

FOCAL  
POINT

NARKOTIKASITUATIONEN I DANMARK

2007

## Narkotikasituationen i Danmark 2007

Center for Forebyggelse  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Sprog: Dansk

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

Version: 1,0

Versionsdato:20071121

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-542-2

Den trykte versions ISBN: 978-87-7676-541-5  
Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, november 2007

Design: Sundhedsstyrelsen

Tryk: Scanprint

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: Publikationen er gratis, dog betales porto og ekspeditionsgebyr

## Forord

Denne årsrapport om narkotikasituationen i Danmark er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, det danske "Focal Point". Rapporten er udarbejdet i efteråret 2007 til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug (EMCDDA). Rapporten findes både i en dansk og en engelsk udgave og er udarbejdet efter EMCDDA's retningslinier.

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

Sociolog Kari Grasaasen har haft det koordinerende ansvar for rapportens tilblivelse og udarbejdet de epidemiologiske kapitler i rapporten. Fuldmægtig Maria Winter Koch har udarbejdet kapitlet om forebyggelse, og afdelingslæge Helle Petersen har i samarbejde med overlæge Christian Hvidt udarbejdet kapitlet om de sundhedsmæssige indsatser i relation til stofmisbrug. Torsten Kolind har udarbejdet temakapitlet om Narkotikaforskning i Danmark, og Rådet for Socialt Udsatte har udarbejdet temakapitlet om særligt udsatte samt kapitlet omkring indsatser i relation til sociale konsekvenser. Øvrige dele i rapporten er udarbejdet ved hjælp af bidrag fra forskellige enheder i Sundhedsstyrelsen, Justitsministeriet, Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 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 Birgitte Neumann, Sundhedsstyrelsen.

*November 2007*

*Else Smith  
Centerchef*

# Indhold

## Forord 3

<b>Sammenfatning</b>	<b>7</b>
<b>1 National narkotikapolitik</b>	<b>11</b>
1.1 Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol	11
1.2 Nationale strategier på narkotikaområdet	13
1.3 Økonomi og finansieringsordninger	13
1.4 Narkotikapolitikken i social og kulturel sammenhæng	14
<b>2 Brugen af stoffer i befolkningen</b>	<b>15</b>
2.1 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen	15
2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge	19
<b>3 Forebyggelse</b>	<b>21</b>
3.1 Universel forebyggelse – skoleområdet	21
3.2 Indsatser i lokalsamfundet	22
3.3 Selektiv og indikeret forebyggelse	24
<b>4 Stofmisbrug</b>	<b>27</b>
4.1 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark	27
4.2 Stofmisbrugere i behandling	28
4.3 Metadonbehandling og -ordination	32
<b>5 Behandling for stofmisbrug</b>	<b>34</b>
5.1 Behandlingssystemet	34
5.2 Støtte- og kontaktpersoner	35
5.3 Døgnbehandling	36
5.4 Undersøgelse af behandlingsgarantiens effekt	37
5.5 Initiativer til bedre kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen	37
5.6 Graviditet, misbrug og behandling	38
<b>6 Sundhedsmæssige konsekvenser ved stofmisbrug</b>	<b>39</b>
6.1 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere	39
6.2 Forgiftninger med illegale stoffer	42
6.3 Narkotikarelaterede infektionssygdomme	44
6.4 Stofmisbrugere i psykiatrisk behandling	45
<b>7 Indsatser overfor sundhedsmæssige konsekvenser</b>	<b>47</b>
7.1 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald	47
7.2 Forebyggelse og behandling af infektionssygdomme	48
7.3 Indsatser rettet mod misbrugere med samtidig forekomst af psykisk sygdom	49
7.4 Øvrige sundhedsrelaterede indsatser	50

<b>8</b>	<b>Kriminalitet, stofbrug og sociale konsekvenser</b>	<b>52</b>
8.1	Social eksklusion og problemer	52
8.2	Kriminalitet i forbindelse med narkotika	53
8.3	Stofmisbrug i fængsler	53
<b>9</b>	<b>Indsatser i forhold til sociale konsekvenser af stofmisbrug</b>	<b>55</b>
9.1	Social reintegration	56
9.2	Forebyggelse af narkotikarelateret kriminalitet	57
<b>10</b>	<b>Det illegale stofmarked</b>	<b>59</b>
10.1	Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel	59
10.2	Beslaglæggelse af stofferne	59
10.3	Renhed, stofkoncentration og priser	60
<b>11</b>	<b>Udsatte unge</b>	<b>64</b>
11.1	Grupper af udsatte unge	64
11.2	Stofmisbrug blandt udsatte grupper af børn og unge	66
11.3.	Udsatte med særlige behandlingsbehov	66
11.4	Tilbud og behandling til udsatte unge	66
<b>12</b>	<b>Narkotikaforskningen i Danmark</b>	<b>68</b>
12.1	Forskningsstrukturer	68
12.2	Fremhævede danske forskningsprojekter siden 2000	69
12.3	Indsamling og udbredelsen af forskningsresultater	73
	Bilag til kapitel 12	75
	<b>Anneks</b>	<b>78</b>
	Referenceliste	78
	Hjemmesider	82
	De anvendte undersøgelser	83
	Tabeloversigt	87
	Figuroversigt	89
	Supplerende tabeller	90

# Sammenfatning

## Den aktuelle narkotikasituation i Danmark

Det aktuelle skøn over antallet af stofmisbrugere er foretaget i 2006. Skønnet viser, at antallet af stofmisbrugere i Danmark er 27.000, hvoraf godt 7000 alene er hashmisbrugere. Sammenlignet med år 2001 er det tale om en stabilitet i det skønnede antal stofmisbrugere. Opgørelsen omfatter ikke det eksperimenterende stofforbrug men estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Egentlige stofafhængige er således medtaget i skønnet, herunder også stofafhængige i substitutionsbehandling.

Samtidig viser nyere, landsdækkende undersøgelser overordnet, at udbredelsen af det eksperimenterende brug af både hash og andre illegale stoffer blandt de yngre voksne og voksne er svagt faldende. Kurven synes således i dag at være knækket efter markante stigninger i brugen af illegale stoffer op igennem slut-halvfemserne, som blev efterfulgt af et højt men stabilt niveau fra 2000 og frem. Ser man på udbredelsen af stofferne enkeltvis, synes kokain dog som det eneste stof at være på vej frem. Blandt de 16-24-årige, ses en lille men dog signifikant stigning i brugen af kokain i disse år (SUSY 2005), mens det er tale om et tilsvarende fald i de unges brug af andre stoffer såsom amfetamin og ecstasy. Både hash og amfetamin er dog stadig mere udbredt end kokain, efterfulgt af ecstasy i nævnte rækkefølge.

Der er i 2007 gennemført en opfølgning på tidligere ESPAD- undersøgelser, der beskriver udviklingen af det eksperimenterende brug af illegale stoffer (samt alkohol og tobak) blandt de 15-16-årige. Resultater herfra viser nogenlunde samme niveau i 2007 som både i 1999 og 2003, og altså ikke den samme nedgang blandt de helt unge som blandt de lidt ældre.

Der ses fortsat en stigning i antallet indskrivninger i behandling for stofmisbrug, om end der i de sidste par år er set en ”opbremsning” i stigningerne. I alt 13.441 personer var i behandling for stofmisbrug i 2006, hvilket ”kun” var en stigning på knap 1 % sammenlignet med 2005. Tidligere har der været kraftigere stigninger i antallet af personer i stofmisbrugsbehandling på 13,9 % fra 2002 til 2003, og på 7 % fra 2003 til 2004. Andelen af stofmisbrugere, der blev indskrevet i behandling for første gang i 2006, var 24 % af alle, der blev indskrevet i 2006 (1329 ud af i alt 5426 personer).

Det er især de unge, der udgør nytilgangen til stofbehandling, og typisk er det hash og/eller centralstimulerende stoffer, der er deres misbrugsproblem. I 2006 havde knap halvdelen (47 %) af de unge mellem 18 og 24 år i stofmisbrugsbehandling hash som hovedmisbrugsstof, mens 14 %, 7 % og 3 % af de unge er i behandling for henholdsvis amfetamin, kokain og ecstasy som hovedmisbrugsstof. Udover det stigende brug af de illegale stoffer op igennem 90'erne, må det antages, at den øgede behandlingsskapacitet, behandlingsgaranti samt bedre og mere målrettede behandlingstilbud er medvirkende til den dokumenterede stigning i tilgangen til stofmisbrugsbehandlingen, som ses af behandlingsstatistikken.

Oplysninger om de psykiatriske indlæggelser peger på, at stofdiagnoser blandt patienter, der indlægges, optræder stadig hyppigere. Især gælder dette stofdiagnoser, der relaterer sig til hash. For knap halvdelen (1040 ud af i alt 2430) af de indlæggelser i psykiatrisk behandling, der diagnosticeres med en stofrelateret bidiagnose,

er der tale om hash, og fra 1997 til 2006 er der tale om en fordobling i antallet af sådanne indlæggelser. Også de centralstimulerende stoffer, herunder kokain, er i stigende omfang medvirkende årsag til de psykiatriske indlæggelser, om end antallet af disse indlæggelser er væsentlig færre end de hashrelaterede.

Hvad angår opgørelse over skadestuebesøg, hvor forgiftninger med illegale stoffer er årsagen til henvendelsen, registreres omkring 1200- 1400 forgiftninger årligt. Blandt de yngre ses typisk forgiftninger med hash og centralstimulerende stoffer, mens forgiftninger med opioider og blandinger med flere stoffer samtidig, hyppigst forekommer i ældre aldersgrupper. Med baggrund i eksisterende registreringspraksis og upræcise diagnosticeringer er der alene tale om en minimumsopgørelse.

En række sundhedsmæssige problemer og konsekvenser kommer i kølevandet på stofmisbrug. Stofmisbrugere har en stærkt forhøjet dødelighed generelt på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis, og stofmisbrugere, der er løsladt fra fængslerne, har en særlig høj dødelighed kort tid efter løsladelsen. Hvad angår narkotikarelaterede dødsfald, har disse ligget højt, men konstant de senere år. De fleste narkotikarelaterede dødsfald, som registreres i Politiets register (ca. 80 % af dem), skyldes forgiftninger, mens de øvrige dødsfald sker som følge af vold, ulykker og sygdomme. Undersøgelser har vist, at der findes i gennemsnit 3,3 stoffer i hvert narkotikarelateret dødsfald (Steentoft 2005). Der er derfor i hovedsag tale om (forgiftnings)dødsfald som følge af et blandingsbrug.

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

I de seneste år er set flere forebyggelsesinitiativer og skadereducerende tiltag i Danmark, både på kommunalt og statsligt plan. Disse initiativer skal både dæmme op for udvikling af det eksperimenterende brug af stoffer og begrænse de skader, et misbrug af stoffer kan medføre. Samarbejdet mellem stat og kommuner er blevet forstærket efter kommunalreformen, hvor kommunerne har hovedansvaret for forebyggelse og behandling af stofmisbrug efter 1.1.2007.

Narkotikaforebyggelse foregår hovedsagelig tværsektorielt med indsatser målrettet grundskolen, det kommercielle festmiljø og ungdomsuddannelserne.

I foråret 2007 sluttede modelkommuneprojektet ”Narkoen ud af byen”, som blev etableret i forbindelse med regeringens handlingsplan mod narkotikamisbrug ”Kampen mod narko” fra 2003. De 14 modelkommuner har arbejdet med forebyggelsen inden for de 6 områder (grundskolen, ungdomsuddannelserne, fritids- og foreningslivet, festmiljøer, særlige boligområder og individuelle indsatser), der blev beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning for modelkommunerne.

Erfaringer fra modelprojektet har blandt andet vist, at der er stor vilje i kommunerne til at arbejde mere systematisk og tværgående med rusmiddelforebyggelse, men at der også er en række organisatoriske og videnskæssige forudsætninger for at det lykkes. Ledelsesmæssig opbakning, såvel på det politiske som på det administrative niveau, er nødvendigt for at forebyggelsen når ud til frontpersonalet, og dermed borgerne. Det er også nødvendigt, at narkotikaforebyggelsen har en klar organisatorisk forankring med en entydig ansvarsplacering og rammer for tværgående arbejde – i modelkommuneprojektet er dette sket ved at have en tværgående styringsgruppe og en koordinator i hver kommune. Det er samtidig nødvendigt at

give kommunerne let adgang til den nyeste faglige viden på området – fx igennem faglig vejledning, gennem undervisnings- og oplysningsmateriale, gennem metoder til monitorering af rusmiddelsituationen i kommunen og gennem tilbud om kompetenceudvikling.

I 2006 blev der igen gennemført en landsdækkende informationskampagne ”Against Drugs” på flerdages musikfestivaler i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og brancheforeningen Festival danmark. Samarbejdet har kørt med en årlig kampagne siden 2003, og ideen er, at festivalarrangørerne formidler en tydelig holdning imod indtagelse af stoffer. Evalueringer af kampagnen har år for år vist en stadigt større gennemslagskraft af kampagnen og en stigende accept af budskabet fra publikums side.

I forbindelse med de senere års satspuljeforlig er der igangsat en række initiativer til forebyggende og skadereducerende foranstaltninger for stofmisbrugere. Blandt andet er der afsat særlige puljemidler til indførelse af målrettet sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere samt andre initiativer rettet mod særlige udsatte grupper, herunder hjemløse stofmisbrugere. Endvidere er afsat særlige puljemidler til en forstærket indsats overfor gravide stofmisbrugere samt psykisk syge stofmisbrugere, dvs de såkaldte ”dobbeltdiagnose-patienter”.

En særlig pulje er ligeledes afsat til en kvalitetsudvikling af hele den lægelige behandling af stofmisbrugere, herunder substitutionsbehandlingen. I forbindelse hermed, vil der ved udgangen af 2007 foreligge en revideret faglig vejledning, der blandt andet skal sikre en ensartet og acceptabel kvalitet i de lægelige kerneydelser, der knytter sig til substitutionsbehandlingen. Vejledningen om ordination af afhængighedsskabende lægemidler er endvidere revideret, og præparatet buprenorfin anbefales som førstegangsvælgspræparat i indledning af substitutionsbehandling.

Endvidere er der afsat midler til gennemførelse af en særlig indsats mod hepatitis C. I denne forbindelse har Sundhedsstyrelsen i efteråret 2007 udarbejdet en handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere, som indeholder anbefalinger og konkrete forebyggende anvisninger.

Endelig er en særlig pulje afsat for 2006 og 2007 til udvikling af målrettede tilbud til unge hashmisbrugere.

### Nye stoffer og ny lovgivning

Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet overvåger stadig misbrugsstoffer på det illegale marked i samarbejde med de tre retskemiske institutter i Danmark. Formålet hermed er blandt andet, at overvejelser om kontrolforanstaltninger og forbud kan gennemføres, når nye misbrugsstoffer dukker op på markedet. Efter indstillinger fra Sundhedsstyrelsen blev stofferne 2C-E, 2C-P, DOC, DOI samt oripavin, forbudt fra og med 8. april 2007, og må herefter kun anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed.

En række nye lovbestemmelser og administrative regler er gennemført og implementeret i 2007. Blandt andet kan nævnes, at der pr. juli 2007 blev indført en nulgrænse for kørsel med euforiserende stoffer i blodet, hvilket betyder, at det nu er strafbart at køre med euforiserende stoffer i blodet. Ligeledes er sket en lovændring i juni 2007, der blandt andet indebærer en skærpelse af bødestrafen ved ulovlig besiddelse af euforiserende stoffer til eget brug.



### Temakapitler

Temakapitlet om ”udsatte unge” beskriver problemstillinger og indsatsområder i forhold til de helt unge, der er i særlig risiko for at udvikle et misbrug. Temakapitlet om ”Narkotikaforskning i Danmark” fokuserer på den forskning, der er gennemført i Danmark siden 2001 og eksemplificeres med en kort gennemgang af udvalgte studier.

# 1 National narkotikapolitik

Dansk narkotikapolitik hviler på et forbud mod enhver ikke-medicinsk eller ikke-videnskabelig anvendelse af narkotika kombineret med en vedholdende og målrettet forebyggende indsats, et flerstrengt og koordineret behandlingstilbud samt en effektiv kontrolindsats. Regeringen har med sin handlingsplan ”Kampen mod nar-ko” formuleret de grundlæggende præmisser for indsatsen mod narkotikamisbrug.

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

På centralt plan koordinerer *Indenrigs- og Sundhedsministeriet* den statslige indsats. Ministeriet har endvidere ansvaret for kontrollen med den lovlige anvendelse af narkotika. Herudover har ministeriet ansvaret for de statslige opgaver vedrørende den forebyggende indsats og behandlingsindsatsen i sundhedsvæsenet, herunder bl.a. den lægelige behandling. *Socialministeriet* har ansvaret for de statslige opgaver vedrørende den sociale behandlingsindsats. *Justitsministeriet* har hovedansvaret for den kontrol- og politimæssige indsats og for indsatsen over for stofmisbrugere i fængslerne. *Skatteministeriet* har ansvaret for toldkontrollen og for den kontrol, der føres med prækursorer.

På lokalt plan har kommunerne ansvaret for den konkrete forebyggelses- og behandlingsindsats. Kommunerne bistår i den forbindelse af de centrale myndigheder med bl.a. overvågning, overordnede retningslinier, dokumentation, vidensformidling mv.

## 1.1 Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol

Der er med virkning fra 2007 udstedt følgende love og administrative regler på narkotikaområdet:

- Til lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed overførtes den 1. januar 2007 bl.a. den hidtidige lægelovs regler om lægers ret til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug.
- Lov nr. 1558 af 20. december 2006 om ændring af lov om fuldbyrdelse af straf m.v. trådte i kraft den 1. januar 2007. Lovændringen indebærer, at en indsat stofmisbruger har ret til vederlagsfri behandling mod stofmisbrug, medmindre vedkommende forventes løsladt inden for 3 måneder eller ikke skønnes egnet og motiveret til behandling. Behandlingen skal så vidt muligt iværksættes senest 14 dage efter, at den indsatte har fremsat begæring herom over for kriminalforsorgen.
- Bekendtgørelse nr. 58 af 18. januar 2007 af lov om social service trådte i kraft den 1. januar 2007, og er en sammenarbejdning af den tidligere gældende lov-bekendtgørelse og senere ændringslove.
- Lov nr. 524 af 6. juni 2007 om ændring af færdselsloven trådte i kraft den 1. juli 2007. Med lovændringen er der indført en nulgrænse for kørsel med euforiserende stoffer i blodet. Det betyder, at det er forbudt at køre med ulovlige stoffer og ulovlig medicin i blodet. Nulgrænsen gælder ikke for stoffer, som

føreren har indtaget i overensstemmelse med en lovlig recept. Det bliver muligt for politiet at anvende slyt- og svedprøver samt øjenbesigtigelse med henblik på at konstatere mistanke om påvirkning af euforiserende stoffer i forbindelse med kørsel. Straffen for at overtræde nul-grænsen svarer til straffen for spirituskørsel.

- Lov nr. 526 af 6. juni 2007 om ændring af bødeniveauet i narkosager trådte i kraft den 1. juli 2007. Lovændringen indebærer, at bødestraffen ved ulovlig besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug bliver skærpet. Lovændringen indebærer endvidere, at sager om besiddelse af euforiserende stoffer til eget brug i videre omfang end hidtil skal kunne afgøres med advarsel i tilfælde, hvor sociale forhold taler for at meddele en advarsel, og vedkommendes brug af euforiserende stoffer skyldes en stærk afhængighed af f.eks. heroin.
- Lov nr. 542 af 6. juni 2007 om ændring af lov om social service og lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling trådte i kraft den 1. juli 2007. Loven indebærer, at kommunerne i forbindelse med tilbud om støtte til gravide stofmisbrugere i form af døgnophold efter servicelovens § 107, stk. 2, nr. 2, skal tilbyde gravide stofmisbrugere at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse.
- Bekendtgørelse nr. 622 af 15. juni 2006 trådte i kraft den 1. januar 2007. Ifølge bekendtgørelsen skal kommunalbestyrelserne inden den 1. juli 2007 have udarbejdet en kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter § 101 i serviceloven.
- Bekendtgørelse nr. 1651 af 13. december 2006, som er en konsekvens af kommunalreformen (se afsnit 1.3), trådte i kraft den 1. januar 2007 og omhandler garanti for social behandling for stofmisbrug til unge under 18 år i særlige tilfælde.
- Socialministeriet har som opfølgning på kommunalreformen (se afsnit 1.3) den 5. december 2006 udsendt vejledning nr. 1-7 til lov om social service. Der er tale om en sammenskrivning af en lang række vejledninger, der var opdelt på særlige målgrupper, herunder særligt udsatte.
- Sundhedsstyrelsen har den 8. juni 2007 udsendt en revideret vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og behandling af personer for stofmisbrug. Vejledningen indeholder ændrede sundhedsfaglige anbefalinger vedrørende substitutionsbehandling ved opioidmisbrug, herunder ændrede anbefalinger angående valget mellem præparaterne metadon og buprenorfin. Ændringerne består dels i en indskærpelse af buprenorfin som førstevalgspræparat til nyindskrevne patienter, dels i en påpegning af, at flest mulige opioidafhængige, som følge af den større sikkerhed der er forbundet med anvendelsen af præparatet, bør behandles med buprenorfin, samt en mere detaljeret faglig anvisning på iværksættelse af behandling og doseringsregime.

I 2007 er følgende narkotiske stoffer undergivet kontrol:

- Med bekendtgørelse nr. 314 af 29. marts 2007 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at stofferne 2C-E (4-ethyl-2,5-dimethoxyphenethylamin), 2C-P (2,5-dimethoxy-4-propylphenethylamin), DOC (4-chlor-2,5-dimethoxyamphetamin), DOI (4-iod-2,5-dimethoxyamphetamin) og oripavin fra og med den 8. april 2007 kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed.

## 1.2 Nationale strategier på narkotikaområdet

Med regeringsgrundlaget fra november 2001 blev det besluttet at forstærke det fælles ansvar for samfundets svageste. Beslutningen er siden fulgt op med generelle initiativer som f.eks. indgåelsen af en række satspuljeforlig, udarbejdelsen af handlingsprogrammerne ”Det fælles ansvar I” og ”Det fælles ansvar II” samt nedsættelsen af Rådet for Socialt Udsatte. Med det supplerende regeringsgrundlag fra august 2003 blev der lagt op til en yderligere udbygning af indsatsen, som kom til udtryk i handlingsplanen ”Kampen mod narko”, som blev fremlagt af regeringen i oktober 2003, og som siden har udgjort grundlaget for de centrale myndigheders indsats på narkotikaområdet.

I ”Kampen mod narko” gav regeringen udtryk for den opfattelse, at narkotikamisbruget skal imødegås med konsekvente og vedvarende bestræbelser for kvalitativt og kvantitativt at fastholde og udbygge den eksisterende indsats med sigte på i endnu højere grad at hindre tilgang af nye stofmisbrugere, hjælpe nuværende stofmisbrugere og sætte hårdt ind over for den narkotikarelaterede kriminalitet. Regeringen tilkendegav, at indsatsen skal ske over en bred kam og dermed afspejle, at sociale problemer, stofmisbrug og narkotikakriminalitet hænger uløseligt sammen. Regeringen anførte, at der er tale om en opgave, som skal løses i fællesskab af centrale, regionale og lokale myndigheder i nært samarbejde med den enkelte og de pårørende, med private organisationer og institutioner samt med skoler, foreninger og diskoteker m.v. i nærmiljøet.

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

Som led i en forstærket indsats over for gravide stofmisbrugere blev der som en del af satspuljeaftalen for 2007 i forbindelse med aftale om ændring af lovgivningen om tilbageholdelse af gravide stofmisbrugere i behandling, afsat en pulje til at forbedre mulighederne for at fastholde gravide stofmisbrugere i behandling samt at udvikle metoder til tidlig opsporing og indrullering i behandling. Forsøgsprojektet vil blive udviklet i et antal kommuner og strække sig over 3 år.

## 1.3 Økonomi og finansieringsordninger

Oplysningerne om de flerårige statslige finanslovbevillinger og puljemidler fremgår af tidligere års rapporter. I den forbindelse skal det særligt fremhæves, at regeringen som opfølgning på ”Kampen mod narko” i oktober 2003 blev enige med et flertal i Folketinget (satspuljepartierne) om for 2004 at afsætte 145 mio. DKK over årene 2004-2007 til gennemførelse af en række initiativer på narkotikaområdet. Med henblik på at give indsatsen endnu et løft blev regeringen og et flertal i Folketinget (satspuljepartierne) enige om over årene 2006-2009 at afsætte en kvart milliard DKK til nye initiativer på narkotikaområdet. Om nye statslige bevillinger kan oplyses:

- I 2007 forventes anvendt ca. 4,5 mio. DKK i statslige midler til forebyggelse af narkotikamisbrug i Sundhedsstyrelsens regi.
- I satspuljen for 2007 er der afsat 7,5 mio. DKK og 5 mio. DKK i hvert af årene 2008-2010 til sundhedsfremmende og forebyggende modelprojekter omkring gruppen af de mest socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse.
- I satspuljen for 2007 er der afsat 5 mio. DKK i hvert af årene 2007-2010 til indsats for gravide stofmisbrugere.
- Med psykiatriaftalen for 2007-2010 er der som en permanent bevillig afsat 30 mio. kr. årligt med det formål at fastholde det aktivitetsniveau, som er opnået med psykiatriaftalen 2003-2006. Det giver mulighed for at videreføre projekter igangsat med psykiatriaftalen 2003-2006. Det gælder også projekterne målrettet de dobbeltdiagnosticerede.

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

For så vidt angår de kommunale udgifter viser regnskaber og budgetter en kraftig stigning siden 1995 i de afsatte midler til social stofmisbrugsbehandling. Regnskabstallet for 2006 var således på 804 mio. DKK, mens det tilsvarende regnskabs-tal for 1995 var på 228,9 mio. DKK. Kommunernes udgifter til forebyggelse af narkotikamisbrug og den lægelige stofmisbrugsbehandling kan ikke særskilt ud-drages af de kommunale regnskaber og budgetter.

For så vidt angår stofmisbrugsbehandlingen i fængslerne er der de seneste år sket en væsentlig opprioritering. Budgettallet for 2001 var således på 6,2 mio. DKK, mens det tilsvarende budgettal i 2007 var på 57,4 mio. DKK.

#### 1.4 Narkotikapolitikken i social og kulturel sammenhæng

I folketingsåret 2006-2007 har medlemmer af oppositionen fremsat forslag til folketingsbeslutning om forsøg med lægeordineret heroin til særligt hårdt belastede stofmisbrugere. Behandlingen af forslaget er endnu ikke afsluttet. I folketingsåret 2006-2007 er der i øvrigt i Folketingets regi afholdt en høring om lægeordineret heroin.

## 2 Brugen af stoffer i befolkningen

Det at prøve stoffer er typisk et ungdomsfænomen, og de fleste fortsætter ikke brugen. De fleste, der prøver stoffer, har således et eksperimentelt forbrug i en kortere periode i de unge år. Undersøgelser i hele befolkningen viser, at det eksperimentelle brug af stoffer topper i aldersgruppen 16-19 år, og meget få prøver stoffer første gang efter 20-års alderen. I aldersgrupperne over 40 år har kun få procent brugt nogen form for stoffer inden for det seneste år (SUSY 2000 og 2005<sup>1</sup>). Det er langt hen af vejen de samme unge, som udsætter sig for de forskellige former for risikoadfærd. Undersøgelser dokumenterer, at det ofte er de samme unge, som har et stort alkoholforbrug, et daglig brug af tobak og ryger hash. Ligeledes ses en signifikant samvariation mellem at have brugt hash og have brugt et eller flere andre illegale stoffer.

Resultater fra surveyundersøgelser de senere år viser, at det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer i Danmark ligger på et historisk højt niveau med tendens til faldende udbredelse blandt de yngre voksne og voksne. Seneste befolkningsundersøgelse viser, at 46 % af befolkningen mellem 16 og 44 år har eksperimenteret med hash nogensinde, og 13,5 % i samme aldersgruppe har nogensinde prøvet andre illegale stoffer end hash (SUSY 2005). En faldende tendens i brugen af de illegale stoffer generelt ses også blandt de yngre voksne 16-20-årige (MULD 2006). Omkring 30 % af de 16-20-årige oplyser i 2006 at have røget hash, og omkring 10 % har prøvet et eller flere andre illegale stoffer.

Ser man på udbredelsen af stofferne enkeltvis, synes kokain dog som det eneste stof at være på vej frem. Blandt de 16-24-årige ses en lille men dog signifikant stigning i brugen af kokain i disse år (SUSY 2006), mens det er tale om et tilsvarende fald i de unges brug af andre stoffer såsom amfetamin og ecstasy. Både hash og amfetamin er dog stadig mere udbredt end kokain, efterfulgt af ecstasy i nævnte rækkefølge.

Der er i 2007 gennemført en opfølgning på tidligere ESPAD-undersøgelser, der beskriver udviklingen af det eksperimenterende brug af illegale stoffer (samt alkohol og tobak) blandt de 15-16-årige. Resultater herfra viser nogenlunde samme niveau i 2007 som både i 1999 og 2003, og altså ikke den samme nedgang blandt de helt unge som blandt de lidt ældre.

De forskellige undersøgelser, der henvises til i foreliggende kapitler, og som beskriver udviklingen af det eksperimenterende brug af illegale stoffer blandt den voksne befolkning (SUSY), de yngre voksne (MULD) samt de helt unge (ESPAD), er med hensyn til datagrundlaget og metoderne beskrevet bagerst i foreliggende rapport.

### 2.1 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen

Der er ikke foretaget nye undersøgelser siden 2005, der beskriver det eksperimenterende brug af illegale stoffer i voksenbefolkningen. De resultater, der gengives her, er baseret på de tre seneste landsdækkende Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser af det selvrapporterede forbrug fra 1994, 2000 og 2005 (SUSY 1994, SUSY

---

<sup>1</sup> SUSY står for Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse.

2000 og SUSY 2005). Samtlige undersøgelser er foretaget af Statens Institut for Folkesundhed (tidligere DIKE). De medtagne analyser af udbredelsen er baseret på aldersgruppen 16-44 år. Hos personer over 44 år ses kun en meget begrænset udbredelse, hvorfor de over 44-årige ikke er medtaget i nedenstående analyser.

### Udbredelsen af hash

Resultater fra befolkningsundersøgelser blandt de 16 til 44-årige gennemført i årene 1994, 2000 og 2005 viser stigninger i det eksperimenterende brug af hash op til 2000. Herefter ses en stagnation, endog med et lille fald. Ser man på det aktuelle brug (brugt hash inden for det seneste år), oplyser 8 % af de 16-44-årige i 2005 at have brugt hash inden for sidste år. Dette gjaldt for 7 % og 10 % i henholdsvis 1994 og 2000. Det aktuelle brug af hash er størst i de yngre aldersgrupper, og aftager herefter med stigende alder (tabel 2.1.1 i annekset). For mændenes vedkommende er der i 2005 størst udbredelse i aldersgruppen 20-24 år, mens der blandt kvinderne er størst udbredelse blandt de 16-19-årige.

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

Brugt hash	1994	2000	2005
Sidste måned	2	4	4
Sidste år (sidste måned medregnet)	7	10	8
Nogensinde (sidste år medregnet)	37	42	46

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 1994, SUSY 2000 og SUSY 2005

Som ovenstående tabel viser, er det aktuelle brug af hash stagneret, endda med et lille fald fra 2000 til 2005 (brugt hash inden for sidste år). Selvom der samtidig er tale om en stigning fra 1994-2005 i andelen, der nogensinde har prøvet hash, kan resultaterne tages som udtryk for, at færre har et brug af hash i dag sammenlignet med i 2000, idet ”aktuelt brug” vurderes som det mest pålidelige mål for udbredelsen<sup>2</sup>.

### Udbredelsen af andre illegale stoffer

For de øvrige illegale stoffer taget under ét ses en tilsvarende udvikling; et stigende eksperimenterende brug blandt de 16-44-årige fra 1994 til 2000, afløst af et lille, men dog signifikant fald fra 2000 til 2005. Under 3 % af de 16 til 44-årige oplyser i 2005 at have et aktuelt brug af andre illegale stoffer end hash (brugt inden for det seneste år).

<sup>2</sup> Kategorien ”brugt nogensinde” er et mere upræcist mål end ”brugt sidste år”, da jo længere en tidsperiode, man spørger om, desto større er sandsynligheden for, at svarpersonen enten har glemt eller forsøgt at fortrænge den pågældende hændelse.

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

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

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 1994, SUSY 2000 og SUSY 2005

### Udbredelsen af illegale stoffer blandt de unge voksne

I nedenstående er der fokuseret på udbredelsen af de forskellige illegale stoffer i 2005 blandt de ”unge voksne” i aldersgruppen 16 til 24 år. Det er i denne aldersgruppe, der typisk debuteres med de illegale stoffer, og hvor udbredelsen af illegale stoffer er størst.

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 2005

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Hash	8,2	20,5	44,2
Amfetamin	1,4	4,0	11,2
Kokain	0,8	3,3	8,0
Psilocybinsvampe	0,0	0,9	4,8
Ecstasy	0,5	1,5	5,5
Lsd	0,0	0,6	1,8
Heroin	0,1	0,2	0,6
Andre stoffer*	0,3	0,7	1,8
”Andet illegalt stof end hash ” i alt	2,0	5,3	14,2

Kilde: SUSY 2005, upublicerede tal fra Statens Institut for Folkesundhed

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

44 % af de unge under 24 år har prøvet hash nogensinde, og 21 % har et aktuelt brug – dvs. oplyser at have brugt hash inden for det seneste år. Udbredelsen af hash blandt de unge i 2005 ligger på samme niveau som i 2000 (vist i tabel 2.1.5 i annekset).

For de øvrige illegale stoffer såsom amfetamin, kokain og ecstasy, som er de mest udbredte stoffer efter hash, er der heller ikke sket en stigning siden 2000. Det kan dog se ud som om, der er en tendens til en ”forskydning” i stofvalget i denne periode, hvor færre vælger stofferne amfetamin og ecstasy, og flere vælger kokain. Denne udvikling er vist i tabel 2.1.6.



Tabel 2.1.6. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af kokain, amfetamin og ecstasy i 2000 og 2005

16-24 år	SUSY 2000			SUSY 2005		
	mænd	kvinder	totalt	mænd	kvinder	totalt
Amfetamin prøvet inden for seneste år	8,6	3,0	5,6	6,5	2,4	4,1
Kokain prøvet inden for seneste år	4,3	1,3	2,7	5,4	1,9	3,3
Ecstasy prøvet inden for seneste år	3,1	1,5	2,2	3,1	0,4	1,5

Kilde: SUSY 2005, upublicerede tal fra Statens institut for Folkesundhed

Som ovenstående tabel viser, angiver 5,6, % af de 16-24-årige i 2000 at have brugt amfetamin inden for sidste år, mens dette gjaldt for 4,1 % i 2005. For ecstasy gjaldt det, at 2,2 % af de 16-24-årige i 2000 angiver at have brugt ecstasy inden for det seneste år, mens andelen var faldet til 1,5 % i 2005. Da der samtidig ses en stigning i andelen, der oplyser at have brugt kokain fra 2000 til 2005, kan der således være tendens til en forskydning i stofvalget i denne aldersgruppe.

Markant flere unge mænd end kvinder har et aktuelt brug af både amfetamin, kokain og ecstasy. Især er det aktuelle brug af ecstasy meget begrænset blandt de unge kvinder i 2005.

Det kan således konkluderes, at der blandt de yngre voksne (16-24-årige) ikke er tale om en stigende udbredelse i disse år, hverken for hash eller de øvrige illegale stoffer. Derimod ses tendenser til en lille forskydning i stofvalget blandt disse unge, hvor kokain er på vej frem, mens brug af amfetamin og ecstasy går tilbage.

### Hyppighed i brugen af de illegale stoffer

I SUSY-undersøgelsen 2005 er de, der har et aktuelt brug af hash eller andre illegale stoffer inden for seneste måned spurgt om, hvor mange gange de har brugt stof(fer). Blandt de 16-24-årige er det i alt 9 %, der har brugt hash og/eller andre illegale stoffer inden for seneste måned. Knap 70 % af disse har brugt stoffet 1-3 gange. Resten har haft et hyppigere forbrug (18 % anvendte stoffet 4-9 gange, og 12 % mere end 10 gange inden for sidste måned). Vedrørende angivelser af hyppighed for stofindtaget er der tale om meget små tal, hvorfor der foreligger stor usikkerhed omkring disse resultater.

Hovedparten af sidste-måneds-brugerne har alene brugt hash. Det er undersøgt, om der er forskel på hyppigheden for dem, der alene bruger hash, og dem, der bruger andre illegale stoffer, men der har ikke vist sig nogen forskelle mellem disse to grupper. Det skal dog understreges, at gruppen, der har brugt andre illegale stoffer end hash inden for sidste måned, er meget lille.

### Regionale forskelle i brugen af illegale stoffer

I SUSY-undersøgelserne er der foretaget regionale sammenligninger i udbredelsen af de illegale stoffer. Resultaterne viser klart, at udbredelsen af de illegale stoffer er væsentlig størst i hovedstadsregionen og mindre udbredt i de øvrige regioner. I hovedstadsregionen er der blandt de 16-24-årige op til dobbelt så mange, der har prøvet både hash og de øvrige illegale stoffer sammenlignet med de unge i de øvrige regioner. Også i aldersgruppen 25 til 34 år vises samme tendens til regionale forskelle, om end denne forskel ikke er fuldt så markant som blandt de unge under 24 år.

## 2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de unge

Som det fremgår ovenfor, er det i de yngre aldersgrupper, at forbruget af både hash og andre stoffer er mest udbredt. Forbruget blandt de unge fra 16 til 20 år beskrives i dette afsnit ud fra de såkaldte "MULD-undersøgelser" fra 2000 til 2006 og viser, at det eksperimenterende brug af illegale stoffer i denne aldersgruppe er stabil i perioden, men med tegn på faldende udbredelse de seneste år.

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

Tabel 2.2.1. De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler, 2000-2006

	MULD 2000 (n=2046)	MULD 2001 (n=2090)	MULD 2002 (n=2041)	MULD 2003 (n=1768)	MULD 2004 (n=1772)	MULD 2006 (n=1964)
Hash prøvet nogensinde	32	33	37	36	36	27**
Hash sidste måned	9	9	8	9	7	6
Amfetamin prøvet nogensinde	8	9	6	7	6	5
Ecstasy prøvet nogensinde	4	4	3	4	4	3
Psilocybinsvampe prøvet nogensinde	3	5	4	3	3	1
Kokain prøvet nogensinde	3	4	3	4	4	4
Lsd prøvet nogensinde	1	2	1	1	1	1
Heroin prøvet nogensinde	0	0	0	1	0	1
Rygeheroin prøvet nogensinde	1	1	1	1	1	1
"Andre" stoffer *	1	1	3	2	2	2

Kilde: MULD-undersøgelserne, 2000-2006

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

\*\* Tallene i 2006 for "hash prøvet nogensinde" er i tabel 2.2.1 opgjort på samme måde som i de foregående år.

Antallet af uoplyste i 2006 er imidlertid væsentlig større end i de øvrige undersøgelsesår. Hvis man derfor alene beregner andelen af dem, der svarer på spørgsmålet i 2006, giver dette 32,4 %.

Omkring 30 % af de unge mellem 16 og 20 år op giver i 2006 at have prøvet at ryge hash nogensinde, og 10 % har prøvet et eller flere andre stoffer. Næst efter hash er amfetamin det hyppigst brugte stof, og brugt af 5 %. Herefter følger kokain og ecstasy, der er prøvet af henholdsvis 4 og 3 %.

Der er blandt de 16-20-årige klare kønsforskelle i brugen af stoffer, idet ca. dobbelt så mange drenge end piger har erfaring med stofferne. Samlet set oplyser i 2006 13 % af drengene og 7 % af pigerne mellem 16 og 20 år at have prøvet et eller flere andre stoffer end hash. Men hensyn til hash alene, oplyser 39 % af drengene og 28 % af pigerne at have prøvet stoffet.

### Debutalder

De nyeste SUSY-analyser af det eksperimenterende brug af illegale stoffer bekræf-

ter tidligere undersøgelsesresultater om, at næsten alle, der eksperimenterer med illegale stoffer, starter deres stofbrug inden de er fyldt 20 år (SUSY 2005).

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

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

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

Tabel 2.2.2. De procentvise andele blandt de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999, 2003 og 2007, samt blandt de 15-årige i 2002

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

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

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

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

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

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

### 3 Forebyggelse

Hovedmålsætningen for narkotikaforebyggelse er at begrænse tilgangen af nye stofmisbrugere. Forebyggelse er således et af narkotikapolitikens i alt fire indsatsområder: forebyggelse, behandling, skadesreduktion og udbudskontrol. I regeringens handlingsplan mod narkotikamisbrug ”Kampen mod narko” fra 2003 fremhæves det som hovedprincipper for forebyggelsen: at den skal være *bredspektret*, dvs. omfatte flere indsatsområder, at den skal være *helhedsorienteret*, dvs. omfatte både alkohol og illegale stoffer, og at den skal være *målrettet normer og adfærd*.

Hovedansvaret for forebyggelsen har siden kommunalreformens ikrafttrædelse den 1.1. 2007 ligget hos kommunerne. Med kommunalreformen blev de tidligere amtskommuner nedlagt. Kommunen er tæt på borgerne i det daglige – og det er her forebyggelsen især kan gøre en forskel. Lokalt er der mulighed for at tilrettelægge både universel og selektiv forebyggelse i skoler, kommunale fritidstilbud, i samarbejde med foreninger, i samarbejde med restauranter, barer, diskoteker og i særlige boligmiljøer.

Sundhedsstyrelsen bistår kommunerne med bl.a. overvågning, overordnede retningslinjer, dokumentation, vidensformidling mv.

I kommunerne foregår narkotikaforebyggelse ofte i det tværsektorielle samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi – SSP. Der er store forskelle fra kommune til kommune, men SSP arbejder bl.a. på at opfange signaler, at modarbejde mistrovisel hos børn og unge og foreslår og iværksætter aktiviteter, der skal virke misbrugs- og kriminalitetsforebyggende. SSP-konsulenterne har organiseret sig i et landsdækkende ”SSP-samråd”, der er kontakt- og vidensdelingsorgan for konsulenterne, ligesom der stadig eksisterer et netværk af alkohol- og narkotikakonsulenter.

Sundhedsstyrelsens opgave i forebyggelsen er at støtte det lokale forebyggelsesarbejde gennem udarbejdelse af informationsmateriale gennem metodeudviklende projekter (fx projekt ”Narkoen ud af byen”) og i øvrigt ved at yde rådgivning til andre myndigheder.

#### 3.1 Universel forebyggelse – skoleområdet

Grundskolen er det vigtigste indsatsområde for den universelle forebyggelse, idet den giver mulighed for kontakt med stort set alle børn og unge samt deres forældre. Grundskolen har en generel forpligtelse til forebyggelse og sundhedsundervisning i det obligatoriske emne ”Sundheds- og seksualundervisning samt familiekundskab”. Undervisning om alkohol og stoffer kan indgå i denne undervisning, men det er op til den enkelte skole og klasselærer at vurdere, om og hvordan narkotika skal tages op i undervisningen eller på forældremøder. Der er således ikke faste retningslinjer for narkotikaundervisningens form, indhold og omfang. Oftest ligger undervisningen i dette emne på 6.–9. klassetrin og den enkelte klasselærer tilrettelægger selv sin undervisning. SSP-organisationen har i stadigt flere kommuner udarbejdet lokale læseplaner i rusmiddelforebyggelse, hvori indgår narkotikaforebyggelse.

Sundhedsstyrelsen har i ”Vejledning for modelkommunerne i Narkoen Ud af Byen” formuleret en række forskningsbaserede principper, som skolens narkotikaforebyggende indsats bør tilrettelægges efter. Det anbefales blandt andet, at skolerne udar-

bejder en samlet rusmiddelpolitik, at de indgår et samarbejde med forældrene om at udskyde alkoholdebuten og undgå eksperimenter med stoffer, og at skolerne giver undervisning efter evidensbaserede principper.

### Undervisningsmaterialet ”Tackling, selvværd, sundhed og samvær”

Sundhedsstyrelsen har, i samarbejde med forlaget Alinea, taget initiativ til at importere, udvikle og afprøve en dansk version af det amerikanske, forskningsbaserede undervisningsmateriale ”Life Skills Training” – på dansk ”Tackling”. 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. Der deltager ca. 150 skoler i projektet, hvoraf halvdelen er indsatskoler og den anden halvdel er kontrolskoler.

Formålet med undervisningsmaterialet er at styrke de unges selvværd, sociale kompetencer og positiv sundhedsadfærd mht. tobak, alkohol og narkotika. Målsætningen er at hæve den eventuelle debutalder og at forebygge problembrug. Det pædagogiske grundprincip i materialet er en høj grad af elevaktivitet, en af de centrale forudsætninger for effekt. Materialet lægger op til undervisning både på 7. klassetrin (ca. 25 timer), 8. klassetrin (ca. 20 timer) og 9. klassetrin (ca. 10 timer). Undervisningen varetages af læreren uden eksterne eksperter eller gæstelærere. Læreren deltager derfor i et introduktionskursus og et år senere i et opfølgningskursus.

Tackling 1 og Tackling 2 udkom i henholdsvis 2005 og 2006, og Tackling 3 er afprøvet. Det forventes, at resultater fra forskningsprojektet foreligger ved udgangen af 2007.

### Ungdomsuddannelserne

Der er kommet et stigende fokus på rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelserne de senere år. Der arbejdes i særlig grad med implementering af rusmiddelpolitikker og rådgivning af unge på gymnasier, handelsskoler, tekniske skoler og produktionsskoler. Indsatsen er især baseret på erfaringer fra det metodeudviklende projekt, som Sundhedsstyrelsen samt Århus og Nordjyllands amter gennemførte i 2000-2003 (”Udviklingsprojekt om ecstasy-forebyggelse”) og på Dansk Institut for Gymnasiepædagogik’s undersøgelse: ”Festkultur og rusmidler i gymnasieskolen” 2004. Hovedprincipper for indsatsen er beskrevet i Sundhedsstyrelsens ”Vejledning til modelkommunerne i Narkoen ud af Byen” 2005.

## 3.2 Indsatser i lokalsamfundet

### Rusmiddelkorpset – ung til yngre

Københavns Kommune iværksatte i 2003 projektet ”Rusmiddelguiderne”, der er baseret på ung-til-yngre dialog. I projektet uddannes unge studerende til rusmiddelguider, som tilbyder gratis undervisning om rusmidler i folkeskolens 7.-10. klasse og på ungdomsuddannelserne. Undervisningen tager udgangspunkt i elevernes egne erfaringer, tanker og holdninger om rusmidler. Via dialog forsøger guiderne at få holdninger og viden frem hos eleverne, så eleverne fremover kan forholde sig mere bevidst til deres til- eller fravalg af rusmidler. Udover klassearrangementerne afholdes samarrangementer med SSP-konsulenter. Projektet er evalueret i februar 2007 (”Evaluering af Rusmiddelkorpset – ung til yngre”). Evalueringen viser, at 78 % af kommunens skoler har haft besøg af guiderne, og størstedelen af eleverne

mener, at indsatsen har givet dem ny viden og medført, at de fx er blevet mere bevidste om gruppepres.

### Kampen mod narko "Narkoen ud af byen"

Modelkommuneprojektet "Narkoen ud af byen" er en opfølgning på regeringens handlingsplan "Kampen mod narko" fra 2003. Modelkommuneprojektet omfatter 14 udvalgte modelkommuner fordelt over hele Danmark og har til formål:

- At nedsætte tilgængeligheden af stoffer
- At nedbringe antallet af unge, som bruger stoffer, og de skadevirkninger, som knytter sig til brugen som fx forgiftninger, stofudløste psykoser og vold
- At skabe et systematisk samarbejde mellem relevante aktører på unge- og rusmiddelområdet i modelkommunerne og via dette arbejde etablere en målrettet, koordineret og tværfaglig indsats

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og de udvalgte kommuner i perioden 2004-2007. Projektet blev afsluttet den 30. april 2007.

Hver kommune har fået bevilget 1 mio. kr. til ansættelse af en koordinator og til igangsættelse af forskellige indsatser i projektperioden.

Modelkommunerne har arbejdet med alkohol- og narkotikaforebyggende indsatser i grundskolen, ungdomsuddannelser, fritids- og foreningslivet, festmiljøer, særlige boligmiljøer og individrettede indsatser fx børn i misbrugsfamilier og unge hashmisbrugere.

Kommunernes indsats har så vidt muligt været baseret på viden om metoder, der virker. For at understøtte modelkommunerne i dette udarbejdede Sundhedsstyrelsen i juni 2005 en vejledning til kommunerne "Vejledning til modelkommunerne i Narkoen ud af byen", som peger på centrale principper i arbejdet med narkotikaforebyggelse og beskriver de miljøer, hvor narkotikaforebyggelsen bør finde sted. I pjecen "Forebyggelse i festmiljøer – om alkohol og stoffer" fra februar 2006, er det uddybet, hvordan forebyggelsesarbejdet kan planlægges og implementeres i festmiljøet.

Ved starten af skoleåret 2006/2007 udsendte Sundhedsstyrelsen materialet "Om hash og unge", til alle landets skoler. Materialet anvendes på forældremøder i fx 8. kl. og har til formål at give forældregruppen lejlighed til at diskutere hash og evt. finde fælles normer.

Alle 14 modelkommuner har prioriteret aktiviteter, som har til formål at kvalificere det faglige personale. Kommunerne har blandt andet afholdt kurser for det personale, som møder de unge forskellige steder i kommunen. Et eksempel er *Kursus i hash-samtalen*, hvor målgruppen er lærere, forebyggelses- og oplysningskonsulenter, SSP-konsulenter, klubmedarbejdere, pædagoger, studievejledere, socialrådgivere m.fl. fra offentlige og private institutioner, som ønsker at kunne tackle hashproblemer hos unge.

Hovedparten af modelkommunerne har organiseret den narkotikaforebyggende indsats i socialforvaltningen med repræsentation af bl.a. de øvrige forvaltninger i styregrupperne, som blev etableret i forbindelse med projektet.



Op mod halvdelen af modelkommunerne har organiseret deres lokale projekter i direkte forlængelse af kommunens SSP-organisation. Den lokale forankring og koordinering af narkotikaforebyggelsen er et af projektets centrale målsætninger, og kommunernes organisering er således et godt eksempel på, hvordan der kan arbejdes på tværs af forvaltninger helt fra beslutningstagerniveau til udfører-niveau.

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med de 14 modelkommuner etableret et netværk, hvor begge parter har mødtes 4 gange årligt. Netværket har til formål at sikre erfaringsudveksling kommunerne imellem og har vist sig uundværligt i både kommunernes og Sundhedsstyrelsens arbejde med projektet. Ud over netværket har modelkommunerne brugt hinanden i ad hoc sammenhænge ved konkret opgaveløsning, sparring på faglige problemstillinger og ved udveksling af materialer, fx ”Vejledninger til hvordan der kan arbejdes med rusmiddelpolitik på skoler og i fritidsklubber”.

Sundhedsstyrelsen har afsluttet projektet i april 2007. Projektets samlede erfaringer dokumenteres i evalueringsrapporten ”Narkoen ud af byen – evaluering af 14 modelkommuneprojekter” og i publikationen ”Rusmiddelforebyggelse i praksis – eksempler fra 14 kommuners arbejde med Narkoen ud af byen”, der omhandler ”best practise” i modelkommunerne.

Erfaringerne viser blandt andet, at der er stor vilje i kommunerne til at arbejde mere systematisk og tværgående med rusmiddelforebyggelse, men at der også er en række organisatoriske og videnskæssige forudsætninger, der skal være opfyldt, for at det lykkes. Ledelsesmæssig opbakning, såvel på politisk som på administrativt niveau, er nødvendigt for at forebyggelsen når ud til frontpersonalet, og dermed borgerne. Det er også nødvendigt, at narkotikaforebyggelsen har en klar organisatorisk forankring med en entydig ansvarsplacering og rammer for tværgående arbejde – i modelkommuneprojektet er dette sket ved at have en tværgående styringsgruppe og en koordinator i hver kommune. Det er samtidig nødvendigt at give kommunerne let adgang til den nyeste faglige viden på området – fx igennem faglig vejledning, gennem undervisnings- og oplysningsmateriale, gennem metoder til monitorering af rusmiddelsituationen i kommunen og gennem tilbud om kompetenceudvikling. Hensigten er, at projektets erfaringer spredes ud i hele landet.

### 3.3 Selektiv og indikeret forebyggelse

Den forebyggende indsats i festmiljøet er intensiveret gennem et tættere samarbejde mellem aktørerne på området (kommuner, politi og restauratører). Kommunernes bevillingsnævn anvender i stigende omfang restaurationsplaner som redskab til forebyggelse i festmiljøet, også i samarbejde med restauratørernes brancheorganisationer. Der er i flere amter og kommuner tilbudt kurser for restauratører og ansatte i festmiljøet, og samarbejdet mellem aktørerne fremmer fælles holdninger til at begrænse brug og salg af narkotika. Narkoen ud af byen har yderligere fremmet denne indsats.

#### Festivaldanmark Against Drugs

Det samarbejde Sundhedsstyrelsen har haft med Roskilde Festival siden 2003 har udviklet sig ekspansivt, således at det nu omfatter 14 festivaler tilknyttet brancheorganisationen Festivaldanmark ([www.festivaldanmark.dk](http://www.festivaldanmark.dk)), der har unge som publikum og derfor er med i kampagnen Tænk selv! – Against Drugs.

Festivalerne har gode erfaringer med at bruge materialet, som består af trykte og elektroniske budskaber i form af foldere, go-cards, busreklamer, storskærmsspot og plakater. Festivalerne har statements i deres programmer og signalerer nu en fælles holdning mod stoffer. De enkelte festivaler udtrykker tilfredshed med, at det er Sundhedsstyrelsen og Festival Danmark, der står som afsendere på kampagnen, da det øger gennemslagskraften. Undersøgelser blandt Roskilde Festivalens publikum i 2006 viste, at næsten 90 % havde set kampagnen, mens 34 % havde diskuteret budskaberne med andre, og 95 % af publikum syntes godt om, at festivalen markerer sig mod stoffer.

På Roskilde Festivalen er der sideløbende med kampagnen en ung-til-ung rådgivning "Are you experienced", som især retter sig til den del af publikum, der trods alt alligevel bruger stoffer. Formålet er skadesreducerende og rådgivende. Rådgivningen forestås af "Bagmændene", der bl.a. består af unge, der selv har tidligere erfaringer med stoffer. Socialministeriet har givet økonomisk støtte til denne del af indsatsen. De unge tilbyder vand, frugt, kondomer, afslapning og en snak, der også kan være information om stoffer.

### SMS og ungdomsmagasiner

Forebyggelsesindsatsen udvikler løbende sit kommunikative udtryk for at opnå målgruppens lydhørhed, og det viser sig for eksempel i udviklingen af ungdomsmagasiner/aviser med forebyggelsesbudskaber. I 2006 blev det sms-baseret forebyggelsesinitiativ SMASH (SMS+HASH) startet i et samarbejde mellem det tidligere Vestsjællands Amt og Frederiksberg Kommune. SMASH er udviklet som et anonymt støtte- og rådgivningsprojekt for unge hashbrugere med det formål at være skadesreducerende, oplysende og støttende i forhold til ophør med hashrygning. De forhenværende forebyggelsesenheder i Ringkøbing, Ribe og Frederiksborg Amter har deltaget i udviklingen med faglig sparring, og projektet er økonomisk funderet på offentlige midler og en større bevilling fra en privat fond (Trygfonden).

Der er oprettet en hjemmeside ([www.smash.name](http://www.smash.name)), hvor man kan finde oplysninger om hash, abstinenssymptomer, behandling og læse historier fra andre brugere. Projektet er primært baseret på, at man kan abonnere på 2 sms pakker. Én pakke (hashfacts), der primært giver faktaoplysninger om hash, og én pakke, der forsøger at motivere og støtte unge, der gerne vil nedtrappe deres forbrug. Derudover kan de unge få personlig coaching til ophør eller reduktion af hashforbruget via sms-beskeder. Tilbudet er gratis for de unge, der bruger det. Projektet er blevet lanceret i det tidligere Vestsjællands Amt, Ringkøbing Amt, Ribe Amt og Nordjyllands Amt samt Frederiksberg Kommune. Projektet er blevet eksternt evalueret via Syddansk Universitet i januar 2007 ("Smash – evalueringsrapport"). Evalueringen viser, at brugerne tager godt imod sms-beskederne. Beskederne modtages med mere opmærksomhed end massehenvendelser fra fx tv og opfattes som diskrete og personlige. Beskederne har desuden en funktion i forhold til påbegyndelse, fastholdelse og videreudvikling af en forandringsproces.

### Forældremøder, når unge sniffer gasser eller opløsningsmidler

I 2006 satte flere ulykker med snifning fokus på unges brug af gasser og organiske opløsningsmidler. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at information om snifning bygger på to gennemgående erfaringer: For det første, at snifning oftest opstår episodisk i et afgrænset lokalområde, som en "mode" blandt de meget unge (12-15 år). (Se udbredelsen af snifning i afsnit 2.2.). For det andet, at der lokalt er gode erfaringer



med, at man oftest kan stoppe sådanne episoder gennem samarbejde med *de voksne* i børnenes lokalmiljø og ved at disse går i dialog med de involverede børn og unge. Da gasser og organiske opløsningsmidler findes i mange af dagligdagens produkter anbefaler Sundhedsstyrelsen, at information skal gives med forsigtighed, så den ikke giver en utilsigtet reklamevirkning. Derfor frarådes universel information og mediekampagner til unge om dette emne.

For at styrke den lokale indsats mod snifning, der anbefales, udgiver Sundhedsstyrelsen i efteråret 2007 et nyt materiale om snifning af gasser og organiske opløsningsmidler. Materialet sigter på at give faktuel information til forældre og professionelle, og dermed giver dem grundlag for at gribe ind overfor snifning blandt de børn og unge, de har kontakt med. Materialet giver vejledning i, hvordan skoler og lokale nøglepersoner kan gribe det an, når snifning optræder i lokalsamfundet. Desuden indeholder det redskaber (mødeindkaldelse, PowerPoint præsentation, pjece til forældre) til at afholde møder om snifning for forældre m.fl., for at gøre det let for lærer, klubleder eller andre at afholde et sådant møde i lokalområdet, hvis snifning er aktuelt. Materialet udsendes til lokale nøglepersoner i alle kommuner.

## 4 Stofmisbrug

Det aktuelle skøn over antal stofmisbrugere i Danmark er fra 2005 (gennemført i 2006). Antallet af stofmisbrugere i Danmark skønnes at være 27.000. Herunder skønnes ca. 7.300 af disse alene at være hashmisbrugere. Sammenlignelige skøn fra 2001 og 2003 viser, at der er tale om en stabilitet i det skønnede antal stofmisbrugere i Danmark i perioden. Skønnet er gennemført med hjælp af en capture-recapture metode og er udarbejdet efter retningslinjer fra det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, EMCDDA. Beregningerne følger dermed den europæiske standard for gennemførelse af sådanne.

Antallet af stofmisbrugere i behandling har været støt stigende siden Sundhedsstyrelsen for første gang i 1996 begyndte at registrere stofmisbrugere indskrevet i behandling. Antallet af personer i behandling er cirka tredoblet over perioden 1996-2006, hvilket må formodes blandt andet at være et resultat af behandlingsgarantiens indførelse samt heraf en øget behandlingskapacitet.

Af de 13.441 personer i behandling i 2006 er 5.426 personer indskrevet i behandling i 2006. Af de 1.229 nyindskrevne klienter, som ikke tidligere har været behandlet, har en faldende andel opioider som hovedstof. Hash og centralstimulerende stoffer er omvendt stadig i stigning og står nu for henholdsvis halvdelen og mere end en fjerdedel af alle nyindskrevne klienter, som ikke tidligere har været behandlet.

### 4.1 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark

Det aktuelle skøn over antal stofmisbrugere i Danmark er som nævnt indledningsvis fra 2005<sup>3</sup>. At foretage et skøn over antallet af stofmisbrugere er forbundet med stor usikkerhed. Dels er skønnet afhængig af definitionen af en stofmisbruger, dels er det afhængig af, hvilke metoder og hvilket datamateriale skønnet baseres på.

Som i tidligere år er skønnet fra 2005 foretaget ved hjælp af en capture-recapture model<sup>4</sup>. Skønnet er foretaget på baggrund af Landspatientregistret (LPR) og det Landsdækkende register over stofmisbrugere, der modtager eller har modtaget behandling (SIB). Fremgangsmåden har været at undersøge, hvor mange personer, der er registreret i LPR med en narkotikarelateret diagnose<sup>5</sup>. Herefter er undersøgt, hvor mange af disse, der også fandtes i SIB.

Skønnene over antallet af stofmisbrugere fra 1996 til 2005 fremgår af tabel 4.1.1. Da beregninger af skønnene gennem årene baserer sig på ”levende” registre, er der i forbindelse med udarbejdelsen af skønnet i 2005 samtidig reguleret for skønnene fra 1996 til 2003.

Skønnet omfatter ikke det eksperimenterende stofbrug, men estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Egentligt stofafhængige er således medtaget i es-

<sup>3</sup> En særlig publikation vedrørende skønnet er udarbejdet i ”Nye tal fra Sundhedsstyrelsen”. November 2006.

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

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

timatet, herunder også stabiliserede stofafhængige (fx metadonbehandlede). Såvel hashmisbrugere som misbrugere af centralstimulerende stoffer, opioider m.fl. er medtaget i skønnet.

Tabel 4.1.1. Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark 1996-2005

	1996	1998	2001	2003	2005
Skøn over stofmisbrugere i DK	20.331	24.431	25.410	26.358	26.979
95 % konfidensinterval	ffl 1.602	ffl 1.943	ffl 1.781	ffl 1.585	ffl 1.589

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2006

Tager man højde for den statistiske usikkerhed, der er på estimaterne, må det skønnede antal af stofmisbrugere anses for at være uændret i perioden fra 2001 til 2005. Den statistiske usikkerhed i skønnene i alle år er beregnet som 95 % konfidensinterval. I 2005 betyder dette, at det beregnede antal stofmisbrugere er 26.979 +/- 1.589 personer. Antal stofmisbrugere i 2005 skønnes dermed at være 27.000. Heraf skønnes 7.300 af disse alene at være hashmisbrugere.

I de senere år har ”populationen” af stofmisbrugere i behandling, som blandt andet skønnet er beregnet ud fra, forandret sig (behandlingspopulationen beskrives i næste afsnit). Der ses både en reel og proportionel nedgang i de stofmisbrugere, der søger behandling for misbrug af opioider/heroin, samtidig med at flere og flere søger behandling for misbrug af hash og de centralstimulerende stoffer. Denne forskydning ses især blandt de ”nye” i stofmisbrugsbehandlingen. Denne forskydning må formodes også at få indflydelse på stofmisbrugspopulationen ved, at flere i dag end tidligere er afhængige af hash og de centralstimulerende stoffer samtidig med, at færre er afhængige af opioider/heroin.

## 4.2 Stofmisbrugere i behandling

På baggrund af oplysninger fra ”Register over stofmisbrugere i 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 2006.

Tabel 4.2.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2006

Antal klienter indskrevet i behandling i 2006	5426
Andel ikke behandlet tidligere (%)	24
Andel af mænd/kvinder (%)	76/24
Gennemsnitsalder mænd/kvinder (%)	32/33
Opioider som hovedstof (%)*	43
Hash som hovedstof (%)*	24
Centralstimulerende stoffer som hovedstof (%)*	12
Injektion hos tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	30
Injektion hos ikke tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	17
Lønindtægt (%)	13
Dagpenge (%)	2
Kontanthjælp (%)	46
Førtidspension (%)	14
Anden indtægt samt uoplyst (%)	16
Andel med selvstændig bolig (%)	55
Andel enlige mænd/kvinder (%)	72/63
Antal børn i hjemmet under 18 år	469
Antal børn uden for hjemmet under 18 år	374
Udenlandsk statsborgerskab (%)	6,4

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

\* Procent af dem, der opgiver et hovedstof

I 2006 blev der på landsplan indskrevet 5.426 i behandling. Det er en stigning på 3,8 % i forhold til de 5.228, der blev indskrevet i 2005. Det samlede antal stofmisbrugere, der har været i behandling i løbet af året, steg fra 2005 til 2006 med 0,9 % til 13.441 personer (i det samlede antal er medregnet personer, som har fortsat behandlingen fra 2005 ind i 2006).

24 % af de indskrevne i 2006 havde ikke tidligere været i behandling for stofmisbrug. Dette er en nedgang fra 30 % i 2005, men nedgangen er for en stor dels vedkommende udtryk for omstruktureringer, som har betydet ekstraordinært mange udskrivninger fra visse københavnske institutioner med efterfølgende indskrivninger i andre institutioner. En særlig opgørelse og beskrivelse af ”nytilkomne” klienter vil blive behandlet særskilt senere i kapitlet.

### Misbrugets art

Heroin og andre opioider er stadig de hyppigst anvendte stoffer blandt klienterne i behandling, men især hash anvendes i dag af mange, som søger behandling. Langt de fleste stofmisbrugere, der søger behandling, bruger flere stoffer. 42 % opgiver i 2006 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, der er indskrevet i behandling i 2006. Kun 6 % opgiver amfetamin, 5 % opgiver kokain og 1 % opgiver ecstasy<sup>6</sup> som hovedstof<sup>7</sup>, hvilket er nogenlunde det samme som i 2004 og 2005.

<sup>6</sup> Her opgjort som MDMA eller lignende.

<sup>7</sup> Procenterne er udregnet på basis af den del af behandlingspopulationen, som har angivet et hovedstof.

Disse stoffer bliver således hovedsageligt brugt som supplement. Hash var hovedstof for 24 % af de indskrevne, men det er et meget udbredt sidestof. 20 % af de indskrevne i 2006 angiver at have hash som sidestof.

### Alder og kønsfordeling

I 2006 var der 76 % mænd og 24 % kvinder blandt stofmisbrugerne i behandling, hvilket stort set svarer til kønsfordelingen i de tidligere år. Gennemsnitsalderen ved indskrivningen var i 2006 hhv. 32 år for mænd og 33 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 12 % er beskæftigede, og næsten halvdelen er på enten dagpenge eller kontanthjælp. Samlet har 18 % en færdiggjort uddannelse ud over folkeskolen, og 14 % 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 55 % har selvstændig bolig – hele 4 % er egentlig boligløse. Familiemæssigt levede en meget stor andel af såvel mandlige som kvindelige stofmisbrugere som enlige, hvad er usædvanligt, når flertallet i gruppen var yngre voksne. I alt 469 børn boede sammen med en misbruger indskrevet i behandling i 2006, mens 374 børn under 18 år var anbragt uden for hjemmet.

### Udenlandske statsborgere

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

### Nytilkomne i behandling

”Register over stofmisbrugere i behandling” giver informationer om, hvorvidt klienterne tidligere har været indskrevet i behandling 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

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Klienter der ikke er behandlet tidligere	1278 ud af 4079	1364 ud af 4310	1745 ud af 5134	1696 ud af 5212	1578 ud af 5228	1329 ud af 5426
	(31 %)	(32 %)	(34 %)	(33 %)	(30 %)	(24 %)
M/K (%)	76/24	78/22	76/24	77/23	75/25	76/22
Gennemsnitsalder M/K	28/27	28/29	28/28	27/28	27/28	27/27
Opioider som hovedstof (%)*	38	35	28	24	19	15
Hash som hovedstof (%)*	33	39	44	47	46	50
Centralstimulerende stof som hovedstof (%)*	11	15	18	23	20	27
Injektion hos heroinmisbrugere (%)	25	23	25	21	19	18

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling i 2001-2006

\* Procent af dem, der opgiver hovedstof

Som det fremgår af tabel 4.2.2, havde 24 % af de indskrevne klienter i 2006 ikke været i behandling tidligere. Nedgangen i andelen af nytilkomne skyldes for en stor dels vedkommende omstrukturering af behandlingen i Københavns Kommune. Ikke overraskende var gennemsnitsalderen væsentligt lavere blandt de nye end gennemsnitsalderen i behandlingspopulationen som helhed. I 2006 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 de, der har været i behandling tidligere. Andelen, der opgiver hash som hovedstof blandt de nytilkomne er 51 % i 2006. Dette er en stigning fra 2005.

Blandt de 1.329 nytilkomne med oplyst hovedstof har kun 15 % opioider som hovedstof, hvilket er et fald fra 2005, hvor 19 % havde opioider som hovedstof. 27 % opgiver at have et centralstimulerende hovedstof (i dette tilfælde amfetamin, kokain eller ecstasy), hvilket er en stigning i forhold til 2005 og en større andel end blandt behandlingspopulationen som helhed.

Hvad angår indtagelsesmåden for heroin blandt de to ”klientgrupper”, er der også forskel, da 18 % af de ikke tidligere behandlede oplyser at injicere stoffet, mens 34 % af de tidligere behandlede har injiceret heroin i 2006. Forskellen på indtagelsesmåden mellem de to klientgrupper kan skyldes en ”kortere misbrugskarriere”, og at nytilkomne opioidemisbrugere for en dels vedkomne bruger rygeheroin.

### Unge i stofmisbrugsbehandling

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

Fra 2003 til 2006 stiger antallet af unge mellem 18 og 29 år i behandling fra 4.466 til 4.706, svarende til 5,4 %. Til sammenligning steg det samlede antal personer i behandling med 9,1 %. Forholder man ungepopulationen i stofmisbrugsbehandling til det samlede antal danske unge i samme aldersgruppe, svarer 4.706 til, at 6 ud af 1000 unge mellem 18 og 29 år er i behandling i 2006, hvilket er det samme som i 2005.

Som det ses af tabel 4.2.3., er ungepopulationen karakteriseret ved i stigende grad at have hash og andre centralstimulerende stoffer som hovedproblem for deres misbrug. Både i 2003 og 2006 var der flere unge under 30 år, der søgte behandling for deres hashmisbrug end for et heroinmisbrug. Heroin bliver reelt et mindre problem blandt de unge i behandling. Det samlede antal unge under 30 år, der søger behandling for deres heroinmisbrug, er faldet gennem hele undersøgelsesperioden fra 746 personer i 1997, 493 i 2003 og 119 i 2006. Et fald svarende til 84 %.

Tabel 4.2.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2006 med kendt hovedstof (i procent)

	2003		2006	
	18-24-årige	Alle i behandling	18-24-årige	Alle i behandling
Hash	46,0	25,6	47,1	24,5
Heroin	15,3	30,2	5,8	13,8
Amfetamin	12,7	5,8	14,1	6,4
Kokain	5,8	4,4	7,4	4,7
Ecstasy	4,0	1,2	2,7	0,9
Andre opioider	4,8	20,1	3,4	28,8
Benzodiazepiner	1,7	2,1	1,1	1,1
LSD	0,0	0,0	0,1	0,1
Andet	9,8	10,5	18,4	19,9

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

Specielt blandt de 18-24-årige der søger behandling, ses hash og de centralstimulerende stoffer såsom amfetamin, kokain og ecstasy som et hovedproblem for deres misbrug.

### 4.3 Metadonbehandling og -ordination

Sundhedsstyrelsen har siden 1985 opgjort antallet af personer 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 2004<sup>8</sup>. I denne opgørelse er ikke medtaget personer i længerevarende metadonbehandling under Kriminalforsorgen samt personer uden CPR. nr. i behandling<sup>9</sup>. Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt tal over personer i substitutionsbehandling med metadon for 2005 og 2006. Men ser man på udviklingen over de seneste år, skønnes der ikke at være tale om store udsving i udviklingen fra 2004 og frem.

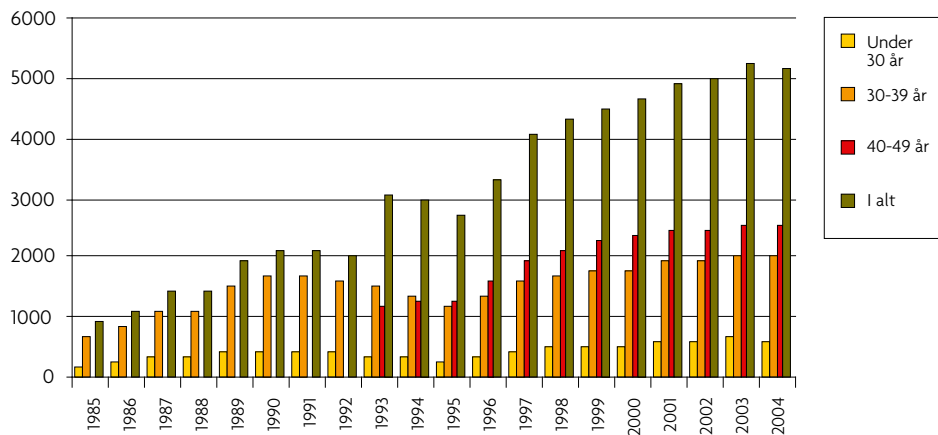
Som figur 4.3.1. viser, sker der en stigning i antal personer med længerevarende substitutionsbehandling, efter at amterne overtog ansvaret for ordination, udlevering og kontrol med metadon pr. 1. januar 1996. I årene 1993 til 1995 lå antallet stabilt på ca. 3000 om året. Siden er antallet af personer i længerevarende substitutionsbehandling steget fra 3276 i 1996 til 5129 i 2004.

På baggrund af ordinationsregisterets opgørelse, oplysninger om antal personer i metadonbehandling i Kriminalforsorgen samt antal personer i behandling uden CPR nr., var 5700 personer i substitutionsbehandling med metadon i 2004. Indtil 1996 var metadonregistreringen alene baseret på recepter.

<sup>8</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>9</sup> Ved udgangen af 2004 var der 333 klienter i længerevarende metadonbehandling blandt de indsatte i danske fængsler (opgørelse fra kriminalregisteret) og ca. 200 personer fik udleveret metadon på erstatningsnummer – dvs. uden CPR-nummer (telefonisk oplyst fra Datapharm august 2005).

Figur 4.3.1. Personer i længerevarende metadonbehandling (mere end 5 måneder) 1985-2004



Kilde: Sundhedsstyrelsen

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 1996 indikerer endvidere ændringer af behandlingstilbud. Foruden metadon anvendes også buprenorfin som substitutionsbehandling. I 2004 var godt 600 personer i substitutionsbehandling med buprenorfin (Sundhedsstyrelsen 2005a). Med Sundhedsstyrelsens reviderede vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler af 8. juni 2007, som er nærmere beskrevet i kapitel 5.1 og 7. 1, er det blevet indskærpet, at præparatet buprenorhin i højere grad bør anvendes på bekostning af metadon.



## 5 Behandling for stofmisbrug

Med kommunalreformens indførelse i januar 2007 er ansvaret både for den sociale og den lægelige behandling af stofmisbrugere overgået fra de tidligere amter til de nydannede 98 kommuner. Fra januar 2007 er det således også kommunerne, der visiterer til alle former for stofmisbrugsbehandling, uanset om der er tale om nedtrapning, ambulans behandling, substitutionsbehandling eller døgnbehandling. Langt hovedparten af al behandling for stofmisbrug er rettet mod stofmisbrug med tæt sammenhæng med sociale problemer. Kommunen skal sikre den fornødne sammenhæng mellem den lægelige behandling og den hermed forbundne psykosociale indsats rettet mod de sociale problemer, stofmisbrugeren i øvrigt måtte have.

Den socialfaglige behandling forudsætter en visitation, der kan munde ud i en beslutning om enten dag- eller ambulans behandling eller døgnbehandling. Der skal iværksættes social behandling inden for en tidsfrist på 14 dage. Tidsfristen regnes fra den første personlige henvendelse med ønske om at komme i behandling. Stofmisbrugere, der er visiteret til behandling, har ret til at vælge mellem offentlige behandlingstilbud og godkendte private behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, der er visiteret til. Der er som regel tale om en ambulans behandling, som kan suppleres med døgnbehandling, hvor der er behov for miljøskift og/eller en mere intensiv indsats. Behandlingen kan være medikamentel understøttet og skal altid være ledsaget af psykosocial rådgivning med udgangspunkt i en behandlingsplan.

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

I forbindelse med kommunalreformens indførelse har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en revideret vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioideafhængighed, som er tilpasset de nye rammer for stofmisbrugsbehandlingen. Vejledningen er gældende fra juni 2007, og hovedlinjerne i denne reviderede vejledning gengives nedenfor under kapitel 5.1.

### 5.1 Behandlingssystemet

De kommunale behandlingstilbud retter sig mod flere forskelligartede tilstande omfattende misbrug af et eller flere illegale og legale stoffer. Det kliniske billede er ofte komplekst, og valget af relevante behandlingstilbud forudsætter en tværfaglig vurdering. Der skal derfor indgå en aktuel lægelig vurdering i forbindelse med iværksættelse af behandling for stofmisbrug.

Siden januar 2003 er der indført en garanti for social behandling af stofmisbrugere over 18 år. Med garantien har en stofmisbruger krav på, at der skal iværksættes tilbud om behandling senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen med anmodning om at komme i behandling. Samtidig med garantien er der indført en form for frit valg på området, hvorefter stofmisbrugeren kan vælge mellem offentlige og godkendte private behandlingstilbud. Som opfølgning på behandlingsgarantien blev der udsendt såvel en bekendtgørelse som en vejledning om kvalitetsstandard

for social behandling for stofmisbrug. Kommunalbestyrelserne udarbejder kvalitetsstandard for den behandling for stofmisbrug, der tilbydes.

Serviceoven fra maj 2005 medfører, at socialministeren bemyndiges til at fastsætte regler om garanti for social behandling af stofmisbrugere under 18 år i særlige tilfælde. Socialministeren har udsendt en bekendtgørelse om de nærmere betingelser for denne indsats. Formålet med loven er, at kommunen skal fremskynde og handle hurtigt og effektivt for, at den unge kan komme i behandling for stofmisbruget. Der skal iværksættes et behandlingstilbud til unge med alvorlige stofmisbrugeproblemer inden for 14 dage fra henvendelsen på samme måde, som voksne stofmisbrugere er sikret social behandling.

For hvert enkelt behandlingsforløb skal der udarbejdes en lægelig behandlingsplan. Behandlingsplanen skal understøtte den samlede handleplan, som tilgodeser både sundhedsfaglige og socialfaglige forhold, og som danner rammen for samarbejdsprocessen med stofmisbrugeren. Af den lægelige behandlingsplan skal fremgå, hvad sigtet med den sundhedsfaglige behandling aktuelt er, og hvilke aftaler der er indgået omkring forløbet.

Den lægelige behandling af stofmisbrug har været et område præget af stor variation, blandt andet på grund af forskelle i lægernes faglige baggrund og de organisatoriske rammer for behandlingen. Regeringen fik således med satspuljeaftalen for 2004 tilslutning til at afsætte midler mhp. at gennemføre en kvalitetssikring og -udvikling af substitutionsbehandlingen. I praksis har Sundhedsstyrelsen iværksat en fremadrettet gennemgang af hele den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Gennemgangen vil inden udgangen af 2007 udmønte sig i udsendelsen af en ny faglig vejledning for behandlingen. Formålet med vejledningen er at understøtte og styrke den helhedsorienterede indsats gennem retningslinier for selve substitutionsbehandlingen og en beskrivelse af de lægelige kerneydelser, som knytter sig til behandlingen. Vejledningen forventes at bidrage til sikring af en ensartet kvalitet på et acceptabelt niveau. Se mere herom i kapitel 7.4.

## 5.2 Støtte- og kontaktpersoner

Med virkning fra den 1. oktober 2006 er serviceoven ændret, således at ordningen om støtte- og kontaktpersoner er udvidet til udover sindslidende også at omfatte de sværest stillede hjemløse, alkoholmisbrugere og stofmisbrugere. Formålet med udvidelsen er at give de mest socialt udsatte og isolerede misbrugere og hjemløse mulighed for at opbygge og fastholde kontakt til omverdenen ud fra egne ønsker og behov og dermed gøre dem i stand til at benytte samfundets muligheder og de øvrige etablerede tilbud.

Lovændringen vedrørende udvidelsen af målgruppen for tilbud om en støtte- og kontaktpersonordning overvåges med henblik på en vurdering af, hvorvidt virkningerne af udvidelsen af målgruppen for støtte- og kontaktpersonordningen i den udmøntede praksis stemmer overens med hensigten med forslaget og betyder, at de nye målgrupper får tilbuddet. Det vil samtidig blive tilstræbt at foretage enkelte målinger af effekten af forslaget. I forbindelse med lovovervågningen, vil ordningens implementering i kommunerne blive evalueret.

### 5.3 Døgnbehandling

Særlige informationer om døgnbehandling indhentes gennem monitoreringssystemet DanRIS, der er udviklet siden 2000. Antallet af døgninstitutioner tilmeldt DanRIS var i 2006 på 40, hvilket er en mindre stigning i antallet af tilmeldte døgnbehandlingsinstitutioner på stofområdet over de sidste år. 34 institutioner indrapporterede data i hele 2006, og 5 institutioner indrapporterede data delvist i 2006. De, der ikke indrapporterede data eller kun delvist, havde enten tekniske problemer ved overgang til kommune, eller var på vej til at lukke i 2006. De 40 døgninstitutioner dækker over langt de fleste institutioner, der behandler stofafhængige i Danmark (skønnet mere end 90 % af de stofafhængige indskrevet i døgnbehandling). Tilbage er der enkelte meget små institutioner, som ikke modtager klienter fra det offentlige behandlingssystem.

I nedenstående tabel er udviklingen i indskrivninger i de seks halvår 2004-2006 vist.

Tabel 5.3. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling de fire halvår 2004-2006

Tid	N	Alder	Kvinder
1. halvår 2004	731	32,7	27 %
2. halvår 2004	691	32,4	23 %
1. halvår 2005	716	32,8	27 %
2. halvår 2005	527	32,7	24 %
1. halvår 2006	623	33,1	26 %
2. halvår 2006	473	33,1	26 %
Alle	3761	32,9	26 %

Kilde: Center for Rusmiddelforskning, Dansk Registrerings- og Informationssystem, Danris

Antal henvisninger er altid mindre i andet halvår end i første halvår. Det kan skyldes økonomiske forhold, og det kan i enkelte tilfælde skyldes, at institutionerne først får klienterne skrevet ind i databasen, når de udskrives. Som det ses, er antal indskrivninger ret konstante de første tre halvår, mens det ser ud til at ændre sig markant det sidste halvår af 2005 og henover 2006 med en større reduktion i antal indskrivninger. Hvis reduktionen opgøres pr. år ses, at der i 2004 blev indskrevet 1422 i døgnbehandling, i 2005 var det 1243, mens det i 2006 var 1096. Dette tilsvarende en reduktion på 23 %.

I maj 2007 udkom årsrapport DanRIS 2006 – STOF. Årsrapporten indeholder et komplet ydelseskatalog for hver institution (hvilke tilbud til hvem, hvor mange behandlere, deres anciennitet og uddannelse, priser med mere). Herudover er identificeret og beskrevet forskellige typer af misbrugere ud fra stoftype og omfang af misbrug inden indskrivningen, samt en forudsigtelse af gennemførelse af behandlingsforløbet. Analyse af de forskellige grupper af misbrugere i behandlingen viser blandt andet, at 63 % af de stofmisbrugere, der i måneden op til indskrivning på døgninstitution havde et stort forbrug af opiater og nerve-/sove medicin, afbryder døgnbehandlingen. Modsat ses, at ”kun” 39 % af de stofmisbrugere, der i måneden op til indskrivning på døgninstitution havde et lavt til moderat forbrug af illegale stoffer, afbryder døgnbehandlingen. Blandt de stofmisbrugere, der i måneden op til indskrivning på døgninstitution var svært belastede hvad angår stoffer, kriminalitet, sociale, psykiske og fysiske funktioner, afbryder 62 % af disse døgnbehandlingen,

mens ”kun” 39 % af stofmisbrugere, der i måneden op til indskrivning på døgninstitution var lavt til moderat belastede hvad angår stoffer, kriminalitet, sociale, psykiske og fysiske funktioner, gennemfører hyppigt døgnbehandlingen.

#### 5.4 Undersøgelse af behandlingsgarantiens effekt

I december 2006 blev påbegyndt en undersøgelse af den ambulante behandling af stofmisbrugere i Danmark. Formålet med undersøgelsen var blandt andet at vurdere, hvorvidt behandlingsgarantien for stofmisbrugere blev overholdt, herunder om 14-dags kravet for iværksættelse af behandling blev imødekommet, samt hvilke ydelser, der blev tilbudt, og med hvilken intensitet. I undersøgelsen blev inkluderet en gennemgang af 443 vilkårligt udtrukket cases fra 13 amter og 5 kommuner. Materialet er vurderet i rimelig grad at repræsentere ambulante behandling af stofmisbrugere i Danmark.

I stort set alle de amter og kommuner, der var med i undersøgelsen, var der en udpræget opfattelse af, at behandlingsgarantiens 14-dages krav i store træk blev overholdt. Der foregår imidlertid i større eller mindre grad fejlfortolkninger af eksisterende garantibestemmelser, eller manglende kendskab til vejledningen, der betyder, at indberetningerne til undersøgelsen må formodes at være behæftet med fejl, som har indvirket på resultaterne fra undersøgelsen. I alt blev behandlingsgarantien overholdt i kun 59 % af tilfældene. I 23 % af tilfældene gik der 1-30 dage over behandlingsgarantiens krav, mens der i 11 % af tilfældene gik fra 30-60 dage. I 8 % af tilfældene gik der mere end 60 dage over behandlingsgarantiens krav.

Men hensyn til behandlingens varighed, viste resultater fra undersøgelsen, at 13,5 % af klienterne afslutter behandlingen inden for den første måned efter behandlingsstart, sædvanligvis ved at udeblive eller blive overført til andet (andet amt, anden behandlingsenhed, fængsel eller andet). Er der gået mellem 2 og 5 måneder efter behandlingsstart, er 25,5 % af stofmisbrugere i ambulante behandling tilsvarende udeblevet.

Man kan sige, at behandlingsintensiteten udvikles i to modsatrettede retninger. På den ene side reduceres intensiteten for en større gruppe af klienterne – nemlig for dem, der ophører med behandlingen før planlagt, og som får meget korte forløb. Denne gruppe vokser. På den anden side vokser også den gruppe, for hvem behandlingen intensiveres. Det er den gruppe, som forbliver i behandlingen. Ikke mindst kommer flere af dem, der tidligere fik ad hoc og ambulante samtaler, i stof-fri døgnbehandling, hvilket kan være udtryk for, at visitatorer mener, der var brug for en lidt længere visitationsproces. I mellemtiden er der så givet et andet tilbud af mindre intensiv karakter.

#### 5.5 Initiativer til bedre kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen

Socialministeren har på baggrund af Center for Rusmiddelforskningens undersøgelse om status for behandlingsgarantien for stofmisbrugere og på baggrund af lovovervågningen af behandlingsgarantien taget en række initiativer til en samlet forbedring af kvaliteten i stofmisbrugsbehandlingen. Det drejer sig om validiteten i indberetningerne om overholdelse af behandlingsgarantien, kvalitetsløft i sagsbehandlingen, uddannelse af sagsbehandlere, inddragelse af bruger- og pårørendeorganisationer og andre centrale aktører i et landsdækkende fagligt netværk og en kvalitativ evaluering af indholdet i behandlingen. Der er afsat 10 mio. kr. pr. år over de næste 3 år til gennemførelse af initiativerne.

## 5.6 Graviditet, misbrug og behandling

Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, har gennemført et kvalitativt studie med udgangspunkt i interview med 26 kvinder, hvis misbrug af alkohol og stoffer i forbindelse med, eller forud for deres graviditet, udløste en række tilbud af mere og mindre intensiv karakter, overvejende i form af særlige tilbud fra fødesteder, tilbud om misbrugsbehandling samt varierende sociale tiltag. De særlige tilbud har mere konkret handlet om ambulante tilbud om kontrol af kvindens stof- og alkoholforbrug, tilbud med henblik på at støtte og forberede kvinden på forælderrollen, samt tilbud om døgnbehandling.

Resultaterne viste ikke uventet, at kvindernes fysiske helbred, herunder deres ernæringstilstand generelt var ringe, og deres psykiske tilstand generelt også belastet af problemer såsom depression, angst og selvmordstanker. Socialt var gruppen kendetegnet ved lav uddannelsesgrad, overførelsesindkomst som økonomisk grundlag og svagt socialt netværk. Deres opvækst har ligeledes i betydeligt omfang været præget af fysiske og psykiske sygdomme og/eller misbrug hos deres forældre, og de har selv påbegyndt misbrugsbanen i en ung alder. Mange var i ustabile parforhold og en del i voldelige parforhold, da de blev gravide. Størsteparten af de biologiske fædre er på tidspunktet omkring graviditeten selv misbrugere, og har ikke eller kun haft ustabil kontakt med barnet efter fødslen.

De fleste af kvinderne var interesserede i at modtage hjælp og støtte, men er indgået i tilbudene med en vis ambivalens. Dette bunder blandt andet i frygten for, at barnet og/eller eventuelle andre hjemmeboende børn vil blive fjernet; frygten for og/eller tidligere oplevelser med at blive mødt med negative holdninger fra professionelt hold samt frygten for/eller tidligere erfaringer med ikke at blive inddraget i behandlingsplaner og beslutninger, herunder i planer om fremtidige interventioner.

På trods af den socialt og misbrugsmæssigt belastede situation kvinderne typisk har befundet sig i, har beslutningen om at fuldføre graviditeten været truffet før første kontakt med læge eller jordemoder. Graviditeten/at få barn/blive mor er i udstrakt grad blevet betragtet som en anledning til at ændre livsstil, inklusive ændringer i rusmiddelforbruget, og hermed skabe sig en stabil og normal tilværelse.

### Styrket indsats over for gravide stofmisbrugere

Ved satspuljeaftalen for 2007 blev det besluttet at ændre loven om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, således, at kommunalbestyrelsen forpligtes til at tilbyde gravide stofmisbrugere i døgnbehandling en kontrakt om tilbageholdelse. Denne lovændring trådte i kraft 1. juli 2007. Som en del af aftalen blev det endvidere besluttet at afsætte midler over en 4 årig periode til etablering af en pulje til en forstærket indsats over for gravide stofmisbrugere. Puljen skal støtte et antal kommuner i at etablere projekter med dette formål. Puljen bliver udmeldt som en ansøgningspulje efteråret 2007.

## 6 Sundhedsmæssige konsekvenser ved stofmisbrug

En række sundhedsmæssige problemer og konsekvenser kommer i kølevandet på stofmisbrug. Stofmisbrugere har en stærkt forhøjet dødelighed generelt på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis, og stofmisbrugere, der er løsladt fra fængslerne, har en særlig høj dødelighed kort tid efter løsladelsen. Hvad angår narkotikarelaterede dødsfald, har disse ligget højt, men konstant de senere år. De fleste narkotikarelaterede dødsfald som registreres i Politiets register (ca. 80 % af dem) skyldes forgiftninger, mens de øvrige dødsfald sker som følge af vold, ulykker og sygdomme. Undersøgelser har vist, at der findes i gennemsnit 3,3 stoffer i hvert narkotikarelateret dødsfald (Steentoft 2005). Der er derfor i hovedsag tale om (forgiftnings)dødsfald som følge af et blandingsbrug.

Stofmisbrugere er ofte smittede med blodoverførte infektionssygdomme som følge af intravenøst stofbrug og seksuel aktivitet uden kondom. På baggrund af forskellige undersøgelser (Fuglsang 2000) skønnes det at op til 75 % af stofmisbrugere er smittet med hepatitis C, mens ca. 35 % er smittet med hepatitis B. Under 5 % er smittet med hiv.

Psykiske lidelser hos stofmisbrugere er velkendt, idet stofmisbrug ofte optræder sammen med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer i form af panikreaktioner, angstanfald, depressioner og personlighedsforstyrrelser og lign. Opgørelser over psykiatriske indlæggelser viser, at der registreres i underkanten af 4000 patienter årligt, der indlægges i psykiatrisk behandling, og hvor stofmisbrug er medvirkende faktor ved indlæggelserne (dobbeltdiagnoser).

For at undersøge omfanget af henvendelser med forgiftninger på landets skadestuer efter indtagelse af illegale stoffer er der udarbejdet en særlig opgørelse over de registrerede forgiftninger på de somatiske og psykiatriske skadestuer. En formodet underrapportering af disse forgiftninger betyder, at der er tale om en minimumsopgørelse. Opgørelsen dokumenterer at omkring 1200 personer årligt kommer på landets skadestuer som følge af en forgiftning med illegale stoffer. Især hallucinogener og de centralstimulerende stoffer er forgiftningsårsag blandt de helt unge, mens opioider, herunder heroin og metadon, er forgiftningsårsag blandt de lidt ældre.

### 6.1 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere

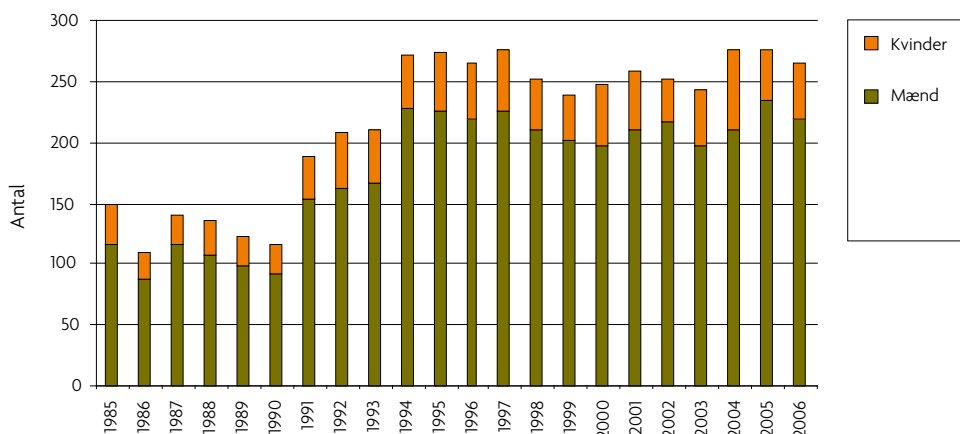
Rigspolitiet har registreret narkotikarelaterede dødsfald siden 1970. Registeret omfatter dødsfald, hvor der er sket indberetning til politiet om dødsfaldet med henblik på medikolegalt ligsyn. Det drejer sig f.eks. om dødfundne, pludselig uventede døde, ulykker, drab og selvmord. Dødsfald forårsaget 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 definitioner af et narkotikarelateret dødsfald. Eksempelvis findes i politiets register kun dødsfald, hvor der er foretaget medikolegalt ligsyn, hvorimod alle dødsfald i Danmark registreres i Sundhedsstyrelsens dødsårsagsregister.

### Rigspolitiets register

Rigspolitiets dødsfaldsstatistik (figur 6.1.1) viser en svagt faldende tendens i slutningen af 80'erne og et markant højere niveau i 90'erne (se tabel 6.1.1 i annekset). I 2006 blev der registreret 266 narkotikarelaterede dødsfald, hvoraf 82 % var mænd (218) og 17 % var kvinder (46) (køn ikke registreret i 2 tilfælde). Antallet af narkotikarelaterede dødsfald i både 2004 og 2005 var 275 i begge år, og altså lidt højere end i 2006. Antallet af narkotikarelaterede dødsfald har i de seneste ti år svinget mellem 239 (1999) i den ene ende af skalaen og 275 (1997, 2004 og 2005) i den anden ende af skalaen.

Figur 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på køn 1985-2006



Kilde: Rigspolitiet (2007)

Ud af de 266 dødsfald i 2006 skyldtes 83 % (221) forgiftninger med et eller flere stoffer. Som tabel 6.2.1. nedenfor viser, skyldtes 38 % (83 ud af 221) forgiftning med heroin/morfin eller heroin/morfin i kombination med et andet stof, mens 42 % (92 ud af 221) skyldtes forgiftning med metadon eller metadon i kombination med et andet stof. 12 af forgiftningsdødsfaldene i 2006 skyldtes forgiftning med enten kokain eller amfetamin. Af de 266 narkotikarelaterede dødsfald skyldes 45 tilfælde ikke forgiftninger men anden form for narkotikarelateret død – fx vold, ulykke eller sygdom.



Tabel 6.1.2. Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år, grupperet efter den formodede væsentligste dødsårsag. Tal i parentes er procent

	1991	1997	2002	2003	2004	2005	2006
Heroin/morfin	94 (61)	153 (71)	76 (30)	60 (30)	81 (38)	77 (37)	83 (38)
Metadon	51 (33)	46 (21)	72 (41)	97 (49)	95 (44)	89 (43)	92 (42)
Andet	9 (6)	17 (8)	27 (15)	41 (31)	38 (18)	40 (20)	46 (21)
Forgiftninger i alt	154 (100)	216 (100)	175 (100)	198 (100)	214 (100)	206 (100)	221 (100)

Kilde: Rigspolitiet (2007)

I 2004 gjaldt det, at der under kategorien "andet" bl.a. var følgende forgiftningsdødsfald: Amfetamin: 1, ecstasy/ecstasylignende stoffer: 2, Kokain: 2.

I 2005 gjaldt det, at der under kategorien "andet" bl.a. var følgende forgiftningsdødsfald:

Amfetamin: 1, kokain: 2, kodein: 2, ketobemidon: 7, andre opioider (stærke): 4, antidepressiva: 4.

I 2006 gjaldt det, at der under kategorien "andet" bl.a. var følgende forgiftningsdødsfald:

Andre opioider (stærke): 7, amfetamin: 6, kokain: 6, ketobemidon: 5, ecstasy/ecstasylign.: 1, antidepressiva: 1

Tabel 6.1.2. viser også udviklingen i de forskellige forgiftningsdødsfald, der er registreret i politiets register i årene 1991, 1997, og fra 2002 og frem til 2006. Helt overordnet set tegner forgiftningsdødsfald med opioider (heroin/morfin og metadon) sig i alle årene for langt hovedparten af forgiftningsdødsfaldene.

I perioden ses en markant ændring af forgiftningsmønsteret, idet der inden for gruppen af forgiftninger med opioider er tale om et markant fald i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med heroin/morfin angives som den primære årsag, mens der er en lige så markant stigning i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med metadon angives som den primære årsag. Andelene ligger dog på samme niveau i perioden 2004-2006.

Hertil kommer, at andelen af dødsfald, hvor forgiftning med "andet" er angivet som den primære årsag, er steget igennem årene. Gruppen af "andet", indeholder stoffer såsom fx amfetamin, kokain og anti-depressive medikamenter.

Det er væsentlig at fremhæve, at det er *det* stof som vist i venstre kolonne i tabel 6.1.2., der er hovedansvarlig for forgiftningen. I langt de fleste forgiftningsdødsfald er der tale om, at flere stoffer samtidig medvirker til forgiftningen – dvs. at mere end ét stof blev fundet i en dødelig dosis. Ligeledes er andre stoffer, som også kan påvises hos den afdøde, såsom benzodiazepiner, alkohol m.m., ikke anført. En stadig aktuel undersøgelse fra de tre retskemiske institutter har vist, at der i gennemsnit påvises 3,3 stoffer i de forgiftningsdødsfald, der registreres, hvilket dokumenterer et udbredt blandingsbrug blandt dem, der dør.

Af de i alt 266 narkotikarelaterede dødsfald i 2006 er henholdsvis 124, 104 og 38 af dødsfaldene rapporteret fra Sjælland, Jylland og Fyn. Den geografiske fordeling af dødsfaldene i 2005 var 135, 105 og 35 henholdsvis fra Sjælland, Jylland og på Fyn. Det vil sige, at den geografiske fordeling var nogenlunde den samme i 2005 og 2006.

Gennemsnitsalderen ved død er i mange år steget, men viser nu en stagnerende tendens. I 1993 var gennemsnitsalderen ved disse dødsfald 33 år, mens den i 2006 var steget til 39,2 år – den samme gennemsnitsalder som i 2004. Gennemsnitsalderen ved død for mænd er 38,5 år og for kvinder er den 39,9 år.

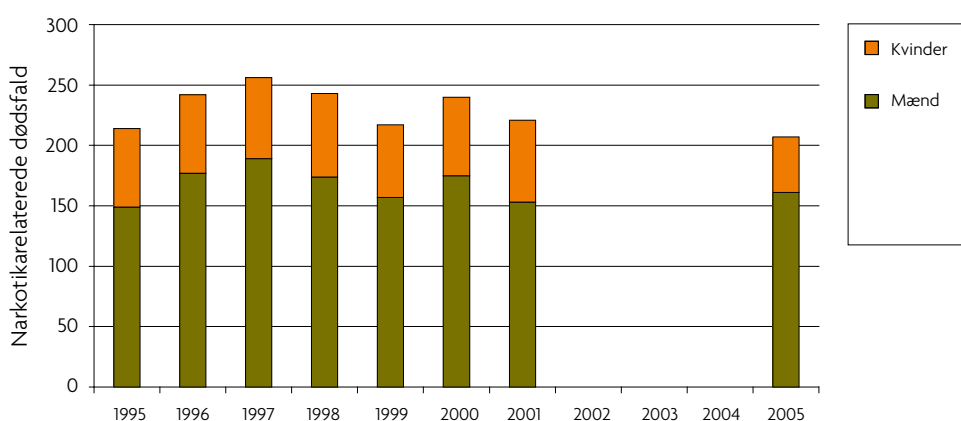


### Opgørelse fra Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister

Figur 6.1.2 viser udviklingen af narkotikarelaterede dødsfald registreret i Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister for perioden 1995-2005<sup>10</sup>. I opgørelsen er den europæiske definition af de narkotikarelaterede dødsfald anvendt. Således er der medtaget dødsfald som følge af skadelig brug af stoffer, afhængighed og stofpsykoser samt dødsfald som følge af forgiftning (tilsigtet og utilsigtet forgiftning).

Dødsfald som følge af trafikulykker eller andre uheld, som skyldes, at den afdøde har været påvirket i uheldsøjeblikket er ikke medtaget. Disse dødsfald er derimod medtaget i politiets register på baggrund af de retsmedicinske institutters indrapportering.

Figur 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1995-2005



Kilde: Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister

Betragter man hele perioden, 1995-2005, svinger antallet af dødsfald mellem 200-250. Antallet er lavest i 2005, hvor der kun er registreret 207 dødsfald. Andelen af mænd er dog højere i 2005 end noget andet tidspunkt tidligere i perioden. I 2005 stod mænd for 78 % (161) af samtlige narkotikarelaterede dødsfald – i de øvrige år i perioden svinger andelen mellem 69 til 74 %.

## 6.2 Forgiftninger med illegale stoffer

Udtrækket fra Landspatientregisteret (LPR) omfatter patienter med forgiftning som aktionsdiagnose, registreret på landets somatiske eller psykiatriske skadestuer samt blandt patienter, som har været indlagt med forgiftninger uden først at have været i kontakt med en skadestue. Af tabel 6.2.1. i annekset fremgår omfanget og udviklingen af de registrerede intoksikationer<sup>11</sup> og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer fra 1999 til 2006. Fra 2000 ændrede kodningspraksis sig ved, at det herefter blev muligt at specificere forgiftninger med amfetamin og khat.

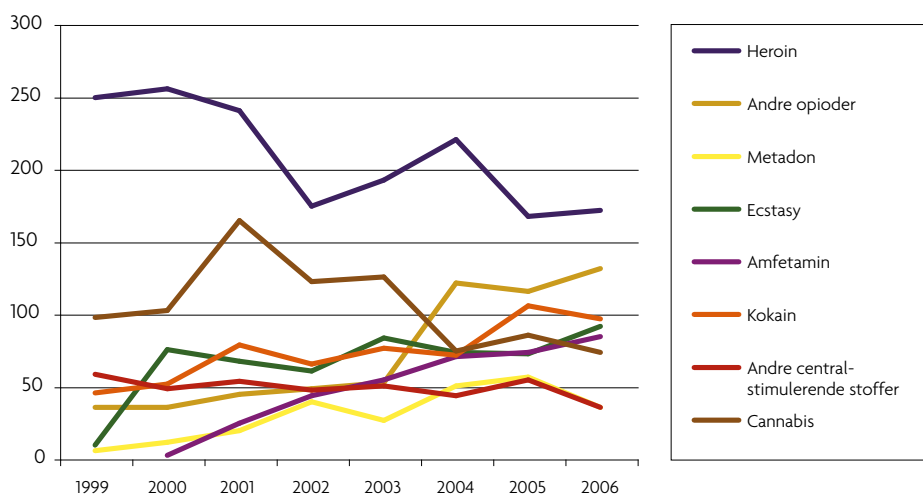
<sup>10</sup> Tal for 2002-2004 foreligger endnu ikke, men planlægges offentliggjort i indeværende år.

<sup>11</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).

Der er registreret mellem 1126 og 1437 henvendelser med forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2006. Der er tale om en stigning i antallet af forgiftninger i perioden indtil 2003, hvorefter der for alle stoffer samlet ses et lille fald. I hele perioden 1999 til 2006 ses dog et stigende antal forgiftninger med de centralstimulerende stoffer. Tallene er som nævnt usikre, og skal læses med forbehold på grund af diagnostiske og andre fejlkilder.

I alt er der registreret 10.364 forgiftninger i de 8 undersøgelsesår. Langt de fleste forgiftninger, knap 90 %, er behandlet på de somatiske afdelinger, og de resterende godt 10 % på de psykiatriske afdelinger. Hvad angår kønsfordeling, er lidt over dobbelt så mange mænd som kvinder registreret med en forgiftning i de 8 undersøgelsesår.

Figur 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 - 2006\*



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

\* Tallene for 2006 er foreløbige, og med udtræk fra LPR med skæringsdato juni 2006. De endelige tal for 2006 kan derfor ændre sig i senere opgørelser.

Som tabel 6.2.2. nedenfor viser, sker de fleste forgiftninger med opioider ikke overraskende overvejende blandt personer over 30 år og er yderst sjældne blandt de helt unge. Modsat ses forgiftninger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer hyppigst blandt de unge. Henholdsvis 69 % og 59 % af samtlige forgiftninger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer er registreret blandt unge under 24 år. 1676 (17 %) af alle forgiftninger i undersøgelsesperioden er indtruffet blandt unge under 20 år. Cannabisforgiftninger er hyppigst forekommende blandt de unge.

Tabel 6.2.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 8 undersøgelsesår, fordelt på forskellige aldersgrupper

	>20 år	20-24 år	25-29 år	30 år plus
Opioider	120	308	489	2017
Centralstimulerende stoffer	553	535	316	448
Svampe og hallucinogener	62	53	20	32
Cannabis	246	231	140	189
Blandingsmisbrug og uspecificeret	695	716	556	2292
<b>I alt</b>	<b>1676</b>	<b>1843</b>	<b>1521</b>	<b>4978</b>

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Hvad angår det centralstimulerende stof kokain er dette som undtagelse et stof, hvor mange af forgiftningerne også sker blandt de lidt ældre, og hvor personer over 30 år står for 38 % af forgiftningerne (ikke vist).

### 6.3 Narkotikarelaterede infektionssygdomme

#### Hiv/aids

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

I tabel 6.3.1 i annekset ses antallet af anmeldte nypåviste hiv-positive og heraf antallet af intravenøse stofmisbrugere de sidste ti år<sup>12</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 2006 var 5 % (11 personer) af de nydiagnostiserede hiv-positive intravenøse stofmisbrugere. Andelen har ligget på mellem 4 og 11 % de sidste ti år. Andelen af nyanmeldte aids-tilfælde, hvor smitekilden anses at være intravenøst stofmisbrug, har ligget relativt stabilt omkring 10 %. I 2006 var 6 % af de anmeldte aids-tilfælde fundet hos intravenøse stofbrugere, hvilket udgjorde 3 ud af i alt 47 personer.

#### Hepatitis A, B og C

Trods mindre udsving synes der de senere år at være sket et fald i antallet af registrerede akutte tilfælde af hepatitis i hele befolkningen (tabel 6.3.2. i annekset). I samme periode har andelen af akutte tilfælde af hepatitis, hvor den smittede har været intravenøs stofmisbruger, ligget omkring 1 % ved hepatitis A, varieret mellem 6 % og 35 % ved hepatitis B, og varieret fra 29 % til 85 % ved hepatitis C. Antallet af anmeldte tilfælde er dog så små, at procentangivelsen skal læses med forbehold. Da hepatitis C oftest er asymptomatisk i den akutte fase, er anmeldte tilfælde af akut hepatitis C et groft underestimat af den faktiske forekomst af hepatitis C. Derfor er der i opgørelsen også medtaget antal tilfælde anmeldt med kronisk hepatitis C fra 2004 og frem.

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

## Undersøgelser over udbredelse af infektionssygdomme

Som led i kvalificering, harmonisering og kortlægning af forekomsten af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere i EU, har Sundhedsstyrelsen i 2004, 2005 og 2006 støttet et forskningsprojekt til undersøgelse af udbredelsen af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere<sup>13</sup>. Der er undersøgt for forekomsten af hiv og hepatitis B og C blandt de narkotikarelaterede dødsfald, der bliver registreret i Rigspolitets register over narkotikarelaterede dødsfald efter indberetning fra de retsmedicinske institutter. Foreløbige resultater fra undersøgelsen om infektionssygdomme blandt narkotikarelaterede døde i 2006 er nu opgjort og gengives her.

Ved de medikolegale ligsyn af de 266 narkotikarelaterede dødsfald i 2006 blev der udtaget blodprøve fra 205 personer, hvoraf 191 (93 %) kunne analyseres for en eller flere markører.

Analyseresultaterne viste, at 61 % af de undersøgte var positive for antistoffer mod hepatitis C, mens 38 % var positive for hepatitis B (anti-HBc), og 17 % var beskyttet mod hepatitis B (anti-HBs positive) som følge af vaccination. Hiv infektion blev påvist hos 2 %. Resultaterne er således nogenlunde det samme som i 2005 (HCV 58 %, HBV 35 % og HIV 4 %).

Det kan ud fra de nævnte undersøgelsesresultater tolkes, at forekomsten af hepatitis B og C blandt stofmisbrugere over de seneste tre år er nogenlunde konstant, samt at forekomsten af hiv-infektion blandt stofmisbrugere er uændret og relativt lav. Kun en lille del af de smittede er kendt af meldesystemet, og hvad angår hepatitis C, var ”kun” 9 % anmeldt til embedslægen for akut eller kronisk hepatitis C.

## 6.4 Stofmisbrugere i psykiatrisk behandling

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

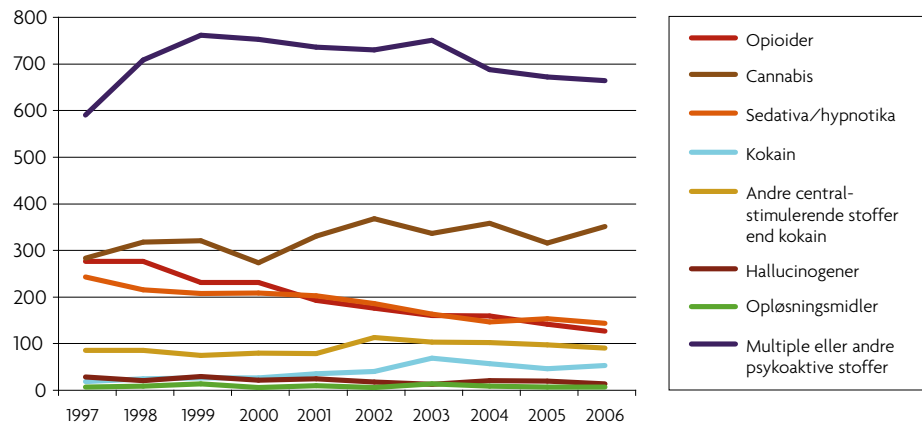
I 2006 blev i alt 3849 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose (dobbeltdiagnose). Dette er lidt flere end i de foregående år. Antallet af indlæggelser med *bidiagnoser* alene relateret til stofbrug er som tidligere år stadig stigende, og udgjorde 2430 personer i 2006. Antallet af personer indlagt med stofrelaterede *hoveddiagnoser* i 2006 udgjorde 1419 personer, hvilket er på samme niveau som i 2005. Indlæggelser med dobbeltdiagnoser er vist i tabel 1 i annekset samt illustreret ved figurer nedenfor.

I hele perioden er personer med hoveddiagnoser i relation til ”blandingsbrug” den største gruppe, og antallet har været stigende gennem årene, dog med årlige udsving. Næsthøypigst gennem næsten hele perioden ses personer med cannabisrelaterede hoveddiagnoser, som i 2006 omfattede knap 25 % af personer i psykiatrisk behandling med en stofrelateret hoveddiagnose. På samme tid er andelen af personer med opioide-relaterede hoveddiagnoser faldet jævnt gennem perioden.

---

<sup>13</sup> Initiativet til undersøgelsen er taget i den *nationale ”nøgle-indikator-gruppe for infektionssygdomme*, og medlem af gruppen – speciallæge, Ph.d Peer Brehm Christensen er projektleder for undersøgelsen. Resultaterne af undersøgelsen for 2004 er publiceret i *European Journal of Epidemiology* 2006;21:383-387.

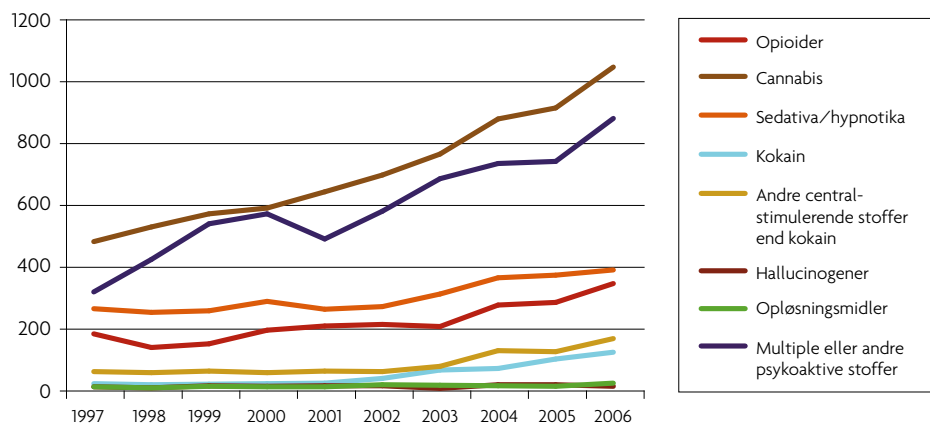
Figur 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 1997-2006



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

Ved bidiagnose relateret til cannabis er antallet af personer steget jævnt gennem årene fra 477 personer i 1997 til 1040 personer i 2006, hvilket er mere end en fordobling i perioden. Der ses ligeledes en jævn stigning i antallet af personer, der blev indlagt med bidiagnose relateret til kokain og andre centralstimulerende stoffer, om end antallet er væsentlig færre sammenlignet med indlæggelser relateret til cannabis. Indlæggelser med en bidiagnose relateret til et ”blandingsbrug” er betydelig og udgør 1/3 af det samlede antal stofrelateret indlæggelser med en bidiagnose relateret til stoffer.

Figur 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1997-2006



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

## 7 Indsatser overfor sundhedsmæssige konsekvenser

Stofmisbrug må i en del tilfælde anses for at være en kronisk tilstand eller lidelse, hvor helbredelse i form af stoffrihed langt fra altid kan forventes, men hvor behandling og andre foranstaltninger kan lindre og reducere skadevirkninger.

Skadesreduktion er derfor et integreret element i narkotikapolitikken. De eksisterende skadesreducerende tilbud kan – i forhold til en kompromisløs kamp mod narkotikamisbruget – godt fremstå som paradoksale, men anses ikke desto mindre for at være pragmatiske og fornuftige. Det gælder f.eks. metadonordination, udlevering af rene sprøjter og kanyler samt vandampuller, forsyning med renssevæske i fængsler og såkaldte lavtærskeltilbud i form af væresteder for stofmisbrugere.

Kvalitativt betydeligt mere vidtgående krav om skadesreduktion rejser derimod det grundlæggende spørgsmål om, hvorvidt der overhovedet skal sættes nogen grænse for skadesreducerende tiltag med den gode hensigt at komme stofmisbrugerne i møde, og hvor denne grænse i bekræftende fald skal sættes til berettiget varetagelse af andre samfundsmæssige hensyn. En helt konsekvent forfølgelse af hensynet til skadesreduktion fører til en direkte modstrid med selve kernen i narkotikapolitikken: Imødegåelsen af al ikke-medicinsk og ikke-videnskabelig anvendelse af narkotika. På denne baggrund afviser regeringen bl.a. etablering af fixerum.

I sine bestræbelser på at fastholde og forbedre de allerede eksisterende skadesreducerende tilbud samt udvikle helt nye tilbud har regeringen med satspuljeaftalen for 2006 fået tilslutning til at afsætte midler til bl.a. oprettelse af Vesterbro-puljen. De lokale kræfter på Vesterbro i København, hvor centrum for hovedstadens ”drug scene” befinder sig, kunne søge om støtte til lokalt forankrede initiativer. Sigtet skulle være, i bred forstand, at forbedre forholdene for stofmisbrugerne samt afhjælpe de problemer, som narkotikamiljøet påfører Vesterbro. Med udmøntningen af Vesterbro-puljen i august 2006 afsatte indenrigs- og sundhedsministeren midler til et treårigt forsøg med et sundhedsrum. I sundhedsrummet vil man på et og samme sted kombinere relevante sundhedsfaglige tilbud med socialfaglig rådgivning og værestedsfunktion mv. Med adgangen til at indtage ulovligt erhvervede stoffer som eneste undtagelse vil man i princippet kunne forestille sig sundhedsrummet indeholde alle de elementer, der kendes fra de fixerum, som regeringen må afvise som for vidtgående. Forsøget skal gennemføres af et partnerskab mellem Københavns Kommune og de lokale kræfter samlet i foreningen Dugnad Center Vesterbro.

I 2007 har nye initiativer for den sundhedsfaglige indsats af stofmisbrug, som beskrives nedenfor, primært været iværksat fra centralt hold eller er udgået fra Hovedstadsregionen. Årsagen hertil er formentlig, at de nye kommuner udenfor hovedstadsområdet har haft større behov for at etablere sig i de nye kommunale enheder i forbindelse med strukturreformen frem for at prioritere at igangsætte nye projekter og initiativer.

### 7.1 Forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald

#### Forsøg med udlevering af ”modgift”, Naloxone

Københavns Kommune har i 2007 iværksat et pilotprojekt, som skal belyse, om det er muligt, forsvarligt og giver mening, at lade en gruppe stofmisbrugere behandle

overdosistilfælde hos andre stofmisbrugere ved intramuskulær administration af ”modgift” (Naloxone). Erfaringer fra andre europæiske storbyer tyder på, at man med et sådan tilbud kan nedsætte antallet af ”overdosedødsfald”.

Der er planlagt forsøg med udlevering af Naloxone til de faste brugere af sundhedsrummet. De stofmisbrugere, der indgår i projektet, vil modtage undervisning i diagnosticering og vurdering af forgiftninger, i de generelle principper for behandling af overdosetilfælde, i administration af Naloxone samt vigtigheden af at tilkalde akut lægehjælp. Desuden indskræpes vigtigheden af at forblive på skadestedet til ambulancen kommer og i ventetiden yde førstehjælp.

Projektdeltagerne vil løbende modtage supervision og støtte fra læger og sygeplejersker tilknyttet sundhedsrummet. Forudsætningen i projektet er endvidere, at stofmisbrugeren fungerer som lægens medhjælp.

### **Buprenorfin – et mere sikkert substitutionspræparat**

Sundhedsstyrelsens reviderede vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler af 8. juni 2007, som er beskrevet i kapitel 5, indeholder ændrede anbefalinger om valget af præparat ved substitutionsbehandling. Det indskræpes nu, at præparatet buprenorhin i højere grad bør anvendes på bekostning af metadon. Anvendelsen af buprenorphin er forbundet med en større sikkerhed. Det betyder, at behovet for kontrol med stofmisbrugerne bliver mindre. Vigtigst er det dog, at risikoen for forgiftninger bliver langt mindre end i dag. I lyset af erfaringerne fra udlandet, forventes indskærpelsen at kunne bidrage til en mærkbar begrænsning af antallet af narkotikarelaterede dødsfald.

## **7.2 Forebyggelse og behandling af infektionssygdomme**

Injektionsmisbrugere, deres samlevende og eventuelle faste seksualpartnere er blandt den særligt udsatte gruppe, som tilbydes gratis hepatitisvaccination, jf. bekendtgørelse nr. 746 af 29. juni 2006.

Sprøjteprogrammer er en udbredt forebyggende foranstaltning i hele landet og henvender sig til injektionsmisbrugere med det formål at give dem rene sprøjter, så de kan undgå hiv og andre blodbårne infektioner. For fortsat at styrke indsatsen mod forebyggelse af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere er der i 2006/2007 taget to nye initiativer, som beskrives nedenfor. Det drejer sig om en ny handlingsplan for forebyggelse af hepatitis C samt en undersøgelse af nye metoder til kortlægning af antivirale behandling til hiv-positive stofmisbrugere.

### **Handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere**

Med indgåelse af satspuljeaftalen for 2006 besluttede regeringen og satspuljepartierne, at der skulle tages en række initiativer, som fastholder og udbygger den eksisterende indsats mod narkotikamisbruget med en ambition om i endnu højere grad at begrænse stofmisbruget og de alvorlige skader, som misbruget påfører stofmisbrugerne selv, deres nærmeste og det omgivende samfund. Det blev bl.a. besluttet, at indsatsen mod hepatitis C blandt stofmisbrugere skulle øges på landsplan. Sundhedsstyrelsen har derfor udarbejdet en handlingsplan, som gennemgår den aktuelle forebyggelsesindsats mod hepatitis C blandt stofmisbrugere og peger på nye konkrete initiativer, hvormed indsatsen kan styrkes. I handlingsplanen anbefales,



at indsatsen mod hepatitis blandt stofmisbrugere på landsplan øges ved, at kommunerne iværksætter følgende to lokale initiativer:

- Kommunerne skal sikre, at arbejdet (eksempelvis af en særligt udpeget tovholder) organiseres således, at målgruppen *systematisk* tilbydes forebyggende foranstaltninger i form af; 1) Oplysning og rådgivning om forebyggelse af blodbåren smitte til stofmisbrugere, hvad enten de findes smittede eller ej; 2) Screening for hepatitis A, B og C samt hiv; 3) Vaccination mod hepatitis A og B, samt endelig 3) Henvielse til behandling.
- Kommunerne skal sikre, at der for hvert af de af kommunen benyttede
- behandlingssteder årligt udarbejdes en status for den faktiske implementering af handlingsplanen, så den forebyggelses-, undersøgelses- og behandlingsmæssige indsats kan vurderes.

Målgruppen er alle intravenøse stofmisbrugere, der er indskrevet i behandling. Det gælder også stofmisbrugere, der kun en enkelt gang har injiceret sig og dermed måske ikke opfatter sig som egentlig intravenøs stofmisbruger.

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

### Undersøgelse af den antivirale behandling til hiv-positive stofmisbrugere

Specialinstitutionen på Forchhammersvej har med økonomiske midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2007, iværksat en undersøgelse af metoder til at optimere den antivirale behandling til hiv-positive stofmisbrugere.

Formålet med undersøgelsen er at finde ud af, om man ved en mere grundig undervisning om hiv-sygdommen blandt de smittede stofmisbrugere kan forbedre deres evne til at følge den antiretrovirale behandling (bedre kompliance). Mange af de hiv-positive stofmisbrugere ved kun ganske lidt om hiv-sygdommen, og det formodes, at man ved at øge deres viden om sygdommen og behandlingen, kan reducere antallet af medicindoser. Også personalet på Forchhammersvej skal have styrket deres kompetencer i forhold til sygdommen og behandlingen af denne. Foruden en ren undervisning om sygdomme og behandlingen, vil personalet gennemgå træning i ”Motiverende samtale” for på denne måde bedre at kunne kommunikere om sygdommen med de hiv-positive stofmisbrugere. Projektet foregår i tæt samarbejde med de regionale infektionsmedicinske afdelinger og er planlagt afsluttet efter 2 år.

### 7.3 Indsatser rettet mod misbrugere med samtidig forekomst af psykisk sygdom

Med psykiatraføtalen for 2003-2006 blev der afsat en pulje til særligt prioriterede områder. Et af områderne var indsatsen for misbrugere, som også lider af en psykisk sygdom, dvs. de såkaldt ”dobbeldiagnosticerede”, der hører til blandt de dårligst stillede. Fra puljen er der givet støtte til ni konkrete projekter målrettet de dobbeldiagnosticerede, fx til etablering af specialambulatorier, til etablering af kli-



nik, til indførelse af nye behandlingsmetoder, til udvikling af samarbejdet mv. Med psykiatriaftalen for 2007-2010 er der som en permanent bevilling afsat midler med det formål at fastholde det aktivitetsniveau, som er opnået med psykiatriaftalen 2003-2006. Dermed har regionerne mulighed for at videreføre projekter igangsat med psykiatriaftalen 2003-2006. Det gælder også projekterne for de dobbeltdiagnosticerede.

I Hovedstadsregionen har man opnormeret det ambulante behandlingstilbud til dobbeltdiagnosepatienterne. Specialambulatoriet, som varetager behandlingen af stofmisbrugere med svære psykiatriske problemer, har hidtil haft plads til 25 patienter. Fra sommeren 2006 er der oprettet et opsøgende psykoseteam med plads til 100 misbrugere med psykiatriske sygdomme. Det er planen, at dette behandlingstilbud skal samarbejde tæt med såvel distriktspsykiatrien som misbrugsbehandlingssystemet. Ved tvivl om placeringen af en stofmisbruger med samtidig psykiatrisk sygdom, afgøres den videre behandling af en visitationsenhed med repræsentanter fra både psykiatrien og misbrugsbehandlingssystemet. Der er pr. 1.8.2007 indskrevet knap 50 patienter i tilbuddet, ca. 10 patienter er på venteliste. Man regner med, at man ved denne ordning har den fornødne kapacitet til at yde kvalificeret behandling af stofmisbrugere med psykiatrisk sygdom. Det anses imidlertid for vigtigt, at man på længere sigt etablerer et godt samarbejde med såvel de distriktspsykiatriske centre og misbrugscentre, således at de mere velbehandlede, ikke kaotiske patienter, kan overgå til behandling i disse centre.

#### 7.4 Øvrige sundhedsrelaterede indsatser

##### **Pulje til sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere**

Satspuljepartierne har i alt afsat 28 mio. kroner fordelt over årene 2006-2009 til oprettelse af målrettede sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere. Midlerne fra puljen er, efter Sundhedsstyrelsens faglige vurdering af de indkomne ansøgninger, tildelt Københavns, Odense, Esbjerg, Århus og Guldborgsund Kommune.

Det er forventet at projekterne *dels* vil føre til et forbedret generelt helbred hos målgruppen, *dels* øge adgangen til relevante sundhedstilbud samt *dels* modvirke strukturelle forhindringer for bedring af sundhedstilstanden hos hjemløse stofmisbrugere (brobygning og behandlingskontinuitet). Dette skal primært ske gennem en kombination af socialfaglig gadeplansindsats og sundhedsfaglig indsats, så de hårdest belastede stofmisbrugere mødes af sundhedsfaglige tilbud, der tager højde for stofmisbrugernes særlige præmisser.

Medio 2007 er projekterne i de fleste kommuner ved at tage form – dog med nogen variation kommunerne imellem i overensstemmelse med de lokale forudsætninger. Kommunerne rapporterer generelt om stor opbakning til projekterne politisk såvel som fra brugernes side, og de foreløbige erfaringer peger på, at de nye sundhedsfaglige tilbud i høj grad efterspørges af målgruppen og dækker et behov, som hidtil har været udækket.

##### **Pulje til sundhedsfremme og forebyggelse af de socialt mest udsatte**

Satspuljepartierne har endvidere i alt afsat 22,5 mio. kroner fordelt over årene 2007-2010 til at styrke sundhedsfremme og forebyggelse overfor de mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere samt hjemløse. Et bærende element i projektet vil blive,

at etablere sundhedsfaglige tilbud til disse grupper i relation til de kommunale væresteder, da disse ofte danner rammerne for fællesskab og potentielle forandringsmiljøer for målgruppen. Midlerne i puljen vil udbydes i efteråret 2007.

### **Kommende vejledning for den lægelige behandling af stofmisbrugere**

Med baggrund i regeringens satspuljeaftale for 2004 er der afsat midler til at gennemføre en kvalitetssikring og -udvikling af substitutionsbehandlingen. I praksis har Sundhedsstyrelsen iværksat en fremadrettet gennemgang af hele den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Gennemgangen vil inden udgangen af 2007 udmønte sig i udsendelsen af en ny faglig vejledning for behandlingen. Formålet med vejledningen er at understøtte og styrke den helhedsorienterede indsats gennem retningslinier for selve substitutionsbehandlingen samt en beskrivelse af de helbredsmæssige problemer, som ses hos stofmisbrugere og de lægelige kerneydelser, som knytter sig til behandlingen. Vejledningen forventes at bidrage til bedring af den ofte meget dårlige fysiske og psykiske helbredstilstand, som følger med tilværelsen som stofmisbruger og til sikring af en ensartet kvalitet af behandlingen på et acceptabelt niveau.

Vejledningen vil omfatte retningslinier for udredning og behandling af de psykiske og fysiske helbredsproblemer som ses i relation til stofmisbrug, forebyggelse af uønsket graviditet, antikonceptionsrådgivning og forebyggelse af seksuelt overførte sygdomme, samt behandling af gravide stofmisbrugere.

Vejledningen samt den tilhørende anbefaling er udarbejdet på baggrund af den aktuelle internationale og nationale dokumentation på området. Den er udarbejdet i samarbejde med ekspertarbejdsgrupper fra den kliniske praksis, Sundhedsstyrelsens sagkyndige samt en til formålet nedsat referencegruppe med repræsentanter fra Indenrigs – og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Kommunernes Landsforening, Embedslægeinstitutionen Hovedstaden, Dansk Selskab for Addiktiv Medicin, Center for Rusmiddelforskning, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger og Kriminalforsorgen.

Vejledningen med tilhørende anbefaling skal være med til at sikre en ensartet og acceptabel kvalitet i de væsentligste lægelige kerneydelser, der knytter sig til substitutionsbehandlingen af opioidafhængige. På sigt vil vejledningen og anbefalingen også kunne udgøre basis for en løbende kvalitetsudvikling og være sigtelinje for den organisatoriske tilrettelæggelse af behandlingen i kommunerne.

## 8 Kriminalitet, stofbrug og sociale konsekvenser

Som flere undersøgelser viser, er der en sammenhæng mellem stofbrug og problematiske sociale og økonomiske livsvilkår og konsekvenser. Blandt andet har stofmisbrugere i behandling det generelt sværere, hvad angår boligforhold og familieliv, og de er generelt økonomisk og uddannelsesmæssigt dårligere stillede end øvrige grupper i samfundet (se kapitel 4).

Undersøgelser peger også på, at mange af de unge, der udvikler et misbrugsproblem, også har mange problemer i deres familie- og sociale liv, og i det hele taget problemer med deres ungdoms- arbejds- og uddannelsesliv (Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte 2006).

### 8.1 Social eksklusion og problemer

Den sociale udstødning blandt stofmisbrugere er stor. Ser man på de sociale, bolig-mæssige og uddannelsesmæssige forhold 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 forsørgt 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 skrøbelige mennesker, psykisk syge samt hjemløse.

#### Unge med sociale problemer og misbrugsproblemer

Der er ikke lavet nye undersøgelser siden sidste år, der beskriver de sociale problemer i relation til misbrug blandt de unge. Som Videns- og Formidlingscenteret for Socialt Udsatte undersøgte i 2006 (Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte 2006), kommer helt unge, der senere udvikler et misbrug, tidligt i kontakt med de sociale myndigheder og forvaltninger i kommunerne. Disse unge er en sårbar udsat gruppe med besværlig, ringe eller negativ kontakt til voksne, herunder egen familie, og mange er vokset op i en familie, hvor misbrug har været en del af hverdagen. De unge kommer i kontakt med socialforvaltningen som følge af tunge uddannelses-, job – og boligproblemer. Kommunerne vurderer, at problemerne for *nogle* af disse unge er opstået i forbindelse med deres stofmisbrug, men at der hos langt de fleste unge var problemer i hverdagen, længe inden et egentlig misbrug opstod. Det stigende fokus på unge med sociale problemer og problemer med misbrug har ifølge undersøgelsen medført, at mange kommuner de senere år har etableret omfattende både kontaktskabende, rådgivende og opsøgende initiativer.

Oplysninger fra behandlingsregisteret viser endvidere, at omkring 2000 børn under 18 år enten bor sammen deres forældre eller er anbragt uden for hjemmet, og samtidig er én eller begge forældre indskrevet i behandling. Antallet af registrerede børn i stofmisbrugsfamilier har været stigende de senere år, og disse unge må betragtes som i særlig risiko med hensyn til sociale problemer og udvikling af et eventuelt misbrug senere i livet.

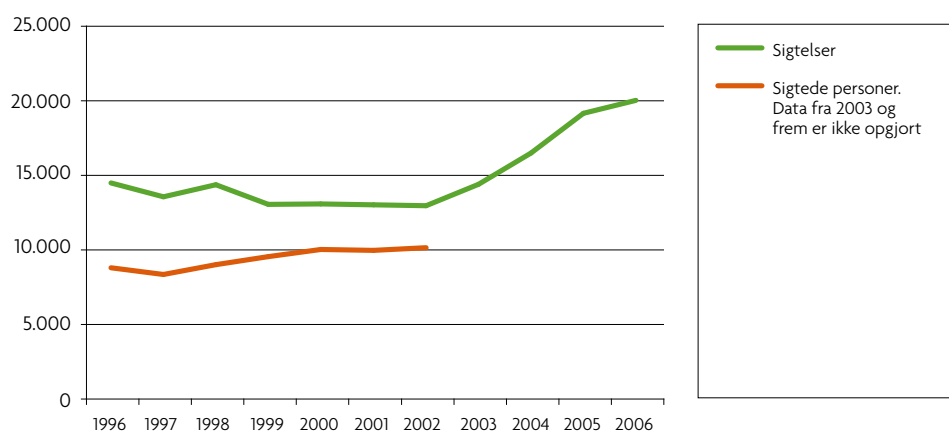
## 8.2 Kriminalitet i forbindelse med narkotika

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 sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen.

Figur 8.2.1. Narkotikakriminalitet 1996-2006. Sigtelser og antal sigtede personer



Kilde: Rigspolitiet

I 2006 blev der registreret i alt 19.900 sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen (se tabel 8.2.1. i annekset). Antallet af sigtelser har været jævnt stigende fra 2003 til i dag. Til sammenligning lå antallet af sigtelser lavere og relativt stabilt på omkring 13.000 årligt i årene 1999-2002. Antallet af sigtede personer har siden 1994 ligget på mellem godt 8000 og 10.000 personer årligt. Der er ikke tilgængelige tal vedrørende antal sigtede personer fra 2003 og frem.

## 8.3 Stofmisbrug i fængsler

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. Resultatet fra undersøgelsen viste dengang, at 3/4 af Kriminalforsorgens klientel har prøvet hash, over halvdelen har prøvet centralstimulerende stoffer som kokain og amfetamin, mens 1/3 har prøvet heroin og/eller morfinpræparater. Halvdelen af Kriminalforsorgens samlede klientel har et egentligt misbrug af rusmidler (misbrug af alkohol inkluderet)<sup>14</sup>.

<sup>14</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.

Den 1. oktober 2004 blev et nyt registreringsmodul i Kriminalforsorgens klientsystem taget i brug. Dette modul indeholder registreringer af alle nyindsattes stof- og alkoholforbrug ved indsættelse i fængsel eller arresthus. Med indførelsen af en behandlingsgaranti for stofmisbrugere i Kriminalforsorgen 1. januar 2007 er modulet blevet udvidet med en række yderligere oplysninger. Kriminalforsorgen har således udviklet og testet en IT-understøttet dokumentationskabelon, der skal understøtte sagsbehandlingen lokalt og benyttes som styringsværktøj for rusmiddelregistreringen i Kriminalforsorgens institutioner.

Fra september 2007 vil det være muligt for Kriminalforsorgen fremadrettet at registrere udviklingen i antallet af misbrugere samt belastningsgrad og motivation.

Et andet modul i klientregistreringen er den elektroniske indberetning til Sundhedsstyrelsen om antallet af metadonordinationer til de indsatte. Omfanget af stofmisbrugere i substitutionsbehandling med metadon blandt indsatte fremgår af kapitel 4 i foreliggende rapport.

## 9 Indsatser i forhold til sociale konsekvenser af stofmisbrug

Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet har ansvaret for at koordinere indsatsen, hvad angår social integration (den sociale indsats som helhed) af stofmisbrugere. Der er ikke oprettet et særligt organ, men disse ministerier har det overordnede ansvar for at koordinere og udmønte de ovennævnte indsatsområder, der er rettet mod stofmisbrugerne som en af målgrupperne i gruppen ”socialt udsatte”, herunder også indsatsen mhp. social integration. Socialministeriet koordinerer indsatsen iht. til programmet ”Det fælles ansvar II” (Socialministeriet, m.fl. 2006). Beskæftigelsesministeriet retter fokus mod de socialt udsatte på kontanthjælp som en del af regeringsprogrammet ”Nye veje til arbejde” (Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet 2006), hvor en betydelig del af målgruppen har et stof- og/eller alkoholmisbrug.

Det overordnede formål med indsatsen er at støtte de socialt udsatte grupper i at tage de nødvendige skridt hen mod beskæftigelse i diverse former samt at fokusere på at styrke den enkeltes livskvalitet og personlige kompetencer. Målet er at skabe bedre muligheder for selvforsørgelse, bedre muligheder for at indgå i et socialt netværk og bedre struktur på hverdagen (Socialministeriet, m.fl. 2006). Samlet er der tale om, at indsatsen fra regeringens side yderligere forstærkes, og at der sættes ind med initiativer og økonomiske ressourcer. Ressourcerne skal blandt andet bruges på at overvinde de barrierer, der er for socialt udsatte, herunder stofmisbrugere i forhold til en tættere tilknytning til det almindelige arbejdsmarked. Indsatserne målrettes den enkelte stofmisbruger, det private arbejdsmarked og de kommunale sagsbehandlere.

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

I henhold til lov om social service § 111 er kommunen forpligtet til at tilbyde stofmisbrugere en social handleplan, hvor der på et individuelt niveau kan aftales mål og strategier for den enkelte stofmisbruger, hvad angår brugerens fremtidige boligforhold, økonomiske forhold og andre livsområder. Det er således de kommunale sagsbehandlere, der som udgangspunkt har handlekompetencen, hvad angår social integration af stofmisbrugerne på diverse områder.

Den nationale strategi vedr. kriminelle stofmisbrugere går ud på, at behandlingen 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. Kriminalforsorgen fik den 1. januar 2007 en behandlingsgaranti for de indsatte stofmisbrugere som skønnes egnede og motiverede til behandling, og som på det tidspunkt, hvor der søges om behandling, som minimum har 3 måneders forventet retsstraf.

## 9.1 Social reintegration

### Hjemløshed, botilbud og bostøtte

Forsorgshjem i henhold til § 110 i lov om social service er midlertidige botilbud målrettet hjemløse med svære sociale problemer. Forsorgshjemmene arbejder med botræning, som forbereder og støtter beboerne i at kunne fungere i egen bolig.

Fra 1. juli 2005 har kommunerne mulighed for at indgå aftaler med almenboligorganisationer om at leje ledige almenboliger til brug som udslusningsboliger. Disse boliger kan tilbydes stofmisbrugere, som fx har opholdt sig på forsorgshjem, døgnbehandlingstilbud eller andet botilbud, og som i en periode på max. 2 år kan bo i udslusningsboligen på særlige vilkår og med støtte fra botilbuddet. Efter udslusningsperioden fortsætter lejemålet på almindelige vilkår.

For stofmisbrugere, der ikke kan rummes eller selv finde sig tilrette i traditionelle boligformer på trods af sociale støttetilbud, er der etableret permanente boliger efter almenboligloven, kaldet ”skæve huse”.

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

### Sociale færdigheder og netværksopbygning

En stor del af det sociale arbejde med stofmisbrugere foregår på væresteder. Disse tilbud yder fysisk omsorg (ro, mad og varme), relationel omsorg (muligheden for at skabe et socialt fællesskab) og støtte til forandring. Tilbuddet på disse væresteder har udviklet sig i de senere år således, at der nu tilbydes flere netværksskabende og aktiverende tiltag. I ”Det fælles ansvar II” lægger regeringen op til en yderligere udvikling af disse tilbud.

Et indsatsområde målrettet sociale færdigheder og netværksopbygning for stofmisbrugere er en udvidelse pr. 1. oktober 2006 af et tilbud om støtte- og kontaktpersoner (SKP), jf. servicelovens § 99, som tidligere kun blev tilbudt de mest isolerede sindslidende. Ordningen er kendetegnet ved længerevarende opsøgende og kontaktskabende arbejde, som opfølges af hjælp til løsning af brugerspecifikke og brugerdefinerede problemstillinger, herunder umiddelbar hjælp i dagligdagen, (gen)opbygning af sociale netværk og (gen)etablering af kontakt til de sociale myndigheder. SKP-ordningen er en indsats uden myndighedsudøvelse, og brugere har mulighed for at være anonyme.

### Uddannelses- og beskæftigelsestilbud

Mange stofmisbrugere har haft ustabile skoleforløb og har ringe grundlæggende skolekundskaber, når de forlader skolen. Der er i Danmark gode muligheder for at indhente forsømte skolekundskaber, efter man har forladt skolen, især via VUC-centrene (Voksen Uddannelses Centre). Der er særlige tilbud til læsesvage, der er mulighed for at afslutte folkeskolens grunduddannelse ved at tage fagene som enkeltfag, ligesom der er mulighed for at tage studentereksamen eller HF, som enkeltfag eller som særligt kursus. Herudover er der daghøjskoletilbud, der tilbyder undervisning af en ikke-kompetencegivende art. Formålet er at øge den enkeltes



almene og faglige indsigt og færdigheder og dermed styrke evne og lyst til at tage ansvar for eget liv og deltage aktivt i samfundslivet.

For langtidsledige stofmisbrugere og andre socialt udsatte, der har en lang eller mellemlang uddannelse, lægger regeringen op til, at der udvikles særlige efteruddannelses tilbud med jobgaranti (Socialministeriet et al. 2006). Målet er, at de kan få genopfrisket deres faglige kompetencer inden for deres tidligere arbejdsområde, så mulighederne for aktiverings- eller beskæftigelsesforløb fremmes mest muligt.

### Beskæftigelsestilbud og forsørgelse

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

For at lette overgangen fra et socialt aktiveringstilbud til egentlig beskæftigelse er der endvidere oprettet en pulje til etablering af mentorordninger på væresteder, hvor en person tilknyttet værestedet hjælper udsatte brugere med indslusning på en arbejdsplads og støtter med råd og vejledning om, hvordan man begår sig på en arbejdsplads. Herudover skal mentoren aflaste virksomheden med de vanskeligheder, der kan være forbundet med ansættelsen af en medarbejder med særlige problemer. Puljen udgør 10 mio. kr. årligt i fire år. Virksomhederne tilbydes endvidere vikardækning via en pulje på fem mio. årligt i fire år. Det er hensigten, at arbejdsgiveren hermed holdes skadesløs for et evt. fravær hos den ansatte.

## 9.2 Forebyggelse af narkotikarelateret kriminalitet

Kriminalforsorgen har som et led i regeringens satspuljeforlig for 2006 fået tilført midler til blandt andet at etablere to nye behandlingsafdelinger og en efterbehandlingsafdeling i udvalgte fængsler samt en række opsøgende initiativer i relation til stofmisbrugere i arresthuse og fængsler over hele landet. Der er tale om en bred indsats overfor såvel indsatte med ønske om total stoffrihed og indsatte, som foretrækker substitutionsbehandling primært med metadon.

Disse initiativer er alle blevet implementeret i overensstemmelse med den politiske aftaletekst. Der vil i 2007 blive gjort status på initiativerne, og de kommende års udfordringer vil i den forbindelse blive overvejet. Det ser på nuværende tidspunkt ud til, at de nye behandlingstilbud er blevet budt velkomne af de indsatte, da der er relativ stor søgning på behandlingen.

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



Det har vist sig vanskeligt at etablere samarbejdet mellem kommunerne og Kriminalforsorgen, hvilket til dels kan skyldes de store strukturelle ændringer, der er sket i kommunerne som følge af kommunalreformen. Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Direktoratet for Kriminalforsorgen vil i den kommende tid have stor fokus på koordineringen af handleplanerne med henblik på at forbedre kvaliteten.

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

## 10 Det illegale stofmarked

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

Resultater fra de retskemiske analyser af stofferne de senere år viser, at der er stor variation i renhed og stofkoncentrationen i de illegale stoffer på markedet<sup>15</sup>. Variationen ses både i de mere traditionelle stoffer såsom heroin, amfetamin og kokain, og i de nye syntetiske stoffer, der typisk optræder i ecstasypiller. Da koncentrationen og indholdet i stofferne derfor ofte er ukendt, indebærer dette en særlig risiko ved indtagelse.

### 10.1 Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel

Rigspolitiet samler oplysninger, der vedrører produktions- og distributionslande for de illegale stoffer, der beslaglægges i Danmark. Marokko er stadig det væsentligste producentland af hash til det danske marked, og Spanien, Portugal og Holland er de vigtigste distributionslande. Med hensyn til heroin kommer langt den overvejende del til Danmark fra Afghanistan, mens både amfetamin og ecstasy, der beslaglægges i Danmark, primært er produceret i Holland og Belgien. Kokainen produceres primært i Sydamerika og videredistribueres typisk via Holland og Spanien.

Hvad angår tilgængeligheden af stofferne, viser beslaglæggelsesstatistikken, at de forskellige illegale stoffer er spredt i hele Danmark. I stort set alle politikredse ses beslaglæggelse af de forskellige stoffer. Hertil kommer oplysninger fra misbrugs-konsulenter rundt om i landet og resultater fra surveyundersøgelser, der bekræfter, at stofferne er nemme at få fat i, og at der tilbydes stoffer i vid udstrækning.

### 10.2 Beslaglæggelse af stofferne

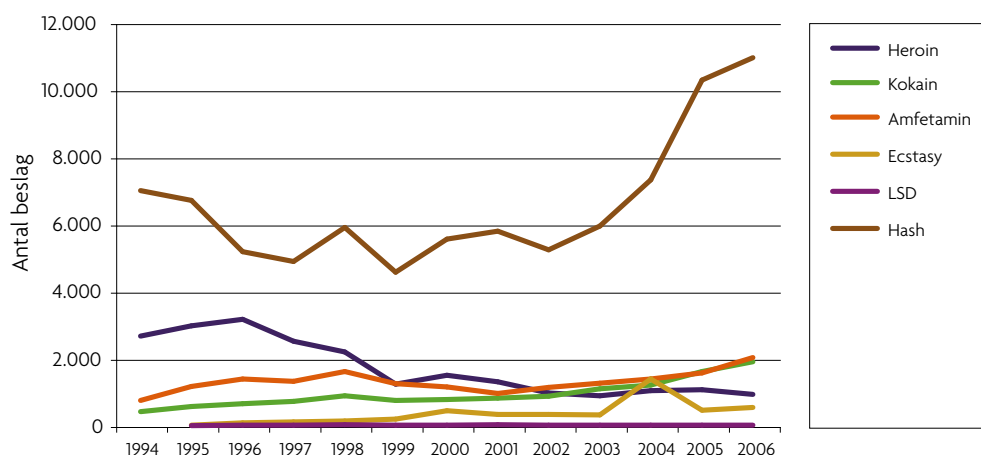
Politi og toldmyndighederne opgør løbende mængden af beslaglagte illegale stoffer samt antal beslaglæggelser af illegale stoffer, som foretages ved grænserne, lufthavne og havne i forbindelse med større efterforskningssager samt på gadeplan. Oplysninger om beslaglæggelserne indberettes løbende til Rigspolitiets Efterforskningscenter (NEC), som udarbejder og publicerer en årlig statistik (Rigspolitiets Narkotikastatistik 2007).

Det fremgår af politiets statistik, at antal beslaglæggelser for de fleste stoffer er steget de senere år. Især gælder dette for stofferne hash, amfetamin og kokain. Denne stigning kan både være udtryk for et stigende udbud af stofferne, men kan også være udtryk for en større politimæssig indsats i 2006.

---

<sup>15</sup> Resultater af de særlige retskemiske analyser er baseret på stofprøver fra henholdsvis "Gadeplanprojektet" og fra projektet om overvågning af ecstasy-piller, som omtales senere i kapitlet.

Figur 10.2.1 Narkotikabeslaglæggelser 1994-2006



Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2007

Hvad angår den beslaglagte mængde, ses store udsving for de fleste stoftyper fra år til år. Fra 2005 til 2006, er det hash, amfetamin og kokain, der er beslaglagt i stigende mængde. Fx steg mængden af den beslaglagte kokain fra 57 kilo i 2005 til 76 kilo 2006. I 2006, som tidligere år, bestod enkelte beslag af de forskellige stoffer af store mængder. (Se tabel i annekset over mængden og antal beslag af de forskellige stoffer).

### 10.3 Renhed, stofkoncentration og priser

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

#### Narkotika i illegal forhandling på gadeplan

Datamaterialet i Gadeplanprojektet består af stikprøvebaserede små beslaglæggelser fra 5 politikredse i Danmark (København, Århus, Odense, Ålborg og Esbjerg), som afleveres til analyse hos de retskemiske institutter<sup>16</sup>. Af tabel 10.3.2. i annekset fremgår fordelingen af beslaglagte stoftyper på landsplan fra 1996 til 2006.

Ud af de 203 analyserede prøver i 2006 bestod 64 % af de centralstimulerende stoffer, amfetamin og kokain (Lindholst al 2007). I de senere år har forekomsten af de centralstimulerende stoffer - især kokain - i projektet været stigende, mens forekomsten af heroin har været faldende. 33 % af samtlige prøver i 2006 på landsplan var heroin. Til sammenligning var 74 % af prøverne tilbage til projektets start i 1995 heroin.

I København og i Århus er heroin det dominerende stof (53 % og 35 %), mens amfetamin dominerer i Ålborg, Esbjerg, og Odense (61 %, 46 % og 41 %).

<sup>16</sup> Ved den retskemiske undersøgelse registreres identiteten af det illegale stof samt eventuelle tilsætningsstoffer. Endvidere bestemmes prøvens renhed og vægt. Gadeplanprojektet omfatter ikke hash eller andre cannabisprodukter. Hertil kommer, at ecstasy blev ekskluderet fra "Gadeplanprojektet" fra 2003 og overvåges nu selvstændigt. Se "Overvågning af ecstasy-piller" i næste afsnit.

Forekomsten af metamfetamin har generelt været stigende de senere år. I 2006 var dog kun 1 % af prøverne i gadeplanprojektet metamfetamin, hvilket er et fald sammenlignet med 2005, hvor 5 % af prøverne bestod af metamfetamin<sup>17</sup>. Yderligere 3 % af prøverne indeholdt forskellige stofblandinger og ikke euforiserende stoffer.

Af tabel 10.3.3 i annekset ses fordelingen imellem heroinbase ("rygeheroin") og heroinklorid (hvid heroin til injektion) fra 1996-2006. Det er stadig heroinbase, der dominerer blandt heroinprøverne på landsplan. I 2006 var fordelingen af heroinbase og heroinchlorid henholdsvis 65 % og 35 %. I alle år har der været tendens til, at Odense adskiller sig fra de øvrige dele af landet ved at være domineret af den hvide heroin. I 2006 var samtlige heroinprøver fra Odense den hvide heroin til injektion.

### Renheden af stofferne

Af tabel 10.3.4. fremgår renheden af de forskellige stoffer fra 1996 til 2006 i Gadeplanprojektets stikprøver.

Tabel 10.3.4. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1996-2006 (Median af aktivt stof)<sup>18</sup>

	1996*	1997*	1998*	1999*	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Heroinklorid	64 %	71%	70%	69%	59%	52%	50%	64%	63%	67%	53%
Heroinbase	43%	32%	31%	30%	40%	48%	25%	25%	22%	28%	18%
Amfetaminsulfat	15%	16%	15%	9%	12%	9%	13%	9%	9%	10%	7%
Kokainklorid	58%	57%	51%	54%	37%	43%	36%	37%	24%	25%	18%

Kilde: Kaa et al. 1996 til 2006; Lindholst et al. 2007

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

Som vist i tabel 10.3.4. ses ændringer i stoffernes renhed gennem årene. Den generelle tendens er, at renheden i de forskellige stoffer er faldet fra 1996 til 2006. Dette gælder for alle stoffer bortset fra heroinklorid, hvor renheden er nogenlunde konstant, dog med årlige udsving.

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

### Overvågning af ecstasypiller

Siden 2001 har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Rigspolitiet og de tre retsmedicinske institutter særligt overvåget "ecstasypiller" i Danmark. Analyseprøver fra indsendte beslag af ecstasy fra politikredse til et af de tre retskemiske institutter bliver samlet, og pillerne undersøges og beskrives med hensyn til stofkoncentration, stofsammensætning og udseende<sup>19</sup>. Løbende kvartalsvis opdatering af analyseresultaterne samt en større årlig rapport findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

<sup>17</sup> Se også om forekomsten af metamfetamin i ecstasypillerne senere i kapitlet.

<sup>18</sup> Da renheden af de fleste stoffer ikke er normalfordelt, anvendes her medianværdien for renheden frem for den gennemsnitlige renhed. Dette stemmer overens med praksis på de retskemiske institutter.

<sup>19</sup> I databasen indgår ikke kun piller med MDMA (ecstasy), men alle beslaglagte tabletter med et ikke professionelt udseende, vurderet ved logo, farve og presning. Endvidere indgår tabletter, hvor der ved efterfølgende kemiske analyser er påvist syntetisk stoffer eller andre euforiserende stoffer, som ikke forekommer i lægemidler.

I 2006 blev i alt 21.641 ecstasypiller fordelt på 356 beslag sendt fra politikredsene til de retskemiske institutter med henblik på retskemisk undersøgelse (Retsmemisk afdeling 2007). Ifølge Rigspolitiet beslaglagde politikredsene i alt 22.465 ecstasypiller i 2006 fordelt på 513 beslag. Trods intention om at samtlige ecstasy-beslag skal indsendes til retskemisk analyse, var det ”kun” 69 % af samtlige politibeslag i 2006, der blev indsendt og undersøgt.

Variationen af ecstasy på markedet mht. indhold og udseende er stor. Siden overvågningens start i 2001 er der i alt set 480 forskellige variationer af ecstasypiller (Århus Universitet 2007). Alene i 2006 er set 82 forskellige ecstasypiller. De fleste af pillerne er hvide, beige eller grå og næsten altid runde. Dog ses også piller i rundeform, trekantede eller også formet som firkløver, og flere og flere forskellige farver på pillerne kommer til. Blandt prøverne i 2006 fandtes 45 forskellige logoer, og 15 af disse logoer er ikke set tidligere. Kirsebær, Stjerne og Malteserkors er langt de hyppigste logoer blandt prøverne. Mange af logoerne findes kun i én variant, mens andre piller med samme logo findes i flere varianter. Eksempelvis er der fra overvågningens start fundet 46 varianter af piller med et Mitsubishi logo. Pillerne varierer hvad angår diameter, farve, vægt, højde, type og mængde af aktivt stof.

### Nye indholdsstoffer

”Nye” og farlige stoffer dukker løbende op i ecstasypillerne – både i Danmark og i det øvrige Europa. I 2005 blev i alt 8 nye indholdsstoffer identificeret i pillerne. I 2006 ses ingen nye stoffer. I foråret 2007 er derimod igen dukket et nyt hallucinogent virkende stof op, det såkaldte DOI, og det er nu, efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, omfattet af narkotikalovgivningen<sup>20</sup>.

Fra 2005 ses der markant flere blandinger og stofkombinationer i ecstasypillerne end tidligere år. Fra 2001 til 2004 indeholdt mellem 85 % og 96 % af pillerne alene MDMA (ecstasy), mens MDMA alene ”kun” var indeholdt i 43 % af pillerne i 2005 og 63 % i 2006. I 31 % af pillerne i 2006 ses en blanding af MDMA og amfetamin eller metamfetamin. 1 % af pillerne indeholdt amfetamin som det eneste aktive stof.

### Høj og lav stofkoncentration

Koncentrationen af de forskellige aktive stoffer i pillerne varierer voldsomt, hvilket udgør en særlig risiko for forgiftning ved indtagelse. I 2006 varierer mængden af MDMA mellem 1 mg og 132 mg. pr. tablet med en gennemsnitlig mængde MDMA på 51 mg. Selv om der siden 2001 i alle år er set piller med meget høj koncentration, er den gennemsnitlige mængde MDMA i den enkelte pille faldet med mellem 10 og 20 mg. Som noget nyt i 2006 er der set flere prøver med krystalliseret ecstasy. Krystallerne er fundet i poser og har vist sig at indeholde meget stærk og koncentreret MDMA.

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

Den systematiske ecstasyovervågning i Danmark vurderes at give et godt overblik over, hvilke ecstasypiller der findes på markedet herhjemme, og hvad de indeholder. Overvågningen giver også hurtig information om nye syntetiske stoffer på det

---

<sup>20</sup> Opgørelse for analyser foretaget i første kvartal af 2007. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

illegale marked. Dog skønnes det, at de godt 20.000 ecstasypiller, der er beslaglagt i 2006, kun udgør ca. 5 % af den samlede mængde piller, der distribueres og sælges på det danske marked (Retskemisk afdeling 2007).

### Priser

Rigspolitiet vurderer, at prisen på hash på gadeplan er på omkring 50 kr. pr. gram. Dette har ikke ændret sig væsentligt gennem mange år. Prisen pr. gram heroin ved salg på gadeplan anslås at være på mellem 800 og 1200 kroner for den hvide heroin, og mellem 500 og 700 kroner for den brune heroin. Prisen for kokain på gadeplan anslås at være mellem 500 - 700 kr. pr. gram. For amfetamin anslås prisen på gadeplan at ligge mellem 150 til 250 kr. pr. gram., mens prisen for en ecstasy-pille anslås at ligge mellem 30 og 50 kr., hvilket er svagt faldende fra tidligere år. Hvad angår priserne på de forskellige stoffer, er der store variationer i de forskellige dele af landet lige som det bemærkes, at prisniveauet for handel med narkotika på gadeplan følger almindelige kendte markedskræfter og derfor kan variere på baggrund af blandt andet udbud og efterspørgsel.

## 11 Udsatte unge

I Servicelovens vejledning og generelle bestemmelser, beskrives de målgrupper, som falder under fællesbetegnelsen *socialt udsatte grupper*, således: ”Socialt udsatte grupper omfatter hjemløse og nogle af de vanskeligst stillede sindslidende, prostituerede, stof- og alkoholmisbrugere, incestramte, borgere med alvorlige spiseforstyrrelser, voldsramte kvinder m.fl.” I andre uformelle juridiske og politiske dokumenter defineres endvidere socialt udsatte grupper af voksne som mennesker med nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne, mennesker med særlige sociale problemer, og mennesker, som er truet af social udstødelse.

Begrebet socialt udsat, dækker som udgangspunkt voksne, men i Danmark findes der ikke bestemte aldersafgrænsning mht. disse forskellige *grupper* af socialt udsatte. Lovgivning skelner generelt mellem børn og voksne ved 18 år, men der er undtagelser. Fx på børneområdet og i sager om anbringelser udenfor hjemmet, gælder bestemmelser, der strækker sig udover de 18 år, og frem til individet bliver 24 år. Dette gør det vanskeligt at afgrænse, hvorvidt de *socialt udsatte unge* er voksne eller børn.

Udsatte børn omtales også som *risikobørn*. Symptomer på risiko er dårligt skoleforløb, dårlig social tilpasning, ensomhed og svagt socialt netværk, forbrug af stoffer og alkohol, ingen fritidsinteresser og svag familiebaggrund. Især piger kan vise spiseforstyrrelser og stress som symptomer. Unge, som er særligt udsatte er ofte tidligere anbragte, unge med kriminalitet, selvskadende, stofmisbrugere og har negative erfaringer fra erhvervsmæssig aktivering. (Jørgensen 2006). Risikobørn har på mange områder ligheder med de udsatte voksne, som beskrevet i Servicelovens vejledning.

Foreliggende kapitel fokuserer på vilkår omkring udsatte unge og beskriver den indsats, der retter sig mod disse i Danmark.

### 11.1 Grupper af udsatte unge

Der er som nævnt ikke opgørelser og tal på, hvor mange unge, der kan beskrives som særlige udsatte, ej heller hvor omfattende særlige grupper af udsatte, der er tale om. Det er dog undersøgelser omkring unge-problematikker der peger på, at mellem 15 og 20 % af de unge i dag kan anses for at være i risikogruppen *udsatte unge* (Jørgensen 2002). Særlige grupper af børn og unge, der skitseres nedenunder, vil i de fleste sammenhænge opfattes som udsatte unge, om end det er tale om symptomer eller konsekvenser af udsathed.

#### Risikobørn

Inden for gruppen af risikobørn, kan man beskrive forskellige typer af børn, som forskellige socialfaglige indsatser henvender sig til (Jørgensen 2005).

- Omsorgssvigtede småbørn, der oplever grov og vedvarende omsorgssvigt fra forældrenes side
- Børn med funktionsnedsættelser, der har forskellige handicaps eller specifikke indlæringsvanskeligheder, udviklings-, adfærds- eller affektive forstyrrelser (ADHD, OCD, Tourette, Asperger, osv.)
- Børn der er anbragt uden for hjemmet i institutioner eller i plejefamilier

- Børn af misbrugere, både alkoholmisbrugere og stofmisbrugere
- Fejltilpasning i skolen, og hvor blandt andet mobning eller det at føle sig alene kan være resultatet
- Børn med anden etnisk baggrund end dansk
- Børn af psykisk syge
- Unge med dårlig sundhed, herunder rygning, alkoholforbrug og psykosomatiske symptomer på stress

### Børn og unge i familier med misbrug

Generelt er rusmiddelmisbrug i en familie en risikofaktor for, at børn i familien senere kan udvikle et misbrug. Børn, der vokser op med misbrug i hjemmet, er i risiko for at få følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer som følge af forældrenes misbrug, og de er i risiko for selv at komme ind i et misbrug og have svært ved at færdiggøre en uddannelse og fastholde et arbejde. Derfor er det også i Danmark et særlig fokus på disse børn, og der udvikles i disse år særlige støttemuligheder for børnene, blandt andet via selvhjælpsgrupper.

Fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling er det muligt at udtrække oplysninger om antal børn, hvis forældre har været indskrevet i behandling. I 2005 er i alt registreret godt 3.000 børn under 18 år, hvor en stofmisbruger har forældremyndigheden, og antallet har været stabilt de seneste tre år. 46 % af disse børn (1450) er anbragt udenfor hjemmet, mens 54 % enten bor sammen med eller har samvær med den stofmisbrugende forælder. Med hensyn til alkoholmisbrug, der er væsentlig mere udbredt end stofmisbrug, anslås det, at ca. 140.000 børn i Danmark lever i familier med alkoholmisbrug. Af disse er der ca. 60.000 børn, hvis mor eller far er blevet indlagt på sygehus med en alkoholrelateret diagnose.

Ifølge Socialministeriet udgør misbrugernes børn knap 10 % af de børn, der er anbragt uden for hjemmet. I 2004 var 15.082 børn anbragt uden for hjemmet, og af disse boede 6.459 (46 %) hos plejefamilier. Ca. 1 % af alle børn i Danmark under 18 år er på et givet tidspunkt anbragt uden for hjemmet. Anbringelseshyppigheden stiger med børnenes alder, og således var kun 0,52 % af de yngste (0-9-årige) anbragt.

### Hjemløse unge

En national kortlægning fra 2007 foretaget af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd - viser, at ”yngre voksne” udgør en stor andel af de hjemløse i Danmark. Næsten en fjerdedel af alle hjemløse er under 30 år. 13 % er mellem 18 og 24 år, og 11 % er mellem 25 og 29 år (Benjaminsen & Christensen 2007).

En mindre undersøgelse har vist (Elbæk & Højte Jensen 2006), at andelen af kvinder i gruppen af unge hjemløse på forsorgshjem udgør 42 %. Noget tyder dog på, at de hjemløse kvinder – især de yngre kvinder - er bedre til at holde kontakt med deres familiemæssige og venskabsmæssige netværk end mændene er. I denne undersøgelse er endvidere vist, at en tredjedel af de hjemløse har fået en dom for lovovertrædelser, heraf har ca. halvdelen afsonet fængselsstraf. Dette gælder overvejende blandt de hjemløse mænd. I samme undersøgelse oplyser knap en femtedel af de hjemløse, at de lider af en diagnosticeret psykisk lidelse. Hvad angår brug af hash, oplyser knap to tredjedel om et jævnligt forbrug, mens en fjerdedel har et dagligt forbrug.



## 11.2 Stofmisbrug blandt udsatte grupper af børn og unge

Der er en udbredt enighed blandt medarbejdere i kommunerne om, at de børn og unge, som udvikler stofmisbrugsproblemer, har mange andre problemer, herunder problemer med relationer i familien og til jævnaldrende, identitetsproblemer, og problemer med bolig, skole, uddannelse og job. Mange af de unge er derfor kendt af kommunens socialforvaltning mange år inden misbruget opstår, og nogle unge bliver først opdaget, når stofmisbruget eskaleres eller er til stede samtidigt med kriminalitet, selvdestruktive handlinger og tanker, eller andre voldsomme begivenheder.

Der foreligger således ikke specifikke tal på udbredelse af stofmisbrug blandt de udsatte børn og unge. Særlige skoleundersøgelser har dog vist, at familiemønstre, økonomi og familieomsorg, har indflydelse på, hvorvidt unge har en tidlig stofdebut eller ej. Særlige analyser fra ESPAD-undersøgelsen fra 2003 viste, at der var en højere procentandel af unge med tidlig debut, der boede i familier, hvor kun den ene voksne var deres biologiske forælder. Endvidere var andelen med tidlig debut 2-4 gange så stor blandt unge, der boede i en nysammensat familie, som hos dem der boede i intakte kernefamilier. Endelig viste analysen, at forældrenes omsorg og deres relationer til børnene er af betydning for, hvorvidt børnene debuterede tidlig med de illegale stoffer eller ej. Tidlig debut øger risikoen for senere misbrug.

## 11.3 Udsatte med særlige behandlingsbehov

### Psykiske lidelser blandt yngre misbrugere

En særlig målgruppe blandt unge med misbrugsproblemer er de, der samtidig har psykiske problemer. Registrering af Addiction Severity Index (ASI) foretaget af behandlingsstederne i 2006 viser, at de unge under 30 år i stofmisbrugsbehandling er klart mere psykisk belastede end stofmisbrugere over 30 år i behandling. Gennemsnitsbelastningen for mænd under 30 år er 0,48 af 1,0 mod 0,42 for over 30 år. For kvinder er belastningen 0,55 for under 30 år og 0,47 for over 30 år.

### Etnicitet

Socialmedarbejdere påpeger et særligt problem i omsorgssystemet overfor unge af anden etnisk baggrund end dansk, idet man ikke ser unge fra denne målgruppe i det sociale system. Dog viser undersøgelser, at børn og unge fra etniske minoritetsgrupper har de samme problemer som børn og unge af dansk oprindelse. (Ehrenreich & Pihl Hansen 2006).

En undersøgelse af misbrugsproblemer blandt danskere og ikke-danskere viser, at misbrugsproblemer begynder lige tidligt, dvs. i teenageårene (Rahbæk et al. 2005). Undersøgelsen pointerer ligeledes, at der i den undersøgte periode (1996-2003) er sket en uproportional vækst i antallet af etniske minoriteter i stofmisbrugsbehandling, dvs. at antallet i denne gruppe er steget mere end for gruppen med dansk oprindelse. Hvor etnisk danskeres indeks er gået fra 100 i 1996 til 277 i 2003, er udviklingen for etniske minoriteter gået fra 100 til 314.

## 11.4 Tilbud og behandling til udsatte unge

Som tidligere nævnt, er den gængse opfattelse blandt sagsbehandlere og socialmedarbejdere i kommunerne, at misbrugsproblemer blandt børn og unge ofte kom-

mer senere i deres tilværelse som symptomer på andre sociale problemer. Derfor ydes mange af tilbudene ud fra et helhedsorienteret udgangspunkt. Tilbud til denne målgruppe må derfor være præget af tillid og vedholdenhed. Det anbefales, at indsatsen indeholder inddragelse af den unges netværk, skadesreduktion, motivationsarbejde og stofreduktion.

Det bestræbes endvidere en vifte af tilbud, så disse kan sammensættes efter den unges særlige problemsammensætning og resurser. I indsatsen prioriteres opsøgende og kontaktskabende indsatser, og når kontakten er til stede, lægges der vægt på brobygning og koordination for at hjælpe den unge videre. De hyppigst brugte foranstaltninger for disse udsatte unge er kontaktpersonordninger og anbringelse udenfor hjemmet.

### Behandlingstilbud

Behandlingstilbud til de udsatte unge er sædvanligvis ambulante tilbud og finder sted tæt på den unges bopæl. Ifølge undersøgelser er den mest hensigtsmæssige behandling og særlige sociale tilbud til udsatte unge med misbrugsproblem er kendetegnet ved at:

- **Først ung, dernæst misbruger** – ofte er stofmisbruget kun ét af den unges problemer, og den unge har i altovervejende grad brug for samme type af tilbud, som andre udsatte unge.
- Den unge har herudover brug for en holdbar og troværdig **voksenkontakt**, der kan vinde den unges tillid, er tålmodig og kan knytte kontakten til det offentlige hjælpesystem.
- Hjælpesystemet skal være kontaktskabende – via **opsøgende arbejde** – overfor målgruppen og ikke vente på, at de unge selv henvender sig.
- Når kontakten er etableret, skal den unge have **hjælp hele vejen ind** i hjælpetilbudet.
- Endelig skal den unge via hjælpetilbudet møde brugbare og positive **rollemødder**, der kan hjælpe med at få gjort det almindelige liv tilgængeligt og attraktivt for den unge.

## 12 Narkotikaforskningen i Danmark

### 12.1 Forskningsstrukturer

Den statsligt finansierede forskningsmæssige satsning på stofområdet afspejles implicit i de forskellige ministeriers forskningsbevillinger samt evalueringsopdrag. Størstedelen af den forskning, der finder sted i regi heraf, kan karakteriseres som anvendt forskning, og ofte har den baggrund i evalueringer af offentlige ydelser.

Således har Indenrigs- og Sundhedsministeriet ansvaret for de statslige opgaver vedrørende den forebyggende indsats og behandlingsindsatsen i sundhedsvæsenet, herunder den lægelige behandling. Fokus er her blandt andet at indsamle data om befolkningens sundhed og sygelighed, herunder omfanget og udviklingen i befolkningens brug af illegale rusmidler. Dette drejer sig om fx SUSY-undersøgelserne (Sundhed og Sygelighed i Danmark) udført af Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og Syddansk Universitet, MULD-rapporterne (Monitorering af unges livsstil og dagligdag) finansieret af Sundhedsstyrelsen og Kræftens bekæmpelse, samt ESPAD-undersøgelserne, der uføres af Institut for Epidemiologi og Socialmedicin i Århus og medfinansieres af Sundhedsstyrelsen.

Formålene med sådanne undersøgelser er at tilvejebringe datamateriale til brug for sundhedsplanlægning og prioritering af sundhedsfremme og forebyggelse, samt til brug for andre forskergruppers undersøgelser. Endvidere eksisterer 'Narkotika på gadeplan' og det særlige ecstasy-overvågningsprojekt, der begge er samarbejdsprojekter mellem Rigspolitiet, Sundhedsstyrelsen og de tre retskemiske institutter i Danmark. Disse projekter følger udviklingen af narkotika på det illegale marked, herunder hyppigheden og spredningen i stoffernes forekomster, stofkoncentration, introduktionen af nye stoffer, osv. Resultaterne danner samtidig grundlag for en del af de retskemiske institutters forskning og epidemiologiske undersøgelser.

Hvad angår de statslige opgaver vedrørende den sociale behandlingsindsats er dette Socialministeriets ansvar. Forskning foretaget i regi af Socialministeriet er primært rettet mod evalueringer af sociale indsatser, for at disse tilbud i størst mulig omfang kan bygge på effektmåling, forskningsbaseret viden og dokumentation. Forskningen er meget anvendelses- og metodeorienteret og knyttet til evalueringer af konkrete serviceydelser, fx forsøg med nye projekter.

Som en del af Århus Universitets Samfundsvidenskabelige Fakultet findes Center for Rusmiddelforskning (CRF). CRF udfører en række evaluerende og monitorerende opgaver for Socialministeriet, fx Metadonforsøget beskrevet nedenfor, eller DANRIS, der er et registrerings- og monitoreringssystem af døgnbehandlingsinstitutioner i Danmark, der behandler stofmisbrugere. Herudover er CRF, via en fast bevilling på 6 millioner på finansloven et forskningsorgan der bedriver egentlig tværfaglig rusmiddelforskning (grundforskning såvel som anvendelsesorienteret) specifikt på narkotikaområdet. CRF's videnskabelige forskning, teoriudvikling samt undervisningsprofil inddrager såvel kontrol, behandling, forebyggelse og forbrug. CRF uddanner endvidere ph.d. på stofområdet.

Hovedparten af den danske narkotikaforskning, der udspringer af de forskellige ministeriers satsninger og behov, er således anvendelsesorienteret, såvel som der er tale om evaluerende og monitorerende dataindsamlinger, primært af offentlige

social- og sundhedsydelse hovedsageligt i forhold til stofmisbrugsbehandling. En egentlig teoristyret og teoriudviklende stofrelateret forskning eksisterer som en samlet størrelse på CRF. Herudover findes også enkeltstående forskningsprojekter, herunder ph.d. projekter, på forskellige danske universitetsinstitutter. Væsentligst er her psykologi, sociologi, antropologi, jura, medicin.

I Danmark inddrages den evaluerende og monitorerende forskning og dataindsamling ofte i politiske beslutningsprocesser via anbefalinger i evalueringsrapporter, metodeafprøvninger, høringer og ekspertråd.

### **Begrænsninger for forskningen i Danmark**

Danmark er sammenlignet med andre lande i EU et befolkningsmæssigt lille land, hvilket også afspejler sig i antallet af universiteter og herunder fakulteter, hvor stofrelateret forskning kan foregå. Dette gør det undertiden vanskeligt at få forskningsmiljøer etableret, da det ofte er de samme forskere, der er involveret og som skal skabe ny viden på området. Endvidere er der i Danmark ikke uddannelser, der er målrettet stofmisbrugsområdet. Forskere på området kommer fra etablerede fag som psykologi, jura, antropologi, sociologi, og medicin og har ofte individuelt måtte bane vej for deres egen faglighed på feltet.

## **12.2 Fremhævede danske forskningsprojekter siden 2000**

En stor del af den danske stofrelaterede forskning er, som det fremgår af ovenstående, anvendelsesorienteret og bygger på opdrag fra offentlige myndigheder, der herigennem ønsker at opkvalificere og informere offentlige ydelser. Dette afspejler sig også i de evaluerings- og forskningsprojekter, der er beskrevet i dette afsnit. Udvalget af de særlige projekter, der omtales nedenunder, er primært sket ud fra evaluerings- og forskningsprojekternes samlede budget samt ud fra et ønske om tematisk spredning.

Udover de nedenfor udvalgte og beskrivende 5 projekter findes der en række spredte forskningsprojekter og ph.d. projekter på stofområdet i Danmark. En del af dem er placeret under Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet og kan ses på <http://www.crf-au.dk>. De indbefatter bl.a. fokus på: behandling af stofmisbrugere, psykopatologi og psykodiagnostik, narkotikapolitik, og rekreativt stofbrug blandt unge.

### **HMS-undersøgelsen**

HMS-undersøgelsen (Hjemløse, misbrugere og sindslidende) var et forsknings- og evalueringsprojekt gennemført i 2000-2003 af et konsortium bestående af Anvendt Kommunal Forskning (AKF), Projekt Udenfor, Bispebjerg Hospital, Center for Forskning i Social Arbejde, og Formidlingscenter Storkøbenhavn. Projektet var finansieret af Socialministeriet med 6,5 millioner kr.

Der var tale om en undersøgelse af de offentlige tilbud til mennesker, der har omfattende problemer med at være hjemløse, og have misbrug og/eller sindslidelser. Undersøgelsen var del af Socialministeriets evalueringsprogram af sociale ydelser, herunder ønsket om at generere ny forskningsbaseret viden på de enkelte socialpolitiske områder. Projektet udsprang af en generelt øget opmærksomhed på, at problemområder som hjemløshed, narkomani, psykiske sygdomme, etc. hænger sammen og ikke kan behandles særskilt.

Undersøgelsen blev gennemført i fem forskellige regioner i Danmark og omfattede tre forskellige delundersøgelser. Dels, en etnografisk undersøgelse af disse menneskers livssituation og de offentlige institutioners betydning i deres hverdagsliv og personlige udvikling. Dels, en fokusgruppebaseret interviewundersøgelse af de professionelle problemforståelse, og ved at konfrontere de professionelle med udvalgte cases hentet fra den etnografiske delundersøgelse. Og sidst en interviewundersøgelse, der fokuserede på samarbejdsstrukturer mellem kommuner og amter, institutioner og forvaltninger og offentlige og private tilbud inden for området. Undersøgelsen konstaterede, at de offentlige tilbud til hjemløse, misbrugere og sindslidende stedvis var af høj kvalitet, men at man i de relevante offentlige serviceorganer grundlæggende manglede en overordnet forståelse af samspillet og koordineringen af de enkelte tilbud til disse mennesker inden for det samlede tilbud. Undersøgelsen leverede et organisationssociologisk teoretisk udgangspunkt for at forstå disse forskningsresultater.

### Metadonprojektet

Metadonprojektet var et evaluerings- og forskningsprojekt finansieret af Socialministeriet med 6 millioner kroner, og gennemført fra 2002-2005 af Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Metadonbehandling er udbredt i Danmark. Omkring halvdelen af de stofmisbrugere, der er i behandling, er i metadonunderstøttet behandling, og formålet med metadonprojektet var at undersøge, om en udvidet psykosocial indsats overfor stofmisbrugere i metadonbehandling kunne forbedre behandlingsindsatsen.

Metadonprojektet blev etableret som et alternativ til et dansk forsøg med lægeordineret heroin. Projektet bestod af en kvantitativ effektevaluering og en kvalitativ procesevaluering. Den kvantitative del bestod af en sammenligning af personer i standard metadonunderstøttet behandling og personer i metadonbehandling med udvidet psykosocial støtte. Der blev foretaget strukturerede indskrivningsinterview af 436 personer i metadonbehandling, heraf deltog 296 i opfølgingsundersøgelsen ca. halvandet år efter første interview. Fratrasket personer, der døde mellem de to interviews, deltog 72 % af personerne i opfølgingsinterviewene. Den kvalitative del af evalueringsprojektet bestod af i alt 98 semistrukturerede kvalitative interviews af brugere, behandlere, ledere og samarbejdspartnere, journallæsning, samt ca. 2 mdr. observationsstudier i de fire del-projekter.

Projektet konkluderede, at en udvidet psykosocial indsats er signifikant mere effektiv end standardbehandling, hvad angår psykosocial belastning. Fx havde brugere i udvidet støtte signifikant færre selvmordstanker end i gruppen, der havde modtaget standardbehandling. Endvidere blev det påvist, at en støtte-kontaktperson-lignende indsats overfor de sværest belastede brugere i større grad end standardbehandlingen giver mulighed for at få koordineret de forskellige typer af indsatser, der tilbydes den enkelte bruger. Projektet relaterede resultaterne til international forskning, herunder det hollandske heroinforsøg og afsluttede med at angive en række konkrete anbefalinger til den fremtidige metadonbehandling, fx mindst en ugentlig samtale med behandler, stor grad af tilgængelighed til behandlere, en behandler-klient ration der ikke overstiger 1:20, brug af case management strategier, samt værestedstilbud til de mest belastede brugere.

### Ringstedprojektet

Ringstedprojektet var et evaluerings- og forskningsprojekt forankret i det Juridiske Fakultet, Københavns Universitet, finansieret af Inge og Asker Larsens Fond med 4,3 millioner kr. Projektet løb fra 2001-2004 og har været med i en bølge af nyere forskning, der eksplicit fokuserer på unge, illegale stoffer og alkohol.

Med udgangspunkt i en dansk provinsby (Ringsted, ca. 30.000 indbyggere), undersøgte man ud fra en socialpsykologisk vinkel unges risikoadfærd i forbindelse med brugs af rusmidler (tobak, alkohol, hash og andre former for narkotika) og deres kriminalitet set i relation til deres livsstil og livsbetingelser. Hensigten var at vurdere mulige lokale forebyggelsestiltag. Dataindsamlingen forløb over 3 år og inddrog et omfattende kvantitativt samt kvalitativt materiale.

Den kvantitative del bestod af to spørgeskemaundersøgelser med to års interval af samtlige 11-24-årige i Ringsted (svarprocenten var totalt 67 %) samt mindre spørgeskemaundersøgelser i forbindelse med et delprojekt. Den kvalitative del bestod af observationer i nattelivet (7-900 timer) og bandede interviews med i alt 81 personer i nattelivet, på ungdomsklubberne, skoleklasser, en hashklub, cafélivet, samt interviews med centralt placerede offentligt ansatte, og andre. Resultaterne viste, at 42 % af de unge var engageret i en eller flere former for risikoadfærd defineret som: daglig tobaksrygning (19 %), fuld mindst en gang om måneden (22 %), brugt narkotika inden for det seneste år (17 %), og straffelovsovertrædelser inden for det seneste år (2 %). Denne risikoadfærd var stærkt forbundet med hyppigheden af at gå til fest og med de unges forestillinger om, hvor udbredt risikoadfærd er blandt jævnaldrene.

Meget centralt for projektet var at undersøge, om konformitetskræfter (at opføre sig i tråd med, hvordan man forestiller sig flertallet opfører sig) er stærkere en non-konformitetskræfter. Denne sidste indsigt blev anvendt i det tilknyttede 'Ringstedforsøg'. Her viste det sig, at man ved enkle midler, der på forskellige måder gør de unge bevidste om deres flertalsmisforståelser (ideen om at andre unge er involveret i større grad af risikoadfærd, end hvad tilfældet egentligt er), kan reducere de unges risikoadfærd, herunder fx hashforbrug. Indsigterne fra forsøget, der i øvrigt i 2006 blev tildelt *The European Crime Prevention Award*, er blevet brugt til at etablere Videncenteret for Social Pejling, Københavns Universitet.

### Infektionssygdomme blandt stofmisbrugere

Infektionssygdomme blandt stofmisbrugere er et monitorerings- og forskningsprojekt, der foreløbigt løber fra 2004-2009 støttet af Sundhedsstyrelsen med 100.000 kr. årligt. Projektleder er ph.d. Peer B. Christensen, Odense Universitetshospital.

Som led i kortlægningen og monitoreringen af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere i EU, skal projektet undersøge udbredelsen af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere. Ønsket er videre, at forskningsprojektet kan bidrage til at kvalificere den sundhedsmæssige indsats overfor stofmisbrugere. Man har ønsket at bestemme forekomsten og udviklingen af hiv, hepatitis B (HBV) og hepatitis C (HCV) blandt de narkotikarelaterede dødsfald, der bliver registreret i Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald efter indberetning fra de retsmedicinske institutter. Resultaterne bygger på blodprøver udtaget fra de narkotikarelaterede dødsfald, der bliver registreret (omkring 275 årligt). De foreløbige resultater har vist, at knap 60 % af de undersøgte var positive for antistoffer mod HCV, omkring



35 % var positive for HBV, og hiv infektion blev påvist hos omkring 4 %. Ca. 17 % var beskyttet mod HBV som følge af vaccination.

Forskningsprojektet viste, at det er muligt at monitorere virusbåren hepatitis samt hiv blandt mennesker døde som følge af formodede stofrelaterede omstændigheder. Endvidere viste projektet, at forekomsten af HCV og HBV blandt stofmisbrugere er faldende, samt at forekomsten af hiv-infektion blandt stofmisbrugere er uændret og relativ lav. Endelig blev der påvist en større tilstedeværelse af virusbåren hepatitis blandt stofmisbrugere med behandlingserfaring end i stofmisbrugere, der ikke har behandlingserfaring. Se i øvrigt årets undersøgelsesresultat i kapitel 6.

I forlængelse af ovenstående projekt er udarbejdet et delvist relateret forskningsprojekt. Fokus er på dødeligheden blandt løsladte stofmisbrugere inden for de første 14 dage efter løsladelsen, sammenlignet med dødeligheden blandt øvrige stofmisbrugere. Der er tale om en registerundersøgelse primært af personer i stofmisbrugsbehandling for årene 1996-2001. Registerundersøgelsen dækkede 62 % af den skønnede stofmisbrugende befolkning. Forskningsprojektet viste for det første, at dødeligheden blandt løsladte stofmisbrugere var betydelig højere (svarende til 13/100 person-years), end dødeligheden blandt stofmisbruger i behandling (2,4/100 person-years). Endvidere skyldtes 92 % af dødsfald blandt stofmisbrugere inden for de første 14 dage efter deres løsladelse en overdosis, mens overdoser udgjorde 68 % af dødsfald blandt stofmisbrugere efter de første 14 dage. Undersøgelsen har således vist, at stofmisbrugere, der løslades fra fængsel har højere risiko for at dø af en overdosis, og at metadonbehandling bør overvejes som en mulighed for at nedsætte denne risiko.

### Fængselsprojekter

På Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet, har der siden 2004 eksisteret 4 forsknings- og evalueringsprojekter med samlet fokus på behandling i fængsler. Tre af dem har været finansieret af Kriminalforsorgen (1,1 million kr.) og henholdsvis Socialministeriet (500.000 kr.), det fjerde er et rent forskningsprojekt. Disse projekter afspejler en øget interesse i europæisk sammenhæng for stofmisbrugsbehandling i fængselsregi.

De tre finansierede projekter har: a) beskrevet indholdet i samt set på effekten af kontraktafdelinger i danske fængsler, b) udviklet en selvevalueringsmodel til stofmisbrugsbehandling i fængsler og arresthuse, og c) undersøgt etablering, udvikling samt effekten af motivations- og behandlingsprogrammer specifikt rettet mod kvinder. Det sidste selvstændige forskningsprojekt d) ser på metadonunderstøttet psykosocial behandling og hashbehandling til stofmisbrugere i fængsler som del af den fra 1. januar 2007 gældende behandlingsgaranti.

I projekterne er der blevet anvendt strukturerede interview af indsatte til brug i effektvurderinger. Og der er blevet gennemført semistrukturerede kvalitative interviews med både indsatte og ansatte til brug i procesvurderinger, organisationsanalyser, samt kortlægning af behandlingsrelaterede ydelser. Resultaterne fra det første projekt dokumenterede, at man allerede ved starten af afsoningen kan identificere bestemte grupper af højrisiko-afsonere. Det andet projekt påviste, at det er muligt i fængselsregi at etablere en tilfredsstillende behandlingsmonitorering ved hjælp af en selvevalueringsmodel, til trods for behandlingsinstitutionernes ofte lille erfaring på dette område. Det tredje projekt konkluderede, at motivering og fastholdelse

af kvinder i et stoffrit behandlingsforløb i høj grad afhænger af eksterne faktorer, så som fængselsstrukturer samt behandlingsorganiseringen. Endelig har det sidste og igangværende forskningsprojekt vist, at den statslige behandlingsgaranti koblet med et samtidig øget fokus på kontrol og straf i fængslerne giver anledning til, at behandlere konfronteres med en række uforudsete dilemmaer, hvilket igen resulterer i ganske så varierende og situationsbestemte praksisser.

### 12.3 Indsamling og udbredelsen af forskningsresultater

Sundhedsstyrelsen har det samlede ansvar på centralt hold for at følge udviklingen af stofmisbrug i Danmark. Dette betyder, at Sundhedsstyrelsen også ofte initierer og (del)finansierer undersøgelser med henblik på at følge udviklingen om brugen og misbruget og dokumentere de sundhedsaspekter, der kommer i kølevandet på et misbrug. En række af Sundhedsstyrelsens registre bliver endvidere benyttet til forskning i stofmisbrug og er oftest udgangspunktet for den epidemiologiske forskning på område. Herudover har Socialministeriet ansvaret for hele det sociale område, herunder stofbehandlingen, og støtter især de behandlingsrelaterede forskningsprojekter.

#### Rapporter og tidsskrifter

Men hensyn til udbredelsen af forskningsresultaterne foregår disse ofte i særlige publikationer. Vigtige tidsskrifter og årsrapporter, der omhandler stofmisbrug (i særdeleshed foreliggende narkotikaårsrapport), omtaler herudover løbende resultater og igangværende forskning. Af særlige videnskabelige tidsskrifter på stofområdet skal nævnes *Nordisk alkohol & narkotikatidsskrift* (NAT) – et Nordisk samfundsvidenskabeligt og socialmedicinsk alkohol- og narkotikaforsknings tidsskrift, hvor tidsskriftets mål er at præsentere nordisk forskning på området, styrke kontakterne mellem nordisk og international forskning og bidrage til den politiske debat. NAT udkommer på dansk, norsk og svensk 6 gange årligt. Tidsskriftet *STOF* er et andet, og det eneste danske tidsskrift, der publicerer artikler udelukkende på rusmiddelområdet. *STOF* søger at bygge bro mellem forskning og praksis og udkommer to gange årligt.

Herudover publicerer følgende videnskabelige tidsskrifter, stofrelaterede artikler:

- *Matrix*. Alment psykoterapeutisk tidsskrift. Peer reviewed. Dansksproget.
- *Nordic psychology*. Nordisk psykologisk tidsskrift. Peer reviewed. Engelsksproget.
- *Nordisk Tidsskrift for Psykoterapi*. Nordisk psykologisk tidsskrift. Peer reviewed. Dansksproget.
- *Psyke&Logos*: Formidler psykologisk orienteret forskning. Peer reviewed. Dansksproget.
- *Social Kritik*. Socialvidenskabeligt tidsskrift. Ikke peer-reviewed. Dansksproget.
- *Sygdom & Samfund*. Tværfagligt med udgangspunkt i medicinsk antropologi. Peer reviewed. Dansksproget.
- *Ugeskrift for læger*. Lægefagligt tidsskrift. Peer-reviewed. Primært dansksproget.



### Hjemmesider

Herudover findes en række websider, der formidler primært danske evalueringer og forskningsresultater på narkotikaområdet, såsom blandt andet:

Anvendt Kommunal Forskning (AKF): <http://www.akf.dk/>

Dansk psykolog Forenings Selskab for Misbrugspsykologi:  
<http://www.misbrugsnet.dk/fagligt/fagligt.html>

Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI): <http://www.sfi.dk>

Socialministeriets udsatte enhed: <http://www.vfcudsatte.dk/>

Statens Institut for Folkesundhed <http://www.si-folkesundhed.dk/>

Sundhedsstyrelsens hjemmeside: <http://www.sst.dk>

### Konferencer og temadage

Endelig arrangeres i Danmark jævnligt nationale og lokale konferencer og temadage med rusmiddelrelaterede emner på praksisfeltet, hertil indbydes ofte forskere, der således formidler viden til praktikere. Bl.a. arrangerer Center for Rusmiddel-forskning en årlig formidlingsdag, åben for alle interesserede. Endelig finder der i Danmark en lang række sociale, retslige, og sundhedsmæssige fagtidsskrifter, der formidler forskningsrelateret viden til praktikere og hvor forskere undertiden skriver populærvidenskabelige artikler på stofområdet.

En liste over stofrelaterede artikler publicerede af danske forskere i internationale tidsskrifter med peer-review, samt danske publikationer findes som bilag til dette kapitel.

## Bilag til kapitel 12

Stofrelaterede artikler af danske forskere publiceret i 2006 i internationale tidsskrifter med peer-review. Listen baseres på søgninger i PubMed, Embase, Google Scholar, Web of Science, Social Sciences Citation Index, PsycINFO, med søgeordene: *substance, Denmark*.

Andersen, D. and Järvinen, M. (2006) Skadesreduktioner – idealer og paradokser. *NAT (Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift)*, **23**, 305-323.

Anderson, P. (2006a) Drug and alcohol policy at the global level. *Drug and Alcohol Review*, **25**, 485-487.

Anderson, P. (2006b) Global use of alcohol, drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review*, **25**, 489-502.

Christensen, P. B., Hammerby, E. and Bird, S. (2006) Mortality among Danish Drug Users released from Prison. *International Journal of Prisoner Health*, **2**, 13-19.

Christensen, P. B., Kringsholm, B., Jytte, B., Thomsen, J., Cowan, S., Stein, G., Jürgensen, G., Grasaasen, K., Georgsen, J. and Pedersen, C. (2006) Surveillance of HIV and Viral Hepatitis by Analysis of Samples from Drug Related Deaths. *European Journal of Epidemiology*, **21**, 383-387.

Fridell, M. and Hesse, M. (2006) Psychiatric severity and mortality in substance abusers. A 15 year follow-up. *Addictive Behaviors*, **31**, 559-565.

Fridell, M., Hesse, M. and Billsten, J. (2006a) Criminal behaviour in antisocial substance abusers between 5 years follow-up and 15 years follow-up *The American Journal on Addictions*, **16**, 559-565

Fridell, M., Hesse, M. and Johnson, E. (2006b) High Prognostic Specificity of Antisocial Personality Disorder in Patients with Drug Dependence. *The American Journal on Addictions*, **15**, 227-232.

Hesse M., Broekaert E., Fridell M., Rapp R.C. and Vanderplasschen W. (2006): Case management for substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 -4 Article Number CD006265.

Hesse, M. (2006a) The Beck Depression Inventory in patients undergoing opiate agonist maintenance treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, **45**, 417-425.

Hesse, M. (2006b) The Readiness Ruler as a measure of readiness to change polydrug use in drug abusers. *Harm Reduction Journal*, **3**.

Hesse, M. and Fridell, M. (2006) Psykosociale interventioner i stoffri behandling for opiatmisbrug. *NAT (Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift)*, **23**, 133-145.

Hesse, M. and Pedersen, M. U. (2006) Antisocial personality disorder and retention: A systematic review. *Therapeutic Communities: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, **27**, 495-504.

Hesse, M., Thylstrup, B. and Fridell, M. (2006) Narcissismens mange ansigter. *Nordisk Tidsskrift for Psykoterapi*, **23**, 336-354.

Johansen, A., Rasmussen, S. and Madsen, M. (2006) Health behaviour among adolescents in Denmark: influence of school class and individual risk factors. *Scand J Public Health*, **34**, 32-40.

Osler, M., Nordentoft, M. and Andersen, A. (2006) Childhood social environment and risk of drug and alcohol abuse in a cohort of Danish men born in 1953. *Am J Epidemiol*, **163**, 654-61.

Steenoft, A., Teige, B., Holmgren, P., Vuori, E., Kristinsson, J., Hansen, A., Ceder, G., Wethe, G. and Rollmann, D. (2006) Fatal poisoning in Nordic drug addicts in 2002. *Forensic Sci Int*, **13**, 148-56.

Vind, L. (2006) En organisations sociologisk tilgang til indføring af evidensbaseret praksis i misbrugsbehandlingen. *NAT (Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift)*, **5**, 223-241.

### Publikationer til metadonprojektet

Asmussen, V. (2006) On whose terms? User participation in Danish methadone maintenance treatment. In *Drug Users and Spaces for Legitimate Action*. NAD no. 49 (Eds, Anker, J., Asmussen, V., Kouvonon, P. and Tops, D.) NAD-Publications, Helsinki.

Asmussen, V. and Kolind, T. (2005) Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter, Center for Rusmiddelforskning, Århus.

Hesse, M. (2006a) The Beck Depression Inventory in patients undergoing opiate agonist maintenance treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, **45**, 417-425.

Hesse, M. (2006b) The Readiness Ruler as a measure of readiness to change poly-drug use in drug abusers. *Harm Reduction Journal*, **3**

Kolind, T. (2007) Form or content. The application of user perspectives in treatment research. *Drugs: education, Prevention and Policy*, **14**, 261-275.

Pedersen, M. U. (2005) *Heroin-afhængige i metadonbehandling*. Den medicinske og psykosociale indsats, Centre for Alcohol and Drug Research, University of Aarhus, Aarhus

Pedersen, MU & Hesse, M. (accepted). Enhanced services and reduced control in methadone maintenance. In: *International Journal of Mental Health and Addiction*.

### Publikationer til Ringstedprojektet

Balvig, F., Holmberg, L. og Sørensen, AS. (2005): Ringstedforsøget. Livsstil og forebyggelse i lokalsamfundet, Jurist- og Økonomiforbundets Forlag, København. 454 s.

Balvig, F. og Holmberg, L. (2006): Er forebyggelse risikabel? I: Ungdomsforskning, nr. 4, årg. 5, 9-17.

### Publikationer til hjemløshedsprojektet

Brandt, P. og Kirk, M. (2003) Billeder fra hverdagen. En dokumentarisk-analytisk fremstilling af den sociale indsats overfor hjemløse, misbrugere eller sindslidende personer, som den ses af de, der arbejder i feltet, AKF Forlaget, København.

Ebsen, F., Henriksen, J. og Rieper, O. (2003) Hænger det sammen. Sammenhængen i indsatsen for mennesker med hjemløshed, misbrug og/eller sindslidelse som problem, AKF Forlaget, København

Høgsbro, K., Bovbjerg, K., Smith, L., Kirk, M. og Henriksen, J. (2003) Skjulte livsverdener. En etnografisk undersøgelse af forholdene for mennesker med hjemløshed, misbrug og sindslidelse som problem, AKF Forlaget, København.

Høgsbro, K., Brandt, P., Ebsen, F., Thomsen, O. and Nordentoft, M. (2003) Brugere, de professionelle og forvaltningen, AKF-forlaget, København.

### Publikationer til infektionssygdomme

Christensen, P. B., Hammerby, E. and Bird, S. (2006) Mortality among Danish Drug Users released from Prison. *International Journal of Prisoner Health*, **2**, 13-19.

Christensen, P. B., Kringsholm, B., Jytte, B., Thomsen, J., Cowan, S., Stein, G., Jürgensen, G., Grasaasen, K., Georgsen, J. and Pedersen, C. (2006) Surveillance of HIV and Viral Hepatitis by Analysis of Samples from Drug Related Deaths. *European Journal of Epidemiology*, **21**, 383-387.

### Publikationer til fængselsprojektet

Asmussen, V. and Kolind, T. (Fortcoming). Drug policy in Danish prisons: control and treatment. In *The Social Organization of Drug Policies: Patterns, Determinants and Consequences* (Eds, Asmussen, V., Bjerger, B. and Pedersen, E. H.) Aarhus Universitetsforlag, Århus.

Asmussen, V., Kolind, T. and Nielsen, B. (2006) *Selvevaluering af stofmisbrugsbehandling i fængsler og arresthuse*, Center for Rusmiddelforskning, Århus.

Dahl, H. and Pedersen, M. U. (2006) *Kvinder i motivations- og stofmisbrugsbehandling i Vestre Fængsel og Horserød Statsfængsel*, Center for Rusmiddelforskning, Århus.

Pedersen, M. U. and Lodahl, L. (2007) *Evalueringen af indsatsen på fem kontraktafdelinger*, Center for Rusmiddelforskning, Århus.

# Anneks

## Referenceliste

Bach, H. B. & Boll, J. (2003). De svageste kontanthjælpsmodtagere – Barrierer for beskæftigelse. København, Socialforskningsinstituttet.

Banjaminen, L, Christensen, I (2007). Hjemløshed i Danmark 2007. National Kortlægning.

Christensen, P. Brehm (2004, upubliceret). Dødelighed blandt stofmisbrugere efter løsladelse fra fængsel.

Ehrenreich, D. & Pihl Hansen, S. (2006). Undersøgelse af unge under 18 år med misbrugsproblemer. Udgivet af Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.

Ehrenreich, D. (2005). Rum til at være: Dilemmaer ved omsorg for værestedbrugere med alkoholmisbrug. København, Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.

Elbæk, O. & Højte Jensen, M. (2006). Ung og hjemløs. Udgivet af Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.

Elbæk, O. & Tilia, G. (2005). Vidensfunktionen på hjemløshedsområdet: Lovgivning med relevans for udslusning fra hjemløseområdet. Esbjerg, Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.

Indhentet fra <http://www.hjemloshed.dk/page521.asp> d. 31. august 2006.

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

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

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

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

Fuglsang, Thomas m.fl. (2000) Udbredelsen af hiv og hepatitis B og C blandt københavnske stofmisbrugere. Ugeskrift for Læger, 3. juli 2000.

Jørgensen, P. (1993) Risikobørn: Hvem er de – Hvad gør vi? Udgivet af Socialministeriet / Det tværministerielle Børneudvalg.

Jørgensen, P. (2002). Risikobørn i Danmark – status over en 10-årig indsats. Social Kritik.

Jørgensen, P. (2005) Risikobørn. <http://www.leksikon.org/art.php?n=4928>

Jørgensen, P. (2006) Risikobørn og unge, anno 2006. Oplæg i Oksbøl. [http://www.ifspysk.dk/grafik/per\\_schultz.ppt](http://www.ifspysk.dk/grafik/per_schultz.ppt)

- Kramp, P., Gabrielsen, G., Lund, A., Reventlow, A. & Sindballe, A. (2003). Rusmiddelundersøgelsen. Misbrug blandt Kriminalforsorgens klientel. Kriminalforsorgen, København. Kriminalforsorgen 2006, personlig meddelelse.
- Kaa, E., Johansen M., Müller I.R., Rollmann, D. (2005). Narkotika på gadeplan 2004. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.
- Kaa, E., Johansen M., Müller I.R., Rollmann, D. (2006). Narkotika på gadeplan 2005. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.
- Kaa, E., Nielsen, E. & Simonsen K.W. (1997). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1996. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.
- Kaa, E., Nielsen, E. & Simonsen K.W. (1998). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1997. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.
- Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W., Rollmann, D. (1999). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1998. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.
- Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W., Rollmann, D. (2000). Narkotika i illegal forhandling på brugerniveau 1999. Retskemisk Institut, Aarhus Universitet, Københavns Universitet & Odense Universitet.
- Kaa, E., Nielsen, E., Simonsen K.W., Rollmann, D. (2001). Narkotika på gadeplan 2000. Rapport til Sundhedsstyrelsen.
- Kaa, E., Nielsen, E., Rollmann, D., Breum Müller I., Findal Andersen M. (2002). Narkotika på gadeplan 2001. Rapport til Sundhedsstyrelsen.
- Kaa, E., Nielsen, E., Rollmann, D., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2003). Narkotika på gadeplan 2002. Rapport til Sundhedsstyrelsen.
- Kaa, E., Nielsen, E., Rollmann, D., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2004). Narkotika på gadeplan 2003. Rapport til Sundhedsstyrelsen.
- Kaa, E., Nielsen, E., Rollmann, D., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2005). Narkotika på gadeplan 2004. Rapport til Sundhedsstyrelsen.
- Kaa, E., Nielsen, E., Rollmann, D., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2006). Narkotika på gadeplan 2005. Rapport til Sundhedsstyrelsen.
- Lindholst C., Nielsen, E., Rollmann D., Worm-Leonhard M., Breum Müller I., Findal Andreasen M., Johannsen M. (2007). Narkotika på gadeplan 2006. Rapport til Sundhedsstyrelsen.
- MULD-rapport 2000 nr. 1 (2002). Unge Livsstil og Dagligdag 2000 – forbrug af tobak, alkohol og stoffer. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse.

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

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

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

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

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

Rahbæk, H., Hvenegård, K., & Als Thomsen, J. (2005). Stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark. Udgivet af Als Research.

Rambøll Management (2006). Brugerundersøgelse af aktivitets- og beskæftigelsestilbud for socialt udsatte. Odense, Styrelsen for Social Service.

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

Retskemisk Afdeling, Århus Universitet (2002). Ecstasy i Danmark 2001. Rapport til Sundhedsstyrelsen 2002.

Retskemisk Afdeling, Århus Universitet. Ecstasy i Danmark 2002 (2003). Rapport til Sundhedsstyrelsen 2003.

Retskemisk Afdeling, Århus Universitet (2004). Ecstasy i Danmark 2003. Rapport til Sundhedsstyrelsen 2004.

Retskemisk Afdeling, Århus Universitet (2005). Ecstasy i Danmark 2004. Rapport til Sundhedsstyrelsen 2005.

Retskemisk Afdeling, Århus Universitet (2006). Ecstasy i Danmark 2005. Rapport til Sundhedsstyrelsen 2006.

Retskemisk Afdeling, Århus Universitet (2007). Ecstasy i Danmark 2006. Rapport til Sundhedsstyrelsen 2007.

Rigspolitiet (2007). Narkotikastatistik 2006. Rigspolitiet, NEC (Nationalt Efterforskningsstøttecenter), København.

Rådet for Socialt Udsatte (2004). Elementer til en aktivitets- og beskæftigelsesplan for socialt udsatte. København, Rådet for Socialt Udsatte.

Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet (2006). Nye veje til arbejde – Hjælp til sindslidende og andre udsatte grupper. Regeringen, København.

Socialministeriet, Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration, Beskæftigelsesministeriet, Finansministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006). Det fælles ansvar II—Regeringens 2. handlingsprogram for de svageste grupper. Regeringen, København.

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

Sundhedsstyrelsen (2005a). Stofmisbrugere i behandling 2004. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen.

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

Sundhedsstyrelsen (2006). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Stofmisbrugere i Danmark 1996-2005. November 2006.

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

SUSY 2000 (2002). Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 – og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed (SIF).

SUSY 2005 (2006). Sundhed og Sygelighed i Danmark 2005 – og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed (SIF), notat af Niels Kr. Rasmussen og Ola Ekholm, sept 2006).

Videns- og Formidlingscenter for Socialt udsatte (2006). Undersøgelse af unge under 18 år med misbrugsproblemer.

Zeeberg, H. & Lautrup, C. (2005) Støtte til udstødte: Forsøg med SKP ordning til isolerede misbrugere og hjemløse. København, Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte

Århus Universitet, Retskemisk Afdeling (2007). Det danske ecstasymarked – et strategisk perspektiv. Rapport til Rigspolitiet 2007.



## Hjemmesider

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

Hash rådgivning via sms [www.smash.name](http://www.smash.name)

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

Anvendt Kommunal Forskning (AKF) [www.akf.dk](http://www.akf.dk)

Dansk psykolog Forenings

Selskab for Misbrugspsykologi [www.misbrugsnet.dk/fagligt/fagligt.html](http://www.misbrugsnet.dk/fagligt/fagligt.html)

Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk)

Socialministeriets udsatte enhed [www.vfcudsatte.dk](http://www.vfcudsatte.dk)

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

Rigspolitiet [www.politi.dk](http://www.politi.dk)

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

## 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.

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

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

### ”Unge Livsstil og Dagligdag 2000 – forbrug af tobak, alkohol og stoffer” (MULD 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 2004)**

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 2005)**

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

**”Monitorering af unges livsstil og dagligdag 2004” (MULD 2004), (Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse 2005)**

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

**”Monitorering af unges livsstil og dagligdag 2006” (MULD 2006), (Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse 2007)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rapporten tog udgangspunkt i den danske del af ESPAD 1995 (se ovenfor). I rapporten var stikprøven udvidet i forhold til ESPAD 1995, så den omfattede elever i 9.klasse. Således blev medtaget foruden 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.

## Tabeloversigt

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

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

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

Tabel 2.1.3.1. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2006.

Tabel 2.1.3.2. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af illegale stoffer (prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste år) i 2000 og 2006.

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 2005

Tabel 2.1.6. Den procentvise andel i af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af kokain, amfetamin og ecstasy i 2000 og 2005.

Tabel 2.2.1. De procentvise andele blandt de 16-20-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler, 2000-2006.

Tabel 2.2.2. De procentvise andele blandt de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999, 2003 og 2007, samt blandt de 15-årige i 2002.

Tabel 4.1.1. Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark 1996-2005.

Tabel 4.2.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2006.

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

Tabel 4.2.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2006 med kendt hovedstof.

Tabel 5.3. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling de fire halvår 2004-2006

Tabel 6.1.1. Narkotikadødsfald 1981-2006. Fordeling efter køn.

Tabel 6.1.2. Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år, grupperet efter den formodede væsentligste dødsårsag.

Tabel 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2006.

Tabel 6.2.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 8 undersøgelsesår, fordelt på forskellige aldersgrupper.

Tabel 6.3.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt 1996-2006.

Tabel 6.3.2. Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, 1996-2006.

Tabel 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1997-2006.

Tabel 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1997-2006.

Tabel 8.2.1. Narkotikakriminalitet 1996-2006. Anmeldelser og antal sigtede personer.

Tabel 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser 1994-2006.

Tabel 10.3.2. Fordeling imellem stof typer på brugerplan 1996-2006.

10.3.3. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid fra 1996-2006.

Tabel 10.3.4. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 1996-2006 (Median af aktivt stof)..

## Figuroversigt

Figur 4.3.1. personer i længerevarende metadonbehandling (mere end 5 måneder) 1985-2004.

Figur 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på køn 1985-2006.

Figur 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald 1995-2005.

Figur 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999-2006.

Figur 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 1997-2006.

Figur 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1997-2006.

Figur 8.2.1. Narkotikakriminalitet 1996-2006. Sigtelser og antal sigtede personer.

Figur 10.2.1. Narkotikabeslaglæggelser.



## Supplerende tabeller

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

		1994	2000	2005	Danmarks befolkning i aldersgrupperne i 2005
		n=2.521	n=6.887	n=4484	
16-19-årige	Mænd	19	29	23	123124
	Kvinder	10	20	19	116648
20-24-årige	Mænd	14	24	26	147943
	Kvinder	9	12	16	144598
25-29-årige	Mænd	8	16	17	173681
	Kvinder	5	6	5	172033
30-34-årige	Mænd	9	10	10	193537
	Kvinder	2	3	3	190643
35-39-årige	Mænd	6	8	5	210636
	Kvinder	2	2	2	203290
40-44-årige	Mænd	5	4	4	204212
	Kvinder	2	2	2	197524
Alle 16-44 år	Mænd	10	14	11	1053133
	Kvinder	5	6	6	1024736
Alle		7	10	8	2077869

Kilde: SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005

Tabel 2.1.3.1. Den procentvise andel af de 16-44-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2006 (n=4440)

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Amfetamin	0,4	1,3	9,9
Kokain	0,6	1,9	6,8
Psilocybinsvampe	0,1	0,4	4,7
Ecstasy	0,1	0,5	3,3
Lsd	0,0	0,1	1,9
Heroin	0,1	0,2	0,7
Andre stoffer*	0,1	0,2	1,2
"hårde" stoffer i alt**	1,1	2,7	13,5

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 2005

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

Tabel 2.1.3.2. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af illegale stoffer (prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste år) i 2000 og 2006

	Sidste år	Sidste år
	2000	2006
Hash	19,7	20,5
Amfetamin	5,7	4,0
Kokain	2,7	3,3
Psilocybinsvampe	2,1	0,9
Ecstasy	2,3	1,5
Lsd	0,6	0,6
Heroin	0,2	0,2
Andre stoffer*	1,0	0,7
"Andet illegalt stof end hash" i alt	7,7	5,3

Kilde: Upublicerede tal fra undersøgelsen SUSY 2000 og SUSY 2006

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

Tabel 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald 1981-2006. Fordeling efter køn

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

Kilde: Politiets narkotikastatistik 2006

\*Køn uoplyst for 2 personer

Tabel 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2006

	Kode*	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 <sup>21</sup>
Heroin	T40.1	249	255	240	174	192	220	167	171
Andre opioider	T40.2 +T40.2A +T40.2B	35	35	44	48	52	121	115	131
Metadon	T40.3	5	11	19	39	26	50	56	35
Opioider	F11.0	67	80	67	53	55	49	60	45
<b>Opioider i alt</b>		<b>356</b>	<b>381</b>	<b>370</b>	<b>314</b>	<b>325</b>	<b>440</b>	<b>398</b>	<b>382</b>
Designerdrugs (excl. ecstasy)	T40.6A + T43.8A	*	2	14	21	12	15	3	6
Ecstasy	T40.6B +T43.6B	9	75	67	60	83	73	72	91
Amfetamin	T43.0A + T43.6A	*	2	24	43	54	70	73	84
Kokain	T40.5 +F14.0	45	51	78	65	76	71	103	96
Andre centralstimulerende stoffer	F15.0	58	48	53	47	50	43	43	35
<b>Centralstimulerende stoffer i alt</b>		<b>112</b>	<b>178</b>	<b>236</b>	<b>236</b>	<b>275</b>	<b>272</b>	<b>294</b>	<b>312</b>
Euforiserende svampe	T40.6C +T40.9A	7	5	10	8	3	10	6	13
LSD	T40.8	3	3	12	2	1	2	8	11
Hallucinogener	F16.0	10	15	16	5	4	6	9	4
<b>Hallucinogener i alt</b>		<b>20</b>	<b>23</b>	<b>38</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>28</b>
Cannabis	T40.7 +F12.0	97	102	164	122	125	74	82	73
Blandingsmisbrug og uspecificeret**	T40.4 +T40.6 +T40.6W +40.6X +T40.9 +F19.0	541	632	571	657	704	469	422	475
<b>Intoksikationer og forgiftninger i alt</b>		<b>1126</b>	<b>1316</b>	<b>1379</b>	<b>1344</b>	<b>1437</b>	<b>1273</b>	<b>1219</b>	<b>1270</b>

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

\* Der er indført nye koder i 2000 og 2004

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

<sup>21</sup> Tallene for 2006 er foreløbige, og med udtræk fra LPR med skæringsdato juni 2006. De endelige tal for 2006 kan derfor ændre sig i senere opgørelser.

**Tabel 6.3.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt 1996-2006<sup>22</sup>**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Antal nypåviste hiv-positive i alt	269	273	213	287	260	319	289	270	306	264	244
Antal nypåviste hiv-positive med intravenøst stofmisbrug (% af alle nypåviste)	25 (9%)	30 (11%)	14 (7%)	26 (9%)	20 (8%)	31 (10%)	31 (11%)	24 (9%)	13 (4%)	17 (6%)	11 (5%)
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde i alt	159	109	74	75	58	71	45	39	61	44	47
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnostiserede)	18 (11%)	11 (10%)	4 (5%)	7 (9%)	7 (12%)	10 (14%)	4 (9%)	11 (28%)	4 (7%)	4 (9%)	3 (6%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut.

**Tabel 6.3.2. Registreret antal af akutte tilfælde af hepatitis A, B og C i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt , 1996-2006**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Antal hepatitis A i alt	107	115	86	88	81	61	84	70	241	48	42
Antal hepatitis A med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	0	0	0	0	0	0	1 (1%)	0	1 (<1%)	1 (<1%)	0
Antal hepatitis B i alt*	100	101	94	57	63	49	62	36	43	30	18
Antal hepatitis B med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	35 (35%)	30 (30%)	24 (26%)	13 (23%)	20 (32%)	12 (24%)	12 (19%)	7 (19%)	9 (21%)	3 (11%)	1 (6%)
Antal hepatitis C i alt*	28	26	21	13	15	6	5	7	8/317**	1/308	6/300
Antal hepatitis C med intravenøs stofmisbrug (% af alle diagnostiserede)	20 (71%)	20 (77%)	12 (60%)	11 (85%)	9 (60%)	3 (38%)	1 (50%)	2 (29%)	3/243 (77%)	0/225 (0%)	5/223 (83%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2006-data, er opgørelsesdatoen 1. juni 2006

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

\*\* akutte/kroniske hepatitis C tilfælde

<sup>22</sup> Tallene som er opgjort for 2005, er pr. 1. juni 2007.

Tabel 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler, 1997-2006

Diagnose- kode	Psykiiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
F11	Opioider	273	273	227	227	189	172	156	155	138	123
F12	Cannabis	279	314	317	270	327	364	333	354	312	347
F13	Sedativa / hypnotika	239	212	204	205	199	182	159	143	150	140
F14	Kokain	15	21	23	23	31	36	65	53	42	49
F15	Andre centralstimule- rende stoffer end kokain	82	82	71	76	75	109	99	98	93	87
F16	Hallucinogener	25	17	26	18	21	14	9	17	16	10
F18	Opløsningsmidler	3	5	10	2	6	2	10	5	3	3
F19	Multiple eller andre psy- koaktive stoffer	586	705	758	749	732	726	747	684	668	660
<b>Personer med hoveddiagnoser i alt</b>		<b>1502</b>	<b>1629</b>	<b>1636</b>	<b>1570</b>	<b>1580</b>	<b>1605</b>	<b>1578</b>	<b>1509</b>	<b>1422</b>	<b>1419</b>

Kilde: Upublicerede tal fra Det 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 ambulant behandling) som følge af brug af stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (hoveddiagnose) er anvendt som udtrækskriterier.

Tabel 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 1997-2006

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
F11	Opioider	178	134	146	190	204	208	201	271	280	341
F12	Cannabis	477	524	566	584	637	691	759	873	908	1040
F13	Sedativa / hypnotika	259	247	253	283	257	266	307	359	367	385
F14	Kokain	17	13	15	17	19	34	61	66	97	118
F15	Andre centralstimuleren- de stoffer end kokain	56	53	58	52	58	56	73	123	120	162
F16	Hallucinogener	7	4	11	9	11	10	2	13	14	8
F18	Opløsningsmidler	6	4	9	7	7	13	12	11	8	18
F19	Multiple eller andre psy- koaktive stoffer	314	418	534	566	485	574	679	728	736	874
<b>Personer med bidiagnoser i alt</b>		<b>1240</b>	<b>1335</b>	<b>1506</b>	<b>1630</b>	<b>1593</b>	<b>1747</b>	<b>1844</b>	<b>2074</b>	<b>2102</b>	<b>2430</b>

Kilde: Upublicerede tal fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital, Århus. Tabel 6.5.2 viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten heldøgn, deldøgn eller ambulant behandling) som følge af brug af stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (bidiagnose) er anvendt som udtrækskriterier. Da en patient kan have flere stofrelaterede bidiagnoser, er "i alt" kategorien ikke en summation

Tabel 8.2.1. Narkotikakriminalitet 1996-2006. Sigtelser og antal sigtede personer

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sigtelser i alt	14.371	13.454	14.251	12.928	12.956	12.902	12.851	14.272	16.390	19.037	19.900
Sigtede personer	8.678	8.234	8.900	9.424	9.899	9.858	10.021	-	-	-	

Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2006

Tabel 10.3.1. Narkotikabeslaglæggelser 1994-2006

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Heroin</b>													
Kg	29,0	37,4	61,4	37,9	55,1	96,0	32,1	25,1	62,5	16,3	37,5	27,0	28,9
Antal beslag	2.666	2.973	3.161	2.509	2.199	1.230	1.499	1.304	966	894	1041	1064	927
<b>Kokain</b>													
Kg	29,9	110,1	32,0	58,0	44,1	24,2	35,9	25,6	14,2	104,0	32,3	57,0	76,2
Antal beslag	417	569	659	723	885	744	780	815	881	1095	1207	1615	1.901
<b>Amfetamin</b>													
Kg	12,6	40,0	26,7	119,4	25,2	31,6	57,1	160,6	34,9	65,9	63,0	195,0	79,4
Antal beslag	747	1.167	1.386	1.324	1.609	1.250	1.152	954	1.134	1.264	1.388	1.573	2.022
<b>Ecstasy</b>													
Stk.		2.115	15.261	5.803	27.039	26.117	21.608	150.080	25.738	62.475	38.096	44.195	22.712
Antal beslag		9	84	110	143	197	444	331	340	322	1388	461	540
<b>Lsd</b>													
Doser		1.282	262	381	105	83	1.108	156	38	22	483	1201	521
Antal beslag		6	16	15	24	15	18	29	8	7	13	12	8
<b>Hash</b>													
Kg	10.665	2.414	1.772	467	1.572	14.021	2.914	1.763	2.635	3.829	1.758	1.4062	1.035
Antal Beslag	6.995	6.710	5.187	4.886	5.904	4.569	5.561	5.788	5.234	5.942	7.313	10.287	10.962

Kilde: Rigspolitiets Narkotikastatistik 2006

Tabel 10.3.2. Fordeling imellem stof typer på brugerplan 1996-2006

År	1996* n = 212	1997* n = 217	1998* n = 208	1999* n = 216	2000 n = 188	2001 n = 152	2002 n = 198	2003 n = 188	2004 n = 200	2005 n = 196	2006 n = 203
Heroin	57%	60%	56%	45%	44%	45%	40%	39%	33%	34%	33%
Amfetamin	23%	26%	17%	23%	17%	22%	24%	20%	29%	23%	34%
Kokain	14%	9%	23%	27%	24%	22%	30%	32%	34%	36%	30%
Ecstasy**	3%	1%	<1%	3%	7%	9%	2%	-	-	-	-
Metamfetamin***	-	-	-	-	-	-	-	4%	1%	5%	1%
Andet euforiserende/ stoffblandinger	1%	1%	1%	1%	5%	1%	3%	4%	3%	1%	2%
Ikke euforiserende	2%	3%	1%	<1%	3%	1%	2%	1%	-	2%	1%
I alt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Kaa et al. 1996 til 2005; Lindholst et al 2007

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

\*\* Ecstasy blev ekskluderet fra "Gadeplanprojektet" fra 2003 og overvåges nu selvstændigt. Se "Overvågning af ecstasy-piller på markedet" i næste afsnit

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

10.3.3. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid fra 1996-2006

	1996* (n = 120)	1997* (n = 30)	1998* (n = 118)	1999* (n = 97)	2000 (n = 82)	2001 (n = 69)	2002 (n = 80)	2003 (n = 73)	2004 (n = 66)	2005 (n = 66)	2006 (n = 66)
Heroinbase	70%	68%	72%	71%	61%	77%	76%	84%	77%	76%	65%
Heroinklorid	30%	32%	28%	29%	39%	23%	24%	16%	23%	24%	35%

Kilde: Kaa et al. 1996 til 2005; Lindholst et al 2007

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



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

Sundhedsstyrelsen  
Center for Forebyggelse  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Tlf.: 72 22 74 00  
Fax: 72 22 74 11