

FOCAL
POINT

NARKOTIKASITUATIONEN I DANMARK

2011

Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA

Narkotikasituationen i Danmark 2011

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

© Sundhedsstyrelsen, 2011.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

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

Version: 1,0
Versionsdato: 15.11.2011

ISBN, elektronisk: 978-87-7104-215-3
ISBN, trykt version: 978-87-7104-216-0

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, 15. november 2011

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

Oplag: 500 eksemplarer

Publikationen kan bestilles hos Sundhedsstyrelsens Publikationer
c/o Rosendahls-Schultz Distribution.
Tlf. 7026 2636, e-mail sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk

Pris: Publikationen er gratis, dog betales porto og ekspeditionsgebyr

 Sundhedsstyrelsen

Forord

Denne årsrapport om narkotikasituationen i Danmark er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, som er det danske "Focal Point". Rapporten er udarbejdet i efteråret 2011 til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug (EMCDDA). Rapporten findes både i en dansk og en engelsk udgave og er udarbejdet efter EMCDDA's retningslinier.

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

Specialkonsulent Kari Grasaasen, Sundhedsstyrelsen, har haft det koordinerende ansvar for rapportens tilblivelse og har udarbejdet de epidemiologiske kapitler i rapporten. Akademisk medarbejder Maria Koch Aabel, Sundhedsstyrelsen, har udarbejdet kapitlet om forebyggelse, og afdelingslæge Helle Petersen, Sundhedsstyrelsen, har udarbejdet kapitlet om de sundhedsfaglige indsatser i relation til stofmisbrug samt temakapitel om guidelines for behandling. Chefkonsulent Niels Løppenthin, Direktoratet for Kriminalforsorgen, har udarbejdet kapitlet vedrørende stofmisbrug i fængslerne, mens overlæge Maj Olofsson, Hvidovre Hospital, har udarbejdet temakapitlet om stofmisbrugere med børn. Øvrige dele i rapporten er udarbejdet ved hjælp af bidrag fra forskellige enheder i Sundhedsstyrelsen, ikke mindst Dokumentation af Folkesundhed ved specialkonsulent Claudia Ranneries, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Social- og Integrationsministeriet, Justitsministeriet, samt øvrige myndigheder og samarbejdspartnere.

Sundhedsstyrelsen har udpeget et læsepanel, der har bidraget med kommentarer og konstruktiv kritik. Læsepanelet består af lægefaglig konsulent Henrik Sælan, Sundhedsstyrelsens sagkyndige rådgiver på stofmisbrugsområdet Peter Ege, lektor Mads Uffe Petersen, Leder SSP og forebyggelse Steen Møller Bach, samt specialkonsulent Anne-Marie Sindballe. Opsætning og korrektur er foretaget af Birgitte Neumann, Sundhedsstyrelsen.

November 2011

Else Smith
Direktør

Indhold

Sammenfatning	6
1 National narkotikapolitik	9
1.1 Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol	10
1.2 Nationale strategier på narkotikaområdet	11
1.3 Økonomi og finansieringsordninger	12
2 Udbredelsen af de illegale stoffer	14
2.1 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen	15
2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de helt unge	19
2.3 Stofbrug i særlige miljøer og blandt særlige grupper	20
3 Forebyggelse	23
3.1 Selektiv og indikeret forebyggelse	25
3.2 Nationale og lokale mediekampagner	28
4 Stofmisbrug	31
4.1 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark	31
4.2 Omfanget af misbrug blandt hjemløse	32
4.3 Omfanget af injektionsmisbrug	32
5 Behandling af stofmisbrug	34
5.1 Behandlingssystemet – strategi, politik og organisering	34
5.2 Stofmisbrugere indskrevet i behandling	36
5.3 Stofmisbrugere i døgnbehandling	41
5.4 Øvrige tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen	43
5.5 Aktuell forskning i stofmisbrugsbehandlingen	45
6 Sundhedsrelaterede konsekvenser som følge af stofmisbrug	47
6.1 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere	47
6.2 Forgiftninger med illegale stoffer	52
6.3 Narkotikarelaterede infektionssygdomme	54
6.4 Stofmisbrugere i psykiatrisk behandling	55
7 Sundhedsmæssige indsatser	58
7.1 Forebyggelse af sygelighed blandt stofmisbrugere	58
7.2 Forebyggelse af forgiftninger og narkotikarelaterede dødsfald	59
7.3 Forebyggelse og behandling af infektionssygdomme	59

7.4	Behandling med injicerbar heroin	61
7.5	Øvrige sundhedsfaglige tilbud	64
8	Sociale sammenhænge og social integration	69
8.1	Social eksklusion og stofmisbrug	69
8.2	Social integration	70
9	Narkotikakriminalitet og interventioner og forebyggelse i fængslet	74
9.1	Narkotikakriminalitet	74
9.2	Forebyggelse og behandling af narkotikaproblemer i fængslerne	76
9.3	Stofmisbrug i fængsler	78
10	Narkotikamarkedet	79
10.1	Stoffernes tilgængelighed og efterspørgsel	79
10.2	Beslaglæggelse af stofferne	80
10.3	Renhed, stofkoncentration og priser	81
11	Narkotikapolitik og tilbud i Kriminalforsorgen	86
11.1	Fængselssystemet og fængselspopulationen	86
11.2	Organisering af sundhedspolitikken og levering af ydelserne i fængslerne	86
11.3	Forordninger/bestemmelser vedr. den misbrugsrelaterede sundhedsindsats i fængsler	90
11.4	Kvalitet i ydelsen	96
11.5	Metodiske begrænsninger og udfordringer	96
12	Stofmisbrug og børn	98
12.1	Problemetets omfang	98
12.2	Politik og lovgivning	99
12.3	Særlige indsatsområder	101
12.4	Sammenfatning og perspektivering	102
Anneks		104
	Referenceliste	104
	Hjemmesider	109
	De anvendte undersøgelser	110
	Tabeloversigt	116
	Figuroversigt	118
	Supplerende tabeller	120

Sammenfatning

Den aktuelle narkotikasituation i Danmark

Sundhedsstyrelsen foretog i 2010 et nyt skøn over antal stofmisbrugere i Danmark. Skønnet viser, at antallet af stofmisbrugere i Danmark er 33.000, hvoraf 11.000 alene er hashmisbrugere. Sammenlignet med tidligere år er der tale om en stigning i antal stofmisbrugere i Danmark. I 2006 blev antal stofmisbrugere skønnet til 27.000, heraf var godt 7000 alene hashmisbrugere. Stigningen i det skønnede antal stofmisbrugere domineres således af en stigning i det skønnede antal hashmisbrugere fra godt 7000 i 2006 til 11.000 i 2010. Opgørelsen omfatter ikke det eksperimenterende stofforbrug men estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af stoffer, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Stofafhængige er således medtaget i skønnet, herunder også stofafhængige i substitutionsbehandling. Aktuelt skønnes 13.000 stofmisbrugere at injicere stofferne. Injektionsmisbrugere har en særlig stor risiko for at udvikle alvorlige skader og sygdomme.

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

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

På trods af de målte fald i det eksperimenterende brug af stofferne, registreres i disse år dog flere forgiftninger på landets skadestuer. Antallet af registrerede forgiftninger som følge af illegale stoffer topper i 2010 med 1868 registrerede henvendelser, og det må antages, at der er tale om en minimumsopgørelse. Blandt de yngre ses typisk forgiftninger med hash og centralstimulerende stoffer, mens forgiftninger med opioider og blandinger med flere stoffer samtidig hyppigst forekommer blandt de ældre. Over de seneste 10 år ses især stigning i forgiftninger med de centralstimulerende stoffer, herunder forgiftninger med amfetamin og kokain.

Også psykiatriske indlæggelser med stofdiagnoser blandt patienter, der indlægges, optræder stadig hyppigere i disse år, om end der ses et lille fald fra 2009 til 2010. 5.031 personer er i 2010 registreret med en egentlig dobbeltdiagnose, hvor altså psykisk lidelse og stofmisbrug følges ad. Blandingsbrug er dominerende i dobbeltdiagnoseproblematikken. Ses der på enkeltstoffer, er hash det dominerende stof. Antallet af personer, der indlægges til psykiatrisk behandling med en stofrelateret bidiagnose, og hvor der tale om hashmisbrug, er knap 1700 i 2010, og antallet er op mod tredoblet over de seneste 10 år. Der er væsentlig færre indlæggelser, hvor fx kokainmisbrug optræder som

en stofrelateret bidiagnose (214 personer i 2010), men også her ses generelt stigninger de seneste år. Også andre centralstimulerende stoffer end kokain er i stigende omfang medvirkende årsag til de psykiatriske indlæggelser.

Blandt andre sundhedsmæssige konsekvenser af stofmisbrug skal nævnes den forhøjede dødelighed. Stofmisbrugere har generelt en stærkt forhøjet dødelighed på grund af forgiftninger og sygdomme, herunder hiv og hepatitis, og stofmisbrugere, der er løsladt fra fængslerne, har en særlig høj dødelighed kort tid efter løsladelsen pga. forgiftninger. Efter nogle år med fald i de registrerede narkotikarelaterede dødsfald ses der fra 2008 til 2009 igen en stigning fra 239 til 276 narkotikarelaterede dødsfald. Samme niveau som i 2009 ses i 2010, hvor 273 narkotikarelaterede dødsfald er registreret. De fleste narkotikarelaterede dødsfald skyldes forgiftninger, mens de øvrige dødsfald sker som følge af vold, ulykker, selvmord og sygdomme. Årlige analyser viser, at der i gennemsnit konstateres mere end 3 forskellige stoffer i den afdødes blod ved hvert narkotikarelateret dødsfald, hvilket dokumenterer et udbredt blandingsbrug blandt dem, der dør.

Endelig ses konsekvenserne af stofmisbrug også i opgørelser over stofmisbrugere, der indskrives i behandling. I 2010 var knap 14.600 i stofmisbrugsbehandling i Danmark, hvilket er det højeste antal registrerede stofmisbrugere i behandling nogensinde. Data fra alle år viser, at det især er de unge, der udgør nytilgangen til behandlingen, og deres misbrugsproblem er typisk hash og/eller centralstimulerende stoffer. I 2010 havde knap 3/4 (73 %) af de unge mellem 18 og 24 år i behandlingen hash som hovedmisbrugsstof, mens 12 % og 4 % af de unge var i behandling for henholdsvis amfetamin og kokain som hovedmisbrugsstof. Udover det stigende brug af de illegale stoffer op igennem 90'erne må det antages, at den øgede behandlingskapacitet, behandlingsgarantien samt de bedre og mere målrettede behandlingstilbud har medvirket til den dokumenterede stigning i tilgangen til stofmisbrugsbehandlingen.

Blandt andet som følge af en stigning i de narkotikarelaterede dødsfald i disse år er Sundhedsstyrelsen i gang med en undersøgelse, der vil kortlægge dødsårsagsmønstrene yderligere. Som følge af de mange forgiftninger med de illegale stoffer er Sundhedsstyrelsen endvidere i gang med at udarbejde en vejledning til sundhedspersonalet om håndtering af forgiftninger på landets skadestuer.

Nye udviklingstendenser inden for forebyggelse, behandling og skadereducerende tiltag

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

Narkotikaforebyggelsen i kommunerne foregår ofte i det tværsektorielle samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi (SSP). Den enkelte kommune kan iværksætte universel, selektiv og indikeret forebyggelse i blandt andet skoler, gennem kommunale fritidstilbud, i samarbejde med foreninger, restauranter, barer, diskoteker samt i udsatte boligmiljøer. Videnscentret "Unge Misbrug" under Servicestyrelsen har en række initiativer, der skal understøtte den selektive/indikerede forebyggelsesindsats gennem opkvalificering af kommunale fagpersoner, der møder de unge i deres daglige arbejde.

Som følge af en national handlingsplan mod stofmisbrug fra oktober 2010, har Sundhedsstyrelsen i efteråret 2011 udmøntet en ny satspulje på 17 millioner kroner til modelkommuner, hvor fokus for indsatsen lokalt vil være at fremme et rusmiddelforebyggende miljø på ungdomsuddannelserne gennem rusmiddelpolitikker og en tidlig indsats over for unge på vej ind i et misbrug. I de senere år har Sundhedsstyrelsens narkotikaforebyggende arbejde i øvrigt haft fokus på festmiljøer som risikoarena, fx gennem projekter om "Ansvarlig udskænkning", samt kampagnerne "Against Drugs" og "Unge og Alkohol". I kampagnerne er interesseorganisationerne for live musik afsender. På den måde signaleres der fra arrangørernes side en holdning mod stoffer. Gennem disse projekter og kampagner arbejdes der med at skabe et trygt nattelev, nedsætte vold og skader og fremme overholdelsen af aldersgrænserne for udskænkning af alkohol.

I forbindelse med de senere års satspuljeaftaler er der taget en række behandlingsmæssige samt skadereducerende initiativer. Der er blandt andet afsat særlige midler til forsøg med sundhedsrum, midler til yderligere misbrugsbehandling af indsatte i fængslerne, midler til kvalitetssikring af den sundhedsfaglige kokainbehandling samt en ordning med lægeordineret heroin. Hertil kommer en række initiativer på det sociale område, der er finansieret via Social- og Integrationsministeriets narkopolje.

Nye stoffer og ny lovgivning

Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet overvåger stadig misbrugsstoffer på det illegale marked i samarbejde med de tre retskemiske institutter i Danmark. Via denne overvågning, dukker der løbende en række nye misbrugsstoffer op i Danmark som efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen bliver forbudte. I de seneste par år er det især de såkaldte syntetiske cannabinoider, der både i Danmark og i Europa i øvrigt er kommet ind på stofmarkedet.

Siden udgivelsen af sidste narkotikaårsrapport er følgende stoffer, efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, undergivet kontrol: Med bekendtgørelse nr. 187 af 8. marts 2011 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at planten meskalinkaktus, stoffet methylamfetamin og 22 syntetiske cannabinoider (3-(1-adamantoyl)-1-pentylindol; AM-694; AM-2201; CP 47,497; CP 55,940; CRA-13; HU-308; 3-(4-hydroxymethylbenzoyl)-1-pentylindol (4-hydroxymethylphenyl-(1-pentylindol-3-yl)methanon); JWH-007; JWH-015; JWH-019; JWH-020; JWH-081; JWH-098; JWH-122; JWH-147; JWH-182; JWH-203; JWH-210; JWH-251; RCS-4; WIN 55,212-2) kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 11. marts 2011.

Temakapitler

Temakapitler om *Narkotikapolitik og tilbud i Kriminalforsorgen* beskriver den politik, lovgivning, rammer og de ydelser, der gælder for stofmisbrugere i de danske fængsler. Temakapitlet om *Stofmisbrugere og børn* fokuserer blandt andet på de omkostninger og risikoelementer, der er for børnene ved at vokse op med stofmisbrugende forældre.

1 National narkotikapolitik

Det fremgår af en national handlingsplan mod stofmisbrug fra oktober 2010, at dansk narkotikapolitik bygger på fire grundpiller – forebyggelse, behandling, skadesreduktion og kontrol. Forbud og kontrolindsats kan ikke stå alene. Der er også brug for en målrettet og vedholdende indsats for at forebygge, sætte tidligt ind, behandle og begrænse skader. Der er behov for både at begrænse udbuddet af og efterspørgslen efter stoffer.

I forhold til en kompromisløs kamp mod narkotika og et ønske om et samfund fri for stofmisbrug kan de eksisterende skadesreducerende tiltag fremstå som modsætningsfyldte. I virkeligheden er der tale om pragmatiske og fornuftige tiltag, der sættes i værk af hensyn til de svageste stofmisbrugere og af hensyn til samfundet. Skadesreduktion vil derfor fortsat være en grundpille i narkotikapolitikken i Danmark.

Narkotikapolitikken hviler på forbuddet mod enhver ikke-medicinsk og ikke-videnskabelig brug af narkotika.

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 og regionale myndigheder, de statslige myndigheder på sundheds-, social- og justitsområdet samt de statslige toldmyndigheder.

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

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

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

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

Lægemedelstyrelsen, som henhører under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, administrerer håndteringen af euforiserende stoffer til lovligt brug. Lægemedelstyrelsen udsteder tilladelser til virksomheder, der ønsker at håndtere euforiserende stoffer i videnskabelig eller medicinsk øjemed samt fører kontrol med disse i form af inspektion. Lægemedelstyrelsen udsteder certifikater som påkrævet ved forsendelser af euforiserende stoffer over landegrænser og står for rapportering til the International Narcotics Control Board (INCB) i henhold til konventionerne af 1961 og 1971 om narkotiske og psykotropiske stoffer.

Social- og Integrationsministeriet er ansvarlig for de statslige opgaver vedrørende den sociale stofmisbrugsbehandling og den øvrige sociale støtte til fx bolig, uddannelse, arbejde, bostøtte mv.

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

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

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

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

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

1.1 Ny lovgivning og nye narkotiske stoffer under kontrol

Der er i 2011 vedtaget følgende love på narkotikaområdet:

- Lov nr. 183 af 8. marts 2011 om ændring af lov om fuldbyrdelse af straf mv. Med loven gennemføres initiativer om bl.a. en udvidet behandlingsgaranti for stofmisbrugere, der er indsat i Kriminalforsorgens institutioner, således at også indsatte, der afsoner en kort fængselsstraf, og varetægtsarrestanter omfattes af behandlingsgarantien, og om adgang for Direktoratet for Kriminalforsorgen

til at foretage undersøgelse af, hvilke effekter en indsats har i sin besiddelse i sit opholdsrum eller på sin person. Initiativerne gennemføres som led i handlingsplanen ”Kampen mod narko II” fra 2010.

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

- Med bekendtgørelse nr. 187 af 8. marts 2011 om ændring af bekendtgørelse om euforiserende stoffer blev det fastsat, at planten meskalinkaktus, stoffet methylamfetamin og 22 syntetiske cannabinoider (3-(1-adamantoyl)-1-pentylindol; AM-694; AM-2201; CP 47,497; CP 55,940; CRA-13; HU-308; 3-(4-hydroxymethylbenzoyl)-1-pentylindol (4-hydroxymethylphenyl-(1-pentylindol-3-yl)methanon); JWH-007; JWH-015; JWH-019; JWH-020; JWH-081; JWH-098; JWH-122; JWH-147; JWH-182; JWH-203; JWH-210; JWH-251; RCS-4; WIN 55,212-2) kun må anvendes i medicinsk og videnskabeligt øjemed. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 11. marts 2011.

I folketingsåret 2010-2011 er følgende forslag til folketingsbeslutning fremsat:

- Forslag til folketingsbeslutning nr. B 88 om behandling med rygeheroin m.v. Med beslutningsforslaget blev regeringen opfordret til at ændre reglerne for uddeling af heroin, sådan at der kan tilbydes behandling med rygeheroin og desuden gennemføres en udredning af fordele og ulemper ved en ordning, hvor der bliver mulighed for at ordinere heroin til selvadministration i form af tag hjemdoser. Forslaget kom ikke til 2. behandling og dermed til afstemning, men ved 1. behandlingen blev det fra regeringsside tilkendegivet, at der ville blive iværksat en undersøgelse af mulighederne for at udvide ordningen med andre administrationsformer end den injicerbare heroin. Undersøgelsen, som er forankret i Sundhedsstyrelsen, vil dog ikke omfatte en vurdering af muligheder for taghjem doser.

1.2 Nationale strategier på narkotikaområdet

Til trods for både flere og bedre tilbud til stofmisbrugerne står samfundet fortsat over for store udfordringer på narkotikaområdet. Der er i de senere år set en nedgang i antallet af stofmisbrugere, der søger behandling på grund af misbrug af heroin, samtidig med at flere og flere søger behandling for misbrug af hash og kokain. Forskydningen formodes at afspejle en ændring af stofmisbrugsmønstret i Danmark. I dag er flere end tidligere afhængige af hash og kokain, mens færre er afhængige af heroin. Det stiller nye krav til indsatsen.

Således er indsatsen blevet forstærket med en national handlingsplan mod stofmisbrug fra oktober 2010, hvormed der blev iværksat 19 konkrete og nye initiativer inden for hver af narkotikapolitikens fire grundpiller: Forebyggelse, behandling, skadesreduktion og kontrol. Med handlingsplanen blev der samtidig fulgt op på en redegørelse, som et særligt ekspertpanel om kokainmisbrug afleverede til indenrigs- og sundhedsministeren i maj 2010.

Handlingsplanen er bl.a. fulgt op med indgåelsen af satspuljeaftalen for 2011, hvor der blev afsat i alt 71,9 mio. kr. til initiativer, som spænder over forebyggelse, behandling

og skadesreduktion. Herudover er en række af initiativerne i handlingsplanen finansieret med 48,5 mio. kr. fra Social- og Integrationsministeriets Narkopolje.

Satspuljeaftalen for 2001 efterfølger satspuljeaftalerne fra 2004, 2006, 2008 og 2009, som indeholder en lang række konkrete initiativer, der alle tager sigte på at begrænse narkotikamisbruget og de skader, som følger med misbruget.

De konkrete initiativer, der er taget gennem de seneste mange år, bliver løbende monitoreret og evalueret med henblik på fornødne justeringer af den nationale narkotikapolitik.

1.3 Økonomi og finansieringsordninger

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

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

Som opfølgning på den nationale handlingsplan mod stofmisbrug er følgende midler afsat:

- Med satspuljen for 2011 er der afsat 19 mio. kr. i 2011 til et modelkommuneprojekt om unge og narko.
- Med satspuljeaftalen for 2011 er der afsat 1 mio. kr. i 2011 til en kvalitetssikring af den sundhedsfaglige kokainbehandling.
- Med satspuljeaftalen for 2011 er der afsat 25,5 mio. kr. over årene 2011-2014 til forsøg med sundhedsrum.
- Med satspuljeaftalen for 2011 er der afsat 26,4 mio. kr. over årene 2011-2014 til yderligere misbrugsbehandling af indsatte.
- Fra Social- og Integrationsministeriets Narkopolje er der afsat i alt 48,5 mio. kr. til initiativer på det sociale område.

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

For så vidt angår stofmisbrugsbehandlingen i fængslerne er der de seneste år sket en væsentlig opprioritering. Budgettallet for 2001 var således på 6,2 mio. kr., mens det tilsvarende budgettal i 2011 er på 95,0 mio. kr.

For så vidt angår de kommunale udgifter viser regnskaber og budgetter en kraftig stigning siden 1995 i de afsatte midler til social stofmisbrugsbehandling. Regnskabstallet

for 2010 var således på 895,6 mio. kr. (2011-pris- og lønniveau), mens det tilsvarende regnskabstal for 1995 var på 277,2 mio. kr. (2001-pris- og lønniveau). Kommunernes udgifter til forebyggelse af narkotikamisbrug og den lægelige stofmisbrugsbehandling kan ikke særskilt udledes af de kommunale regnskaber og budgetter.

2 Udbredelsen af de illegale stoffer

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 toppe i aldersgruppen 16-19 år, og meget få prøver stoffer første gang efter 20-års alderen. I aldersgrupperne over 40 år har kun få procent brugt nogen form for stoffer inden for det seneste år. Det er langt hen af vejen de samme unge, som udsætter sig for de forskellige former for risikoadfærd. Undersøgelser dokumenterer, at det ofte er de samme unge, som har et stort alkoholforbrug, et daglig brug af tobak, og som ryger hash. Ligeledes ses en signifikant samvariation mellem at have brugt hash og have brugt et eller flere andre illegale stoffer.

Resultater fra surveyundersøgelser i befolkningen viser, at det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer i Danmark ligger på et historisk højt niveau, men med faldende tendens de seneste par år.

Den seneste befolkningsundersøgelse fra 2010 viser, at lidt under halvdelen (45 %) af de unge voksne under 35 år har eksperimenteret med hash nogensinde, og 14 % i samme aldersgruppe har nogensinde prøvet andre illegale stoffer end hash. Blandt de unge under 25 år har 38 % nogensinde eksperimenteret med hash, og 11 % har nogensinde prøvet andre illegale stoffer end hash. Ser man på udbredelsen af stofferne enkeltvis, ses i 2010 sammenlignet med i 2008 en faldende tendens i det aktuelle brug af kokain og i brugen af de andre centralstimulerende stoffer, amfetamin og ecstasy. Denne positive tendens ses især i aldersgruppen under 25 år.

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

For første gang er der gennemført en natklubundersøgelse i Danmark. Natklubundersøgelsen er en del af forskningsprojektet YODA¹. Hovedresultaterne fra undersøgelsen om stoffer i nattelivet gengives sidst i det foreliggende kapitel.

De forskellige undersøgelser, der henvises til i foreliggende kapitler, og som beskriver udviklingen i det eksperimenterende brug af illegale stoffer blandt den voksne befolkning (SUSY² og AiD³), de yngre voksne (MULD⁴) de helt unge (ESPAD⁵) samt natklubundersøgelsen, er med hensyn til datagrundlaget og metoderne beskrevet sidst i rapporten.

1 YODA står for Youth, Drugs and Alcohol.

2 SUSY står for: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse.

3 AiD står for: Alkohol i Danmark.

4 MULD står for: Monitorering af Unges livsstil og Dagligdag.

5 ESPAD står for: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

2.1 Forbruget af illegale stoffer i befolkningen

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

Udbredelsen af hash

Resultater fra befolkningsundersøgelser blandt de 16 - 44-årige gennemført i årene 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010 viser stigninger i det eksperimenterende brug af hash op til 2000. Herefter ses en stagnation. Ser man på det aktuelle brug (brugt hash inden for det seneste år), oplyser 9 % af de 16 - 44-årige både i 2008 og i 2010 at have brugt hash inden for sidste år. Dette gjaldt for 7 %, 10 % og 8 % i henholdsvis 1994, 2000, og 2005. Blandt både mænd og kvinder er det aktuelle brug af hash størst i de yngre aldersgrupper (16 – 24 år) og aftager herefter med stigende alder (tabel 2.1.1 i annekset).

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, 2005, 2008 og 2010

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

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

Som ovenstående tabel viser, er det aktuelle brug af hash stagneret fra 2000 til 2010 (brugt hash inden for sidste år). Selvom der ses et fald fra 2005-2010 i andelen, der nogensinde har prøvet hash, kan resultaterne tages som udtryk for, at udviklingen er stabil, idet ”aktuelt brug” vurderes som det mest pålidelige mål for udbredelsen.

Udbredelsen af andre illegale stoffer

For de øvrige illegale stoffer taget under ét ses en tilsvarende udvikling; et stigende eksperimenterende brug blandt de 16 - 44-årige fra 1994 til 2000, afløst af en stagnation fra 2000 til i dag. 2 % af de 16 - 44-årige oplyser i 2010 at have et aktuelt brug af andre illegale stoffer end hash (brugt inden for det seneste år).

Tabel 2.1.3. 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, 2005, 2008 og 2010

Brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash	1994 (n=2.521)	2000 (n=6.878)	2005 (n=4.440)	2008 (n=2.219)	2010 (n=5.704)
Sidste måned	0,2	1,2	1,1	1,1	0,9
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,5	3,4	2,7	3,6	2,4
Nogensinde	4,4	11,3	13,5	13,4	12,5

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

Udbredelsen af illegale stoffer blandt de unge voksne

I nedenstående er der fokuseret på udbredelsen af de illegale stoffer blandt de ”unge voksne” under 35 år. Det er i denne aldersgruppe, hvor udbredelsen af illegale stoffer er størst (og især blandt de unge under 25 år).

Tabel 2.1.4. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010

	1994 (n=1.639)	2000 (n=4.098)	2005 (n=2.502)	2008 (n=1.718)	2010 (n=3.323)
Sidste måned	2,7	5,7	5,9	4,8	5,1
Sidste år (sidste måned medregnet)	9,3	13,3	12,5	13,3	13,5
Nogensinde (sidste år medregnet)	38,0	45,1	49,5	48,0	44,5

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

Tabel 2.1.5. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010

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

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

Som tabel 2.1.4 viser, har halvdelen (45 %) af de unge voksne under 35 år i 2010 prøvet hash nogensinde, og 14 % har et aktuelt brug – dvs. oplyser at have brugt hash inden for det seneste år. Hvad angår udbredelsen af andre illegale stoffer end hash, har 14 % af de unge voksne under 35 år i 2010 prøvet disse, og 3 % har et aktuelt brug. Der er tale om et lille men signifikant fald i det aktuelle brug af andre stoffer end hash blandt de 16-34 årige fra 2008 til 2010.

Det aktuelle brug af stofferne blandt de 16 – 24-årige er større end blandt de 25-34 årige. Det vil sige, at forbruget af de illegale stoffer er mest udbredt blandt de unge under 25 år. Men det er også her, at faldet i brugen af de illegale stoffer fra 2008 til 2010 er størst. I 2010 oplyser 19 % af de unge under 25 år at have et aktuelt brug af hash (oplyser at have brugt hash inden for det seneste år), hvilket er nogenlunde på niveau med 2008. Men 4 % af de unge under 25 år oplyser i 2010 at have et aktuelt brug af andre illegale stoffer end hash, hvilket er næsten en halvering og signifikant færre end i 2008, hvor 8 % havde et aktuelt brug.

Tabel 2.1.6. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010

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

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

Tabel 2.1.7. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010

Brugt et eller flere af de andre illegale stoffer end hash	1994 (n=740)	2000 (n=1.690)	2005 (n=900)	2008 (n=858)	2010 (n=1.619)
Sidste måned	0,0	3,0	2,0	2,3	1,7
Sidste år (sidste måned medregnet)	0,7	8,0	5,3	8,0	4,3
Nogensinde	3,0	14,5	14,2	15,2	10,6

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

Ser man på stofferne enkeltvis, er amfetamin, kokain og ecstasy de mest udbredte stoffer efter hash. Som det ses i tabel 2.1.8. og 2.1.9 nedenfor, er andelen af det aktuelle brug (brugt stof inden for sidste år) af både amfetamin og ecstasy blandt de ”unge voksne” nogenlunde stabilt fra 2000 til 2008, mens det aktuelle brug af kokain stiger noget i perioden. Fra 2008 til 2010 ses derimod et fald i det aktuelle brug af alle tre stoffer, amfetamin, kokain og ecstasy. Faldet i det aktuelle brug af amfetamin er signifikant for hele aldersgruppen 16 – 34 år, mens faldet i brugen af kokain og ecstasy er signifikant alene blandt de 16 – 24 årige. Tendensen til fald i det aktuelle brug af amfetamin, kokain og ecstasy i disse år ses således især blandt de unge under 25 år⁶. Det ses også af tabellerne, at markant flere unge mænd end kvinder har et aktuelt brug af både amfetamin, kokain og ecstasy.

Tabel 2.1.8. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i 2000, 2005, 2008 og 2010

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

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

⁶ Det aktuelle brug af de forskellige illegale stoffer bortset fra amfetamin, kokain og ecstasy blandt de 16-24 fremgår af tabel 2.1.10 i annekset.

Tabel 2.19. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i 2000, 2005, 2008 og 2010

16-24 år	SUSY 2000 (n=1.684)			SUSY 2005 (n=894)			AiD 2008 (n=857)			SUSY 2010 (n=1.612)		
	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total	mænd	kvinder	total
Amfetamin prøvet inden for seneste år	9,0	3,1	5,9	6,5	2,4	4,1	9,8	2,1	5,4	4,9	1,2	2,8
Kokain prøvet inden for seneste år	4,6	1,3	2,8	5,4	1,9	3,3	9,8	2,4	5,6	5,3	1,1	2,9
Ecstasy prøvet inden for seneste år	3,3	1,5	2,3	3,1	0,4	1,5	4,0	1,0	2,3	1,7	0,6	1,1

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

Alt i alt ses således en tendens til fald i brugen af de illegale stoffer fra 2008 til i dag. Den positive nedadgående tendens de seneste par år ses især i det aktuelle brug af amfetamin, kokain og ecstasy, og ses især blandt de unge under 25 år, hvor faldet er signifikant.

Hyppighed i brugen af de illegale stoffer

I SUSY-undersøgelsen 2010 er dem, der har et aktuelt brug af hash inden for seneste måned spurgt om, hvor mange gange de har brugt hash. Blandt de 16-24-årige er det i alt 7 %, der har brugt hash inden for seneste måned. I alt 59 % af disse har brugt stoffet 1-3 gange. Resten har haft et hyppigere forbrug (17 % anvendte stoffet 4 – 9 gange, og 24 % mindst 10 gange inden for sidste måned). Vedrørende angivelser af hyppighed for hashindtaget er der tale om meget små tal, hvorfor der foreligger stor usikkerhed omkring disse resultater.

Regionale forskelle i brugen af illegale stoffer

I SUSY 2010 er der foretaget regionale sammenligninger i udbredelsen af de illegale stoffer. Resultaterne viser, at udbredelsen af hash er størst i hovedstadsregionen og lidt mindre udbredt i de øvrige regioner. Blandt de unge under 25 år i hovedstadsregionen har typisk 10 – 15 procentpoint flere af disse unge prøvet hash nogensinde sammenlignet med de unge i samme aldersgruppe i de øvrige regioner. Hvad angår andre stoffer end hash, er udbredelsen mere geografisk jævn og de regionale forskelle i udbredelsen mindre. Dog skal nævnes, at udbredelsen af andre stoffer end hash blandt de unge under 25 år topper i regionerne Nordjylland, Sjælland og i Hovedstadsregionen, i nævnte rækkefølge.

Debutalder

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

2.2 Forbruget af illegale stoffer blandt de helt unge

Der er løbende foretaget undersøgelser af det eksperimenterende brug af illegale stoffer blandt de helt unge. ESPAD-undersøgelserne, der er gennemført i henholdsvis 1995, 1999, 2003, 2007 og her i 2011 viser en stigning i det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer blandt de 15-16-årige fra 1995 til 1999. Herefter ses en stabilitet i brugen frem til 2007, dog med små men signifikante stigninger i det eksperimenterende brug af hash, ecstasy og kokain fra 2003 og frem. Fra 2007 til 2011 ses et væsentligt fald i det eksperimenterende brug af de illegale stoffer blandt de unge på 15-16 år. For langt de fleste stoffers vedkommende, er det tale om signifikante fald.

Som vist i tabel 2.2.1. nedenfor, har aktuelt knap 1/5 af de 15-16-årige prøvet hash nogensinde, og ca. 6 % har prøvet hash inden for sidste måned. Det er tale om et fald i det eksperimenterende brug af hash blandt de helt unge danske skolebørn fra 2007 til i dag, omend niveauet stadig er højt. Med hensyn til amfetamin er stoffet prøvet af knap 3 %, mens både kokain og ecstasy er prøvet af ca. 2 % af de helt unge skolebørn i 2011. Det er tale om en halvering af det eksperimenterende brug af disse stoffer fra 2007 til 2011, og faldet er signifikant.

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

Tabel 2.2.1. Den procentvise andel blandt de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999, 2002, 2003, 2007 og 2011

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

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

*Stigningen fra 2003 til 2007 er lille men dog signifikant

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

*** faldet fra 2007 til 2011 er statistisk signifikant

I tabel 2.2.1. er vist udviklingen i det eksperimenterende brug af de forskellige stoffer blandt de 15 - 16-årige fra 1995 og til i dag. Selv om det for de forskellige stoffer er tale om markante fald fra 2007 til 2011, skal man dog ved fortolkningen af tallene 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 2007 er der i 2011 tale om en større stikprøve. Dog er det ca. halvdelen af de udvalgte skoler, der ikke ønskede at deltage. Deltagerprocenten i de deltagende klasser var dog som tidligere år oppe på ca. 90 %.

2.3 Stofbrug i særlige miljøer og blandt særlige grupper

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

Erfaringer med illegale stoffer på natklubber

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

Natklubundersøgelsen viser, at 40 % af de unge klubgæster (med en gennemsnitsalder på 21 år) angiver at de på et tidspunkt i deres liv har prøvet et andet illegalt stof end hash (typisk kokain, amfetamin og/eller ecstasy). 58 % af gæsterne har på et tidspunkt i deres liv prøvet hash. Væsentlig flere af de unge klubgæster har således erfaringer med de illegale stoffer, hvis man sammenligner disse resultater med resultater fra repræsentative undersøgelser om stof erfaringer blandt unge generelt (resultater fra SUSY undersøgelser beskrevet tidligere i foreliggende kapitel). Undersøgelsen peger på, at en væsentlig årsag til, at der blandt klubgæsterne er større udbredelse af stofferne – især udbredelsen af andre stoffer end hash – er at disse unge er særligt orienterede mod en livsstil, der inkluderer hyppige fester, og hvor også et særlig højt indtag af alkohol indgår i deres festkultur.

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

Blandt de klubgæster, der har erfaring med illegale stoffer, er blandingsbrug udbredt. Fx har 91 % af de unge, der har prøvet kokain, også prøvet andre illegale stoffer. Forestillingen om at kokain således er et eksklusivt stof og kan forbindes til høj status, dementeres i undersøgelsen, der i stedet påpeger at den ”rene” kokainbruger – dvs. en der udelukkende bruger kokain og ikke eksperimenterer med andre stoffer - nærmest ikke findes. Desuden peger undersøgelsen på, at kokainrusen ofte kombineres med et meget

højt forbrug af alkohol. Ifølge de unges beretninger, bruges kokainen til at forlænge og intensivere alkoholrusen, og ”cocktailen” alkohol-kokain repræsenterer den ultimative festrus på klubberne.

Holdninger og risikovurdering hos danske unge

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

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

Alkohol og festkulturens betydning for stofbrug

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

Forskellige socioøkonomiske faktorer, såsom forældrenes uddannelsesmæssige baggrund, forældrenes alkoholvaner samt uddannelsesniveaut hos de unge selv, påvirker graden af de unges alkoholindtag og deres erfaringer med illegale stoffer. Omfanget af forældres weekend-alkoholbrug påvirker også omfanget af de unges alkoholindtag og deres erfaringer med de illegale stoffer. Hvor der ses en højere andel af stoferefarende

unge, hvis forældre har en lavere uddannelse, ses omvendt flere fuldsksorienterede unge, hvis forældre har en højere uddannelsesbaggrund.

Udbredelsen af khat blandt somaliere i Danmark

I 2008 blev den første danske undersøgelse af udbredelsen af khat gennemført (Sundhedsstyrelsen 2009b). Undersøgelsen kortlægger udbredelsen af og holdninger til khat blandt dansk-somaliere. Undersøgelsen har søgt at inddrage de mange grupperinger i det somaliske miljø, og 848 personer, svarende til 15 % af alle 15-50-årige dansk-somaliere, har deltaget i undersøgelsen.

Undersøgelsen viser, at khat er udbredt i det dansk-somaliske miljø, idet 16 % af kvinderne og 48 % af mændene har tygget khat inden for den seneste måned. 6 % af kvinderne og 29 % af mændene kategoriseres i undersøgelsen som storforbrugere (tygger khat mere end 2 gange om ugen). Kønsforskellen er således markant. Men undersøgelsen viser også, at 65 % af dansk-somaliere i Danmark *ikke* tygger khat. 51 % har *aldrig* tygget khat, mens 14 % *tidligere* har tygget khat, men ikke gør det mere. Meget positivt viser undersøgelsen, at udbredelsen af khat er forsvindende lille hos de unge dansk-somaliere, og nærmest ingen unge under 20 år har prøvet at tygge khat, hvilket tyder på, at en ny indstilling til khat er på vej i den nye generation. Debutalderen ligger for de flestes khatbrugeres vedkommende mellem 20 og 24 år. Ikke kun køn men også uddannelse og civilstatus har betydning for brugen af khat.

Holdninger til khat blandt somaliere er delte. På trods af at 2/3 af dansk-somalierne anser, at khat er en del af den somaliske kultur, mener en tilsvarende andel, at khat skal være et forbudt rusmiddel, hvilket det også er i dag. Khat forbruget bliver også hos dansk-somalierne betragtet som et afhængighedsskabende stof (hos 64 % af de adspurgte), og op til 75 % mener, at khat afføder problemer både med helbred, familie og økonomi. 37 % af de adspurgte har selv oplevet problemer forårsaget af khat.

3 Forebyggelse

En national handlingsplan mod stofmisbrug fra oktober 2010 beskriver vigtigheden af en målrettet og vedholdende indsats for at forebygge og sætte tidligt ind over for begyndende misbrug. Handlingsplanen omtaler forebyggelse som én af narkotikapolitikens grundpiller.

Unge og deres forældre er de vigtigste målgrupper i narkotikaforebyggelsen. Der skal være tale om en synlig indsats, og den skal, udover at bestå af vidensformidling, også rette sig mod de unges normer og adfærd.

Kommunerne har hovedansvaret for den forebyggende indsats i Danmark. Kommunen er tæt på borgerne i det daglige, og lokalt er der mulighed for at tilrettelægge både universel, selektiv og indikeret forebyggelse i skoler og gennem kommunale fritids-tilbud i samarbejde med foreninger, restauranter, barer og diskoteker samt i særlige udsatte boligmiljøer. Narkotikaforebyggelsen i kommunerne foregår ofte i det tværsektorielle samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi (SSP).

Sundhedsstyrelsens opgave er blandt andet at understøtte kommunernes forebyggelsesindsats med informationsmaterialer og vidensformidling, metodeudviklende projekter samt gennem konkret rådgivning af kommunerne og andre interessenter. Derudover har Sundhedsstyrelsen også til opgave at overvåge og udstikke overordnede retningslinjer.

Sundhedsstyrelsen har igennem flere år haft et stort fokus på ulighed i sundhed og har i 2011 udgivet rapporten ”Ulighed i sundhed – årsager og indsatser”. Rapporten angiver blandt andet indsatsområder, der skal arbejdes med for at mindske forskellene i danskernes levealder og sundhed, herunder defineres forskellige typer af determinanter, der på hvert sit sted griber ind i de mekanismer, som skaber ulighed i sundhed, blandt andet determinanter i forhold til alkohol, tobak og stoffer. Rapporten lægger også vægt på betydningen af en koordineret og tværgående politik for reduktion af den sociale ulighed i sundhed. Sundhed, og herunder ulighed i sundhed, påvirkes i høj grad af andre områder end sundhedsområdet, som fx beskæftigelse, socialområdet mv., og det er derfor nødvendigt at arbejde tværsektorielt. Det samme gælder ved forebyggende indsatser i forhold til rusmidler. Fx kan indsatser i forhold til at fastholde unge i uddannelsesforløb være med til at forebygge de unges risikoadfærd i forhold til stoffer – og omvendt. Sundhedsstyrelsens publikation ”Sundhed på tværs” (Sundhedsstyrelsen 2010c) sætter fokus på samarbejdet på tværs af kommunale forvaltningsområder mht. sundhed og forebyggelse.

Universel forebyggelse

Universel forebyggelse indbefatter indsatser, der har hele eller dele af befolkningen som målgruppe uanset risikofaktorer og risikoadfærd. Grundskolen er en vigtig arena for universal forebyggelse, idet den giver mulighed for kontakt med stort set alle børn og unge samt deres forældre. Grundskolen har en generel forpligtelse til forebyggelse og sundhedsundervisning i det obligatoriske emne ”Sundheds- og seksualundervisning samt familiekundskab”. Indsatsen i grundskolen fortsætter som i de foregående år. Sundhedsstyrelsen har i efteråret 2011 udgivet to materialer til henholdsvis forældre og

lærere og ledelse i folkeskolen vedr. børn, unge og rusmidler, herunder udarbejdelse af forældreftaler m.m.

Sundhedsstyrelsen har i publikationen ”Vejledning for modelkommunerne i Narkoen ud af byen” (Sundhedsstyrelsen 2005a) formuleret en række forskningsbaserede principper, som skolens narkotikaforebyggende indsats bør tilrettelægges efter. Det anbefales blandt andet, at skolerne udarbejder en samlet rusmiddelpolitik, og at de indgår et samarbejde med forældrene om at udskyde alkoholdebuten og om at undgå eksperimenter med stoffer. Derudover anbefales det, at skolerne giver undervisning efter evidensbaserede principper herunder brug af elevinvolverende metoder. Til at arbejde med unges sundhedsopfattelse kan det forskningsbaserede undervisningsmateriale ”Tackling” bruges. Materialet er oprindeligt amerikansk, men Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med forlaget Alinea udviklet og afprøvet det i en dansk version.

I Sundhedsstyrelsens publikation ”Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen” (Sundhedsstyrelsen 2009a) beskrives andre elevinvolverende metoder, som både kan anvendes i narkotikaforebyggelse og på andre forebyggelsesområder. Metoderne kaldes ”Aktive vurderinger” og ”Du bestemmer”, og kan bl.a. bruges til at arbejde med forbedring af familierelationerne, et væsentligt aspekt af narkotikaforebyggelsen.

Sundhedsstyrelsen opdaterer og genoptrykker jævnligt stoffaktapjecen ”Stoffer – hvordan virker de, og hvordan ser de ud”, som er et generelt informationsmateriale om de mest almindelige illegale stoffer. Stoffaktapjecen kan også bruges af personale, der arbejder med rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelser og i kommunalt regi.

Der har i 2011 været stigende debat om den rolle, ungdomsuddannelserne kan spille i det forebyggende arbejde. Sundhedsstyrelsen har i efteråret 2011 udgivet to nye materialer til henholdsvis forældre samt lærere og ledelse på ungdomsuddannelser vedr. unge og rusmidler. Materialerne er udgivet samtidig med, at Danmarks Radio har sendt en udsendelsesrække om danske unges alkoholkultur.

Sundhedsstyrelsen står desuden for udmøntningen af en ny satspulje vedr. unge, alkohol og stoffer, som blandt andet har til formål at afprøve, om et forpligtende samarbejde mellem kommunen og ungdomsuddannelser kan have en positiv effekt på udbredelsen af rusmidler blandt unge. I projektet skal den universelle forebyggelsesindsats i form af rusmiddelpolitikker kombineres med en selektiv/indikeret indsats rettet mod de unge, der har et problematisk forbrug af rusmidler (se afsnit om selektiv forebyggelse).

Det stigende fokus på rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelser betyder også, at man i flere kommuner arbejder med denne kombination af universelle indsatser og indsats rettet mod unge i særlig risiko, fx med implementering af rusmiddelpolitikker og rådgivning af unge på gymnasier, handelsskoler, tekniske skoler og produktions-skoler. I Holstebro Kommune har man blandt andet iværksat indsatsen ”Åben mobil rådgivning” på ungdomsuddannelser, hvor 2 medarbejdere via henvendelse fra lærere, elever eller studievejledere opsporer unge, der mistrives og som er i risiko for et misbrug.

3.1 Selektiv og indikeret forebyggelse

I modsætning til universel forebyggelse er selektiv og indikeret forebyggelse målrettet enkeltpersoner eller grupper, som har øget risiko for at udvikle et problematisk forhold til rusmidler. Selektiv forebyggelse kan også omfatte indsatser i særlige risikosituationer eller særlige arenaer. Indsatserne kan blandt andet intensiveres gennem et tættere samarbejde mellem aktører på et specifikt område. Inden for festmiljøer kan det være kommuner og politi, som det fremgår i afsnittet om nationale og lokale mediecampagner. Der er endvidere i flere kommuner tilbudt kurser for restauratører og ansatte i festmiljøet, og samarbejdet mellem aktørerne fremmer fælles holdninger til at begrænse brug og salg af narkotika.

”Ung og sund” - Sundhedsfremmende initiativer for udsatte unge

Satspuljen ”Ung og sund” har støttet 10 kommunale projekter i perioden 2008 til 2011 i at afprøve og udvikle måder at arbejde med sundhed blandt udsatte unge. Puljen har desuden støttet 3 projekter, der har arbejdet med opkvalificering af professionelle, der arbejder med unge. Formålet har været at tilknytte og fastholde de unge i enten uddannelsessystemet eller på arbejdsmarkedet. Projekterne har fokuseret på flere forskellige livsstilsfaktorer, som fx trivsel, kost, motion, rygning, alkohol, sex, stoffer, søvn. Størstedelen af projekterne har haft fokus på rusmidler som én af flere risikofaktorer, og projektet i Odense Kommune har haft rusmidler som overordnet forebyggelsestema.

Evalueringen af satspuljen fra maj 2011 samt en opsummerende casesamling giver forskellige og meget handlingsorienterede bud på, hvordan man kan arbejde med sundhed for gruppen af udsatte unge. Generelt viser evalueringen, at produktions-skoler, erhvervsskoler samt vejledningssektoren er vigtige arenaer for sundhedsfremme, da det er her de udsatte unge er. Evalueringen viser desuden, at det er vigtigt at definere en klar sundheds- og trivselspolitik og konsekvent tænke denne ind, når man i gang sætter aktiviteter, samt at kompetenceudvikling af undervisere og andre professionelle kan være med til at rykke de unge. Flere af projekterne har erfaret, at de unge gerne vil have sunde rammer omkring sig og være med til at påvirke omgivelserne. Sidst men ikke mindst viser evalueringen, at der er en tæt sammenhæng mellem sund livsstil og trivsel samt vigtigheden af at arbejde med dialogbaserede og anerkendende metoder i tilgangen til de unge. Evalueringer og andet materiale fra projektet findes på www.sst.dk/ungogsund.

Indsatsen i Odense har fokuseret på begrebet rusmiddelkompetence – evnen til at omgås rusmidler på en hensigtsmæssig måde – og har blandt andet omfattet oplæg på kommunens skoler og gymnasier, udarbejdelse af rusmiddelpolitikker samt anonym rådgivning af unge med stofmisbrug. Erfaringen fra projektet er, at de unge har behov for at drøfte brug af rusmidler med voksne, og de søger respekt og klare holdninger hos voksne, men det er sjældent, at de får disse - rusmidler er ofte et tabuiseret område for voksne at snakke om. Tilgangen til dialogen med de unge i projektet har hvilet på anerkendelse og respekt, hvilket har givet gode resultater.

Unge Misbrug

”Unge Misbrug” er et landsdækkende videnscenter, der tilbyder kommuner og deres fagpersoner rådgivning i forhold til deres arbejde med unge med rusmiddelproblemer.

Videnscentret er oprettet i 2008 og er forankret i Servicestyrelsens Udsatteenhed. Formålet med Videnscentret er at klæde fagpersoner på til at kunne arbejde helhedsorienteret med udgangspunkt i de unges problemer. ”Unge Misbrug” har fokus på opsporing af unge, der har et problematisk forbrug af rusmidler samt til indsatser rettet mod at afhjælpe unges rusmiddelproblemer gennem en helhedsorienterende indsats. ”Unge Misbrug” tilbyder viden til fagpersoner i form af:

- Hjemmeside med aktuel viden på området (www.unges-misbrug.dk), hvor fagpersoner kan finde opdateret information om seneste viden på feltet, både hvad angår unge med rusmiddelproblemer, faglige redskaber og lovgivning
- Konsulentstøtte og undervisningsforløb til de enkelte kommuner. Forløbene tager udgangspunkt i den enkelte kommune eller institutions fokusområder og behov og tilfører ny viden og støtte i at strukturere det eksisterende arbejde med henblik på en styrkelse af den helhedsorienterede og tværfaglige indsats for målgruppen
- Årlig national konference om unge og misbrug, som samler fagpersoner bredt på tværs af fagområder. Der lægges vægt på dialog og viden, der kan omsættes til praktisk anvendelse i hverdagen
- Rådgivningsfunktion, hvor man kan ringe eller maile med forespørgsler på området

U-turn

Københavns Kommune kombinerer forebyggelse og tidlig opsporing i institutionen ”U-turn” under Center for Unge og Misbrug. U-turn er et tilbud til unge under 25 år, der ryger hash eller tager stoffer. Indsatsen centrerer sig om åben anonym rådgivning og længerevarende forløb, hvor unge kan få hjælp til at gøre noget ved deres forbrug af hash og andre rusmidler. Der tilbydes både gruppe og individuel rådgivning. Desuden tilbydes rådgivning til familie, venner og kærester til unge, der vil gøre noget ved deres forbrug af rusmidler samt konsulentarbejde på skoler, socialcentre og institutioner. Der opsamles løbende erfaringer fra arbejdet med de unge og der gøres en stor indsats for at formidle erfaringerne videre. Blandt andet er der på projektets hjemmeside www.uturn.dk oprettet en idébank for professionelle, der arbejder med forebyggelse og behandling af stofmisbrug blandt unge.

I perioden 2009-2010 kørte U-turn et forsøg med gruppebehandling af unge på produktionsskoler i Københavns Kommune. Målgruppen var unge med et forbrug af hash. Evalueringen af projektet fra 2011 viser, at hashgrupperne har haft en positiv effekt både i forhold til at få de unge til at holde op med at ryge hash og ryge mindre. Blandt andet blev andelen af dagligrygere i gruppen reduceret med 87 %, og 6 af de 18 unge stoppede helt med at ryge, hvilket også var effekter, der holdt tre måneder efter projektet var stoppet. Desuden formåede en stor del af gruppen af unge at fastholde uddannelse eller arbejde (U-turn 2011).

Satspulje ”Unge, alkohol og stoffer”

Som nævnt indledningsvis i kapitlet, har Sundhedsstyrelsen i efteråret 2011 udmøntet en ny satspulje ”Unge, alkohol og stoffer” med det formål at afprøve, om et øget og forpligtende samarbejde mellem kommunen og ungdomsuddannelserne kan være med til at begrænse udbredelsen af rusmidler blandt unge. Der er afsat 17 mio. kr. til

en kommunal ansøgningspulje, og der forventes at give støtte til mellem fem – syv modelkommuneprojekter. Formålet er at styrke kommunernes indsats i forhold til rusmiddelforebyggelse blandt unge. Projektet skal bidrage til udvikling af metoder til at fremme et rusmiddelforebyggende miljø på ungdomsuddannelserne og til en tidlig rådgivende/vejledende indsats over for unge på vej ud i et problematisk forbrug af rusmidler. Herudover skal projektet afprøve om rusmiddelpolitikker, handleplaner, opsporing og tidlig indsats på ungdomsuddannelserne kan styrkes gennem et forpligtende samarbejde mellem den kommunale forvaltning og de lokale ungdomsuddannelser. Projektet løber til 2014.

SMS – rådgivning

Det sms-baserede forebyggelsesinitiativ SMASH (SMS+HASH) startede i 2005 som et anonymt støtte- og rådgivningsprojekt for unge hashbrugere med det formål at være skadesreducerende, oplysende og støttende i forhold til ophør med hashrygning. SMASH henvender sig til de 15-25-årige og er primært baseret på, at man gratis kan abonnere på en række sms-pakker. I maj måned 2009 lancerede SMASH en ny hjemmeside med nyt design og indhold, www.smash.dk, og udbyggede indsatsen med rådgivning og støtte i forhold til ”hurtigere” stoffer som fx amfetamin, ecstasy og kokain samt en alkoholpakke.

Udover SMASH har et andet projekt - netstof.dk - eksisteret siden 1998. Fra at være en lille hjemmeside har netstof.dk nu udviklet sig til en omfattende og interaktiv ungeportal. Målgruppen er de 14-18-årige. Begge projekter er blevet evalueret. Evalueringerne viser blandt andet, at de to portaler med tilhørende sms-services når ud til en gruppe af unge, der eksperimenterer med hash og andre stoffer, men som traditionelt er vanskelige at nå, fordi de ikke selv mener, at de har et stofproblem.

Projekt Ansvarlig udskænkning

Sundhedsstyrelsen igangsatte i 2009 projektet ”Ansvarlig udskænkning”. Projektet er et delprojekt under modelkommuneprojektet ”Alkoholforebyggelse i kommunen”. Intentionen er at styrke den kommunale alkoholforebyggende indsats gennem udvikling og implementering af rusmiddelpolitikker i 20 modelkommuner. Modelkommunernes projektarbejde understøttes blandt andet gennem tildeling af økonomiske midler til implementering af de forskellige politikker. Samtidig opfordrer Sundhedsstyrelsen kommunerne til inden for projektet at have et særligt fokus på indsatsområder, hvor der er evidens for effekt, og hvor indsatsen er omkostningseffektiv. Dette gør sig gældende for delprojektet ”ansvarlig udskænkning”, som er opstartet i 9 ud af de 20 deltagende kommuner. Delprojektet har følgende formål:

- At opfordre til ansvarlig udskænkning ved udskækningssteder og lejlighedsbevillinger
- At nedsætte alkoholbetinget vold og skader
- At skabe et trygt natteliv, herunder at skabe fornuftige rammer for unges færden i nattelivet

”Ansvarlig udskænkning” tager udgangspunkt i danske erfaringer fra blandt andet projekt ”Trygt natteliv” og modelkommuneprojektet ”Narkoen ud af byen” samt

erfaringer fra det svenske STAD-projekt ”Ansvarsfull alkoholserving i krogmiljö”. Evalueringen af dette projekt viser på linje med den internationale forskning, at der er en betydelig effekt af en systematisk og sammenhængende indsats for at fremme ansvarlig udskænkning. Ansvarlig udskænkning har vist sig også at have en nedsat effekt på udbredelsen af stoffer i nattelivet. Elementerne i projektet er følgende:

- At administrere bevillingsopgaven med et alkohol- og stofforebyggende sigte, herunder at udarbejde en samlet restaurationsplan
- At etablere et fast samarbejde mellem de mange aktører, der spiller en rolle i etablering af festmiljøer (kommune, politi, restauratører, uddannelsesinstitutioner mv.). Samarbejdet skal skabe:
 - Fælles aftaler om bl.a. at undgå aggressiv markedsføring og hård udskænkning, som opfordrer til stort alkoholindtag på kort tid fx ”happy hour”
 - Uddannelse af serveringspersonale og politi
 - Fælles forståelse af kontrolopgaverne

Midtvejsevalueringen af projektet fra april 2011 viser, at samarbejde i kommunerne fungerer godt, og at et samarbejdsforum er et godt udgangspunkt for en konstruktiv dialog mellem parterne. Alle kommuner har oprettet et bevillingsnævn, og udarbejdelsen af både restaurationsplaner og planer for lejlighedstilladelser er godt i gang. De største udfordringer i projekterne er af organisatorisk art mht. hvor tidskrævende det er at få et samarbejde til at fungere internt og eksternt. Den afsluttende evaluering af projektet forventes færdiggjort i oktober 2011.

3.2 Nationale og lokale mediekampagner

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

Sundhedsstyrelsen har derimod siden 2003 samarbejdet med festivalernes brancheorganisation Festivaldanmark om en årlig kampagne mod stoffer rundt om på landets flerdages musikfestivaler. Siden 2009 er dette samarbejde udvidet med en kampagne om unge og alkohol. I 2009 er samarbejdet også udvidet til at omfatte brancheorganisationen for danske spillesteder, spillesteder.dk, med en tilsvarende anti-narkotika kampagne på spillestederne. Festmiljøerne er valgt som en central arena, da den eksperimenterende brug af stoffer ofte sker i disse miljøer. Som et vigtigt led i kampagnerne har festivalerne og spillestederne selv været afsendere på kampagnen. Tanken er, at de som trendsættende aktører i unges festmiljø vil have en god og positiv gennemslagskraft med det holdningsprægede budskab over for målgruppen af unge.

Festivaldanmark Against Drugs

Sundhedsstyrelsens samarbejde med livemusikkens interesseorganisation, Dansk Live,

7 www.fhi.se

om en narkotikaforebyggende "Against Drugs"-kampagne er i 2011 løbet af stablen på 15 festivaler (www.festivaldanmark.dk, www.dansklive.dk). Den primære målgruppe for indsatsen er unge festivaldeltagere og særligt de 16-25-årige. Festivalerne har gode erfaringer med at bruge materialet, som består af trykte og elektroniske elementer. Festivalerne har endvidere statements i deres programmer og i deres festivalaviser. Alle elementer bidrager til at signalere en fælles holdning mod stoffer.

På Roskilde Festival, som er langt den største af festivalerne, evalueres kampagnen bl.a. gennem publikumsundersøgelser. I 2010 viste den, at 85 % havde set kampagnen, mens 29 % havde diskuteret budskaberne med deres venner, og 94 % af publikum syntes godt om, at festivalen markerer sig mod stoffer (Sundhedsstyrelsen 2010b). Siden 2009 er evalueringen af kampagnen udvidet med publikumsundersøgelser på tre andre festivaler (i 2010 Jelling, Samsø, Skive) ud over Roskilde Festival.

De tre festivaler henvender sig til forskellige målgrupper og kan derfor give et mere nuanceret billede af kampagnens modtagelse ude i landet. Kampagnematerialet varierede en smule på de tre festivaler, men 65 % af festivaldeltagerne havde set kampagnen i 2010, mens under 1/3 havde diskuteret budskabet på de tre festivaler. Til gengæld syntes så godt som alle, at det var en god idé at festivalerne markerer deres holdning mod stoffer. Evalueringen af 2011-kampagnen forventes færdiggjort i oktober 2011. Evalueringen vil igen være baseret på et repræsentativt udsnit af de involverede festivaler.

Festivaldanmark Unge og Alkohol

I 2010 deltog 15 festivaler i Sundhedsstyrelsens og Festivaldanmarks kampagne "Unge og alkohol" med sloganet "Mindre Druk - Mere Fest". Kampagnens formål er blandt andet at tilskynde håndhævelse af aldersgrænserne for udskænkning af alkohol til unge. Den primære målgruppe for kampagnen er derfor de unges forældre og medarbejdere på festivalerne, men kampagnen er også henvendt til de unge under 16 år. Kampagnens elementer er centreret på teltpladserne og i barområderne og består primært af trykte medier, men har også en webdel.

Evalueringen for 2010, som også her var baseret på festivalerne i Jelling, Samsø, Skive samt Roskilde Festival, viste en god modtagelse af budskabet og kampagneelementerne blandt både unge, forældre og medarbejdere. Cirka 60 % af festivaldeltagerne på Jelling og Samsø havde bemærket kampagnen, mens kampagnen havde mindre gennemslagskraft på Skive, hvor kun ca. 50 % havde bemærket den. Mellem 14 og 19 % havde diskuteret budskabet. Blandt medarbejdere/forældre på festivalerne var der et godt kendskab til kampagnen (74 - 87 %), og der var en meget stor tilslutning til kampagnen generelt. Gennemgående har Unge og Alkohol kampagnen slået stærkest igennem på hegnsbannere, festivalprogram, barplakater og badges. På Roskilde var der en større andel af publikum, der havde bemærket kampagnen, sammenlignet med 2009, idet 46 % havde set kampagnen mod 29 % i 2009. Der var også en større andel af medarbejdere, der havde set kampagnen i 2010, idet 63 % havde set den i 2010 mod kun 33 % i 2009. Stort set alle medarbejdere bakkede op om kampagnen. I 2011 har 14 festivaler været med i en ny udgave af "Unge og Alkohol"-kampagnen, og en evaluering forventes færdiggjort i oktober 2011.

Music against drugs

I 2009 indledte Sundhedsstyrelsen i forlængelse af festivalernes "Against Drugs"-kampagne et samarbejde med musikspillestederne i Danmark om en lignende kampagne mod stoffer på landets spillesteder. 45 spillesteder har været med i kampagnen "Music Against Drugs" i 2010, som løb af stablen i efteråret 2010. Kampagnen havde både en publikums- og en medarbejderdel. Publikumsdelens primære målgruppe var unge mellem 16 – 25 år, hvor medarbejderdelen er målrettet alle medarbejdere på spillestederne. Kampagnen bestod af både trykte og elektroniske elementer, som fx storskærmsspot før koncerterne, website, webbanere, T-shirts, plakater, garderobenumre, stickers, go cards m.m. Feedback fra publikum og medarbejdere for kampagnen i 2010 viste en rigtig god opbakning blandt både publikum og medarbejdere til at spillestederne har en holdning til stoffer. Dog tyder feedbacken på, at det er sværere at få gennemslagskraft på spillesteder end på festivaler. I 2011 vil kampagnen køre i perioden fra september til udgangen af året, med samme fokus: at musikken i sig selv kan give de positive oplevelser, som nogen søger i stofferne.

4 Stofmisbrug

Det aktuelle skøn over antal stofmisbrugere i Danmark er baseret på tal fra 2009 (gennemført i 2010). 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 Danmark skønnes at være 33.000. Knap 11.000 af disse skønnes alene at være hashmisbrugere. Sammenlignelige skøn fra 2001, 2003 og 2005 viser, at der er tale om en stigning i det skønnede antal stofmisbrugere i Danmark i perioden. I perioden 2005 til 2009 udgør stigningen i det skønnede antal stofmisbrugere i hovedtræk en stigning af hashmisbrugere.

I 2009 blev der for første gang i Danmark foretaget et skøn over antal injektionsmisbrugere i Danmark. Antal injektionsmisbrugere i Danmark skønnes at være 13.000, hvor halvdelen af disse skønnes at være bosat øst for Storebælt, og resten vest for Storebælt.

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

4.1 Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark

Det aktuelle skøn over antal stofmisbrugere i Danmark er fra 2009 (Sundhedsstyrelsen 2010). 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, der er foretaget i 2010, foretaget ved hjælp af en capture-recapture model⁸. 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 diagnose⁹. Herefter er undersøgt, hvor mange af disse, der også fandtes i SIB.

Skønnene over antallet af stofmisbrugere fra 1996 til 2009 fremgår af tabel 4.1.1. Da beregninger af skønnene gennem årene baserer sig på "levende" registre, er der i forbindelse med udarbejdelsen af skønnet i 2010 samtidig reguleret i skønnene fra tidligere år.

Skønnet 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 estimatet, herun-

⁸ Metoden er anbefalet af det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA) med henblik på at sikre muligheden for sammenligninger på tværs af lande.

⁹ 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.

der 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, 1996-2009

	1996	1998	2001	2003	2005	2009
Skøn over stofmisbrugere i DK	20.284	24.394	25.514	26.468	27.896	33.074
95 % konfidensinterval	ffl 1.592	ffl 1.937	ffl 1.789	ffl 1.590	ffl 1.628	ffl 1.923

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2010

Selv om skønnet er behæftet med en statistisk usikkerhed, er det tale om en stigning i antal stofmisbrugere fra 2001 til 2009. Den statistiske usikkerhed i skønnene i alle år er beregnet som 95 % konfidensinterval. I 2009 betyder dette, at det beregnede antal stofmisbrugere er 33.000 +/- 1.900 personer. Antal stofmisbrugere i 2009 skønnes dermed at være 33.000, heraf skønnes 10.900 af disse alene at være hashmisbrugere. Hvad angår hashmisbrugere alene, er antallet steget i perioden, idét det skønnede antal hashmisbrugere i 2005 var 7.900.

I de senere år har "populationen" af stofmisbrugere i behandling, som blandt andet skønnet er beregnet ud fra, forandret sig (behandlingspopulationen beskrives i næste 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 at afspejle hele stofmisbrugspopulationen, hvor flere i dag end tidligere er afhængige af hash og de centralstimulerende stoffer, mens færre er afhængige af opioider/heroin.

4.2 Omfanget af misbrug blandt hjemløse

Der er i 2009 foretaget en særlig "hjemløsetælling" der viser, at 70 % af de hjemløse der har været omfattet af tællingen, har et misbrug inden for mindst én af følgende fire kategorier: Alkohol, hash/khat, narkotika eller medicin. Andelen er højest blandt gadesovere og personer, der har overnattet på natvarmestuer. Henholdsvis 80 % og 82 % i disse grupper har således et misbrug. Andelen med misbrug blandt dem, der har overnattet hos familie og venner, er med 71 % lige så høj som for herbergsbrugerne, hvor andelen er 70 %. Det understreger, at også de, som overnatter hos familie eller venner, som de øvrige grupper, har betydelige sociale og/eller psykiske problemer.

4.3 Omfanget af injektionsmisbrug

Sundhedsstyrelsen har i perioden 2004- 2008 støttet projekt DEADHEP, hvor man som led i undersøgelse af hiv og hepatitis forekomsten blandt narkotikarelaterede dødsfald i Danmark (se om dette i kapitel 6) også ved obduktion har undersøgt, om den afdøde havde leverbetændelse som tegn på et intravenøst stofmisbrug (Christensen et al 2006). På baggrund af denne registrering tog Sundhedsstyrelsen initiativ til at foretage et skøn over antallet af injektionsmisbrugere ved at sammenholde DEADHEP med Sundhedsstyrelsens register over Stofmisbrugere indskrevet i behandling (SIB)

(Christensen et al 2009). Skønnet er baseret på et capture-recapture estimat med fire kilder af injektionsmisbrugere: Nyindskrevne i behandlingsregisteret i hvert af årene 2003 og 2005 samt registrerede i DEADHEP i 2006 (i alt 5126 personer). Skønnet blev stratificeret for alder, køn og geografisk region og beregnet ved hjælp af en log-lineær model.

Ud fra beregningerne skønnes der aktuelt at være 13.000 aktive injektionsmisbrugere på landsplan (sikkerhedsinterval på 10.066-16.821). Halvdelen findes øst for Storebælt og halvdelen i resten af landet. Mellem halvdelen og 2/3 er ikke kendt i behandlingssystemet.

Som vist tidligere i dette kapitel, er Sundhedsstyrelsens samlede aktuelle skøn over antal stofmisbrugere 33.000, hvoraf knap 11.000 alene er hashmisbrugere. Da der skønnes at være 13.000 intravenøse stofmisbrugere i Danmark, skønnes det, at omkring 2/3 af misbrugerne (hvor hashmisbrugerne altså ikke er medtaget) har et intravenøst misbrug.

De 13.000 intravenøse stofmisbrugere svarer til 3,6/1000 indbyggere mellem 15 og 64 år i Danmark (95 %, sikkerhedsinterval på 2,8-4,6). Andelen af intravenøse stofmisbrugere i den danske befolkning svarer til andelen af intravenøse stofmisbrugere i de øvrige europæiske lande, på 1-5/1000 af de 15-64 årige (EMCDDA 2010).

Antal injektionsmisbrugere beregnet ud fra dødeligheden

Som et supplement til ovenstående beregning blev der foretaget et skøn over antal injektionsmisbrugere i Danmark ud fra en multiplikativ model baseret på den observerede dødelighed blandt injektionsmisbrugere i behandling i perioden 2004-2006. Den observerede dødelighed blandt behandlede injektionsmisbrugere var 2,0/100 personår og det beregnede antal dødsfald gennemsnitlig 225/år. Det svarer til en et års prævalens på 11.186 (95 %, sikkerhedsinterval på 9.670-15.634). Estimatet er lidt lavere end de 13.000 fundet ved capture-recapture metoden.

5 Behandling af stofmisbrug

Det er kommunerne, der visiterer til alle former for stofmisbrugsbehandling, uanset om der er tale om ambulant-, dag- eller døgnbehandling. Langt hovedparten af al behandling for stofmisbrug er rettet mod både selve stofmisbruget og de medfølgende sociale og helbredsmæssige problemer. Kommunerne har ansvaret for at sikre den fornødne sammenhæng mellem den sociale behandling og den lægelige behandling samt øvrige sociale støttetilbud.

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

Antallet af stofmisbrugere i behandling har været støt stigende siden Sundhedsstyrelsen for første gang i 1996 begyndte at registrere stofmisbrugere indskrevet i behandling. Fra 1996 til 2006 blev antallet af personer i behandling cirka tredoblet. Årsagen til stigningen formodes i hovedtræk at skyldes behandlingsgarantiens indførelse samt en øget behandlingskapacitet. Fra 2006 til 2008 sås en nedgang i antal stofmisbrugere i behandling, hvilket formentligt i hovedtræk skyldes ændringer i registerpraksis og overgangen til den nye SEI - registrering, som ændrede ind- og udskrivningsproceduren. Hertil var registreringen i disse ”overgangsår” påvirket af, at kommunerne overtog ansvaret for registreringen fra amterne ved årsskiftet 2006/2007. Fra 2008 til 2010 ses igen en stigning i stofmisbrugere indskrevet i behandling.

Aktuelt er knap 14.600 stofmisbrugere registreret i Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB). Knap 8000 er i 2010 i substitutionsbehandling - enten med metadon eller buprenorphin.

På stofmisbrugsområdet indsamles i dag data i forskellige registre. Sundhedsstyrelsen indsamler data til ét register (SIB). Servicestyrelsen indhenter oplysninger til to (VBGS og DanRIS-ambulant), og Center for Rusmiddelforskning til ét register (DanRIS-døgn). For at forenkle indberetningen for kommunerne og undgå overlappende data er der i juni 2011 oprettet én fælles indberetningsportal under Servicestyrelsen. Målet med sammenlægningen er en forenkling og afbureaukratisering på indberetningsområdet. Ved sammenlægningen forventes at opnås store fordele til gavn for såvel borger, behandlingssted, kommune, stat og forskning.

Som følge af den nye narkotikahandlingsplan fra 2010 er en række nye behandlingstiltag iværksat i 2011. Disse beskrives blandt andet under afsnit 5.4.

5.1 Behandlingssystemet – strategi, politik og organisering

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

Den sociale stofmisbrugsbehandling skal tage udgangspunkt i en visitation, som danner baggrund for et tilbud om et individuelt tilrettelagt behandlingsforløb i enten dag-, ambulant- eller døgnbehandling. Der er i Danmark garanti for social behandling af stofmisbrugere for personer over 18 år og i særlige tilfælde unge under 18 år. Med garantien har en stofmisbruger krav på, at der skal iværksættes tilbud om social behandling senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen med anmodning om at komme i behandling. 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, dvs. inden for rammerne af den beskrevne behandlingsplan.

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

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

Social behandling for stofmisbrug hviler på en beslutning om et individuelt forløb, hvor stofmisbrugeren på baggrund af en faglig vurdering visiteres til et konkret behandlingstilbud. Det forudsættes, at stofmisbrugerens egne ønsker til behandlingsforløbet tillægges stor betydning.

Det påhviler kommunalbestyrelsen at tilbyde vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler til stofmisbrugere (substitutionsbehandling). Denne forpligtelse fremgår af sundhedslovens § 142, stk. 1. Det er ligeledes kommunalbestyrelsens ansvar at sikre den fornødne sammenhæng mellem den lægelige behandling og den hermed forbundne psykosociale indsats og indsatsen mod de sociale problemer, stofmisbrugeren i øvrigt måtte have.

Den lægelige behandlingsplan indgår som en del af den sociale handleplan og forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugeren.

Den lægelige behandling for stofmisbrug omfatter primært undersøgelse for og behandling af 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.

5.2 Stofmisbrugere indskrevet i behandling

Sundhedsstyrelsen har fra 1996 registreret alle stofmisbrugere, der indskrives i behandling. På baggrund af oplysninger fra ”Register over stofmisbrugere i behandling” (SIB), kan de personer, der søger hjælp for deres stofmisbrug, samt deres situation beskrives. I registret registreres alle former for behandlingsomfang dvs. både ambulante- og døgnbehandling samt, hvilken behandlingstype (metadon, stoffri etc.) klienten modtager.

I tabel 5.2.1 vises nogle udvalgte karakteristika ved de klienter, der blev indskrevet i 2010.

Tabel 5.2.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2010

Antal klienter indskrevet i behandling i 2010	5.337
Andel ikke behandlet tidligere (%)	35
Andel af mænd/kvinder (%)	77/23
Gennemsnitsalder mænd/kvinder (%)	31/31
Opioider som hovedstof (%)*	32
Hash som hovedstof (%)*	49
Centralstimulerende stoffer som hovedstof (%)*	13
Injektion hos tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	37
Injektion hos ikke tidligere behandlede heroinmisbrugere (%)	14
Lønindtægt (%)	12
Dagpenge (%)	3
Kontanthjælp (%)	50
Førtidspension (%)	13
Anden indtægt samt uoplyst (%)	22
Andel med selvstændig bolig (%)	59
Andel enlige mænd/kvinder (%)	76/69
Antal børn i hjemmet under 18 år	1.251
Antal børn uden for hjemmet under 18 år	406
Udenlandsk statsborgerskab (%)	7

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

*Procent af dem, der opgiver et hovedstof

I 2010 blev der på landsplan indskrevet 5.337 personer i behandling, hvilket er lavere i forhold til 2009. Det samlede antal stofmisbrugere, der har været i behandling i løbet af 2010, er på knap 14.600 og dermed det højeste antal registrerede stofmisbrugere i behandling siden registerets start. Andelen af personer, der ikke tidligere har været i behandling, er uforandret i 2010 i forhold til 2009 – 35 %. En særlig opgørelse og beskrivelse af de ”nye” i behandling vil blive behandlet særskilt senere i kapitlet.

Misbrugets art

For første gang siden behandlingsregisteret blev etableret i 1996, sås i 2009, at heroin

og andre opioider ikke længere er de hyppigst anvendte hovedstoffer blandt klienter, der indskrives i behandling gennem året. Denne udvikling fortsætter i 2010, hvor hash igen er det stof, som hyppigst angives som hovedstof blandt stofmisbrugere, der indskrives i behandling. Langt de fleste stofmisbrugere, der søger behandling, bruger dog flere stoffer. 44 % opgiver i 2010 at have brugt mere end ét stof før indskrivningen. Andelen er dermed på samme niveau som sidste år.

De centralstimulerende stoffer, der er i fokus i unges eksperimenterende brug af stoffer, optræder i ringere omfang som hovedstof for misbrugere, der er indskrevet i behandling i 2010. Kun 8 % opgiver amfetamin, 5 % opgiver kokain, og 0,3 % opgiver ecstasy¹⁰ som hovedstof¹¹. Disse stoffer bliver således hovedsageligt brugt som supplement. Hash var hovedstof for 49 % af de indskrevne og er samtidig et meget udbredt sidestof. Således har 18 % af de indskrevne i 2010 angivet at have hash som sidestof. I alt 67 % af de indskrevne oplyser således at have et brug af hash.

Alder og kønsfordeling

I 2010 var der 77 % mænd og 23 % kvinder blandt stofmisbrugerne i behandling. Andelen af kvinder er dermed på niveau med tidligere år. Gennemsnitsalderen ved indskrivningen i 2010 var 31 år for både mænd og kvinder og dermed stort set uforandret i forhold til sidste år.

Sociale baggrundsvariable

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

En stor del af klienterne er på overførselsindkomster, kun 12 % er beskæftigede, hvilket er lidt lavere end i 2009. Over halvdelen er enten på dagpenge eller kontanthjælp. Samlet har 25 % en færdiggjort uddannelse ud over folkeskolen, og 8 % har forladt folkeskolen før afgangseksamen i 9. klasse. Det lave uddannelsesniveau skal ses i lyset af, at de fleste debuterer som stofmisbrugere i en ret ung alder. Også boligmæssigt er stofmisbrugerne dårligt stillede. Kun 59 % har selvstændig bolig, og 4 % er egentlig boligløse. Familiemæssigt levede en meget stor andel af såvel mandlige som kvindelige stofmisbrugere som enlige.

I alt 1.251 børn boede sammen med en misbruger indskrevet i behandling i 2010, mens 406 børn under 18 år var anbragt uden for hjemmet. Antal børn af stofmisbrugere i behandling – hjemmeboende som anbragte børn - er dermed lavere sammenlignet med tidligere år.

Udenlandske statsborgere

En mindre del af stofmisbrugere i behandling er udenlandske statsborgere, i alt 7 % i 2010. Andelen af klienter i behandling med fremmed nationalitet svarer nogenlunde til andelen med fremmed nationalitet i befolkningen som helhed.

¹⁰ Her opgjort som MDMA eller lignende.

¹¹ Procenterne er udregnet på basis af den del af behandlingspopulationen, som har angivet et hovedstof.

Nytilkomne i behandling

Register over stofmisbrugere i behandling giver informationer om, hvorvidt klienterne tidligere har været indskrevet i behandling. Informationer om de nyindskrevne er særligt interessante, da denne gruppe afspejler den seneste udvikling mht., hvilke stoffer der bruges hvor, hvilke indtagelsesmåder, der dominerer i hvilke aldersgrupper etc. Med andre ord kan man følge nye tendenser over tid mht. misbruget og rekrutteringen hertil. I tabel 5.2.2 findes oplysninger om de nytilkomne.

Tabel 5.2.2. Klienter indskrevet i behandling i året, som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere, 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	1.578	1.329	1.591	1.742	1.937	1.882
	ud af	ud af	ud af	ud af	ud af	ud af
Klienter der ikke er behandlet tidligere	5.228	5.426	4911	5.394	5.659	5.377
	(30 %)	(24 %)	(32 %)	(32 %)	(34 %)	(35 %)
M/K (%)	75/25	76/22	78/22	74/26	77/23	77/23
Gennemsnitsalder M/K	27/28	27/27	28/28	28/27	28/28	27/27
Opioider som hovedstof (%)*	19	15	17	15	12	11
Hash som hovedstof (%)*	46	50	53	56	65	67
Centralstimulerende stof som hovedstof (%)*	20	27	26	25	19	19
Injektion hos heroinmisbrugere (%)	19	18	24**	23	17	14

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling i 2005-2010.

Data for perioden 2007 til 2009 er opdateret i forhold til tidligere publikationer.

*Procent af dem, der opgiver hovedstof

**Der sker en stigning fra 2006 til 2007 i andelen af nye i behandling, som har injiceret. Dette sker samtidigt med et fald i kategorien "uoplyst risikoadfærd" fra 11 % til 4 %. Der kan således være tale om en forbedret registrering efter indførelse af ny registerprocedure.

Som det fremgår af tabel 5.2.2, havde 35 % af de indskrevne klienter i 2010 ikke tidligere været i behandling. Ikke overraskende var gennemsnitsalderen lavere blandt de nye end gennemsnitsalderen i behandlingspopulationen som helhed. Blandt de nytilkomne er lidt flere kvinder sammenlignet med kønsfordelingen i hele behandlingspopulationen.

Hovedstof og indtagelsesmåde

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 67 % i 2010, hvilket er en stigning sammenlignet med tidligere år. Blandt de 1.882 nytilkomne med oplyst hovedstof har kun 11 % opioider som hovedstof, og 19 % opgiver at have et centralstimulerende hovedstof (i dette tilfælde amfetamin, kokain eller ecstasy), hvilket er på niveau med 2008, men en større andel end blandt behandlingspopulationen som helhed.

Hvad angår indtagelsesmåden for heroin blandt de to "klientgrupper", er der også forskel, da 14 % af de ikke tidligere behandlede oplyser at injicere stoffet, mens 37 % af de tidligere behandlede har injiceret heroin. Forskellen på indtagelsesmåden mellem de to klientgrupper kan skyldes en "kortere misbrugskarriere", og at nytilkomne misbrugere af opioider for en dels vedkommende 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 en særlig analyse, som Sundhedsstyrelsen foretog i foråret 2005, baseret på udtræk af Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (Sundhedsstyrelsen 2005).

Fra 2003 til 2006 stiger antallet af unge mellem 18 og 29 år, der er i behandling, med 5,4 %, fra 4.466 til 4.706. Fra 2006 til 2007 faldt antallet, hvilket formentlig skyldes de ændrede registerprocedurer. I 2010 er 5.183 unge mellem 18 og 29 år i behandling, hvilket er det højeste niveau siden registerets start. Sammenholder man ungepopulationen i stofmisbrugsbehandling med det samlede antal danske unge i samme aldersgruppe, svarer 5.183 til, at 6,7 ud af 1.000 unge mellem 18 og 29 år er i behandling i 2010, hvilket er på niveau med sidste år.

Tabel 5.2.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2010 med kendt hovedstof (i procent)

	2003		2010	
	18 – 24-årige	Alle i behandling	18 – 24-årige	Alle i behandling
Hash	46,0	25,6	72,7	49,1
Heroin	15,3	30,2	3,9	13,0
Amfetamin	12,7	5,8	11,5	8,2
Kokain	5,8	4,4	4,3	5,0
Ecstasy	4,0	1,2	0,6	0,3
Andre opioider	4,8	20,1	2,1	18,7
Benzodiazepiner	1,7	2,1	1,6	2,1
LSD	0,0	0,0	0,2	0,1
Andet	9,8	10,5	3,1	3,6

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere indskrevet i behandling

Som det ses af tabel 5.2.3., er ungepopulationen karakteriseret ved i stigende grad at have hash og andre centralstimulerende stoffer som hovedproblem for deres misbrug. Både i 2003 og 2010 var der flere unge, der søgte behandling for deres hashmisbrug end for et heroinmisbrug. Det samlede antal unge under 30 år, der søger behandling for deres heroinmisbrug, er faldet markant gennem hele undersøgelsesperioden fra 746 personer i 1997, 493 i 2003 til 144 personer i 2010.

Stofmisbrugere i substitutionsbehandling

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

Fra 2008 baseres opgørelser om antallet af stofmisbrugere i substitutionsbehandling på data indberettet til Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB).

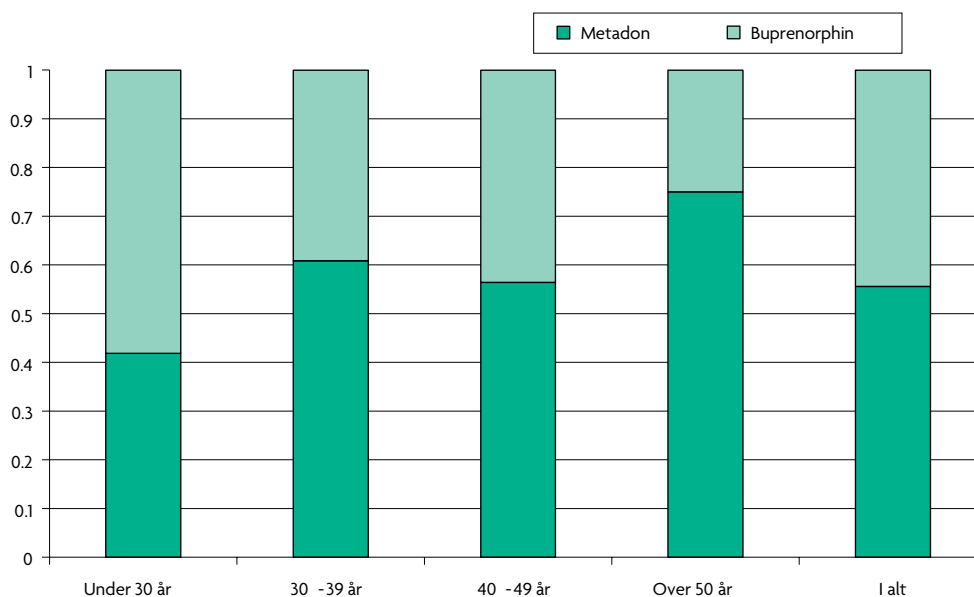
Da opgørelsesmetoden¹² og datagrundlaget¹³ er forskelligt fra 2008 og frem sammenlignet med årene før 2004, er resultaterne i de forskellige perioder ikke direkte sammenlignelige.

Opgørelsen fra Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling viser, at der blandt alle i stofmisbrugsbehandling er 7.370 personer i substitutionsbehandling i 2010, hvilket er på niveau med 2009. Medtages data fra Kriminalforsorgen er det samlede antal personer i substitutionsbehandling enten med metadon eller buprenorphin på knap 7.850 i 2010.

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

Antallet af personer i substitutionsbehandling med buprenorphin var på knap 1.280 personer i 2010 og dermed på niveau med 2009. Flere unge under 30 år er i substitutionsbehandling med buprenorphin sammenlignet med personer i de ældre aldersgrupper, jf. figur 5.2.1.

Figur 5.2.1 Andelen af personer i substitutionsbehandling med hhv. buprenorphin og metadon i 2010 fordelt på aldersgrupper



Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling

¹² I tidligere opgørelser var længerevarende substitutionsbehandling defineret som modtagelse af substitutionsbehandling i 5 måneder. I nærværende opgørelse er antallet af personer i substitutionsbehandling defineret på baggrund af de definitioner, der er fastsat af EMCDDA med baggrund i at opgøre personer i et pågældende år. I denne vil kun det sidst påbegyndte behandlingsforløb indgå i opgørelsen for personer indskrevet i behandling i 2010.

¹³ Tidligere opgørelser var baseret på ordinationsregisteret, mens nærværende opgørelse er baseret på registeret over stofmisbrugere i behandling (SIB).

Blandt klienter indskrevet i behandling for første gang i 2010 er 44 % og 56 % i substitutionsbehandling med henholdsvis buprenorphin og metadon, hvilket er på niveau med opdaterede data for 2009. 92 % af de nyindskrevne i 2010 er i stoffri behandling.

5.3 Stofmisbrugere i døgnbehandling

Særlige informationer om døgnbehandling indhentes gennem monitoreringssystemet DanRIS-Døgn, der er udviklet siden 2000. Alle døgninstitutioner, der behandler stofmisbrugere, er forpligtet til at indsende data til DanRIS. Antallet af døgninstitutioner tilmeldt DanRIS var i 2010 44. Af disse var 37 egentlige døgnbehandlingsinstitutioner. I nedenstående tabel er udviklingen i indskrivninger hvert halve år fra 2005-2010 vist.

Tabel 5.3.1. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling, 2005-2010

Tid	N	Alder	Kvinder
1. halvår 2005	713	32,8	27 %
2. halvår 2005	531	32,7	24 %
1. halvår 2006	623	33,1	26 %
2. halvår 2006	473	33,1	26 %
1. halvår 2007	650	33,3	25 %
2. halvår 2007	578	33,0	25 %
1. halvår 2008	726	34,0	27 %
2. halvår 2008	693	33,6	23 %
1. halvår 2009	682	33,0	25 %
2. halvår 2009	577	33,1	22 %
1. halvår 2010	564	31,9	22 %
2. halvår 2010	446	33,4	24 %
Alle	7256	33,1	25 %

Kilde: Center for Rusmiddelforskning, Dansk Registrerings- og Informationssystem, DanRIS. STOF, 2010

Som det fremgår af tabel 5.3.1, ses et fald i antal indskrevne i 2010 i forhold til 2009. Antallet af indskrevne i døgnbehandling i 2010 er også mindre end antallet i 2006, hvor der tidligere var færrest indskrivninger. Gennemsnitsalderen for stofmisbrugere i døgnbehandling er ikke væsentligt forandret gennem årene, og er 32,6 år i 2010. Andelen af kvinder synes ligeledes at være stabil over hele perioden. En person kan have flere indskrivninger pr. år, men der skal gå mindst 30 dage fra udskrivning før en tilbagevenden betragtes som ny indskrivning. De 1010 indskrivninger, der blev registreret i 2010, fordeler sig på i alt 943 personer.

De indskrevne i DanRIS, som har udfyldt et EuropASI-skema, kan opdeles alt efter deres stofforbrug. Heroingroupen omfatter alle, der angiver at have brugt heroin de sidste 30 dage inden indskrivning, gruppen af metadon(andre opioider)brugere er alle, der ikke anfører forbrug af heroin, men har et forbrug af enten metadon eller andre opiater (eksempelvis buprenorphin og ketogan), gruppen med centralstimu-

lerende stoffer (CSS) er personer, som ikke har oplyst et forbrug af heroin/opiater, men som oplyser at have brugt enten kokain eller amfetamin/ecstasy. Endelig er der gruppen af cannabisbrugere, som inkluderer personer, som ikke angiver brug af heroin/opiater eller centralstimulerende stoffer, men som angiver et forbrug af cannabis.

Gruppen af dem, der ikke anfører et forbrug af nogle af de førnævnte stoffer, men anfører et forbrug af enten nerve-/sovemedicin, inhalater, hallucinogener eller andre (uspecificerede) stoffer anføres som NIHA, mens ”ingen” består af personer, som ikke oplyser at have brugt nogle af ovenstående stoffer i de sidste 30 dage op til indskrivningen.

Tabel 5.3.2 Fordelingen af stofgrupper i 2008, 2009 og 2010. Opgjort over klienter, der har besvaret EuropASI-skemaet i forbindelse med indskrivning.

Stofgruppe	2008	2009	2010
Heroin	393 (40,7 %)	338 (36,5 %)	266 (35,4 %)
Metadon/opiater	199 (20,6 %)	202 (21,8 %)	157 (20,8 %)
CSS	155 (16,1 %)	159 (17,2 %)	132 (17,5 %)
Cannabis	92 (9,5 %)	123 (13,2 %)	113 (15,0 %)
NIHA	35 (3,6 %)	27 (2,9 %)	33 (4,4 %)
Ingen	92 (9,5 %)	78 (8,4 %)	52 (6,9 %)
Total*	966 (100 %)	927 (100 %)	753 (100 %)

Kilde: Center for Rusmiddelforskning, Dansk Registrerings- og Informationssystem, DanRIS. STOF, 2010.

Som det ses i tabel 5.3.2., er det især heroingruppen, der er reduceret fra 2008 til 2010, idet der er et fald fra 393 til 266 personer (i alt 127 personer = 32 %) i denne gruppe. Også gruppen, der bruger metadon og andre opiater, er reduceret. Her er reduktionen på 40 personer (21 %), mens gruppen med centralstimulerende stoffer er faldet med 23 personer (15 %) i 2010 i forhold til 2009. Den største relative reduktion ses i ingen-gruppen, som er reduceret med 43 % fra 2008 til 2010. Der er dog tale om en lille gruppe, som udgør mellem 7 % og 10 % af det samlede antal indskrevne med besvaret ASI-skema. Til sammenligning udgør den største gruppe, heroingruppen, mellem 35 % og 41 % af det samlede antal. Endelig skal det bemærkes, at der er kommet flere til i cannabisgruppen i både 2009 (stigning på 34 %) og 2010 (stigning på 23 %), end der var i 2008. Som med ingen-gruppen er der imidlertid tale om en mindre gruppe (fra 10 % af det samlede antal i 2008 til 15 % af det samlede antal i 2010). Samlet set er stofgruppernes sammensætning konstant fra 2008 til 2010 med et lille fald i andelen af henviste fra heroingruppen og en lille stigning i andelen af henviste fra cannabisgruppen.

Gennemførelse og belastningsgrad

Andelen af klienter, der gennemfører døgnbehandling som planlagt, er steget svagt fra 52 % i 2009 til 54 % i 2010. Det gennemsnitlige antal indskrivningsdage er i 2009/2010 133 dage og er dermed faldet med ca. en uge i forhold til de 139 dage i 2008.

I 2009 og 2010 havde døgnbehandlingsinstitutionerne udfyldt EuropASI-skema på henholdsvis 74 % og 75 % af klienterne indskrevet i året. Ud fra ASI-skemaet beregnes bl.a. den sociale belastning, herunder boligforhold og forsørgelse.

Sammenlignet med 2009 ses i 2010 en større belastningsgrad, hvad angår klienternes bolig- og indkomstforhold på enkelte områder. Andelen af indskrevne uden bolig steg fra 7 % i 2009 til 11 % i 2010. Andelen af klienter, der oplyser en hovedindkomst fra illegale aktiviteter, er steget fra 3 % i 2009 til 6 % i 2010.

De i alt 1010 indskrivninger i 2010 kommer fra 88 ud af de 98 danske kommuner.

5.4 Øvrige tiltag vedrørende stofmisbrugsbehandlingen

Fra 2007 til 2010 er gennemført et kvalitetsløft på stofmisbrugsområdet med henblik på at sikre, at stofmisbrugere får en korrekt sagsbehandling samt en kvalificeret stofmisbrugsbehandling. Kvalitetsløftet har omfattet en række initiativer, der tilsammen har medvirket til at opkvalificere fagpersoner på stofmisbrugsområdet. Blandt andet er bogen ”Stofmisbrug i et socialfagligt perspektiv” blevet udgivet og distribueret i april 2010 til misbrugsbehandlere, visitatorer, sagsbehandlere og andre fagfolk, der arbejder professionelt med stofmisbrug. Bogen giver overblik, viden og stof til refleksion og inspiration til det daglige arbejde på stofmisbrugsområdet.

I det følgende skitseres de behandlingsorienterede initiativer i den nationale handlingsplan mod stofmisbrug fra oktober 2010 og status på disse i skrivende stund.

Brug af tvang i behandlingen

Der skal ses på andre landes erfaringer med tvangstilbageholdelse af misbrugere. Dette med henblik på at lade resultaterne af en kortlægning indgå i overvejelserne om anvendelsen af tvang i en dansk sammenhæng.

SFI Campbell har gennemført en kortlægning af forskning om tvang i misbrugsbehandling, som særligt går i dybden med erfaringerne fra Sverige og Norge, hvor det i dag er muligt at tvangstilbageholde misbrugere uden samtykke. Der kan på baggrund af SFI Campbells kortlægning ikke konkluderes entydigt på effekterne af tvang i misbrugsbehandling, men erfaringerne fra især Norge peger på, at tvangstilbageholdelse af gravide misbrugere kan være et supplerende redskab til at beskytte fosteret under graviditeten. I Norge er det ufødte barn primær klient, når gravide misbrugere tvangstilbageholdes.

På den baggrund er der nedsat en arbejdsgruppe, som skal se på mulighederne for udarbejdelse af en dansk model for tvangstilbageholdelse af gravide stof- og alkoholmisbrugere. Modellen vurderes at skulle indeholde to dele: 1) Den egentlige tvangstilbageholdelse af den gravide kvinde og 2) tilbud om sundhedsfaglig- og social behandling, herunder evt. medicinsk stabilisering/nedtrapning/afrusning, målrettet den enkelte kvinde under tvangstilbageholdelsen.

Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra Social- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og med deltagelse af Sundhedsstyrelsen og

Servicestyrelsen. Tvangstilbageholdelse af gravide stofmisbrugere hører under Social- og Integrationsministeriets område og tvangstilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere hører under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Kombination af kokain- og hashmisbrugsbehandling

Initiativet går ud på at udvikle behandlingsmodeller, der kombinerer behandling af kokainmisbrug med behandling af hashmisbrug og alkoholmisbrug. Modellerne skal stilles til rådighed for kommunerne, så kommunerne kan blive inspireret heraf. Erfaringer fra Københavns Kommune viser, at hash- og kokainmisbrugere supplerer hinanden godt i grupper og giver en mere ligelig kønsfordeling i grupperne. Der er afsat otte millioner i 2011-2014 til initiativet. Servicestyrelsen er pt. i gang med udarbejdelse af vejledning og puljemateriale.

Uddannelsestilbud på stofmisbrugsområdet

Der skal iværksættes et uddannelsestilbud i 2010-2013 til fagpersoner på stofmisbrugsområdet med fokus på en bred opkvalificering af stofmisbrugsbehandlere i forhold til den sociale behandlingsindsats. Uddannelsestilbuddet vil være et led i den eksisterende sociale diplomuddannelse. Uddannelsestilbuddet skal blandt andet formidle nyeste viden om det sociale stofmisbrugsområde i forhold til metoder, teori, evidensbaseret behandling, tværgående- og helhedsorienteret indsats, brugerinddragelse, retssikkerhed, samarbejde med og omkring brugerne, organisering på misbrugsområdet, de sociale følgevirkninger af stofmisbruget og særlige misbrugsgrupper, herunder misbrugere med psykiske lidelser. Tilbuddet skal således give et solidt fundament for arbejdet med stofmisbrugere i forhold til både det metodiske arbejde og den retlige ramme for arbejdet. Der er afsat seks millioner kroner i 2010-2013 til initiativet. Status på udmøntningen af initiativet er, at der udvikles moduler om stofmisbrug på diplomuddannelser på fire sociale højskoler, og de er udbudt i maj 2011. Uddannelserne starter i efterårsemestret 2011, og de tilknyttede økonomiske støtteordninger er etableret.

Kompetenceudvikling mht. socialt marginaliserede med kaotisk blandingsmisbrug
Fagpersoner, der arbejder med socialt marginaliserede kaotiske blandingsmisbrugere skal kompetenceudvikles. Det gælder særligt udvikling af frontmedarbejdernes kompetencer til at kunne varetage koordinations- og vejledningsopgaver samt tilrettelægge en helhedsorienteret indsats. Initiativet indgår som en del af initiativet "Uddannelsestilbud på stofmisbrugsområdet" (beskrevet ovenfor).

Undersøgelse om de socialt marginaliserede med kaotisk blandingsmisbrug

Der skal gennemføres en undersøgelse af kokainmisbrugets omfang hos socialt marginaliserede personer med kaotisk blandingsmisbrug. Det skal undersøges, hvilke indsatsproblemer der gør sig gældende i forhold til denne gruppe. Undersøgelsen skal også afdække, om der inden for gruppen er særlige risikogrupper, for eksempel indvandrere og psykisk syge, hvis problemer komplicerer indsatsen yderligere. En sådan undersøgelse vil kunne give en dybere indsigt i området og dermed en større sikkerhed for, at de udviklingsinitiativer, der tages, imødekommer netop det særlige i kokainproblemet. Status på initiativet er, at udbuddet er udarbejdet.

Øget informationsindsats om borgere med dobbeltdiagnoser

Vidensniveauet hos fagfolk, som arbejder med mennesker med en dobbeltdiagnose

i kommunalt og regionalt regi, skal øges. Undersøgelser peger nemlig på, at en stor andel af alle misbrugere har en psykiatrisk lidelse, og at mange af disse borgere falder mellem to stole i behandlingssystemet. Der er derfor sat gang i udarbejdelsen af informationsmateriale, hvor ansvarsfordelingen mellem de forskellige sektorer skitseres, og gode erfaringer og godt samarbejde mellem sektorerne fremhæves, således at praksis kommer til at fungere mere optimalt. Der er afsat i alt 0,5 millioner kroner i 2011 til initiativet.

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

På baggrund af erfaringerne fra to screenings- og udredningsprojekter i Aarhus og Fredericia skal der udvikles modelprojekter, der kvalificerer screenings- og udredningspraksis af dobbeltbelastede brugere i misbrugsbehandlingen. Målet med modelprojekterne er at afprøve og udvikle screenings- og udredningsmodeller, der kortlægger brugerens behandlingsbehov i misbrugscentrene eller i behandlingspsykiatrien. Desuden skal det koordinerende samarbejde mellem misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien styrkes i forhold til screening og udredning af målgruppen med henblik på at forbedre det samlede behandlingsforløb for misbrugeren. Status på initiativet er, at fire projektkommuner er udvalgt og indleder projektarbejdet i efteråret 2011. Der er afsat i alt 14 millioner kroner i 2011-2014 til initiativet.

Forsøg med udgående indsatser til unge med misbrugsproblemer

Der oprettes en pulje til forsøg med udgående indsatser på ungdomsuddannelserne. Det kan for eksempel være i form af en misbrugsbehandler, der tilknyttes et uddannelsessted nogle timer om ugen eller ved, at der på anden vis etableres tilknytning mellem misbrugscenter og uddannelsesinstitution, så de studerende kan modtage let tilgængelig hjælp. Hjælpen kan både omfatte opsporing, rådgivning og motiverende tiltag og skal være med til at fastholde de unge på uddannelsen. Forsøgene evalueres med henblik på videreformidling af resultaterne til resten af landet. Initiativets ansøgningspulje forventes offentliggjort i 2011, og evalueringen er under planlægning og forventes iværksat i 2012.

God ungebehandling

Eksempler på principper for god behandling/god hjælp til unge stofmisbrugere skal udbredes med henblik på at inspirere kommunerne til en bedre indsats over for unge. Informationsmaterialet udgives i starten af 2012.

5.5 Aktuel forskning i stofmisbrugsbehandlingen

Fokusområderne i forskning i behandling af stofmisbrug ændres løbende. På Center for Rusmiddelforskning er der aktuelt særlig opmærksomhed på følgende fire områder:

Behandling af særlige grupper af klienter med specifikke metoder, såsom personlighedsforstyrrelser, ADHD og traumer m.m. I en række igangværende projekter undersøges, hvorledes specifikke metoder virker på specifikke psykiatriske tilstande så som angst, depression og antisocial personlighedsforstyrrelse (ASPD). Specielt ASPD er der aktuelt særlig opmærksomhed på. Desuden er der netop påbegyndt to ph.d.-projekter med særlig fokus på ADHD og post traumatisk stress syndrom (PTSD). En-

delig er der under denne kategori påbegyndt en undersøgelse af effekten af Client – Directed – Outcome – Informed, hvilket er en behandling af unge mellem 18-30, der har udviklet et misbrug af hash. Disse undersøgelser er alle randomiserede eksperimenter.

Behandling af yngre stofmisbrugere. Såvel aktuelt som i de senere år har der i særlig grad været opmærksomhed på behandling af unge under 18 år, som har udviklet et misbrug af stoffer. En større undersøgelse, som foreløbig involverer 650 unge under 18, som er indskrevet i behandling for deres stofmisbrug, og en dertil knyttet opfølgingsundersøgelse er aktuelt i gang. Ligeledes har to ph.d.-projekter været i gang siden 2010 med særligt fokus på unge misbruges liv og den behandling, de tilbydes. Begge disse ph.d.-projekter er kvalitative undersøgelser.

Behandling set i forhold til organisering og den totale målgruppe. Der findes nationalt eller internationalt meget lidt forskning, som forsøger at forholde den totale målgruppe med organisering og behandlingsudbytte. Det igangværende projekt inkluderer en større survey i fire danske kommuner, hvor i alt 13.200 vilkårligt udvalgte personer kontaktes. Derudover foretages en samkøring af nationale behandlingsregistre og kriminalitetsregistre for alle kommuner med særlig fokus på de fire udvalgte kommuner. Der foretages yderligere en undersøgelse af kommunernes organisering af stof- og alkoholbehandlingen og en undersøgelse af de politiske beslutninger, der ligger bag organiseringen. Eksempelvis undersøges det, hvor mange fra målgruppen, der modtager behandling, hvem der når flest fra målgruppen, og hvad der er behandlingens resultat (ud fra samkøring af registre).

Endelig skal nævnes projektet ”**Prison-based drug treatment in the Nordic countries. Control and rehabilitation in Welfare State institutions**”, som er en større sociologisk/antropologisk undersøgelse af den fængselsbaserede stofmisbrugsbehandling i fire nordiske lande. I Danmark inkluderer projektet en undersøgelse af behandlingen i tre fængsler samt et ph.d. projekt.

6 Sundhedsrelaterede konsekvenser som følge af stofmisbrug

En række sundhedsmæssige problemer og konsekvenser kommer i kølvandet 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.

Antallet af narkotikarelaterede dødsfald opgøres i to parallelle registre – i Rigspolitiets register og i Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister. Sidstnævnte register benyttes til europæisk sammenligning og er baseret på fælles europæisk definition.

Fra 2005 til 2008 skete et fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald i Rigspolitiets register. Fra 2008 til 2009 sås herefter en stigning, og antallet af dødsfald ligger i 2010 på samme niveau som i 2009. Analyser af disse dødsfald gennem årene viser, at der hovedsagligt er tale om forgiftningsdødsfald som følge af et blandingsmisbrug. Ifølge Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister har antallet af narkotikarelaterede dødsfald været jævnt faldende siden 2006, men også her ses en stigning fra 2008 til 2009.

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

Psykiske lidelser hos stofmisbrugere er hyppige, idet stofmisbrug ofte optræder sammen med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer i form af panikreaktioner, angstanfald, depressioner og personlighedsforstyrrelser og lignende. Opgørelser over psykiatriske indlæggelser viser, at der er sket en stigning gennem årene i antal patienter, der indlægges i psykiatrisk behandling, hvor stofmisbrug er medvirkende faktor ved indlæggelserne (dobbeltdiagnoser).

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

6.1 Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofmisbrugere

Rigspolitiet har registreret narkotikarelaterede dødsfald siden 1970. Registeret omfatter dødsfald, hvor der er sket indberetning til politiet med henblik på medikolegalt ligsyn, og hvor der samtidig foreligger oplysninger om et stofmisbrug. Det drejer sig fx om dødfundne, pludselig uventede døde, ulykker - herunder forgiftninger, drab og

selvmord. Dødsfald forårsaget af forgiftning eller anden ulykke, hvor den pågældende havde indtaget narkotika, vil således blandt andet blive registreret i Rigspolitiets register.

Parallelt med Rigspolitiets register har Sundhedsstyrelsen siden 1995 offentliggjort en statistikserie over narkotikarelaterede dødsfald. Opgørelsen baserer sig på oplysninger hentet fra Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister og omfatter de dødsfald, som efter en fælles EU beslutning anses at være narkotikarelaterede. Definitionen omfatter en række ICD10 koder for dødsårsager, som udgør en kernegruppe af narkotikarelaterede dødsårsager.

Forskellene mellem tallene i Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald og Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister skyldes således både forskelle i de baggrundspopulationer, hvorfra de narkotikarelaterede dødsfald er udtrukket og forskelle i definitioner af et narkotikarelateret dødsfald.

I forbindelse med at det europæiske narkotikaovervågningscenter, EMCDDA, årligt offentliggør sammenligningsdata over de narkotikarelaterede dødsfald på europæisk plan, er det helt overvejende udtræk fra landenes dødsårsagsregister (som det er fra Danmark), der benyttes, i henhold til ovenfor nævnte definitioner. Dette udtræk benævnes som den "nationale definition". På den baggrund bør sammenligninger med andre europæiske lande baseres på den "nationale definition" for at sikre størst mulig sammenlignelighed.

I en dansk sammenhæng er Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald en vigtig kilde til beskrivelsen af udviklingen over tid, og indeholder værdifulde oplysninger om forgiftninger.

Som det fremgår af opgørelser af de narkotikarelaterede dødsfald, registreret både i Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister og i opgørelsen fra Rigspolitiet, ses i det store hele en faldende tendens i antallet af narkotikarelaterede dødsfald indtil 2008. Herefter stiger antallet.

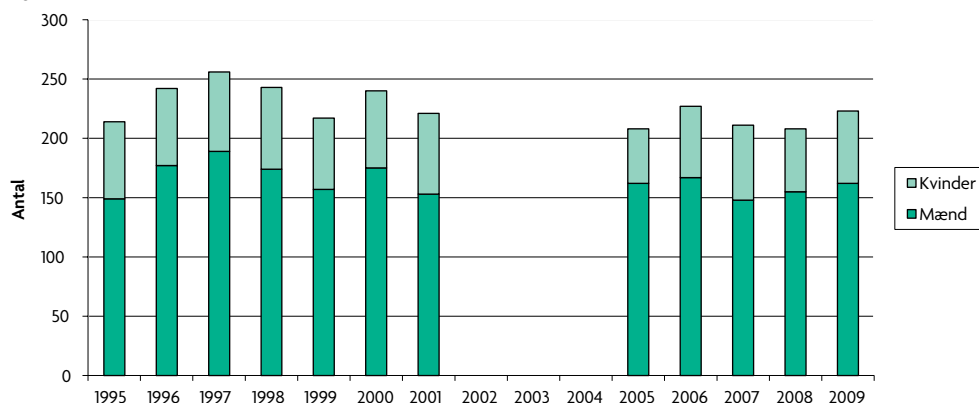
Sundhedsstyrelsens opgørelse, baseret på dødsårsagsregisteret

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

Figur 6.1.1 viser udviklingen af narkotikarelaterede dødsfald registreret i Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister for perioden 1995-2009¹⁴.

¹⁴ Valide tal for narkotikarelaterede dødsfald for 2002-2004 foreligger ikke. Hertil kommer, at 2010-tal endnu ikke er opgjort.

Figur 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald 1995-2009.*



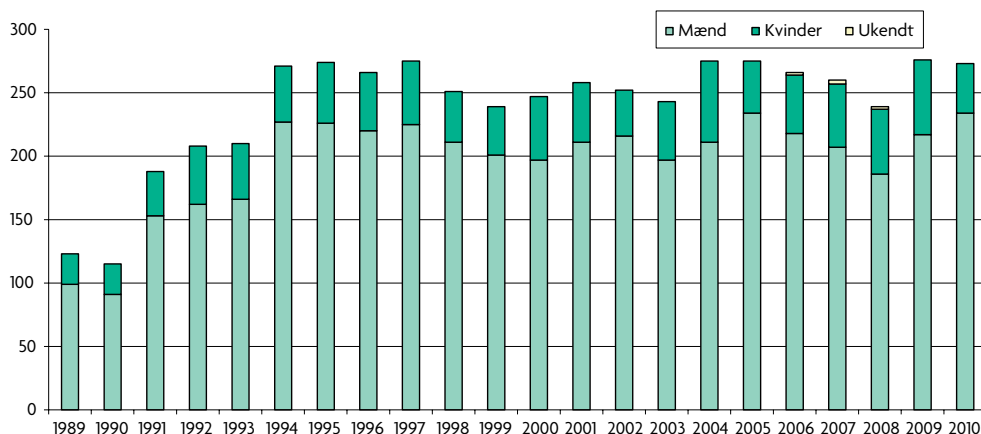
Kilde: Sundhedsstyrelsens Dødsårsagsregister

* Årgangene fra 2007 til 2009 i Dødsårsagsregisteret er ikke fuldstændig komplette. På basis af det reelle antal dødsfald som kendes fra CPR-registeret er de viste søjler (og tabel i annex) for 2007, 2008 og 2009 blevet forhøjet med hhv. 2,4; 2,8 og 3,4 pct. for at blive sammenlignelige med tidligere år.

I 2009 er antallet af registrerede narkotikarelaterede dødsfald 222, hvilket er højere sammenlignet med antallet af dødsfald i 2008. Betragter man hele perioden, 1995-2009, svinger antallet af dødsfald mellem 200-250. Antallet er lavest i 2005 og 2008, hvor der er registreret 208 dødsfald. I 2009 stod mænd for 73 % (161) af samtlige narkotikarelaterede dødsfald. I de øvrige år svinger andelen mellem 69 % og 74 %.

Fra midten af 90'erne (figur 6.1.2) har antallet af dødsfald registreret i Rigspolitiets register ligget nogenlunde konstant, dog med årlige udsving (se tabel 6.1.1 i annekset). I 2010 blev der registreret 273 narkotikarelaterede dødsfald, og antallet ligger dermed på samme niveau som sidste år. Af de 273 dødsfald var 86 % mænd (234) og 14 % var kvinder (39). Gennemsnitsalderen ved død er i mange år steget. I 1993 var gennemsnitsalderen 33 år, mens den i 2009 var steget til 39,6 år. I 2010 var gennemsnitsalderen 38,7 år og dermed lavere end sidste år. Gennemsnitsalderen ved død blandt mænd i 2010 var 38,2 år i 2010, mens den for kvinder var 41,9 år i 2010. Ca. 22 % af samtlige narkotikarelaterede dødsfald årligt sker blandt de unge under 30 år.

Figur 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald, 1989-2010. Baseret på Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald. Fordeling efter køn.



Kilde: Rigs politiet 2011

Ud af de 273 dødsfald i 2010 skyldtes 75 % (204) forgiftninger med et eller flere stoffer. Som tabel 6.1.3. nedenfor viser, skyldtes 33 % af forgiftningerne (67 ud af 204) heroin/morfin eller heroin/morfin i kombination med et andet stof, mens 44 % af forgiftningerne (89 ud af 204) skyldtes metadon eller metadon i kombination med et andet stof. I alt 7 af forgiftningsdødsfaldene i 2010 skyldtes forgiftning med enten amfetamin (3) eller kokain (1), eller ecstasy og ecstasylignende stoffer(3). 69 af de 273 narkotikarelaterede dødsfald skyldtes anden form for narkotikarelateret død - fx vold, anden ulykke end forgiftning, sygdom eller en ukendt dødsårsag.

Tabel 6.1.3. Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år grupperet efter den formodede væsentligste dødsårsag. Tal i parentes er procent

	1991	1997	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Heroin/morfin	94 (57)	153(71)	60 (30)	81 (38)	77 (37)	83 (37)	69 (34)	70 (36)	75 (36)	67 (33)
Metadon	51 (31)	46 (21)	97 (49)	95 (44)	89 (43)	92 (42)	84 (41)	82 (42)	96 (47)	89 (44)
Andet	9 (12)	17 (8)	41 (31)	38 (18)	40 (20)	46 (21)	52 (25)	43 (22)	35 (17)	48 (24)
Forgiftninger i alt	154 (100)	216 (100)	198 (100)	214 (100)	206 (100)	221 (100)	205 (100)	195 (100)	206 (100)	204 (100)

Kilde: Rigs politiet, 2011

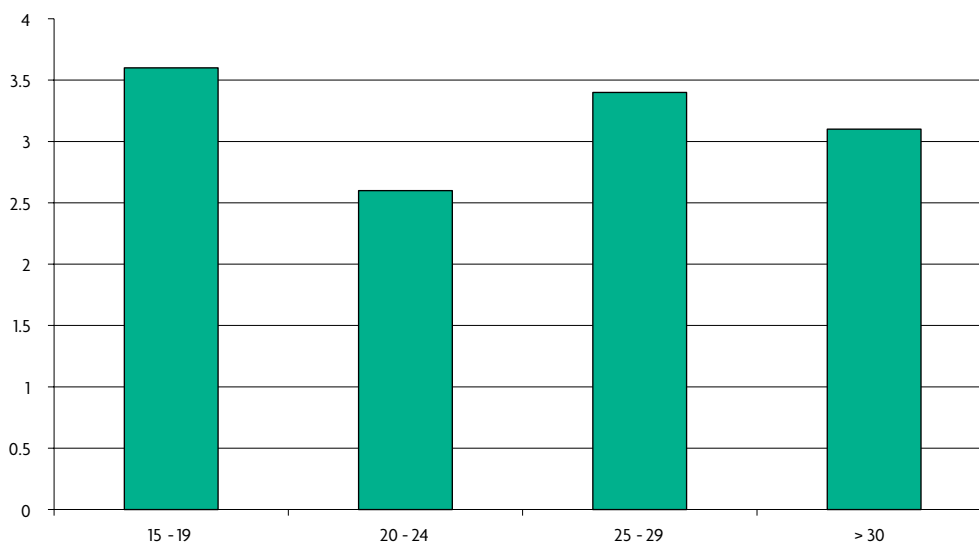
Tabel 6.1.3. viser udviklingen i de forskellige forgiftningsdødsfald i årene 1991, 1997 og fra 2003 og frem til 2010. Helt overordnet set tegner forgiftningsdødsfald med opioider (heroin/morfin og metadon) sig i alle årene for hovedparten af forgiftningsdødsfaldene.

Fra 90'erne til i dag ses dog en markant ændring af forgiftningsmønsteret, idet der inden for gruppen af forgiftninger med opioider fra 1997 til 2003 er tale om et fald i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med heroin/morfin angives som den primære årsag, mens der er en tilsvarende stigning i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med metadon angives som den primære årsag. Endelig har der siden 1997 været en kraftig stigning i andelen af dødsfald, hvor forgiftning med "andet" er angivet som den

primære årsag. Gruppen af ”andet” indeholder stoffer såsom amfetamin, kokain og andre (stærke) opioider. Fra perioden 2007 til 2010 ses dog et lille fald i både antallet og andelen af disse typer dødsfald. I 2010 gjaldt det, at der under kategorien ”andet” blandt andet var følgende forgiftningsdødsfald; andre opioider(stærke): 7, ketobemidon: 4, amfetamin: 3, ecstasy og ecstasy lignende stoffer: 3, antdepressiva: 2, andet fx GHB og ketamin: 2¹⁵ og kokain: 1¹⁶.

Det bør fremhæves, at det stof, som angives i venstre kolonne i tabel 6.1.3., er det stof, som af retsmedicinerne er klassificeret som hovedårsag til forgiftningen. I langt de fleste forgiftningsdødsfald er der tale om, at flere stoffer samtidig medvirker til forgiftningen – det vil sige at mere end ét stof blev fundet i en dødelig dosis. Ligeledes er andre stoffer, som også kan påvises hos den afdøde, såsom benzodiazepiner, alkohol m.m., medtaget. I nedenstående figur 6.1.3 ses antallet af påviste stoffer i gennemsnit i blodet hos de afdøde narkotikadøde i forskellige aldersgrupper.

Figur 6.1.3. Antal stoffer påvist blandt forgiftningsdødsfald i 2010 i gennemsnit i forskellige aldersgrupper



Kilde: Rigspolitiet, 2011

Som figuren viser, påvises mellem 3 og 4 forskellige stoffer i gennemsnit i forgiftningsdødsfaldene, hvilket dokumenterer et udbredt blandingsbrug blandt dem, der dør. Dette gælder især blandt de helt unge.

Geografisk udvikling

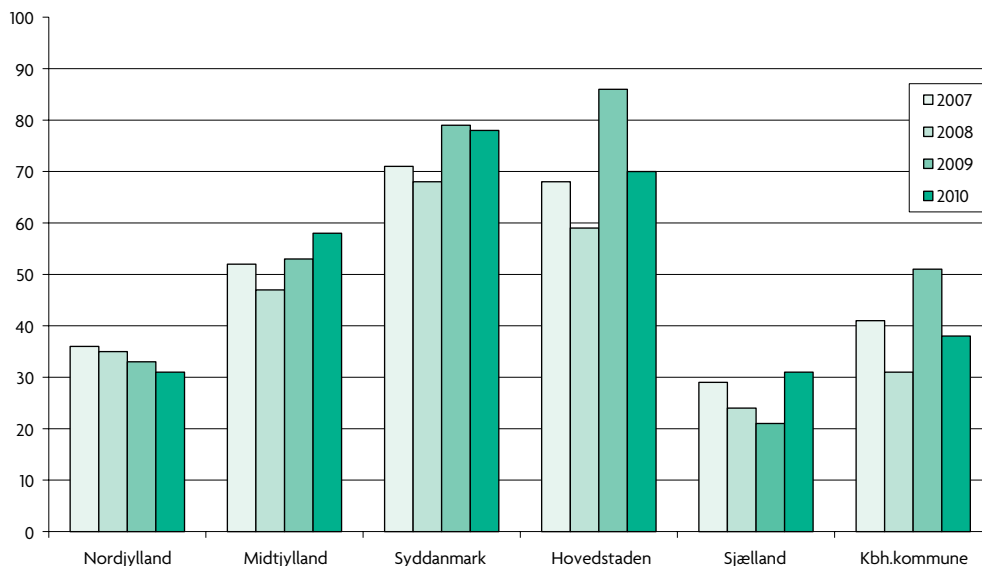
Af de 273 narkotikarelaterede dødsfald i 2010 er 110, 106 og 57 undersøgt og rapporteret ind henholdsvis fra de retsmedicinske afdelinger/institutter i Jylland, Sjælland og Fyn. I de senere år er der set flere narkotikarelaterede dødsfald i Jylland end på Sjælland, og færrest på Fyn.

15 Opgørelse af gruppen af ”andet” i tidligere år, kan ses i annekset.

16 Se tabel 6.1.4 i annekset for oversigt over sådanne dødsfald de senere år.

Udviklingen i samtlige antal narkotikarelaterede dødsfald i 2007, 2008, 2009 og 2010 fordelt på regioner samt Københavns Kommune ses af figur 6.1.4. nedenfor.

Figur 6.1.4. Narkotikarelateret dødsfald fordelt på regionerne samt Københavns Kommune (dødsfald i Københavns Kommune er inkluderet i søjlerne for region hovedstaden).



Kilde: Rigspolitiet, 2011

Som nævnt indledningsvis, er der sket et fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald fra 2005 til 2008 for igen at stige fra 2008 til 2010. Det ses af figur 6.1.4 samt tabel 6.1.4. i annekset, at faldet i de narkotikarelaterede dødsfald fra 2007 til 2008 (fra 260 til 239 dødsfald) fordeles på samtlige regioner og Københavns Kommune. Ligeledes ses, at stigningen fra 2008 til 2009 (fra 239 til 276 dødsfald) fordeles på alle regioner og Københavns Kommune, bortset fra Regionerne Nordjylland og Sjælland, hvor faldet fortsætter. Fra 2009 til 2010 ses så et fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald i region Nordjylland og i Hovedstaden, mens der ses en stigning i de øvrige tre regioner. Opgørelsen er baseret på den bopælskommune, stofmisbrugeren var registreret i på dødstidspunktet, og ikke hvor dødsfaldet fandt sted.

6.2 Forgiftninger med illegale stoffer

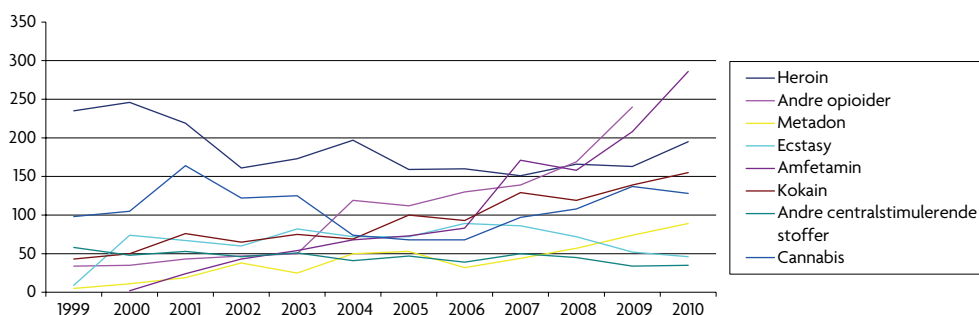
Udtrækket fra Landspatientregisteret (LPR) omfatter sygehuskontakter med forgiftning som aktionsdiagnose, registreret på landets offentlige eller private somatiske eller psykiatriske sygehuse. Kontakten indbefatter skadestuebesøg samt indlæggelser, hvor patienten ikke er blevet overflyttet fra en skadestue.

Af tabel 6.2.1 i annekset fremgår omfanget og udviklingen af de registrerede forgiftninger med de forskellige illegale stoffer fra 1999 til 2010. Fra 2000 ændrede kodningspraksis sig ved, at det herefter blev muligt at specificere forgiftninger med amfetamin og khat. En formodet underrapportering af disse forgiftninger betyder, at der er tale om en minimumsopgørelse. I 2010 er benyttet et andet udtrækskriterium end i tidligere år, hvorfor tidligere års opgørelser ikke er identiske med foreliggende

opgørelser. Det skal endvidere bemærkes, at udtræk fra LPR for 2010 er foretaget i august 2011, mens de i de tidligere år er foretaget i maj/juni. Dette kan betyde, at stigningen fra 2009 til 2010 er lidt højere, end den havde været, hvis udtrækket i stedet var blevet foretaget et par måneder tidligere. Tallene er som nævnt usikre og skal læses med forbehold på grund af diagnostiske og andre fejlkilder.

I alt er der registreret 16.308 forgiftninger i de 12 undersøgelsesår. Langt de fleste forgiftninger, godt 90 %, er behandlet på de somatiske skadestuer/sygehuse, og de resterende knap 10 % på de psykiatriske skadestuer/sygehuse. Hvad angår kønsfordeling, er lidt over dobbelt så mange mænd (67 %) som kvinder (33 %) registreret med en forgiftning i alle undersøgelsesår. Nedenstående figur viser udviklingen af forgiftninger med de forskellige stoffer og omfatter, som nævnt, 16.308 forgiftninger i samtlige 12 år (tal vist i tabel 6.2.1. i annekset).

Figur 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999-2010



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk august 2011

Der er årligt registreret mellem 1147 og 1868 forgiftninger med illegale stoffer fra 1999 til 2010. Samlet set har der været en jævnt stigende tendens i perioden fra 1147 forgiftninger i 2005 til 1868 forgiftninger i 2010, hvilket svarer til en stigning på mere end 50 %. Stigningen ses især som følge af indtag af heroin og andre opioider, samt de centralstimulerende stoffer – især amfetamin og kokain.

Som tabel 6.2.2. nedenfor viser, sker de fleste forgiftninger med opioider ikke overraskende 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. 71 % af samtlige forgiftninger med både hallucinogenerne og de centralstimulerende stoffer er registreret blandt unge under 24 år. 2.939 (18 %) forgiftninger i perioden indtraf blandt unge under 20 år. Forgiftninger med centralstimulerende stoffer er hyppigst forekommende blandt unge, efterfulgt af et blandingsmisbrug eller stoffer, der ikke specificeres.

Tabel 6.2.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 12 undersøgelsesår (1999-2010) fordelt på forskellige aldersgrupper

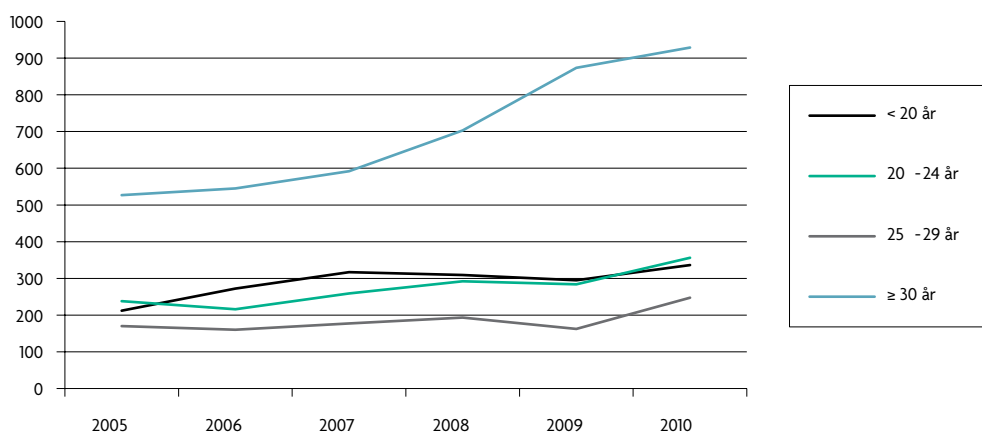
	< 20 år	20-24 år	25-29 år	≥ 30 år
Opioider	222	417	680	3543
Centralstimulerende stoffer	1171	1156	612	893
Svampe og hallucinogener	125	89	36	52
Cannabis	435	363	199	297
Blandingsmisbrug og uspecificeret	986	1029	779	3224
I alt	2939	3054	2306	8009

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk maj 2010

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 på 30 år og opefter står for 30 % af forgiftningerne i 2010 (ikke vist).

Udviklingen i antal forgiftninger gennem årene i de forskellige aldersgrupper ses i tabel 6.2.3. i annekset og illustreres i figur 6.2.3. nedenfor.

Figur 6.2.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper fra 2005-2010



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk august 2011

Som nævnt tidligere i foreliggende afsnit, ses der stigninger i antallet af forgiftninger fra 2005. Stigningen i antallet forgiftninger i årene ses især i gruppen over 30 år.

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-mel-

desystemet 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 år¹⁷. 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 2010 var 5 % (14 personer) af de nydiagnostiserede hiv-positive intravenøse stofmisbrugere. Andelen har ligget på mellem 4 og 11 % de sidste ti år.

Andelen af nyanmeldte aids-tilfælde, hvor smitekilden anses at være intravenøst stofmisbrug, har ligget relativt stabilt omkring 10 %. I 2010 var 11 % af de anmeldte aids-tilfælde fundet hos intravenøse stofbrugere, hvilket udgjorde 5 ud af i alt 44 personer.

Hepatitis A, B og C

Trods mindre udsving synes der de senere år at være sket et fald i antallet af registrerede tilfælde af akut hepatitis i hele befolkningen (tabel 6.3.2. i annekset). I de seneste 10 år har andelen af akutte hepatitis-tilfælde, hvor den smittede har været intravenøs stofmisbruger, ligget under eller omkring 1 % for hepatitis A, varieret mellem 0 og 32 % for akut hepatitis B, og mellem 0 til 85 % for akut hepatitis C. Til gengæld har andelen af personer anmeldt med kronisk hepatitis C på basis af intravenøst stofmisbrug ligget forholdsvist stabilt mellem 67-75 %. Antallet af anmeldte tilfælde af akut hepatitis B og C er få i Danmark, derfor skal de store udsving i andelen, der kan tilskrives intravenøs stofmisbrug, læses med forbehold. Da hepatitis C oftest er asymptomatisk i den akutte fase, er de anmeldte tilfælde givetvis underestimeret.

Undersøgelser over udbredelse af infektionssygdomme

Som led i kvalificering, harmonisering og kortlægning af forekomsten af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere i EU har Sundhedsstyrelsen i perioden 2004-2008 støttet et forskningsprojekt til undersøgelse af udbredelsen af infektionssygdomme blandt stofmisbrugere¹⁸. Der er undersøgt for forekomsten af hiv og hepatitis B og C blandt de narkotikarelaterede dødsfald (ca. 250 årligt), som bliver registreret i Rigspolitets register.

Analyseresultater fra den 5-årige undersøgelse har vist, at forekomsten af hepatitis B og C blandt stofmisbrugere over de senere år er nogenlunde konstant og muligvis faldende, samt at forekomsten af hiv blandt stofmisbrugere er uændret og relativt lav. Afhængigt af undersøgelsesår var ca. halvdelen af de undersøgte positive for antistoffer mod hepatitis C, mens ca. 1/4 var positive for hepatitis B (anti-HBc), og 1/4 var beskyttet mod hepatitis B (anti-HBs positive). Hiv infektion i undersøgelsespopulationen var nogenlunde uændret i perioden og under 4 %.

6.4 Stofmisbrugere i psykiatrisk behandling

Psykiske lidelser hos stofmisbrugere er velkendt, idet stofmisbrug ofte optræder sam-

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

18 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.

men med egentlig psykisk sygdom eller psykiske problemer i form af panikreaktioner, angstanfald, depressioner og personlighedsforstyrrelser.

I 2010 blev i alt 5031 personer indlagt på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose (dobbeltdiagnose). Dette er lidt færre end i 2009, hvor 5464 personer blev indlagt med en dobbeltdiagnose. Faldet fra 2009 til 2010 kommer efter en jævn stigning de senere år i antallet af indlagte på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret diagnose (se tabel 6.4.1. og 6.4.2. i annekset).

Antallet af personer indlagt med bidiagnoser alene relateret til stofbrug har været stigende indtil 2009, men i 2010 ses et lille fald. I 2010 udgjorde antal bidiagnoser 3445 (3718 i 2009). Antallet af personer indlagt med stofrelaterede hoveddiagnoser har ligeledes været stigende frem til 2009, men er som bidiagnoserne faldet lidt i 2010. I 2010 var 1586 personer indlagt med en stofrelateret hoveddiagnose (1746 i 2009). Antal personer og antal indlæggelser med bi- eller hoveddiagnoser er vist i tabeller i annekset samt illustreret ved figurer nedenfor.

Over de seneste 10 år har personer med hoveddiagnoser i relation til ”blandings-brug” (multiple eller andre psykoaktive stoffer) været den største gruppe. Næst hyppigst ses personer med cannabis-relateret hoveddiagnose, som omfattede 34 % af personer i psykiatrisk behandling med en stofrelateret hoveddiagnose i 2010. Personer med hoveddiagnoser relateret til cannabis er steget markant de seneste år, men ligger i 2010 nogenlunde på samme niveau som i 2009. I perioden har antallet af personer med opioidrelateret hoveddiagnose været svagt faldende, bortset fra perioden 2006 til 2009. I 2010 ses igen et fald i antal personer med opioidrelaterede hoveddiagnose.

Figur 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 2000-2010

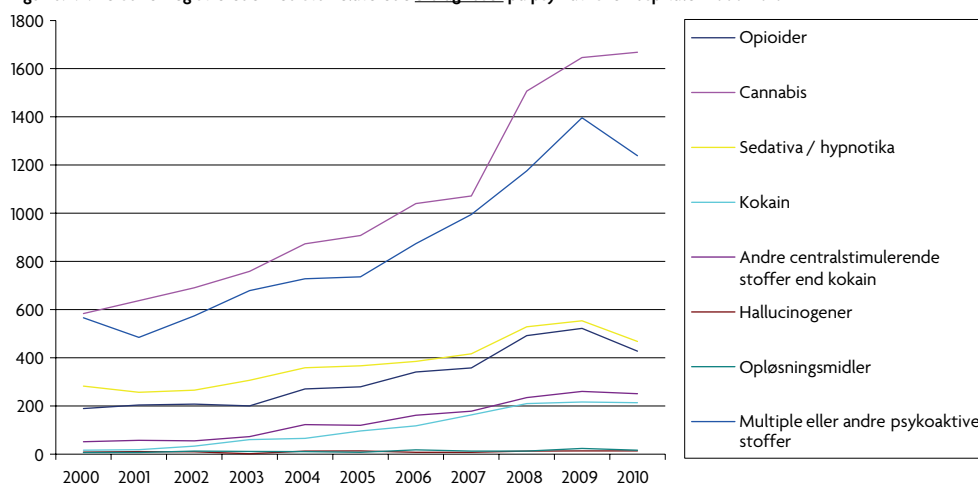


Kilde: Særligt udtræk fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital, Århus

Antallet af personer med cannabis bidiagnose er tredoblet i de seneste 10 år. Gruppen omfattede 566 personer i 1999 og 1668 personer i 2010.

Frem til 2009 ses ligeledes en stigning i antallet af personer, der blev indlagt med bidiagnoser relateret til kokain og andre centralstimulerende stoffer, om end antallet er væsentlig lavere end indlæggelser med cannabis bidiagnoser. I 2010 er de kokainrelaterede indlæggelser dog på samme niveau som i 2009. Antallet af indlæggelser med "blandingsbrug" bidiagnose er betydelig og udgør over 1/3 af det samlede antal indlæggelser med en bidiagnose relateret til stoffer, om end antallet af disse også er faldet i 2010.

Figur 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 2000-2010



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

7 Sundhedsmæssige indsatser

Misbrug af rusmidler har meget ofte alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser i form af omfattende fysiske og psykiske helbredsskader, som dels kan være livstruende og dels udvikle sig til en kronisk sygdomstilstand.

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

Stofmisbrugere har også en stærkt øget somatisk sygelighed samt meget højere dødelighed end baggrundsbefolkningen. Mange sygdomme, som stofmisbrugeren pådrager sig, såsom leverbetændelser og hiv, opstår som følge af usteril og skadevoldende intravenøst indtag. Hertil kommer hyppige sygdomme blandt stofmisbrugere i form af blodpropper og blodforgiftninger samt komplikationer såsom amputationer af ben og arme eller hjerteklapbetændelse. Også andre lidelser såsom fx tandsygdomme, traumer, lungesygdomme, TB og underlivssygdomme ses ofte hos misbrugerne. Dette er lidelser, der ikke direkte er forårsaget af misbruget, men er forbundet med de særlige levekår og den livsstil, som ofte ses i forbindelse med et aktivt stofmisbrug.

Stofmisbrug er i en del tilfælde en langvarig 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 og særlige målrettede sundhedsfaglige tilbud er derfor i høj grad et integreret element i narkotikapolitikken.

Et bredt flertal i Folketinget har med satspuljeaftalerne de senere år afsat midler til iværksættelse af en række forskellige sundhedsfaglige tilbud og skadereducerende tiltag til stofmisbrugerne i og uden for det etablerede stofmisbrugsbehandlingssystem.

7.1 Forebyggelse af sygelighed blandt stofmisbrugere

Fokus for indsatser de senere år har været rettet mod iværksættelse af en række sundhedsfremmende indsatser til at begrænse de skader, som er forbundet med at have et misbrug og sikre, at stofmisbrugerne kan få den sundhedsfaglige rådgivning og behandling, de har behov for.

Via satspuljeaftalerne har et bredt flertal i Folketinget blandt andet medvirket til, at stofmisbrugere siden 2004 har kunnet tilbydes gratis vaccination mod hepatitis A og B. Hertil kommer iværksættelsen af ordning med tilsætning af vandampuller til de sprøjtesæt, der i forvejen uddeles til stofmisbrugerne.

Der er i disse år ligeledes fokus på at højne kvaliteten i den sundhedsfaglige stofmisbrugsbehandling. Dels har Sundhedsstyrelsen i 2008 udarbejdet en vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, og dels blev der i 2010 indført behandling med heroin som en mulig behandlingsform til en

begrænset gruppe af stofmisbrugere. Vejledningen om substitutionsbehandling giver nye retningslinjer om valg af det mere sikre substitutionspræparat buprenorphin som førstevalgs-præparat (for nærmere om heroinordningen se afsnit 7.4.).

Endelig er der via satspuljeaftalerne de senere år afsat midler til flere forskellige indsatser, der yder sundhedsfaglig rådgivning og behandling til stofmisbrugerne i gademiljøet eller på væresteder. Også særlige regionale familieambulatorier til gravide stofmisbrugere og deres børn er i 2011 endeligt etableret (for nærmere om indsatserne se afsnit 7.5).

7.2 Forebyggelse af forgiftninger og narkotikarelaterede dødsfald

Som nævnt tidligere i foreliggende rapport udkom handlingsplanen mod narkotikamisbrug ”Kampen mod narko II” i oktober 2010 og lagde op til en række nye initiativer i kampen mod stofmisbruget. Et af initiativerne er at kvalitetssikre den sundhedsfaglige misbrugsbehandling ved at udarbejde en vejledning om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger. Mange læger har et utilstrækkeligt kendskab til de komplekse kliniske tilstande, der knytter sig til rusmiddelforgiftninger, som særligt optræder ved blandingsmisbrug. Vejledningen om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger skal derfor kvalitetssikre den sundhedsfaglige behandling i blandt andet akutte modtageafdelinger, således at man i hospitalsregi bliver bedre til at behandle de akutte forgiftninger, som i værste fald kan medføre døden. Vejledningen forventes færdig primo 2012.

I de senere år har der været arbejdet på at gennemføre en kvalitetssikring og udvikling af substitutionsbehandlingen i Danmark. I praksis iværksatte Sundhedsstyrelsen en fremadrettet gennemgang af hele den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, der udmøntede sig i vejledningen om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008).

Vejledningen skal medvirke til at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt stofmisbrugere ved at sikre en ensartet og acceptabel kvalitet i de væsentligste lægelige kerneydelser, der knytter sig til substitutionsbehandlingen af opioidafhængige. Formålet med vejledningen er således at understøtte og styrke den helhedsorienterede indsats gennem retningslinjer for selve substitutionsbehandlingen og en beskrivelse af de lægelige kerneydelser, som knytter sig til behandlingen.

Med udgangspunkt i 10 indikatorer for de væsentligste lægelige kerneydelser har Sundhedsstyrelsen pr. 1. januar 2011 etableret et kvalitetssikrings-værktøj, hvor kommunerne i form af en årlig elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen registrerer aktiviteterne lokalt. Såvel kommunerne selv som Sundhedsstyrelsen vil med denne indberetning få et overblik over den lægelige behandling på området, og der vil hermed skabes mulighed for en fremadrettet kvalitetssikring af den sundhedsfaglige indsats over for stofmisbrugerne.

7.3 Forebyggelse og behandling af infektionssygdomme

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2007 en handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C. Planens gennemførelse blev finansieret af satspuljeaftalerne i 2006.

I handlingsplanen anbefales, at kommunerne skal sikre, at målgruppen systematisk bliver tilbudt dels forebyggende foranstaltninger i form af oplysning og rådgivning om forebyggelse af blodbåren smitte til stofmisbrugere, hvad enten de findes smittede eller ej, dels screening for hepatitis A, B og C samt hiv, dels vaccination mod hepatitis A og B, samt endelig henvisning til behandling. 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 smitterisikoen 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. Endelig er det en tilsigtet effekt, at der kan iværksættes relevante behandlinger til smittede med hepatitis C, og at vaccination mod hepatitis A og B vil beskytte helbredstilstanden, hvis man er smittet med hepatitis C.

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

For at kortlægge omfanget af allerede gennemførte tiltag i kommunerne som følge af handlingsplanen fra 2007 og inden det ovenfor nævnte indberetningssystem var klart, bad Sundhedsstyrelsen kommunerne i 2009 om en mere kvalitativ status for den faktiske implementering af handlingsplanen. 85 % af kommunerne meldte tilbage til Sundhedsstyrelsen herom. På de fire hovedparametre (rådgivning, screening, vaccination og henvisning) var stort set alle af de responderende kommuner i gang. Også vedrørende det femte og sjette formål (dokumentation og tovholder-funktionen) var flertallet af disse kommuner aktive eller opmærksomme på en snarlig implementering. Således ses foreløbig en god målopfyldelse i forhold til handlingsplanens anvisninger.

Sprøjteudleveringsordninger

KL (Kommunernes Landsforening) har på baggrund af en anmodning fra det daværende ministerium for sundhed og forebyggelse i sommeren 2009 undersøgt udbredelsen af sprøjtebytteordninger i landets kommuner. KL har i redegørelsen konkluderet, at antallet af stofmisbrugere, som har adgang til rent værktøj, er højt. Dette skyldes, at alle de store kommuner, som har et relativt stort antal stofmisbrugere, udleverer rent værktøj. Undersøgelsen er ikke opdelt på kommuneniveau, men KL har vurderet, at undersøgelsen giver et dækkende billede af kommunernes praksis.

Udleveringen af rent værktøj foregår typisk via misbrugscentrene, de lokale apoteker, væresteder/varmestuer eller herberg. Nogle få steder er opsat automater, hvor stofmisbrugerne kan trække værktøj.

Kommunerne er ikke lovmæssigt forpligtet til at udlevere rent værktøj til stofmisbrugere. Dog har de fleste kommuner praksis herfor. Udgifter til udlevering af rent værktøj finansieres af det kommunale driftsbudget på stofmisbrugsområdet. Via satspuljeaftalen for 2004 kompenseres kommunerne med 800.000 kr. årligt med henblik på at udlevere vandpuller sammen med de sprøjtesæt, som i forvejen uddeles.

7.4 Behandling med injicerbar heroin

Behandling med lægeordineret heroin blev iværksat i Danmark i 2010. De fastsatte regler om ordination af og behandling med heroin fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning fra januar 2010 samt tilhørende lovgrundlag og bekendtgørelser.

Med satspuljeaftalerne for 2009 og 2010 er der fra og med 2010 afsat 63,4 millioner kr. årligt til permanent finansiering af heroinordinationsordningen. Som al misbrugsbehandling i Danmark i øvrigt, herunder den sociale behandling og substitutionsbehandling med metadon og buprenorphin, er heroinbehandlingen gratis for den enkelte stofmisbruger.

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at ca. 10 % af det samlede antal stofmisbrugere i længevarende substitutionsbehandling opfylder kriterierne for behandling med heroin. Sundhedsstyrelsen har estimeret, at ca. 300 stofmisbrugere vil indgå i heroinbehandlingen i Danmark i de kommende par år.

Den behandlingsansvarlige læge er forpligtet til at foretage individbaseret indberetning til Sundhedsstyrelsen. Denne indberetning skal finde sted ved iværksættelse af behandlingen samt herefter løbende hvert halve år. Indberetningen omfatter spørgsmål om stofmisbrug, risikoadfærd, forekomst af misbrugsrelaterede fysiske og psykiske sygdomme, selv vurderet helbredsopfattelse samt spørgsmål om social belastning og kriminalitet. Sundhedsstyrelsen vil på baggrund af indberetningen foretage en individuel såvel som en overordnet evaluering af behandlingsformen, første gang medio 2011, og på denne baggrund tage stilling til eventuelle behov for justeringer af ordningen. Endelig evaluering af ordningen foretages 2 år efter, at alle klinikker er etableret.

Rammer, krav, kriterier og uddannelse

Behandling med lægeordineret heroin forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere. Der skal således være sammenhæng mellem den lægelige behandling og den indsats, der retter sig mod den enkelte stofmisbrugers sociale problemer.

Iværksættelse af behandling med heroin skal foregå i tilknytning til behandlingstilbud for behandling af opioidafhængighed og kan kun foregå på behandlingssteder med særlig tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen, der har fastsat krav til sikkerhedsforanstaltninger for opbevaring, modtagelse og regnskab (Lægemiddelstyrelsen 2009a). Lægemiddelstyrelsen har endvidere udarbejdet en særlig vejledning om blandt andet behandlingsstedernes bestilling, indføring og udlevering af heroinen (Lægemiddelstyrelsen 2009). Behandling med heroin kan ikke foregå på sygehus eller i Kriminalforsorgens regi.

Behandling med heroin er en sundhedsfaglig specialopgave, der stiller særlige krav til behandling og patientsikkerhed. Behandlingen er mere kompleks og risikofyldt end konventionel, peroral metadonbehandling, hvorfor der stilles specifikke krav til faglige kompetencer og personalenormering. Sundhedsstyrelsen skal godkende de behandlingsansvarlige læger, der skal dokumentere indgående erfaring med stofmisbrugsbehandling, herunder en solid klinisk erfaring med substitutionsbehandling

ved opioidafhængighed, somatisk og psykiatrisk komorbiditet ved stofmisbrug samt erfaring med helhedsorienteret stofmisbrugsbehandling og snitfladen til den sociale behandlingsindsats.

Den behandlingsansvarlige læge kan i behandlingen anvende hjælp fra andre sundhedsfaglige personer, der skal gennemgå et særligt relevant uddannelsesprogram. I denne forbindelse har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med KABS Viden¹⁹ etableret et nationalt uddannelsesprogram, der skal sikre, at det sundhedsfaglige personale er undervist i de lovgivningsmæssige rammer for behandlingen, at de får et grundigt kendskab til Sundhedsstyrelsens og Lægemiddelstyrelsens vejledninger om henholdsvis behandling og medicin håndtering, at de får et grundigt kendskab til de farmakologiske principper for behandling med injicerbar heroin i kombination med peroral metadon og bliver i stand til at foretage en sikker og fleksibel medicinering. Kurset omfatter også undervisning i misbrug generelt, misbrugsrelaterede sygdomme og i håndtering af akutte rusmiddelforgiftninger.

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

Indikationen for behandling med heroin er et fortsat intravenøst misbrug af ordinerede eller illegale opioider på trods af længerevarende substitutionsbehandling med peroral metadon, hvor patienten har eller er truet af alvorlige helbredsmæssige komplikationer.

Foreløbige erfaringer med heroinbehandling

Ved udgangen af 2010 er alle planlagte 5 klinikker i henholdsvis København, Odense, Hvidovre, Århus og Esbjerg kommune etableret.

I København er valgt at etablere en selvstændig heroinklinik, hvor der udelukkende kommer patienter i heroinbehandling. I de øvrige 4 klinikker er heroinbehandlingen placeret i allerede eksisterende metadonbehandlingstilbud, hvor der således er blevet etableret særskilt injektionsrum.

Forhåndsinteressen for heroinbehandlingen har været meget stor blandt stofmisbrugere, men tilgangen til behandlingen har som forventet været overskuelig. Pr. juni 2011 er ca. 130 stofmisbrugere i heroinbehandling. Som nævnt tidligere i kapitlet påregnes, at der 2 år efter ordningens iværksættelse vil være ca. 300 stofmisbrugere være i heroinbehandling. I Københavns Kommune påregnes en klinikstørrelse på ca. 120 stofmisbrugere, mens de øvrige 4 klinikker hver forventes at have ca. 40 stofmisbrugere i heroinbehandling.

Samlet set har det første års erfaringer med etableringen af heroinbehandlingen overvejende været positive. Injektionsbehandling med heroin har med succes kunnet

¹⁹ KABS Viden er en organisation i KABS, som er Glostrup Kommunes misbrugscenter. KABS leverede i 2009 behandling for stofmisbrug til ca. 1.200 borgere fra 38 kommuner.

gennemføres hos de henviste, og man har kunnet konstatere en markant forbedring af almentilstanden og de kognitive funktioner. Der er høj retention, kun enkelte har forladt behandlingen. Det har også vist sig, at de fleste patienter i heroinbehandling benytter tilbuddet om ledsagende sociale støtte, aktiviteter, madordning mv., og kun nogle få kommer udelukkende til injektionerne.

Personalet er overvejende rekrutteret fra de eksisterende metadonbehandlingstilbud, og typisk arbejder personalet både i heroinklinikken såvel som i afdelinger med metadonbehandling. Dette har sikret, at der har kunnet rekrutteres læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og socialt personale med stor erfaring fra misbrugsbehandling.

Foreløbige forskningsresultater af heroinbehandling

I august 2008 etablerede KABS-VIDEN i samarbejde med Institut for Antropologi, Københavns Universitet, et forskningsprojekt, der skal følge heroinbehandling i Danmark over de første par år. Projektet er finansieret af KABS-VIDEN, og udføres i et samarbejde med de behandlingsinstitutioner, der tilbyder heroinbehandling i Danmark. Forskningsprojektet har fokus på brugernes opfattelse af heroinbehandling samt de sociale, kulturelle og organisatoriske forhold knyttet til behandlingen. Forskningen anvender en kombination af kvalitativ og kvantitativ metode. Det er på nuværende tidspunkt for tidligt at sige noget om resultaterne fra de mere kvantitative dele af studiet, og nedenstående er dermed en præsentation af nogle af fundene fra den kvalitative del. Det baserer sig på omfattende deltagerobservation og interview i de to klinikker i københavnsområdet samt kortere studiebesøg i Odense, Århus og Esbjerg.

Den foreløbige forskning viser, at de fem danske heroinklinikker, inden for rammerne af Sundhedsstyrelsens vejledning, har valgt at organisere arbejdet ret forskelligt. I Københavns Kommune har man valgt at etablere en selvstændig klinik kun for heroinbehandling, mens man de fire andre steder har valgt at etablere heroinbehandling i tilknytning til allerede eksisterende metadonbeholdingsinstitutioner. På disse fire sidstnævnte klinikker er en relativ lille gruppe brugere i heroinbehandling sammen med en ret stor gruppe brugere i metadonbehandling. Den foreløbige forskning beskriver også at en del af disse metadonbrugere har haft svært ved at acceptere, at der også skal være behandling med heroin i behandlingstilbuddene, bl.a. med henvisning til, at heroin ikke har noget med behandling at gøre, og at de synes, at brugerne i heroinbehandling bliver meget påvirkede. På de fire klinikker, hvor man også har brugere i metadonbehandling, er derfor etableret et afslapnings- eller observationsrum, hvor brugerne i heroinbehandling kan opholde sig lige efter indtagelsen af heroinen, og hvor de her kan fremtræde påvirket af stoffet.

Andre variationer klinikkerne imellem handler om hvordan brugerne bliver vurderet før og efter injektionen, hvorvidt de skal puste i alkometer før injektionen, og hvorvidt brugerne skal indtage deres aftenmetadon overvåget på klinikken i forbindelse med eftermiddagsinjektionen, eller om de kan tage metadondoser med hjem (Johansen et al 2010).

Forskningen peger også på, at den sociale behandling, som der er stillet krav om skal følge heroinbehandling, har vist sig at være en udfordring for alle klinikkerne. Man har været i tvivl om, hvordan tilbuddet skulle skrues sammen med henblik på bedst at imødekomme brugernes behov. Nogle steder har man valgt, at brugerne fortsatte

med den sociale behandling, de fik, mens de var i metadonbehandling; andre steder har man valgt at etablere et tilbud specifikt rettet mod brugerne i heroinbehandling. Andre steder igen har man forsøgt sig med en kombination af disse modeller. Personale på alle steder oplever dog, at nogle brugere, efter en behandlingsperiode på nogle måneder, efterspørger noget andet og mere end heroinen, typisk ønske om samtaler, gruppe-behandling, aktivering eller tilsvarende med henblik på at skabe mere omfattende forandringer i deres liv.

De brugere, der er blevet indskrevet i heroinbehandling, er ifølge de foreløbige forskningsresultater typisk glade for behandlingen. De er glade for at få det stof, som de oplever virker bedst for dem, og for at slippe for metadonen, som de fortæller at have haft mange bivirkninger med. De er også glade for ikke længere at behøve at skulle skaffe stoffet ulovligt og for at slippe for at skulle skaffe penge ved kriminalitet eller prostitution. Brugernes mere negative oplevelser er al den tid der går med til behandlingen, og at heroinen ikke kan tages med hjem (Johansen et al 2010a).

7.5 Øvrige sundhedsfaglige tilbud

Udover de ovenfor beskrevne tiltag foregår en række indsatser lokalt og i kommunerne, der tager sigte på at reducere de sundhedsmæssige skader og konsekvenser af stofmisbruget. Mange af disse tilbuds formål er at yde sundhedsfaglig rådgivning og behandling til stofmisbrugerne der, hvor de befinder sig, i gademiljøet eller i tilslutning til væresteder, og er tilbud der skal fungere som brobygger til både det almindelige sundhedsvæsen, stofmisbrugsbehandlingssystemet og det øvrige sociale hjælpesystem.

Sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede

Satspuljepartierne har i alt afsat 28 mio. kroner fordelt over årene 2006-2009 til oprettelse af særlige målrettede sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere. Ikke alle satspuljemidlerne blev udmøntet i projekterne, og de igangværende projekter er derfor forlænget ind i 2011.

Formålet med projekterne er at forbedre helbredstilstanden blandt stofmisbrugerne generelt ved dels at øge adgangen til relevante sundhedstilbud, og dels modvirke strukturelle forhindringer for bedring af sundhedstilstanden hos de hjemløse stofmisbrugere ved brobygning og behandlingskontinuitet. Midlerne fra puljen er tildelt København, Odense, Esbjerg, Århus og Guldborgssund Kommuner.

Erfaringerne i projekterne viser, at misbrugerne har fået kendskab til projekterne og benytter tilbuddene og har fået kendskab til basale foranstaltninger og til assistance i relation til det almindelige sundhedsvæsen. Projekterne har stor nytteværdi, idet den socialfaglige gadeplansindsats og den sundhedsfaglige indsats bygger bro til det almindelige sundhedsvæsen, herunder sygehuse, hvor de hårdest belastede stofmisbrugere løbende har behandlingsbehov i forhold til deres generelle sundhedsstilstand. De foreløbige erfaringer peger således på, at projekternes sundhedsfaglige tilbud i høj grad efterspørger af målgruppen og dækker et behov, som hidtil har været udækket.

Ud fra indberetningerne om den enkelte fra disse målrettede tilbud ses, at stofmisbrugere har mange forskellige somatiske og psykiatriske problemstillinger, og at mange af

de samme sygdomme går igen hos stofmisbrugerne på tværs af projekterne - fx kronisk leverbetændelse, astma, epilepsi og paranoid skizofreni. En del af stofmisbrugerne er i lægeordineret substitutionsbehandling, og ofte har de et forbrug af euforiserende stoffer eller medicin ved siden af deres substitutionsmedicin.

Erfaringer fra projekterne i øvrigt viser, at stofmisbrugerne ofte har mistillid både til sundhedssystemet og til de sundhedsprofessionelle, og at der ligger store udfordringer i at skabe bedre relationer til gavn for den enkelte stofmisbruger. Personalet i projekterne understreger vigtigheden af at skabe tillid og at være vedvarende, rummelige og nærværende og udvikle de sundhedsfaglige indsatser, herunder udfordringen med hensyn til at få skabt en fælles forståelse blandt faggrupper og medarbejdere, der i dag har forskellige opfattelser i forhold til målgruppens problemstillinger, muligheder og behov.

Under de ovennævnte sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere, er f.eks. Sundhedsrummet i Københavns Kommune, som en sundheds- og socialfagligt bemandet klinik, der har til opgave at modtage og behandle stofbrugere med sundhedsproblemer. I Sundhedsrummet ydes hjælp i form af tidlig sygepleje-behandling af blandt andet infektioner, smerter og sår, og personer, der søger Sundhedsrummet, kan få kvalificeret hjælp i form af forbindelse og sårpleje, udlevering af sprøjter og kanyler mv. Herudover er der faste tider med lægekonsultation. Socialfaglige medarbejdere er tilknyttet Sundhedsrummet og kan tilbyde hurtig hjælp i forbindelse med sociale problemer.

I Sundhedsrummet ydes også mere langvarigt sundhedsarbejde i form af genoprettelse og fremme af sundhedstilstanden og genetablering af kontakt med sundheds-væsenet, herunder almen praksis. Reetablering af stofmisbrugerens kontakt til det sociale system indgår også. Sundhedsrummets medarbejdere er endvidere opsøgende i lokalområdet, og der arbejdes med blandt andet at sikre kontinuiteten i stofmisbrugerens behandlingsforløb, uanset om stofmisbrugerens opsøger klinikken eller ej. Organisatorisk er der foretaget en række ændringer i relation til Sundhedsrummet i slutningen af 2010. En afsluttende rapport med evaluering af projekterne vil foreligge i 2012.

Forsøg med Naloxon

For at forebygge overdoser blandt stofmisbrugerne i området har Sundhedsrummet, som omtalt ovenfor, fra januar 2010 yderligere været rammen om et projekt i samarbejde med Brugerforeningen for Aktive Stofmisbrugere. Projektets formål er at undersøge, om udlevering af Naloxon til en gruppe stofmisbrugere fra lokalområdet, kombineret med undervisning i genoplivningsteknik m.m., kan gennemføres i praksis, er forsvarligt og giver mening. Projektet er opstået efter inspiration fra andre større byer i Europa og USA, hvor der er opnået gode erfaringer med at nedbringe antal overdoser blandt stofmisbrugerne via en lignende indsats.

Naloxon uddeles til de i projektet deltagende stofmisbrugere, som registreres som den ordinerende læges medhjælp, og som hermed instrueres i ansvar ved delegation af behandlingskompetence.

I projektet har 28 stofmisbrugere i samarbejde med Brugerforeningen for Aktive Stofbrugere gennemgået et kursus. Kurset er af ca. en times varighed og omfatter

instruktion i indgivelse af Naloxon som næsespray og ved injektion intramuskulært, samt oplæring i kunstig ventilation og sikring af frie luftveje. Hertil er stofmisbrugeren introduceret til proceduren ved og ikke mindst vigtigheden af tilkaldelse af ambulance. Kurset afsluttes med udlevering af personligt bevis, der dokumenterer, at den pågældende stofmisbruger fungerer som lægens medhjælp og som dokumenterer, at kurset er gennemført. Sammen med kurset udleveres en særligt fremstillet pung, som indeholder udstyr til genoplivning samt 3 doser Naloxon i ampuller. Pungen med overdosis-kittet er ligeledes et brugerinvolveringsprojekt, idet produktionen og udviklingen sker i samarbejde med værkstedet i Center for Opsøgende Arbejde på Sundholm.

En opfølgning på kurset består af tilbagemelding fra de stofmisbrugere, der har gennemført kurset, om funktionaliteten af overdosis-kittet samt erfaringer med, hvordan eventuelle genoplivningsforsøg er gennemført. Imellem kurset og opfølgningen skal stofmisbrugerne i projektet efter brug af Naloxondosis henvende sig i Sundhedsrummet til afrapportering af forløbet og forsyning af nye doser Naloxon. Pr. juni 2011 er der udleveret 84 doser Naloxon, og 7 overdoser er forebygget.

De foreløbige erfaringer tyder på, at overstående praksis kan implementeres på nationalt niveau. Projektet afsluttes medio 2011 med interview med de deltagende, og projektet afrapporteres herefter samlet.

Sundhedsfremme og forebyggelse på værestederne

I satspuljeaftalen i 2006 blev der afsat 22,5 mio. kr. over en treårig periode (2007-2010) til at styrke sundhedsfremme og forebyggelse over for de mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere samt hjemløse. Puljens overordnede formål er at sikre de allermost udsatte nødvendig sundhedsfaglig behandling samt at afprøve og udvikle metoder til at opspore og fastholde de socialt mest udsatte i offentlige tilbud.

Fredericia, Herlev, Langeland, Nakskov, Odense, Randers, Silkeborg og Aalborg kommuner har fået tildelt midler fra puljen. Projekterne tager udgangspunkt i et samarbejde mellem kommuner og væresteder og arbejder overordnet med direkte sundhedsfremmende aktiviteter – herunder tilbud vedrørende ernæring, motion, tandpleje, rygestop m.m., samt udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde samt helbredsundersøgelse.

Projekterne har været i gang siden juni 2008. På de 3 år, der nu er gået, er det lykkedes alle projekterne at integrere sundhed som en naturlig del af dagligdagen på værestederne. Hovedparten af brugerne har fået gennemført og fulgt op på en helbredsundersøgelse eller -samtale med projekternes fast tilknyttede sundhedsfaglige ressourcepersoner, og de fleste projekter oplever stor efterspørgsel på disse tilbud. Fx har mange brugere henvist venner. Ligeledes er der stor tilslutning til projekternes øvrige tilbud som ex. madordninger, motionsaktiviteter og rygestop.

Den foreløbige evaluering viser, at størstedelen af brugerne vurderer, at de har haft behov for hjælp fra sundhedsprojektet til at kontakte det etablerede sundhedsvæsen. Samtidig viser flere brugere mod på i stigende grad selv at søge kontakt til systemet. Projekterne kan især berette om en bedre kontakt til den praktiserende læge.

Projekterne afsluttes i juni 2011, og en samlet endelig evaluering vil foreligge september 2011. Primo 2012 planlægges afholdt en national konference med fokus på sundhedsindsatser målrettet stofmisbrugere, alkoholikere og hjemløse, hvor projekternes metoder og resultater præsenteres.

Landsdækkende familieambulatorier

Med finansloven for 2008 blev der afsat i alt 126,3 mio. kr. over fire år (2010-2013) til etablering af regionale familieambulatoriefunktioner i sygehusregi i alle fem regioner. Familieambulatorierne skal etableres med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelproblemer og specialiseret pædiatrisk opfølgning af børn, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler (se i øvrigt temakapitel 12 i foreliggende rapport om stofmisbrugere og deres børn).

Familieambulatorierne skal sikre en tværfaglig og helhedsorienteret løsning for moren, barnet og evt. partner og søskendebørn. Indsatsen har til formål at forebygge medfødte skader og sygdomme samt opvækstbetingede udviklingsproblemer og omsorgssvigt hos børn af kvinder med rusmiddelproblemer.

Alle fem regionale familieambulatorier er blevet godkendt af Sundhedsstyrelsen og er påbegyndt driften. Der er stadig mindre etablering i gang i nogle af regionerne.

I finansloven for 2008 blev der samtidig afsat midler til oprettelse af en rådgivningsfunktion på Hvidovre Hospital med det formål at bistå regionerne i forbindelse med etablering af de nye familieambulatorier. Rådgivningsfunktionen blev etableret i april 2009 som Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn.

Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn har bl.a. udarbejdet informationsmateriale, kurser og faglige vejledninger. Desuden har Videnscentret etableret en tværregional koordinationsgruppe, hvor kliniske og administrative repræsentanter fra de fem regioner sikrer udarbejdelsen af fælles faglige retningslinjer, projektprotokoller og andre centrale fælles referencerammer. Det betyder, at der fra begyndelsen kan arbejdes efter fælles retningslinjer og genereres ensartet data fra alle fem familieambulatorier. Videnscenteret har endvidere modtaget midler fra Trygfonden til at etablere en fælles klinisk database for familieambulatorierne samt til et projekt omhandlende opkvalificering af sundhedsplejersker i forhold til familieambulatorieindsatsen.

Der vil dels blive udarbejdet en evaluering af de fem regionale familieambulatorier, og dels en evaluering af rådgivningsfunktionen ved Hvidovre Hospital.

Hele vejledningen for familieambulatorierne kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk. Videnscentret har hjemmesiden www.familieambulatoriet.dk.

Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb

Projektets formål er at skabe ”det gode patientforløb” for stofmisbrugere, som bliver indlagt på hospital eller på et psykiatrisk center og en bedre sammenhæng i behandlingen fra indlæggelse og til kommunen tager over. Baggrunden for projektet er, at stofmisbrugere ofte har et problematisk og utilstrækkeligt indlæggelsesforløb. Dels fordi stofmisbrugere ofte opleves som besværlige patienter, dels fordi personalet ikke har de

fornødne redskaber til at håndtere de komplekse problemstillinger, som ofte knytter sig til patienter med misbrug.

Projektet er finansieret af Sundhedsstyrelsen og forankret i KABS VIDEN. Udover en projektleder er der ansat fire socialsygeplejersker til varetagelse af det daglige arbejde. De fire hospitaler/centre, der er involveret i Projekt Socialsygepleje, er Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk Center Glostrup og Psykiatrisk Center Nordsjælland. Projektet startede d. 1. februar 2010 og strækker sig over en treårig periode. COWI står for den endelig evaluering af Projekt Socialsygepleje.

I det daglige arbejde, opsøger socialsygeplejersken de indlagte stofmisbrugere og tilbyder omsorg og støtte igennem indlæggelsen. Hun er patientens talerør over for personalet. Herigennem sikrer hun bl.a. en ordentlig smerte- og abstinensbehandling, ligesom hun lægger en plan for den gode udskrivelse. Socialsygeplejersken formidler kontakt til ex. misbrugscenter, sygeplejeklinik eller herberg. I forhold til personalet giver hun sparring på simple, komplekse og udfordrende patientforløb. Hun underviser og holdningsbearbejder.

Socialsygeplejersken har nogle særlige kompetencer i kraft af hendes brede erfaring inden for misbrugssektoren og socialpsykiatrien. Den viden og ekspertise er en forudsætning, hvis man vil have en optimal og kvalificeret socialsygepleje. Indtil nu har socialsygeplejerskerne været tilknyttet 590 indlagte stofmisbrugere.

Tilbagemeldinger fra både stofmisbrugere, personale og kommunale samarbejdspartnere er yderst positive.

Et typisk eksempel på et forløb

En 52-årig mand henvender sig på et herberg med smerter i hånden på grund af en byld ved venstre håndled. Herberget kontakter socialsygeplejersken, og hun står derfor klar til at modtage patienten, da han ankommer.

Patienten har tidligere på ugen forladt et andet hospital uden at være færdigbehandlet og er taget til Istedgade. Han ankommer i voldsomt påvirket tilstand, falder hen hele tiden og skal vækkes gennem hele journaloptagelsen. Socialsygeplejersken har aftalt med skadestuen, at han tilses hurtigt og straks bliver fulgt til den afdeling, han skal indlægges på. Personalet er meget omsorgsfulde og tålmodige, og socialsygeplejersken følger ham gennem hele indlæggelsesproceduren.

Socialsygeplejersken kontakter patientens misbrugscenter og får styr på hans medicin, og hun samarbejder med lægen om at sørge for, at patienten er smertedækket efter operation. Patienten bliver opereret og behandlet for sin infektion, og selve indlæggelsen forløber uden problemer.

Patienten er hjemløs, men har for mange år siden boet på et herberg, som han var glad for. Derfor tager socialsygeplejersken kontakt til stedet, og det er så heldigt, at der er plads til patienten, og at der på herberget er sygeplejersker, der vil varetage sårpleje. Efter tre dage kan patienten udskrives til herberget.

8 Sociale sammenhænge og social integration

Social- og Integrationsministeriet og Beskæftigelsesministeriet har ansvaret for at koordinere indsatsen, hvad angår social integration af stofmisbrugere, som er en del af målgruppen ”socialt udsatte”.

8.1 Social eksklusion og stofmisbrug

I Danmark ses en tydelig sammenhæng mellem stofbrug og problematiske sociale og økonomiske livsvilkår. Den sociale marginalisering af stofmisbrugere er stor. Ser man på de sociale, boligmæssige og uddannelsesmæssige forhold blandt de stofmisbrugere, der er i behandling, er det tydeligt, at de er en marginaliseret gruppe sammenlignet med resten af befolkningen. De er markant oftere boligløse, de har oftere kortere uddannelse og er hyppigere forsørget gennem kontanthjælp og pension.

Som nævnt i kapitel 5, er gruppen af stofmisbrugere, der indskrives i behandling, kendetegnet ved at have en svag tilknytning til arbejdsmarkedet. Således var det kun 12 % af dem, som blev indskrevet i behandling i 2010, der havde en lønindtægt, og 66 % var på overførselsindkomst. Herudover har ”kun” 25 % gennemført en uddannelse udover folkeskolen, og 8 % har forladt folkeskolen før afgangseksamen i 9. klasse.

Selv om disse tal og beskrivelser indikerer, at der her er tale om en relativ belastet gruppe, så er det dog vigtigt at fremhæve, at tallet for hvor mange, der er i beskæftigelse, er steget de sidste år, ligesom uddannelsesniveaet er opadgående, hvilket i høj grad hænger sammen med en ændring i misbrugsmønstret.

I forhold til de indskrevnes boligsituation oplyser kun 59 %, at de har en selvstændig bolig, mens 4 % oplyser, at de er regulært hjemløse, og størstedelen lever som enlige.

Børn og unge anbragt uden for hjemmet

Ankestyrelsen har som led i anbringelsesreformen fra 1. januar 2006 fået ansvaret for at føre statistik om de afgørelser, der træffes vedrørende børn og unge, der anbringes uden for eget hjem. Statistikken er baseret på kommunernes indberetning af hver en afgørelse om anbringelse af et barn eller en ung. Indberetningspligten indebærer forskellige grundoplysninger om barnet/den unge, og omstændighederne omkring – herunder den udslagsgivende årsag til anbringelsen, såsom misbrugsproblemer i hjemmet/hos forældrene, og hos børnene/de unge selv (Ankestyrelsen 2010). Misbrugsproblemer omfatter alkohol og/eller stofmisbrug.

De senest offentliggjorte tal om anbringelsesområdet vedrører 2009. Dette år blev der truffet afgørelser om anbringelse af 2.807 børn og unge. 68 % af disse var mellem 12 og 17 år, mens 12 % var børn under 3 år. Ved udgangen af 2009 var der anbragt i alt 12.654 børn og unge mellem 0-17 år uden for hjemmet.

Som nævnt har kommunerne indberettet de udslagsgivende årsager til anbringelsen, og ofte er der flere årsager til en anbringelse. Statistikken viser, at misbrugsproblemer i

hjemmet/hos forældrene i 2009 var udslagsgivende for anbringelsen i 17 % af sagerne. Når der ses på de udslagsgivende anbringelsesårsager hos barnet/den unge selv, gælder det, at misbrugsproblemer i 2009 var årsag i 11 % af sagerne. Disse tal adskiller sig stort set ikke fra 2008.

8.2 Social integration

I henhold til § 141 i lov om social service er kommunen forpligtet til at tilbyde stofmisbrugere en social handleplan, hvor der på det individuelle niveau kan aftales mål og strategier for den enkelte stofmisbruger, hvad angår fremtidig bolig og økonomiske forhold, beskæftigelse, m.v. Det er således de kommunale sagsbehandlere, der som udgangspunkt har handlekompetencen, hvad angår social integration af stofmisbrugerne på diverse områder.

Mht. integration af socialt udsatte koordinerede Social- og Integrationsministeriet også i 2010 programmet ”Det Fælles Ansvar II”. Programmets to ligestillede mål er at udvikle metoder til at støtte socialt udsatte borgere i at komme tættere på arbejdsmarkedet samt at øge den enkeltes livskvalitet.

Også Beskæftigelsesministeriet retter fokus mod socialt udsatte på kontanthjælp, bl.a. som en del af regeringsprogrammet ”Nye veje til arbejde”, hvor en betydelig del af målgruppen har et stof- og/eller alkoholmisbrug. Fokus i indsatsen er at støtte borgerne i at komme ud på arbejdsmarkedet, ved at træning og opkvalificering så vidt muligt foregår på ordinære virksomheder.

Hjemløshed, botilbud og bostøtte

I 2009 blev der foretaget en tælling der viste, at der i uge 6 i 2009 var ca. 5.000 hjemløse i Danmark. De hjemløse var særlig koncentreret i de større bysamfund og navnlig i hovedstaden og dens omegnskommuner. Kortlægningen viste, at 70 % af de hjemløse havde et misbrug af narkotika, hash, alkohol eller medicin. Hertil kommer, at 37 % af de hjemløse ifølge kortlægningen havde en psykisk sygdom. Her var dog tale om et skøn, idet der ikke blev spurgt til diagnosticeret psykisk sygdom. 25 % af de hjemløse var både psykisk syge og misbrugere. For en del af de hjemløse opgjordes misbrug og psykisk sygdom som væsentlige årsager til hjemløshed (Benjaminsen 2009).

Der er etableret en række tilbud, både af 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.

Forsorgshjem i henhold til § 110 i Lov om social service er midlertidige botilbud for hjemløse med særlige sociale problemer. Forsorgshjemmene har, udover at være et botilbud, tilbud om botræning, som forbereder og støtter beboerne i at kunne fungere i egen bolig efter udflytning.

Derudover har kommunerne haft mulighed for at indgå aftaler med almene boligorganisationer om at leje ledige almenboliger som udslusningsboliger. Disse boliger kan tilbydes stofmisbrugere, som fx har opholdt sig på forsorgshjem, døgnbehandlingstilbud

eller i andet botilbud. For stofmisbrugere, der ikke kan rummes eller ikke finder sig tilrette i traditionelle boligformer på trods af den sociale støtte, er der etableret særlige boliger efter almenboligloven, kaldet ”skæve boliger”.

Hertil kommer ”alternative plejehjem”, som er botilbud til længerevarende ophold i henhold til Lov om social service § 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.

I august 2007 blev der lanceret en hjemløsestrategi. Det overordnede formål med hjemløsestrategien er at bidrage til at nedbringe hjemløsheden i Danmark.

Under strategien er der formuleret fire langsigtede mål:

1. Ingen borgere skal leve et liv på gaden

Her er fokus på at styrke det opsøgende og opsporende arbejde med henblik på at give gruppen af ”gadesovere” alternative tilbud til at sove i det fri. Derudover er det vigtigt at sikre et bedre flow igennem forsorgshjemmene, så ”gadesoverne” kan få en plads, hvis de ønsker det.

2. Unge bør som udgangspunkt ikke opholde sig på et forsorgshjem, men tilbydes andre løsninger efter serviceloven eller almenboligloven

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

3. Ophold på forsorgshjem eller herberg bør ikke vare mere end 3-4 måneder for borgere, der er parate til at flytte i en bolig med den fornødne støtte

Tanken er, at ophold på disse bosteder ikke bør vare mere end tre-fire måneder for de borgere, der er parate til at flytte i en bolig med den fornødne støtte. For at sikre en hurtigere udslusning er det vigtigt, at bostøtte i egen bolig styrkes, og at man samtidig udbygger omfanget af skæve boliger, udslusningsboliger, midlertidige kommunale botilbud og bofællesskaber.

4. Løsladelse fra fængsel og udskrivning fra sygehus eller behandlingstilbud bør forudsætte, at der er en løsning på boligsituationen

Denne målsætning drejer sig derfor om, at det bør være en forudsætning ved både løsladelse og udskrivelse, at der er en løsning på boligsproblemet. Her sættes fokus på disse livsovergange og sikres en bedre koordinering mellem de involverede myndigheder omkring handleplaner m.m. Hjemløsestrategien løber frem til udgangen af 2012 og afsluttes med en tværgående evaluering af indsatserne.

Sociale færdigheder og netværksopbygning

En stor del af det sociale arbejde med stofmisbrugere foregår på væresteder. Disse tilbud yder omsorg i form af ro, mad og varme, og muligheder for at skabe sociale fællesskaber samt støtte til forandring. Tilbuddene på værestederne har udviklet sig i de senere år således, at der nu er flere netværksskabende og aktiverende tiltag.

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, at man har forladt skolen, især via VUC-centrene. 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 evnen og lysten til at tage ansvar for eget liv og deltage aktivt i samfundslivet.

For langtidsledige stofmisbrugere og andre socialt udsatte er der etableret et landsdækkende uddannelsesforløb for socialt udsatte ledige, der tidligere har gennemført en uddannelse eller har særlige erhvervsmæssige erfaringer og kompetencer inden for et bestemt fagområde (projekt "Next stop job" i Det Fælles Ansvar II). Målet er, at deltagerne kan få genopfrisket deres faglige kompetencer, så mulighederne for aktiverings- eller beskæftigelsesforløb fremmes mest muligt. Yderligere tilbydes der via uddannelsen en mulighed for at indgå i fællesskaber, der skaber struktur i hverdagen og giver mulighed for socialt samvær, øget værdighed og selvrespekt hos den enkelte.

Beskæftigelsestilbud og forsørgelse

Tidligere stofmisbrugere tilbydes typisk samme beskæftigelsesfremmende tilbud som andre kontanthjælpsmodtagere eller ledige. Det samme gælder aktive stofmisbrugere, idet der her er mulighed for at beskæftigelsesindsatsen foregår parallelt med misbrugsbehandlingen. Stofmisbrugere i længerevarende substitutionsbehandling tilbydes dog overvejende aktivitets- og samværstilbud, også her ofte i tilknytning til et misbrugscen-ter eller et værested.

For at lette overgangen fra et sådant socialt aktiveringstilbud til egentlig beskæftigelse er der etableret mentorordninger på nogle væresteder, i misbrugsbehandlingen og i et kommunalt forankret tilbud, hvor en person tilknyttet et af disse steder hjælper udsatte borgere 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.

Det er centralt i den beskæftigelsesrettede indsats for socialt udsatte, at træning og opkvalificering så vidt muligt foregår på ordinære virksomheder. Det sker bl.a. gennem "virksomhedscentre", hvor et kommunalt Jobcenter og en offentlig eller privat virksomhed indgår en aftale om, at et antal personer, som ikke umiddelbart kan varetage et job, og som har problemer udover ledigheden, kommer i praktik på virksomheden – med løbende opfølgning fra Jobcenteret.

Med udgangen af 2010 afsluttedes projektet "Fra udsat til Ansat", som ligeledes indgik i Det Fælles Ansvar II. Formålet med projektet var at øge private og offentlige virksomheders viden om og forståelse for de særlige forhold, der gør sig gældende, når personer på kanten af arbejdsmarkedet skal indgå som medarbejdere og kolleger på en arbejdsplads. Da projektet afsluttedes, havde 9000 personer deltaget i et af projektets kurser. Kurserne udbydes stadig på de deltagende erhvervs- og handelsskoler.

9 Narkotikakriminalitet og interventioner og forebyggelse i fængslet

Kontrolindsatsen over for narkotika, herunder retsforfølgning af personer, der begår narkotikakriminalitet, hører under Justitsministeriets område. I dette kapitel beskrives bl.a. kontrolindsatsen over for narkotikarelateret kriminalitet og håndteringen af stofmisbrugere i de danske fængsler.

9.1 Narkotikakriminalitet

Narkotikakriminalitet straffes efter lov om euforiserende stoffer og straffelovens § 191. Overtrædelser af lov om euforiserende stoffer straffes med bøde eller fængsel i indtil 2 år. I forbindelse med straffastsættelsen lægges der afgørende vægt på, om stoffet er bestemt til eget forbrug, eller om stoffet er videreoverdraget eller bestemt til videreoverdragelse. Der lægges endvidere vægt på arten og mængden af stoffet. I tilfælde, hvor besiddelse af stoffet skyldes stærk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer, kan der som alternativ til bødestraf meddeles en advarsel, såfremt sociale hensyn taler for det.

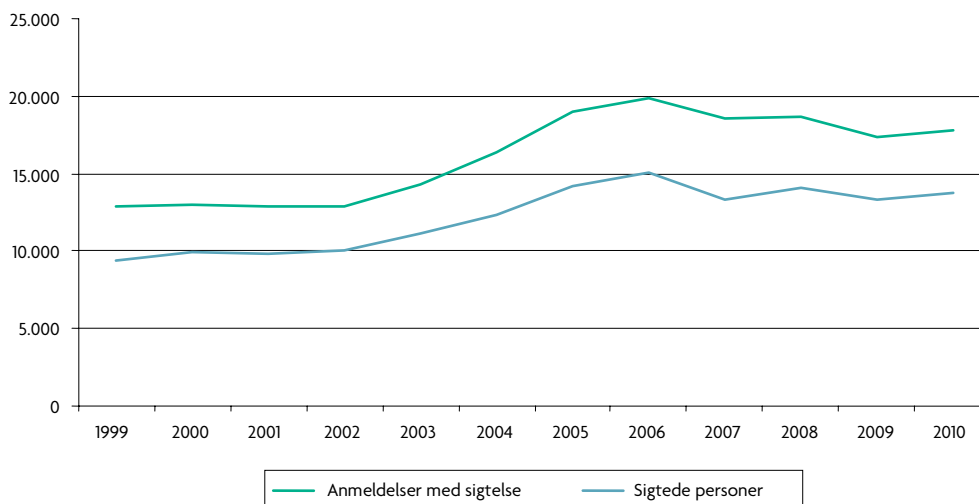
Straffelovens § 191 indeholder en skærpet strafferamme for kvalificerede overtrædelser af lov om euforiserende stoffer. Er der således tale om overdragelse af euforiserende stoffer til et større antal personer, mod betydeligt vederlag eller under andre særligt skærpende omstændigheder, kan straffen for overtrædelse af lov om euforiserende stoffer stige til fængsel i indtil 10 år. Ved overdragelse af særlig farligt eller skadeligt stof kan straffen stige til fængsel i indtil 16 år.

Sigtelser for overtrædelse af narkotikalogivningen

I 2010 registrerede Rigspolitiet i alt 17.825 anmeldelser med en eller flere sigtelser for overtrædelse af narkotikalogivningen. Samme år blev 13.749 personer sigtet for overtrædelse af narkotikalogivningen. Nogle personer blev således sigtet for flere forhold af overtrædelse af narkotikalogivningen.

Udviklingen i antallet af anmeldelser med en eller flere sigtelser for overtrædelser af narkotikalogivningen og antallet af personer, der er blevet sigtet for overtrædelse af narkotikalogivningen i perioden fra 1999-2010, fremgår af figur 9.1.1.

Figur 9.1.1. Narkotikakriminalitet 1999-2010. Anmeldelser med sigtelser og antal sigtede personer



Kilde: Rigspolitiet, 2011

Stofmisbrug i trafikken

Indtil den 1. juli 2007 var kørsel med euforiserende stoffer i blodet alene strafbart, hvis føreren befandt sig i en sådan tilstand, at den pågældende var ude af stand til at føre køretøjet på fuldt betryggende måde (føreevnekriteriet). Det betød i praksis, at strafansvar først kom på tale i tilfælde, hvor der kunne føres bevis for, at den pågældende havde indtaget euforiserende stoffer og af den grund havde befundet sig i den ovennævnte tilstand. For at løfte bevisbyrden var det bl.a. nødvendigt at foretage klinisk undersøgelse af den mistænkte. Domfældelse stillede således betydelige krav til politiets efterforskning og anklagemyndighedens bevisførelse.

Den 1. juli 2007 blev der ved en ændring af færdselsloven indført en nulgrænse for kørsel med visse bevidsthedspåvirkende stoffer i blodet. Efter de nye regler i færdselslovens § 54, stk. 1 skal anklagemyndigheden alene bevise, at førerens blod – under eller efter kørslen – indeholdt bevidsthedspåvirkende stoffer, som efter regler fastsat af justitsministeren er klassificeret som farlige for færdselssikkerheden. For at øge politiets muligheder for at opdage kørsel under påvirkning af stoffer blev der med lovændringen endvidere indført en mulighed for, at politiet selv kan gennemføre øjenundersøgelser samt sved- og spytpøver.

Lovændringen har medført en væsentlig stigning i antallet af sigtelser for overtrædelse af færdselslovens § 54, stk. 1. Således er antallet af sigtelser steget fra 282 i 2007, til 1.101 i 2008, 1.502 i 2009 og 1.622 sigtelser i 2010.

Overtrædelser af færdselslovens § 54, stk. 1 straffes som udgangspunkt med bøde. Straffen kan imidlertid i nærmere bestemte tilfælde stige til fængsel i indtil 1 år og 6 måneder.

9.2 Forebyggelse og behandling af narkotikaproblemer i fængslerne

Den 1. januar 2007 indførtes en behandlingsgaranti i fængslerne for indsatte stofmisbrugere, som skønnes egnede og motiverede til behandling, og som på det tidspunkt, hvor der søges om behandling, som minimum har 3 måneders forventet reststraf. Ifølge garantien skal alle indsatte i målgruppen, der anmoder om at modtage behandling, så vidt muligt være i påbegyndt behandling inden 14 dage.

Ved lov nr. 183 af 8. marts 2011 om ændring af lov om fuldbyrdelse af straf mv., som trådte i kraft den 1. juni 2011, blev behandlingsgarantien udvidet til også at omfatte varetægtsarrestanter og indsatte med korte domme, således at alle indsatte i Kriminalforsorgens institutioner nu er omfattet af garantien. Der er dog fortsat en frist på 14 dage til, behandlingen skal være påbegyndt.

Behandlingen består dels af dagbehandling, hvor den indsatte afsoner på såkaldte fællesskabsafdelinger sammen med indsatte, som ikke er i behandling, dels af behandling på særlige afdelinger, hvor alle indsatte følger samme behandling helt isoleret fra resten af fængslet. (Se i øvrigt kapitel 11 om stofmisbrugere i fængslerne).

Behandlingen i fængslerne udføres af private og offentlige godkendte behandlingsinstitutioner i samarbejde med Kriminalforsorgen. Behandlingsgarantien er i 2010 overholdt i omtrent 88 % af alle sager. I størstedelen af de sager, hvor fristen ikke blev overholdt, påbegyndtes behandlingen senest 14 dage efter fristens udløb. I 2010 var der i ca. 2000 tilfælde påbegyndt en behandling i fængslerne, hvilket er en markant stigning i forhold til de foregående år.

Ifølge den nationale strategi vedrørende kriminelle stofmisbrugere skal behandlingen af stofmisbrugerne så vidt muligt varetages af de sociale myndigheder. Strategien bygger på Kriminalforsorgens principprogram, særligt princippet om normalisering. Udmøntningen af dette princip sker ved, at indsatte, som ikke skønnes farlige eller flugttuede og ikke vurderes at støde den almindelige retsfølelse i befolkningen, overføres til særligt egnede behandlingsinstitutioner i de sociale myndigheders regi.

Mod forventning er der sket et fald i de senere år i antallet af indsatte stofmisbrugere, som afsoner på en sådan institution uden for Kriminalforsorgens regi. I 2005 blev 160 personer anbragt efter denne foranstaltning, mens tallet faldt til 97 i 2009 og forblev på dette niveau i 2010.

Det samlede behandlingsudbud er dog steget igennem de seneste fem år, og i 2010 blev fængslerne tilført yderligere midler til styrkelse af efterbehandling og afgiftning.

Initiativer til forebyggelse af sygdomme for indsatte

Med henblik på at forebygge narkotikarelaterede sygdomme, fysiske abstinensbetingede sygdomme ("abstinens") og psykiske abstinensbetingede tilstande ("stofhunger" eller "craving for drugs") tilbyder Kriminalforsorgen medikamentel substitutionsbehandling. Behandlingen kan strække sig over uger eller måneder. Denne temporære behandling bliver i udstrakt grad efterfulgt af tilbud om kontinuerlig substitutionsbehandling, der kan vare op til flere år, når tværfaglig vurdering finder grundlag herfor

– hvilket mere er reglen end undtagelsen. Tilbuddet bliver sædvanligvis modtaget og videreformidlet til den forventede behandlingsinstans efter løsladelse.

Med henblik på at forebygge infektionssygdomme, herunder specielt bylder (abscesser), udbredt bakterievækst (sepsis), leverbetændelse, hiv og aids, giver Kriminalforsorgen de indsatte adgang til kondomer, klorholdig renssevæske til rensning af sprøjter og kanyler, vaccination mod leverbetændelse B og A samt almindelig sundhedsbistand, herunder information om ovennævnte sygdomme og almen lægelig behandling på lige vilkår med den øvrige befolkning. Indsatte har dog ikke adgang til gratis sprøjter og kanyler.

Reintegration af stofmisbrugere efter løsladelse

Når stofmisbrugere er i behandling under afsoningen, vil der inden løsladelsen ske henvendelse til den relevante kommunes misbrugscenter med en beskrivelse af, hvilken behandling den pågældende har modtaget, en status for behandlingen samt en vurdering af yderligere behandlingsbehov.

Såfremt behandlingen er afsluttet i løbet af afsoningen, kan der være behov for efterbehandling, og der vil derfor ligeledes blive taget kontakt til det kommunale misbrugscenter med henblik på at fastlægge en strategi for efterværn.

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

Det har vist sig vanskeligt at etablere samarbejdet mellem kommunerne, Direktoratet for Kriminalforsorgen, Social- og Integrationsministeriet og Beskæftigelsesministeriet, og Direktoratet for Kriminalforsorgen har derfor fokus på koordineringen af handleplanerne med henblik på at forbedre kvaliteten.

For at understøtte implementering af både den nye og den ældre lovgivning igangsatte det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium og Socialministerium, Beskæftigelsesministeriet og Direktoratet for Kriminalforsorgen i 2006 i fællesskab et projekt, der skal udvikle, gennemprøve og beskrive metoder til god sagsbehandling ved løsladelse. Deltagere i projektet var tre fængsler, et antal kommuner, Kriminalforsorgen i Frihed (KIF) og misbrugscentre, som er nogle af de væsentlige aktører, når det gælder om at skabe sammenhæng i indsatsen.

Projektet blev afsluttet medio 2009 og pegede på en række barrierer for det gode samarbejde og anbefalede en specifik fremgangsmåde for samarbejdet - en såkaldt "kø-

replan for den gode løsladelse”. Projektets anbefalinger er for tiden ved at blive implementeret. Således er første skridt, at der indgås en række specifikke samarbejdsaftaler med alle landets kommuner. Baggrunden herfor er, at kommunerne ikke er organiseret på den samme måde.

Der er tale om en tidskrævende proces, og i 2010 er de første aftaler blevet indgået. Der er på nuværende tidspunkt indgået aftaler med knap 25 % af landets kommuner, og det forventes, at der i løbet af de følgende år vil være indgået lignende aftaler med alle landets kommuner.

9.3 Stofmisbrug i fængsler

”Rusmiddelundersøgelsen” fra 2002 (Kramp et al. 2003) viste, at ca. 3/4 af Kriminalforsorgens klientel har prøvet hash, over halvdelen har prøvet centralstimulerende stoffer (kokain og amfetamin), mens ca. 1/3 har prøvet heroin og/eller morfinpræparater. Halvdelen af Kriminalforsorgens samlede klientel har et egentligt misbrug af rusmidler (misbrug af alkohol inkluderet)²⁰.

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 ovennævnte behandlingsgaranti for stofmisbrugere i Kriminalforsorgen blev modulet den 1. januar 2007 udvidet med mulighed for at registrere en række yderligere oplysninger.

Kriminalforsorgen har således udviklet og testet en IT-understøttet dokumentations-skabelon, der skal understøtte sagsbehandlingen lokalt og benyttes som styringsværktøj for behandlingsindsatsen i Kriminalforsorgens institutioner. Der er fortsat visse vanskeligheder i dokumentationen af indsatsen, men det forventes, at der i løbet af 2009 vil være indarbejdet en kvalitetssikret version af det ovenfor omtalte registreringsmodul.

Et andet element i klientregistreringen er den elektroniske indberetning til Sundhedsstyrelsen om antallet af metadonordinationer til de indsatte. Tallene fra 2010 viser, at ca. 480 personer månedligt modtog substitutionsbehandling med metadon eller buprenorphin.

²⁰ 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.

10 Narkotikamarkedet

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 beslag-statistikken 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.

Illegale stoffer har ingen indholdsdeklaration, og der er mange forskellige stoffer gemt i de tabletter og det pulver, der bl.a. sælges som "ecstasy". Det relativt nye stof mCPP med både stimulerende og hallucinerende virkning har de senere år i stigende grad optrådt i ecstasypillerne, men synes nu at være i tilbagegang. I stedet optræder det hallucinogene stof 2C-B nu hyppigere i pillerne og var indeholdt i hele 34 % af de analyserede piller i 2010. Det ses noget bemærkelsesværdigt, at MDMA (ecstasy) kun optræder i 7 % af pillerne i 2010, hvor MDMA i tidligere år typisk var indeholdt i ca. 80 % af pillerne. Sammenfattende kan der således siges om ecstasypillerne, at der er tale om et markant skift af indholdet i ecstasypillerne fra MDMA til mCPP eller 2C-B.

Resultater fra de retskemiske analyser af stofferne de senere år viser, at der også er stor variation i renhed og stofkoncentrationen i de illegale stoffer på markedet²¹. 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.

Den systematiske overvågning af "nye" stoffer i Danmark blev i 2011 justeret via samarbejdsaftale mellem Rigspolitiet, Sundhedsstyrelsen og de tre retskemiske institutter. Hvor der inden 2011 udelukkende blev indleveret og analyseret "ecstasy" piller systematisk til denne overvågning, er der fra 2011 nu også medtaget pulver og væske. Denne ændring er sket i erkendelse af, at mange af de nye stoffer, der dukker op på markedet i dag, også introduceres af disse veje. Resultaterne fra første halvår af denne overvågning gengives senere i dette kapitel.

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 og Pakistan, mens amfetamin, der beslaglægges i Danmark, primært er produceret i Holland og Belgien. En mindre men ikke uvæsentlig del af amfetaminen herhjemme produceres dog også i Polen og de baltiske lande. Langt størstedelen af den beslaglagte ecstasy er produceret i Holland og Belgien. Kokainen produceres primært i Sydamerika og videredistribueres typisk via Spanien og Holland.

²¹ Resultater af de særlige retskemiske analyser er baseret på stofprøver fra henholdsvis "Gadeplan-projektet" og fra projektet om overvågning af ecstasypiller, som omtales senere i kapitlet.

Store mængder kokain distribueres også til Europa via lande i Vestafrika og lande på Balkan.

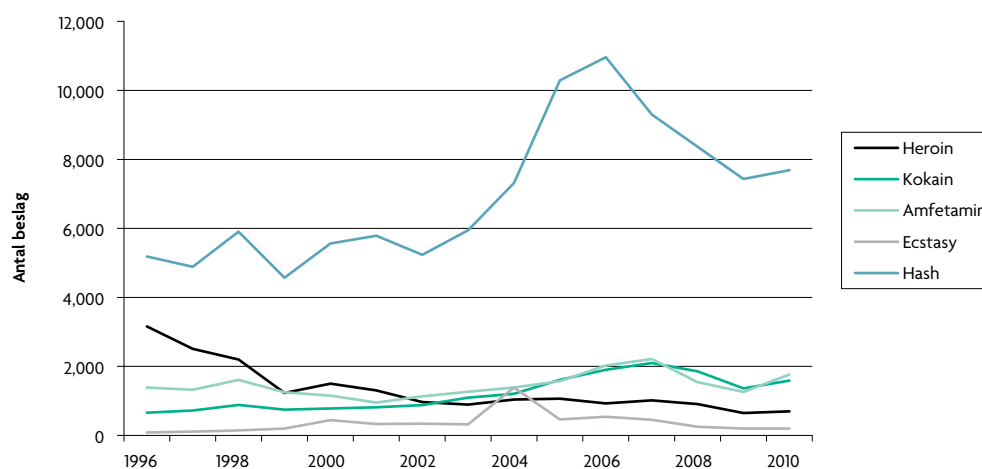
Hvad angår tilgængeligheden af stofferne, viser beslaglæggelsesstatistikken, at de forskellige illegale stoffer er spredt i hele Danmark. I stort set alle politikredse ses beslaglæggelse af de forskellige stoffer.

10.2 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.

Det fremgår af Rigspolitiets statistik (Rigspolitiet 2011), at antal beslaglæggelser de senere år er faldende for stort set alle typer narkotika. Fra 2009 til 2010 ses dog en lille stigning i antallet beslag af de fleste stoffer.

Figur 10.2. Narkotikabeslaglæggelser 1996-2010



Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2011

Hvad angår den beslaglagte mængde, ses store udsving for de fleste stoftyper fra år til år. Til trods for, at der ses en stigning i antallet kokainbeslag fra 2009 til 2010, er mængden af den beslaglagte kokain dog faldet fra 72 kilo i 2009 til 54 kilo i 2010. Mængden af den beslaglagte amfetamin steg derimod markant fra 104 kilo i 2009 til 194 kilo i 2010. Også den beslaglagte mængde af hash er steget markant fra 1.220 kilo i 2009 til 2.318 kilo i 2010. Som tidligere år bestod enkelte beslag af de forskellige stoffer af store mængder. (Se tabel 10.2.1 i annekset over mængden og antal beslaglæggelser 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 fremkomsten af nye misbrugsstoffer på markedet. Nedenfor beskrives resultater fra henholdsvis "Gadeplan-projektet" og "Ecstasyprojektet".

Narkotikahandel på gadeplan

Datamaterialet i Gadeplanprojektet består af små stikprøvebaserede beslaglæggelser fra 5 politikredse i Danmark (København, Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg), som afleveres til analyse hos de retskemiske afdelinger²². Af tabel 10.3.1. i annekset fremgår fordelingen af beslaglagte stoftyper på landsplan fra 2000 til 2010.

Ud af de 204 analyserede prøver i 2010 bestod 70 % af de centralstimulerende stoffer, amfetamin og kokain, hvilket er en lidt større andel end i 2009. I de senere år har forekomsten af de centralstimulerende stoffer i projektet - især kokain - dog været stigende, mens forekomsten af heroin har været faldende. 21 % af samtlige prøver i 2010 på landsplan var heroin. Til sammenligning var 44 % af prøverne i 2000 heroin. Yderligere 6 % af prøverne i 2010 indeholdt andre euforiserende stoffer og stoffblandinger såsom metamfetamin, ketamin og 2C-B, og 3 % indeholdt ikke euforiserende stoffer.

I København og Århus er kokain det dominerende stof i 2010 (henholdsvis 62 % og 44 % af samtlige prøver), mens amfetamin er det dominerende stof i både Esbjerg, Aalborg og Odense (henholdsvis 62 %, 42 % og 44 % af samtlige prøver).

Af tabel 10.3.2 i annekset ses fordelingen imellem heroinbase ("rygeheroin") og heroinklorid (hvid heroin til injektion) fra 2000 til 2010. Det er stadig heroinbase, der dominerer blandt heroinprøverne på landsplan. I 2010 var fordelingen af heroinbase og heroinklorid henholdsvis 64 % og 36 %.

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 2010 bestod alle (100 %) af heroinprøverne fra Odense af den hvide heroin til injektion. Til sammenligning bestod 80 % af heroinprøverne i København af den brune heroin til rygning, mens 20 % af prøverne var den hvide heroin.

Renheden af stofferne

Af tabel 10.3.3. fremgår renheden af de forskellige stoffer fra 2000 til 2010 i Gadeplanprojektets stikprøver.

22 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 i 2003 og overvåges selvstændigt.

23 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.

Tabel 10.3.3. Renhed af illegale stoffer på brugerplan, 2000-2010 (median af af aktivt stof)²³

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Heroinchlorid	59%	52%	50%	64%	63%	67%	53%	29%	52%	41%	46%
Heroinbase	40%	48%	25%	25%	22%	28%	18%	21%	16%	14%	20%
Amfetaminsulfat	12%	9%	13%	9%	9%	10%	7%	6%	8%	5%	6%
Kokainchlorid	37%	43%	36%	37%	24%	25%	18%	16%	19%	17%	21%

Kilde: Lindholst et al 2011

Som vist i tabel 10.3.3. ses ændringer i stoffernes renhed gennem årene. Den generelle tendens er, at renheden i de forskellige stoffer er faldet, dog med årlige udsving. Renheden af den hvide heroin, heroinchlorid, faldt dog væsentligt fra 67 % i 2005 til 46 % i 2010. Renheden af kokain har været jævnt faldende gennem årene. Renheden af kokain i 2010 er dog på 21 %, hvilket er det højeste niveau i en årrække.

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.

Indholdsstoffer i ecstasypiller og deres udseende

Siden 2001 har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Rigspolitiet og de tre retsmedicinske institutter særligt overvåget ”ecstasypiller” i Danmark. Analyseprøver fra indsendte beslag af pillerne fra politikredsene til et af de tre retskemiske institutter bliver samlet, og pillerne undersøges og beskrives med hensyn til stofkoncentration, stofsammensætning og udseende²⁴. Løbende opdatering af analyseresultaterne hvert halve år samt en større årlig rapport findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

I 2010 blev i alt 33.725 ”ecstasypiller” fordelt på 61 beslag sendt fra politikredsene til de retskemiske institutter med henblik på retskemisk undersøgelse. Ifølge Rigspolitiet beslaglagde politikredsene i alt 38.363 ecstasypiller i 2010, fordelt på 130 beslag. Trods intentionen om, at samtlige beslaglæggelser af pillerne skal indsendes til retskemisk analyse, blev altså kun 61 ud af de i alt 130 beslag indsendt og undersøgt, hvilket svarer til 47 % af samtlige beslaglæggelser.

Om ecstasymarkedet i 2010 kan sammenfattende siges, at der stadig ses det relativt nye stof mCPP i pillerne - både alene og i blandinger - om end stoffet i pillerne er faldende. mCPP var i 2010 indeholdt i 48 % af pillerne. Hertil kommer, at det hallucinogene stof 2C-B i stigende grad optræder i pillerne og var indeholdt i 34 % af pillerne igennem året. Til sammenligning indeholdt ”kun” 7 % af pillerne 2C-B i 2009. Endelig ses MDMA (ecstasy) i 2010 ”kun” i 7 % af pillerne, hvilket er et markant fald sammenlignet med få år tilbage, hvor ca. 80 % af pillerne indeholdt MDMA - enten alene eller i blandinger. Det er altså tale om et markant skift af indholdet i hovedparten af ecstasypillerne fra MDMA til mCPP eller 2C-B.

²⁴ 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.

Logoer, form og farve

Variationen af ecstasy på markedet mht. indhold og udseende er stor. Siden overvågningens start i 2001 er der i alt set knap 600 forskellige varianter af ecstasypiller. Alene i 2010 er der set 9 forskellige nye varianter. Pillerne er hvide, beige, grå, gule, røde og blå, og næsten altid runde. Dog ses også piller i rudeform, hjerteform, trekantede eller også formet som firkløver.

Blandt prøverne i 2010 fandtes 17 forskellige logoer. Mange af logoerne over årene findes kun i én variant, mens andre piller med samme logo findes i flere varianter. Eksempelvis er der fra overvågningens start fundet 54 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 ecstasypiller – både i Danmark og i det øvrige Europa. I Danmark blev et nyt indholdsstof identificeret i pillerne både i 2007 og 2008, mens der blev identificeret 2 nye indholdsstoffer i pillerne i hvert af årene 2009 og 2010.

Tabel 10.3.4. Forekomsten af nogle af indholdsstofferne i ecstasy fra 2003 til 2010

	2003 (n=337)	2004 (n=498)	2005 (n=335)	2006 (n=434)	2007 (n=311)	2008 (n=164)	2009 (n=141)	2010 (n=71)
MDMA	96 %	85 %	43 %	63 %	90 %	82 %	8 %	6 %
MDMA + andet	1 %	15 %	50 %	34 %	2 %	3 %	6 %	2 %
Andet indholdsstof	3 %	0 %	7 %	3 %	8 %	15 %	86 %	92 %*

Kilde: Århus Universitet 2011

*I 2010 indeholdt 48 % af ecstasypillerne mCPP alene eller i kombination med andre stoftyper, og 34 % af pillerne indeholdt 2C-B.

Gennem årene har forekomsten af piller, der alene indeholder MDMA (som vist i tabel 10.3.4) varieret mellem 6 % og 96 %. 2009 og 2010 afviger fra tidligere år ved i stort omfang at indeholde mCPP og 2C-B, og ved at varianter med MDMA i blanding med amfetamin, metamfetamin og MDE/MDA stort set er forsvundet fra markedet.

Første halvår i 2011

Som nævnt indledningsvis i dette kapitel er inklusionskriterierne for overvågningen af ”nye” stoffer i Danmark ændret i 2011. Udover en systematisk overvågning og retskemiske analyser af ”ecstasy” piller, der beslaglægges og indsendes til retskemisk analyse, omfatter denne overvågning nu også pulver og væske.

Resultater fra det første halvår i 2011 viser, at mCPP ses i 39 % af pillerne mod 75 % af pillerne i sidste kvartal af 2010. I stedet indeholder så mange som 31 % af pillerne ingen aktive stoffer. Til sammenligning var dette 8 % i sidste kvartal af 2010. 19 % og 12 % af pillerne i første halvdel af 2011 indeholdt henholdsvis det egentlige stof ecstasy (MDMA) og 2C-B. Ingen af pillerne i sidste kvartal i 2010 indeholdt MDMA, mens 17 % af pillerne indeholdt 2C-B i perioden.

Tabel 10.3.5 viser det samlede resultat af de aktive stoffer, der er påvist i pulver og væske, der er indsendt og analyseret.

Tabel 10.3.5. Indholdsstof i pulver og væsker forhandlet som ecstasy, spice m.m.

1. Halvår 2011

MDMA	49
Ketamin	18
Metamfetamin	11
GHB*	5
p-Fluoramfetamin	5
2-methylamfetamin	2
4-methylethcathinon	2
Mephedron	1
Flephedron	1
2C-B	1
mCPP	1
MDPV	1
JWH-073	1
JWH-122	1
JWH-203	3
JWH-210	1
JWH-250	1
I alt antal sager	104

* GHB i væskeform

Ud fra oversigten er det især at bemærke, at 47 af de pulverprøver, der er blevet analyseret i første halvår af 2011, indeholder MDMA (ecstasy), hvilket bekræfter, at ecstasy ikke alene findes i piller, men i høj grad også sælges på markedet som pulver. 5 syntetiske cannabinoider (JWH- stofferne) er fundet i pulveranalyserne. Disse er alle blevet forbudt i selvsamme forår. Her til kommer måske noget opsigtsvækkende, at 15 prøver indeholder det relative nye misbrugsstof, ketamin. Ketamin, der er et anæstesi lægemiddel, kan virke hallucinogent, og der er rapporteret om stigende udbredelse af stoffet de senere år.

En halvårlig oversigt over resultater fra denne overvågning af de aktuelle indholdsstoffer og koncentration i pillerne på markedet offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Høj og lav stofkoncentration

Koncentrationen af de forskellige aktive stoffer i pillerne varierer voldsomt, hvilket udgør en særlig risiko for forgiftning ved indtagelse. I 2010 varierede mængden af MDMA mellem 1 og 70 mg pr. tablet. Mængden af det aktive stof mCPP varierede mellem 11 og 42 mg, og mængden af 2C-B lå i 2010 i intervallet 3 mg til 7 mg pr. pille.

Alt andet lige synes ecstasy på markedet at være uforudsigelig mht. styrke, indholdsstoffer og stoffkombinationer.

Den systematiske overvågning af "ecstasy piller" i Danmark vurderes at give et godt overblik over, hvilke ecstasy piller der findes på markedet herhjemme, og hvad de indeholder. Overvågningen giver også hurtig information om nye syntetiske stoffer på det illegale marked, der blandt andet gør myndighederne i stand til at indstille og kontrollere stoffer løbende. Dog er der stadig mange beslaglæggelser, der ikke indsendes fra politikredsene, og som alt andet lige ville kvalificere overvågningen. Hertil kommer, at langt fra alle ecstasy piller, der distribueres og sælges på markedet i Danmark, beslaglægges. Retskemisk Afdeling i Århus lavede i 2007 en undersøgelse, der skønnede, at kun 5 % af pillerne, der flourer på det danske marked, beslaglægges og dermed gøres til genstand for mulig retskemisk analyse.

Priser

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

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

11 Narkotikapolitik og tilbud i Kriminalforsorgen

11.1 Fængselssystemet og fængselspopulationen

I Danmark er der 13 fængsler, 42 arresthuse/arrestafdelinger, 8 pensioner (halvvejs-huse) og 14 afdelinger af Kriminalforsorgen i Frihed. I 2010 blev der i alt foretaget 14.469 nyindsættelser, hvoraf 1.143 var kvinder. Der blev anmeldt 10.004 ubetingede frihedsstraffe, hvoraf knap en tredjedel var på 3 måneder eller derunder. 7 % af dommene var på over 2 år.

Det gennemsnitlige belæg i 2010 var 3965 indsatte pr. dag svarende til 96,3 % af den samlede kapacitet. Det gennemsnitlige belæg af unge under 18 år var 20 indsatte pr. dag. Den kriminelle lavalder i Danmark er 14 år. De indsatte fordelte sig i 2010 med 891 i lukkede fængsler, 1.343 i åbne fængsler og 1.731 i arresthusene.

11.2 Organisering af sundhedspolitikken og levering af ydelserne i fængslerne

Før 1997 var der ingen egentlig social misbrugsbehandling i form af terapi, støttende/motiverende samtaler m.v. i Kriminalforsorgens institutioner. Et fåtal kunne få behandling i institutioner uden for fængslerne i medfør af straffuldbyrdelseslovens § 78, men den langt overvejende population af indsatte var afskåret fra behandling. I dag er det ikke et spørgsmål, om man kan tilbydes behandling, men snarere *hvilken* behandling man skal tilbydes.

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

Konkret betyder det, at Kriminalforsorgens klientel i videst muligt omfang skal benytte det øvrige samfunds misbrugsbehandlingstilbud. For løsladte klienter og betinget dømte gælder det, at de på linje med ustraffede personer kan søge behandling via opholdskommunen, og for indsatte er udgangspunktet, at der finder en overførsel sted fra fængslet til en egnet behandlingsinstitution. En sådan overførsel kræver, at den indsatte ikke er flugttruet, ikke kan betegnes som værende farlig, eller at retsfølelsen i samfundet ikke skønnes at blive stødt i øvrigt. Kun indsatte, der ikke opfylder ovennævnte krav, kan benytte den sociale misbrugsbehandling, som tilbydes i fængslerne.

Det er dog forbundet med vanskeligheder at få ordningen til at fungere tilfredsstillende, da kommunerne og Kriminalforsorgen ofte vurderer de indsattes behandlingsbehov forskelligt med det resultat, at de indsatte ikke tilbydes behandling efter straffuldbyrdelseslovens § 78, men i stedet henvises til behandling i et fængsel. I 2010 blev alene 160 dømte anbragt efter straffuldbyrdelseslovens § 78 med henblik på misbrugsbehandling. Antallet af anbringelser med henblik på misbrugsbehandling har i øvrigt været faldende

de sidste 5-7 år. Hvorvidt en *medicinsk* behandling skal iværksættes eller ej, beror alene på en lægelig vurdering. Praksis i den medicinske behandling har dog i mere end 20 år været, at indsatte, der før indsættelsen var i medicinsk behandling, som hovedregel kan fortsætte denne behandling under fængslingen. Praksis har endvidere været, at indsatte, der ikke i forvejen var i behandling og som oplyser, at de er aktive stofmisbrugere, ved indsættelsen bliver vurderet af sundhedspersonale med henblik på eventuel iværksættelse af et medicinsk nedtrappingsforløb.

Den sundhedsfaglige behandling af opioidafhængige indsatte stofmisbrugere skal følge Sundhedsstyrelsens vejledning om lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling i forhold til behandling af misbrugstilstanden samt udredning og sikring af behandling for de fysiske og psykiske lidelser, der følger med stofmisbrug.

Sundhedssystemet generelt

Behandlingen af syge indsatte skal som udgangspunkt varetages af det almindelige behandlingssystem, der råder over et differentieret behandlingstilbud, der muliggør, at den enkeltes individuelle behandlingsbehov imødekommes bedst muligt.

Indsatte i Kriminalforsorgens institutioner har ligesom alle andre borgere i samfundet ret til sygehusbehandling. Der er ligeledes frit sygehusvalg for indsatte i Kriminalforsorgens institutioner. Denne ret kan dog begrænses af sikkerhedsmæssige hensyn eller af hensyn til retshåndhævelsen. Det er den enkelte institutionslæge, som henviser en indsat til behandling på sygehuset, og sygehuset, der vurderer, om den indsatte skal indlægges.

Såvel økonomiske som sikkerhedsmæssige hensyn har dog medført, at der er etableret en sundhedsordning i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse. Denne sundhedsordning indebærer, at der til alle fængsler og arresthuse er knyttet en fængselslæge/arresthuslæge, typisk en praktiserende læge fra lokalområdet, der er til stede i institutionen 1-2 gange om ugen i et bestemt antal timer. Alle fængsler og de største arresthuse har tilknyttet en sygeplejerske, enten på fuld tid eller på deltid. Alle fængsler har endvidere tilknyttet en psykiater, typisk på konsulentbasis, hvilket betyder, at en speciallæge er til stede i institutionen et bestemt antal timer om ugen. De fleste fængsler har tillige tilknyttet en psykolog, også typisk på konsulentbasis. Endvidere har de største fængsler en tandlægeklinik, hvor en praktiserende tandlæge fra lokalområdet er til stede nogle timer om ugen.

Der er fastsat rutiner, som sikrer, at alle nyindsatte snarest muligt efter indsættelsen får en generel orientering om sundhedsordningen i institutionen og mundtligt tilbydes en samtale med institutionens læge eller sygeplejerske. Det er i Danmark et lovfæstet princip, at al kontakt med sundhedsvæsenet som udgangspunkt kun sker efter ønske fra patienten, og den indledende kontakt med sundhedspersonalet sker således kun, såfremt den indsatte indvilliger heri.

Der er blandt de indsatte i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse et ikke ubetydeligt antal, der periodisk eller måske under hele opholdet har behov for psykiatrisk/psykologisk støtte og bistand, eller som af helbredsmæssige årsager ikke kan afsone på en almindelig fængselsafdeling. Kriminalforsorgen må derfor råde over behandlingsbi-

stand, der i rimelig grad kan tilgodese det behov for psykiatrisk/psykologisk og somatisk bistand, som eksisterer.

Anstalten ved Herstedvester, der har en kapacitet på 147 pladser, er en behandlingsinstitution for indsatte med et særligt behov for psykiatrisk/psykologisk bistand. Anstalten, hvis funktion er landsdækkende, har fuldtidsansatte psykiatere og psykologer. Dens hovedopgave er at modtage mandlige og kvindelige domfældte og i begrænset omfang varetægtsarrestanter fra hele landet, der ikke er sindssyge, men som har behov for psykiatrisk/psykologisk bistand.

Vestre Hospital under Københavns Fængsler er sygeafdeling (36 pladser) for Københavns Fængsler, men har tillige en landsdækkende funktion som somatisk sygeafdeling for hele Kriminalforsorgen.

Kriminalforsorgen har fire sundhedskonsulenter, en almenlægelig konsulent, en psykiatrisk konsulent, en tandlægekonsulent og en hiv/aids-konsulent. Disse konsulenter er direktoratet og Kriminalforsorgens institutioner behjælpelig med besvarelse af spørgsmål på områderne og udarbejdelse af evt. retningslinjer og vejledninger, hvor det almindelige sundhedssystemets tilbud ikke er tilstrækkeligt eller dækkende i forhold til de særlige forhold som gør sig gældende i institutioner for frihedsberøvede.

Det er Patientombuddet, der behandler sager om klager over sundhedspersoners behandling eller behandlingsforløb og Sundhedsstyrelsen og embedslægeinstitutionerne, som fører tilsyn med sundhedspersoner. Kriminalforsorgen har i alt 138 sundhedsfaglige medarbejdere ansat.

Misbrugsrelateret sundhedspolitik og strategi vedrørende indsatte

I 2003 blev der indført behandlingsgaranti for stofmisbrugere i Danmark. Lov om social service gjaldt imidlertid ikke for indsatte i Kriminalforsorgens institutioner. Der blev i de følgende år arbejdet hen imod, at også Kriminalforsorgens indsatte kunne blive omfattet af en sådan garanti.

Det er på denne baggrund, at Kriminalforsorgen inden for en periode på bare godt 10 år er gået fra at være så godt som uden behandlingstilbud til i dag at være en af landet største enkeltudbydere af behandling.

Behandlingsgarantien i fængslerne, som er forankret i straffuldbyrdsloven, trådte i kraft den 1. januar 2007 og svarer stort set til behandlingsgarantien i serviceloven. Garantien gælder således den *sociale* behandling og ikke den medicinske.

Hovedelementet i garantien for den sociale behandling er den såkaldte 14-dages regel, som betyder, at Kriminalforsorgen så vidt muligt skal have afklaret behandlingsbehovet, foretaget en visitation og iværksat behandlingen inden udløbet af 14 dage fra det tidspunkt, den indsatte har udtrykt ønske om at komme i behandling. Behandlingsgarantien gjaldt i første omgang ikke for indsatte med korte domme og ikke for varetægtsarrestanter, men fra den 1. juni 2011 er alle omfattet. Behandlingsgarantien er blevet overholdt inden for tidsfristen i 88 % af de registrerede sager i 2010.

Selv om behandlingsgarantien i de første år ikke omfattede korttidsindsatte og varetægtsarrestanter, har det siden 1. januar 2007 været intentionen, at alle skal kunne tilbydes stofbehandling uanset status som korttidsindsat eller varetægtsarrestant. Derfor er alle, der har ønsket stofbehandling, blevet vurderet i relation til egnethed og motivation. For så vidt angår de korttidsindsatte er der i vidt omfang blevet iværksat en behandling, som har kunnet fortsættes i kommunalt (eller privat) regi efter løsladelse. For varetægtsarrestanter er målet primært at afklare, motivere og forberede de indsatte på at indgå i et egentligt behandlingsforløb efter domsafsigelse, hvad enten behandlingen skal gives i frihed eller under afsoning.

Alle primære stofbehandlingstilbud i Kriminalforsorgen skal igennem en akkrediteringsproces, hvor et ekspertpanel vurderer, om behandlingstilbuddet lever op til standarderne for god behandling. Pr. 1. september 2011 er 12 ud af 15 primære behandlingstilbud akkrediteret, mens tre behandlingstilbud afventer ekspertpanelets bedømmelse.

Strategi og de enkelte tilbud

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

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

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

De forskellige behandlingstilbud i fængslerne

Der er tale om flere typer af behandlingstilbud i fængslerne. Dels er der såkaldte *motivations- og forbehandlingsprojekter* i arresthuse i hele landet. Disse er helt overvejende baseret på de stedlige kommuners misbrugscentre, og formålet er at forberede varetægtsarrestanterne på den behandling, de kan få i fængslerne ved afsoning eller efter løsladelse fra varetægtsfængsling. Motivations- og forbehandlingsprojekter er ikke en del af behandlingsgarantien.

En pendant til den traditionelle døgnbehandling, som langt overvejende retter sig mod total stoffrihed, er de såkaldte *behandlingsafdelinger* (i modsætning til fælleskabsafdelinger, som er navnet på de afdelinger, hvor indsatte almindeligvis placeres, hvis de ikke har særlige behov, er særligt svage eller negativt stærke). Behandlingsafdelingerne er som udgangspunkt helt isoleret fra det øvrige fængselsmiljø og defineres dermed som døgnbehandling, idet de indsatte hele tiden befinder sig i et terapeutisk

behandlingsmiljø. Disse tilbud er også udvalgt efter normaliseringsprincippet, idet der er indgået kontrakter med en vifte af de behandlingsinstitutioner, som kommunerne typisk anvender, når deres borgere skal placeres i døgnbehandling. Sådanne afdelinger findes i dag i næsten alle fængsler. Kun én behandlingsafdeling, ”Mælkebøtten” på Statsfængslet Midtjylland”, har ikke et primært mål om total stoffrihed, idet der her er tale om en målgruppe af indsatte, som har behov for en særlig støtte i forbindelse med en medicinsk understøttet behandling (substitutionsbehandling).

Der er såkaldte *efterbehandlingsafdelinger* i udvalgte fængsler til indsatte, som har længere domme, og som har gennemført primærbehandlingen. Primærbehandling kan sjældent stå alene, og indsatte, som har gennemført en sådan behandling, har almindeligvis behov for efterbehandling i et miljø, hvor man gradvist giver den indsatte mere ansvar, og hvor frihedsgraden øges. Efterbehandlingen har stor fokus på uddannelse/ beskæftigelse, og udslusning og sker også efter importmodellen.

Hertil er der tilbud om psykosocial *støtte i forbindelse med substitutionsbehandling* (medicinsk behandling med metadon/subutex) på tværs af de eksisterende afdelinger i alle fængsler. En del indsatte er i substitutionsbehandling, men medicinsk behandling bør ikke stå alene og følges derfor op af støttende samtaler.

Tilsvarende er der tilbud om behandling for kokainmisbrug til indsatte i åbne fængsler og tilbud til *hashmisbrugere* i alle fængslerne. Både kokain-, hash- og substitutions-tilbuddene er tilrettelagt som dagbehandling (ambulant behandling), hvor de indsatte er placeret på fællesskabsafdelinger og i dagtimerne deltager i behandling i kortere eller længere tid som supplement til eller i stedet for egentlig undervisning/anden beskæftigelse. Disse tilbud er ligeledes baseret på importmodellen, og der anvendes både kommunale og private aktører til opgaven. Hash- og substitutionsprojekterne er primærbehandling, men er mindre intensive tilbud end den behandling, som foregår i de særlige og dertil indrettede behandlingsafdelinger.

Endelig er der *særlige såkaldte kontraktafdelinger*, hvor der som udgangspunkt ingen behandling finder sted, men hvor indsatte, som ikke ønsker at afsone sammen med misbrugere, kan sikres en total stoffri afsoning. Dette sker ved et øget antal urintests og et generelt forhøjet kontrolniveau. På nogle af disse afdelinger kan dog tilbydes plads til færdigbehandlede stofmisbrugere. Der tilbydes i begrænset omfang efterbehandling på disse afdelinger.

Kriminalforsorgen råder desuden over otte 8 udslusningspensioner.

11.3 Forordninger/bestemmelser vedr. den misbrugsrelaterede sundhedsindsats i fængsler

Forebyggelse, behandling, rehabilitering og skadesreduktion

Når indsatte i forbindelse med rutineundersøgelser eller i forbindelse med en konkret mistanke identificeres som stofmisbrugere, vil de få et tilbud om behandling efterfølgende. Tilbuddet kan gives af Kriminalforsorgens personale eller af det behandlingspersonale, som måtte være i det pågældende fængsel.

Er den indsatte motiveret for behandling, foretages en nærmere vurdering af, hvilket behandlingstilbud, der måtte være bedst egnet. Denne vurdering sker på baggrund af erfaringer med eventuelle tidligere behandlingsforløb sammenholdt med den indsattes nuværende situation. Indsattes egen vurdering indgår heri.

Indsatte i stofbehandling og type af misbrugsbehandling

Samlet set er der fra 1997 til i dag sket udvidelser i kapaciteten fra 18 til ca. 275 pladser på egentlige behandlingsafdelinger. Dertil kommer kontraktafdelingspladserne og et skiftende antal indsatte, som er i dagbehandling.

Det blev anslået, at 550 personer ud af 4000 indsatte var i gang med et af Kriminalforsorgens behandlingstilbud på én given dag (15. oktober 2010) svarende til, at 15 % af alle indsatte pt. var i gang med et behandlingsforløb. Tallet er dog behæftet med en vis usikkerhed, idet ikke alle registreringer af behandlingsforløbene er foretaget korrekt i fængslerne.

I tabel 11.3.1 nedenfor ses antal behandlinger og personer, der har fået behandling iværksat i 2010, uanset hvornår de har søgt, fordelt på behandlingstype.

Tabel 11.3.1. Antal behandlinger for indsatte i stofbehandling, fordelt på behandlingstype

Behandlingstype	Antal personer	Antal iværksatte behandlinger
Alkoholistbehandling	196	207
Hashmisbrugsbehandling	521	576
Movitationsbehandling	885	988
Stoffribehandling	455	525
Substitutionsbehandling	124	130
I alt	2181	2426

Kilde: Kriminalforsorgen 2010

Note: I narkotikaårsrapporten for 2010 er anført, at der i 2010 var 2000 tilfælde, hvor en indsat eller klient påbegyndte et nyt behandlingsforløb. Tallet er estimeret på grundlag af en foreløbig opgørelse primo 2011.

Note: Udtræksdato 28.8.2011

I tabel 11.3.2 ses rusmiddelforbruget inden indsættelsen.

Tabel 11.3.2 Rusmidler indtaget 30 dage forud for indsættelsen. Andel af indsatte med oplyst forbrug. Opgjort den 18. december

	2009		2010	
	n	%	n	%
Opioider	484	23,2	572	23,4
Centralstimulerende midler	1295	62,1	1533	62,8
Hash	1458	70,0	1681	68,9
Alkohol	705	33,8	862	35,3
Bezodiazepiner	252	12,1	340	13,9
Hallucinogener	61	2,9	71	2,9
Andet	138	6,6	159	6,5

Kilde: Kriminalforsorgen 2010

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

Skadesreduktion

For at mindske risikoen for overførsel af smitsomme sygdomme (hiv og hepatitis) har indsatte i fængsler og arresthuse adgang til desinfektionsvæske til rensning af eventuelle brugte sprøjter og kanyler. Ordningen er under revurdering, og i den forbindelse overvejes også fordele og ulemper ved at indføre en sprøjtebytteordning.

Informationsmateriale om korrekt desinfektion af sprøjter og kanyler med rensvæske er tilgængelig for de indsatte i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse. Informationsfolderen findes på en række fremmedsprog. Sundhedspersonale i institutionerne giver indsatte information om smitterisici i al almindelighed, og informationsmateriale om hepatitis B og C samt om hiv forefindes også i institutionerne og er oversat til en række fremmedsprog. Der forefindes også skriftlig information om smitsomme sygdomme særligt målrettet personale i Kriminalforsorgens institutioner. Kondomer udleveres frit og forefindes i de besøgslokaler, hvor indsatte modtager besøg udefra.

Indsatte stofmisbrugere skal tilbydes vaccination mod hepatitis B, og de skal tilbydes substitutionsbehandling i overensstemmelse med de gældende retningslinjer fastsat af Sundhedsstyrelsen og svarer dermed til den behandling, som tilbydes i samfundet i al almindelighed.

Samarbejde mellem myndigheder og kontinuitet i behandlingen

I forbindelse med løsladelse fra fængslet er det lovpligtigt, at Kriminalforsorgen og kommunerne koordinerer respektive handleplaner med henblik på at den indsatte bedst muligt opnår den hjælp og støtte, der måtte være behov for, jf. lov om social service og Kriminalforsorgens handleplanscirkulære. I den forbindelse bliver et eventuelt behandlingsforløb beskrevet, og det vurderes, hvilken indsats der er påkrævet for, at behandlingen fortsætter. Alt efter dommens længde eller tidspunktet for den påbegyndte behandling vil den indsatte være i en bestemt fase/intensitet i behandlingsforløbet, og det tilstræbes, at kommunerne, som har ansvaret for misbrugsbehandlingen, fortsætter netop dér, hvor Kriminalforsorgen slap. I praksis er det ikke altid muligt, men det er under alle omstændigheder af afgørende betydning, at dialogen og koordineringen af handleplanerne finder sted.

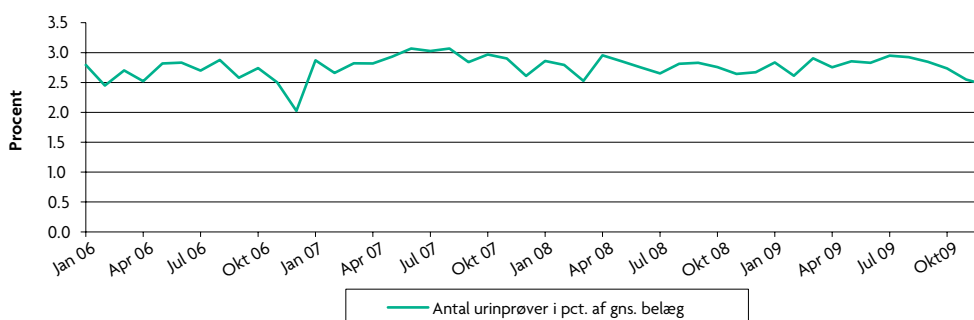
Kriminalforsorgen er i 2010 påbegyndt indgåelse af detaljerede samarbejdsaftaler med alle landets kommuner. Det er hensigten, at kommunerne på den måde kan regne med, at samarbejdet finder sted på samme måde for alle Kriminalforsorgens institutioner. Der er pt. indgået aftaler med knap 25 % af landets kommuner.

Test for misbrug

I 2004 blev der indført nul-tolerance politik over for narkotika i Kriminalforsorgens institutioner. Hovedelementerne i denne politik er, at indsmugling af narkotika skal vanskeliggøres, at kontrolindsatsen i forhold til de indsatte skal intensiveres (urinprøver), at der skal reageres konsekvent på stofmisbrug, og at behandlingsmulighederne for misbrugere skal øges. Som led deri skal der gennemføres narkotest på Kriminalforsorgens klienter i et omfang, der svarer til mindst 2 % af det daglige belæg.

I perioden fra juni 2005 til marts 2010 er der i alt registreret 186.283 narkotest, hvilket svarer til gennemsnitligt 3.212 narkotest om måneden eller 106 test om dagen. Figur 11.3.1 viser det månedlige antal narkotest sat i forhold til det gennemsnitlige belæg pr. måned for alle fængsler og arresthuse i årene 2006 til 2009.

Figur 11.3.1. Antal narkotest i procent af det gennemsnitlige månedlige belæg i alle fængsler og arresthuse, 2006-2009



Kilde: Kriminalforsorgen 2010

I gennemsnit for hele perioden har andelen været på 2,8 %, mens den på årsbasis fra 2006 til 2009 har været henholdsvis 2,6 %, 2,9 %, 2,8 % og 2,8 %.

Den testplade, der bruges til narkokontrol, indeholder test for hash, opiater, benzodiazepiner, kokain, metamfetamin, amfetamin samt metadon.

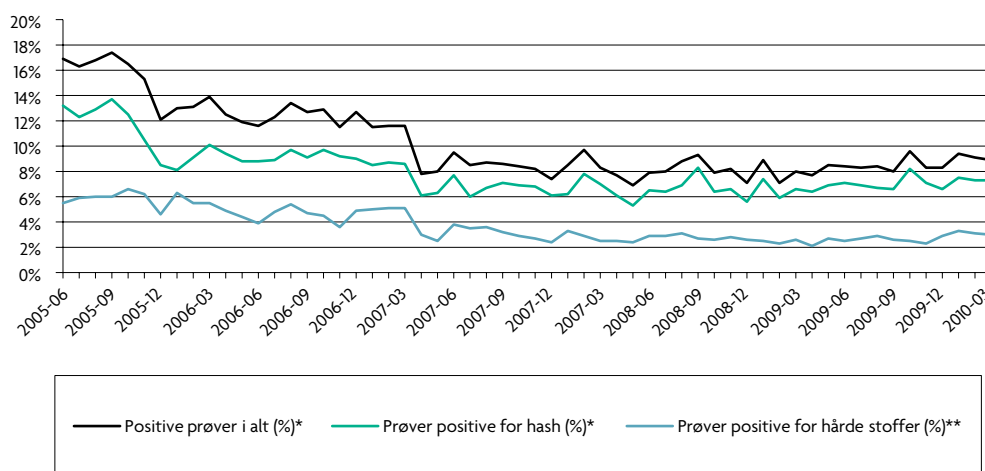
Testpladerne kan spore kokain og amfetaminer i urinen i en til to dage efter indtagelsen og hash i op til otte uger efter indtagelsen, hvorfor man først, når disse tidsperioder er overskredet, kan være sikker på, at stofferne er indtaget i Kriminalforsorgens institutioner. De positive tests, der ligger inden for disse tidsperioder, opgøres ikke som positive, medmindre indsatte undtagelsesvis erkender at have indtaget stofferne i institutionen.

Figur 11.3.2 viser, at andelen af positive test har været faldende i perioden fra juni 2005 til juni 2007. Efter juni 2007 har niveauet af positive test varieret omkring 8 %. I 2005 var den samlede andel af positive test knap 16 %, og denne andel er altså faldet

til godt 8 % i 2008-09. I første kvartal af 2010 synes andelen af positive test at være steget en smule. I 2009 var andelen 8,3 %, mens den i første kvartal 2010 var 9,1 %.

Opdeler man, som i figur 11.3.2., den samlede andel af positive urinprøver i prøver positive for hash og prøver positive for hårde stoffer, ses det, at udviklingen for de to stof typer er ganske parallel over tid. Andelen af test positive for hash har siden slutningen af 2007 ligget rimeligt konstant på omkring 6-8 % og andelen positive for hårde stoffer på omkring 3 %.

Figur 11.3.2. Positive urinprøver i alt, samt urinprøver positive for hash og hårde stoffer i hele Kriminalforsorgen fra juni 2005 til marts 2010, i procent



Kilde: Kriminalforsorgen 2010

*Kriminalforsorgens urinprøver kan registrere hash i op til otte uger efter indtagelsen. Derfor kan det først efter otte ugers indsættelse med sikkerhed siges, at indtagelsen af hash er foregået i Kriminalforsorgens institutioner. Prøver, der er positive for hash inden for otte uger efter indsættelsen, opgøres derfor ikke som positive i Kriminalforsorgens statistik.

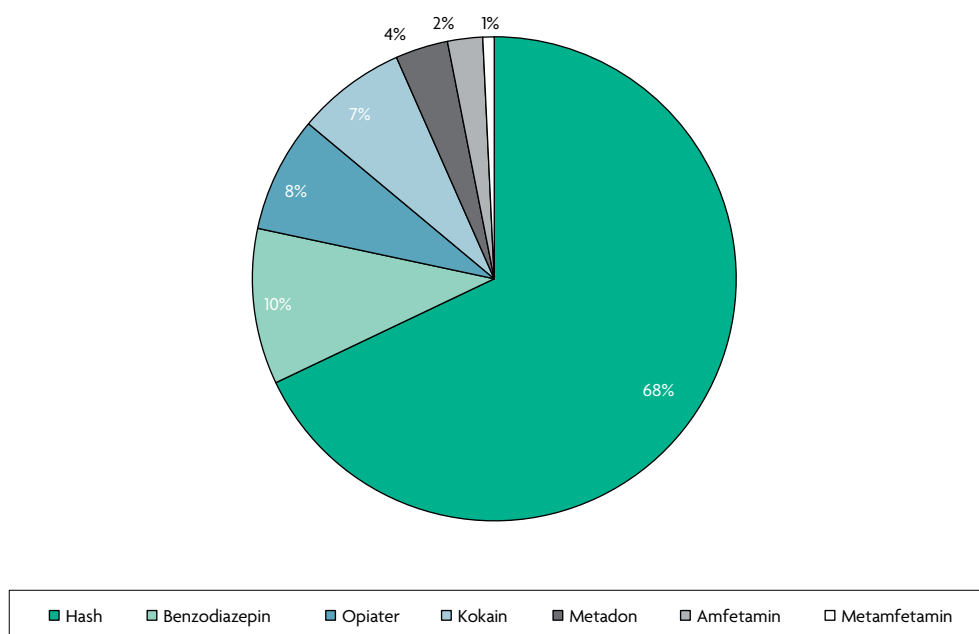
**Hårde stoffer er en samlet betegnelse for opiater, benzodiazepin, kokain, metamfetamin, amfetamin og metadon.

Af figur 11.3.2 ses det også, at der ikke er nogen umiddelbar 'substitutionseffekt'. Der er altså ingen tendens til, at andelen af test positive for hårde stoffer stiger som konsekvens af, at klienterne i større omfang erstatter hash med hårde stoffer.

Bekymringen for en substitutionseffekt bunder bl.a. i det forhold, at sandsynligheden for at blive testet positiv for hårde stoffer er mindre end sandsynligheden for at blive testet positiv for hash på grund af den længere såkaldte halveringstid for hash. De indsatte skulle derfor være tilbøjelige til at erstatte brug af hash med brug af hårde stoffer for at minimere risikoen for at blive testet positiv. Selv om substitution kan ske i enkelte tilfælde, er der altså ikke statistisk belæg for, at det sker i et større omfang.

Langt størstedelen af de positive test er positive for hash. I 2009, hvor 8,2 % af de opgjorte test var positive, udgjorde hash 68 % af de positive test.

Figur 11.3.3. Positive prøver fordelt på stoftype, i hele Kriminalforsorgen, 2009

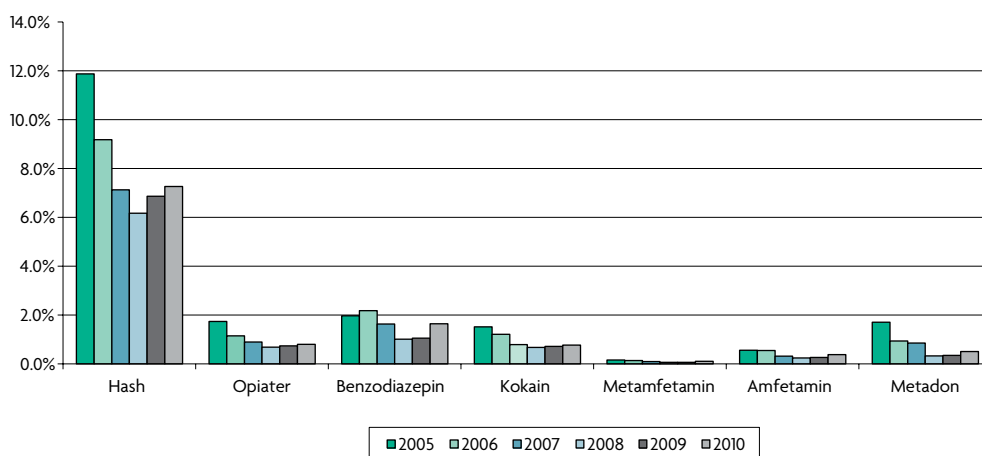


Kilde: Kriminalforsorgen 2010

Generelt kan det siges, at de sløvende stoffer som hash, benzodiazepin, opiater og metadon tilsammen udgør 90 % af alle de positive test i 2009, mens de stimulerende stoffer såsom kokain, amfetamin og metamfetamin, udgør de sidste 10 % af de positive test.

Af figur 11.3.4 nedenfor ses, at der fra 2005 til 2009 har været et fald i andelen af positive test for alle de stoffer, der testes for. Kun for benzodiazepin ses en stigning fra 2005 til 2006.

Figur 11.3.4. Positive urinprøver fordelt på stoftype i hele Kriminalforsorgen fra juni 2005 til marts 2010, i procent



Kilde: Kriminalforsorgen 2010

11.4 Kvalitet i ydelsen

Standarder for misbrugsrelaterede sundhedsydelse

Akkreditering af misbrugsbehandlingen er første led i direktoratets evaluering af misbrugsbehandlingen i Kriminalforsorgens institutioner.

Akkreditering er en metode, hvor et anerkendt og uafhængigt organ – akkrediteringspanelet – bedømmer, hvorvidt et behandlingsprogram har udviklet eller er i stand til at udvikle de bedst mulige processer og rammer for at skabe kvalitet i behandlingen. Akkrediteringen er en formel anerkendelse af, at behandlingsstedet er kompetent til at praktisere misbrugsbehandling i et fængsel, og at behandlingen kan forventes at bidrage positivt til den indsatte resocialiseringsproces. Vurderingen af behandlingsstedet sker med afsæt i den viden, der er tilgængelig inden for behandlingsforskningen om, hvad der virker og ikke virker i et fængselsmiljø. Akkrediteringen kan dermed betragtes som en videnskabelig kvalitetssikring.

Direktoratet har desuden igangsat en intensiv monitorering af de akkrediterede behandlingstilbud. Dette har til formål at efterse, om de akkrediterede behandlingstilbud fortløbende leverer de ydelser, der er akkrediteret, og at behandlingen dermed succesivt hviler på et solidt videnskabeligt grundlag.

Erfaringer fra akkreditering og opfølgingspraksis indgår i Direktoratets overvejelser om, hvilke behandlingstilbud, der skal benyttes i fængsler og arresthuse, jf. i øvrigt afsnit 11.3.

11.5 Metodiske begrænsninger og udfordringer

I Danmark er sundhedsbetjening administreret af Kriminalforsorgen, som hører under Justitsministeriet. Direktoratet for Kriminalforsorgen eller institutionens ledelse har

ikke instruktionsbeføjelser i forhold til den sundhedsfaglige behandling af den indsatte. Den sundhedsfaglige medarbejder skal alene følge sundhedsmyndighedernes regler. Den enkelte institution har dog ansvaret for, at tilbud om sundhedsbetjening er til stede, jf. i øvrigt afsnit 11.2.

Ansvarsplacering af sundhedsbetjening af indsatte har ikke været genstand for overvejelser i den danske kriminalforsorg, men Direktoratet for Kriminalforsorgen er bekendt med, at det i WHO- regi drøftes, hvorvidt det er mest hensigtsmæssigt, at ansvaret for sundhedsbetjening af indsatte i fængsler og arresthuse hører under Justitsministeriet eller under Sundhedsministeriet.

Kriminalforsorgen indberetter ikke til det nationale register for stofmisbrugere i behandling (SIB). Kriminalforsorgen har i stedet et elektronisk klientsystem, hvor der er et særligt modul, ”rusmiddelmodulet”, til registrering af data om indsattes stof- og alkoholmisbrug, behandlingstiltag mv. Kriminalforsorgen vil løbende overveje, om det er muligt at iværksætte indberetning i SIB inden for de eksisterende økonomiske rammer.

12 Stofmisbrug og børn

Børn i familier med stofmisbrug er en meget udsat gruppe, idet opvækstmiljøet er præget af forældrenes stofmisbrugsrelaterede problemer af både helbredsmæssig, psykisk og social karakter samt af forældrenes ofte belastede opvækst- og baggrundsforhold. Forældrenes personlighedsmæssige ressourcer og omsorgsevne kan som følge heraf være betydeligt nedsat med alvorlige konsekvenser for egne børn til følge i form af omsorgssvigt. Den negative sociale arv slår massivt igennem i denne gruppe.

Stofmisbrug under graviditeten kan føre til alvorlige medfødte skader, dels betinget af de enkelte stoffers specifikke fosterskadende virkning, dels betinget af den gravide kvindes fysiske og psykiske helbredstilstand, livsvilkår og livsstil. Stofmisbrugende kvinder har ofte udeblivende eller stærkt uregelmæssige menstruationer og anvender ofte ikke prævention. Graviditeterne er ofte uplanlagte og komplicerede, opdages sent og henvendelse til læge og jordemoder sker ofte sent og med ustabil fremmøde.

De medfødte skader og sygdomme hos børnene omfatter misdannelser, væksthæmning, for tidlig fødsel, iltmangel og hjerneskade samt abstinenser, hiv, hepatitis og andre infektioner. Dertil kommer, at mange af børnene vokser op under særdeles utrygge og ustabile forhold, hvor de ikke får den kontakt, stimulation og omsorg, som er nødvendig for en sund og normal udvikling. Man ved, at børn med medfødt skade er langt mere følsomme for et dårligt opvækstmiljø end børn, som fra fødslen er sunde og normale, og børn med medfødt skade er i langt højere risiko for understimulation, omsorgssvigt og overgreb end andre børn.

Et dårligt miljø i det først leveår kan forstærke de medfødte skaders betydning for barnets videre udvikling, mens et godt miljø i første leveår i betydelig grad kan formindske de medfødte skaders betydning. Derfor er en tidlig og kvalificeret indsats over for disse risikobørn af afgørende betydning for deres prognose.

12.1 Problemets omfang

Sundhedsstyrelsen har fra 1996 systematisk opgjort antal stofmisbrugere, der indskrives i behandling, herunder om de har børn, om børnenes alder, opholdssted og omfanget af kontakt med børnene. Som vist i kapitel 5 i foreliggende rapport (tabel 5.2.1), er der ud af de 5.337 stofmisbrugere, der blev indskrevet i behandling i 2010, 1.251 hjemmeboende børn under 18 år. Hertil kommer 406 børn under 18 år, som ikke bor sammen med én eller begge stofmisbrugende forældre (Sundhedsstyrelsen 2011a). Tillige registreres i Servicestyrelsens register over stofmisbrugere i behandling, om de stofmisbrugende kvinderne er gravide. Opgørelse herfra viser, at 31 ud af 1231 kvinder er gravide ved indskrivningen²⁵. De nævnte statistikker omfatter kun stofmisbrugere i behandling, hvorfor omfanget af problemer i relation til børn af stofmisbrugere må formodes at være større, end statistikkerne viser.

Mange børn af stofmisbrugere vil være at finde under andre diagnoser, som ikke siger noget om relationen til – eller mulig relation til - stofmisbrug. Det er diagnoser som

²⁵ Upublicerede tal.

lav fødselsvægt og for tidlig fødsel, neonatale kramper, dårlig trivsel eller kolik, medfødt hjertefejl, forsinket udvikling, psykisk lidelse, adfærdsforstyrrelse, indlæringsproblemer, omsorgssvigt, ”battered child syndrom”, seksuelle overgreb og pludselig uventet spædbarnsdød. Børnene figurerer desuden i statistikker over anbragte børn og årsag til anbringelsen, hvoraf hovedkategorierne er ligelig fordelt mellem misbrug, psykisk lidelse og ”andre årsager” hos forældrene. Ved udgangen af 2008 var der samlet i Danmark 12.346 børn anbragt uden for hjemmet. I 2009 blev der anbragt nye 2802 børn (Ankestyrelsen 2010).

Risikobørnene

Udover de ovenfor nævnte registreringer har Sundhedsstyrelsen i 1992 foretaget et skøn over, hvor mange børn, der findes i stofmisbrugende familier, og givet en beskrivelse af deres opvækstvilkår, helbreds- og udviklingsproblemer.

Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital har i 2010 haft kontakt med 291 rusmiddelbrugende gravide (hvor halvdelen af disse relaterer sig til stofmisbrug), og havde samme år indskrevet 285 børn i alderen 0 – 7 år i opfølgende undersøgelser hos speciallæge og psykolog.

En undersøgelse foretaget af Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg kommune i 2004 om graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990 – 2001 viste, at stofmisbrugere får lige så mange børn som baggrundsbefolkningen, 1,7 børn pr. kvinde, og at stofmisbrugerne får 2 1/2 gang flere aborter end andre. Undersøgelsen viste tillige, at der fødes flere børn af stofmisbrugere i Vestdanmark end i Østdanmark, og at dødeligheden blandt levende fødte børn af stofmisbrugere er 3 gange højere end i den øvrige befolkning (17 pr. 1000 levende fødte børn mod 6 pr. 1000), især for aldersgruppen 0 – 2 år, og 3 gange højere i vest end i øst. Undersøgelsen er landsdækkende og omfatter 4698 kvinder og 2424 børn og en kontrolgruppe på 46.819 kvinder. Undersøgelsen er opgjort på de enkelte amter og kommuner.

Samme undersøgelse viser tillige, at antallet af nyfødte børn, som i denne periode havde fået diagnosen neonatale abstinenser, var 518 børn, hvoraf 243 af deres mødre ikke var kendt i behandlingssystemet for stofmisbrugere hverken før eller efter fødslen. De nye regionale og landsdækkende familieambulatorier vil fremover gøre det muligt at afdække, hvor mange børn, det drejer sig om, ved fælles og ensartet dataregistrering af såvel lægefaglige som psykologfaglige og socialfaglige data på gravide og børn frem til børnenes skolestart. Etablering af en landsdækkende fælles database for de regionale familieambulatorier er aktuelt i gang ved Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddel-skader hos Børn på finansiering fra TrykFonden.

12.2 Politik og lovgivning

I Danmark har alle borgere *underretningspligt* til de sociale myndigheder, hvis de har kendskab til børn, som lever under forhold, som kan skade deres fysiske og psykiske sundhed og udvikling. Underretningspligten gælder også hvis de har kendskab til vordende forældre, som lever under forhold, som formodes at være til alvorlig fare for fostret (Servicelovens § 154).

Den skærpede underretningspligt gælder borgere, som i forbindelse med deres arbejde får kendskab til børn eller gravide (vordende forældre) med ovennævnte problematik (Servicelovens § 153). Socialforvaltningen har ifølge lovgivningen ansvaret for børn og unge i kommunen (Servicelovens § 46) og er således den instans, som i det tværsektorielle samarbejde har beslutningskompetencen vedrørende art og omfang af hjælpeforanstaltninger over for børnene og deres familier, herunder om børnene kan være i eget hjem eller skal anbringes uden for hjemmet.

Lovbestemte kommunale tilbud

De kommunale behandlingstilbud til stofmisbrugere omfatter ambulatorier specielt for stofmisbrugere med børn (se under indsatsområder), og i det private regi findes døgnbehandlingstilbud for denne målgruppe.

Døgnbehandlingstilbuddene omfatter tillige placering af mor og barn og/eller far og barn sammen i plejefamilie, ofte under vilkår, hvor barn og forældre har en selvstændig anbringelsesstatus (parallelanbringelse), hvilket indebærer, at forældrene ikke kan tage barnet med sig, hvis de uplanlagt forlader plejefamilien eller får recidiv af deres stofmisbrug. Familieprojektet er en afdeling under den selvejende institution Dag- og Døgncenteret, som har denne indsatsmetode som deres speciale. I 2010 havde de indskrevet 33 børn født af aktivt stofmisbrugende kvinder, som havde været i behandling for abstinenser som nyfødte.

Et andet tilbud i døgnregi er familieinstitutioner for mor og barn/ forældre med barn/børn, hvor der både kan foregå observation af og støtte til moderens/ forældrenes omsorgsfunktioner over for barnet. Disse institutioner er ikke specifikt rettet mod stofmisbrugere med børn, men rettet mod alle børn og familier med psykosociale belastninger og risiko for omsorgssvigt. Ofte bliver der foretaget en forældreve-neundersøgelse på socialforvaltningens foranledning til brug for socialforvaltningens vurdering af behovet for art og omfang af hjælpeforanstaltninger, herunder en vurdering af, om barnet kan være i hjemmet eller skal anbringes uden for hjemmet. Nogle børn anbringes umiddelbart efter fødslen i et observations- og behandlingshjem for spæde børn og småbørn, og nogle børn anbringes i plejefamilie uden forældre i privat eller kommunalt regi.

Der findes tillige pædagogiske opholdssteder for børn og forældre, sammen eller hver for sig, i privat regi. Det er socialforvaltningen, som ifølge lovgivningen har ansvaret for børn og unge i kommunen (Servicelovens § 46). I tilfælde, hvor socialforvaltningen ikke kan få forældrenes samtykke til en given foranstaltning, bliver sagen forelagt Børne- og Ungeudvalget, som træffer afgørelsen (Servicelovens § 58). Det er muligt at bortadoptere børn uden forældrenes samtykke i tilfælde, hvor det kan dokumenteres, at forældrene er varigt uden forældreevne, og hvis det er et barn under et år, at forældrene ikke vil kunne spille en positiv rolle i forbindelse med samvær (adoptionsloven § 9 stk. 2, 3 og 4). Det er muligt at tilbageholde gravide stofmisbrugere i behandling, hvis de indgår en kontrakt herom (lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling nr. 190 § 1 stk. 1 med ændringer ved lov nr. 542).

Aktuelt er nedsat en arbejdsgruppe i regi af Social- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som skal undersøge, om der er behov for en

lovgivning, som gør det muligt at tilbageholde gravide misbrugere uden deres samtykke for at forebygge alvorlige skader på børnene.

12.3 Særlige indsatsområder

Udover de ovenfor nævnte lovbestemte tiltag, er familieambulatorierne rundt om i landet kernen om både den forebyggende og behandlende indsats for stofmisbrugere og deres børn (Sundhedsstyrelsen 2010a).

Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital er en specialafdeling for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Målgruppen er gravide med forbrug af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, gravide med et tidligere rusmiddelproblem og gravide, hvis partner/barnefar har et rusmiddelproblem. Hertil er målgruppen børn i alderen fra 0 år til skolealder, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler. Alle rusmiddeleksponerede børn, hvis mødre har været indskrevet i Familieambulatoriet under graviditeten, tilbydes opfølgning hos speciallæge og psykolog regelmæssigt frem til skolealder.

Formålet med Familieambulatoriets indsats er at forebygge rusmiddelrelaterede medfødte skader og fejludvikling, omsorgssvigt og overgreb. Organisatorisk hører Familieambulatoriet under gynækologisk-obstetrisk afdeling med funktion også i neonatal- og børneafdeling. Afdelingen er tværfagligt bemandet med speciallæger, psykologer, jordemødre, socialrådgivere og sekretærer, som arbejder i tværfaglige teams, og som har det sundhedsfaglige behandlingsansvar fra tidligt i graviditeten og til barnet og familien udskrives fra Familieambulatoriet. Familieambulatoriets arbejde foregår således i et tæt samarbejde med den primære sundhedssektor og socialsektor og andre relevante fagpersoner og instanser.

Resultaterne af Familieambulatoriets indsats har vist, at antallet af graviditets- og fødselskomplikationer hos målgruppen er faldet betydeligt, foruden fald i antallet af børn med medfødte skader og neonatale sygdomme, herunder neonatale abstinenser. Tillige er antallet af børn med fejludvikling og omsorgssvigt faldet betydeligt sammenlignet med de børn, som før afdelingens etablering blev født af gravide med stofmisbrug. Cirka 10 % af de gravide stofmisbrugere vælger abort efter rådgivning i Familieambulatoriet, og langt de fleste får etableret prævention før udskrivning fra hospitalet efter fødsel eller abort.

Forud for udviklingen af Familieambulatoriets tværfaglige og tværsektorielle interventionsmodel og etablering blev der ved Rigshospitalets neonatalafdeling foretaget en followup-undersøgelse af 89 børn født af stofmisbrugende mødre. Børnenes alder var på undersøgelsestidspunktet mellem 1 og 10 år. Undersøgelsen viste, at kun 25 % af børnene var normalt udviklede, og 54 % var aktuelt anbragt uden for hjemmet. 80 % af børnene havde været anbragt en eller flere gange og havde haft skift i primær omsorgsperson op til 30 gange. Opvækstmiljøet var præget af svær ustabilitet og mangel på netværk, og 81 % af mødrene var fortsat stofmisbrugende, uanset om de havde født for 1 eller 10 år siden. De 75 % af børnene, som ikke var normalt udviklede, var præget af en kombination af organisk skade (hjerneskade), understimulation og omsorgssvigt.

Familieambulatorier på landsplan

I 2008 blev der af Folketinget i Danmark givet en stor bevilling via satspuljen til en landsdækkende forstærket indsats over for gravide med rusmiddelproblemer og deres børn frem til børnenes skolestart. Indsatsen skulle foregå ved oprettelse af regionale familieambulatorier – ét i hver region – efter samme model som Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital. Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2009 en vejledning om dette til brug for regionerne (Sundhedsstyrelsen 2009).

Satspuljebevillingen løber frem til udgangen af 2013, hvorefter der er sikret finansiering af videre drift af de nye ambulatorier via en forhøjelse af bloktilskuddet til regionerne. Bevillingen omfatter tillige etablering af ”Videncenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn”, som skal bistå regionerne med etableringen af den forstærkede indsats ved at stå til rådighed med rådgivning (via telefon og e-mail), formidling af faglig viden og erfaring via faglig hjemmeside, kurser og andre undervisnings- og formidlingsaktiviteter.

Videncenteret blev etableret november 2008, og de regionale familieambulatorier er kommet i gang i løbet af 2010 og starten af 2011. Familieambulatoriernes målgruppe er gravide med forbrug af rusmidler, og børn i alderen fra nyfødt til skolestart, som i fosterlivet har været eksponeret for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, gravide med tidligere rusmiddelproblemer, og gravide hvis partner har et rusmiddelproblem. Vurderet ud fra fødselstallet og antallet af gravide indskrevet i Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital skønnes det, at der årligt på landsplan vil blive indskrevet minimum 900 gravide kvinder og deres børn. Der er via Videncenteret etableret et tværregionalt samarbejde mellem de 5 familieambulatorier, som blandt andet sikrer, at der arbejdes efter ensartede faglige retningslinjer i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.

Andre forebyggende tiltag

Udover den ovennævnte forebyggende indsats via familieambulatorierne eksisterer der rundt omkring i landet flere andre initiativer og projekter. KFUK's værested Reden i København har et ”Sundhedsprojekt”, som tilbyder gratis rådgivning, prævention og graviditetstest til Redens målgruppe, som er prostituerede kvinder, hvoraf mange er stofmisbrugere. Kvindelige stofmisbrugere kan få gratis sterilisation på hospitalerne og mange steder tillige gratis prævention i forbindelse med aborter og fødsler. Dertil kommer satspuljefinansierede indsatser både i socialsektoren og i sundhedssektoren, såvel lokale som landsdækkende, hvor gravide alkohol- og stofmisbrugere og deres børn er mål for indsatsen.

12.4 Sammenfatning og perspektivering

Skader på børns liv og færdigheder er alvorlige og udgiftskrævende for samfundet. Det påfører børnene risiko for livslangt handicap, som udover de menneskelige omkostninger, der er forbundet med dette, vil betyde en stor belastning af såvel sundhedssystemet som af det sociale system og dermed på samfundsøkonomien. Den negative sociale arv slår massivt igennem i denne gruppe med risiko for at disse børn kan udvikle stofmisbrug senere i livet. Børnene har som udgangspunkt et normalt udviklingspotentiale og ville kunne udvikle sig til helt sunde, normale børn og velfungerende voksne, hvis

ikke de fra den tidligste fosterudvikling og i hele deres udviklingsforløb blev skadet af rusmidler og forskellige andre risikofaktorer. Derfor kan mange skader på børnene forebygges, hvis der tidligt sættes ind med tilstrækkelig og kvalificeret hjælp. Såvel nationalt som internationalt bør skadereducerende tiltag for graviditet og børn i relation til stofmisbrug også stå på indsatslisten. Der afholdes internationale kongresser om skadevirkninger og skadereduktion ved stofmisbrug, men ofte er børn slet ikke nævnt i disse sammenhænge, eller også har de en minimal placering. Samfundsøkonomisk ligger der formentlig et stor besparelspotentiale i at prioritere den forebyggende indsats over for gravide stofmisbrugere og deres børn.

Herudover er der et stort behov for forskning inden for området ”stofmisbrug og børn”. Der eksisterer kun meget begrænset viden om langtidsvirkningerne på børnene. Det gælder såvel betydningen af rusmiddelposition i fosterlivet som opvækst i misbrugsmiljøet. Ved Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital er aktuelt en follow-up undersøgelse i gang af børn født i årene 1993 – 1995, som sammen med deres mødre var indskrevet i Familieambulatoriet i forbindelse med graviditet og fødsel og i de første leveår. Familieambulatoriet har et stort og systematisk indsamlet datamateriale fra 1992 og frem til nu, som vil kunne danne basis for betydelig forskning inden for dette problemfelt. De nye regionale familieambulatorier med tilhørende fælles database og Videntcenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader forventes ligeledes fremover at kunne bidrage med betydelig forskning og udvikling inden for dette område.

Anneks

Referenceliste

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

Ankestyrelsen (2010). Børn og unge anbragt uden for hjemmet. Kommunale afgørelser, årsstatistik 2009. Ankestyrelsen, september 2010.

Benjaminsen, L. (2009). Hjemløshed i Danmark 2009. Socialforskningsinstituttet.

Beynon, C.M. (2009). Drug use and ageing: older people do take drugs! Age and Ageing vol. 38: 8 – 10.

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

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

EMCDDA (2005). DRD-Standard Protocol, version 3.1, 1. September 2005.

EMCDDA (2010). Trends in injecting drug use in Europe. Selected Issues 2010. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

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

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

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

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

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

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006). Bekendtgørelse nr. 746 af 29. juni 2006 om gratis hepatitisvaccination af særligt udsatte persongruppe.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010). Vejledning nr. 9083 af 1. januar 2010 om ordination af injicerbar heroin ved opioidafhængighed.

Johansen, Katrine Schepelern (2010). Organiseringen af heroinbehandlingen i Danmark. I: Stof. Tidsskrift for Stofmisbrugsområdet, nr. 16, s. 24-29.

Johansen, Katrine Schepelern (2010a). Brugerperspektiver på heroinbehandling – de første resultater. Stof. Tidsskrift for Stofmisbrugsområdet, nr. 16, s. 30-35.

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

Kramp, P., Gabrielsen, G., Lund, A., Reventlow, A. & Sindballe, A. (2003). Rusmiddelundersøgelsen. Misbrug blandt Kriminalforsorgens klientel. Kriminalforsorgen (2010). Kriminalforsorgens Administrative Servicekontor.

Kriminalforsorgen (2010). Kriminalforsorgen – statistik 2009. Direktoratet for Kriminalforsorgen 2010.

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.

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

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

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

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

Lægemedelstyrelsen (2009). Vejledning nr. 32 af 15. maj 2009 om behandlingssteder for stofmisbrugerers bestilling m.v. af diacetylmorfin (heroin), samt virksomheders indførsel og udlevering heraf.

Lægemedelstyrelsen (2009a). Bekendtgørelse nr. 366 af 11. maj 2009 om virksomheders udlevering af diacetylmorfin til behandlingssteder for stofmisbrugere.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008). Vejledning nr. 42 af 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008a). Lovbekendtgørelse nr. 748 af 1. juli 2008 om euforiserende stoffer. § 1, stk. 1.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008b). Bekendtgørelse nr. 749 af 1. juli 2008, § 2, stk. 2, jf. liste A, nr. 3.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009). Bekendtgørelse nr. 125 af 18. februar 2009 om ordination af heroin som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug.

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

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

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

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

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

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

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

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

Retskemisk Afdeling, Århus Universitet (2008). Ecstasy i Danmark 2007. Rapport til Sundhedsstyrelsen 2008.

Rigspolitiet (2011). Narkotikastatistik 2010. Rigspolitiet, NEC (Nationalt Efterforskningsstøttecenter), København.

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

Sundhedsstyrelsen (2005a). Vejledning for modelkommunerne i narkoen ud af byen. Maj 2005.

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

Sundhedsstyrelsen (2009). Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier. Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 49 af 30. juni 2009.

Sundhedsstyrelsen (2009a). Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen. Undersøgelse af to metoder anvendt i skolesundhedsplejen. August 2009.

Sundhedsstyrelsen (2009b). Brug af khat blandt personer med somalisk baggrund i Danmark – en undersøgelse af omfang og holdninger. Udarbejdet af ALS research ApS for Sundhedsstyrelsen, 2009.

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

Sundhedsstyrelsen (2010a). Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel. Sundhedsstyrelsen 2010, 2. udgave, 1. oplag.

Sundhedsstyrelsen (2010b). Roskilde Against Drugs og Unge og Alkohol – evaluering af indsatserne. Oktober 2010.

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

Sundhedsstyrelsen (2011). Ung & Sund – 10 kommuners sundhedsfremmende initiativer for unge på kanten af uddannelse og arbejde. Sundhedsstyrelsen, juli 2011.

Sundhedsstyrelsen (2011a). Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling, 2011.

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

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

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

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

U-turn (2011). Hashgrupper på ungdomsuddannelser. Inspirations- og metodehæfte. U-turn, Socialforvaltningen, Københavns Kommune, 2011.

Århus Universitet (2011). Ecstasy i Danmark 2010. Århus Universitet, Retskemisk Afdeling.

Hjemmesider

Dansk Live - Interesseorganisation for Festivaler og Spillesteder www.dansklive.dk

Festival Danmark www.festivaldanmark.dk

Hash Rådgivning via sms www.smash.dk

Hash-projekt i Københavns Kommune www.uturn.dk

Sundhedsstyrelsen www.sst.dk

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

Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn [www.familieambulatoriet.](http://www.familieambulatoriet.dk)

dk

De anvendte undersøgelser

”Sundhed og sygelighed i Danmark 2010, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010 (SUSY-2010) er baseret på en stikprøve på 25.000 danskere på 16 år eller derover. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer og en internetversion. Det trykte spørgeskema blev sendt til alle i stikprøven, og i det medfølgende brev blev der opfordret til at besvare spørgeskemaet på internettet. I alt har 15.165 personer (60,7 %) besvaret spørgeskemaet. Spørgsmål om en række euforiserende stoffer blev stillet til alle svarpersoner. Svarpersonerne blev bedt om at angive, om de nogensinde havde brugt det pågældende stof, og i så fald om det var inden for den seneste måned, det seneste år eller tidligere, og hvor gammel svarpersonen var, da vedkommende havde prøvet stoffet første gang. Desuden blev svarpersonerne spurgt om hvor mange dage i løbet af den seneste måned, de har brugt hash.

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

En landsdækkende undersøgelse gennemført i foråret 2008 baseret på en regions- og aldersstratificeret stikprøve på 7.000 danskere på 16 år og opefter. Dataindsamlingen foregik ved postspørgeskemaer og en internetversion. Det trykte spørgeskema blev sendt til alle i stikprøven, og i det medfølgende brev blev der opfordret til at besvare spørgeskemaet på internettet. Der blev opnået en samlet deltagelsesprocent på 57 %. Spørgsmål om en række euforiserende stoffer blev stillet til alle aldersgrupper. Svarpersonerne blev bedt om at angive, om de nogensinde havde brugt det pågældende stof, og i så fald om det var inden for den seneste måned, det seneste år eller tidligere, og hvor gammel svarpersonen var, da vedkommende havde prøvet stoffet første gang. De samme spørgsmål blev stillet i de danske sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY-undersøgelserne). Endvidere blev svarpersonerne spurgt, om de kender nogen, der bruger nogle af de pågældende stoffer, samt hvor mange dage i løbet af den seneste måned, de har brugt hash.

”Brug af khat blandt personer med somalisk baggrund i Danmark – en undersøgelse af omfang og holdninger”. Sundhedsstyrelsen, 2009

ALS research Aps har for Sundhedsstyrelsen i marts 2009 gennemført en undersøgelse der kortlægger udbredelsen af khat blandt dansk-somalier i alderen 15-50 år. Undersøgelsen belyser endvidere viden og holdninger til brug af khat blandt disse. 848 personer, svarende til 15 % af alle herboende 15-50-årige dansk-somalier, har deltaget i undersøgelsen. Ni dansk-somaliske nøglepersoner blev ansat som datamedarbejdere og adgangsgivere til forskellige grupper i det somaliske miljø og har været behjælpelige med at udfylde spørgeskemaet hos respondenterne. Spørgeskemaet var dobbeltsprogligt på dansk og somali. Udover spørgeskemaundersøgelsen er der gennemført enkelte telefoninterviews med fagfolk, der har beskæftiget sig med somalier samt med repræsentanter fra det dansk-somaliske miljø. Hensigten med dette har været at få uddybet nogle af de problematikker og temaer, som resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen pegede på.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

de udtrukne svarpersoner.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I 2011 blev undersøgelsen fra 1995, 1999, 2003 og 2007 gentaget i et repræsentativt udvalg af 15-16-årige skoleelever i 9. klasser på tilfældigt udvalgte folke-, privat- og efterskoler. Dataindsamlingen foregik ved, at interviewpersonerne fik spørgeskemaet udleveret i klasselokalerne. I alt deltog 2772 niende-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.

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

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

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

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

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

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

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

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

- En stor kvantitativ undersøgelse gennemført i 2008. Denne dækker over dels en tværsnitsundersøgelse (en spørgeskemaundersøgelse blandt 3000 danske unge i alderen 17-19 år, udtrukket fra CPR-registret) og dels en panelundersøgelse (en spørgeskemaundersøgelse blandt 2000 unge født i 1989, også udtrukket fra

CPR-registret). De unge i panelundersøgelsen har i 2005, da de var 15-16 år, besvaret et stort spørgeskema om alkohol og fester, og deres besvarelser i 2008 giver således mulighed for at følge dem over tid.

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

YODA-projektet er finansieret af Rockwoolfonden og resultaterne er beskrevet i bogen ”Stoffer og natteliv” (Järvinen 2010).

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, 2005, 2008 og 2010.

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, 2005, 2008 og 2010.

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, 2005, 2008 og 2010.

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 2010.

Tabel 2.1.4. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.5. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt et eller flere af andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.6. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.7. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der sidste måned, sidste år og nogensinde har brugt andre illegale stoffer end hash i 1994, 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.8. Den procentvise andel af de 16-34-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.9. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af amfetamin, kokain og ecstasy i 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.10. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af illegale stoffer (prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste år) i 2000, 2005, 2008 og 2010.

Tabel 2.1.11. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2010.

Tabel 2.2.1. Den procentvise andel blandt de 15-16-årige, som har erfaringer med illegale rusmidler i 1995, 1999, 2002, 2003, 2007 og 2011.

Tabel 4.1.1. Skøn over antal stofmisbrugere i Danmark, 1996-2009.

Tabel 5.2.1. Klienter i stofmisbrugsbehandling med indskrivningsdato i 2010.

Tabel 5.2.2. Klienter indskrevet i behandling i året, som ikke har været i behandling for stofmisbrug tidligere 2005-2010.

Tabel 5.2.3. Fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i 2003 og 2010 med kendt hovedstof.

Tabel 5.3.1. Stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling i halvårene 2004-2010.

Tabel 5.3.2 Fordelingen af stofgrupper i 2008, 2009 og 2010. Opgjort over klienter, der har besvaret EuropASI-skemaet i forbindelse med indskrivning.

Tabel 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Fordeling efter køn.

Tabel 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Baseret på Rigspolitiets register over narkotikarelaterede dødsfald. Fordeling efter køn.

Tabel 6.1.3. Forgiftningsdødsfald blandt stofmisbrugere i pågældende år grupperet efter den formodede væsentligste dødsårsag.

Tabel 6.1.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne i pågældende år.

Tabel 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer i pågældende år.

Tabel 6.2.2. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle 12 undersøgelsesår (1999-2010) fordelt på forskellige aldersgrupper.

Tabel 6.2.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper i de pågældende år.

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

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

Tabel 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler i pågældende år.

Tabel 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler i pågældende år.

Tabel 9.1.1. Narkotikakriminalitet i pågældende. Anmeldelser med sigtelser og antal sigtede personer.

Tabel 10.2.1. Narkotikabeslaglæggelser i pågældende år.

Tabel 10.3.1. Fordeling imellem stoftyper på brugerplan i pågældende år.

Tabel 10.3.2. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid i pågældende år.

Tabel 10.3.3. Renhed af illegale stoffer på brugerplan 2000-2010 (Median af aktivt stof).

Tabel 10.3.4. Forekomsten af nogle af indholdsstofferne i ecstasy fra 2003 til 2010.

Tabel 10.3.5. Indholdsstof i pulver og væsker forhandlet som ecstasy, spice m.m.

Tabel 11.3.1. Antal behandlinger for indsatte i stofbehandling, fordelt på behandlingstype.

Tabel 11.3.2. Rusmidler indtaget 30 dage forud for indsættelsen. Andel af indsatte med oplyst forbrug.

Figuroversigt

Figur 5.2.1. Andelen af personer i substitutionsbehandling med hhv. buprenorphin og metadon i 2010 i forskellige aldersgrupper.

Figur 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald, 1995-2009.

Figur 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald, 1989-2010. Baseret på Rigspolitiet register over narkotikarelaterede dødsfald. Fordeling efter køn.

Figur 6.1.3. Antal stoffer påvist blandt forgiftningsdødsfald i 2010 i gennemsnit i forskellige aldersgrupper.

Figur 6.1.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne samt Københavns Kommune.

Figur 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer fra 1999-2010.

Figur 6.2.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper fra 2005-2010.

Figur 6.4.1. Personer registrerede med stofrelaterede hoveddiagnoser på psykiatriske hospitaler 2000-2010.

Figur 6.4.2. Personer registrerede med stofrelaterede bidiagnoser på psykiatriske hospitaler 2000-2010.

Figur 9.1.1. Narkotikakriminalitet 1999-2010. Anmeldelser og antal sigtede personer.

Figur 10.2. Narkotikabeslaglæggelser, 1996 – 2010.

Figur 11.3.1. Antal narkotest i procent af det gennemsnitlige månedlige belæg i alle fængsler og arresthuse, 2006-2009.

Figur 11.3.2. Positive urinprøver i alt, samt urinprøver positive for hash og hårde stoffer i hele Kriminalforsorgen fra juni 2005 til marts 2010.

Figur 11.3.3. Positive urinprøver fordelt på stoftype i hele Kriminalforsorgen, 2009.

Figur 11.3.4. Positive prøver fordelt på stoftype i hele Kriminalforsorgen fra juni 2005 til marts 2010.

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, 2005, 2008 og 2010

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

Kilde: SUSY 1994, SUSY 2000, SUSY 2005, AiK 2008 og SUSY 2010

Tabel 2.1.3.1. 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 2010 (n=5.704)

	Sidste måned	Sidste år (sidste måned medregnet)	Nogensinde
Amfetamin	0,4	1,3	8,8
Kokain	0,4	1,6	7,1
Psilocybinsvampe	0,1	0,3	3,9
Ecstasy	0,1	0,5	4,0
Lsd	0,1	0,2	1,2
Heroin	0,1	0,2	0,6
Andre stoffer*	0,3	0,6	3,0
"Hårde" stoffer i alt**	0,9	2,4	12,5

Kilde: Upublicerede tal fra SUSY 2010

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

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

Tabel 2.1.10. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug af illegale stoffer (prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste år) i 2000, 2005, 2008 og 2010

	Sidste år	Sidste år	Sidste år	Sidste år
	2000	2005	2008	2010
Hash	19,7	20,5	21,3	18,9
Amfetamin	5,7	4,1	5,4	2,8
Kokain	2,7	3,3	5,6	2,9
Psilocybinsvampe	2,1	1,0	1,1	0,7
Ecstasy	2,3	1,5	2,3	1,1
Lsd	0,6	0,6	0,2	0,4
Heroin	0,2	0,2	0,0	0,3
Andre stoffer*	1,0	0,7	2,3	1,1
"Andet illegalt stof end hash" i alt	7,7	5,3	8,0	4,3

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

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

Tabel 2.1.11. Den procentvise andel af de 16-24-årige, der har prøvet et eller flere af de forskellige illegale stoffer inden for sidste måned, sidste år og nogensinde i 2010

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

Kilde: Upublicerede tal fra Sundhedsstyrelsen baseret på SUSY 2010

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

Table 6.1.1. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Fordeling efter køn

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

Kilde: Dødsårsagsregisteret, august, 2011

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

Table 6.1.2. Narkotikarelaterede dødsfald i pågældende år. Baseret på Rigspolitiet's register over narkotikarelaterede dødsfald. Fordeling efter køn

År	I alt	Mænd	Kvinder	År	I alt	Mænd	Kvinder
1981	148	113	35	1996	266	220	46
1982	134	107	27	1997	275	225	50
1983	139	110	29	1998	250	210	40
1984	158	125	33	1999	239	201	38
1985	150	116	34	2000	247	197	50
1986	109	88	21	2001	258	211	47
1987	140	116	24	2002	252	216	36
1988	135	107	28	2003	245	197	48
1989	123	99	24	2004	275	211	63
1990	115	91	24	2005	275	234	41
1991	188	153	35	2006	266*	218	46
1992	208	162	46	2007	260**	207	50
1993	210	166	44	2008	239*	186	51
1994	271	227	44	2009	276	217	59
1995	274	226	48	2010	273	234	39

Kilde: Rigspolitiet, 2011

*Køn uoplyst for 2 personer

** Køn uoplyst for 3 personer

Tabel 6.1.4. Narkotikarelaterede dødsfald fordelt på regionerne i pågældende år

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

Kilde: Rigspolitiet 2010

Tabel 6.2.1. Udviklingen af sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med illegale stoffer i pågældende år

	Kode*	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ²⁶
Heroin	T40.1	235	246	219	161	173	197	159	160	151	166	163	195
Andre opioider	T40.2 +T40.2A +T40.2B	34	35	43	47	50	119	112	130	139	169	240	279
Metadon	T40.3	5	11	19	38	25	50	53	32	44	57	74	89
Opioider	F11.0	66	79	66	52	60	49	60	43	60	72	63	73
Opioider i alt		340	371	347	298	308	415	384	365	394	464	540	636
Designerdrugs (excl. ecstasy)	T40.6A + T43.8A		2	14	21	12	15	3	6	10	40	37	61
Ecstasy	T40.6B +T43.6B	9	74	67	60	82	72	72	89	86	72	52	46
Amfetamin	T43.0A + T43.6A		2	24	43	54	68	73	83	171	158	208	286
Kokain	T40.5 +F14.0	43	50	76	65	75	69	100	93	129	119	139	155
Andre centralstimulerende stoffer	F15.0	58	48	53	46	51	41	47	39	50	45	34	35
Centralstimulerende stoffer i alt		110	176	234	235	274	265	295	310	446	434	470	583
Euforiserende svampe	T40.6C +T40.9A	7	5	10	8	3	10	6	13	13	7	12	5
LSD	T40.8	3	3	12	2	1	2	7	11	16	27	7	8
Hallucinogener	F16.0	10	16	15	5	4	6	11	4	12	8	2	11
Hallucinogener i alt		20	24	37	15	8	18	24	28	41	42	21	24
Cannabis	T40.7 +F12.0	98	105	164	122	125	74	68	68	97	108	137	128
Blandingsmisbrug og uspecificeret**	T40.4 +T40.6 +T40.6W +40.6X +T40.9 +F19.0	540	622	568	645	694	391	376	422	367	449	447	497
Intoksikationer og forgiftninger i alt		1108	1298	1350	1315	1409	1163	1147	1193	1345	1497	1615	1868

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister. Udtræk for året 2010 er foretaget i august 2011

*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

26 Tallene for 2010 er foreløbige, og med udtræk fra LPR med skæringsdato august 2011. De endelige tal for 2010 kan derfor ændre sig i senere opgørelser.

Tabel 6.2.3. Sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger fordelt på aldersgrupper i de pågældende år

Aldersgruppe	2005	2006	2007	2008	2009	2010
< 20 år	212	272	317	309	295	336
20-24 år	238	216	259	292	284	356
25-29 år	170	160	177	193	162	247
≥ 30 år	527	545	592	703	874	929
I alt	1147	1193	1345	1497	1615	1868

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, udtræk august 2011

Tabel 6.3.1. Antal nydiagnostiserede hiv-positive og aidsdiagnostiserede i hele befolkningen samt andelen af intravenøse stofmisbrugere heriblandt, i pågældende år

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antal nypåviste hiv-positive i alt	287	260	320	289	270	307	264	245	312	285	231	274
Antal nypåviste hiv-positive med intravenøst stofmisbrug (% af alle nypåviste)	26 (9%)	20 (8%)	31 (10%)	31 (11%)	24 (9%)	13 (4%)	17 (6%)	10 (4%)	21 (7%)	13 (5%)	15 (6%)	14 (5%)
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde i alt	76	59	71	45	41	61	45	53	48	34	30	45
Antal nydiagnostiserede aids-tilfælde med intravenøst stofmisbrug (% af alle nydiagnostiserede)	7 (9%)	7 (12%)	10 (14%)	4 (9%)	11 (27%)	4 (7%)	4 (9%)	3 (6%)	4 (8%)	6 (18%)	3 (10%)	5 (11%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2009-data er opgørelsen foretaget i marts 2010

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

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antal hepatitis A i alt	88	81	63	84	71	241	48	42	28	43	33	47
Antal hepatitis A med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	0	0	0	0	0	9 (4%)	1 (<1%)	0	1 (<1%)	0	0	0
Antal hepatitis B i alt*	57	64	49	62	36	44	30	20	24	25	22	27
Antal hepatitis B med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	13 (23%)	20 (32%)	12 (24%)	12 (19%)	7 (19%)	9 (21%)	3 (10%)	1 (5%)	2 (8%)	5 (19%)	2 (9%)	0
Antal hepatitis C i alt*	13	15	6	5	7	8/368**	2/364	7/385	9/382	5/296	4/246	6/275
Antal hepatitis C med intravenøst stofmisbrug (% af alle diagnosticerede)	11 (85%)	9 (60%)	3 (38%)	1 (50%)	2 (29%)	3/274 (37% / 74%)	0/250 (0% / 69%)	6/272 (85% / 71%)	4/277 (44% / 73%)	1/197 (20% / 67%)	0/173 (0% / 70%)	3/207 (50% / 75%)

Kilde: Upublicerede data fra Statens Serum Institut. For 2010-data er opgørelsen foretaget i maj 2011

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

** Akutte/kroniske hepatitis C tilfælde

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

Diagnose-Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
F11 Opioider	227	189	172	156	155	138	123	133	136	166	120
F12 Cannabis	270	327	364	333	354	312	347	364	388	553	533
F13 Sedativa / hypnotika	205	199	182	159	143	150	140	154	141	130	112
F14 Kokain	23	31	36	65	53	42	49	49	56	57	51
F15 Andre centralstimulerende stoffer end kokain	76	75	109	99	98	93	87	91	94	95	86
F16 Hallucinogener	18	21	14	9	17	16	10	10	18	6	11
F18 Opløsningsmidler	2	6	2	10	5	3	3	4	7	3	1
F19 Multiple eller andre psykoaktive stoffer	749	732	726	747	684	668	660	682	696	826	672
Personer med hoveddiagnoser i alt	1570	1580	1605	1578	1509	1422	1419	1487	1536	1746	1586

Kilde: Særligt udtræk fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital i Århus. Tabel 6.4.1 viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten heldøgn, deldøgn eller ambulante behandling) som følge af brug af stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (hoveddiagnose) er anvendt som udtrækskriterier. Da en patient kan have flere stofrelaterede bidiagnoser, er "i alt" kategorien ikke en summation.

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

Diagnose-Psykiske lidelser eller forstyrrelser forårsaget af brug af:	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
F11 Opioider	190	204	208	201	271	280	341	358	492	522	428
F12 Cannabis	584	637	691	759	873	908	1040	1072	1507	1646	1668
F13 Sedativa / hypnotika	283	257	266	307	359	367	385	417	529	554	468
F14 Kokain	17	19	34	61	66	97	118	163	210	217	214
F15 Andre centralstimulerende stoffer end kokain	52	58	56	73	123	120	162	179	235	261	251
F16 Hallucinogener	9	11	10	2	13	14	8	8	13	14	14
F18 Opløsningsmidler	7	7	13	12	11	8	18	13	13	24	17
F19 Multiple eller andre psykoaktive stoffer	566	485	574	679	728	736	874	995	1176	1396	1239
Personer med bidiagnoser i alt	1630	1593	1747	1844	2074	2102	2430	2632	3418	3718	3445

Kilde: Særligt udtræk fra Det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for Psykiatrisk Demografi ved Institut for Psykiatrisk Grundforskning, Psykiatrisk Hospital, Århus. Tabel 6.4.2 viser antallet af personer registreret som modtagere af psykiatrisk behandling (enten heldøgn, deldøgn eller ambulante behandling) som følge af brug af stoffer eller flygtige opløsningsmidler. ICD-10 kodning er benyttet, og diagnoserne F11.x til F16.x og F18.x til F19.x (bidiagnose) er anvendt som udtrækskriterier. Da en patient kan have flere stofrelaterede bidiagnoser, er "i alt" kategorien ikke en summation.

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

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anmeldelser med sigtelse	12.956	12.902	12.851	14.272	16.390	19.037	19.900	18.506	18.692	17.403	17.825
Sigtede personer	9.899	9.858	10.021	11.160	12.313	14.204	15.060	13.294	14.093	13.354	13.749

Kilde: Rigspolitiets narkotikastatistik 2011

Tabel 10.2.1. Narkotikabeslaglæggelser i pågældende år

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Heroin														
Kg	37,9	55,1	96,0	32,1	25,1	62,5	16,3	37,5	27,0	28,9	48,1	43,9	22,4	39,4
Antal beslag	2.509	2.199	1.230	1.499	1.304	966	894	1041	1064	927	1.016	906	648	699
Kokain														
Kg	58,0	44,1	24,2	35,9	25,6	14,2	104,0	32,3	57,0	76,2	91,8	56,1	72,4	54,16
Antal beslag	723	885	744	780	815	881	1.095	1.207	1.615	1.901	2.098	1.858	1.365	1.589
Amfetamin														
Kg	119,4	25,2	31,6	57,1	160,6	34,9	65,9	63,0	195,0	79,4	70,4	119,8	103,8	193,9
Antal beslag	1.324	1.609	1.250	1.152	954	1.134	1.264	1.388	1.573	2.022	2.215	1.543	1.260	1.764
Ecstasy														
Stk.	5.803	27.039	26.117	21.608	150.080	25.738	62.475	38.096	44.195	22.712	82.390	17.631	53.929	45.360
Antal beslag	110	143	197	444	331	340	322	1388	461	540	452	251	200	200
Lsd														
Doser	381	105	83	1.108	156	38	22	483	1201	521	47	482	468	159
Antal beslag	15	24	15	18	29	8	7	13	12	8	13	21	18	16
Hash														
Kg	467	1.572	14.021	2.914	1.763	2.635	3.829	1.758	1.406	1.035	877	2.914	1.220	2.318
Antal Beslag	4.886	5.904	4.569	5.561	5.788	5.234	5.942	7.313	10.292	10.962	9.301	8.365	7.430	7.689

Kilde: Rigspolitiets Narkotikastatistik 2011

Tabel 10.3.1. Fordeling imellem stoftyper på brugerplan i pågældende år

År	2000 n=188	2001 n=152	2002 n=198	2003 n=188	2004 n=200	2005 n=196	2006 n=203	2007 n=200	2008 n=195	2009 n=195	2010 n=204
Heroin	44%	45%	40%	39%	33%	34%	33%	30%	27%	28%	21%
Amfetamin	17%	22%	24%	20%	29%	23%	34%	30%	31%	29%	33%
Kokain	24%	22%	30%	32%	34%	36%	30%	34%	35%	37%	37%
Ecstasy**	7%	9%	2%	-	-	-	-	-	-	-	-
Metamfetamin ***	-	-	-	4%	1%	5%	1%	2%	3%	3%	1%
Andet euforiserende/ stof-blendinger	5%	1%	3%	4%	3%	1%	2%	2%	3%	3%	5%
Ikke euforiserende	3%	1%	2%	1%	-	2%	1%	2%	2%	1%	3%
I alt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: Kaa et al. 2000 til 2005; Lindholst et al fra 2005 til 2011

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

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

Tabel 10.3.2. Fordeling imellem heroinbase og heroinklorid i pågældende år

	2000 n=82	2001 n =69	2002 n=80	2003 n=73	2004 n=66	2005 n=66	2006 n=66	2007 n=60	2008 n=52	2009 n=54	2010 n=42
Heroinbase	61%	77%	76%	84%	77%	76%	65%	72%	77%	69%	64%
Heroinklorid	39%	23%	24%	16%	23%	24%	35%	28%	23%	31%	36%

Kilde: Lindholst et al 2011

www.sst.dk

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