes kun i en variant, mens den anden halvdel findes i flere. Eksempelvis fandtes der i 2003 12 forskellige typer piller med et Smiley logo, mens der fandtes 7 varianter med Rolex logo. Siden projektets start, er det dog Mitsubishi der er set i flest varianter (25 forskellige). Piller med samme logo kan variere med hensyn til diameter, farve, vægt, højde, type og mængde af aktivt stof.

22 De retsmedicinske afdelinger undersøger regelmæssigt rutineprøver for Justitsministeriet. Prøverne indsendes typisk i forbindelse med bevisførelse i retssager og er derfor ikke sikret repræsentativitet med hensyn til geografisk udbredelse, lokalitet, vægtmængde, udtagelsestidspunkt m.v. Prøverne kommer ofte fra større beslag og afspejler derfor ikke nødvendigvis kvaliteten og fordelingen af stoffer på brugerniveau.

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

Blandt 44 fundne logoer i 2003 var 15 ikke set før. Det gjaldt for logoerne Anders And, Blomst, Bue og pil, Delfin, Dukke, Felix, Folkevogn, Lacoste krokodille, mm, Osama Bin Laden, Pund, R, Roadrunner, Tyr, xXx.

Med hensyn til indholdsstoffer er der i 2003 modsat tidligere år, ikke fundet nye og ”ukendte” indholdsstoffer i pillerne. Langt hovedparten (96%) af pillerne i 2003 indeholdt alene MDMA. Kun ca. 1% af pillerne indeholdt MDMA samt et andet stimulerende stof (MDE), mens 1% ikke indeholdt MDMA men et andet aktivt stof (MDA, DOB, 5-MeO-DIPT, PMA og PMMA). I 2003 ses igen blanding af PMA og PMMA og i samme tabletttype som i 2001 (i én af de 25 Mitsubishi-varianter). Mens 5-MeO-DIPT, der sås for første gang i 2002, var indeholdt i en kapsel, var stoffet at finde i en ottekantet tablet i 2003.

I 2003 findes tabletter med både det hidtil laveste og højeste koncentration af MDMA (1-159 mg). Den gennemsnitlige mængde af MDMA per tablet var i 2003 på 65 mg., hvilket ikke adskiller sig væsentligt fra tidligere år.

### Priser

Retskemikerne modtog i 2003 i forbindelse med Gadeplanprojektet i meget få tilfælde oplysninger om priser på narkotika, hvorfor man ikke på baggrund heraf kan sige noget om priser på stofferne.

Rigspolitiet vurderer, at prisen på gadeplan for hash er på omkring 50 kr. pr. gram. Den gennemsnitlige pris pr. gram heroin ved salg på gadeplan anslås at være mellem 1200 og 1400 kr. for den hvide heroin, og 600 kr. for den brune heroin. Priserne for kokain anslås at være svagt faldende med en gennemsnitlig pris på gadeplan på 600 kr. pr gram. For amfetamin anslås prisen pr. gram på gadeplan til ca. 250 kr., mens prisen for en ecstasy-pille anslås til at ligge mellem 50-100 kr. Hvad angår priserne på de forskellige stoffer, er der store variationer i de forskellige dele af landet<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Upubliceret fra NEC, juli 2004. Anslåede priser er pr. 1.1.04.

# 11 Buprenorfin - behandling, misbrug og ordinationspraksis

## 11.1 Indledning

Metadon var indtil 1999 det eneste præparat, der kunne anvendes i substitutionsbehandlingen i Danmark. Med indregistreringen af buprenorfin i 1999 blev substitutionsbehandlingen af opioidafhængig mere nuanceret. Buprenorfin har i mange henseender i relation til visse grupper af stofmisbrugere en mere hensigtsmæssig farmakologisk profil end metadon, hvilket har kunnet bidrage til en bedre substitutionsbehandling generelt. Erfaringerne fra dansk praksis og fra udenlandske undersøgelser peger på, at buprenorfin de kommende år vil indtage en større plads i substitutionsbehandlingen i Danmark.

## 11.2 Behandling med Buprenorfin

Buprenorfin har været indregistreret til substitutionsbehandling af opioidafhængige siden maj 1999 og har været anvendt i substitutionsbehandlingen siden (Petersen et al. 2000). Rammer for behandling af stofmisbrugere findes i en række love, som vedrører sundheds- og socialvæsen, og selve den lægelige behandling med Buprenofin reguleres via §5f, og §6 i "Lov om udøvelse af lægegerning" (Lov nr. 435, Lov nr. 944, Lov nr. 267, Lov nr. 272) samt Sundhedsstyrelsens cirkulære af 2003 om ordination af afhængighedsskabende medicin (Sundhedsstyrelsen 2003a).

### Retningslinier for substitutionsbehandling

Substitutionsbehandling skal altid være ledsaget af en psykosocial indsats, der retter sig mod stofmisbrugerens fysiske, psykiske og sociale problemstillinger. I henhold til Sundhedsstyrelsens cirkulære af 2003 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler er indikationerne for behandling både med buprenofin og methadon således følgende.

- Ordinationen af substitutionsbehandling med buprenorfin eller metadon skal følge en lægelig behandlingsplan, som igen indgår som en del af en større social handleplan
- Beslutningen om at tilbyde substitutionsbehandling skal ses i lyset af, hvorvidt substitutionsbehandling er relevant i forholdt til at realisere de mål, der indgår i disse planer.

Herudover er der en række supplerende overvejelser/betingelser som skal være opfyldt. For det første, skal stofmisbrugeren være afhængig af opioider som defineret i WHO ICD-10: "Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser" (F11.2). Herudover skal stofmisbrugeren ønske behandlingen. Dette indebærer for det første, at behandlingen er frivillig, og for det andet, at ønsket om denne behandlingsform (substitutionsbehandling) skal tillægges betydelig vægt. Endelig skal andre relevante behandlingsalternativer være overvejet. Substitutionsbehandling er en krævende behandlingsform, hvor stofmisbrugeren og behandlingsinstitutionen binder sig i et forpligtende samarbejde over en ukendt, men ofte meget lang tidsperiode.

På grund af den lave toksicitet og den formentlig ringere udvikling af afhængighed, er buprenorfin anbefalet som førstevalgspræparat til yngre og nye, primært opioide-afhængige stofmisbrugere, der ikke har været i behandling før. Til afgiftning fra et misbrug af kort-tidsvirkende opioider, skønnes buprenorfin således at være et hensigtsmæssigt præparat. Abstinenssymptomerne under afgiftning er beskedne, uanset om man afslutter behandlingen af buprenorfin brat eller nedtrapper dosis over dage eller uger. Ved afgiftning af personer i metadonbehandling bør metadondosis reduceres til 20-40 mg, og buprenorfin først påbegyndes tidligst 24 timer efter seneste metadondosis for at undgå at fremprovokere abstinenssymptomer.

Generelt anbefales *metadon* som substitutionsbehandling til opioidafhængige gravide. Da der ikke foreligger tilstrækkelig erfaringer med brug af buprenorfin i graviditeten, anbefales det derfor, at gravide i substitutionsbehandling med buprenorfin normalt skifter til metadon. Hensynet til den obstetriske behandling kan dog tale for, at gravide i stabil buprenorfin behandling kan fortsætte med denne.



### Ordinationsret til substitutionsbehandling

For behandling af patienter med stofmisbrugsproblemer gælder særlige forhold idet substitutionsbehandling med både buprenorfin og metadon kun kan foretages af læger ansat i kommunale stillinger samt i Kriminalforsorgen. Enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed (ca. 10 dage) kan dog foretages af alle læger (Sundhedsstyrelsen 2003a).

Retten til ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i substitutionsbehandling med både buprenorfin og metadon af stofmisbrugere kan efter aftale i nærmere bestemte tilfælde uddelegeres til anden læge, herunder en alment praktiserende læge. Embedslægeinstitutionen skal underrettes om delegering af behandlingen. I praksis vil delegering af substitutionsbehandling til alment praktiserende læger oftest forekomme i tilfælde af stabil længerevarende substitutionsbehandling hos stofmisbrugere med højt funktionsniveau, dvs. misbrugsmæssigt og socialt stabile. Skulle den alment praktiserende læge ønske at ophøre med substitutionsbehandlingen igen, skal den uddelegerende læge overtage ansvaret for behandlingen af den pågældende stofmisbruger (Sundhedsstyrelsen 2003a).

### Stofmisbrugere i behandling med buprenorfin

Som nævnt i kapitel 4, skønnes der at være 25.500 stofmisbrugere i Danmark. Man må formode, at langt hovedparten af disse er afhængige af heroin eller andre opioider. I 2003 var 12.317 forskellige personer i behandling for stofmisbrug, heraf 4370 i stoffri behandling. Metadon udgør fortsat kvantitativt det absolut dominerende medicinske tilbud som længerevarende, eventuelt tidsbestemt behandling af stofmisbrugere med sigte på en stabiliserende fysisk, psykisk og psykosocial effekt. 483 stofmisbrugere var i substitutionsbehandling med BUB i 2003 (Sundhedsstyrelsen 2003).

Der er flere grunde til, at metadon stadig dominerer som substitutionsstof i Danmark. Blandt andet har der været en lang 'metadonkultur' - strækkende sig tilbage til 1970 - hos både stofmisbrugerne og lægerne. Også den generelle antagelse at buprenorfin har været betragtet som "metadon light" og fundet specielt velegnet til yngre og personer med en ikke alt for udtalt afhængighed, har begrænset antallet af stofmisbrugere i behandling med buprenorfin. Herudover har den store prisforskel medvirket til, at buprenorfin overvejende anvendes til korterevarende substitutionsbehandling (buprenorfin har været op til 8 x dyrere end metadon, men prisen de senere år er faldet noget).

I Kriminalforsorgen opstartes aldrig substitutionsbehandling med buprenorfin, men personer som forud for afsoning var i behandling med buprenorfin, vil som regel kunne fortsætte med denne.

Som anført ovenfor er den generelle karakteristik af stofmisbrugere i behandling med buprenorfin, at de er yngre og ikke har en alt for udtalt afhængighed, og der vil sjældent være tale om længerevarende substitutionsbehandling.

Af den årlige lægemiddelstatistik fra den danske lægemiddelstyrelse fremgår, at det generelle forbrug af buprenorfin i Danmark i de senere år for aldersgruppen 20-50 år er ændret. Hvor antallet af personer i behandling har været nedadgående, har antallet af døgndoser været stigende. Dette er foreneligt med, at buprenorfin i stigende grad anvendes som led i substitutionsbehandling, hvor flere døgndoser pr. person er påkrævet (Hesse 2003).

Siden buprenorfin blev indregistreret til substitutionsbehandling i 1999, er antallet af stofmisbrugere i substitutionsbehandling med buprenorfin steget gradvist, primært på grund af den store øgning i antallet af stofmisbrugere i substitutionsbehandling generelt, men også på grund af større brug af buprenorfin i substitutionsbehandlingen.



Andelen af substitutionsbehandlede, der tilbydes buprenorfin, udgør 10% af den samlede substitutionsbehandling for opioidafhængighed i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2003b; Schering-Plough 2004).

Der gives ingen formel undervisning i behandling med buprenorfin. Men uddannelse af læger og sygeplejersker i de amtslige behandlingsinstitutioner for stofmisbrugere er foregået i et vist omfang i samarbejde med medicinalindustrien, ved større symposier i samarbejde med et lægevidenskabeligt selskab (Dansk Selskab for Addiktiv Medicin) samt i mindre omfang lokalt i de enkelte institutioner.

Aktuelt foregår der ingen evaluering eller særlige studier/forskningsprojekter om brugen af buprenorfin som substitutionsstof i behandlingen af stofmisbrugere i Danmark.

### 11.3 Misbrug af buprenorfin

Sundhedsstyrelsens Landsdækkende register over stofmisbrugere, der modtager eller har modtaget behandling, overvåger løbende indskrivninger til behandling for illegalt misbrug i Danmark.

Ud fra registret er det muligt at få oplysninger om, hvilke rusmidler der søges behandling for. I skemaet kan den behandlingssøgende stofmisbruger oplyse om op til 14 forskellige rusmidler, og af disse kan det primære stof (det stof klienten foretrækker at bruge) samt sekundære stoffer registreres (Sundhedsstyrelsen 2003b).

I 2003 angav 6,3 % at have brugt buprenorfin inden for den sidste måned inden indskrivning i behandling. Antallet af henvendelser hvor stofmisbrugere har ønsket behandling med angivelse af buprenorfin som det primære stof, udgør 1%.

Der er registreret regionale forskelle, idet anvendelse af buprenorfin, både som det primære stof og som sidestof, ses hyppigere i provinsen end i storbyregionerne. En del af denne forskel kan formentlig tilskrives forskelle i behandlingstilbudene i de enkelte amter, og at adgangen til behandling generelt er lettere i storbyerne.

Alt i alt kan konkluderes, at buprenorfin tilsyneladende ikke spiller nogen stor rolle som misbrugsstof blandt behandlingssøgende misbrugere i Danmark.

Der er rapporteret om et mindre antal mennesker, der misbruger buprenorfin ved at sniffe det og ved at injicere det. Generelt er indtrykket imidlertid, at buprenorfin indtages langt overvejende som foreskrevet, dvs. som sugetablet under tungen.

Der er ikke specielle skadesreducerende tiltag i forhold til buprenorfin. Misbrug af buprenorfin er omfattet af den generelle skadesreducerende indsats i Danmark som blandt andet indebærer nem adgang til behandling, relativ nem adgang til gratis kanyler, samt opsøgende gadearbejde.

Man må formode, at Benzodiazepiner, kokain og alkohol, som generelt er hyppigt anvendte misbrugsstoffer, også anvendes sammen med buprenorfin. Hvad angår det illegale brug af buprenorfin, er dette sandsynligvis meget begrænset.

Hvad angår gruppen af misbrugere med buprenorfin, er det i sagens natur svært at beskrive denne. Observationer fra stofscenen og behandlingsstederne melder imidlertid om, at buprenorfin primært købes illegalt af personer, der ønsker at afgifte sig fra et opiatmisbrug uden at komme i kontakt med behandlingssystemet (Hesse 2003).

Klienter i substitutionsbehandling med buprenorfin er generelt indstillet på alene at indtage den anbefalede og foreskrevne buprenorfin-dose. De har herudover relativ nem adgang til læge med henblik på justering af dosis. Således må det antages, at antallet af klienter i behandling, som ønsker at skjule et sidemisbrug af buprenorfin, er lavt.

#### **Rapporterede sundhedsmæssige konsekvenser**

Der rapporteres og systematiseres ikke specielt for de eventuelle sundhedsmæssige skader for misbrug med buprenorfin. Generelt er den høje forekomst af misbrugsrelaterede somatiske sundhedsproblemer relateret til intravenøst misbrug og derfor sjældent forekommende ved misbrug af buprenorfin.

Der foretages ikke rutinemæssig toksikologisk screening for buprenorfin ved narkotikarelaterede forgiftningsdødsfald generelt. Derimod screener Retsmedicinsk Institut i København rutinemæssigt for buprenorfin ved forgiftningsdødsfald og herfra oplyses, at man i 2002 i ganske få tilfælde (i to ud af i alt 140 dødsfald) har påvist buprenorfin (Steentoft, personlig meddelelse). Der er imidlertid ikke registreret forgiftningsdødsfald, hvor forgiftningen var forårsaget af buprenorfin alene.

Der foreligger ingen specifikke undersøgelser, evaluering, og uddannelse i relation til misbrug med buprenorfin.

## 12 Behandling som alternativ til fængselsstraf

### 12.1 Indledning

Kriminalforsorgens formål er at medvirke til at begrænse kriminaliteten. Som en følge af dette formål må al behandling i Kriminalforsorgen sigte mod at give den dømte bedre mulighed for at leve en kriminalitetsfri tilværelse.

Formodningen er, at forbedrede livsvilkår, såvel helbredsmæssigt som socialt, alt andet lige giver mindre tilbøjelighed til at begå kriminalitet. Behandlingen af stofmisbrugere i kriminalforsorgen retter sig derfor ikke udelukkende mod kendte og/eller formodede krimogene faktorer, men sigter også mere bredt mod at styrke livsvilkårene for de dømte. Kriminalforsorgen lægger vægt på, at der gennemføres en bredspektret indsats for både aktive og forhenværende stofmisbrugere med henblik på at sikre stoffri miljøer i fængslerne. I det omfang det er forsvarligt og hensigtsmæssigt, er der mulighed for at træffe bestemmelse om alternativ strafafsoning, dvs. afsoning af straffen på en behandlingsinstitution uden for fængsel eller arresthus.

Udgangspunktet for behandlingsvirksomhed i kriminalforsorgen er, at det primært er det almindelige behandlingssystem, der skal benyttes. Baggrunden herfor er, at Kriminalforsorgen med sit relativt lille klientunderlag ikke vil kunne opbygge tilstrækkeligt differentierede behandlingstilbud af samme kvalitet, som der tilbydes i det almindelige behandlingssystem. Kun i de tilfælde, hvor hensynet til retshåndhævelsen eller sikkerheden udelukker brugen af eksterne behandlingstilbud, skal Kriminalforsorgen så vidt muligt selv tilbyde relevant behandling.

Behandlingstilbud over for kriminelle stofmisbrugere må i videst muligt omfang tage hensyn til individuelle behov, og den behandling, som iværksættes med bistand fra Kriminalforsorgen, skal tilrettelægges, så den kan være med til at forebygge, at stofmisbrugeren begår ny kriminalitet.

Dette betyder, at Kriminalforsorgen i den konkrete sag skal arbejde aktivt på fremskaffelse af relevante behandlingstilbud fra de amtslige og kommunale myndigheder. For behandlingsmotiverede afsonere bør behandling så vidt muligt tilbydes enten som behandlingsbetinget afsoning uden for fængslet i medfør af straffuldbyrdslovens § 78 eller i forbindelse med (prøve)løsladelsen.

Den danske politik for så vidt angår behandlingen af kriminelle stofmisbrugere er beskrevet i ”Kampen mod narko”, regeringens handlingsplan mod narkotikamisbrug (oktober 2003).

### 12.2 Regelgrundlaget og visitationsbestemmelser

Hjemlen til behandlingsbestemt afsoning blev indført i straffeloven i 1973 og findes i dag i §78 i lov nr. 432 af 31. maj 2000 om fuldbyrdelse af frihedsstraf mv.

Straffuldbyrdslovens § 78 giver mulighed for, at en fængselsstraf kan afsones i en behandlingsinstitution, når den dømte har behov for særlig behandling eller pleje, som i væsentlig grad kan tilgødeses i den pågældende behandlingsinstitution.

Bestemmelsen om anbringelser på behandlingsinstitution i medfør af straffuldbyrdslovens §78 kan komme på tale i forhold til nærmere bestemte målgrupper og i særlige situationer, og kun hvor man i den indsattes egen interesse og uden at komme i konflikt med strafanvendelsens formål bør anvende et andet institutionsmiljø end det fængselsmæssige. Anbringelse i henhold til straffuldbyrdslovens §78 forudsætter at den dømte på forhånd har givet sit samtykke til en sådan anbringelse. Begrundelserne for at give mulighed for alternativ afsoning er dels humane og dels kriminalpræventive. Det er for det første ønskeligt, at den enkelte dømte ikke på grund af fængselsstraffen afskæres fra en påkrævet behand-

ling. Dernæst er det formålstjenligt at give den indsatte en behandling, som forbedrer den pågældendes muligheder for at klare sig uden kriminalitet efter løsladelsen og således udnytte en afsoningsperiode til at få den dømte behandlet for kriminalitetsfremmende faktorer, som f. eks. stof - eller alkoholmisbrug.

Anbringelse kan finde sted såvel i behandlingsinstitutioner uden for Kriminalforsorgen som i Kriminalforsorgens egne pensioner.

Bekendtgørelse nr. 571 af 5. juli 2002 om anbringelse af dømte i institution m.v. uden for fængsel eller arresthus (§ 78 - bekendtgørelsen) med tilhørende cirkulære nr. 94 af 16. maj 2001 om anbringelse af dømte i institution m.v. uden for fængsel eller arresthus fastlægger de nærmere regler for udmøntningen.

Anmodning om afsoning efter straffuldbyrdelseslovens §78 indsendes enten af en af kriminalforsorgens afdelinger i frihed, et arresthus eller en afsoningsinstitution. Før sagen sendes til eller afgøres af Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen, skal der træffes aftale med det ønskede anbringelsessted samt så vidt muligt foreligge betalingstilsagn fra det amt eller den kommune, den dømte hører hjemme i.

### **Moderanstalten**

En moderanstalt er et af landets 13 fængsler. Hvis strafudståelsen har været iværksat i et fængsel, hvorfra stofmisbrugeren overføres til en §78-institution, vil dette fængsel typisk blive moderanstalt. Som moderanstalt har fængslet pligt til dels at udfærdige et bevis for anbringelsen til den dømte, foretage strafberegning, hvis straffuldbyrdelse ikke allerede er iværksat, behandle eventuelle spørgsmål om tilbageførsel eller overførsel fra institutionen til moderfængslet eller til andet fængsel eller arresthus, indstille til direktoratet om eventuel tilbagekaldelse af §78-beslutningen, hvis stofmisbrugeren har overtrådt vilkårene for anbringelsen, samt behandle spørgsmålet om prøveløsladelse, benådning og prøveudskrivning.

Herudover har den visiterende part i samarbejde med den indsatte stofmisbruger pligt til at udarbejde en handleplan, det vil sige en plan for strafudståelsen og tiden efter løsladelsen efter reglerne i straffuldbyrdelseslovens § 31, stk. 2. Under en §78-anbringelse bør handleplanen koordineres med den dømtes hjemkommune samt eventuelt det amtslige misbrugscenter, således at der er overensstemmelse mellem kriminalforsorgens og de amtslige / kommunale myndigheders handleplaner.

Muligheden for §78-anbringelse overvejes typisk som et led i planerne for udslusning. Udslusningen forberedes og tilrettelægges i handleplansarbejdet under afsoningen og benyttes primært i tilfælde, hvor der udover udslusningsbehovet er et behov for behandling af enten misbrugs- og/eller sociale og personlige problemer.

Hvis en - typisk korttidsstraffet - domfældt, der ønskes anbragt på behandlingsinstitution i medfør af §78, befinder sig på fri fod efter domsafsigelsen, vil den pågældende ofte blive anbragt direkte på en behandlingsinstitution allerede fra afsoningens begyndelse. I disse tilfælde er visitations- og sagsproceduren den samme som beskrevet ovenfor. Direktoratet for Kriminalforsorgen udvælger et fængsel til at være moderanstalt.

### **Anklagemyndigheden**

Der er i visse tilfælde pligt til at høre anklagemyndigheden, inden der træffes afgørelse om §78-anbringelse. Dette gælder navnlig, hvis den pågældende har begået person- og alment farlig kriminalitet, seksualkriminalitet samt lovovertrædelser af særlig grov eller professionel karakter, hvor Kriminalforsorgens institutioner ville have pligt til at høre anklagemyndigheden i forbindelse med behandling af spørgsmålet om udgang. Normalt er anklagemyndigheden positivt indstillet overfor §78 - anbringelse.

### Tilsynsmyndigheden og de sociale myndigheder

Det er som udgangspunkt en af Kriminalforsorgens afdelinger i frihed, der er tilsynsmyndighed. Afdelingens arbejde med at føre tilsyn med en §78-anbragt består typisk i at påse, at stofmisbrugeren overholder de vilkår, der er fastsat for den pågældende. Det er typisk vilkår om at overholde institutionens regler, følge den behandling eller de aktiviteter, der tilbydes på institutionen, ikke at forlade institutionen med mindre det er aftalt med personalet, samt ikke at begå nyt strafbart forhold. Konstaterer tilsynsmyndigheden, at pågældende overtræder vilkårene for sit ophold på behandlingsstedet, skal han eller hun tilbageføres eller overføres til moderanstalten. Det samme gælder, hvis stofmisbrugeren bliver bortvist fra behandlingsinstitutionen, for eksempel fordi han overtræder de vilkår, der er fastsat for hans ophold.

Endelig skal stofmisbrugeren, hvis han selv ønsker det, umiddelbart tilbageføres eller - hvis han har været anbragt direkte i behandlingsinstitutionen allerede fra afsoningens begyndelse - overføres til moderinstitutionen.

Herudover skal tilsynsmyndigheden bl.a. i samarbejde med moderanstalten, jf. ovenfor, forberede stofmisbrugerens løsladelse som en integreret del af handleplanen, herunder etablere kontakt til eksempelvis de sociale myndigheder, ansøge om økonomiske ydelser i forbindelse med løsladelse, ansøge om økonomisk dækning for udgifter til eventuel efterbehandling m.v. I forbindelse med behandling af spørgsmålet om eventuel prøveløsladelse, benådning eller prøveudskrivning skal tilsynsmyndigheden afgive udtalelse til moderanstalten om forslag til vilkårsfastsættelsen herunder varigheden af et eventuelt tilsyn. Anbringelsen betales af stofmisbrugerens hjemkommune.

### Offentlig debat

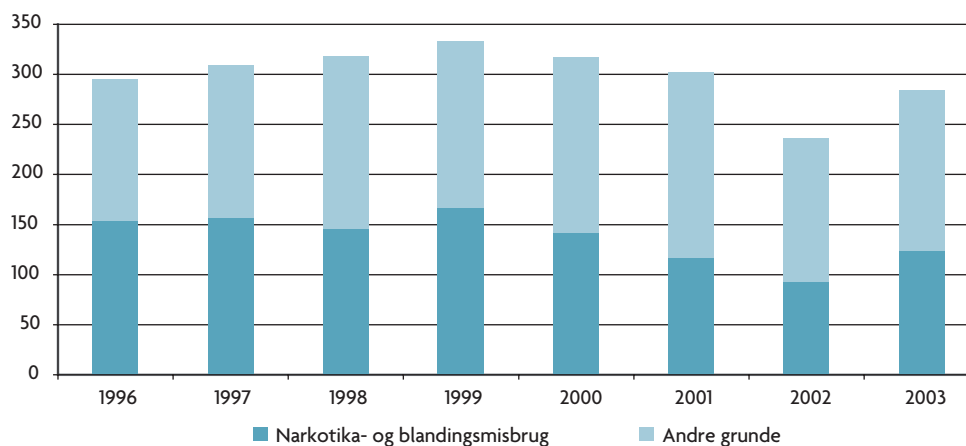
Anvendelsen af behandlingsbestemt afsoning til stofmisbrugere har ikke givet anledning til særlig debat i medierne. Der er i Danmark generelt en positiv indstilling til at stofmisbrugere – herunder også kriminelle stofmisbrugere - skal i behandling. Debatten i medierne har koncentreret sig om problemer med stoffer i fængslerne og hvilke foranstaltninger, der kan træffes for at begrænse forekomsten af stoffer i fængslerne.

## 12.3 Anvendelsen af behandlingsbestemt afsoning uden for fængsel

Ordningen med at lade visse dømte afsones deres straf på en behandlingsinstitution i stedet for fængsel har været benyttet siden 1985. Siden midten af 90'erne har der været ca. 300 anbringelser årligt, heraf ca. halvdelen begrundet i stofmisbrug.

Nedenstående figur viser udviklingen i anvendelsen af behandlingsbestemt afsoning generelt og sammenholdt med antallet af anbringelser på indikationen narkotika- og blandingsmisbrug. Det bemærkes, at figuren omfatter såvel §78-anbringelser på Kriminalforsorgens egne pensioner, som på døgninstitutioner i det almindelige behandlingssystem. Ca. 1/4 af anbringelserne skete på Kriminalforsorgens egne pensioner, men de øvrige anbringelser skete på døgninstitutioner uden for Kriminalforsorgen.

Figur 12.3.1.  
§78 anbringelser 1996-2003



Straffuldbyrdsloven sætter ikke nogen særlige grænser for, hvilke typer institutioner, der kan benyttes til behandlingsbestemt afsoning. I praksis benyttes socialpædagogiske døgninstitutioner inden for det almindelige behandlingssystem herunder private behandlingstilbud. Mange af disse arbejder ud fra Minnesota-baserede behandlingsprincipper. Endvidere benyttes Kriminalforsorgens egne pensioner.

Siden Danmark i 2002 indførte behandlingsgaranti for stofmisbrugere har Kriminalforsorgen ikke oplevet, at der var problemer med at få skaffet behandlingspladser til stofmisbrugere, som skulle anbringes i en behandlingstilbud.

I de institutioner, som Kriminalforsorgen benytter, er der hovedsagligt ansat personale med socialfaglig baggrund. Hovedstammen i personalet udgøres af socialpædagoger. Der er ligeledes tilknyttet socialrådgivere, psykologer samt læger. De Minnesota-baserede behandlingstilbud benytter i udstrakt grad tidligere stofmisbrugere, som behandlere. Disse har ofte gennemgået en behandleruddannelse.

I Kriminalforsorgens egne pensioner er personalet typisk pædagogiske assistenter, socialrådgivere samt fængselsfunktionærer.

### Retningslinier for god behandling

Kriminalforsorgen udsendte i 2000 "Principper for behandling af stofmisbrugere i Kriminalforsorgen". Disse principper indeholder en beskrivelse af de overordnede principper i forhold til narkobehandling i Kriminalforsorgen. Kriminalforsorgen lægger vægt på, at principperne for behandlingen af stofmisbrugere fremstår som en integreret del af Kriminalforsorgens generelle principprogram og skal kunne anvendes i det daglige arbejde af medarbejderne på alle niveauer. De overordnede behandlingsprincipper skal give mulighed for at skabe en fælles opfattelse af behandlingsarbejdet i alle institutioner og hos medarbejderne i Kriminalforsorgen, skabe rammer for udvikling, herunder udvikling af faglige kompetencer hos Kriminalforsorgens personale, sikre lige muligheder for tilbud om behandling til hele Kriminalforsorgens klientel, forbedre forholdet til og samarbejdet med det almindelige behandlingssystem, sikre balancen mellem straf og kriminalitetsforebyggende behandling, skabe synlighed for så vidt angår Kriminalforsorgens politik på behandlingsområdet over for offentligheden, klienter/indsatte og personalet, optimering af ressourceanvendelsen, og give ledelsen/ledelserne et styrings- og måleredskab.

Disse principper gælder ikke kun for behandling af stofmisbrugere, men også for kriminalforsorgens behandlingsevne som helhed og er udsendt til Kriminalforsorgens samarbejdspartnere inden for det almindelige behandlingssystem.

Der foretages altid en vurdering af kriminalitetens art samt dommens længde i relation til sikkerhed og den almindelige retsfølelse i forbindelse med ansøgninger om en §78-anbringelse. Dernæst vurderes den dømtes motivation og evne til at kunne gennemføre behandlingen. Derudover er der ingen begrænsninger i målgruppen for så vidt angår stofmisbrugere; alle misbrugere uanset misbrugets art, pågældendes alder, køn eller andre forhold tilhører målgruppen for ordningen. Det er således ikke afgørende, om man er stoffri, under afgiftning, i substitutionsbehandling eller aktivt misbrugende for at komme i betragtning. Ideen med ordningen er netop, at behandlingstilbuddet så vidt muligt skal være tilpasset det enkelte individs behov, hvilket er i tråd med Kriminalforsorgens politik på hele behandlingsområdet.

## 12.4 Evaluering og forskning

Kriminalforsorgens institutioner indberetter løbende alle anbringelser i medfør af straffelovens §78 til Direktoratet for Kriminalforsorgen. Indberetningerne viser, at der i 2003 var 124 anbringelser på indikationen stofmisbrug og blandingsmisbrug. De tidligere år har ca. tre fjerdedele af disse været anbragt på kommunale og amtskommunale institutioner m.v., mens resten har været anbragt på Kriminalforsorgens egne pensioner. Indberetningerne systematiseres internt og en mere detaljeret afrapportering er under forberedelse.

### Alternativ afsoning efter Straffelovens §78

Af en undersøgelse udarbejdet af Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA 2001) om effekten af anvendelsen af ordningen, som forløb over 2 år fra 1998 til 2000, fremgår det, at recidivet inden for 2 år var markant højere for gruppen af stofmisbrugere end for de øvrige anbringelser. 53% af stofmisbrugerne recidiverede til kriminalitet mod 44% for alle anbragte. Undersøgelsen viste også, at stofmisbrugerne havde en lavere gennemførelsesprocent end de øvrige grupper.

For stofmisbrugerne var der en stor forskel i recidivprocenten mellem dem, der starter fra fri fod og de stofmisbrugere, som kom fra afsoning. De, der startede forløbet fra fri fod, var næsten nede på den gennemsnitlige recidivprocent på 44, hvorimod de der blev anbragt i medfør af § 49, stk. 2 efter et ophold i fængsel havde et recidiv, der lå 21 procentpoint højere end gennemsnittet. Undersøgelsen forklarede denne forskel med, at start fra fri fod ofte var ensbetydende med, at den pågældende allerede var i gang med behandlingsforløbet og måske havde været det længe. §49, stk. 2-afsonernes motivation var dermed stor for at gennemføre afsoningsforløbet som led i behandlingen.

Gennem undersøgelsen konstateredes det, at stofmisbrugerne ofte først sent i deres kriminalitets- og misbrugskarriere blev anbragt efter §49,2, hvilket formentlig hang sammen med en relativ sen motivation til behandling (hvilket stemmer overens med erfaringerne i det øvrige samfund). Der henvises i undersøgelsen til, at det er en veldokumenteret kendsgerning, at det er meget vanskeligt at komme ud af stofafhængigheden, og at der for mange misbrugere skal adskillige behandlingsforsøg til, før det (eventuelt) lykkes. Stofmisbrugernes resultater i tilbagefaldsundersøgelsen må vurderes ud fra disse faktorer.

### DanRIS

I 2003 blev i alt 287 anbragt i behandlinginstitution i medfør af straffuldbyrdelseslovens §78. 124 af disse blev anbragt på indikationen stofmisbrug/blandingsbrug. En del af disse blev anbragt på institutioner tilknyttet DanRIS (Dansk Registrerings og Informationssystem). Nedenfor følger en redegørelse for så vidt angår de domfældte, der er anbragt på institutioner, der er tilmeldt DanRIS – systemet.

I 2003 er i alt 1179 forskellige personer registreret som indskrevet i døgnbehandling på mindst én af de 34 døgninstitutioner som indleverede data dette år til DanRIS. For 94 af



disse, svarende til 8% af den samlede gruppe, er behandlingen alternativ til fængselsstraf (§78). Tallet kan være lidt større, men at det overordnet er omkring 8% af de, der indskrives i døgnbehandling, synes umiddelbart at være pålideligt.

De 94 §78 - klienter var signifikant yngre end andre klienter i døgnbehandling (29,1 år vs. 32,5 år), og der var signifikant færre kvinder blandt dem (12% vs. 28%). Af de 94, der blev indskrevet i 2003, har 64 afsluttet forløbet ved sidste opdatering i marts-april 2004. Disse havde i gennemsnit været indskrevet i 91 dage, hvilket ikke adskiller sig fra stofmisbrugere i døgnbehandling generelt. Af disse 64 gennemførte 31% behandlingen som planlagt, mens det for de andre var 37%. Forskellen er ikke statistisk signifikant. Ved at kontrollere for køn og alder ændres der ikke ved, at lidt færre §78 - klienter gennemfører behandlingen som planlagt end andre – men altså ikke signifikant færre.

87 af de 94 har ved behandlingens påbegyndelse gennemført det strukturerede interview EuropASI (European Addiction Severity Index). De har generelt haft et mindre forbrug af rusmidler de sidste 30 dage op til indskrivningen end andre klienter i døgnbehandling, hvilket antageligt skyldes, at de fleste kommer direkte fra fængsel (53% rapporteres at komme direkte fra fængsel). §78 - klienterne føler sig da også signifikant mindre belastede af stoffer og alkohol ved indskrivningen på døgninstitutionen end andre klienter. Hvad angår kriminalitet oplever de sig signifikant mere belastede end andre, med signifikant mere behov for hjælp på netop dette belastningsområde. De er signifikant mindre depressive end andre klienter, og de får i signifikant mindre grad ordineret medicin ved påbegyndelsen af døgnopholdet. Generelt synes de at være mindre psykisk belastede (herunder meget mindre selvmordstruede), mens de til gengæld er mere udadrettede (mere voldelig adfærd – dog ikke signifikant). Der ses ingen forskelle mellem §78 - klienterne og de øvrige klienter i døgnbehandling på de fysiske eller sociale belastningsområder. Sammenfattende kan §78 - klienterne belastningsmæssigt sammenlignes med de øvrige døgnklienter ved at sammenstille deres samlede EuropASI belastningsscore som vist i nedenstående tabel:

**Tabel 12.4.1.**  
Belastning på 8 områder

	Døgn andre n = 774	Døgn §78 n = 87	
Stoffer	0,47	0,41	p.01
Alkohol	0,22	0,14	p.01
Kriminalitet	0,25	0,42	p.0000
Familie	0,37	0,34	
Andet netværk	0,34	0,33	
Økonomi	0,88	0,89	
Psykisk	0,48	0,42	p.03
Fysisk	0,36	0,30	

Laveste score er 0 og højeste score er 1 (maksimalt belastet). Belastet betyder ikke nødvendigvis, at man aktuelt har et stort forbrug eller aktuelt har begået kriminelle handlinger (selvom dette øger belastningen markant). Det kan også betyde, at man oplever problemer knyttet til stofmisbruget (f.eks. brug for hjælp til at fastholde stoffrihed), eller at man har domme, der venter på at blive afsonet.

Som det ses, er §78 - klienterne mindre belastet på stof, alkohol og psykisk, mens de er mere belastede på kriminalitetsfaktoren. Det er ikke mindst de, som ikke kommer direkte fra fængsel, som får scoren til at blive høj, men mest af alt og stærkt signifikant rapporterer de at have brug for hjælp til at afklare deres situation på netop dette område.



## 13 Forstyrrelse af ro og orden

### 13.1 Indledning

Der er i dansk ret fastsat en række regler, som har til formål at beskytte almenheden mod adfærd, som er egnet til at forstyrre den offentlige orden. Reglerne er for en stor dels vedkommende generelle og således ikke udformet specielt med sigte på adfærd, der er knyttet til narkotikahandel og -misbrug. Selv om den generelle lovgivning, der vedkommer den offentlige ro og orden er væsentlig, vil alene de narkotikaspecifikke dele i lovgivningen beskrives i foreliggende kapitel, herunder initiativer der vedrører en fremtidig lovliggørelse af ”Christiania”. En gennemgang af den generelle lovgivning vil imidlertid indledningsvis kort beskrives.

Efter lov nr. 444 af 9. juni 2004 om politiets virksomhed er det bl.a. politiets opgave at forebygge og afværge fare for forstyrrelse af den offentlige orden. Der er i loven fastsat en række bestemmelser, hvorefter politiet kan foretage forskellige indgreb med henblik på at varetage hensynet til forebyggelse og afværgelse af fare for forstyrrelse af den offentlige orden.

Der er endvidere fastsat generelle regler om forstyrrelse af den offentlige orden i de lokale politivedtægter, der finder anvendelse på offentlig gade, vej eller plads og andre offentlige steder, hvortil der er almindelig adgang. Det fremgår bl.a. af de lokale politivedtægter, at der ikke må udvises optræden, der er egnet til at forstyrre den offentlige orden eller medføre ulempe for andre tilstedeværende eller omboende.

Endelig omfatter de mere generelle regler lovekendtgørelse nr. 163 af 11. marts 2003 om restaurations- og hotelvirksomhed mv., med senere ændringer. Efter loven er det i restaurationer, hoteller og andre serveringssteder, hvortil der er offentlig adgang, forbudt at udvise adfærd, der er egnet til at forstyrre den offentlige orden eller medføre ulempe for andre tilstedeværende eller omboende.

Herudover er der i dansk ret fastsat regler samt iværksat initiativer, der mere snævert tager sigte på beskyttelse mod forstyrrelse af den offentlige orden ved adfærd, der er knyttet til narkotikahandel og -misbrug.

Det drejer sig bl.a. om lov nr. 471 af 7. juni 2001 om forbud mod besøgende i bestemte lokaler, også kaldet ”hashklub-loven”, hvorefter politiet kan meddele forbud mod besøgende i bestemte lokaler, når visse nærmere angivne betingelser er opfyldt. Der skal bl.a. være tale om en virksomhed, der systematisk indebærer strafbare handlinger, og som er egnet til at skabe ulempe og utryghed hos omkringboende.

Herudover drejer det sig om indsatsen i et område i København kaldet Christiania, hvor der i en årrække har fundet åbenlys hashhandel sted. Det centrale fokus i regeringens nye politik vedrørende Christiania er en normalisering af området som en bydel i København. En normalisering af området vil bl.a. indebære etablering af sædvanlig infrastruktur, ændring af ejerskabet til jord og bygninger på Christiania, opretning og modernisering af det bygninger, der skal bestå, samt ophør af den åbenlyse hashhandel.

Der er i den forbindelse sket en mærkbar intensivering af den politimæssige indsats på Christiania med henblik på at stoppe den åbenlyse hashhandel og skabe grundlag for en almindelig, uniformeret politimæssig patruljering i området.

### 13.2 Lovgivning der regulerer narkotikarelaterede forstyrrelser

Lov nr. 471 af 7. juni 2001 om forbud mod besøgende i bestemte lokaler, også kaldet ”hashklub-loven”, gør det muligt for politiet at nedlægge et forbud mod at modtage besøgende eller at opholde sig som besøgende i eller i umiddelbar nærhed af lokaler, hvori der foregår

virksomhed på en måde, som systematisk indebærer strafbare handlinger, og som er egnet til at medføre ulempe og utryghed hos omkringboende.

Formålet med loven er at sikre, at der mere effektivt kan gribes ind over for de såkaldte hashklubber og anden form for organiseret, kriminel virksomhed, der er knyttet til bestemte lokaler, og som er egnet til at medføre ulempe og utryghed hos omkringboende.

Den såkaldte Lejelovgivning blev ved samme lejlighed ændret med henblik på som supplement til loven at tilvejebringe en særlig hjemmel til at ophæve et lejeforhold i de tilfælde, hvor politiet har nedlagt et forbud, og lejerer eller en anden person straffes for at have modtaget besøgende i lokalerne.

### **Baggrunden for den fastsatte lovgivning**

Baggrunden for loven var, at politiet i årene forud for lovens vedtagelse havde konstateret en væsentlig stigning i antallet af såkaldte "hashklubber" navnlig i København og andre større byer.

En "hashklub" er en lokalitet, hvorfra der sælges hash og/eller foregår rygning af hash. Politiets oplysninger tydede dengang på, at der flere steder også foregik organiseret narkotikasalg og bl.a. blev handlet med tyvekoster. Politiets oplysninger tydede endvidere på, at der i væsentligt omfang var forbindelse mellem "hash-klubberne" og rocker- og gadebandemiljøerne.

Herudover pegede politiets oplysninger på, at der jævnligt kom unge under 18 år i "hash-klubberne", ligesom politiet i flere tilfælde også havde truffet unge under 15 år i klubberne.

Politiet havde forud for lovens vedtagelse løbende søgt at bekæmpe "hash-klubberne" ved at øge den politimæssige indsats mod klubberne. Det viste sig dog, at om end indsatsen i et vist omfang kunne forebygge problemerne med "hashklubberne", kunne den ikke helt løse dem. Dette skyldtes, at politiets indsats med det dagældende regelsæt måtte rettes mod enkeltpersoner, og ikke mod hashklubvirksomheden som sådan.

Regeringen fandt på baggrund af disse forhold, at der ud fra både politimæssige og boligpolitiske hensyn burde lægges betydelig vægt på at sikre, at der kunne gribes mere effektivt ind over for den nærmest butikslignende, systematiske kriminalitet, der foregik i "hash-klubber" og lignende, idet disse former for strafbar aktivitet erfaringsmæssigt skabte utryghed hos de omkringboende og var egnede til at fremme en generel forråelse og kriminel adfærd i nærmiljøet. På dette grundlag fremsatte derfor lovforslag på området, der som tidligere nævnt blev vedtaget den 7. juni 2001.

### **Betingelserne for at nedlægge forbud**

Efter lovens §1, stk. 1, skal en række betingelser være opfyldt, for at politiet kan udstede et forbud. Der kan således alene udstedes et forbud, hvis der i bestemte lokaler foregår virksomhed på en måde, som systematisk indebærer strafbare handlinger, og som er egnet til at medføre ulempe og utryghed hos omkringboende. Det er endvidere en betingelse, at den, der råder over lokalerne forud for meddelelse af et forbud er meddelt en advarsel.

For så vidt angår udtrykket "*der systematisk indebærer strafbare handlinger*" anføres det, at det ikke er en forudsætning, at nogen er blevet straffet for handlinger begået som led i den pågældende strafbare virksomhed, eller at nogen senere straffes herfor. Det skal dog kunne godtgøres, at der foregår en virksomhed, som systematisk indebærer strafbare handlinger.

Det fremgår endvidere, at der i udtrykket "*systematisk*" ligger, at den pågældende virksomhed skal foregå med en vis hyppighed og regelmæssighed. Det må endvidere kræves, at krimina-

liteten har et ikke ubetydeligt omfang, således at virksomheden – uden nødvendigvis at være erhvervsmæssig – fremtræder som et væsentligt formål med anvendelsen af lokalerne udover en eventuel beboelse eller anden lovlig anvendelse.

For at der kan nedlægges et forbud, skal den pågældende virksomhed endvidere foregå på en måde, ”der er egnet til at medføre ulempe eller utryghed hos omkringboende”. Af cirkulæreskrivelsen tilknyttet loven fremgår, at der ved vurderingen heraf især skal lægges vægt på, om den virksomhed, der foregår i lokalerne, fremmer en adfærd, som reelt er egnet til at præge det pågældende nærmiljø på en måde, der typisk skaber utryghed hos omkringboende og fremmer en generel forråelse af nærmiljøet.

I bemærkningerne til lovforslaget anføres, at betingelser normalt vil være opfyldt, hvis der i lokalerne drives organiseret hashsalg eller salg af narkotika, eller hvis der drives mere omfattende og organiseret rufferivirksomhed eller utilladt hasardspil, som på lignende måde væsentligt fremmer et nærmiljø præget af kriminalitet, misbrug og/eller voldelig adfærd.

Det ligger i øvrigt i ordningen, at der alene kan nedlægges forbud, hvis et sådant forbud direkte vil imødegå den pågældende virksomhed. Den virksomhed, der indebærer de strafbare handlinger, skal således være knyttet til modtagelsen af kunder/besøgende i lokalerne, sådan som det er tilfældet med de ovenfor nævnte aktiviteter. Et forbud mod besøgende kan derfor f.eks. ikke anvendes over for en erhvervsvirksomhed som følge af, at virksomheden overtræder visse miljømæssige bestemmelser for produktionen, uanset om de strafbare handlinger er egnede til at medføre utryghed i nærmiljøet.

Forbudet kan alene nedlægges, hvis politiet forinden har advaret den, der råder over lokalerne (ejer, andelshaveren eller, hvis virksomheden foregår i lejede lokaler, lejer eller fremlejetageren). Er det en forening eller anden juridisk person, der f.eks. står som lejer, gives advarslen til den, der er beføjet til at repræsentere foreningen.

Et forbud gælder ikke blot i selve lokalerne, men også i umiddelbar nærhed af lokalerne. Herved vil også trappe- og udendørsarealer og andre lokaliteter - f.eks. en garage eller et udhus - der ligger i forlængelse af lokalerne og hører sammen med disse, være omfattet af et forbud.

### Overtrædelse af hashklubloven

Efter lovens §4, stk. 1, straffes overtrædelse af et forbud med bøde. I gentagelsestilfælde kan straffen stige til fængsel i indtil 4 måneder. Overtræder en person på ny et forbud, efter at have været straffet herfor, bør straffen efter de almindelige bemærkninger til lovforslaget normalt udmåles til fængsel. Også uagtsomme overtrædelser kan straffes.

Det følger af de almindelige regler om tilregnelser (forsæt og uagtsomhed) og medvirken, at den, der råder over lokalerne, efter omstændighederne vil kunne straffes, selvom det ikke er vedkommende selv, der har modtaget besøgende i lokalet.

Skulle det forekomme, at der træffes besøgende i lokalerne under sådanne omstændigheder, at tilregnelserkravet (forsæt eller uagtsomhed) ikke skønnes at være opfyldt, vil de antrufne personer kunne gøres opmærksomme på, at der er nedlagt forbud, således at tilregnelserkravet vil være opfyldt, hvis de pågældende personer på ny indfinder sig i lokalet.

### 13.3 Indsatsen på Christiania

Christiania omfatter et ca. 34 hektar stort areal på Christianshavn midt i København. Området, der omfatter størsteparten af den tidligere Bådsmadsstræde Kaserne og hele det tidligere Ammunitionsareal, ejes af Forsvarsministeriet.

Forsvaret rømmede ovennævnte arealer i forsommeren 1971. Kort tid efter skete der en ulovlig indflytning af aktivister, og 26. september 1971 blev fristaden Christiania ”grundlagt”. Forsvarsministeriet anlagde den 1. april 1976 en udsættelsessag, der sluttede 2. februar 1978 ved Højesterets stadfæstelse af Landsrettens kendelse om øjeblikkelig rydning af Christiania. Dommen fik imidlertid ikke konsekvenser for fristaden. Folketinget besluttede i februar 1978, at der skulle laves en lokalplan for området. I mellemtiden kunne fristaden eksistere under særlige betingelser, som blev bekendtgjort i Statstidende. Afvikling af Christiania drøftedes jævnligt i Folketinget i årene herefter, men det førte ikke til en reel ændring af politikken omkring Christiania.

Der har i en årrække fundet åbenlys hashhandel sted på Christiania. Salget foregik fra en række salgsteder, der var opstillet på en gade på Christiania kaldet ”Pusher Street”. Endvidere har det i en årrække ikke været muligt at foretage almindelig, uniformeret politimæssig patruljering i området, idet sådan patruljering ofte førte til konfrontationer med personer på Christiania.

For så vidt angår den politimæssige indsats blev det – på baggrund af tidligere års konfrontationer i tilknytning til den politimæssige indsats på Christiania – i oktober 1995 besluttet at revurdere indsatsen og fastlægge en ny overordnet, langsigtet strategi med det formål at normalisere forholdene på Christiania, således at de kom så tæt på forholdene i det øvrige København som muligt.

Målet har bl.a. været gennem politiaktioner at standse den åbenlyse hashhandel samt ved systematisk efterforskning at afdække organiserede narkokriminalitetsstrukturer. Det var samtidig målet gennem en politimæssig tilstedeværelse i området på længere sigt at skabe grundlag for en normal politipatruljering på Christiania.

Situationen på Christiania blev i 2002 drøftet mellem Justitsministeriet og Københavns Politi med henblik på at styrke politiets indsats. Som følge af disse drøftelser skete der en forøgelse af den politimæssige indsats, og der blev i 2002 – ved udnyttelse af de tilstedeværende politistyrker i anledning af det danske EU-formandskab – gennemført et meget stort antal politiaktioner mod hashhandlen på Christiania. Samtidig blev der taget initiativ til en mere aktiv og direkte dialog mellem politiet og Christiania.

Politiets indsats afdækkede adskillige kriminelle strukturer og netværk, herunder i relation til rockermiljøet, og der blev gennemført en række omfattende straffesager og betydelige beslaglæggelser.

I relation til den åbenlyse hashhandel var det imidlertid politiets erfaring, at indsatsen kun havde en begrænset og kortvarig effekt, idet hashhandlen på Christiania allerede få timer efter en politimæssig aktion var genoptaget i normalt omfang.

Den omfattende hashhandel vurderedes samtidig af politiet som den væsentligste årsag til, at politiet kun meget vanskeligt kunne gennemføre almindelig patruljering på Christiania.

### **Redegørelsen om Christiania**

Justitsministeren og Forsvarsministeren afgav den 6. maj 2003 en redegørelse om Christiania, hvoraf bl.a. fremgår, at regeringen samlet må konstatere, at det trods politiindsatsen gennem det seneste år ikke har været muligt at skabe grundlag for en almindelig, uniformeret politimæssig afpatruljering og en normalisering af forholdene i området, og at politiindsatsen i forhold til den åbenlyse hashhandel i vidt omfang må karakteriseres som virkningsløs. Det fremgår videre, at der gennem de seneste år er afdækket flere kriminelle strukturer, herunder med relation til rockermiljøet. Endelig fremgår det, at en reel lovliggørelse inden for de nuværende rammer for området på den baggrund vurderes at kræve endog meget betydelige politiresourcer, formentlig gennem en længere periode.

I redegørelsen anføres, at det centrale fokus i regeringens nye politik er en normalisering af området som en bydel i København – og som en integreret og tilgængelig del af Christianshavn – til gavn for alle borgere. Det anføres endvidere, at en normalisering bl.a. vil indebære etablering af sædvanlig infrastruktur, ændring af ejerskabet til jord og bygninger på Christiania, opretning og modernisering af de bygninger, der skal bestå, samt ophør af den åbenlyse hashhandel.

### 13.4 Evaluering af effekten ved de regulerende initiativer

#### Hashklubberne

Der er ikke foretaget landsdækkende undersøgelser af hashklublovens effekt, men Justitsministeriet besvarede den 24. juni 2003 – efter høring af politidirektøren i København – spørgsmål nr. 3699 fra Folketinget om, hvorvidt loven effektivt havde medvirket til bekæmpelsen af hashklubber i København, eller om der var behov for yderligere tiltag.

I Justitsministeriets besvarelse af spørgsmålet anføres, at politidirektøren over for Justitsministeriet har oplyst, at der siden lovens vedtagelse i København er registreret 95 hashklubber, hvor der alene resterer 30 aktive hashklubber. Det anføres endvidere, at politidirektøren har oplyst, at en stor del af hashklubberne allerede lukkede i forbindelse med, at politiet begyndte efterforskning af, om der foregik kriminelle aktiviteter, herunder foretog ransagninger og sigtelser for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer. Andre hashklubber lukkede dog først efter et administrativt indgreb, enten i forbindelse med meddelelse af en advarsel eller – for et mindre antals vedkommende – først efter meddelelse af et forbud. Herudover oplyste politidirektøren, at der i perioden efter lovens ikrafttræden frem til juni 2003 blev udstedt 26 advarsler og 9 forbud i København, ligesom der i retten blev afgjort flere sager om overtrædelse af forbud. Endelig anføres det i besvarelsen, at politidirektøren over for Justitsministeriet har tilkendegivet, at den gældende lovgivning efter politidirektørens opfattelse er et nyttigt og tilstrækkeligt redskab til at gribe ind over for hashklubberne, og at der ikke ses at være grundlag for at anbefale supplerende tiltag i relation til mulighederne for indgriben over for hashklubberne.

Siden hashklub-lovens ikrafttræden har visse politikredse oplevet, at der efter meddelelse af et forbud efter hashklub-loven, er sket etablering af udendørs salg af hash i stedet. Dette sker ofte ved, at en person på adressen ved den lukkede hashklub henviser besøgende til en nærliggende park eller plads, hvor den besøgende vil kunne købe hash af personer med tilknytning til den lukkede hashklub.

Politiet har i disse tilfælde foretaget visitation af de tilstedeværende personer samt undersøgt området, og har ved flere lejligheder fundet forholdsvis store mængder hash i umiddelbar nærhed af den pågældende persons opholdssted, bl.a. gemt i træer og buske.

Et forbud efter hashklub-loven omfatter modtagelse og ophold i eller ”i umiddelbar nærhed af” de pågældende lokaler. Herved forstås ophold på trappe- eller udendørsarealer, der ligger i forlængelse af lokalerne og hører sammen med disse. Et forbud efter hashklub-loven vil således som udgangspunkt ikke omfatte en nærliggende park eller plads.

På den baggrund har politiet i disse tilfælde meddelt de pågældende et forbud mod at opholde sig i område efter de ovenfor under pkt. 13.3 beskrevne regler, hvorefter der – i henhold til visse politikredses politivedtægter – kan meddeles et længerevarende forbud mod ophold på bestemte steder.

#### Christiania

Som opfølgning på redegørelsen om Christiania har Københavns politi foretaget en lang række målrettede aktioner på Christiania. Indsatsen har i høj grad haft til formål at beslaglægge tilstedeværende hash og anholde sælgerne. Fra januar til april 2004 har politiet fore-

taget 182 anholdelser på Christiania, og der er rejst 142 sigtelser for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer eller straffelovens § 191. I samme periode har politiet beslaglagt 76,5 kg. hash, 21,4 kg anden narkotika og 14.654 joints, ligesom der er beslaglagt ca. 198.000 kr.

Herudover er der iværksat en indsats i Christianias nærområde som skal imødegå problemerne i dette område, og som har et præventivt sigte i forhold til de, der aftager hash på Christiania og dermed samtidig vanskeliggør afsætningsmulighederne for sælgere af hash i Christiania. Baggrunden herfor er, at det gennem de senere år har kunnet konstateres, at Christiania i stigende grad har haft en uønsket påvirkning af nærmiljøet, og at det således ikke alene er Christiania, der udgør et politimæssigt problem, men at også Christianias nærområde har haft mærkbare problemer af primært af trafikal og parkeringsmæssig karakter, der kan henføres til forholdene på Christiania.

Der er på denne baggrund i samarbejde med Københavns Kommune iværksat en langt mere målrettet indsats mod de nævnte problemer i nærområdet. I tilknytning hertil er der gennemført mere stationære færdselskontroller i området omkring Christiania, hvor politiet – udover egentlig færdselskontrol – ved anvendelse af narkohunde gennemførte kontrol med personer og køretøjer for hash på tidspunkter, hvor man erfaringsmæssigt ved, at hashsalget var særligt udbredt.

Herudover er der gennemført periodisk afpatruljering af særlige områder omkring Christiania med polititjenestehunde, herunder narkohunde, for derigennem i større omfang at demonstrere politiets tilstedeværelse i nærområdet, samt at afdække eventuelle hashdepoter.

Endelig foretog Københavns politi den 16. marts 2004 den hidtil største aktion mod hashhandlen på Christiania. Aktionen var kulminationen på flere måneders efterforskning rettet mod hashhandlere og deres bagmænd. Aktionen fandt sted på Christiania, men også flere bopæle andre steder i København og på Sjælland blev ransaget, og mere en 50 personer blev anholdt og sigtet for navnlig handel med hash. 46 personer blev herefter varetægtsfængslet. Det har efterfølgende kunnet konstateres, at der efter aktionen ikke i samme grad som tidligere foregår åbenlys hashhandel på Christiania. Den 30. april 2004 blev den første dom i sagskomplekset afsagt. Den pågældende blev idømt 2 år og 6 måneders fængsel for handel med hash.



## 14 Anneks

### 14.1 Referenceliste

Ahrent, M. & Fjordback, L (upubliceret) Forgiftningstilstande og uønskede reaktioner forårsaget af illegale stoffer på danske skadestuer. Undersøgelse for Sundhedsstyrelsen 2004.

Christensen, P. Breehm (upubliceret) *Dødelighed blandt stofmisbrugere efter løsladelsen fra fængsel.*

Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner (2001). *Stofmisbrugere i metadonbehandling i København efter den 1. januar 1996.* København og Frederiksberg Kommuner, København.

Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg Kommuner, Familie- og Arbejds markedsförvaltningen i Københavns Kommune og Retsmedicinsk Institut ved København Universitet (2003). *Stofrelaterede dødsfald i København 1997 til 1999.* København og Frederiksberg Kommuner, København.

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

Haastrup, L. (1999a). Skøn over antal dødsfald blandt stofmisbrugere og over antal stofmisbrugere i Danmark. *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen*, 3, pp. 13-18.

Haastrup, L. (1999b). Dødelighed og dødsårsager blandt stofmisbrugere indskrevet i behandling i 1996. *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen*, 3, pp. 1-12.

Hesse M. Thiesen H. *Behandling med buprenorfin i Danmark.* Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift 2003; vol 20 (5): 362-5.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., & Narusk, A. (1997). *The 1995 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries.* CAN & Pompidou Group, Stockholm.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, Balakireva, O., S., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries.* CAN & Pompidou Group, Stockholm.

Hibell et al . The 2003 ESPAD report. Upubliceret (2004).

Kaa, E. (2002). *Ecstasy i Danmark 2001.* Retskemisk Afdeling, Aarhus Universitet, Århus.

Kaa, E. (2003). *Ecstasy i Danmark 2002.* Retskemisk Afdeling, Aarhus Universitet, Århus.

Kaa, E. (2004). *Ecstasy i Danmark 2003.* Retskemisk Afdeling, Aarhus Universitet, Århus.

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

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

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



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

Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W. & Rollmann, D. (2001). *Narkotika på gadeplan 2000*. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W. & Rollmann, D. (2002). *Narkotika på gadeplan 2001*. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W. & Rollmann, D. (2003). *Narkotika på gadeplan 2002*. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W. & Rollmann, D. (2004). *Narkotika på gadeplan 2003*. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.

Kjøller, M. & Rasmussen, N.K. (2002). *Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 – og udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed, København.

Kjøller, M., Rasmussen, N.K., Keiding, L., Petersen, H.C. & Nielsen, G.A. (1995). *Sundhed og Sygelighed i Danmark 1995 – og udviklingen siden 1987*. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, København.

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

Lov nr. 435 af 14. juni 1995 om ændring af lov om sygehusvæsenet, Lov om udøvelse af lægegerning samt lovebkendtgørelse nr. 944 af 16. oktober 2000 om social service (Service-loven), Lovbkendtgørelse nr. 267 af 12. april 2000 om retssikkerhed og administration på det sociale område.

Lov om udøvelse af lægegerning, LBK nr. 272 af 19/04/2001.

NEC (Nationalt Efterforskningsstøttecenter) (2004). *Narkotikastatistik 2003*. Rigspolitiet, København.

Petersen, H Skaug, Svejsoe, J. og Ege, P. *Buprenorphine and 1- - acaetylmethadol (LAAM). New drugs for the substitutional treatment of opioid dependence*. Ugeskrift for Læger 2000; 162: 6553-6.

Rigspolitiet (2004). *Rapport om organiseret kriminalitet i Danmark*. Rigspolitiet, København.

Sabroe, S. & Fonager, K. (1996). *Unge og Rusmidler – En undersøgelse af 9. klasses elever. Udgivelse nr. 39*. FADL's Forlag, København.

Sabroe, S. & Fonager, K. (2002). *Rusmiddelforbruget – i folkeskolens afgangsklasse og udviklingen fra 1995-99. Udgivelse nr. 40*. FADL's Forlag, København.

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

Schering-Plough A/S (marts 2004). Nyhedsbrev Subutex-buprenorphin.

Schmidt, D. & Sælan H. (1999). *Hvor mange stofmisbrugere er der i København?*. Rapport fra Forebyggelsesudvalget vedrørende stofmisbrug og hiv-smitte, København.

Steenoft, A. (2004), Personlig meddelelse.

Sundhedsstyrelsen (1999). *Narkotikasituationen I Danmark. Årsrapport til det europæiske center for overvågning af narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA. Sundhedsstyrelsen, København.*

*Sundhedsstyrelsen (2004) Narkotikasituationen I Danmark 2003. Årsrapport til det europæiske center for overvågning af narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA. Sundhedsstyrelsen, København.*

Sundhedsstyrelsen (2003). *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen: Stofmisbrugere i Danmark 1996, 1998, og 2001.* Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen (2003). Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. CIR nr. 12 af 13/01/2003.

Sundhedsstyrelsen (2004). *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen: Dødsfald blandt stofmisbrugere 1996 - 2002.* Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse (2002). *Unge Livsstil og Dagligdag 2000 – forbrug af tobak, alkohol og stoffer (MULD rapport nr. 1).* Sundhedsstyrelsens Publikationer, København.

Sundhedsstyrelsen & Kræftens Bekæmpelse (2003). *Unge Livsstil og Dagligdag 2001 – geografiske forskelle og ligheder (MULD rapport nr. 2).* Sundhedsstyrelsens Publikationer, København.

Sundhedsstyrelsen (2003a). Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. CIR nr. 12 af 13/01/2003.

Sundhedsstyrelsen (2003b). *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen: Stofmisbrugere i behandling 2003.*

Sørensen & Dahler-Larsen (2003), *Behandling af unges misbrug af ”feststoffer”.* Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning; Sørensen (2004). *Behandling af misbrugere med tilbagefald.* Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning. Pedersen & Dahl (2003). *Ambulant stoffri nærbehandling.* Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning.

## 14.2 Hjemmesider

Amternes hjemmeside om rusmidler: [www.netstof.dk](http://www.netstof.dk)

Amtsrådsforeningen: [www.arf.dk](http://www.arf.dk)

Center for Rusmiddelforskning: [www.crf.au.dk](http://www.crf.au.dk)

Danris: [www.danris.dk](http://www.danris.dk)

Det europæiske center for overvågning af narkotika og narkotikamisbrug (EMCDDA): [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

Det Kriminalpræventive Råd: [www.crimprev.dk](http://www.crimprev.dk)

Justitsministeriet: [www.jm.dk](http://www.jm.dk)

Københavns Amt - Behandlingscenter for stofbrugere [www.kabs.dk](http://www.kabs.dk)

Mindblow: [www.mindblow.dk](http://www.mindblow.dk)

Politiets Narkotikastatistik: [www.politi.dk](http://www.politi.dk)

Rådet for socialt udsatte: [www.udsatte.dk](http://www.udsatte.dk)

Statens Institut for Folkesundhed: [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

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

## 14.3 Supplerende tabeller

**Tabel 2.1.1**

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

		1994 n=2.521	2000 n=6.887	Danmarks befolkning i aldersgrupperne i 2000
16-19-årige	Mænd	19	29	115.366
	Kvinder	10	20	111.110
20-24-årige	Mænd	14	24	172.217
	Kvinder	9	12	167.570
25-29-årige	Mænd	8	16	194.097
	Kvinder	5	6	189.304
30-34-årige	Mænd	9	10	212.026
	Kvinder	2	3	202.174
35-39-årige	Mænd	6	8	206.094
	Kvinder	2	2	197.150
40-44-årige	Mænd	5	4	189.995
	Kvinder	2	2	183.597
Alle 16-44 år	Mænd	10	14	1.089.795
	Kvinder	5	6	1.050.905
	Alle	7	10	2.140.700

Kilde: Kjølner & Rasmussen 2002 og Danmarks Statistik

**Tabel 2.1.2.**

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

Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash	1994 (n=2.521)	2000 (n=6.878)
Sidste måned	0,2	1,2
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,5	3,4

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 1994 og SUSY 2000

**Tabel 2.1.3.**

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 2000 (n=6878)

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Amfetamin	0,6	2,2	8,4
Kokain	0,4	1,4	3,8
Psilocybinsvampe	0,2	0,8	3,7
Ecstasy	0,2	0,7	1,7
Lsd	0,1	0,3	1,4
Heroin	0	0,1	0,6
Andre stoffer*	0,3	0,6	1,7
"hårde" stoffer i alt**	1,2	3,4	11,3

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 2000

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

\*\* En sammenlagt kategori omhandlende "brugt et andet illegalt stof end hash".

**Tabel 2.1.4.**

Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2000 (n=1786)

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Hash	7,7	19,7	40,9
Amfetamin	1,5	5,7	10,9
Kokain	0,8	2,7	4,7
Psilocybinsvampe	0,7	2,1	4,4
Ecstasy	0,7	2,3	4,1
Lsd	0,3	0,6	1,6
Heroin	0,1	0,2	0,5
Andre stoffer*	0,6	1,0	2,1
" Andet illegalt stof end hash " i alt	2,9	7,7	14,0

Kilde: Upublicerede tal fra undersøgelsen SUSY 2000

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

**Tabel 6.4.1.**

Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt 1993-2003

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Antal nypåviste hiv-positive i alt	331	298	304	268	273	212	285	260	319	290	266
Antal nypåviste hiv-positive med intravenøst stofmisbrug (% af alle nypåviste)	24 (7%)	28 (9%)	34 (11%)	25 (9%)	30 (11%)	13 (6%)	26 (9%)	20 (8%)	31 (10%)	32 (11%)	24 (9%)
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde i alt	239	237	213	159	109	74	76	57	72	43	37
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnostiserede)	21 (9%)	24 (10%)	28 (13%)	18 (11%)	11 (10%)	4 (5%)	7 (9%)	7 (12%)	11 (15%)	4 (9%)	11 (30%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut

**Tabel 6.4.2**

Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere her iblandt, 1993-2003

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Antal hepatitis A i alt	227	145	103	107	115	86	88	81	61	84	70
Antal hepatitis A med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	24 (11%)	6 (4%)	1 (1%)	0	0	0	0	0	0	1 (1%)	0
Antal hepatitis B i alt*	105	115	112	101	101	94	58	63	47	63	34
Antal hepatitis B med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	36 (34%)	49 (43%)	39 (35%)	36 (36%)	30 (30%)	25 (27%)	13 (22%)	20 (32%)	11 (23%)	11 (18%)	12 (35%)
Antal hepatitis C i alt*	65	84	36	28	26	21	13	15	6	5	7
Antal hepatitis C med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	49 (75%)	61 (73%)	27 (75%)	20 (71%)	20 (77%)	13 (62%)	11 (85%)	9 (60%)	3 (38%)	4 (80%)	2 (29%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2003-data, er opgørelsesdatoen 25.08.2004

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

Tabel 10.3.1

Narkotikabeslaglæggelser 1991-2003

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Heroin													
Kg	30,8	38,5	28,2	29,0	37,4	61,4	37,9	55,1	96,0	32,1	25,1	62,5	16,3
Antal beslag	1.735	2.405	2.941	2.666	2.973	3.161	2.509	2.199	1.230	1.499	1.304	966	894
Kokain													
Kg	39,6	21,4	11,1	29,9	110,1	32,0	58,0	44,1	24,2	35,9	25,6	14,2	104,0
Antal beslag	144	184	228	417	569	659	723	885	744	780	815	881	1095
Amfetamin													
Kg	23,6	73,6	11,7	12,6	40,0	26,7	119,4	25,2	31,6	57,1	160,6	34,9	65,9
Antal beslag	1.345	1.323	1.111	747	1.167	1.386	1.324	1.609	1.250	1.152	954	1.134	1.264
Ecstasy													
Stk.					2.115	15.261	5.803	27.039	26.117	21.608	150.080	25.738	62.475
Antal beslag					9	84	110	143	197	444	331	340	322
Lsd													
Doser					1.282	262	381	105	83	1.108	156	38	22
Antal beslag					6	16	15	24	15	18	29	8	7
Hash													
KG	1.703	2.152	1.273	10.665	2.414	1.772	467	1.572	14.021	2.914	1.763	2.635	3.829
Antal Beslag	9.222	9.870	10.938	6.995	6.710	5.187	4.886	5.904	4.569	5.561	5.788	5.234	5.942

Kilde: Politiets Narkotikastatistik 2003

Tabel 10.3.3

Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid fra 1996 – 2003

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

Kilde: Kaa et al. 1997, Kaa et al. 1998, Kaa et al. 1999, Kaa et al. 2000, Kaa et al. 2001, Kaa et al. 2002 g Kaa et al. 2003, Kaa et al. 2004

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

## 14.4 Tabeloversigt

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

for 31-44-årige belyst i forhold til deres socioøkonomiskbaggrund.

Tabel 2.1.2 Den procentvise andel af de 16-44-årige, der sidste måned og sidste år har brugt et eller flere andre illegale stoffer end hash i 1994 og 2000 (i anneks).

Tabel 2.1.3 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 2000 (i anneks).

Tabel 2.1.4 Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2000 (i anneks).

Tabel 2.2.1 De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 2000, 2001, 2002 og 2003.

Tabel 2.2.2 De procentvise andele blandt de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999 og 2003, samt blandt de 15-årige i 2002.

Tabel 4.2.1 Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2003.

Tabel 4.2.2 Klienter i stofmisbrugsbehandling i året, som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere.

Tabel 5.3.1 Forskellige grupper i døgnbehandling.

Tabel 6.3.1 Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2003.

Tabel 6.4.1 Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere her iblandt 1993-2003 (anneks).

Tabel 6.4.2 Akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere her iblandt 1993-2003 (anneks).

Tabel 6.5.1 Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 1995-2003.

Tabel 6.5.2 Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1995-2003.

Tabel 8.3.1 Narkotikakriminalitet 1993-2003. Sigtelser og antal sigtede personer.

Tabel 10.3.1 Narkotikabeslaglæggelser 1991-2003 (anneks).

Tabel 10.3.2 Fordeling imellem stoftyper på brugerplan 1996-2003.

Tabel 10.3.3 Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid 1996-2003 (anneks).

Tabel 10.3.4 Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1996-2003.t

Tabel 12.4.1 Belastning på de 8 områder



## 14.5 Figuroversigt

Figur 2.2.1 Andelen af 15-årige drenge og piger i procent, der angiver at have røget hash mindst 1 gang, mindst 10 gange, eller mindst 10 gange inden for sidste 12 mdr.

Figur 4.3.1 Personer i længerevarende metadonbehandling 1985-2003.

Figur 5.3.1 Døgnstatistik 2003.

Figur 5.3.2 Dage i behandling, i procent.

Figur 6.2.2 Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på køn, 1983-2003.

Figur 6.2.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1990-2000.

Figur 12.3.1 §78 anbringelser.

## 14.6 De anvendte undersøgelser

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

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

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

En landsdækkende undersøgelse gennemført med tre dataindsamlingsrunder i februar, maj og september 2000 blandt et repræsentativt udsnit af befolkningen over 16 år. Undersøgelsen omfattede som i 1994 spørgsmål om en lang række sundhedsemner. Der blev ved tilfældig udvælgelse udtrukket tre stikprøver, der i alt omfattede 22.486 personer. Dataindsamlingen blev gennemført som personlige interviews i svarpersonernes hjem. Supplerende fik interviewpersonerne udleveret et spørgeskema, som de selv skulle udfylde og indsende. Spørgsmål om euforiserende stoffer blev stillet i det selvadministrerede spørgeskema til alle aldersgrupper. Der er opnået interviews med 16.690 personer – en samlet besvarelsesprocent på 74,2%. Det selvadministrerede spørgeskema blev besvaret af 63,4% af de udtrukne svarpersoner.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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.

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

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





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

**Sundhedsstyrelsen**

Islands Brygge 67

Postbox 1881

2300 København S

Telefon 7026 2636

e-mail [sundhed@schultz.dk](mailto:sundhed@schultz.dk)

[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)